

SANDRA REGINA KIRCHNER GUIMARÃES

# **PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO ALCOOLISMO NA EMPRESA**

Processo de Desenvolvimento Humano e  
Educação Permanente.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-  
Graduação em Educação da Universidade  
Federal do Paraná, como requisito parcial  
para a obtenção do grau de Mestre

Orientador Prof Dr Lauro da Silva Becker

CURITIBA

1990

BC/MUFR  
DOAÇÃO: auton  
CZ\$ 3.500,00  
23/04/91

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SISTEMA DE BIBLIOTECAS

190.897

Data: 24.04.91 TR: 55/91

PR-00002242-8

Guimarães, Sandra Regina Kirchner.

G 963 Programa de Assistência ao Alcoolismo na Empresa:  
processo de desenvolvimento humano e educação per-  
manente. / Sandra Regina Kirchner Guimarães. / Cu-  
ritiba: 1990.

xii, 314 p.

Dissertação de Mestrado.

1. Alcoolismo - Programa de Assistência.
2. Alcoolismo - Trabalho. I. Título.

CDD 362.292

CDU 178.1

ORIENTADOR  
Prof. LAURO DA SILVA BECKER  
Doutor em Ciências da Educação  
pela Université René Descartes,  
Sorbonne, Paris.

"Em algum nível, todo alcoolista percebe que o álcool está arruinando sua vida; ele não precisa que isto lhe seja dito, mas sim ser ajudado a conscientizar-se".

Fox, Graham and Gill.

## Agradecimentos

Ao Sonny e minhas filhas Deborah e Letícia, pelo estímulo e carinho com que me acompanham.

A Zeli, mãe e amiga, pelo apoio em todos os momentos.

Ao prof. Dr. Lauro Becker, pela orientação e amizade sempre presentes no decorrer da elaboração do presente trabalho.

Aos professores e colegas do Mestrado em Educação pelo seu empenho e amizade.

Aos profissionais e alcoolistas pesquisados, pela colaboração e atenção dispensadas.

A todos aqueles que, com críticas, sugestões e indicações bibliográficas, contribuíram para a realização deste trabalho. Em particular: Sirley T. Bittencourt, Silvia L. Lantmann, M<sup>a</sup> Aparecida Galvão, João Régis F. Teixeira, Luiz Renato Carazzai, Paulina Arruda Vieira e João C. Waltrich.

Ao CNPq., pelo apoio financeiro concedido.

Pela contribuição à causa do estudo do alcoolismo no Brasil, não se podem deixar de registrar os votos de louvor "in memoria" de Dra. Jandira Masur, que, sem a sua participação bibliográfica, este estudo seria menos aprofundado.

## SUMÁRIO

<u>LISTA DE TABELAS</u> .....	v111
<u>RESUMO</u> .....	x1
<u>I CAPÍTULO - SUPORTE BÁSICO DA PESQUISA</u> .....	1
1.1 JUSTIFICATIVA .....	1
1.2 ENFOQUE DO PROBLEMA .....	3
1.3 PRESSUPOSTOS BÁSICOS DA PESQUISA .....	5
1.4 INDICADORES .....	6
1.5 OBJETIVOS .....	8
<u>II CAPÍTULO - REVISÃO DA LITERATURA</u> .....	9
PRIMEIRA PARTE - ASPECTOS GERAIS DO ALCOOLISMO .....	9
1 ALCOOLISMO: DEFINIÇÕES E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS .....	9
2 DIAGNÓSTICO DO ALCOOLISMO .....	23
3 ETIOLOGIA DO ALCOOLISMO .....	28
4 O ALCOOLISMO NO BRASIL .....	39
5 O ALCOOLISMO E A PERDA DE CONTATO COM A REALIDADE .....	48
SEGUNDA PARTE - O TRATAMENTO DO ALCOOLISMO .....	55
1 DESINTOXICAÇÃO .....	63
2 MODALIDADES DE TRATAMENTO DO ALCOOLISMO APÓS A FASE DE DESINTOXICAÇÃO .....	63
3 ALCOÓLICOS ANÔNIMOS .....	79
4 RECAÍDAS .....	85
5 O ALCOOLISMO E A FAMÍLIA .....	88
TERCEIRA PARTE - ALCOOLISMO E EMPRESA .....	100
1 O ALCOOLISMO E SUA REPERCUSSÃO SOBRE O TRABALHO .....	100
2 PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA AO ALCOOLISMO NAS EMPRESAS .	103

3	O EMPREGADO ALCOOLISTA .....	113
4	ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS E OS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA AO EMPREGADO ALCOOLISTA .....	118
	<u>III CAPÍTULO - METODOLOGIA</u> .....	141
3.1	TIPO DE PESQUISA .....	141
3.2	ÁREA DE ABRANGÊNCIA .....	141
3.3	POPULAÇÃO .....	142
3.4	AMOSTRA .....	142
3.5	ETAPAS DA PESQUISA .....	143
3.5.1	Da Pesquisa de Campo .....	143
3.5.2	Da Pesquisa Teórica .....	146
	<u>IV CAPÍTULO - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS</u> .....	148
	PRIMEIRA PARTE - DADOS LEVANTADOS JUNTO À EQUIPE RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA .....	150
1	DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DAS EMPRESAS .....	150
2	CARACTERIZAÇÃO E NÍVEL DE PENETRAÇÃO DOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA AO ALCOOLISMO .....	152
3	IDENTIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO DO ALCOOLISTA .....	162
4	EQUIPE ATUANTE NO PROGRAMA .....	168
5	O ENCAMINHAMENTO .....	177
6	O ACOMPANHAMENTO .....	182
7	A FAMÍLIA .....	185
8	GRUPOS DE APOIO .....	188
9	CUSTO DO PROGRAMA .....	190
10	ASPECTO FORMATIVO EM DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS .....	192
	SEGUNDA PARTE - DADOS LEVANTADOS JUNTO AOS EMPREGADOS ALCOOLISTAS .....	202
1	DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS ALCOOLISTAS .....	202
2	HISTÓRIA PESSOAL DO ALCOOLISMO .....	215
3	PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO ALCOOLISMO NA EMPRESA .....	222

4	TRATAMENTO DE RECUPERAÇÃO .....	233
5	ATENDIMENTO À FAMÍLIA .....	241
6	O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO ALCOOLISMO NA EMPRESA ..	246
V	<u>CAPÍTULO - CONCLUSÕES E SUGESTÕES</u> .....	259
	<u>ABSTRACT</u> .....	273
	<u>ANEXOS</u> .....	275
	<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u> .....	307

LISTA DE TABELAS

1	Número de empregados alcoolistas e suas múltiplas variáveis em relação ao programa .....	152
2	Finalidades a serem alcançadas pelo programa, assinaladas numericamente de acordo com a prioridade .....	157
3	Objetivos específicos dos programas de cada uma das empresas de acordo com a prioridade concebida pelos diferentes profissionais .....	159
4	Formas de identificação dos empregados alcoolistas, assinaladas numericamente de acordo com a freqüência .....	163
5	Tipos de ocorrência no trabalho que aparecem como indicadores de alcoolismo enumeradas por ordem de freqüência .....	167
6	Número de profissionais envolvidos nos programas de assistência ao alcoolismo nas 4 empresas pesquisadas .....	168
7	Funções dos diferentes serviços (profissionais) por empresa .....	171
8	Recursos utilizados para o tratamento do empregado alcoolista .....	179
9	Modalidades de tratamento utilizadas nas diferentes empresas por ordem de freqüência .....	181
10	Profissionais das diferentes empresas responsáveis pelo acompanhamento dos tratamentos realizados fora da empresa .....	182

11	Objetivos do atendimento à família, enumerados por ordem de prioridade .....	187
12	Funções dos grupos de apoio enumeradas por ordem de prioridade .....	189
13	Oportunidades formativas oferecidas pelo programa de assistência ao alcoolismo, enumeradas de acordo com a sua eficácia .....	195
14	Objetivos dos programas de desenvolvimento de recursos humanos de acordo com os profissionais das diferentes empresas pesquisadas .....	197
15	Áreas da administração de R.H. com as quais o programa de assistência do alcoolismo se relaciona de acordo com os diferentes profissionais pesquisados .....	199
16	Idade e sexo .....	203
17	Grau de instrução .....	204
18	Situação conjugal .....	206
19	Moradia .....	206
20	Religião .....	207
21	Jornada semanal de trabalho .....	208
22	Renda mensal .....	209
23	Tempo que trabalha na empresa .....	210
24	Promoções .....	211
25	Atividades alternativas .....	214
26	Tempo de ingestão de bebidas alcoólicas .....	215
27	Frequência referente ao tempo de maior consumo alcoólico .....	216
28	Consumo alcoólico atual .....	217
29	Sinais, sintomas e problemas clínicos .....	218
30	Internações para tratamento .....	220
31	Tempo de participação no programa .....	223
32	Motivos que levaram os empregados a participarem do programa .....	224

33	Como começou a participar do programa .....	227
34	Áreas em que a vida dos empregados alcoolistas melhorou depois que começaram a participar do programa .....	232
35	Recursos que os alcoolistas utilizam para o tratamento .....	235
36	Forma pela qual o tratamento do empregado alcoolista é acompanhado pela empresa .....	237
37	Procedimentos utilizados para o custeio de internamentos ou sessões de psicoterapia .....	239
38	Familiares que costumam comparecer aos atendimentos .....	242
39	Frequência dos atendimentos prestados aos familiares dos alcoolistas .....	243
40	Importância do atendimento à família .....	245
41	Profissionais que prestaram maior ajuda aos alcoolistas pesquisados .....	249
42	Como os alcoolistas gostariam que fossem os profissionais da equipe .....	251
43	Objetivos dos programas de assistência ao alcoolismo na empresa .....	252
44	O que os alcoolistas pesquisados acreditam que está sendo atingido pelos programas nas empresas .	254

## RESUMO

A presente pesquisa analisa os principais programas de Assistência ao Alcoolismo nas empresas da cidade de Curitiba. Entretanto, devido à complexidade que reveste o tema, a pesquisa apresenta limitações provenientes de sua própria natureza. O principal objetivo visava interpretar a implantação, a sistemática de efetivação e os efeitos de diferentes programas de Assistência ao Alcoolismo na empresa e o seu conseqüente envolvimento no processo de formação de Recursos Humanos e Educação Permanente. Os pressupostos que sustentaram a pesquisa foram: a) os programas de assistência ao alcoolismo nas empresas possibilitam a prevenção primária, o tratamento e a recuperação dos empregados com problemas ligados ao uso do álcool, e b) o empregado alcoolista que participa do programa na empresa apresenta uma melhor condição geral de vida e revela expectativas positivas em relação ao seu processo de recuperação. A revisão de literatura foi efetuada a partir de um estudo sistemático sobre o assunto, dentro do qual foram destacados os seguintes pontos: aspectos gerais do alcoolismo (diagnóstico, etiologia, incidência no Brasil), o tratamento (desintoxicação, tratamento hospitalar, atendimento ambulatorial, alcoólicos anônimos, recaídas, participação da família no tratamento) e a assistência oferecida nas empresas (implantação dos programas e suas repercussões). Foram analisados os programas de Assistência ao Alcoolismo de 4 (quatro) empresas da cidade de Curitiba, sendo computados os dados levantados junto a 12 (doze) profissionais responsáveis pelos programas e 35 (trinta e cinco) empregados alcoolistas. A confrontação dos dados obtidos permitiu verificar a política das empresas em relação ao alcoolismo; caracterizar os empregados alcoolistas pesquisados (dados de identificação, história do seu alcoolismo); avaliar a penetração dos programas entre a população de risco da empresa; analisar a participação dos empregados alcoolistas e seus familiares no programa da empresa; identificar os profissionais responsáveis pelos programas e suas funções; verificar o impacto dos programas na comunidade de empregados (prevenção primária, tratamento e recuperação) e a relação entre estes e o Desenvolvimento de

Recursos Humanos e Educação Permanente. Conclui-se pela necessidade de se tomar o problema para além de aspectos puramente médicos-psiquiátricos (problema de saúde), focalizando a ação multidisciplinar para o êxito de medidas no combate ao Alcoolismo. Assim, sugere que mais profissionais ligados à área venham compor equipes de trabalho na empresa. O estudo ressalta que os programas de Assistência ao Alcoolismo na empresa promovem a reintegração biopsicossocial dos empregados alcoolistas e possibilitam o engajamento destes empregados, de seus familiares e de toda população de empregados num processo educacional permanente. Finalmente, desvela mais uma função social das empresas ao assumirem uma tarefa de ordem pública, isto é, o atendimento das pessoas com problemas ligados ao uso excessivo de bebidas alcoólicas.

## I CAPÍTULO - SUPORTE BÁSICO DA PESQUISA

### 1.1 JUSTIFICATIVA

Ao iniciar o presente trabalho de pesquisa, pretende-se expor as razões que levaram a escolher o Alcoolismo como tema básico de estudos.

Desde o início da formação acadêmica em Psicologia e Pedagogia, os interesses voltaram-se para os adultos, sua formação, adaptação e extensão de vida. Dentro deste contexto, observou-se um grande número de pessoas com problemas relacionados ao uso excessivo de álcool.

Mais tarde, em 1975, como estagiária da disciplina Psicopatologia Clínica, estágio que visava a preparação para o exercício profissional, efetuado no Hospital Pinheiros Ltda., foram estabelecidos contatos com alcoolistas hospitalizados. Pôde-se naquela oportunidade, observar que o problema atingia indiscriminadamente pessoas de todos os níveis social, cultural e econômico.

Constatou-se que os alcoolistas eram internados e submetidos a tratamento basicamente medicamentoso e no mesmo nível de convivência com os doentes mentais. Os pacientes alcoolistas pareciam diferentes, ou seja, não mostravam uma psicopatologia observável, evidente, como a apresentada pelos pacientes com outros diagnósticos. Os alcoolistas, após poucos dias de internação, pareciam indivíduos sem doença, ajudavam os enfermeiros, os estagiários, mantendo um bom contato, e a sua única inadequação parecia ser o fato de estarem tanto tempo trancados em um sanatório.

Assim, desde os primeiros contatos com a doença, percebeu-se haver vasta área de trabalho a ser explorada. Uma área que sempre existiu, mas que devido aos preconceitos e à falta de conhecimento não havia sido percebida, até então.

Durante o exercício profissional voltado para o atendimento do adulto, à procura de alternativas que pudessem solucionar ou minimizar o problema dos alcoolistas, entrou-se em contato com os Alcoólicos Anônimos (A.A.). Esta se caracteriza como instituição mundial de tratamento simples, sem pretensão científica, cujo trabalho se baseia no conceito de alcoolismo como doença física e da personalidade, onde o importante é não voltar a beber.

Atualmente, como aluna do mestrado em Educação, área de Recursos Humanos e Educação Permanente, pode-se assegurar que o alcoolismo, e mais especificamente a recuperação do paciente faz parte direta dessa área. Entendendo-se o homem como um ser inacabado em contínua e permanente transformação, qualquer tentativa de programa de recuperação se afirma nos princípios da Educação Permanente. Por outro lado, o estudo e compreensão dos problemas do álcool e do alcoolismo é um campo de atuação desafiante para o profissional de Recursos Humanos, no sentido de que é ele o agente capaz de identificar o problema nas organizações e de elaborar um programa de atendimento que encaminhe os trabalhadores alcoolistas para um processo de recuperação.

Uma última razão que levou a pesquisadora à escolha do tema se prende aos seguintes fatos: primeiro, uma escassez de literatura pertinente ao assunto, segundo a diversidade de enfoques sob quais o alcoolismo é encarado e, finalmente, a diversidade metodológica no atendimento ao alcoolista.

A presente pesquisa está centrada na interpretação de programas de assistência ao alcoolismo nas empresas, não

pretendendo atuar diretamente no tratamento do alcoolista propriamente dito. Trata-se, então, do estudo dos procedimentos desenvolvidos nas empresas para prevenção primária e recuperação dos mesmos.

Vale ressaltar que os problemas relacionados com o álcool constituem uma das maiores dificuldades que atingem e afetam os trabalhadores. Acredita-se que a implantação de programas de assistência ao alcoolismo nos locais de trabalho trazem benefícios múltiplos, tanto para o empregador, como para o empregado. Atualmente, as empresas brasileiras têm se preocupado com os reflexos do uso excessivo do álcool no trabalho, e algumas delas têm procurado implantar tais programas.

Estes programas podem representar a eliminação da ambigüidade do que é um problema de saúde e um problema disciplinar, permitindo assim que questões confusas sejam enfrentadas sem atrito. Que os alcoolistas sejam identificados e ajudados desde cedo e não precisem ficar encobrendo seus problemas, e principalmente que membros valiosos da força de trabalho possam voltar a seu pleno funcionamento, antes que sejam perdidos por demissão ou aposentadoria precoce. Constitui, então, um trabalho modesto, mas, de relevância para o desabrochar de novas pesquisas, principalmente porque o assunto é de interesse de toda a sociedade.

## 1.2 ENFOQUE DO PROBLEMA

No Brasil, afirma MILAN, "as estimativas do número de alcoolistas variam de seis a doze milhões de pessoas".<sup>1</sup>

A incidência de alcoolistas não distingue classe social, grau de escolaridade, crenças religiosas ou diferenças profissionais.

O alcoolismo não é vício de pobre, ele não é originado pela fome ou pela miséria, pois atinge todos os níveis sociais, de operários a executivos, de profissionais liberais a religiosos.

Atualmente, as empresas brasileiras têm-se preocupado com os reflexos do uso excessivo do álcool pelos trabalhadores e implantado diversificados programas de assistência ao alcoolismo, entretanto, o problema ainda persiste e o número de alcoolistas tem aumentado.

As estatísticas são precárias sobre o percentual de alcoolistas que exercem funções nas empresas, sendo os maiores indicadores a baixa produtividade, associada a uma maior incidência de acidentes de trabalho e absenteísmo.

Em 1978 realizou-se um estudo sobre as causas de acidentes de trabalho e o levantamento mostrou que 1,5 milhão de acidentes foram conseqüências do uso excessivo de bebida alcoólica.<sup>2</sup>

Levanta-se então um questionamento a respeito das principais dúvidas e preconceitos que envolvem a questão do alcoolismo.

A dimensão social, os fatores de trabalho, o sistema capitalista não direcionam o indivíduo a beber?

As tensões emocionais determinadas pelo acúmulo de trabalho e/ou de responsabilidade não seriam fatores que contribuem para o beber excessivo?

A propaganda e a facilidade de aquisição de bebidas, não seriam fatores determinantes para o alcoolismo?

O alcoolista não reconhece, não admite a sua situação como doença, e a empresa o vendo como fator (elemento) de produção, muito pouco faz para encaminhá-lo para recuperação.

Sabendo-se que o alcoolista não aceita o tratamento sem que sobre ele se exerça alguma pressão, quer no ambiente

familiar ou de trabalho, a empresa pode influenciar na recuperação do empregado alcoolista?

A questão político-econômico-social do alcoolismo reveste-se de extrema complexidade. Dentro dos aspectos problemáticos situados acima, a pesquisa apresenta limitações provenientes do tempo disponível e das suas próprias intenções. Neste caso, o estudo enfocará as seguintes questões específicas que nortearão esta investigação:

- Como se caracterizam os principais programas de Assistência ao Alcoolismo nas empresas de Curitiba?
- Como os alcoolistas avaliam estes programas?

### 1.3 PRESSUPOSTOS BÁSICOS DA PESQUISA

No sentido de adiantar as idéias básicas que serão sustentadas nesta pesquisa, podem-se focar os seguintes pressupostos:

- 1) A empresa é local adequado para a identificação do alcoolista.
- 2) É possível prevenir a dependência alcoólica por meio de programas de prevenção do alcoolismo nas empresas.
- 3) Os programas de assistência ao alcoolismo na cidade de Curitiba retratam a origem das necessidades de atendimento dos empregados e apresentam ainda deficiências na organização estrutural e funcional.
- 4) Os programas de assistência ao alcoolismo envolvem toda uma estrutura de desenvolvimento de Recursos Humanos e de Educação Permanente, entretanto são limitados porque atendem apenas a uma faixa da população de empregados.
- 5) O empregado alcoolista que participa do programa na empresa, apresenta expectativas positivas em relação

ao seu processo de recuperação e demonstra uma melhor condição de saúde após o engajamento no programa.

#### 1.4 INDICADORES

Já se disse que a questão do alcoolismo é extremamente complexa. Nela interferem variáveis de diferentes naturezas e alcance e, para identificá-la dentro de seus reais níveis de gravidade, existem múltiplos e inumeráveis indicadores.

Para este trabalho, entretanto, e por necessidade de se delimitar a área de atuação, foram selecionados os seguintes indicadores:

- 1º) Fatores a serem investigados junto à equipe responsável pelo programa na empresa:
  - caracterização da empresa, ou seja sua política com relação ao alcoolismo;
  - nível de penetração do programa: início, número de participantes, encaminhamentos, desligamentos, divulgação interna, objetivos ...;
  - identificação e diagnóstico do alcoolista: quem faz, recursos utilizados, ocorrências indicadoras de alcoolismo ...;
  - equipe atuante no programa: profissionais envolvidos, funções ...;
  - encaminhamento: participação do empregado na escolha do esquema de tratamento, recursos da comunidade utilizados para o tratamento ...;
  - acompanhamento: controle dos dados clínicos, funcionais e sociais do alcoolista;
  - participação da família: modalidade do atendimento familiar, frequência, objetivos;
  - grupo de apoio: suas funções;

- custos do programa: para a empresa e para o empregado;
- aspecto formativo do programa: oportunidades formativas oferecidas, relação entre os programas de assistência ao alcoolismo e os programas de Desenvolvimento de Recursos Humanos ...

2º) Fatores a serem investigados junto aos empregados alcoolistas:

- dados de identificação dos alcoolistas, ou seja suas características pessoais, funcionais, familiares e sociais;
- história pessoal do alcoolismo: tempo de uso de bebidas alcoólicas, problemas de saúde associados ao uso de bebidas alcoólicas, internamentos para tratamento do alcoolismo ...;
- participação no programa de assistência ao alcoolismo na empresa: tempo de participação no programa, motivo que o levou a participar ...;
- tratamento de recuperação: esquema de tratamento, responsabilidade pela sua própria recuperação, meios que utiliza para o tratamento ...;
- participação dos familiares no atendimento da empresa: familiar que participa, frequência dos atendimentos ...;
- impacto do programa de assistência ao alcoolismo na empresa: consolidação do conceito de alcoolismo como doença, atuação da equipe de atendimento ao alcoolista, objetivos atingidos pelo programa ...

## 1.5 OBJETIVOS

### Geral

- Interpretar a implantação, a sistemática de efetivação e os efeitos de diferentes programas de assistência ao alcoolismo na empresa e o seu conseqüente envolvimento no processo de formação de Recursos Humanos e Educação Permanente.

### Específicos

- Caracterizar a empresa e sua política de atendimento ao empregado alcoolista.
- Relacionar as características do programa com a sua efetivação na prática.
- Analisar a atuação da equipe de profissionais responsável pelo programa de assistência ao alcoolismo.
- Verificar a atuação do programa de assistência ao alcoolismo, na percepção dos próprios sujeitos atendidos.

### NOTAS DE REFERÊNCIA

<sup>1</sup> MILAM, James R., KETCHAM, Katherine. Alcoolismo: Os Mitos e a Realidade. Tradução de Auriphebo Berrance Simões. São Paulo, Fundo Educativo Brasileiro, 1983. p.14.

<sup>2</sup> MASUR, Jandira, DEL PORTO, José Alberto. Alcoolismo. Ciência Hoje, v.1, n.2, p.56-60, 1982.

## II CAPÍTULO - REVISÃO DA LITERATURA

### PRIMEIRA PARTE - ASPECTOS GERAIS DO ALCOOLISMO

#### 1 ALCOOLISMO: DEFINIÇÕES E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Jamais se soube exatamente como ocorreu a descoberta do álcool, entretanto, desde que o ser humano passou a fazer uso de bebidas alcoólicas, os efeitos danosos do etanol sobre o organismo tem sido estudado por muitos autores. A este respeito o professor KELLER, enfatiza que só em 1849, é que um médico sueco, Magnus Huss, descobriu, ou melhor descreveu uma entidade clínica, onde a alta ingestão de álcool provocava doenças físicas e mentais, e a chamou de "Eller chronisk alkoholssjukdom", isto é, doença crônica do álcool e, a partir do latim Alcoholismus chronicus, definiu aquilo que, em parte, hoje conhecemos como alcoolismo.<sup>1</sup>

Basicamente, há três critérios que fundamentam as definições e conceitos do alcoolismo: alterações físicas (somáticas), alterações mentais (psíquicas) e alterações de natureza comportamental.

Conforme o critério adotado, as definições de alcoolismo e de alcoolista diferem, seguindo características próprias e distintas.

#### A Tipologia de Jellinek

JELLINEK foi um cientista americano que contribuiu profundamente e teve grande influência no estudo do alcoolismo. Na concepção deste autor, citada por ELKIS: "Alcoolismo é

qualquer uso de bebidas alcoólicas, que ocasiona prejuízos ao indivíduo, à sociedade ou a ambos".<sup>2</sup>

Seu sistema simplificado define cinco categorias ou espécies de alcoolismo:<sup>3</sup>

ALCOOLISMO ALFA - Uso repetido do álcool, em quantidade excessiva, de um modo indisciplinado ou não contínuo e sem causar dependência fisiológica, ou seja, o parar de tomar não acarreta sintomas de abstinência. O indivíduo, muitas vezes, parece beber para aliviar desconfortos emocionais ou mesmo físicos.

ALCOOLISMO BETA - É aquele no qual ocorrem complicações alcoólicas, tais como polineuropatia, gastrite, cirrose hepática, sem contudo existir dependência física ou psicológica para o álcool.

ALCOOLISMO GAMA - Aqui há ingestão excessiva de álcool com evidência de tolerância e abstinência. O consumo é oscilante, com picos, e acentuada "perda de controle".

ALCOOLISMO DELTA - Ocorre também ingestão excessiva de álcool com evidência de tolerância e abstinência, mas com um nível muito mais estável de consumo de álcool. Ao invés de manifestar "perda de controle", o paciente apresenta o que se chamou incapacidade de se abster.

ALCOOLISMO ÉPSILON - É o alcoolismo periódico, outrora chamado de dipsomania, onde a ingestão de álcool ocorre em surtos.

A identificação por JELLINEK do contraste entre o alcoolismo gama (perda de controle) e o delta (incapacidade de se abster) aponta para um importante aspecto do comportamento de beber, que varia de caso para caso.

## CrITÉrios diagnÓsticos de FEIGHNER e COLS

Por volta de 1970, surgem os critÉrios para diagnÓstico operacional em psiquiatria. Todos eles tratam de definir os conceitos de doença, de forma a mais objetiva possÍvel. Assim, em 1972, FEIGHNER e COLS definem critÉrios para fins de pesquisa psiquiÁtrica, para diagnÓstico definitivo e provÁvel do alcoolismo:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO - Quando ocorrem sintomas em três dos quatro grupos.

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL - Quando ocorrem sintomas em dois dos quatro grupos.<sup>4</sup>

### GRUPO 1

- 1) Qualquer manifestação de abstinÉncia alcoÓlica como tremores, convulsões, alucinações ou delirium;
- 2) HistÓria de complicações mÉdicas; por exemplo, cirrose, gastrite, pancreatite, miopatia, polineuropatia, sÍndrome de Wernicke-Korsakov;
- 3) Black-outs, ou seja, episÓdios de amnésia durante intenso consumo etÍlico, sem relação com trauma craniano;
- 4) Bebedeiras ou porres (48 horas ou mais de consumo etÍlico associado com falta nas obrigações usuais: deve ter ocorrido mais de uma vez para ser contado como positivo).

### GRUPO 2

- 1) Paciente não consegue parar de beber, quando tenta fazÊ-lo;
- 2) Paciente tenta controlar a ingestão, permitindo-se beber somente em certas circunstâncias, como por exemplo, somente apÓs o trabalho, sÓ nos fins de semana, somente com outras pessoas;

- 3) Beber antes do café da manhã;
- 4) Beber álcool não potável.

#### GRUPO 3

- 1) Preso por beber;
- 2) Dificuldades, no trânsito, associadas ao beber;
- 3) Problemas no trabalho, devido ao beber;
- 4) Brigas físicas associadas ao beber.

#### GRUPO 4

- 1) Paciente acha que bebe muito;
- 2) Família reprova (contesta);
- 3) Perda de amigos devido à bebida;
- 4) Outras pessoas o reprovam;
- 5) Sente-se culpado.

### Síndrome de Dependência do Álcool - EDWARDS E GROSS

Do ponto de vista conceitual, o maior avanço, desde as postulações que JELLINEK (1960) vinha desenvolvendo na década de 40, cristalizou-se na descrição da Síndrome de Dependência do Álcool, publicada por EDWARDS e GROSS, em 1976. A grande inovação foi a compreensão do alcoolismo como um continuum de comprometimento e não mais como um fenômeno do tipo tudo-ou-nada, uma condição de presença ou ausência da dependência do álcool.

EDWARDS e GROSS não falam mais em alcoolismo e propõem o conceito de Síndrome de Dependência do Álcool, onde, pela primeira vez, são introduzidos os conceitos como os da tolerância e da abstinência.

## - Elementos da Síndrome de Dependência do Álcool<sup>5</sup>

A descrição completa da síndrome de dependência do álcool é a seguinte:

### 1- Empobrecimento do repertório

O consumo e a escolha de um bebedor comum variam de dia para dia e de semana para semana; num dia ele pode tomar cerveja ao almoço, no outro nada, dividir um garrafa de vinho com alguém num jantar e no sábado à noite ir a uma festa e beber bastante. Sua ingestão é determinada por referências internas variáveis e por circunstâncias externas. A medida que a dependência avança, as referências se relacionam cada vez mais com alívio ou evitação da abstinência do álcool, e seu repertório pessoal de beber torna-se cada vez mais restrito. O dependente começa a beber tanto em seu dia de trabalho quanto nos fins de semana ou feriados; a natureza da companhia e seu próprio estado de humor importam cada vez menos.

### 2- Relevância da bebida

A medida que a dependência se estabelece, o sujeito deixa de obter gratificações de outras fontes que não sejam bebidas alcoólicas. Passa a centrar o seu comportamento e suas atividades na bebida e em função da bebida, organizando seus trajetos e definindo seus compromissos sociais na dependência da existência ou não de bebidas alcoólicas incluídas nos roteiros e nas programações.

O dinheiro, que antes se destinava a várias finalidades, é dirigido prioritariamente para o hábito de beber.

### 3- Aumento da tolerância ao álcool

O álcool é uma droga em relação à qual o sistema nervoso central (SNC) desenvolve tolerância, isto é, há uma

espécie de adaptação à exposição contínua ao álcool por parte dos neurônios.

As pessoas referem-se à tolerância em termos de ser forte para a bebida ou de derrubar qualquer um na bebida. A tolerância se manifesta no fato de o dependente manter uma ingestão alcoólica e ir para o trabalho com uma alcoolemia que incapacitaria um bebedor que não tivesse desenvolvido tolerância. Isso não quer dizer que o desempenho não seja prejudicado, por exemplo: ele será um motorista perigoso, mas, devido à sua tolerância, ele ainda será (infelizmente) capaz de dirigir.

Nas etapas mais avançadas de dependência, por razões desconhecidas, o indivíduo começa a perder a tolerância anteriormente adquirida e se incapacita com quantidades de álcool que antes ele suportaria. Assim, pela primeira vez, ele pode cair bêbado na rua.

#### 4- Sintomas repetidos de abstinência

Estes variam com o grau de dependência. Inicialmente os sintomas são intermitentes e leves; causam pouca incapacitação e um sintoma pode aparecer na ausência de outros. Com o aumento da dependência, aumentam a frequência e a gravidade dos sintomas. Como estão na dependência direta da queda do nível de alcoolemia, costumam ser sentidos e observados pela manhã, logo ao despertar, ou até mesmo no meio da noite, e são prontamente eliminados pela ingestão de bebida alcoólica.

Segundo EDWARDS e GROSS "os sintomas de abstinência não podem ocorrer sem um alto nível de tolerância do sistema nervoso central, mas a tolerância pode existir sem manifestar clinicamente sintomas de abstinência".<sup>6</sup>

Entre os sintomas de abstinência incluem-se: TREMORES, NÁUSEAS, SUDORESE, HIPER-SENSIBILIDADE AO SOM, TINIDOS NO

OUVIDO, COCEIRAS, CÃIBRAS MUSCULARES, ALTERAÇÕES DO HUMOR, ALTERAÇÕES DO SONO, ALUCINAÇÕES e o quadro completo de DELIRIUM TREMENS.

#### 5- Alívio ou esquiva dos sintomas de abstinência

Envolve os comportamentos desenvolvidos para afastar os sintomas de abstinência. Nas fases iniciais, o indivíduo pode se dar conta de que, ao almoço, o primeiro gole do dia o ajuda a se aprumar.

No outro extremo, ele pode necessitar desesperadamente de um gole toda manhã, antes de sair da cama.

#### 6- Compulsão para beber

As frases convencionalmente usadas pelos alcoolistas para descrever esta situação, são: Se eu tomar um ou dois, não paro mais; ou: Se eu entrar no bar, esqueço todas as promessas; ou: Se eu provar, estou perdido.

É uma sensação de estar nas garras de algo estranho, irracional e indesejável que parece ser a experiência particular do indivíduo gravemente dependente.

#### 7- Reinstalação após a abstinência

O quadro de tolerância que na maioria das vezes demora anos para se instalar pode-se reinstalar com surpreendente rapidez em indivíduos que mesmo após anos de abstinência voltam a beber. A velocidade de reinstalação parece ter uma relação inversa com o grau prévio de dependência: quanto mais avançado o grau prévio da dependência, mais rapidamente o indivíduo exhibe níveis elevados de tolerância.

- Graus de dependência

Para EDWARDS,

embora um elemento da síndrome possa estar mais ou menos desenvolvido que outros (algumas vezes resultado de variações inexplicadas, outras vezes devido ao impacto de fatores sociais ou pessoais modificadores), o quadro coerente que emerge deveria ser o de um certo grau de dependência, onde cada elemento<sup>7</sup> está mais ou menos no mesmo nível dos outros.

Segundo o autor citado acima, não é fácil estabelecerem-se regras absolutas para a graduação da gravidade global da dependência, mas, se alguém apresentou sintomas de abstinência poucas vezes, se se deu conta de que o álcool produziu alívio, deve-se diagnosticar um caso inicial de dependência. Por outro lado, se alguém vem apresentando sintomas de abstinência mais ou menos diariamente há cinco anos, com ingestão de alívio em resposta àqueles sintomas no mesmo período (com os outros elementos coerentemente desenvolvidos), estará gravemente dependente do álcool. Uma história de delirium tremens é também prova de dependência grave.

Ao se referir à gravidade da dependência, outro elemento que deve ser considerado é o tempo. Quanto mais um indivíduo tiver repetido o ciclo de abstinência e alívio, mais grave será a dependência que ele terá contraído. É comum que, para homens com uma ingestão intensa de álcool por tempo prolongado, haja um período de transição de cerca de 12 meses, durante os quais os sintomas de dependência têm seu início e rapidamente se agravam.

### Classificação Internacional de Doença (CID 9)

No manual de classificação de doenças da Organização Mundial de Saúde, chamado Classificação Internacional de Doenças (CID 9), não está incluído o conceito de alcoolismo, entretanto, ele é representado em duas rubricas: Abuso de álcool sem dependência (305.0) e Síndrome de Dependência do Álcool (303).

O abuso de álcool é definido como:

" ... casos em que uma pessoa, para a qual nenhum outro diagnóstico é possível, recebe assistência médica em virtude dos efeitos adversos do álcool, do qual ela não é dependente, e que tenha feito uso por iniciativa própria em detrimento de sua saúde ou atuação social".<sup>8</sup>

No entendimento de BERTOLOTE

as repercussões a nível de saúde, do funcionamento social ou do desempenho profissional parecem ser o elemento mais marcante do conceito de abuso. Esse fato assinala a preponderância de componentes sociais e comportamentais na formulação deste conceito, em detrimento<sup>9</sup> de componentes biológicos e intrapsíquicos.

A Síndrome de Dependência do Álcool é definida pela OMS como:

Estado psíquico e também geralmente físico resultante da ingestão de álcool, caracterizado por reações de comportamento e outras que sempre incluem uma compulsão para ingerir álcool de modo contínuo ou periódico, a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e por vezes evitar o desconforto de sua falta; a tolerância ao mesmo podendo ou não estar presente.<sup>10</sup>

Da definição proposta pela OMS para a síndrome de dependência do álcool, BERTOLOTE destaca ainda o papel de componentes sociais e comportamentais; ressaltando, no entanto, que os componentes biológicos e intrapsíquicos adquirem maior importância, dos quais se destacam a tolerância e a compulsão.<sup>11</sup>

#### Research Diagnostic Criteria (RDC)

De acordo com ELKIS, em 1978, surge um novo critério para a pesquisa psiquiátrica, o RDC (Research Diagnostic Criteria), que apresenta uma lista de 20 quesitos.<sup>12</sup>

Para que o episódio da doença possa ser considerado, são necessários:

- a) duração de no mínimo um mês;
- b) no mínimo três das seguintes manifestações para um diagnóstico 'definitivo':  
no mínimo duas das seguintes manifestações para um diagnóstico 'provável'.
  - 1 - Indivíduo acha que bebe muito;
  - 2 - Os outros se queixam do seu beber;
  - 3 - Admite que, freqüentemente, não pode parar de beber, quando quer;
  - 4 - Freqüentemente bebe antes do café da manhã;
  - 5 - Freqüentemente falta ao trabalho, piora seu desempenho no trabalho ou torna-se incapaz de assumir responsabilidades domésticas;
  - 6 - Perde o emprego devido à bebida;
  - 7 - Dificuldades com membros da família e amigos associadas ao uso de bebidas;
  - 8 - Divórcio ou separação, onde beber foi a razão principal de acordo com o sujeito;

- 9 - Bebedeiras - três ou mais ocasiões, beber por três ou mais dias, mais de 1/2 garrafa de whisky diariamente (ou 12 garrafas de cerveja, ou três garrafas de vinho);
- 10- Violência física associada com beber pelo menos em duas ocasiões;
- 11- Dificuldades no trânsito;
- 12- Pego pela polícia, devido à conduta, associada ao beber, de arruaças, brigas, intoxicação em público;
- 13- Frequentes black-outs (perdas de memória durante ingestão etílica);
- 14- Tremores frequentes ligados ao beber;
- 15- Delirium tremens (quadros confusionais que se seguem à interrupção da ingestão, que incluem desorientação, ilusão e alucinações);
- 16- Alucinações após interrupção da ingestão em pelo menos duas ocasiões;
- 17- Crise convulsiva em paciente não-epiléptico, limitada aos períodos quando ele pára de beber;
- 18- Cirrose de fígado, gastrite ou pancreatite atribuída ao álcool por um médico;
- 19- Polineuropatia ligada ao uso de bebidas, e
- 20- Síndrome de Korsakow (síndrome cerebral crônica com achado predominante de amnésia anterógrada).

Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM III)

Finalmente, em 1980, a Associação Psiquiátrica Americana publicou o Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais, 3ª Edição (DSM III) que se propõe, tanto um manual para clínicos, quanto para pesquisadores.

Para o DSM III, há uma distinção entre abuso e dependência do álcool.<sup>13</sup>

O critério de abuso é o seguinte:

- a) um padrão de uso inadaptado do álcool, indicado pelo menos por um dos seguintes critérios:
  - 1- uso continuado apesar do conhecimento de ter problema persistente ou recorrente social, ocupacional, ou físico que seja causado ou exacerbado pelo uso de álcool;
  - 2- uso recorrente em situações nas quais é fisicamente perigoso (por exemplo, dirigir enquanto intoxicado).
- b) duração de alguns sintomas da perturbação de pelo menos um mês, ou ocorrência repetida por um período mais longo de tempo.
- c) nunca preencheu os critérios de dependência.

Por sua vez, o critério para dependência do álcool é o seguinte:

- a) pelo menos três dos nove sintomas característicos da dependência, relacionados abaixo:
  - 1- substância freqüentemente tomada em quantidades maiores ou por um período mais longo de tempo do que a pessoa intencionava fazê-lo. (Por exemplo, a pessoa pode decidir tomar somente um drinque, mas assim que o faz, continua a beber até ficar gravemente intoxicado);
  - 2- desejo persistente ou um ou mais esforços mal sucedidos de cortar ou controlar o uso de álcool;
  - 3- muito tempo é gasto nas atividades necessárias para conseguir a bebida (incluindo o roubo), tomá-la, ou recuperar-se de seus efeitos;

- 4- intoxicação freqüente ou sintomas de abstinência quando se espera que ele realize obrigações importantes no trabalho, escola ou em casa (por exemplo, não ir trabalhar por causa da ressaca, ir para o trabalho ou escola alto, intoxicado enquanto toma conta de seus filhos), ou quando o uso de álcool é fisicamente arriscado (como dirigindo um automóvel ou operando uma máquina);
- 5- atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes são abandonadas ou reduzidas por causa do uso de álcool;
- 6- uso contínuo de álcool apesar de saber que tem problema persistente ou recorrente social, psicológico, ou físico que é causado ou exacerbado pelo uso (por exemplo, piorar uma úlcera pelo uso de bebidas);
- 7- tolerância acentuada: necessidade de quantidades nitidamente aumentadas de bebida a fim de atingir a intoxicação ou efeito desejado, ou efeito acentuadamente diminuído com uso continuado da mesma quantidade.  
Nota: os alcoolistas "no pico de sua tolerância podem consumir somente cerca de cinquenta por cento mais do que eles originalmente necessitavam a fim de vivenciar os efeitos da intoxicação".<sup>14</sup>
- 8- sintomas característicos de abstinência, quando a pessoa pára ou reduz a ingestão de álcool;
- 9- depois do desenvolvimento de sintomas desagradáveis de abstinência, a pessoa começa a recorrer ao álcool a fim de atenuar ou de evitar estes sintomas;

b) duração de alguns sintomas da perturbação de pelo menos um mês, ou ocorrência repetida por um longo período de tempo, como em bebedeiras episódicas.

Além disso o DSM III conceitua a dependência do álcool como tendo graus diferentes de gravidade, oferecendo critérios para dependência leve, moderada, grave e para dependência em remissão parcial ou completa:

LEVE: poucos, se algum, sintomas além dos requeridos para fazer o diagnóstico, e aqueles resultantes em não mais do que um leve comprometimento do funcionamento ocupacional ou das atividades sociais ou do relacionamento com os outros.

MODERADA: sintomas ou comprometimento funcional entre 'leve' e 'grave'.

GRAVE: muitos sintomas além daqueles requeridos para fazer o diagnóstico interferindo acentuadamente no funcionamento ocupacional, nas atividades sociais habituais e no relacionamento com os outros.

EM REMISSÃO PARCIAL: durante os últimos seis meses, algum uso de álcool e alguns sintomas de dependência.

EM REMISSÃO COMPLETA: durante os últimos seis meses, nenhum uso de álcool nem sintomas de dependência.

Finalmente, é importante ressaltar que o DSM III, conforme comenta ELKIS, une critérios de pesquisa (uso inadaptado do álcool e alteração da vida social) com critérios clínicos (tolerância e abstinência), alargando o conceito de alcoolismo; além disso tem o mérito de colocá-lo dentro da categoria de 'doença mental', na medida em que exclui alterações de natureza exclusivamente somática como critério diagnóstico.<sup>15</sup>

## 2 O DIAGNÓSTICO DO ALCOOLISMO

Muitos autores estimam a prevalência do alcoolismo entre 5 a 10% da população adulta, entretanto considera-se que o número de bebedores-problemas (problem drinker), pessoas que ainda não apresentam nítida dependência do álcool, mas mostram alguma conseqüência relacionada à ingestão de bebidas alcoólicas, é cerca de quatro vezes maior.

Uma das características importantes do álcool é que ele admite uma faixa relativamente grande de uso sem problemas. Contudo, dependendo da dose, da freqüência e das circunstâncias em que é ingerido, o seu uso pode trazer graves conseqüências tanto a nível orgânico, como psicológico e social, caracterizando a condição conhecida como alcoolismo. Contudo, esta passagem do beber sem problemas ao alcoolismo não se faz do dia para a noite. Segundo MASUR é um processo que admite uma longa interface, cuja duração é geralmente de vários anos.<sup>16</sup>

Dentro do pressuposto, de que a Síndrome de Dependência do Álcool obedece a um continuum, pode-se pensar a interface como um momento da dependência em que o grau de comprometimento ainda não é grande.

A importância de o diagnóstico precoce do alcoolismo, ou da Síndrome de Dependência do Álcool, ser feito na interface, e não apenas quando as condições se manifestam no máximo da sua intensidade, envolve aspectos fundamentais. Em outras palavras, quanto antes for a intervenção no sentido de evitar que o quadro progrida, melhor será o prognóstico.

O diagnóstico do alcoolismo pode, é claro, ser feito através de uma anamnese clínica seguida dos exames psíquico e físico. No entanto, a não ser que o paciente apresente um estágio avançado de comprometimento ou que o profissional esteja particularmente atento para o problema, estes procedimentos têm se mostrado pouco eficazes no diagnóstico do alcoolismo.

A necessidade de abordar de maneira mais adequada o problema levou ao desenvolvimento de procedimentos subsidiários ao contato clínico, que possibilitassem uma melhora diagnóstica. Estes procedimentos incluem a utilização de questionários padronizados e indicadores biológicos.

### Questionários padronizados

Para a detecção da presença de uma relação problemática com o álcool, existem descritos, na literatura especializada, vários questionários. A maioria deles propõe-se a acusar a presença ou ausência do alcoolismo (por exemplo: CAGE, MAST). Após a descrição da síndrome de dependência do álcool como um continuum, começaram a surgir questionários que objetivam classificar os alcoolistas segundo o seu grau de comprometimento (por exemplo: ADS, SADD). Estes questionários constituem instrumentos que substituem as perguntas geralmente vagas ou imprecisas sobre o padrão de consumo de bebidas alcoólicas feitas na anamnese.

Dentre os que se baseiam em diagnóstico do tipo presença ou ausência do alcoolismo, o mais simples é o CAGE, proposto por EWING e ROUSE, em 1970, e que foi validado para o uso no Brasil por MASUR e MONTEIRO, em 1983 (anexo 1). Ele consta de apenas quatro perguntas e tem sido apontado como "um dos menos intimidativos e de mais simples aplicação".<sup>7</sup> A sigla CAGE resulta das palavras-chaves contidas em cada uma das perguntas: Cut-down (C), Annoyed (A), Guilty (G) e Eye-opener (E).<sup>\*</sup> As quatro questões, chamadas de discriminativas, devem ser acompanhadas de outras não-discriminativas (dados de identificação, hábitos alimentares e de sono, relacionamentos pessoais e de trabalho) que visam facilitar a entrevista.

<sup>\*</sup>Diminuir (C), Aborrecem (A), Culpado (G), Pela manhã (E).

Um entrevistado é considerado como CAGE-positivo quando responde afirmativamente a pelo menos duas das quatro questões. Um CAGE-positivo, apesar de não implicar em diagnóstico, é bastante sugestivo de que está havendo uma relação problemática com o álcool. MASUR e MONTEIRO, considerando o critério de duas ou mais respostas afirmativas como CAGE-positivo, encontraram uma sensibilidade de 88% (porcentagem de alcoolistas com o teste alterado) e uma especificidade de 83% (porcentagem de não-alcoolistas com o teste normal) para o questionário,<sup>18</sup> resultados bastante satisfatórios.

Com o propósito de avaliar o grau de severidade da dependência do álcool, foram desenvolvidos nos últimos anos, vários questionários que se baseiam nos sete elementos essenciais que compõem a Síndrome de Dependência do Álcool, formulados por EDWARDS e GROSS.

Um destes questionários, O ADS ("Alcohol Dependence Scale"), foi desenvolvido por SKINNER e ALLEN no Canadá, em 1982 (anexo 2).

Este questionário

possui 25 questões com duas, três ou quatro alternativas de resposta. Considerando uma pontuação 0 para a alternativa a, 1 ponto para a alternativa b, 2 pontos para a alternativa c e 3 pontos para a alternativa d, de acordo com o total de pontos obtido, pode-se classificar os alcoolistas nos seguintes níveis: 1 a 13 pontos - baixa dependência; 14 a 21 pontos - dependência moderada; 22 a 30 pontos - dependência substancial, e 31 a 47 pontos - dependência severa.<sup>19</sup>

Um outro questionário, o SADD (Short Alcohol Dependence Data), desenvolvido por RAISTRICK e col. na Inglaterra em 1983, foi adaptado para o uso no Brasil por JORGE e MASUR (anexo 3). Consta de 15 perguntas com quatro alternativas de respostas às

quais atribui-se de 0 a 3 pontos nesta ordem: alternativa nunca - 0 ponto; alternativa poucas vezes - 1 ponto; alternativa muitas vezes - 2 pontos e alternativa sempre - 3 pontos. A soma dos pontos obtidos permite que se classifique os alcoolistas da seguinte forma: 1 a 9 pontos - baixa dependência; 10 a 19 pontos - média dependência e 20 a 45 pontos - alta dependência.

Vale ressaltar que, ao contrário do CAGE, os questionários que visam avaliar a intensidade da dependência, como é o caso do ADS e do SADD, só devem ser aplicados em pessoas para as quais já existem indicações de beber excessivo.

### Indicadores biológicos

Ao lado do desenvolvimento de questionários, muitos pesquisadores envolveram-se na procura de marcadores biológicos que pudessem prover evidências objetivas da ingestão excessiva de bebidas alcoólicas. O objetivo do uso destas medidas biológicas é evitar o conhecido processo de negação do problema álcool por parte dos indivíduos, levando aos chamados resultados falsos-negativos. Outra vantagem destes indicadores seria a rapidez e relativa simplicidade da sua determinação.

Ressalta-se, segundo MASUR, que "os testes biológicos são considerados como marcadores de estado (state-markers) e não devem ser confundidos com os marcadores de traço (trait-markers)".<sup>20</sup> Os testes mais utilizados no diagnóstico do alcoolismo são: a dosagem da enzima gama-glutamil transferase (GGT) e a determinação do volume corpuscular médio das hemácias (VCM).

A GGT reflete a atividade hepática, sendo o limite superior da normalidade mais freqüentemente considerado de 28 UI/L. Em bebedores excessivos o valor do GGT encontra-se

aumentado; por outro lado, de acordo com SCHUCKIT e GRIFFITHS, os níveis de GGT não se alteram com a ingestão recente, mesmo que excessiva, de bebidas alcoólicas em não-alcoolistas.<sup>21</sup>

No entanto, é importante lembrar que outras condições, que não o beber excessivo, podem alterar o GGT, como:

uso de medicamentos diversos (anticonvulsivantes, contraceptivos orais), distúrbios hepatobiliares e inúmeras outras patologias (infarto do miocárdio, síndrome nefrótica, acidente vascular cerebral, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica). O GGT também aumenta com a idade e peso corporal, sendo maior entre os homens do que entre as mulheres.<sup>22</sup>

A avaliação da GGT é considerada importante, não só como meio auxiliar para o diagnóstico do alcoolismo, mas também para monitorar o tratamento e como motivação para o próprio paciente. Isto porque, a abstinência ou diminuição da ingestão alcoólica leva a uma queda rápida nos valores do GGT, anteriormente aumentado, podendo inclusive voltar à normalidade.

Em relação ao VCM, o limite superior da normalidade está entre 90 e 100 u<sup>3</sup>, entretanto a elevação de seus valores (macrocitose) está associada ao beber excessivo.

Repetindo JORGE, é importante ressaltar que

o VCM também aparece aumentado em condições não relacionadas com o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, como anemia megaloblástica de qualquer etiologia (nutricional, drogas, erros de metabolismo), hepatopatias não alcoólicas, neoplasias diversas, diabetes, arterioesclerose, doença pulmonar obstrutiva crônica, etc. Também aumenta com a idade e é mais elevado entre as mulheres do que entre os homens.<sup>23</sup>

Em síntese, JORGE recomenda os seguintes procedimentos para o diagnóstico do alcoolismo:

- triagem de casos suspeitos através da utilização do questionário CAGE;
- os indivíduos assim identificados devem ser submetidos a minuciosa avaliação, que compreenderia, no mínimo: a) anamnese clínica (incluindo interrogatório complementar sobre os diversos aparelhos, antecedentes pessoais e familiares); b) exame psíquico; c) exame físico (incluindo avaliação neurológica); d) aplicação dos questionários SADD e ADS, e e) avaliação laboratorial (GGT e VCM).<sup>24</sup>

### 3 ETIOLOGIA DO ALCOOLISMO

Múltiplas são as tentativas de resposta para a pergunta: o que causa o alcoolismo? As teorias clássicas que procuram responder a esta questão se situam dentro de uma vertente biológica, psicológica ou social. Na realidade, o alcoolismo não tem uma causa única, ele é determinado por diferentes fatores, dentro de uma perspectiva bio-psico-social. Embora por questões didáticas, apresentam-se as teorias independentemente.

#### Determinação biológica

Segundo MASUR "o pressuposto básico das teorias biológicas é que o alcoolismo vai se desenvolver ou não, dependendo de características biológicas inatas".<sup>25</sup> Isto significa que existem pessoas que jamais se tornarão alcoolistas, enquanto outras, se começarem a beber, inevitavelmente desenvolverão o alcoolismo.

Para o entendimento do pressuposto teórico da determinação biológica, são usadas diferentes explicações: a) o

fenômeno da perda do controle; b) os estudos com gêmeos e os estudos com adotivos; c) diferenças individuais no processo de metabolização do álcool.

a) O fenômeno da perda do controle

Para MASUR, a hipótese da determinação biológica do alcoolismo "baseia-se no fato de que alcoolistas quando começam a beber não conseguem aparentemente se restringir a uma ou duas doses, bebendo até a embriaguez".<sup>26</sup> Este fenômeno conhecido como Perda-do-controle (loss of control) definido por JELLINEK em 1960, ocorreria em consequência a uma reação fisiológica em cadeia, desencadeada por uma quantidade inicial de álcool.

O conceito de Perda-do-controle exclui o controle volitivo, ficando a ingestão subordinada somente a mecanismos fisiológicos disparados pelo álcool. Esta conceituação abole, pelo menos oficialmente, o julgamento moralista com suas implicações punitivas. Ao alcoolista não deve ser atribuída uma falta moral, mas antes deve ser considerado como vítima de uma doença, o alcoolismo, cujo sinal patognomônico é o fenômeno da Perda-de-controle.

Várias pesquisas têm procurado detectar os diferentes processos fisiológicos que poderiam levar ao fenômeno da Perda-do-controle. Entre eles, estão a inibição de centros cerebrais de controle e a ativação de circuitos neuronais específicos, localizados no hipotálamo que eliciariam a compulsão pelo álcool.

O aspecto fundamental, nesta linha de pensamento, é o seguinte: se a perda-do-controle é medida somente por processos fisiológicos, independente do controle volitivo, ela deve se manter em qualquer situação, bastando que o alcoolista inicie a ingestão de álcool. Para testar este caráter transituacional da

ingestão alcoólica, foram feitos inúmeros experimentos em condições controladas.

Em 1973, MARLATT e col. fizeram o seguinte experimento: davam a um grupo de alcoolistas uma dose de bebida alcoólica misturada num suco de frutas, de forma a não permitir identificar o gosto do álcool. Um outro grupo de alcoolistas recebia apenas suco. A metade de cada um destes grupos era informada de que havia ingerido bebida alcoólica, enquanto a outra metade recebia a informação de que havia bebido apenas suco. A hipótese que foi testada é: se a Perda-do-controle é determinada exclusivamente por fatores fisiológicos, os que haviam efetivamente recebido álcool deveriam sentir mais vontade de beber. Entretanto este não foi o resultado encontrado, o aumento da vontade de beber foi mais relacionado à informação de que havia sido consumido álcool do que ao fato de este ter realmente sido ingerido.<sup>27</sup> Este trabalho sugere que a compulsão para beber não é necessariamente pré-determinada, em termos biológicos, mas depende de eventos psicológicos e sociais. Segundo MASUR "ao invés de uma incapacidade de controlar o beber - geneticamente determinada - os alcoolistas apresentam uma dificuldade de controlar o beber, mediada também por fatores ambientais e cognitivos".<sup>28</sup>

#### b) Os estudos com gêmeos e os estudos com adotivos

Uma outra linha de pesquisa que aponta o componente hereditário do alcoolismo são os estudos com gêmeos e os estudos com adotivos.

- Os estudos com gêmeos visam comparar a frequência de alcoolismo entre gêmeos idênticos e fraternos. Os dizigóticos (DZ) podem diferir entre si pelo ambiente e pela genética, uma vez que geneticamente não são mais semelhantes do que irmãos comuns, enquanto que os monozigóticos (MZ) só podem diferir

pelo ambiente. Partindo do pressuposto de que o ambiente para pares MZ ou DZ é igual, a maior concordância de um atributo entre gêmeos idênticos do que entre gêmeos dizigóticos só poderia ser atribuída à genética. Corroborando com esta teoria, GOODWIN cita 3 estudos:

Na Suécia, encontrou-se que a concordância para o alcoolismo era maior entre os gêmeos idênticos do que entre os gêmeos fraternos. Em outro estudo, na Finlândia, encontrou-se que a concordância entre gêmeos idênticos era maior para: quantidade e freqüência de consumo de álcool, mas não para as conseqüências adversas do beber.

Jonsson e Nilsson, em 1968, relataram descobertas baseadas em dados levantados de 7.500 pares de gêmeos na Suécia. Gêmeos monozigóticos apresentavam maior concordância em relação à quantidade de álcool consumida, mas não em relação às conseqüências adversas. Os resultados assemelham-se aos estudos da Finnish (Finlândia).

Apesar das concordâncias apontadas nos trabalhos citados, os estudos com gêmeos são passíveis de críticas a partir do seu pressuposto teórico de controle ambiental, ou seja, de que o ambiente é igual para um determinado par de gêmeos. Embora macroscopicamente o ambiente seja o mesmo, inúmeras diferenças se estabelecem, cujo valor não pode ser ignorado ou minimizado.

- Os estudos com adotivos procuram analisar os indivíduos que foram separados dos seus pais biológicos logo após o nascimento e criados por pais adotivos; pretende, portanto, controlar a variável ambiental. Em estudos publicados em 1973, GOODWIN e col. postularam que, se o alcoolismo fosse realmente herdado, as crianças filhas de alcoolistas teriam uma alta taxa de alcoolismo, ainda que não vivessem com o pai

biológico alcoologista. Se as influências ambientais fossem mais importantes, as crianças filhas de alcoologistas adotadas não teriam mais probabilidade de se tornar alcoologistas do que os filhos de pais não-alcoologistas.

GOODWIN e col. compararam a frequência de alcoolismo em um grupo que tinha pai e/ou mãe biológicos alcoologistas e que foram adotados (grupo experimental), com outro grupo também adotado, mas cujos pais não apresentavam alcoolismo (grupo controle). "Dez dos 55 indivíduos do grupo experimental foram diagnosticados como alcoologistas, contra quatro dos 78 controles. Em outras palavras, o grupo experimental tinha cerca de quatro vezes a taxa de alcoolismo que tinha o grupo controle".<sup>30</sup>

Os estudos com adotados e com gêmeos são uma contribuição real para a compreensão dos fatores genéticos no alcoolismo, entretanto nos últimos anos criou-se uma polêmica sobre a interpretação dos mesmos. As limitações apontadas por PEELE baseiam-se principalmente na não-replicabilidade dos achados por outros autores e na definição de alcoolismo utilizada, considerada pouco apropriada.<sup>31</sup>

#### - Diferença no processo de metabolização do álcool

Outra tentativa de explicar a hipótese hereditária do alcoolismo é a diferença no processo de metabolização do álcool, que é geneticamente determinada.

Praticamente a totalidade do álcool ingerido é biotransformada no fígado em aldeído acético (menos de 10% podem ser eliminados pelo organismo sem transformações metabólicas, através dos pulmões e, em menos quantidade, pelos rins). O aldeído acético por sua vez é convertido em acetato através da enzima acetoaldeído desidrogenase, sendo que a atividade desta enzima é geneticamente determinada.

Assim, um dos aspectos mais pesquisados no processo de metabolização do álcool refere-se ao acúmulo de aldeído acético após a ingestão de álcool. Haveria, portanto, a possibilidade de algumas pessoas com baixa atividade da enzima acetoaldeído desidrogenase acumularem, após beberem, mais aldeído acético do que outras.

Como os níveis altos de acetoaldeído estão relacionados não só ao rubor facial, mas também à hipotensão, taquicardia e náuseas, pode-se inferir que o acúmulo desta substância refrearia o consumo de álcool (o indivíduo se esquivava dos efeitos desagradáveis produzidos pelo álcool).

Dentro destas condições, o grupo de pessoas com baixa atividade genética da enzima, que converte o aldeído acético em acetato, teria uma menor probabilidade de desenvolver alcoolismo.

SCHUCKIT realizou uma série de estudos na tentativa de descobrir possíveis diferenças que caracterizem os alcoolistas. Sobre um experimento em que administra uma mesma dose de álcool a dois grupos de jovens (FHP) que tinham pais alcoolistas e (FHN) que não tinham pais alcoolistas, o autor comenta o seguinte resultado:

Rapazes com história de alcoolismo na família relatavam significante menor auto-avaliação de intoxicação após beberem etanol do que os sujeitos pares de controle, apesar de similar concentração de álcool no sangue. É possível interpretar os dados como indicando que os sujeitos, cujos pais eram alcoolistas não estavam experienciando totalmente os efeitos subjetivos da droga, talvez mediante uma diferente sensibilidade inata do cérebro para a droga ou uma diferente sensibilidade adquirida durante anos de beber normal.<sup>32</sup>

Este achado indica que os filhos de alcoolistas têm uma menor percepção da intoxicação alcoólica, o que é um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento do alcoolismo.

De todos os trabalhos apresentados, o que se depreende é que não se pode atribuir uma predisposição orgânica ao alcoolismo. As possíveis diferenças biológicas que distinguiriam alcoolistas e não alcoolistas são fatores que aumentariam a probabilidade de pessoas fazerem uso contínuo do álcool. Isto é, o biológico seria um fator de vulnerabilidade ao alcoolismo, mas não o determinaria.

### Determinação Psicológica

Uma grande preocupação da Psicologia está centrada na questão de se saber por que determinadas pessoas escolhem o álcool, ou melhor os efeitos do álcool, como forma de lidar com os problemas existenciais.

Dentro da abordagem psicológica, as hipóteses explicativas se enquadram dentro de três teorias: a teoria da personalidade, a teoria psicanalítica e a teoria da aprendizagem ou comportamental.

Durante muito tempo, o alcoolismo, como também qualquer outra dependência, foi visto como sintoma de uma estrutura de personalidade prévia alterada. Assim falava RÉGIS em 1892, citado por SONENREICH: "Não se torna alcoolista quem quer".<sup>33</sup>

Uma concepção muito divulgada é a de que os alcoolistas se caracterizam, e portanto diferem do restante da população, por traços característicos de personalidade. Utilizando testes psicológicos e entrevistas clínicas, muitos trabalhos têm sido feitos no sentido de identificar o tipo específico de personalidade que caracterizaria o alcoolista.

Em uma revisão de vários trabalhos dentro desta perspectiva ROEBUCK e KESSLER, citados por MASUR, encontraram, entre outras peculiaridades, os alcoolistas descritos como "dependentes, inseguros, passivos, introvertidos e sexualmente imaturos".<sup>34</sup>

MENNINGER ressalta o caráter do suicídio crônico do alcoolista, em forma mais ou menos velada, do abuso crônico de bebidas alcoólicas, impulsionado por culpa e tendência autopunitiva, semelhante à conduta suicidária.<sup>35</sup>

Adler, citado por VARGAS considera o abuso alcoólico em termos da 'vontade de poder': a embriaguez é resposta de uma personalidade tímida, insegura, com profundo sentimento de inferioridade, à necessidade de auto-afirmação no sentido de ânsia de dominação e de poder. Pessoas com essa estrutura caracterológica funcionam melhor após um gole.<sup>36</sup>

As teorias da personalidade em relação à etiologia do alcoolismo são criticadas na base da falta de evidências para uma personalidade típica do alcoolista. SONENREICH defende a posição de que os distúrbios psíquicos identificados em alcoolistas seriam sintomas instalados por causa da intoxicação alcoólica, e não anteriores a esta: "Os trabalhos que procuram atribuir o alcoolismo a uma predisposição psicológica ou somática não nos convencem. A existência dos distúrbios descritos é indiscutível, mas não temos nenhuma prova que eles existiam antes do início do uso de álcool".<sup>37</sup> Prosseguindo, SONENREICH afirma que "a personalidade, o psiquismo do alcoólatra, podem ser explicados pela vivência alcoólica".<sup>38</sup>

Dentro da perspectiva psicanalítica, o desenvolvimento do indivíduo realiza-se em várias fases, caracterizadas pelos modos particulares de relação com o ambiente. Vários fatores seriam capazes de alterar o desenvolvimento da personalidade, provocando fixações em estágios da evolução. Quando a fixação

ocorre na fase oral, o indivíduo pode buscar o prazer na ingestão do álcool. Portanto, o que caracteriza o alcoolista seriam problemas ligados à fixação na fase oral.

Segundo ALONSO FERNANDEZ, citado por SONENREICH, haveria quatro principais hipóteses psicanalíticas para explicar o alcoolismo: 1) a relacionada à fixação oral, que impele a usar a boca como principal fonte de gratificação; 2) a relacionada à tentativa de sedar a angústia de castração pela bebida; 3) o protesto contra a sociedade com projeção sobre esta do ódio contra o pai, a agressividade sádica e as tendências autodestrutivas; e 4) a homossexualidade latente.<sup>39</sup>

Um dos problemas da concepção psicanalítica reside na dificuldade de ser testada. Muitos autores se satisfazem em demonstrar seus postulados através da descrição de um número limitado de casos. Assim, os pacientes tratados por psicanalistas não são, muito provavelmente, representativos da população geral de alcoolistas.

Finalmente, apresenta-se a teoria da aprendizagem ou comportamental que procura explicar a etiologia do alcoolismo dentro de uma concepção psicológica.

Esta teoria parte da premissa de que um comportamento se perpetua quando ele é reforçado. Assim, acredita-se que os alcoolistas bebem por causa dos efeitos que o álcool produz, sendo estes efeitos designados de reforçadores.

DOLLARD e MILLER, citados por MASUR, "postulam que o álcool é reforçador porque reduz medo, conflito e ansiedade".<sup>40</sup>

Dentro da abordagem comportamental, duas questões têm sido investigadas através de estudos experimentais: a primeira é se o álcool reduz a tensão e a outra é se a tensão aumenta o consumo de álcool.

As duas questões têm sido estudadas, utilizando-se modelos experimentais com animais. Apesar de muitos dos dados a respeito não serem conclusivos, vários experimentos indicam que

o álcool reduz a tensão e que a tensão aumenta o consumo de álcool. Entretanto, permanece a questão: em que medida estes resultados seriam extrapoláveis para a situação humana?

Dentro desta linha de pensamento, o alcoolismo é visto como uma resposta que se mantém através de suas conseqüências reforçadoras, logo é enfatizado o comportamento atual do alcoolista e não suas causas históricas.

Em síntese, o modelo comportamental não nega a possibilidade de que ocorram casos de alcoolismo secundário, ou seja, como um epifenômeno de um distúrbio psicológico subjacente; mas privilegia a idéia do alcoolismo ser um comportamento aprendido, com possibilidades de se desenvolver em qualquer pessoa.

#### Determinação sócio-cultural

Vários autores negam a necessidade de predisposições orgânicas ou psíquicas para a instalação do alcoolismo. Consideram que se trata de uma doença exógena, apontando fatores sociais que a favorecem, ou geram-na.

A crescente valorização dos fatores sociais na etiologia do alcoolismo baseia-se na observação de diferenças no grau de consumo de bebidas alcoólicas relacionadas a sexo, idade, grupos étnicos, grau de urbanização e religião.

Existem várias evidências de que as normas culturais influenciam a forma e a quantidade do consumo de álcool, interferindo conseqüentemente ao desenvolvimento do alcoolismo. Por exemplo, todas as estatísticas salientam a baixa percentagem de alcoolistas entre os judeus. Várias hipóteses têm sido formuladas para explicar esta relação específico-cultural com o álcool. Uma delas é que o fato de, na cultura judaica, o beber está relacionado a cerimônias e rituais

religiosos, o que afasta a possibilidade do beber com a finalidade de fuga de tensões ou de problemas. Outra hipótese refere-se ao fato de a identidade judaica estar muito ligada à imagem da sobriedade, sendo a embriaguez vista como inconcebível.

No que diz respeito à diferença na proporção de alcoolistas relacionada ao sexo, as mulheres em número significativamente menor, existem também, explicações a nível cultural. Esta diferença é o reflexo de um duplo padrão moral imposto pela sociedade. Em primeiro lugar a embriaguez é menos aceitável para a mulher e caracterizada como um comportamento não feminino, enquanto que para os homens são atribuídas virtudes ao bebedor e ironizados como pouco machos os abstinentes.

Dentro de uma perspectiva mais específica, um dos fatores considerados importantes para o desenvolvimento do alcoolismo é a ambivalência social com que o álcool é encarado. Não há algum exagero em dizer que existe uma pressão cultural a favor do uso do álcool, concomitante com a reprovação do alcoolista declarado. Neste sentido, é interessante a colocação de ULMAN, citado por MASUR, que postula que

em qualquer grupo ou sociedade na qual os costumes, valores e sanções do beber, juntamente com a atitude de todos os segmentos do grupo ou sociedade, são bem estabelecidos, conhecidos e aceitos por todos, sendo coerentes com o resto da cultura, <sup>4</sup>a proporção de alcoolismo será baixa ...

No caso dos judeus, por exemplo, o baixo número de alcoolistas refletiria a aceitação pelo grupo das normas em relação ao álcool.

A determinação social do alcoolismo tem sido combatida a partir da argumentação de que ele atinge todas as classes sociais, não discriminando pobres ou ricos. Além disto, encontram-se alcoolistas em países com organizações políticas totalmente diferentes, desde capitalismo até comunismo. Entretanto, os fatores sociais não se restringem à concepção de poder aquisitivo e de estrutura política. Daí, a determinação social busca uma compreensão do alcoolismo em fatores sociais muito mais abrangentes.

Em vista destes dados, considera-se que não existe uma explicação universal, seja ela biológica, psicológica ou social, para a gênese do alcoolismo. Existem, sim, diferentes fatores facilitadores para o desenvolvimento da doença, que se podem chamar de fatores de vulnerabilidade. Ressalta-se que, todas as pessoas que bebem têm potencialmente possibilidade de se tornar alcoolistas, a maior ou menor probabilidade vai depender da interação entre os diferentes fatores de vulnerabilidade.

#### 4 O ALCOOLISMO NO BRASIL

A presente seção constitui uma tentativa de apresentar uma série de dados relativos ao consumo de bebidas alcoólicas no Brasil. Para que se possa ter uma melhor visão destes dados, julga-se oportuno lembrar que a população brasileira em 1990 é estimada em 150,3 milhões de pessoas, das quais 97,3 milhões têm mais de 15 anos de idade. Segundo o Anuário Estatístico Brasileiro de 1989, no ano de 1987, cerca de 59,5 milhões de pessoas constituíam a população economicamente ativa, das quais 56,8% ganhavam menos que dois salários mínimos por mês e 6,5% ganhavam mais que dez salários mínimos mensais.<sup>42</sup>

### A indústria e o comércio de bebidas alcoólicas

O controle da produção de álcool no Brasil está sob jurisdição do Ministério da Agricultura, que possui, no Paraná, o registro de 62 companhias industriais no ramo de bebidas alcoólicas. De acordo com este registro, em 1989 foram produzidos em litros:

- Aguardente de cana .....	26.994.900
- Vinho .....	5.500.000
- Cerveja .....	193.619.000
- Outras bebidas alcoólicas ....	2.231.700

Com relação ao território Nacional, o Ministério da Agricultura informou, em fevereiro de 1990, haverem 4.301 companhias registradas operando na área de bebidas alcoólicas, produzindo oficialmente 16.079 diferentes produtos.<sup>43</sup> A título de comparação, segundo dados revisados por MASUR e JORGE, o Brasil possuía em 1980 apenas 1.382 companhias industriais no ramo de bebidas alcoólicas.<sup>44</sup> Isto representa um aumento de mais de 100% das indústrias produtoras de bebidas alcoólicas.

A aguardente é a bebida que tem o maior índice de crescimento de fabricação. Segundo dados da Associação Brasileira de Bebidas (ABRABE), que congrega produtores de destilados e vinhos, só em 1988 foram consumidos 1,3 bilhão de litros de aguardente. Isto equivale a 9 litros por habitante. Mais ainda, o setor estima que foram vendidos aproximadamente outros 650 milhões de litros saídos da produção clandestina. Na opinião dos produtores de aguardente, o mercado nacional é muito atraente, isto é, há hoje um fiel público consumidor de 80 milhões de pessoas. A título de exemplo, o fabricante da Pitú, famosa aguardente do nordeste, produzia, em 1989, 50 mil garrafas por hora, empregando 4000 funcionários. O faturamento da Pitú só em 1988 correspondeu a US\$ 60 milhões.<sup>45</sup>

Uma recente publicação da revista Veja observa que o Brasil é hoje o sexto maior mercado de cervejas do mundo. Em 1989, foram produzidas 5,5 bilhões de litros de cerveja e todo ano o consumo aumenta. A Antártica e a Brahma são, respectivamente, a quinta e a sexta maiores cervejarias do mundo.<sup>46</sup>

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) refere, em dados publicados pelo Departamento de Indústria, que entre novembro de 1988 a novembro de 1989 as mais elevadas taxas de expansão foram alcançadas em bebidas (15,5%), produtos de matérias plásticas (13,9%) e perfumaria (11,2%), entre 25 outras indústrias de transformação.

Dentro deste percentual geral (15,5%) de crescimento do gênero bebidas, foram classificados os percentuais de crescimento dos diferentes produtos:

- Cerveja .....	14,9%
- Conhaque .....	26,3%
- Malte .....	5,7%
- Refrigerante .....	17,2%
- Vinho .....	8,2%
- Aguardente .....	9,1%

De acordo com os comentários do Departamento de Indústria (IBGE), embora os refrigerantes apresentem um alto percentual, o crescimento do gênero bebidas foi liderado pelas bebidas alcoólicas, que, por apresentarem uma maior produção, contribuem com maior peso: 8,22 pontos percentuais contra 6,48 pontos percentuais das bebidas não alcoólicas.<sup>47</sup>

### Epidemiologia do alcoolismo no Brasil

Devido à grande incidência do alcoolismo na população humana, a epidemiologia aborda esta patologia enquanto um fenômeno coletivo e, conseqüentemente, social.

O primeiro levantamento sobre hábitos alcoólicos em população geral no Brasil, foi realizado em 1965, por AZOUBEL NETO, na cidade de Ribeirão Preto (SP). Foram entrevistadas 202 pessoas (87 homens e 115 mulheres) e encontrada a seguinte distribuição quanto à ingestão de álcool: 22% dos homens foram categorizados como abstêmios, 48% como bebedores moderados, 17% como bebedores excessivos e 13% como bebedores patológicos. Entre as mulheres, as porcentagens foram 37%, 52%, 10% e 1%. Tomando a amostra como um todo, 6% foram categorizados como bebedores patológicos.<sup>48</sup>

Em 1974, LUZ JUNIOR realizou um estudo em Porto Alegre (RS), empregando um questionário adaptado da Universidade de Santiago do Chile. O questionário foi aplicado em 100 residências, coletando dados referentes a 514 pessoas (260 homens e 254 mulheres). Entre os homens com mais de 15 anos de idade, 25% foram classificados como abstêmios, 55,5% como bebedores moderados, 8,3% como bebedores excessivos e 11,2% como bebedores patológicos. Para mulheres, as porcentagens foram 54,1%, 44,5%, 0% e 1,4% para as mesmas categorias, respectivamente. À semelhança do estudo de AZOUBEL NETO, a prevalência encontrada de alcoolismo foi de 6,2%.<sup>49</sup>

Mais recentemente, em 1985, no estudo realizado por SANTANA e ALMEIDA FILHO, em uma amostra de 1.067 adultos de uma área industrial de Salvador (BA), encontrou-se uma prevalência estimada de 6,2% para o alcoolismo (11% entre os homens e 1,5% entre as mulheres), 5,6% para o consumo exagerado, 21,2% para o consumo diário e 19,1% para embriaguez semanal.<sup>50</sup>

Ainda em 1985, CAPRIGLIONE e col. realizaram um estudo na cidade de São Paulo, cujo objetivo principal era testar a possibilidade de aplicar o questionário CAGE a uma população não clínica. Foram entrevistadas 700 pessoas (400 na Estação Rodoviária de São Paulo e 300 quando compareciam a um hospital

geral acompanhando ou visitando pacientes). Responderam positivamente a pelo menos duas das questões do CAGE 11,5% das pessoas entrevistadas (18% entre os homens e 5% entre as mulheres).<sup>51</sup>

Deve-se sublinhar que estes estudos, embora realizados com amostras extraídas de populações totais, não podem ser generalizados, pois se limitam a áreas geográficas específicas. Uma revisão de trabalhos sobre alcoolismo no Brasil feita por CABERNITE em 1982 revela que esta é a terceira causa de aposentadorias por invalidez, ocupando o segundo lugar entre as demais doenças mentais.<sup>52</sup>

### A legislação

Para situar o problema do alcoolismo frente à legislação brasileira, precisa-se recorrer às diferentes áreas do Direito:

- Direito Penal

O alcoolismo de conformidade com a legislação e segundo as circunstâncias, pode ser considerado como fator agravante, atenuante ou excludente da responsabilidade penal.

O Código Penal Brasileiro reconhece as seguintes formas de embriaguez:

EMBRIAGUEZ ACIDENTAL, que pode ser proveniente de dois casos: FORTUITA, quando o agente ingere o álcool sem conhecer, por exemplo, o seu coeficiente tóxico (pode embriagar-se acidentalmente aquele que trabalha com álcool); POR FORÇA MAIOR, quando o agente é coagido a ingerir substância tóxica.

EMBRIAGUEZ CULPOSA, quando o agente alcoolizado comete um crime sem tê-lo querido.

EMBRIAGUEZ DOLOSA ou PRÉ-ORDENADA quando o agente, de forma proposital, embriaga-se para cometer um delito.

Os artigos diretamente referentes ao alcoolismo do Código Penal são os artigos 28 e 61.

Artigo 28 - não excluem a imputabilidade penal:

I - ...

II- a embriaguez, voluntária ou culposa, pelo álcool ou substância de efeitos análogos.<sup>53</sup>

Parágrafo 1º: É isento de pena o agente que por embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força maior, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.<sup>54</sup>

Parágrafo 2º: A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, por embriaguez, proveniente de caso fortuito ou força maior, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.<sup>55</sup>

Artigo 61 - São circunstâncias que sempre agravam a pena, quando não constituem ou qualificam o crime:

I - ...

II- ter o agente cometido o crime:

a) ...

1) em estado de embriaguez preordenada.<sup>56</sup>

#### - Lei das Contravenções Penais

O artigo 62 da Lei das Contravenções Penais prevê pena de prisão por 15 dias a três meses a quem se apresentar "publicamente em estado de embriaguez, de modo que cause escândalo ou ponha em perigo a segurança própria ou alheia".<sup>57</sup>

Em caso de embriaguez habitual, seu parágrafo único determina que "o contraventor é internado em casa de custódia e tratamento".<sup>58</sup> O artigo 63 do mesmo instrumento jurídico prevê a pena de prisão ou multa para indivíduos que sirvam bebidas alcoólicas:

- "I - a menor de dezoito anos,
- II - a quem se acha em estado de embriaguez,
- III- a pessoa que o agente sabe sofrer das faculdades mentais".<sup>59</sup>

#### - Consolidação das Leis do Trabalho

Segundo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), artigo 482, letra F, a embriaguez habitual em serviço constitui justa causa para rescisão de contrato de trabalho pelo empregador.<sup>60</sup> Não há, no referido artigo celetista, previsão de encaminhamento do empregado para centros de tratamento.

#### - Código de Trânsito

O artigo 89 do Código Nacional de Trânsito estabelece que "é proibido a todo condutor de veículo dirigir em estado de embriaguez alcoólica"<sup>61</sup> (teor alcoólico superior a 0,8 gramas de álcool por litro de sangue - Resolução 476, de 1974, do Conselho Nacional de Trânsito). A penalidade para quem dirige embriagado é a mais alta prevista pelo Código Nacional de Trânsito: multa de 50 a 100% do salário mínimo, apreensão da Carteira Nacional de Habilitação e do veículo.

O artigo 97 do mesmo Código prevê a cassação do documento de habilitação após duas apreensões por dirigir embriagado.

#### Propaganda

A regulamentação da atividade publicitária e as normas éticas aplicáveis à publicidade comercial encontram-se no Código Brasileiro de Auto-Regulamentação Publicitária, aprovado no III Congresso Brasileiro de Propaganda, realizado em São Paulo, em 1978.

As bebidas alcoólicas pertencem às categorias especiais de anúncios e estão regulamentadas nos anexos A e P.

#### Anexo A - Bebidas Alcoólicas

Considera-se bebida alcoólica, para os fins deste Código, aquela que como tal for classificada perante as normas e regulamentos oficiais a que se subordina o seu licenciamento. Neste Código faz-se a necessária distinção entre as bebidas de baixo teor alcoólico, como é o caso do vinho e da cerveja (objeto do anexo P) e as bebidas de alto teor alcoólico, sejam elas fermentadas, destiladas ou retificadas. As normas específicas que se seguem tratam apenas destas últimas e complementam as normas gerais deste Código.

- 1- Crianças não devem figurar nos anúncios, a não ser em situações que tornam natural e espontânea a sua presença, como é o caso das cenas de família, e contanto que fique bem claro que não estão bebendo e, ainda, quando sua presença for necessária para enfatizar temperança e moderação.
- 2- Os anúncios não deverão ser endereçados a menores de idade nem tampouco encorajá-los a beber. Qualquer pessoa que apareça bebendo, em anúncio, deverá ser e parecer maior de idade.
- 3- A propaganda não deve tornar a bebida um desafio, nem tampouco menosprezar aqueles que não bebem.
- 4- A propaganda não deve dar a impressão de que a bebida está sendo recomendada principalmente por seu efeito intoxicante.
- 5- O teor alcoólico de uma bebida não deve ser utilizado como tema principal de um anúncio o que, todavia, não impede a inclusão de informações factuais no tocante a esse detalhe.
- 6- As situações apresentadas na propaganda jamais devem associar positivamente a bebida com a direção de veículos automotores.

- 7- Os anúncios não devem encorajar o consumo excessivo ou irresponsável, nem induzir ao consumo em locais ou situações ilegais, perigosas, impróprias ou socialmente condenáveis.
- 8- Nenhum anúncio deve ser inserido em qualquer veículo dirigido basicamente a menores de idade.
- 9- Na publicidade pela Televisão atender-se-á especialmente aos seguintes requisitos:
  - a) os comerciais e mensagens de outra natureza, inclusive o chamado 'merchandising' pela Televisão, só serão transmitidos nos horários que vão das 21 às 6 horas, exceção feita aos eventos especiais patrocinados cuja determinação de horário independa do controle do Veículo ou do Anunciante;
  - b) no caso das 'chamadas' para programações patrocinadas, será permitida, em qualquer horário, a simples menção do produto, sua marca e seu fabricante, acompanhada apenas de um 'slogan' ou frase promocional, desde que tais mensagens não firam os preceitos e o espírito do presente Código.
- 10- A veiculação de anúncios em cinemas, teatros e salões só será permitida a partir das 20 horas, salvo quando o espetáculo for proibido a menores de 18 anos.<sup>62</sup>

#### Anexo P - Vinhos e Cervejas

Além de atentar para as normas gerais deste Código, a publicidade de Vinhos e Cervejas:

- 1- não sugerirá que os produtos transfiram ou proporcionem ao Consumidor qualquer potência ou força anormal.
- 2- não admitirá a promoção de consumo exagerado ou irresponsável desses produtos.
- 3- não sugerirá ou induzirá o consumo em locais ou situações ilegais, perigosas ou socialmente condenáveis.
- 4- não fará qualquer apelo a menores de 18 anos, nem utilizará modelos de menor idade.

5- não será inserida em qualquer Veículo dirigido basicamente a menores de idade.<sup>63</sup>

Em um trabalho que analisou 70 diferentes propagandas de bebidas alcoólicas veiculadas pela televisão no período de 1983 a 1985, MASUR e JORGE concluíram que as propagandas de pinga e cerveja são associadas a símbolos nacionais populares, como futebol, carnaval, praia e mulatas. Além disso, beber em grupo é a regra, ressaltando a função integrativa do álcool. Em contraste, a propaganda de vinho e uísque associa o consumo destas bebidas a valores de uma classe social privilegiada (mansões, iates, etc) e ressalta a qualidade dos produtos nacionais (tão bons quanto os estrangeiros). A idéia do álcool prover energia e facilitar o trabalho pesado se faz presente na propaganda do conhaque.<sup>64</sup>

## 5 O ALCOOLISMO E A PERDA DE CONTATO COM A REALIDADE

A questão alcoolismo-alcoolista sempre traz à tona a seguinte pergunta: Por que essas pessoas não vêem o que lhes está acontecendo e largam a bebida?

Na realidade, a resposta é muito simples: elas não param de beber porque não conseguem ver o que está acontecendo. E o que é pior, à medida que a doença progride, a capacidade do alcoolista perceber o que está acontecendo diminui.

A razão de o alcoolista ser incapaz de perceber o que está acontecendo a ele é compreensível. De acordo com JOHNSON "à medida que a sua condição se desenvolve, sua auto-imagem continua a se deteriorar e a força do seu ego diminui. Por muitas razões, ele é progressivamente incapaz de controlar seu próprio comportamento e está perdendo contato com sua natureza emocional".<sup>65</sup>

Considera-se que existem dois grupos de fatores progressivamente trabalhando juntos para tirar o alcoolista fora do contato com a realidade: seus mecanismos de defesa e suas distorções da memória.

### Mecanismos de Defesa

A estrutura psíquica é composta de três partes: id, ego e superego. O id é a parte original desta estrutura, cuja atividade consiste de impulsos que obedecem ao princípio do prazer, isto é, buscam o prazer e evitam a dor, na medida em que estas sensações são definidas pela própria natureza do organismo. Neste sentido, a atividade humana, no início da existência, deseja gratificação imediata e não tolera a frustração.

O ego surge em resposta às frustrações e exigências que o mundo externo impõe ao organismo. Isto significa que, à medida que se desenvolve, aprende a obedecer ao princípio da realidade, enquanto que o id persiste seguindo o princípio do prazer. Obviamente, então, haverá conflito entre o ego e o id.

O superego representa as regras e normas impostas pelo mundo externo que se incorporam ao ego. Entretanto, o próprio meio pode ser fonte de tentações para os impulsos do id e haverá então um conflito entre o ego e o superego.

Em vista disto, desenvolvem-se os mecanismos de defesa, que são utilizados pelo ego para proteger a pessoa contra impulsos ou afetos que possam ocasionar aqueles conflitos, os quais são fontes de angústia.

Os mecanismos de defesa têm funções protetoras e alguns deles são empregados por todos, na vida cotidiana, auxiliando na adaptação ao meio e nas relações interpessoais. Entretanto,

seu uso pode ser feito de forma inadequada ou mesmo destrutiva, tornando-os ameaças para o bom funcionamento do ego e levando ao aparecimento de distúrbios psicológicos.

À medida que a pessoa se torna dependente do álcool, ela perde o controle sobre o beber, e seu sistema de defesa começa a crescer, de forma que ela possa sobreviver em face de seus problemas. Quanto maior a dor que ela sofre, tanto mais rígidas e altas se tornam as suas defesas. Todo este processo é inconsciente, o alcoolista não sabe o que está acontecendo dentro dele, o que faz com que se torne uma vítima dos seus próprios mecanismos de defesa.

Os principais mecanismos de defesa desenvolvidos pelos alcoolistas são: negação, projeção e racionalização.

NEGAÇÃO "consiste no bloqueio de certas percepções do mundo externo, ou seja, o indivíduo frente a determinadas situações intoleráveis da realidade externa, inconscientemente nega sua existência para proteger-se do sofrimento".<sup>66</sup>

O mecanismo de negação é dos mais significantes fatores que se interpõem entre o alcoolista e a realidade. É bem conhecido o fato de o alcoolista ser a última pessoa a admitir sua doença, isto porque, com o objetivo de se proteger, ele minimiza a severidade dos seus problemas.

PROJEÇÃO "é o processo mental pelo qual atributos da própria pessoa, não aceitos conscientemente, são imputados a outrem, sem levar em conta os dados da realidade".<sup>67</sup>

Pela projeção, o indivíduo descarrega o ódio próprio sobre aqueles que estão ao redor. Normalmente é a família o alvo das projeções dos alcoolistas, a mensagem que ele lhe envia, é: Se vocês se endireitassem, eu estaria bem.

Dependendo do todo da sua personalidade e seus humores imediatos, o alcoolista faz a projeção numa variedade de maneiras, desde a passiva e até mesmo gentil reclamação até a

violenta agressão. De qualquer forma, ele precisa descarregar essa carga de ódio próprio para sobreviver. Na realidade, inconscientemente, é a si mesmo que ele odeia, mas a projeção funciona tão bem, assim como as outras defesas, que ele realmente acredita que aqueles que ele ataca são pessoas odiosas.

RACIONALIZAÇÃO é o "processo pelo qual o indivíduo procura apresentar uma explicação coerente do ponto de vista lógico, ou aceitável do ponto de vista moral, para uma atitude, uma ação, uma idéia, um sentimento, etc, de cujos motivos verdadeiros não se apercebe".<sup>68</sup> Por exemplo, uma atitude agressiva em relação a um semelhante, pode ser justificada pelo agressor como defesa a uma provocação. O que o indivíduo não percebe são seus sentimentos de hostilidade para com as pessoas, independente de provocações.

Nos alcoolistas as racionalizações funcionam da seguinte forma: à medida que aumenta o distúrbio emocional do dependente, sua atividade de defesa racional constrói um muro em volta dos crescentes sentimentos negativos que ele tem sobre si mesmo. O resultado final é que ele fica protegido daqueles sentimentos e amplamente desapercibido de que tais emoções destrutivas existem dentro dele. Por isso, seu julgamento é progressivamente diminuído.

Desta maneira, os mecanismos de defesa usados pelos alcoolistas, com o objetivo de conseguir estabilidade emocional, resultam exatamente no contrário; pois, ao vedarem os sentimentos negativos, criam uma massa livre e flutuante de ansiedade, culpa, vergonha e remorso que se torna cronicamente presente; fazendo com que o alcoolista nunca volte ao estado emocional normal anterior à dependência.

### Distorções da memória

Além dos três principais mecanismos de defesa (negação, projeção, racionalização) desenvolvidos pelo alcoolista, outros processos que envolvem distorções da memória fazem com que ele perca o contato com a realidade. Segundo JOHNSON, "três condições progressivas atacam seu sistema de memória. Apagamentos ou amnésia alcoólica, repressão e lembrança eufórica destroem a habilidade da pessoa quimicamente dependente de lembrar com exatidão o que aconteceu em qualquer ocasião de bebedeira".<sup>69</sup>

Freqüentemente, as pessoas com problemas graves de bebida ou com dependência referem-se a períodos de tempo durante os quais não se recordam do que fizeram por longo tempo; são os chamados apagamentos (blackouts). Diferente do desmaio ou beber ao ponto de perder a consciência, no apagamento o alcoolista continua procedendo como se tivesse conhecimento do que está acontecendo ao seu redor, o que faz com que as pessoas achem que ele se encontra num estado mental normal (embora intoxicado).

Nos apagamentos, a perturbação não envolve a memória de fixação, mas sim a de evocação, eles foram descritos como sendo de dois tipos. A variedade maciça é caracterizada por EDWARDS como "uma amnésia densa e total, com início e término abruptos, e sem lembrança subsequente dos eventos do período amnésico, seja espontaneamente, seja por estimulação adequada. Este período pode variar de 30 a 60 minutos até dois ou três dias".<sup>70</sup> Prosseguindo, o autor descreve que a variedade fragmentária "tem limites imprecisos, como ilhas de memória preservadas dentro destes limites e caracterizam-se com freqüência por uma lembrança subsequente parcial ou completa. Em geral cobrem um período muito mais curto do que o tipo anterior".<sup>71</sup>

Na realidade os apagamentos podem começar a ocorrer no início da ingestão abundante, numa fase tardia, ou mesmo nunca. Embora não se saiba por que os alcoolistas mostram uma suscetibilidade tão variada a esta condição, EDWARDS considera que o início de apagamentos graves e freqüentes possa estar relacionado com o início de uma lesão cerebral alcoólica.<sup>72</sup>

Embora os apagamentos por si só sejam ocorrências que perturbam grandemente a memória, os alcoolistas ainda usam exageradamente um outro mecanismo de defesa, a repressão (apresentada aqui por interferir na memória do indivíduo). É a repressão mais um elemento agravante que contribui para a sua visão distorcida de si mesmo e suas condições sempre piores.

Repressão "é o processo automático que mantém fora da consciência, impulsos, idéias ou sentimentos inaceitáveis, os quais não podem se tornar conscientes através da evocação voluntária".<sup>73</sup>

Naturalmente, todas as pessoas inconscientemente reprimem material indesejável, vergonhoso e doloroso da memória, de tempos em tempos. Entretanto, entre os alcoolistas, as ações que produzem dor e vergonha são repetidas mais e mais e pioram com o passar do tempo. Por isso, o recurso utilizado é expulsar da consciência o conteúdo destes eventos. Na verdade, quanto mais bizarro o padrão de comportamento, tanto mais forte se torna o instinto para reprimí-lo, o que impede o alcoolista de perceber a crescente severidade de seus sintomas.

Finalmente, descreve-se a lembrança eufórica como mais um processo de distorção do sistema da memória, que favorece a separação do alcoolista da realidade do seu comportamento.

De acordo com JOHNSON o termo lembrança eufórica "descreve como o alcoolista relembra cada um dos seus episódios de excessiva bebedeira: isto é, euforicamente ou de maneira feliz".<sup>74</sup> O que ocorre é que sob a influência da lembrança

eufórica a pessoa não é capaz de lembrar o que aconteceu exatamente, mas mesmo assim continua acreditando firmemente que se recorda de tudo, com detalhes. Esclarece, ainda, JOHNSON que, "este tipo de distorção é de importância vital porque envolve todo o comportamento antisocial e destrutivo do bebedor".<sup>75</sup>

Para a compreensão deste fenômeno é importante a consideração dos efeitos farmacológicos produzidos pelo álcool. Embora ele seja uma droga depressora do sistema nervoso central (SNC), uma característica das bebidas alcoólicas é a dupla ação dose-dependente. Pequenas doses produzem uma ação euforizante ou estimulante enquanto doses maiores produzem ação depressora.

A ação euforizante do álcool é traduzida predominantemente por desinibição comportamental, hilaridade, expressões afetivas aumentadas e diminuição da autocrítica. Esta ação está relacionada à inibição cortical, cujas células deprimidas causam uma mudança no comportamento da pessoa. Há um sentimento menos policiado, mais festivo, mais aberto.

À medida que a ingestão alcoólica aumenta, o efeito depressivo da função neuronal se generaliza e a pessoa sob a influência dessa quantidade de álcool é incapaz de lembrar exatamente o que disse ou fez.

O que ocorre com o alcoolista é que cada vez que ele usa bebidas, o faz excessivamente. Então em cada uma dessas ocasiões é incapaz de lembrar o que aconteceu. Mas ele se lembra que inicialmente sentiu-se bem, então tudo deve ter acontecido lindamente (embora ele estivesse cambaleante, dizendo coisas inconvenientes, etc). Não é só que ele esqueceu, é que ele não notou, enquanto estava acontecendo. Aqui há uma distorção na percepção, que se chama lembrança eufórica.

JOHNSON diz que a separação de relacionamentos anteriores acontece dessa situação em diante, primeiro os menos

significativos e finalmente até mesmo o mais valioso. As pessoas não compreendem porque o alcoolista não vê o que está fazendo a ele mesmo e aos outros. Ele não consegue compreender porque as pessoas o estão evitando. Novamente o padrão de auto-ilusão se aprofunda, e a vida solitária começa.<sup>76</sup>

Em resumo, a pessoa quimicamente dependente de álcool está seriamente doente e não consegue ver que está doente, porque perdeu o contato com a realidade através de seus mecanismos de defesa e suas distorções da memória. Para que este quadro reverta é necessária a intervenção de pessoas especializadas que saibam trabalhar com o problema.

## SEGUNDA PARTE - O TRATAMENTO DO ALCOOLISMO

O alcoolista procura os serviços de saúde com as queixas mais diversas, que variam entre problemas psicológicos (ex.: depressão, ansiedade, insônia) e problemas orgânicos (ex.: gastrites, pancreatites, hepatites ou queixas cardíacas), associadas ao alcoolismo. Antes de qualquer intervenção terapêutica é necessário que se efetue uma minuciosa avaliação do paciente para que o diagnóstico seja o mais preciso possível.

No caso do alcoolismo, após o diagnóstico, o segundo passo é a abordagem dos hábitos alcoólicos do paciente. Deve ser lembrado que o alcoolista não está em contato com a realidade, portanto o terapeuta deverá ser capaz de apresentar a realidade de forma que ele possa ver o que lhe está acontecendo. O objetivo da abordagem é motivar o paciente a tratar-se.

Uma vez o paciente abordado e, conseqüentemente, motivado para o início do tratamento, este deverá ser prescrito

em termos de diferentes regimes para diferentes intensidades de necessidade.

## 1 DESINTOXICAÇÃO

A dependência alcoólica, tendo um fator físico resultante da intoxicação prolongada, deve sofrer inicialmente um processo de desintoxicação. Entretanto, esta fase não deve ser vista como um mero reajuste eletrolítico. De acordo com RAMOS, é na desintoxicação que a equipe terá a primeira chance de demonstrar, na prática, que pode ajudar o alcoolista. A importância desta fase está no fato de que o paciente durante a síndrome de privação está mais disposto a ser ajudado e tudo que for feito por ele neste período colaborará para o fortalecimento do vínculo terapêutico.<sup>77</sup>

Existe um consenso na literatura de que o melhor tratamento para o alcoolismo ainda não está estabelecido, mas pode haver um tratamento que seja o melhor para determinado alcoolista. Torna-se, portanto, muito importante uma boa anamnese, pois estas informações deverão nortear o profissional sobre a forma de desintoxicação apropriada: regime ambulatorial, internamento domiciliar ou hospitalização. Sempre que possível (aqui deverão ser avaliados os possíveis sintomas de abstinência) a internação hospitalar deverá ser evitada. É importante que o alcoolista aprenda, de maneira positiva, que pode enfrentar a abstinência em casa, com o mínimo de dificuldades, pois, repetindo EDWARDS, "as repetidas internações reforçam a idéia de incapacidade de lidar com as próprias recaídas".<sup>78</sup>

RAMOS apresenta 6 critérios norteadores para que o profissional possa decidir sobre a melhor forma de desintoxicação para cada paciente:

- 1- nível de dependência;
- 2- nível de complicações orgânicas;
- 3- nível de complicações psíquicas;
- 4- nível de barreira defensiva;
- 5- contexto familiar;
- 6- nível sócio-econômico.

79

Assim, é necessária a análise dos diferentes distúrbios de cada paciente, antes da indicação da forma de desintoxicação. Por exemplo, um alcoolista que sofre de tremores matinais de intensidade moderada (há menos de seis meses) e há um mês tenha parado de beber por duas semanas, sem nada mais grave ter ocorrido, a este será indicado um tratamento ambulatorial.

Somente uma minoria necessitará de internação hospitalar e esta se fará necessária em casos de dependência grave, complicações orgânicas e/ou psíquicas evidentes, negação maciça, família deteriorada. O critério do nível sócio-econômico relaciona-se ao alto custo do atendimento intensivo em consultório particular, restando a opção de uma hospitalização em bases previdenciárias.

As decisões intermediárias é que se tornam difíceis, exigindo habilidade e experiência. Lidar com esse problema vai depender de um relacionamento com o paciente que permita ampla discussão das questões envolvidas. O paciente poderá ser hospitalizado por dois ou três dias apenas, para ver o que acontece, ou poderá optar desde o início pela desintoxicação em casa, desde que tenha alguém para apoiá-lo.

A conduta escolhida pelo profissional deve ser claramente explicada para o paciente e seu grupo familiar, bem como os motivos que o levaram a indicar aquele tipo de tratamento específico.

Discute-se a seguir alguns pontos sobre as diferentes modalidades de desintoxicação:

### Desintoxicação ambulatorial

Quando se chega à conclusão de que o paciente não é tão dependente a ponto de exigir um internamento, opta-se por um tratamento ambulatorial.

EDWARDS salienta que este tipo de atendimento requer que o terapeuta pense com o paciente numa maneira de utilizar ao máximo o apoio do ambiente para ter maior probabilidade de sucesso.<sup>80</sup> A disponibilidade de um membro da família para acompanhar o alcoolista de forma intensiva pelo menos nos cinco primeiros dias é importantíssima (embora também após este período o envolvimento ativo da família traga benefício para ambas as partes). Além disso, pode ser esse o momento em que o paciente se sinta disposto a aceitar o auxílio dos Alcoólicos Anônimos. Por último, o terapeuta deve assegurar que um clínico faça um completo chek-up do alcoolista. Esta avaliação clínico/laboratorial deve incluir os seguintes exames: hemograma com a determinação do volume corpuscular médio das hemácias (V.C.M.) e dosagem da enzima gama-glutamil-transferase (G.G.T.).

Como foi ressaltado anteriormente, no conjunto esses exames são importantes como meio auxiliar para o diagnóstico do alcoolismo. Além disso, eles servem também como motivação para o próprio paciente, pois este pode acompanhar a sua melhora laboratorial a partir das primeiras semanas.

A imensa maioria dos alcoolistas está apta a completar sua desintoxicação sem nenhum amparo farmacológico, no entanto, quando a história indicar a sobrevivência de certo grau de sintomas de abstinência ("5% a 10% dos pacientes")<sup>81</sup> haverá necessidade da prescrição de um ansiolítico. A mesma medicação poderá ser utilizada tanto para a sedação diurna como para a noturna. Como dentro deste espectro encontram-se vários níveis de gravidade, o tratamento implica numa dosagem específica para

cada paciente, devendo-se evitar sempre o excesso de medicação. EDWARDS salienta que "de início, não se deve receitar para mais de três a sete dias, e a prescrição não deve ser mantida desnecessariamente, uma vez que o paciente tenha deixado de beber".<sup>82</sup> Continuando, o autor explica que "a prescrição de vitaminas não faz parte da rotina do tratamento da abstinência nesta faixa de gravidade, mas às vezes pode ser indicada por outros motivos".<sup>83</sup>

A síndrome de abstinência, em geral, está superada até o final da primeira semana de tratamento. Neste caso, é importante que este período seja aproveitado pelo terapeuta para mostrar ao alcoolista que ele está doente, que os tremores, insônia, sudorese e irritabilidade são sintomas de dependência, entretanto, deve ser salientado que sua situação é tratável.

O bom andamento da fase de desintoxicação, além de fortalecer o vínculo terapêutico, serve para orientar o paciente sobre a necessidade de continuar o tratamento mesmo livre da síndrome de abstinência. Se o tratamento for interrompido nesta fase, ocorre uma reagudização da onipotência (o paciente acha que pode cuidar de tudo, agora que se sente tão bem) e há o perigo da recaída.

#### Internamento domiciliar

A terapêutica inicial em regime de internamento domiciliar segue mais ou menos os mesmos passos do atendimento ambulatorial, com a diferença de que nos primeiros dias de tratamento o alcoolista deverá ficar recluso em sua própria casa.

Aconselha-se este tipo de tratamento quando o caso for grave o suficiente para que se indique ao paciente suspender

seu trabalho, mas não tão grave que necessite hospitalização. É muito difícil para o alcoolista, homem ou mulher muito ocupados, parar de beber no meio de vários compromissos e em pleno ambiente de incitação à bebida. Em geral, sugere-se ao paciente que programe um fim de semana ampliado (de quinta-feira à noite até segunda-feira de manhã) ou tire férias especialmente para isso.

Este tipo de atendimento exige assistência médica diária para coordenar todo o grupo familiar no manejo da situação. Os pacientes cuja ingestão de álcool é intensa são, geralmente, mal nutridos devido tanto aos maus hábitos alimentares como ao déficit de absorção, sendo então uma medida profilática a ministração de tiamina (vitamina B<sub>1</sub>). Também é útil receitar um composto vitamínico.

O regime de desintoxicação domiciliar, segundo depoimento de uma paciente, citado por ARAUJO, apresenta a seguinte vantagem:

No hospital a gente é como um nenê, tem horários certinhos para tudo, tem mil pessoas da enfermagem sendo sempre atenciosíssimas com a gente, tem médico de plantão, etc ... e a gente mesmo pouco ou nada faz; mas, quando a gente tem alta, a gente leva um tremendo susto ao perceber que as pessoas e as circunstâncias esperam que a gente seja uma 'adulta', e ainda por cima que a gente esteja 'curada'. Portanto (desintoxicação em casa), para evitar essa ruptura entre vida-hospital e vida-real.<sup>84</sup>

Parafraseando RAMOS, a técnica de desintoxicação em regime de internamento domiciliar é restrito ao segmento da sociedade que pode arcar com o ônus de visitas médicas domiciliares diárias, e mais que isso, o paciente precisa poder contar com um bom suporte familiar.<sup>85</sup>

### Desintoxicação hospitalar

Antes de se decidir por uma internação, deve-se sempre perguntar se, neste caso específico, internar o paciente trará mais benefícios do que o trabalho conjunto do paciente, de sua família e do terapeuta no ambiente natural.

A decisão de internar um paciente ou tratá-lo em seu ambiente natural é feita a partir dos seguintes critérios:

- 1º) condições clínicas do paciente - problemas orgânicos associados ao uso excessivo de álcool podem indicar a internação do alcoolista;
- 2º) comprometimento psiquiátrico - quando há presença de quadro psiquiátrico significativo, isto é pacientes com depressão grave, ou com distúrbios de personalidade. Isto significa que para alguns pacientes a não internação pode resultar em prejuízo à sua saúde ou ao bem-estar de sua família, e até mesmo trazer perigo de violência ou suicídio;
- 3º) dificuldades de cortar a ingestão alcoólica - o indivíduo é incapaz de parar de beber fora do hospital ou não reage a formas de tratamento menos intensivos como, por exemplo, ambulatoriais ou não médicas. A este respeito CARAZZAI, no 3º Encontro Paranaense de Psicologia, salienta que este é o único critério de internamento que é exclusivo para o alcoolismo.<sup>86</sup>

De acordo com JOHNSON, o alcoolista é uma pessoa que sofre física, emocional, mental e espiritualmente.<sup>87</sup> Assim, se ele apresenta quaisquer sintomas físicos de abstinência, poderá também apresentar desequilíbrios afetivos e cognitivos. E mesmo que não haja nenhuma incapacidade orgânica, poderá haver considerável confusão, raiva, ansiedade, depressão, medo, apatia, retraimento, desconfiança, ressentimento e frustração.

Portanto, a terapêutica inicial destes pacientes deve dar ênfase a experiências genéricas de terapia que sejam de apoio, liberadoras de sintomas e orientadas para a realidade.

Se entendida a terapêutica da desintoxicação: 1) no seu componente bioquímico; 2) no processo de conscientização do alcoolista; 3) no reforço do vínculo terapêutico, é muito importante o encaminhamento do paciente para um serviço onde estes objetivos possam ser alcançados.

No Brasil, as opções são: 1) internamento em unidades especializadas em alcoolismo (e demais dependências químicas) dentro de hospitais psiquiátricos ou clínicas particulares; 2) internamento em unidades de dependência química em hospitais gerais. Embora, segundo RAMOS, ainda haja no Brasil internamento de alcoolistas em hospitais psiquiátricos, em unidades mistas, ou seja, junto com psicóticos e neuróticos, este tipo de serviço deve ser evitado.<sup>88</sup>

Os programas hospitalares desenvolvidos pelas unidades especializadas em dependências químicas envolvem duas fases: desintoxicação e tratamento.

Uma vez internado, o paciente é recebido pela equipe (ou alguns de seus membros) e por um grupo de pacientes, para que ele não se sinta como um estranho e é encaminhado para a unidade de desintoxicação (U.D.).

Estas unidades oferecem todo um aparato médico necessário para atender aos estados de abstinência de maior gravidade, embora muitos pacientes mesmo que internados numa U.D. de um hospital não necessitem tomar remédios. Parafraseando RAMOS, não é preciso medicar um enfermo para se fazer algo por ele, por isso é importante o apoio oferecido aos pacientes nesta fase.<sup>89</sup>

No entanto, são estas unidades que receberão os pacientes com delirium tremens, convulsões e psicoses

alcoólicas, devendo estar preparadas (principalmente a equipe médica e de enfermagem) para ministrar o tratamento adequado.

Finalmente, após esta primeira fase da internação, o alcoolista encontra-se desintoxicado e razoavelmente reequilibrado nas suas funções orgânicas e psíquicas. Neste momento, é necessário que se avalie se o paciente entendeu o que é alcoolismo, se está motivado para a abstinência ou se precisa de um tratamento de conscientização (segunda fase dos programas hospitalares).

Assim, após a fase de desintoxicação, dependendo do resultado da avaliação feita, o alcoolista pode ser encaminhado para um tratamento de conscientização em unidades de tratamento hospitalar ou promovido para atendimento ambulatorial.

## 2 MODALIDADES DE TRATAMENTO DO ALCOOLISMO APÓS A FASE DE DESINTOXICAÇÃO

A razão principal pela qual a resposta ao tratamento do alcoolismo não pode se enquadrar em uma modalidade única (apenas unidades de tratamento hospitalar, apenas orientação de AA, apenas psicoterapia etc.) é que os problemas propostos pela ingestão excessiva são bastante diversos e cada população ou sub-tipo de alcoolista responde diferentemente às abordagens terapêuticas existentes.

### Unidades de tratamento

(Hospitais psiquiátricos ou hospitais gerais)

Após a fase de desintoxicação (período inicial do atendimento hospitalar), o paciente é encaminhado para a unidade de tratamento, que desenvolve um trabalho intensivo de conscientização do paciente e motivação para tratamento ambulatorial posterior.

O tempo de internação para o tratamento varia: JOHNSON cita uma hospitalização de três semanas,<sup>90</sup> FRANCIS e ALEXOPOULOS dizem que o período de estada no hospital é de aproximadamente seis semanas.<sup>91</sup> Entretanto, a maioria das internações nas unidades de tratamento do alcoolismo em hospitais brasileiros tem uma duração variável em torno de dois meses. Vê-se atualmente uma tendência ao desenvolvimento de programas a curto prazo (por isso mesmo intensivo) em lugar de internações ad aeternum, pois o objetivo não é a reclusão do paciente para afastá-lo da bebida, mas, como já foi dito anteriormente, a conscientização de sua situação e motivação para continuar o tratamento. É importante que a internação funcione como ponto de virada, ou seja, que a partir dela o paciente consiga quebrar sua relação de dependência para com o álcool. Para isto é preciso que compreenda a exata natureza de sua situação, que perceba o que está perdendo com o alcoolismo.

O atual tratamento do alcoolismo baseia-se num enfoque bio-psico-social, sendo atendidas as necessidades individuais de cada paciente. As contribuições para a etiologia e manifestações do alcoolismo, quais sejam fisiológicas, hereditárias, congênitas, do desenvolvimento, psicológicos, familiares, sociais e culturais são levadas em conta no projeto do programa e no plano de tratamento. Programas em que os pacientes são igualmente tratados independentemente do diagnóstico ou de problemas especiais obtêm resultado só em parte da população total de alcoolistas.

De acordo com RAMOS, "se um paciente é dependente do álcool a ponto de necessitar ser hospitalizado, então tem que ser tratado para permanecer abstinência e o que vai variar de caso a caso são as técnicas usadas para se alcançar este objetivo".<sup>92</sup> Na maioria dos casos, continua-se privilegiando a terapia grupal sobre a individual, embora esta não possa ser

prescindida totalmente. Os bons programas são aqueles que mesclam uma e outra segundo a conveniência de cada caso.

Na opinião de RAMOS

a grupoterapia hospitalar para alcoolistas sustenta-se nos seguintes pontos:

- 1- educação sobre o beber problemático e o alcoolismo;
- 2- psicoterapia suportiva;
- 3- confrontos;
- 4- introdução ao AA;
- 5- investigação dos problemas familiares;
- 6- preparação de planos de reabilitação social.<sup>93</sup>

Assim que o paciente entra na unidade de tratamento, começa a freqüentar palestras que têm o propósito de levá-lo a uma compreensão intelectual da Síndrome de Dependência do Alcool. Estas palestras são dadas por membros do corpo hospitalar e às vezes por profissionais visitantes da comunidade. Além de serem explicados os efeitos do álcool sobre o cérebro, é ainda cuidadosamente detalhado o efeito progressivo sobre todos os órgãos vitais do corpo. A síndrome emocional é também esclarecida. São detalhadas as operações dos sistemas psicológicos de defesa e como elas podem levar a pessoa à perda de contato com a realidade. Alguns assuntos são discutidos na forma de seminários, onde textos lidos previamente são examinados. Estas palestras e seminários podem ser acompanhados de filmes e slides e reforçados por livros e panfletos designados para leitura.

Na opinião de JOHNSON, o objetivo deste esforço didático "é ajudar o paciente a compreender intelectualmente que a dependência química é um aspecto da doença capaz de ser descrito precisamente em cada uma das suas diversas manifestações, e convencê-lo de que estas descrições se aplicam

sem exceção a todos os que sofrem dessa doença".<sup>94</sup> Segundo JOHNSON é freqüente o seguinte comentário por parte dos pacientes: 'graças a Deus eles me disseram o que há de errado comigo! Isto é mau, mas eu pensava que estava enlouquecendo!'.<sup>95</sup>

Quando o paciente consegue fazer uma identificação intelectual da sua condição como sendo aquela doença apresentada nas palestras, o resultado descrito por JOHNSON é o seguinte:

- Primeiro, ele assume um compromisso mental de cooperar no seu tratamento e de adotar uma medida de responsabilidade para a sua própria recuperação.
- O outro resultado significativo tem a ver com a mudança da atitude inicial do paciente. Quando ele chega para tratamento ele pensa que é o único nessas condições. Agora ele percebe que há mais pessoas - e muitas delas - que estão no mesmo barco.<sup>96</sup>

A Psicoterapia suportiva, na forma de grupos de sentimentos, é feita diariamente e tem uma duração variável de uma a duas horas, de acordo com o programa. O objetivo do grupo é identificar as defesas do paciente e descrevê-las de uma maneira que ele tenha a chance de reconhecê-las.

RAMOS explica que "o confronto entre pares, quando indicado, é feito a partir de uma autobiografia, e constitui-se numa sessão de grupo de pacientes coordenados pelo consultor da unidade. Tem o objetivo de ajudar o paciente a tomar contato com sua realidade".<sup>97</sup> Confrontos muitas vezes são confundidos com formas de ataque ao indivíduo. Um ataque serve somente para levantar defesas no paciente, ao contrário, o confronto visa fazer uma descrição de como o grupo está lhe vendo, de uma forma que possa ser bem recebida por ele. Usando uma analogia

para explicar é como se o grupo fosse um espelho que refletisse a realidade do indivíduo, que ele não está conseguindo ver.

Ainda dentro do plano de tratamento hospitalar, são apresentados os princípios do AA como um recurso terapêutico adicional. Normalmente são convidados conferencistas, membros de AA para apresentarem uma introdução a cada um dos Doze Passos recomendados para recuperação, e os pacientes são incentivados a visitarem grupos locais de AA. Embora nem todos os pacientes se identifiquem com a obra de AA, é sempre difícil prever quem achará útil ou não o AA, e os pacientes devem ser aconselhados a freqüentar algumas reuniões e ver, por eles mesmos, se estes lhe oferecem uma resposta.

O estudo dos problemas da família diz respeito em primeiro lugar ao fato de que a família não deve ser excluída do processo terapêutico. Quando uma ou mais pessoas de um grupo familiar usam álcool, estabelece-se uma tensão no ambiente com grande grau de ansiedade, provocando o início da desorganização familiar.

Habitualmente, o chefe da família é a primeira vítima da alcoolização. Antes mesmo que a dependência do álcool chegue a uma fase grave, o bebedor excessivo começa a negligenciar suas obrigações, no duplo aspecto do pai e provedor da família.

Quando a ingestão de álcool e as complicações associadas a estas alcançam um nível superior à capacidade de tolerância da família, não tarda para que outros membros assumam os papéis do alcoolista, que é deixado isolado, e a família estabelece um novo equilíbrio. Portanto, cada um dos membros da família pode estar envolvido no problema na medida em que sofre o impacto adverso do comportamento de quem bebe, na medida em que tenha relação com a gênese do problema, na medida em que seja conivente com o problema ou o estimule, ou, mais positivamente, na medida em que seja capaz de ajudar no processo de recuperação.

Os planos de reabilitação social relacionam-se com a exploração das possíveis complicações de ordem social em que o paciente possa estar envolvido. É sabido que a ingestão excessiva acarreta problemas de ordem física-mental-social e que estas três dimensões estão integradas. Assim, problemas de uma certa área acarretam outros, em áreas diferentes, exacerbando-os. Portanto, o programa de tratamento do alcoolista não pode ter uma preocupação restrita com o bem-estar físico do paciente, mas considerar suas possíveis alterações sociais. De acordo com EDWARDS "complicações sociais implicam essencialmente o fracasso no desempenho adequado de um papel social esperado".<sup>98</sup> Assim, faz-se necessária durante o período de internação, uma avaliação do impacto causado pela ingestão excessiva no desempenho do paciente, em seus diferentes papéis: membro da família, empregador ou empregado, bom vizinho, cidadão cumpridor das leis etc ... pois é importante que se dê ao indivíduo elementos para gerenciar as ligações prejudicadas ou destruídas. Por exemplo, ele (o paciente) pode estar desempregado ou prestes a perder o emprego.

Ao final do tratamento intensivo, o paciente deverá admitir a exata natureza de sua situação, aceitar a sua responsabilidade com a recuperação, estar motivado para permanecer abstêmio e, o mais importante, reconhecer que precisará de ajuda para lutar contra as dificuldades que certamente irá enfrentar enquanto estabiliza sua sobriedade. Neste momento ele estará pronto para receber alta hospitalar e ser promovido para um tratamento ambulatorial.

Portanto, o programa hospitalar intensivo focaliza a redução dos sintomas agudos da doença ao mesmo tempo que prepara o paciente para um novo período de estabilização e crescimento.

### Programas de atendimento ambulatorial aos alcoolistas

Qualquer que seja a forma de terapia escolhida, não se encontra um fluxograma elaborado com uma série de passos ordenados descrevendo o tratamento, pois isto estaria em contradição com a indicação de se elaborar um programa flexível para atender às necessidades de cada paciente à medida que evolui sua recuperação.

O início do tratamento ambulatorial varia de acordo com a fase de recuperação em que se encontra o paciente. Por exemplo, o paciente pode estar numa fase em que a questão imediata seja lidar com o problema da ingestão excessiva, neste caso ele deverá ser orientado quanto às estratégias que deve seguir para suprimir a ingestão de bebida.

Segundo RAMOS, "até quase a presente década, o objetivo de qualquer alcoologista com seu paciente era a abstinência, e as terapias, individuais ou grupais, limitavam-se a ajudar o cliente a manter-se abstinência".<sup>99</sup> Atualmente o trabalho de recuperação do alcoolista é planejado e desenvolvido com referência à melhoria da qualidade da sobriedade que significa a capacidade do paciente de desenvolver uma interação criativa com seu meio.

ARAUJO observa que o alcoolista "ao longo de sua existência vai progressivamente perdendo o contato com a realidade, forjando uma vida peculiar, pois a bebida alcoólica o retira das experiências do dia-a-dia de todos nós".<sup>100</sup> Assim, a psicoterapia para alcoolistas tem a finalidade de consolidar a abstinência e elaborar as dificuldades pessoais relacionadas com o presente do paciente, visando ajudá-lo a melhorar sua vida de relações.

Parafraseando JOHNSON, o tratamento do alcoolista é centrado no esforço de levar o paciente em direção à realidade. O objetivo básico do internamento é desenvolver a introspecção

peçoal mais profunda (o que significa a redução da auto-ilusão). O tratamento ambulatorial repete o objetivo de desenvolver a introspecção pessoal, embora seu objetivo principal seja o desenvolvimento de acurada empatia como um meio de atingir relações mais profundas e significativas.<sup>101</sup>

JOHNSON salienta que "esta capacidade é a marca registrada de um viver sadio, assim como uma defesa contra recaídas. Para ser mais exato, o objetivo é ajudar o paciente a discernir com precisão como o seu comportamento atinge emocionalmente a outra pessoa".<sup>102</sup>

É óbvio que sem a introspecção pessoal a empatia é impossível. Uma pessoa precisa estar em contato com seus próprios sentimentos para que possa realmente apreciar e compreender os sentimentos da outra. Assim, pode-se dizer que a introspecção pessoal leva à habilidade de se ser empático, o que, por sua vez, leva a um aprofundamento das relações interpessoais.

É maior a probabilidade de um paciente atingir um objetivo se ele se compromete com aquele objetivo, ao invés de ser deixado à mercê de nebulosas boas intenções. Portanto, na fase inicial do tratamento, a auto-responsabilidade do paciente com o seu processo de recuperação deve ser intensamente desenvolvida. Por isso, pacientes ainda intoxicados, pouco convictos de se manterem abstêmios e ainda com poucas possibilidades de interação, beneficiam-se mais se permanecerem por algum tempo em atendimento individual, onde seu acompanhamento poderá se dar com maior intensidade.

Mesmo para aqueles pacientes que já se afastaram da bebida, há ainda um trabalho muito importante a ser feito diretamente em relação ao problema da bebida, que é a questão da ambivalência. O trabalho com a ambivalência é uma tarefa contínua na consolidação da abstinência, daí a importância de

revisar com o alcoolista questões do tipo O que você perderia agora se voltasse a beber? O que, até agora, parece ser a melhor coisa obtida com a abstinência?

### Psicoterapia Individual x Psicoterapia de Grupo

A psicoterapia não é considerada como um tratamento para o alcoolismo, mas como uma ajuda na adaptação e na qualidade de vida, uma vez que o paciente tenha parado de beber.

O tipo de terapia (individual ou grupal) mais adequado às necessidades do paciente deve ser decidido de acordo com o indivíduo. Segundo EDWARDS, "o plano pode envolver, às vezes, alguns meses de psicoterapia individual como preparação para uma experiência grupal de seis e doze meses".<sup>103</sup> RAMOS acredita

que a terapia de eleição para alcoolistas é a grupal. Por esta doença ter uma dose de estigma, por seus portadores pensarem (onipotentemente) serem os únicos a vivenciar tal situação e por melhor identificarem o funcionamento movido pela negação, projeção e racionalização em outros do que em si mesmos, o grupo homogêneo, ou seja, só de alcoolistas está indicado.<sup>104</sup>

BLUME salienta que "um dos maiores problemas da psicoterapia individual de pessoas com alcoolismo é que uma dependência no terapeuta como 'o único que realmente me entende' pode desenvolver-se".<sup>105</sup> Continuando a autora acrescenta que "em psicodrama, como em outros métodos de grupo, o agente terapêutico é o próprio grupo".<sup>106</sup>

Assim, após algumas entrevistas de avaliação por um terapeuta, é feito um contrato terapêutico, que implica em um compromisso recíproco ou ajuste prévio entre o terapeuta e o

paciente. O contrato de tratamento explícito parece ter utilidade especial no tratamento de alcoolistas, uma vez que fatores motivacionais são particularmente importantes em manter estes pacientes ativamente em tratamento.

Por outro lado, interpretando RAMOS, é preciso chamar a atenção para o fato de que o álcool é uma substância neurotrópica, assim o paciente que reincidir no seu uso poderá querer mudar as regras do jogo de acordo com sua visão do mundo.<sup>107</sup> (Para ARAUJO a visão de mundo do alcoolista retrata um psiquismo alterado que, além da dependência, apresenta outros sintomas importantes: a alteração da percepção da realidade do outro, a baixa tolerância à frustração, a labilidade do humor e a deterioração intelectual (subclínica).<sup>108</sup>

Há poucos relatos na literatura, que tratam especificamente do estabelecimento de contratos terapêuticos com os pacientes. E, entre os contratos usados pelos diferentes terapeutas, há considerável variedade no conteúdo específico do contrato e na quantidade de responsabilidade e envolvimento do paciente. Normalmente um contrato terapêutico com alcoolistas inclui os seguintes itens:

- 1) objetivos do tratamento: podem ser desenvolvidos mutuamente pelo terapeuta e paciente ou delineados exclusivamente pelo terapeuta;
- 2) prazo mínimo de mútuo compromisso: é importante que se estabeleça um período de tempo para o tratamento, podendo haver renegociação se for necessário trabalho adicional;
- 3) programa de tratamento: atividades das quais o paciente deverá participar para alcançar os objetivos;

- 4) abstinência no dia da sessão: como o alcoolismo é uma síndrome de evolução crônica, está sujeito a recaídas. Entretanto, se o paciente ingerir álcool no dia da sessão não estará em condições de aproveitá-la;
- 5) periodicidade: alguns autores preferem trabalhar com duas sessões semanais, sentindo-se mais confortáveis em acompanhar o paciente de perto. Outros acreditam não haver diferença qualitativa no processo terapêutico quando as sessões são semanais e optam por esta periodicidade;
- 6) aviso de faltas previstas: este item é particularmente importante para o paciente em atendimento grupal, pois a falta de um membro no grupo é sempre motivo de inquietação;
- 7) honorários, dia do pagamento e reajustes: é feito como em qualquer outro contrato terapêutico.

### O Método na Psicoterapia

Independentemente do método psicoterapêutico adotado ao iniciar uma intervenção junto ao paciente alcoolista, o terapeuta deve ter uma visão nítida da Síndrome de Dependência do Alcool. Já foi dito que há diversas teorias que contribuem para apontar possíveis causas para o alcoolismo. Parafraseando RAMOS, de conclusivo pouca coisa se encontrou, e a principal delas é que não parece residir no campo da psicologia a etiologia do alcoolismo primário. Portanto, a frase 'bebe porque tem problemas' foi substituída por 'tem problemas porque bebe'.<sup>109</sup>

No momento da psicoterapia as referidas causas precisam ser colocadas entre parênteses, para que seja trabalhada a

doença que se instalou após anos de uso excessivo de bebidas alcoólicas.

O encontro com os processos mentais do alcoolista, durante a psicoterapia, passa por diversos momentos, envolvendo tanto a psicodinâmica como a realidade externa. Não convém, entretanto, concentrar-se na exploração de relações anteriores e estabelecer uma forma de entrevista psicoterapêutica ortodoxa. Interpretar um alcoolista em atividade, ou abstinência recente, é fazer com que se mobilize ansiedade no paciente, o que poderá levá-lo ao consumo de álcool. Mas seria também um erro, repetindo EDWARDS,

concentrar-se no porquê de um confronto permanente do paciente com seu chefe sem explorar as dificuldades do paciente com figuras autoritárias, ao longo da vida. O melhor equilíbrio, em geral, é uma justa preocupação com a realidade e o dia-a-dia, combinada com um reconhecimento claro das inevitáveis implicações psicodinâmicas.<sup>110</sup>

Entre as técnicas mais usadas por especialistas em alcoolismo, pode-se citar a Reality Therapy (Terapia de Realidade) e o Psicodrama.

Parafraseando BRATTER, de uma forma simplista, a Terapia de Realidade pode ser considerada uma das várias derivações comportamentais do modelo de reforçamento na teoria da aprendizagem.<sup>111</sup> Esta técnica acentua os componentes cognitivos, comportamentais e emotivos na psicologia humana e na mudança do comportamento. BRATTER enfatiza que "o objetivo da terapia de realidade é ajudar o indivíduo a conscientizar-se do impacto do seu comportamento, entender as conseqüências dos seus atos e tornar-se mais responsável por ele próprio, pelos outros e pela sociedade".<sup>112</sup>

De acordo com BRATTER a Terapia de Realidade sustenta-se em sete componentes:

1) Envolvimento - Frequentemente, alcoolistas sentem-se rejeitados e incompreendidos por seus familiares e amigos. Portanto, é importante uma postura carinhosa e receptiva por parte do terapeuta para que o paciente se sinta confiante para falar dos seus problemas e dificuldades. SWENSEN, citado por BRATTER, após examinar vinte anos de pesquisa concernente ao impacto do terapeuta concluiu "o psicoterapeuta de sucesso é aquele que verdadeiramente se preocupa e está comprometido com seu cliente ...".<sup>113</sup>

2) Current Behavior (Comportamentos comuns) - Depois que se estabelece um bom relacionamento entre terapeuta e paciente, este começa a examinar seus comportamentos. De acordo com GLASSER, citado por BRATTER,

as pessoas frequentemente evitam encarar seus comportamentos presentes enfatizando como eles se sentem, sem enfatizar o que eles estão fazendo. Embora a Terapia de Realidade não negue que as emoções são importantes, terapeutas de sucesso aprendem que eles não ajudam o paciente, a não ser que enfoquem o comportamento.<sup>114</sup>

O terapeuta pode ajudar o paciente a reconstruir os eventos do dia, através de perguntas como: Que horas você levantou? O que você fez? Com quem você falou? Você bebeu? O que? Com quem? Assim, o paciente será capaz de reconstruir todo o dia.

3) Avaliação do Comportamento (Confronto) - O objetivo desta fase da terapia é ajudar o paciente a reconhecer os seus comportamentos irresponsáveis e suas auto-defesas. A técnica mais efetiva para mostrar ao paciente como o seu comportamento é visto pelas outras pessoas é o confronto.

O confronto foi definido por CARKHUFF e BERENSON e citado por BRATTER como um ato

... iniciado pelo terapeuta, baseado na sua compreensão do cliente. Isto provoca um contato mais direto do cliente com ele próprio, suas resistências e recursos, bem como seu comportamento auto-destrutivo. O propósito da confrontação é ... um desafio para o cliente se tornar integrado ... O confronto é direcionado para as discrepâncias internas do cliente ... entre o que o cliente diz e faz ... e entre ilusão e realidade ... Ele implica num ataque construtivo contra o doente ...<sup>115</sup>

4) Planejando comportamento responsável - O terapeuta ajuda o paciente a identificar os comportamentos que são desejados, embora caiba ao próprio paciente o controle dos comportamentos irresponsáveis (indesejados). Além disso, instruído pelo terapeuta, o paciente vai compreendendo que ele possui liberdade de escolha e também capacidade de crescimento e desenvolvimento.

5) Compromisso - Uma vez que os objetivos do tratamento tenham sido discutidos e determinados junto com o paciente, este deve se comprometer com eles. Os objetivos são definidos em relação a comportamentos. Por exemplo, sair à passeio com a família, conseguir um novo emprego, etc. GLASSER, citado por BRATTER, sugere que "os objetivos deveriam ser alcançados facilmente para depois tornarem-se progressivamente mais difíceis".<sup>116</sup> Uma pessoa que tenha recaído precisa experimentar o sucesso, ao contrário a recaída desencoraja o compromisso.

É vantajoso que o contrato de tratamento seja dividido em vários objetivos que possam ser avaliados na medida em que forem sendo atingidos. Isto capacita o paciente a experimentar o progresso na resolução de seus problemas.

6) Não aceitar desculpas - O terapeuta não deve aceitar racionalizações por parte do paciente quando os objetivos não são atingidos. É importante que o terapeuta continue cobrando do paciente os seus compromissos como uma base referencial de ação.

A expectativa do terapeuta de que o paciente possa alcançar seus objetivos funciona como um estímulo à ação. Dinamicamente, a expectativa do terapeuta é diferente da pressão feita pelos familiares porque não haverá um reflexo direto na vida pessoal do terapeuta se os objetivos não forem atingidos.

7) Não punir - Quando o paciente não consegue realizar o compromisso, indica-se uma nova discussão e planificação de objetivos. Punição é anti-terapêutico, porque reforça a noção de fracasso.

BRATTER explica que "após ter experimentado a freqüente dor do fracasso, o alcoolista responde positivamente ao elogio do terapeuta. O elogio estimula e reforça o crescimento e desenvolvimento contínuo do paciente".<sup>117</sup>

Uma outra técnica também largamente utilizada pelos terapeutas para a reabilitação dos alcoolistas é o Psicodrama.

O tratamento do alcoolista atravessa duas fases distintas devido aos dois níveis de negação no alcoolismo. De acordo com BLUME "o primeiro nível encontrado é a relutância para admitir que o beber é o problema. Os outros, as circunstâncias, a 'má sorte', ou outras doenças são responsabilizados pelas dificuldades óbvias da vida".<sup>118</sup> Esta negação é uma defesa inconsciente que o alcoolista utiliza para se proteger, uma vez que aceitar o seu problema com a bebida significa encarar a possibilidade de parar de beber.

Prosseguindo BLUME explica que

tão logo o terapeuta tenha sucesso em ajudar seu paciente a quebrar este nível inicial de negação, ele se defronta com uma segunda negação. Agora o paciente, tendo decidido que o álcool é o problema, sustenta que ele precisa apenas parar de beber, sem re-examinar ou mudar qualquer coisa além disso em sua vida. Ele pode a este ponto sentir que seu problema está resolvido e rejeitar ajuda adicional. O mesmo terapeuta deve agora ajudar seu paciente a encarar as funções psicológicas e sociais subjacentes do seu beber e ajudá-lo a encontrar outras maneiras de lidar com estes problemas.<sup>119</sup>

É como se nesta segunda fase, o terapeuta mudasse o foco do tratamento, encorajando o paciente a olhar os seus relacionamentos interpessoais (na família, no trabalho), coisas que ele desprezava enquanto estava trabalhando no primeiro nível de negação.

BLUME acredita que

psicodrama ajuda a quebrar estes dois níveis de negação. Um protagonista frequentemente escolherá uma cena do passado na qual ele estava lutando, uma 'ação de defesa passada' para negar seu alcoolismo em face da evidência preponderante ... No processo de assistir o protagonista beber e lutar contra ele mesmo e contra os outros em cena, o grupo é levado também a compreender como a bebida está entremeada na vida do protagonista. Desta forma, a atitude característica da segunda negação é desencorajada.<sup>120</sup>

Concluindo, BLUME recomenda que "todas as pessoas envolvidas no tratamento de alcoolistas assistam e participem de pelo menos um psicodrama. A experiência valerá a pena".<sup>121</sup>

### 3 ALCOÓLICOS ANÔNIMOS

Fundada em 1935, nos Estados Unidos, a irmandade de Alcoólicos Anônimos vem, ao longo do tempo, estendendo sua ideologia através das fronteiras e calcula-se que no mundo todo haja atualmente mais de um milhão de membros. "No Brasil, a semente foi plantada no Rio de Janeiro em 1948, quando o primeiro grupo foi fundado. A última estimativa feita é de 2.515 grupos distribuídos pelo país".<sup>122</sup>

O sucesso do A.A. em ajudar os alcoolistas a alcançarem e manterem a sobriedade é reconhecido em todo mundo. Os A.A. constituem por si sós uma instituição de tratamento, por reunirem um imenso repertório de experiência e uma sabedoria sensível, que tem tido uma profunda influência na recuperação das pessoas com problemas de bebida.

Os A.A. são, portanto, fonte de enorme potencial de recuperação do alcoolista e é extremamente valiosa a sua ajuda em qualquer processo de tratamento.

Em 1974, CURLEE escreveu o artigo Como um terapeuta pode usar Alcoólicos Anônimos, no qual acentua as principais vantagens de se utilizar a ajuda do A.A. no contexto terapêutico. Parafraseando CURLEE, além da essencial função de ajudar o alcoolista a manter dia após dia a sobriedade (programa de 24 horas), o A.A. pode ajudar o terapeuta a romper com o mecanismo da negação do alcoolista. Por meio de um processo de identificação com membros de A.A., o paciente pode reconhecer e aceitar o seu próprio problema com a bebida.<sup>123</sup>

Além de possibilitar a identificação com outros companheiros, a participação em A.A., propicia ao paciente a experiência de fazer parte de um grupo, no qual ele encontra pessoas que o entendem e estão interessadas nele. À medida que o paciente vai se relacionando com os membros de A.A., ele vai reaprendendo as regras do convívio social e pode ampliar sua

rede de relações interpessoais. Como diz CURLEE, ele "pode tornar a juntar-se à raça humana".<sup>124</sup> O mesmo autor conclui que "a mais óbvia de todas as contribuições que A.A. pode fazer é proporcionar modelos de papéis, ajudando o paciente a ver como outros com problemas similares têm lidado com eles e têm encontrado pelo menos um razoável grau de satisfação".<sup>125</sup>

Em 1982 EDWARDS também salienta a importância do terapeuta indicar o caminho dos A.A. aos seus pacientes. Para EDWARDS,

... isto significa não somente ser capaz de dar o número do telefone (disponível no guia telefônico local), mas também ser capaz de fazer a apresentação direta a um padrinho de A.A. com quem o paciente possa se identificar, e ainda ter o conhecimento e a simpatia que o capacite a transmitir ao paciente a idéia de que frequentar algumas reuniões de A.A. pode ser extremamente proveitoso.<sup>126</sup>

Todo o trabalho de A.A. tem, como pano de fundo, o conceito de alcoolismo como doença, uma doença que, se não for detida, trará ao indivíduo transtornos psico-físico-sociais.

Para EDWARDS, os processos operativos dos A.A. apresentam, em resumo, as seguintes dimensões:

"- Idéias coerentes e flexíveis - é apresentado um conjunto de idéias (ideologia) coerente, porém, flexível, que pode aliviar o sentimento individual de desesperança e explicar a natureza do problema de cada um".<sup>127</sup> Muitos membros de A.A. acreditam que a doença representa a combinação de uma sensibilidade física ao álcool com uma obsessão mental pela bebida que, apesar das conseqüências, não pode ser superada somente pela força de vontade.

Para o A.A., os alcoolistas são pessoas enfermas, passíveis de recuperação se seguirem um simples programa, bem sucedido com outros homens e mulheres. O alcoolista nunca será curado, mas a doença será interrompida se ele parar de beber. A abstinência pelo resto da vida tem que ser a única meta. O que ele não pode arriscar é o primeiro gole.

"- Plano de ação - Os A.A. oferecem um plano de ação, e os 'Doze Passos' indicam as ações a serem empreendidas".<sup>128</sup>

Estes passos são os seguintes:

- 1 - Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.
- 2 - Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade.
- 3 - Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que o concebíamos.
- 4 - Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.
- 5 - Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.
- 6 - Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
- 7 - Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
- 8 - Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
- 9 - Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.
- 10- Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
- 11- Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O

concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade.

- 12- Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólatras e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.<sup>129</sup>

O indivíduo que se liga aos A.A. é aconselhado a viver um dia de cada vez e a trabalhar com metas a curto prazo. Sua primeira prioridade é lidar com a bebida, mas o plano também exige que examine problemas psicológicos (sua culpa, seus ressentimentos, sua tendência a pôr a culpa nos outros). A recaída é uma possibilidade sempre presente e jamais impede que retorne para nova tentativa. O plano inclui, finalmente, o Décimo Segundo Passo, os membros de A.A. admitem que sua própria sobriedade depende principalmente do contato contínuo com outros alcoolistas, que ajudar os outros é ajudar a si mesmos.

"- Recompensas da sobriedade - Os A.A. afirmam a mensagem de que a sobriedade é recompensadora e ajuda o indivíduo a descobrir estas recompensas".<sup>130</sup> O clima acolhedor e até familiar de A.A. propicia que o alcoolista faça novos amigos e atenua a solidão em que vivia. Ao integrar-se a um ambiente isento de álcool, o alcoolista começa a estruturar e utilizar melhor o seu tempo e desenvolve um novo estilo de vida. Para os A.A., se o alcoolista conseguir se manter sóbrio por um dia, isto já é sucesso. Assim, dia após dia, ele poderá, finalmente, atingir a serenidade, tendo a sobriedade como modo de vida.

"- Possibilidade de Recuperação - A ideologia dos A.A. é persuasiva e viabiliza uma possibilidade de recuperação".<sup>131</sup> Ao ingressar nos A.A., o alcoolista encontra muitos membros recuperados, estas pessoas são exemplos vivos de que a recuperação é possível. A vivência do programa de A.A. e o

estreito convívio com os seus membros indicam ao alcoolista o caminho da recuperação a seguir.

### O Funcionamento de A.A.

A irmandade de A.A. conta com centrais a níveis mundiais, nacionais e estaduais, cuja unidade de trabalho é o grupo, que funciona basicamente através de reuniões de seus membros.

O clima da reunião de A.A. é marcado por uma aparente informalidade, embora o método subjacente de trabalho objetivo seja a troca de experiências. O número de pessoas varia de grupo para grupo e não existe obrigatoriedade formal de frequência às reuniões.

Uma reunião aberta de A.A. é uma reunião de grupo à qual pode assistir qualquer pessoa da comunidade, seja ou não alcoolista, esta pessoa fica sujeita somente à obrigação de não divulgar os nomes dos participantes da reunião.

Cada reunião terá um coordenador que provavelmente estará sentado à mesa com um ou dois oradores, que com raras exceções são membros de A.A.

A reunião se inicia com o coordenador dizendo Meu nome é João (não se usam sobrenomes), eu sou um alcoolista. Estas palavras têm o objetivo de reforçar nos presentes aquilo que o A.A. considera o ponto de partida da recuperação do indivíduo, o reconhecimento de que sofre de alcoolismo.

O coordenador lê, então, o que é conhecido como o preâmbulo do A.A.:

Alcoólicos Anônimos é uma irmandade de homens e mulheres que compartilham suas experiências, forças e esperanças, a fim de resolver seu problema comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo.

O único requisito para se tornar membro é o desejo de parar de beber. Para ser membro de A.A. não há necessidade de pagar taxas nem mensalidades; somos auto-suficientes graças às nossas próprias contribuições. A.A. não está ligado a nenhuma seita ou religião, nenhum movimento político, nenhuma organização ou instituição; não deseja entrar em qualquer controvérsia; não apóia nem combate quaisquer causas. Nosso propósito primordial é mantermo-nos sóbrios e ajudar outros <sup>132</sup>alcoólatras a alcançar a sobriedade.

Com essa introdução, é chamado o primeiro orador da noite. Sua apresentação também será em termos de Meu nome é Pedro e eu sou um alcoolista. Cada orador, por sua vez, falará durante vinte ou trinta minutos, fazendo um relato de algumas passagens de sua vida que o levaram a procurar o A.A. Um orador pode oferecer sua interpretação do programa de recuperação, comentar o significado que cada um dos Doze Passos tem para ele particularmente e descrever seus esforços para atingi-los.

Estas histórias são seguidas de comentários e depoimentos pessoais do auditório. Os ouvintes destacam e desenvolvem certos temas, principalmente aqueles nos quais eles se identificam com o orador - Eu fazia exatamente a mesma coisa ... Ninguém é obrigado a falar e aceita-se bem o fato de um novo membro preferir apenas sentar-se e ouvir.

A reunião se encerra formalmente com todos dizendo juntos o que se tornou conhecido como a Oração da Serenidade:

"Concedei-nos, Senhor, a serenidade necessária para aceitar as coisas que não podemos modificar, coragem para modificar aquelas que podemos e sabedoria para distinguir umas das outras".<sup>133</sup>

A maioria das reuniões abertas termina com bate papo entre os presentes, durante o qual são servidos chá ou café;

neste momento os membros mais antigos têm o cuidado de colocar à vontade o recém-chegado e integrá-lo ao grupo.

Alguns grupos também têm reuniões fechadas que são restritas aos membros do grupo local de A.A. ou visitantes de outros grupos. As reuniões fechadas têm por objetivo "dar aos membros uma oportunidade de discutirem certos aspectos do seu problema alcoólico, aspectos estes que são melhormente compreendidos por outros alcoólatras".<sup>134</sup>

Na opinião de EDWARDS, além das reuniões, há muito mais em potencial no programa de recuperação de A.A.

Os membros podem começar a se visitar, sair para jantares ou outras atividades sociais. Os antigos companheiros de bebida são afastados, e são encontrados novos, que pensam e falam em termos de A.A. Em alguns locais, as reuniões de rotina são suplementadas por grupos de estudo, havendo uma circulação de livros de A.A. Há convenções regionais e nacionais de A.A. e os mais experientes dedicam mais tempo ao Décimo Segundo Passo (apadrinhar e acompanhar novos membros), podendo dedicar-se a grupos hospitalares ou penitenciários, ou colocando-se à disposição de reuniões de organizações comunitárias.<sup>135</sup>

#### 4 RECAÍDAS

A natureza crônica do alcoolismo faz prever que uma eventual reincidência no uso do álcool deva ser incluída no rol das possibilidades.

Parafraseando EDWARDS, o tratamento dos problemas de bebida não implica um 'sucesso' rápido e contínuo. Com frequência, o sucesso é o resultado de várias tentativas e erros no caminho. Assim, enfrentar e aprender com as recaídas constitui um aspecto muito comum do processo de recuperação.<sup>136</sup>

Por exemplo, durante o tratamento, a recaída deve ser objetivamente entendida e desmitificada, para evitar que seja interpretada como uma situação totalmente desesperadora. O relacionamento do terapeuta com o paciente e seus familiares deve ter um tal grau de confiança que oportunize a busca de ajuda se ocorrer a recaída, ao invés de evitar o contato por vergonha e sentimento de fracasso. Em cada caso devem ser examinados os significados subjetivos da ocorrência, para que possa tirar proveito da experiência e levar a recuperação adiante.

#### Determinantes da recaída

Na opinião de EDWARDS "a recaída pode assumir várias formas. Pode ser súbita e explosiva ou pode ser um lento escorregar; a velocidade da recaída está com freqüência, diretamente relacionada com o grau de dependência".<sup>137</sup>

Independente do padrão da recaída, ao se estudar um incidente em particular, constata-se que ele é causado pela interação de vários fatores e não por uma relação causal e unitária.

EDWARDS descreve 6 (seis) circunstâncias comuns de recaída, lembrando o fato de que na realidade os determinantes provavelmente serão múltiplos:<sup>138</sup>

1- O abandono de uma abstinência inicial e ambivalente - Trata-se aqui do paciente que recai no início do tratamento por não ter ainda um sentimento de compromisso pessoal, não estar suficientemente motivado. É uma questão de ambivalência (p.70), pois o indivíduo ainda não sabe se quer ou não parar de beber.

2- Insuficiência de mecanismos de enfrentamento - Muitas vezes, embora o indivíduo já tenha superado sua ambivalência, fracassa no objetivo de manter a abstinência por insuficiência

de mecanismos de enfrentamento. Pode-se dizer que o indivíduo sabe o que fazer, entretanto suas intenções fracassam frente à influência de eventos adversos. Nestas circunstâncias, a recaída indica que o esforço deve ser dirigido para uma melhor aprendizagem dos mecanismos de enfrentamento.

3- Ausência de compensação na abstinência - Esta é uma situação que leva à recaída porque o indivíduo ainda não se deu conta do que ele estava perdendo com seu problema de bebida. Pode ocorrer após uns seis a doze meses de abstinência, quando esta ainda não foi consolidada e nem encontrados substitutos satisfatórios para a bebida. Após uma recaída desta natureza, é óbvia a necessidade de se trabalhar as compensações da abstinência.

4- Perturbações de humor - A recaída pode ocorrer em consequência a uma fase de depressão, ansiedade ou irritabilidade. Na opinião de EDWARDS, "a doença depressiva não é uma causa incomum de recaída e também há que se considerar a possibilidade de doença hipomaníaca".<sup>139</sup>

5- Eventos avassaladores - Trata-se aqui de um evento ou uma série de eventos que são excessivos para as defesas do indivíduo. Não é necessário que ocorra algum incidente catastrófico. Uma série de pequenos eventos adversos que, para uma pessoa sem problemas de bebida seria superável, para o alcoolista, por sua vez, não seria superada sem o uso da bebida.

6- Falha de vigilância - Quando o alcoolista pára de beber por algum tempo, o sofrimento causado pela bebida vai sendo apagado de sua memória, enquanto que os prazeres do copo de bebida à sua frente são imediatos. Para evitar que o indivíduo se descuide e mantenha-se firme no seu propósito de recuperação, é importante que ele frequente algum serviço de apoio ou aconselhamento (psicoterapia, Alcoólicos Anônimos, Grupo de Apoio na Empresa etc.).

Considera-se, portanto, a recaída um elemento de grande utilidade no tratamento. É um momento de reforçar a responsabilidade por parte do indivíduo com seu processo de recuperação. Esta responsabilidade inclui sair da recaída, elaborar seu significado e aceitar as coisas de forma a minimizar a possibilidade de nova recaída.

Nesse momento, dá-se ênfase também ao papel da família, que deve ser treinada e incentivada a atuar como um sistema de alarme preventivo e estar habilitada a prestar um pronto atendimento.

## 5 O ALCOOLISMO E A FAMÍLIA

Uma pessoa, com problemas de bebida, freqüentemente, tem vínculos familiares e os reflexos negativos do alcoolismo sobre a estruturação e desenvolvimento familiar têm sido, cada vez mais, estudados e trabalhados pelos alcoologistas.

As pesquisas e os estudos abrangendo os sistemas familiares têm demonstrado que um problema de bebida envolve tão intensamente a família quanto o próprio alcoolista. O álcool usado por um dos membros da família não é apenas um problema individual, de disfunção psicossomática do indivíduo alcoolista, mas está dinamicamente relacionado a todo sistema familiar. Pode-se dizer que todos os membros da família sofrem um processo complementar de desorganização funcional, emocional e psíquica, influenciado pela conduta e sentimentos do seu familiar alcoolista. Assim, segundo PAUPITZ, firmou-se o conceito de 'doença familiar' para designar o fenômeno do alcoolismo refletido na psicodinâmica do sistema familiar.<sup>140</sup>

### O impacto do alcoolismo no sistema familiar

A família é um organismo, cujas partes são interdependentes. Os membros da família operam no sistema, assim, uma mudança no funcionamento (disfunção) de um membro é automaticamente seguida por uma mudança compensatória em outro membro da família (sobrefunção).

Na opinião de SMOLKA, expressa no 3º Encontro Paranaense de Psicologia, durante a história natural do alcoolista, podem-se perceber diferentes momentos na estrutura de sua família:<sup>141</sup>

1º) Família organizada - num primeiro momento, o padrão de ingestão alcoólica dos membros da família não apresenta uma discrepância observável com relação às outras pessoas da sociedade. Diz-se então que a família está organizada, isto é, todos os membros da família estão trabalhando juntos para a realização e desenvolvimento familiar. Há um fluxo livre e abundante na comunicação entre seus membros e um clima de confiança e respeito recíprocos facilita os relacionamentos interpessoais.

2º) Mudança no padrão de ingestão alcoólica por um dos membros da família - neste momento começam a ocorrer os primeiros excessos e, conseqüentemente, os primeiros incidentes desagradáveis. Por exemplo, nas festas, quando toma um porre, ele se acha a alma da festa, enquanto que, para os outros, se soubessem antes o que aconteceria, não teriam comparecido ao evento. Pode acontecer também que ele provoque algum acidente de trânsito, por estar dirigindo alcoolizado, ou ainda, que falte ou tenha algum acidente no trabalho como conseqüência do seu beber excessivo.

Inicialmente, a família não entende direito o que está acontecendo, sente um desconforto com a situação, mas não identifica que um dos seus membros está doente. Na medida em

que novos incidentes vão ocorrendo, a família começa a se interrogar sobre o que está acontecendo e todos desenvolvem uma preocupação com o problema. Normalmente o cônjuge não alcoolista faz uma série de cobranças a respeito do comportamento do alcoolista, mas este se explica (racionaliza) e o cônjuge acaba desculpando-o, iniciando a complementariedade da patologia.

3º) Percepção da doença - as evidências do problema com a bebida vão se avolumando, aumentando a preocupação da família com relação ao consumo excessivo de bebida por um dos seus membros. Além disso, percebem que estão perante um fenômeno estranho (uma doença, talvez?).

Neste momento o paciente também se percebe como tendo um consumo exagerado de bebidas e tenta controlar a ingestão. Realmente o alcoolista tenta, tenta .. mas ele já perdeu o controle (conforme descrito na seção sobre a Etiologia do Alcoolismo). A partir daí o alcoolista sofre todo um processo de descontrole emocional, criando uma variedade de sentimentos negativos sobre si mesmo, dos quais ele tenta se defender através dos diferentes mecanismos de defesa utilizados: negação, projeção e racionalização (discutidos na seção sobre a perda de contato com a realidade).

4º) Desestruturação familiar - à medida que a doença vai progredindo, o alcoolista não consegue mais parar de beber. Toda a sua vida gira em torno da bebida. É como se todas as pessoas e coisas tivessem deixado de ter importância. Objetivamente este processo vai sendo sinalizado de várias formas: o indivíduo começa a beber sozinho freqüentemente, bebe pela manhã, apresenta conseqüências orgânicas relacionadas ao consumo do álcool (ex. gastrite alcoólica) e outras.

Todo este quadro apresentado pelo alcoolista é motivo de grande aflição da família, principalmente quando ela se percebe

impotente para eliminar o problema. A partir deste momento, a família vai fechando as comunicações e relacionamentos extradomiciliares. A própria família impõe este isolamento, para se esconder, porque sente vergonha.

Quanto mais falhas e decepções a família enfrenta, mais arranja desculpas para justificar para os outros o problema, embora no fundo todas estas desculpas são para ela mesma. Isto significa que a família também utiliza os mesmos mecanismos de defesa que o alcoolista, embora esteja inconsciente disso, e também é vitimada por suas defesas, ao invés de ajudada.

Os diversos componentes da família sofrem mudanças sérias e perturbadoras de ordem funcional e emocional; pois ocorre toda uma alteração da hierarquia familiar com o não cumprimento dos papéis individuais.

5º) Reestruturação familiar - quando se estuda um sistema familiar com um membro alcoolista, conclui-se que anteriormente ele funcionava de um jeito "X". O progressivo aumento no consumo do álcool por um dos membros traz um elemento estranho "Y" para o sistema familiar, que precisa se adaptar, passando a funcionar de um jeito "X + Y".

Explicando melhor, quando, numa família o alcoolista é o homem, ele passa a não desempenhar adequadamente seus papéis de marido, pai ou provedor. Ele não desempenha estes papéis porque o tempo e os recursos gastos com o seu novo papel (o de alcoolista) são muito grandes. Assim, quando o homem passa a não desempenhar seus papéis dentro da família, diz-se que disfunciona.

Na medida em que este homem disfunciona, a mulher pode começar a sobrefuncionar, exercendo o papel de provedora.

Além da sobrefunção de alguns dos membros, os papéis dentro da família do alcoolista tendem a ser remanejados. Assim, a mãe pode entrar no lugar do pai, a filha mais velha no

lugar da mãe, o pai passa a ser filho e os filhos, irmãos. Esta é a forma que a família encontra de se reestruturar para sobreviver. Uma vez que esta situação se instala, ocorre um novo equilíbrio que tende a se manter, por isso a grande dificuldade de se desmontar esta estrutura, por ocasião do tratamento.

Na opinião de BOWEN "quando é possível modificar o sistema de relacionamento familiar, a disfunção do alcoolista é aliviada, mesmo que o disfuncionante não participe da terapia".<sup>142</sup>

### O cônjuge não alcoolista

Embora o cônjuge não alcoolista possa ser o homem ou a mulher, durante a exposição considerar-se-á a esposa como sendo o cônjuge não alcoolista, pois esta é a situação mais comum, entretanto muitas das considerações também se aplicam à situação inversa.

Teorias diferentes foram propostas para explicar o relacionamento entre o homem alcoolista e sua esposa. Embora estas teorias possam trazer algum entendimento a respeito do relacionamento conjugal com um parceiro alcoolista, algumas descrições estereotipadas (tipologias) da esposa do alcoolista não têm, na opinião de EDWARDS, "validade geral".<sup>143</sup>

Uma destas teorias defende que é a esposa que dirige o seu marido para beber, que muitas delas tiveram pais alcoolistas e que estariam reeditando seus problemas dinâmicos não resolvidos. Ela irá atrapalhar o tratamento de maneira sutil ou manifesta, persuadindo o marido a deixar prematuramente o hospital e dizendo que alguns goles não lhe farão nenhum mal. Segundo essa teoria, se o marido persistir em sua recuperação, a esposa poderá descompensar e desenvolver uma doença depressiva.

Embora muitas situações lembrem este quadro bizarro, forçar a interpretação de todos os casamentos, nestes termos, pode resultar em erros drásticos.

Retomando-se a teoria do sistema familiar. Já se falou que cada membro da família tem suas funções (papéis) a desempenhar dentro do sistema. Entretanto, a disfunção de um membro da família que esteja temporária ou permanentemente impossibilitado de cumprir o seu papel será automaticamente compensada por outro membro da família que sobrefunciona até que a situação volte ao normal. No caso do alcoolismo, pode ser que, quando o marido começou a beber excessivamente, a esposa tenha tido que escolher entre deixar seu lar sem controle até a ruína ou assumir tudo em suas mãos. Assim sua dominância aparente seria adaptativa, ela estaria assumindo os papéis deixados pelo marido (sobrefuncionando).

EDWARDS descreve seis estilos de acordo com os quais as esposas enfrentam o problema de bebida do marido:

- Subterfúgio ou afastamento - o contato é minimizado ao extremo e há uma esquivia emocional e física.
- Ataque - a esposa tenta controlar o comportamento do marido ralhando, gritando, ameaçando deixá-lo e, ocasionalmente, até mesmo agredindo-o fisicamente ...
- Manipulação - envolve comportamentos como procurar envergonhar o marido por ele beber, mostrando o seu desconforto enquanto esposa ou acentuando o sofrimento das crianças ...
- Mimar - a esposa cuida dele durante suas ressacas, mantém o jantar aquecido para ele, quer ele chegue embriagado ou sóbrio, ou lhe promete benefícios especiais se ele melhorar o comportamento.
- Condução construtiva - ela mantém seu próprio sentimento de auto-estima, protege e cuida da família, assegurando-se de que

as finanças estão em ordem, e vai trabalhar. Garante que não falte nada para as crianças e ela mesma pinta a casa e cuida do jardim.

- Busca de ajuda construtiva - é caracterizada pelo comportamento de procurar o médico da família e pedir-lhe que fale com o marido, informar-se sobre os Alcoólicos Anônimos e deixar alguns folhetos para o marido ler, ou ir à biblioteca pública e ler livros sobre alcoolismo de forma a aumentar seu próprio conhecimento.<sup>144</sup>

A escolha do estilo de enfrentamento varia de acordo com a forma pela qual cada mulher em particular se defronta com a vida, com as expectativas de classe, com o tipo de comportamento manifestado pelo marido e com a duração do problema. Um estilo empregado num momento particular pode ser diferente de um anteriormente empregado; isto ocorre pelo fato de a esposa buscar diferentes alternativas para solução do problema.

#### Alcoolismo e crianças no sistema familiar

A maior parte dos estudos e terapias tem focalizado o relacionamento conjugal do alcoolista, negligenciando a participação e função dos filhos na família.

Segundo EDWARDS,

a variedade e a extensão dos danos que podem ser inflingidos são grandes e dependem da personalidade da criança, do grau de apoio emocional fornecido pela mãe ou pelo pai, dos outros apoios emocionais e sociais disponíveis, e da idade da criança quando o genitor alcoolista desenvolveu o problema de bebida.<sup>145</sup>

De acordo com o comportamento do alcoolista quando está embriagado, o impacto será maior ou menor sobre a criança. Um problema de bebida sempre provoca um clima de intranqüilidade no lar, entretanto, o impacto será mais adverso se houverem brigas, discussões ou violências.

As crianças filhas de alcoolistas geralmente têm problemas emocionais e comportamentais. Normalmente apresentam um alto nível de ansiedade, que as torna ansiosas em casa e fora dela, como por exemplo na escola, com conseqüentes dificuldades de aprendizagem e de relacionamento com os colegas.

Ao lado desse impacto geral sobre a saúde psicológica dos filhos de alcoolistas, EDWARDS salienta que outros processos dinâmicos relacionados com o crescimento psicológico podem ser afetados.

A criança pode, por exemplo, ser basicamente privada de um modelo satisfatório de papel quando o genitor do mesmo sexo é o alcoolista, e, uma relação perturbada ou ambivalente com o genitor do sexo oposto pode resultar em sentimentos que, mais tarde, serão atuados em outras relações.<sup>146</sup>

A ausência de ligação emocional dentro do lar traz conseqüências adversas, principalmente aos adolescentes. Estes poderão desenvolver atitudes rejeitadoras em relação a seus pais e se identificar precipitadamente com um grupo de companheiros adolescentes. Tais envolvimentos são particularmente perigosos quando associados com grupos também perturbados e ligados à ingestão de drogas ou delinqüência. Por outro lado, o adolescente pode se tornar muito dependente, desesperado e ansiosamente envolvido com o lar, preocupado em proteger o genitor que não bebe e incapaz de se identificar com outros jovens.

### Papéis familiares alternativos

As repercussões negativas do alcoolismo sobre os membros familiares não alcoolistas traduzem-se em papéis alternativos no sistema familiar, correspondendo a reações de adaptação e de sobrevivência no grupamento familiar. O desempenho destes papéis, outrora estranhos ao meio familiar normal, refletem atitudes defensivas, originadas pela necessidade de equilibrar e assegurar suas vidas dentro de um novo estilo de viver, cercado por fortes pressões emocionais e psicológicas.

WEGSCHEIDER descreve papéis de sobrevivência desempenhados pela família do dependente, ou seja, o cônjuge e os filhos do casal:<sup>147</sup>

Chief enabler (facilitador) - este papel é freqüentemente desempenhado pelo cônjuge não alcoolista ou pelos pais do alcoolista no caso de ser solteiro. O facilitador vai assumindo as responsabilidades do dependente, numa tentativa de compensar suas faltas e erros. "O papel do facilitador na família é prover responsabilidade".<sup>147</sup>

Family hero (herói da família) - o herói da família é a pessoa que pode ver e ouvir o que está acontecendo na família e começa a sentir-se responsável pela dor da família. Ele assume a missão heróica de acalmar os outros familiares e colaborar na conciliação de seus problemas dentro do lar. "O papel do herói é prover auto-valor à família".<sup>147</sup>

Scapegoat (bode expiatório) - é aquele membro da família que, não possuindo capacidade suficiente para se tornar um herói, adota um comportamento anti-social e separatista do conjunto familiar, agindo como desobediente, travesso e perverso para chamar atenção e receber carinho. Apesar da beligerância que desenvolve no exercício de seu papel, o Bode

Expiatório vive a maior parte de seu tempo afastado de casa, mas sempre rebelado e com o propósito de advertir aos membros da família que ele existe e é importante. A continuidade do aparente desinteresse paternal poderá induzi-lo na adolescência ao uso de bebida alcoólica ou drogas, as moças podem ainda engravidar precocemente, tudo isso para amenizar suas frustrações e diluir ressentimentos decorrentes de reprimendas e rejeições sofridas. Estes têm pouco poder de intimidade, procuram pessoas parecidas potencialmente com eles, e seus amigos são aqueles que os compreendem e apoiam.

"O papel do bode expiatório é causar perturbação e ser o foco central da família".<sup>147</sup>

The lost child (a criança perdida) - a criança perdida se sente como uma estranha no ambiente familiar e, por tal razão, procura confortar-se na privacidade, enclausurando-se no quarto a maior parte de seu tempo. Ela não usa nenhuma tática para despertar atenção sobre si, nem positiva nem negativa. Ela simplesmente está ali. Agravando a sua situação, há o fato de que os demais familiares serão beneficiados com a sua escolha, pois se sentirão livres para desempenhar seus respectivos papéis. Negligenciada pelos familiares, a Criança Perdida começa a desenvolver seu pensamento mágico, criando fantasias de paz e alegria num futuro próximo, pois a satisfação e realização de seus sonhos mostram-se para ela mais acessíveis e desejáveis do que sua inclusão no meio familiar. E assim passa uma grande parte de seu tempo no quarto: vendo televisão, ouvindo música, pintando e desenhando, lendo, brincando com bonecas ou bicho de estimação, e sobretudo "sonhando acordada".

"O papel da criança perdida é oferecer alívio. Esta é uma criança com a qual a família não tem que se preocupar".<sup>147</sup>

Mascot (mascote) - é o membro da família que atua procurando tornar as coisas mais divertidas ou menos sombrias

no lar. As circunstâncias vão determinar que este papel seja representado pelo quarto filho ou filho mais novo. Caso não haja um quarto filho, um outro personagem do drama familiar, que pode ser o Bode Expiatório ou a Criança Perdida, absorverá algumas características do Mascote.

Surgindo em cena quando o panorama familiar está em nível adiantado de deterioração, a situação do Mascote é pior do que a da Criança Perdida, porque, em vez de ignorado totalmente, é enganado pelos mimos que recebe de todos os membros da família e por não tomar um claro conhecimento dos sérios problemas familiares. Age por intuição para saber o que os outros pensam e querem. Motivado e estimulado pelos bons resultados obtidos através de tal atitude, ele se transforma no palhaço da família, pois dessa forma consegue mais atenção. Assumindo o papel de Mascote, ele descobre ainda que pode ficar livre do medo e da tensão nos momentos que proporciona distrações jocosas e agradáveis para os familiares.

"O papel do mascote é prover divertimento e humor".<sup>147</sup>

Concluindo, cada membro da família assume um papel familiar alternativo para se proteger da crescente dor reinante dentro do lar e também como forma de sobrevivência no sistema.

#### A família como um determinante de reabilitação

O desenvolvimento e intervenções no tratamento para alcoolismo segue-se paralelamente ao desenvolvimento de conceitos de alcoolismo como um problema no sistema familiar.

Atualmente, grande parte dos tratamentos para alcoolistas fazem também um atendimento familiar. Segundo WEGSCHEIDER "os métodos de tratamento podem variar, mas a necessidade de reconhecimento, aceitação e compreensão do papel de cada membro na família doente é necessário para completa recuperação da família".<sup>147</sup>

Para que haja uma reabilitação do familiar alcoolista, são necessárias mudanças significativas no sistema familiar, que, se não ocorrerem, podem comprometer todo tratamento. A princípio, é necessário modificar comportamentos e condições familiares que são disfuncionais. Na opinião de PAUPITZ, "as funções distorcidas devem ser tratadas por dois procedimentos: algumas serão reeducadas para a normalidade; outras serão simplesmente eliminadas".<sup>148</sup>

A estratégia terapêutica de tratamento do alcoolismo implica na modificação ou supressão de todos os papéis e na conseqüente reconstrução do sistema familiar.

Quando o tratamento alcoolista/familiares ocorre simultaneamente, a recuperação dos papéis de pai, marido e provedor, ocorrerá de forma menos conflitante do que se fosse ele o único a estar em tratamento. Há, ainda, o fato de os familiares rejeitarem a modificação dos papéis aos quais já se habituaram. Neste caso, o trabalho terapêutico deverá se concentrar em ensinar-lhes como o sistema familiar funciona e de que forma seus papéis estão reforçando (complementando) o alcoolista.

Pode-se constatar a importância da atuação dos familiares na recuperação do alcoolista pela declaração de BOWEN: "Eu tenho tido um número de completas 'curas' de sérios problemas de bebidas em maridos, nos quais eles recusaram-se firmemente a comparecer às sessões e todo tempo foi gasto com as esposas".<sup>149</sup> BOWEN aplica um princípio básico: "é muito mais fácil ajudar a pessoa sobrefuncionante a diminuir o sobrefuncionamento do que ajudar o disfuncionante a aumentar o funcionamento".<sup>150</sup>

Entretanto, como não poderia deixar de ser, o mesmo autor conclui que: "a terapia familiar com os dois cônjuges é um dos melhores caminhos para o sucesso da terapia".<sup>151</sup>

## TERCEIRA PARTE - ALCOOLISMO E EMPRESA

## 1 O ALCOOLISMO E SUA REPERCUSSÃO SOBRE O TRABALHO

A nível do universo de trabalho, o uso excessivo do álcool resulta em consideráveis perdas na produtividade nacional. As estatísticas são precárias. Há números aceitáveis, mas inexistem no Brasil estudos sistemáticos a respeito da prevalência do alcoolismo em empresas. Estudos desta natureza são dificultados pelas diferentes características de cada organização e pela resistência dos empregados de se exporem, respondendo a questionários.

Em 1982, um levantamento realizado pela Associação Brasileira de Estudos do Álcool e do Alcoolismo (ABEAA) indicou que "foram desperdiçados 9,6 bilhões de dólares com a perda de produtividade provocada pelo uso abusivo do álcool. Essa cifra correspondia, na época, a 12% da dívida externa brasileira, situada, então, em 80 bilhões de dólares".<sup>152</sup>

Também em 1982, BERTOLOTE chegou à conclusão de que o álcool é um péssimo negócio para o país. Naquele ano, "a indústria de bebidas contribuiu com 2,4% do PIB sob a forma de recolhimento de impostos. Na outra ponta, o Governo gastou 5,4% do PIB com as conseqüências do alcoolismo e a perda de produtividade".<sup>153</sup>

O alcoolismo atinge em torno de 10% das pessoas que usam bebidas alcoólicas. Como não é toda a população que usa bebida, a nível de empresa, o Alcoolismo existe nos seus vários estágios, atingindo 5 a 10% dos funcionários em todos os níveis.

Segundo OLIVEIRA "estima-se que em nosso país cerca de 60 milhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas, variando de bebedores ocasionais a alcoólatras".<sup>154</sup> O uso excessivo de

álcool resulta em considerável sangria na economia nacional. Os acidentes, os tratamentos, as indenizações e as faltas ao trabalho têm um alto preço pago por toda sociedade. O alto custo do alcoolismo, nas empresas, está relacionado aos prejuízos causados pelo funcionário alcoolista:

- Em média, a produção do funcionário, com problemas de bebida, diminui, segundo SILVA e col. "até 65% do normal".<sup>155</sup> São freqüentes as oscilações bruscas no desempenho e a queda vertiginosa na produtividade individual, além do excesso de horas extras para tentar manter o mesmo índice de produtividade.

- Os alcoolistas (em todos os níveis) faltam mais vezes ao trabalho que os empregados normais. STENVENSON, citado por CAMPANA, realizou um estudo relacionando faltas e problemas com álcool e "encontrou uma média de 22 dias/ano".<sup>156</sup> O absenteísmo está freqüentemente encoberto por atitudes protetoras de colegas e chefias para não prejudicar o empregado frente à empresa e por atestados médicos nos quais não consta o diagnóstico de alcoolismo ou excesso alcoólico.

CAMPANA ainda comenta que "outra forma de absenteísmo é aquela chamada parcial, onde o empregado comparece ao trabalho, porém não o executa ou o faz lentamente ou perde tempo em outros setores".<sup>157</sup>

- As intoxicações de finais-de-semana acarretam um número enorme de atrasos, principalmente nas segundas ou nas quintas-feiras depois dos jogos de futebol.

- Os alcoolistas sofrem mais acidentes de trabalho que seus companheiros. Segundo dados publicados pela edição especial da revista o ATALAIA, "cerca de 30% dos acidentes do trabalho são devidos ao alcoolismo".<sup>158</sup>

- É comum a baixa qualidade de trabalho e desperdício de material, que, como afirma SILVA e col., "é resultado da perda

de concentração, clareza visual e habilidade do funcionário alcoolista".<sup>159</sup>

- Finalmente, as autoras anteriormente citadas salientam que "homens-hora são perdidos entre a demissão de um funcionário alcoolista e a admissão e treinamento de um substituto".<sup>160</sup>

### Indicadores do alcoolismo na empresa

É um fato que os problemas relacionados com o álcool constituem uma das dificuldades que atingem e afetam os empregados. Há muito se ignorou o potencial de identificação, diagnóstico e promoção de tratamento do alcoolismo nas empresas. Entretanto diferentes indicadores associados ao alcoolismo estão levando as empresas a despertar para o problema e propor programas de prevenção e recuperação do empregado alcoolista. Estes indicadores são:

- queda na produção e qualidade de trabalho, perda de material, excesso de horas gastas para a mesma produção, trabalhos com defeitos;
- absenteísmo, ou seja: a ausência costumeira ao trabalho, a lentidão na execução das tarefas e até mesmo a sua não realização;
- atrasos freqüentes ao trabalho;
- acidentes de trabalho;
- dificuldades no relacionamento interpessoal com colegas e chefias, irritabilidade, agressividade, insubordinação.

## 2 PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA AO ALCOOLISMO NAS EMPRESAS

Empregados com problemas de bebida podem ser ajudados antes que seus problemas alcancem um ponto de deterioração que os tornem incapazes de efetuar trabalho produtivo e possam precisar tratamento extensivo.<sup>161</sup>

DONALD F. GODWIN

Os reflexos causados pelo uso excessivo de álcool no trabalho têm motivado empresas brasileiras a implantarem programas de diagnóstico precoce e tratamento de alcoolismo. Nos EUA, esses programas começaram na década de 40 como Occupational Alcoholism Program (Programas de Alcoolismo Ocupacional), influenciados pelo sucesso dos Alcoólicos Anônimos na recuperação dos alcoolistas. Mais ou menos a partir de 1970 os Employee Assistance Programs (Programas de Assistência ao Empregado) foram-se desenvolvendo nas empresas Americanas, principalmente porque, como explica WRICH, "pessoas com problemas de álcool não respondem a um programa e equipe rotulados com os termos 'alcoolismo ou alcoólico'".<sup>162</sup> Além disso estes programas acabam lidando com muitos outros problemas surgidos ou aumentados com o alcoolismo.

Segundo WRICH, os Programas de Assistência ao Empregado apresentam "taxas de sucesso de 50 a 80 por cento ... atraíram mais interesse quando comparadas às taxas de 20 a 40 por cento geralmente alcançadas por outras formas de indicação".<sup>163</sup> Impulsionados pelo bom índice de recuperação, os Programas de Assistência ao Empregado aumentaram, segundo o autor, "de aproximadamente 300 em 1972 para mais que 5.000 em 1980".<sup>164</sup>

Com base nos programas Norte Americanos, na última década, começaram a ser implantados, no Brasil, programas de assistência ao empregado alcoolista que, em algumas empresas, incluem também os empregados drogadidos.

Em suma, os objetivos básicos dos Programas de Assistência ao Empregado Alcoolista seriam: a identificação e a interrupção da progressão da doença e deteriorização da vida pessoal ou profissional.

Parafraseando BRISOLARA, a adoção do conceito de alcoolismo como doença é o primeiro passo para se iniciar um programa de assistência ao alcoolista na empresa.<sup>165</sup>

O reconhecimento do alcoolismo como um problema de saúde já ocorreu há algumas décadas, podendo ser citadas pelo menos três das maiores autoridades científicas do mundo:

- Associação Médica Americana;
- Associação de Psiquiatria Americana;
- Organização Mundial da Saúde.

Finalmente, o mais importante não é simplesmente o fato de o Alcoolismo ser reconhecido como doença, mas como uma doença tratável. Neste sentido, a razão principal dos programas de assistência ao empregado alcoolista é promover uma ajuda profissional às pessoas que precisam ter um diagnóstico, um tratamento e um pós-tratamento dentro da empresa.

#### Implantação de um programa: forças restritivas

Diferentemente de outro programa, a implantação de um trabalho de alcoolismo não prevê, com margem de segurança, os benefícios específicos em termos de lucros, redução do absenteísmo, etc. Sendo assim, existem grandes dificuldades na sua implantação. Acredita-se que muitos profissionais, mesmo interessados pelo tema, acabam por desistir, diante das forças restritivas com as quais se deparam:

- Os dirigentes de empresas negam que tenham empregados com problema de alcoolismo: alcoolismo é uma doença de negação e parece que o mesmo mecanismo empregado pelo doente se repete nas pessoas ao seu redor, com a família e até mesmo a empresa.

- Muitos empresários pensam que os hospitais ou outros recursos da comunidade são os responsáveis pelo problema: num país de poucos recursos como o nosso, onde pouco se investe em saúde e principalmente em prevenção, ficamos diante de um panorama limitado em relação à resolução dos problemas do Alcoolismo. As empresas não podem mais ficar à mercê de políticas de saúde ineficientes, nem dependentes de recursos inexistentes.

- O preconceito é muito grande: os empresários relutam em implantar programas de assistência ao alcoolismo porque o público poderá ter uma má impressão, concluindo que a empresa abriga muitos alcoolistas.

- A política da empresa é não interferir na vida privada dos seus empregados: essa restrição é desvantajosa tanto para o empregador como para o empregado, pois é sabido que a ajuda oferecida pela empresa pode representar a interrupção da progressão do alcoolismo e a reabilitação do empregado.

- A empresa só visa o lucro imediato: algumas empresas julgam que despedir os alcoolistas seja a solução mais adequada, a mais lucrativa. Entretanto, para a empresa, é mais vantajoso tratar um funcionário quando ele tem vários anos de casa e uma boa experiência em seu serviço. Se forem computados os custos de demissão, admissão de um novo funcionário e seu treinamento, descobre-se que isso sai tão caro quanto recuperar o empregado com problema de alcoolismo. Nos Estados Unidos, as empresas estimam que esse investimento chega a ser lucrativo.

- O empresário acredita que o alcoolismo é um problema impossível de superar, pois a própria cultura do país incentiva o consumo de bebida alcoólica: realmente o álcool está presente em grande parte de rituais e tradições. Entretanto, um programa de assistência ao empregado alcoolista poderá ter uma ação educativa que conscientize todos os empregados sobre as reais conseqüências do uso excessivo do álcool.

### Política da Empresa com relação ao alcoolismo

Políticas são os princípios que fundamentam as operações das diferentes empresas, de forma a garantir que elas sejam efetuadas de acordo com os objetivos desejados.

Com relação ao Alcoolismo, a política da empresa deve especificar a conduta a ser empregada, ações disciplinares, os recursos de saúde disponíveis e outros assuntos que envolvam os empregados e seus problemas relacionados ao uso de bebida alcoólica.

Embora a maioria das empresas possua uma política implícita, que normalmente aparece quando decisões tornam-se necessárias, o ideal é que se coloque esta política por escrito. É muito importante, por ocasião da implantação de um programa de assistência ao empregado alcoolista, que se elabore um documento com a política da empresa, o qual deverá nortear a ação de todos os membros envolvidos no problema.

Cada empresa deve desenvolver sua própria política com relação ao uso excessivo do álcool. Entretanto, parafraseando BRISOLARA, existem alguns pontos essenciais que devem ser incluídos na política de toda companhia:<sup>166</sup>

- O alcoolismo ou o beber problemático deve ser considerado uma doença e tratado como tal.
- O alcoolismo pode atingir qualquer pessoa, de qualquer idade, em qualquer nível hierárquico.
- O alcoolismo não é um sinal de fraqueza, é uma doença tratável.
- Muitos bebedores problema são empregados valiosos que podem e devem ser tratados.
- A identificação precoce é importante para o benefício individual e da empresa, pois possibilita o diagnóstico e tratamento nos estágios iniciais da doença, aumentando os índices de recuperação.

- Bebedores problemas têm direito aos mesmos benefícios médicos oferecidos aos empregados com outras doenças.
- A administração da empresa deve encorajar o empregado alcoolista a aceitar tratamento.
- Os benefícios para doença devem ser pagos nos casos de hospitalização para tratamento do alcoolismo.
- O alcoolismo e os problemas relacionados a ele são cobertos pelo plano de saúde da empresa.
- Recomenda-se ao empregado alcoolista procurar ajuda para os seus familiares, porque o alcoolismo é uma doença que envolve todos os membros da família.
- O empregado que procurar ajuda com problemas de bebida não será discriminado no emprego.
- Para a empresa, o alcoolismo é uma doença que prejudica o desempenho do empregado.
- É da responsabilidade dos supervisores estarem alertas para todos os sinais de uso excessivo de álcool, indicado pelo baixo desempenho.
- O papel do supervisor é identificar possíveis alterações no desempenho do empregado e não fazer diagnóstico.
- As infrações cometidas pelos alcoolistas devem sofrer as mesmas ações disciplinares que qualquer outro empregado.
- Todas as informações a respeito do empregado alcoolista são dados confidenciais, e de nenhuma maneira a participação no programa deve interferir nas promoções e evolução da carreira dos empregados.

### Profissionais responsáveis pelos programas de Assistência ao empregado alcoolista

O alcoolismo é uma doença que envolve o homem como um todo, em seus aspectos físicos, mentais, psicológicos e sociais. Assim, toda ação voltada para prevenção ou recuperação do alcoolista requer uma ação interdisciplinar, tanto pela equipe dentro da empresa, quanto pelos serviços especializados da comunidade.

Segundo BRISOLARA "algumas grandes companhias têm contratado suas próprias equipes de assistentes sociais, psicólogos e médicos para proporcionar 'em casa' reabilitação e tratamento. Isto é, na verdade, um luxo e nem sempre a maneira mais efetiva de abordar o problema".<sup>167</sup>

No Brasil, e especialmente em Curitiba, os programas de assistência ao empregado alcoolista são implantados com a supervisão de profissionais especializados em alcoolismo ou mesmo serviços de consultoria, que ajudam as empresas a formular sua política e treinam sua equipe técnica.

O principal papel do serviço de consultoria em alcoolismo não é ditar para a empresa o que fazer, mas ajudar na implantação do programa. Além disso, o serviço de consultoria acompanha os profissionais da empresa no início do funcionamento do programa, orientando-os na superação das principais dificuldades. Entretanto, como explica WRICH "um bom consultor não faz o cliente dependente de seu serviço, mas, ao contrário, ajuda o cliente a tornar-se independente o mais rápido possível".<sup>168</sup>

Independente do consultor externo, a empresa deverá mobilizar uma série de profissionais que irão trabalhar no desenvolvimento do programa. Geralmente, (dependendo dos Recursos Humanos disponíveis em cada empresa), os programas funcionam com a participação dos seguintes profissionais:

- Um administrador, normalmente Gerente de R.H.
- Equipe técnica, composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos.
- Os chefes ou supervisores.

### O papel da Equipe Técnica

Em primeiro lugar, é importante a formação de uma equipe com um bom nível técnico-profissional, familiarizada com a doença alcoolismo e atualizada com relação às possibilidades de prevenção e tratamento existentes. A empresa poderá favorecer o aprimoramento da equipe técnica, contratando um serviço de consultoria, financiando a participação em congressos, cursos de atualização, etc.

Especificam-se a seguir algumas das principais atribuições da equipe técnica, as quais são desempenhadas pelos diferentes profissionais, dependendo das possibilidades de cada empresa:

- Treinar supervisores e chefias, para que eles possam colaborar no desenvolvimento do programa.
- Diagnosticar os casos de alcoolismo existentes na empresa.
- Abordar, encaminhar e acompanhar os casos de alcoolismo para tratamento.
- Coordenar os grupos de Apoio dentro da empresa.
- Motivar a família a participar do tratamento do empregado.
- Planejar e executar atividades educativas e preventivas com relação ao alcoolismo.

### O papel dos chefes/supervisores

Os chefes ou supervisores são uma das figuras-chaves nos programas de assistência ao alcoolista e deles depende grande parte do sucesso na reabilitação dos empregados.

Cabe à equipe técnica treinar e preparar os supervisores para que eles possam desempenhar adequadamente seu papel. Este treinamento inclui instrução sobre os propósitos do programa, apresentação do conceito de alcoolismo, as formas gerais de tratamento e prevenção. Além disso, conscientes de que a interrupção da doença trará benefícios tanto para o empregado como para a empresa, os supervisores deverão ser orientados em como identificar e encaminhar os bebedores problema.

Durante o treinamento, a equipe técnica deverá chamar atenção para as posturas comumente adotadas pelos supervisores frente ao empregado alcoolista e que deverão ser evitadas:

- negação de existência de problemas com o empregado;
- envolvimento emocional com a situação, devido a amizade existente;
- abordagem do empregado pelo lado moral, acusando-o de que está bebendo muito;
- tentativa de afastar o empregado do trabalho (tirar férias, mudar de setor) para que se recupere;
- busca de alternativas de solução para os problemas aparentes do empregado, não permitindo assim que ele próprio assuma suas responsabilidades;
- aceitação de diferentes justificativas e desculpas;
- proteção do empregado em relação à chefia hierarquicamente superior, encobrendo problemas e arranjando justificativas;
- sentimento de culpa e pensamento de que vai prejudicar o empregado, denunciando-o;

- advertência do empregado quanto a problemas funcionais, sem no entanto aplicar as medidas necessárias para puni-lo e orientá-lo;
- tentativas sucessivas de diálogo, apoio e chamadas à realidade, evitando a procura dos recursos especializados.

Após o treinamento, a postura dos supervisores deverá ser diversa das apresentadas anteriormente, com a obtenção de conhecimentos mais específicos a respeito da doença e instrumentalização (capacidade de lidar com a situação).

É função de cada chefe estar atento a seus empregados, visando identificar eventual deterioração no seu desempenho, disciplina e ou saúde. Entre as responsabilidades dos supervisores, pode-se destacar:

- identificar os sinais de uso excessivo de álcool, relacionados ao comportamento no trabalho;
- abordar o alcoolista, utilizando-se de dados concretos sobre sua situação funcional, nunca abordá-lo pelo lado moral;
- abordar o empregado alcoolista em tom construtivo. O supervisor deve demonstrar interesse no bem-estar do empregado e na manutenção do seu emprego, deixando claro seu desejo de ajudar;
- encaminhar o empregado com problemas de bebida ao departamento responsável pelo programa de assistência ao alcoolista. Não fazer diagnóstico, pois este não é responsabilidade do supervisor;
- incentivar o empregado a procurar tratamento e acompanhá-lo para que continue num processo de recuperação;
- estar atento a uma possível recaída, e, se esta ocorrer, recomendar todo o trabalho.

### O papel do gerente de R.H.

Na opinião de WRICH "há uma função administrativa que deve ser desempenhada em qualquer Programa de Assistência ao Empregado".<sup>169</sup>

No papel de administrador, são funções do Gerente de R.H.:

- implantar a política em relação ao alcoolismo;
- credenciar e descredenciar recursos da comunidade necessários ao funcionamento adequado do programa;
- acompanhar o desenvolvimento do programa e avaliá-lo periodicamente.

WRICH ressalta que "os critérios de avaliação devem ser desenvolvidos simultaneamente com o programa, e as metas, objetivos e indicadores de progresso devem ser previamente determinados".<sup>170</sup> Prosseguindo, o autor define três áreas chaves que devem ser analisadas para a avaliação do programa:

Taxa de penetração na população de risco -  
Uma estimativa comum do tamanho da população de risco varia entre 10 e 12 por cento da força de trabalho. Se 20 por cento da população de risco (aproximadamente 2 por cento da força total de trabalho) são alcançadas numa base anual, começando de um a dois anos depois do programa ter sido completamente executado, o programa está penetrando a população de risco com sucesso.

- Taxa de recuperação das pessoas atendidas.
- Melhora no desempenho do trabalho ou funcionamento do trabalho.<sup>171</sup>

### 3 O EMPREGADO ALCOOLISTA

#### Identificação

O empregado com problemas de bebida pode ser qualquer um dentro da empresa. Ele pode ser e provavelmente é uma pessoa com um longo tempo de casa, ou estar em uma importante posição. Como salienta BRISOLARA "a maior parte dos empregados alcoolistas está entre 35 e 50 anos de idade e em companhias com baixa rotatividade são empregados com 10 ou mais anos".<sup>172</sup>

O alcoolista é uma pessoa doente e, com a progressão da doença, sinais de deterioração vão inevitavelmente se manifestando. Talvez, infelizmente, estes sinais não apareçam nos estágios iniciais da doença, mas na medida em que o problema se desenvolve, o trabalhador começa a apresentar problemas no trabalho.

Parafraseando BRISOLARA, os sinais indicadores de problemas com bebidas e que podem ser identificados, cedo, no trabalho são:

- absenteísmo;
- pequenas saídas (escapadas) do trabalho;
- desculpas incomuns (absurdas) para suas faltas;
- mudanças de humor;
- olhos vermelhos ou turvos;
- baixa qualidade do trabalho;
- falar alto, especialmente após o almoço;
- beber durante o almoço, por exemplo, deixar de freqüentar o refeitório da empresa para ir a um estabelecimento onde vendam bebidas alcoólicas;
- o empregado torna-se desconfiado, medroso;
- tremores;
- nervosismo excessivo;
- negação (negar que bebeu).

Entre os sinais (problemas) apresentados no trabalho, os indicadores dos estágios mais avançados do alcoolismo são:

- lentidão no trabalho;
- baixa produção;
- ir trabalhar de ressaca;
- usar purificadores de hálito;
- problemas financeiros;
- estar constantemente deprimido;
- levar bebida escondida para o trabalho e beber durante o expediente;
- isolamento (evitando a companhia dos outros trabalhadores);
- rubor facial;
- aumento de problemas clínicos, em função das quais as visitas à enfermaria da empresa tornam-se uma rotina;
- problemas familiares, normalmente a queixa aparece no Serviço Social;
- o empregado torna-se melindroso, ofende-se com tudo;
- perdas e danos de materiais e ferramentas;
- negligência, aumento de erros;
- apresenta-se intoxicado ao trabalho.<sup>173</sup>

É importante lembrar que muitos destes sinais podem também ser indicadores de outras patologias ou dificuldades, por isso o diagnóstico do alcoolismo só deve ser feito por um especialista, depois da análise dos dados.

#### A motivação para o tratamento

A principal dificuldade no processo de tratamento do alcoolista é fazê-lo aceitar ajuda. Isso só é possível se o alcoolista aceitar o fato de que tem um problema de bebida. De fato, a maioria dos terapeutas acredita que este é o primeiro

sinal indicador de um bom prognóstico, pois, se a pessoa não deseja e não aceita ajuda, ninguém pode ajudá-la.

Entretanto, as principais características do alcoolista são a NEGAÇÃO de que tenha algum problema com a bebida, a RACIONALIZAÇÃO das suas atitudes (dando-lhes justificativas inteligentes e lógicas) e a PROJEÇÃO de suas dificuldades para o mundo exterior.

Para BRISOLARA, "talvez nenhum alcoolista pare de beber voluntariamente".<sup>174</sup> A questão é que nenhum alcoolista ou bebedor-problema redireciona sua vida, a menos que haja uma razão para fazê-lo. FOX, citado por BRISOLARA, disse uma vez que:

Um alcoolista pára de beber voluntariamente quando sua mulher diz, 'Se você não parar de beber, eu deixarei você'. Assim ele voluntariamente pára.

O alcoolista doente voluntariamente pára de beber quando seu médico lhe conta, 'Se você não parar de beber, você morrerá'. Assim ele voluntariamente pára de beber.

Um empregado-problema com um problema de bebida voluntariamente pára de beber quando seu chefe lhe diz, 'Se você não começar a mostrar melhor desempenho no trabalho, nós teremos que deixar você ir'. Ele voluntariamente pára de beber e procura ajuda.<sup>175</sup>

Sabendo-se que o alcoolista não aceita o tratamento sem que sobre ele se exerça alguma pressão, quer no ambiente familiar ou de trabalho, o empregador pode influenciar na recuperação do empregado alcoolista. A ameaça de perda do emprego é um forte estímulo que leva o doente a tratar-se.

Para o alcoolista, a demissão significa: uma vida sem trabalho, uma existência sem dinheiro, talvez sem casa nem família.

Essa atitude, aparentemente drástica, se faz necessária para que o alcoolista encare a sua real situação de vida. A NEGAÇÃO da doença e as falsas razões para beber (a mulher, a sociedade, o patrão, as más notícias, ...) devem ser substituídas pela realidade de que o problema é o uso excessivo de álcool e que ele precisa de ajuda para mudar esta situação.

#### Técnicas de aproximação (a abordagem, o confronto)

Quando o supervisor identificar um ou mais sinais de problemas com bebida em algum dos seus subordinados, deverá encaminhá-lo para a equipe técnica que fará um minucioso estudo do caso e posterior diagnóstico. Uma vez confirmado o diagnóstico de alcoolismo, é feita a abordagem individual do empregado.

A abordagem do empregado alcoolista deve ser feita por meio dos dados de desempenho no trabalho e problemas funcionais. Os problemas de saúde e/ou familiares poderão ser trazidos durante a abordagem (secundariamente) apenas para fechar o quadro e mostrar para o indivíduo o quanto ele está comprometido na doença.

Quando houver muita resistência do empregado em aceitar o diagnóstico, pode-se partir para a técnica do confronto, na qual são envolvidas toda a equipe técnica e a chefia do empregado. Nessa ocasião, devem ser apresentados dados concretos e que representem a progressão da doença: decréscimo da produção e qualidade do trabalho, comportamentos anti-sociais e complicações orgânicas.

O objetivo do confronto é romper os mecanismos de defesa do indivíduo de forma que ele possa dar-se conta da realidade de sua condição. Um confronto bem feito resulta na aceitação de ajuda.

## O acompanhamento

### (Grupos de Apoio e Grupos de Orientação Familiar)

Uma vez abordado o problema com o empregado, procede-se ao encaminhamento para tratamento junto aos recursos da comunidade. Basicamente o tratamento do alcoolismo se dá em três modalidades (apresentadas na segunda parte desta revisão), as quais podem ser associadas entre si ou serem complementares e seqüenciais: Internamento, Atendimento Ambulatorial e Grupos de Mútua-ajuda (A.A.).

A forma de acompanhamento dos empregados encaminhados para tratamento varia de acordo com a estrutura da empresa, mas normalmente inclui um acompanhamento médico realizado pelo Setor de Saúde Ocupacional, Grupos de Apoio com os alcoolistas em recuperação e Grupos de Orientação Familiar.

No acompanhamento médico, é procedida a avaliação periódica dos dados clínicos relacionados ao alcoolismo, além do controle de abonos de faltas e afastamentos por doença.

Os grupos de apoio na empresa podem ser coordenados pelos profissionais: médico, enfermeiro, psicólogo ou assistente social, dependendo do treinamento recebido e das funções a serem desempenhadas pelos membros da equipe. O objetivo principal destes grupos é abrir um espaço na empresa para que os empregados alcoolistas possam discutir seus problemas, trocar experiências e juntos encontrarem melhores saídas para as suas dificuldades.

Alcoolistas são pessoas que necessitam se abster do álcool numa sociedade que estimula seu consumo. A participação do alcoolista no grupo de apoio é motivadora da sobriedade, porque todos estão no mesmo barco. É importante salientar que, sendo um grupo que se reúne na empresa, o trabalho a ser desenvolvido não é psicoterapia de grupo (embora o coordenador possa ser um Psicólogo).

O grupo de apoio da empresa trabalha com os problemas funcionais e de relacionamento interpessoal instalados, provocados pelo alcoolismo. Em última análise, tal recurso é utilizado visando à manutenção da sobriedade do empregado e conseqüente melhora no desempenho.

A proposta dos Grupos de Orientação Familiar dentro da empresa é informar, orientar e encaminhar.

Informar sobre a doença alcoolismo, significa apresentar as características principais e explicar o seu desenvolvimento.

Orientar é a proposta principal dos grupos de família, visto que os familiares, após conviverem longo tempo com o alcoolista, sofrem um processo de desorganização emocional e psíquica. Todo o quadro apresentado pelo alcoolista reflete-se em sentimento de culpa e ansiedade por parte do familiar, especialmente quando ele se sente impotente para eliminar o problema. O trabalho de orientação familiar focaliza exatamente este ponto: baixar a culpa e a ansiedade.

Encaminhar a família para os recursos de atendimento da comunidade é essencial para a recuperação do alcoolista.

Os grupos de Orientação Familiar são normalmente coordenados pelo Assistente Social e, atendendo à proposta de informar, orientar e encaminhar, têm curta duração (geralmente 3 a 4 sessões) para não extrapolar o objetivo.

#### 4 ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS E OS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA AO EMPREGADO ALCOOLISTA

Para que se possa entender a multiplicidade do campo de atuação da Administração de R.H., é bom se fazer uma pequena retrospectiva a respeito de suas origens.

A administração de R.H. é oriunda dos chamados Departamentos de Pessoal, cujo papel tradicional restringia-se

a manter em ordem as práticas da admissão e demissão, perfazendo todos os registros legalmente exigidos. O Chefe de Pessoal não possuía conhecimento especializado algum sobre como trabalhar com pessoas e via o homem como algo movido a punições, reforços, legislações.

Seu papel básico era normatizar e policiar os funcionários para que os mesmos não saíssem da linha. Os índices de rotação de pessoal, absenteísmo, baixa produtividade e demais sintomas eram desqualificados e não tratados com a devida importância.

O desenvolvimento tecnológico, a economia nacional e mundial, o mercado, as dificuldades sociais, políticas, a evolução do homem e da sociedade como um todo foram alterando estas condições empresariais e exigindo, por parte dos empresários, habilidades cada vez mais amplas.

É neste cenário que se enfoca a atual administração de R.H. para a qual não há leis ou princípios universais, mas é de caráter contingencial. Como afirma CHIAVENATO a administração de R.H. "depende da situação organizacional: do ambiente, da tecnologia empregada pela organização, das políticas e diretrizes vigentes, da filosofia administrativa preponderante, da concepção existente na organização acerca do homem e de sua natureza".<sup>176</sup> Prosseguindo, o autor esclarece que "à medida que mudam esses elementos, muda também a forma de administrar os recursos humanos da organização".<sup>177</sup>

Há, portanto, que se partir para propostas de administração de R.H. cada vez mais originais, oportunas e próprias para cada empresa. Pois está em jogo não somente a vida da organização, mas também a espécie e qualidade de vida que a organização e seus participantes levarão.

Conseqüentemente, repetindo CHIAVENATO, os objetivos da administração de R.H. consistem

no planejamento, na organização, no desenvolvimento, na coordenação e no controle de técnicas capazes de promover o desempenho eficiente do pessoal, ao mesmo tempo em que a organização representa o meio que permita às pessoas que com ela colaboram alcançar os objetivos individuais relacionados direta ou indiretamente com o trabalho.<sup>178</sup>

Para alcançar estes objetivos, cada organização desenvolve uma política de recursos humanos mais adequada à sua filosofia e as suas necessidades. Sendo a administração de R.H. um processo (sistema) que envolve cinco aspectos (subsistemas) principais, a política de recursos humanos deve abranger o que a organização pretende acerca de cada um deles.

Para que possa ser melhor visualizado, apresenta-se um esquema dos subsistemas que compõem o Sistema de R.H.:

#### SISTEMA DE RECURSOS HUMANOS

<u>Subsistemas</u>	<u>Principais atividades</u>
- Suprimento	Pesquisa de mercado de mão-de-obra Recrutamento de pessoal Seleção de pessoal
- Aplicação	Descrição e análise de cargos Avaliação do desempenho humano
- Manutenção	Remuneração (administração de salários) Benefícios sociais Higiene e segurança do trabalho
- Desenvolvimento	Treinamento Desenvolvimento de Pessoal Desenvolvimento Organizacional

Banco de Dados  
- Controle                    Sistemas de Informações  
                                 Auditoria de R.H.

Nessa perspectiva, acredita-se que um programa de Assistência ao empregado alcoolista faz parte do Sistema de Recursos Humanos, tanto do subsistema de manutenção (Serviços e Benefícios Sociais, Programas de Segurança do Trabalho) como do subsistema de Desenvolvimento (Desenvolvimento de Pessoal).

#### A questão custo x benefício

"O que fazer: despedir ou ajudar? O que é mais essencial? O que é mais humano? O que é mais econômico?"<sup>179</sup>

Ao se caracterizar os programas de Assistência ao empregado alcoolista com um serviço ou benefício social, precisa-se agora fazer uma análise do que ele representa para a empresa e para o empregado.

O pacote de compensações que as empresas costumam oferecer aos seus empregados é representado pela remuneração direta e indireta. A remuneração direta, isto é, o salário, é proporcional ao cargo ocupado; enquanto a remuneração indireta, isto é, os serviços e benefícios sociais, é geralmente comum para todos os empregados, independentemente do cargo ocupado.

As origens dos serviços e benefícios sociais estão intimamente relacionadas com a gradativa conscientização da responsabilidade social da empresa. Em muitas empresas, o aparecimento desses serviços foi inicialmente orientado para uma perspectiva paternalista e limitada, justificada inicialmente pela preocupação de reter mão-de-obra e baixar a rotação de pessoal. Hoje, os serviços e benefícios sociais, além do aspecto competitivo no mercado de trabalho, constituem-se em atividades da empresa, voltadas para a

preservação das condições físicas e mentais dos seus empregados.

Embora os planos de serviços se refiram geralmente a benefícios concedidos aos empregados, o empregador tem sempre em mente a contribuição destes serviços para a organização. O exemplo citado por BRISOLARA corrobora esta posição:

A experiência dos 14 anos de serviço de John dificilmente poderá ser substituída. É difícil avaliar e determinar seu real valor para a companhia. Seu conhecimento, experiência e treinamento podem representar milhões de dólares de investimento da companhia. Seria desperdício despedir John sem tentar motivá-lo para procurar ajuda. Mesmo que um substituto comparável pudesse ser encontrado, isto provavelmente custaria à companhia outro investimento substancial para treinar o novo empregado, e existe a possibilidade de que ele nunca possa alcançar as capacidades de John, ou possivelmente tenha ou desenvolva um problema similar. É muito mais econômico oferecer ajuda a John, a qual, se aceita e bem sucedida, fará ele voltar ao seu desempenho máximo.<sup>180</sup>

Um dos princípios que regem a concessão de benefícios pela empresa é a MÚTUA RESPONSABILIDADE. Segundo PIGORS e MYERS, citados por CHIAVENATO, "os custos dos benefícios devem ser sempre compartilhados entre a empresa e os empregados".<sup>181</sup>

Com relação aos programas de Assistência ao empregado alcoolista, alguns itens, pagos parcialmente em algumas empresas, são totalmente gratuitos em outras. Na realidade, o que a maioria das empresas defende é que a participação financeira do empregado no custeio do seu tratamento aumenta sua responsabilidade com relação ao processo de recuperação.

A prevenção do alcoolismo nas empresas - programa de Saúde e Segurança do Trabalho

O objetivo da prevenção do alcoolismo, bem como de qualquer outra doença, é a redução da taxa de sua ocorrência. Assim, as atividades preventivas, segundo KLOETZEL, visam "a proteção específica, a promoção da saúde, o tratamento e a reabilitação".<sup>182</sup>

Entendendo-se as atividades preventivas de acordo com as citadas por KLOETZEL, julga-se indesejável traçar uma distinção entre elas e as atividades ditas curativas. A melhor maneira de visualizar o processo preventivo é apresentando uma classificação, também citada por KLOETZEL:

Prevenção primária = prevenção da ocorrência (profilaxia)  
Prevenção secundária = tratamento  
Prevenção terciária = reabilitação".<sup>183</sup>

Ao analisar este processo em relação à doença alcoolismo, depara-se logo de início, na prevenção primária, com as primeiras dificuldades. Como abordar uma clientela que, embora fazendo uso de álcool, goza de excelentes condições de saúde? Esta é uma fase eminentemente educativa. As pessoas devem ser levadas a conhecerem que a sua saúde está sujeita a uma série de fatores de risco, e que elas próprias pertencem a uma população de risco. As estatísticas ajudam neste sentido, embora revelem uma visão um tanto turva da realidade, pois indicam quantas pessoas poderão ficar doentes num determinado período de tempo, mas não revelam quem são elas. Segundo dados divulgados num Congresso nos Estados Unidos em 1983, citados por ANDRADE, "a prevalência de pessoas com problemas devidos ao consumo do álcool, na população geral, varia entre 3 a 10%".<sup>184</sup>

Entre as atividades desenvolvidas nos programas de Assistência ao empregado alcoolista, pode-se classificar como prevenção primária:

1- Palestras, cursos, seminários e outros, tendo como tema central o Alcoolismo. Estas atividades têm como objetivo esclarecer o maior número de empregados sobre a doença alcoolismo e os problemas causados por ela.

2- Divulgação de matéria sobre alcoolismo. Podem ser artigos científicos, reportagens, depoimentos, entre outros. Esta divulgação ocorre por meio dos informativos de circulação interna (Jornal da Empresa, Informativos de Segurança, Circulares).

3- Exibição de filmes e material audio-visual sobre alcoolismo. Também utilizados com o objetivo de informar e esclarecer. São utilizados como recursos complementares em palestras e cursos.

4- Exposição de cartazes de esclarecimento sobre alcoolismo e de alerta. Estes materiais são afixados nos murais e locais de maior circulação dentro das empresas, contêm informações básicas sobre a doença e alertam para as características principais do seu desenvolvimento.

5- Controle de dados clínicos e funcionais dos empregados. Atividade que faz parte do próprio processo de identificação e diagnóstico da incidência da doença, mas que também oportuniza a intervenção em estágio inicial da doença. Os principais dados funcionais controlados são: freqüência, acidentes de trabalho, ocorrências disciplinares, afastamentos por doença e condições de saúde.

6- Manutenção pela equipe técnica do programa de um espaço aberto para informação e orientação. Embora esta seja uma função normalmente desempenhada pelo Assistente Social, toda a equipe pode fornecer informações sobre a doença e prestar orientações relacionadas à sua especialidade. Existem empresas, nas quais estes encontros são abertos à participação tanto dos empregados interessados como de seus familiares.

As empresas realizam também atividades voltadas para a prevenção secundária e terciária, isto é, tratamento e reabilitação do doente; que têm como objetivo frustrar a progressão da doença.

Como atividades secundárias e terciárias desenvolvidas nos programas de assistência ao alcoolista, citam-se:

1- Identificação e diagnóstico do problema - O processo de identificação ocorre por meio dos sinais (indicadores) que vão se manifestando com a progressão da doença (ver seção sobre Identificação). Quando há suspeita de alcoolismo, a equipe técnica faz um levantamento de todos os aspectos da vida do empregado. Este procedimento tem por intuito chegar à confirmação do diagnóstico de alcoolismo e subsidiar a realização da abordagem.

2- Abordagem do problema com o empregado - Na maioria dos programas de Assistência ao empregado alcoolista, não existe uma rigidez sobre quem efetua a abordagem; ela é realizada por qualquer um dos membros da equipe técnica.

A abordagem do problema com o empregado pode contar, ainda, com a participação de empregado alcoolista em recuperação, a quem cabe fornecer dados de sua experiência vivida, o que facilita a identificação do abordado com os fatos apresentados.

Quando existe um maior grau de resistência do empregado em aceitar o diagnóstico, algumas empresas realizam CONFRONTO. Esta técnica tem sido cada vez menos utilizada nas empresas, por reconhecer-se o seu caráter de intervenção clínica.

3- Encaminhamento do empregado para tratamento - Uma vez abordado o problema com o empregado, procede-se o encaminhamento para tratamento junto aos recursos da comunidade: Internamento, Atendimento Ambulatorial, Grupos de Mútua-Ajuda (A.A.). Isto é, normalmente o empregado é orientado

a buscar ajuda, e a empresa espera que ele se comprometa com o tratamento (podendo inclusive ser firmado um contrato entre a empresa e o empregado).

4- Acompanhamento do tratamento - O acompanhamento do tratamento do alcoolista é normalmente realizado por toda equipe técnica, recebendo maior atenção a área mais afetada pela doença (orgânica, emocional, funcional ou social).

O acompanhamento varia desde visitas hospitalares e/ou domiciliares, quando ocorrem afastamentos do trabalho para tratamento, até o acompanhamento direto do empregado pelos Serviços Médico, Psicológico e Social da empresa. Todo este trabalho é subsidiado por contatos periódicos com o empregado, membros da sua família e com o setor de trabalho.

5- Grupos de apoio - Embora o empregado possa começar a participar dos grupos de apoio logo após a abordagem (e em algumas empresas, mesmo fazendo uso de bebida alcoólica), sendo portanto uma atividade de tratamento, o caráter principal dos grupos de apoio é a prevenção terciária (reabilitação). São normalmente formados por grupos de empregados em abstinência, que visam trocar experiências, discutir seus problemas e, mediante participação no grupo, reaprender as regras do convívio social, podendo voltar a bem integrar-se ao trabalho, à família e à sociedade.

Vale salientar que os programas de Assistência ao empregado alcoolista visam a identificação e o diagnóstico precoce da doença, pois se entende que quanto menor o afastamento do doente de seu ambiente natural melhor o prognóstico. Assim, evitam técnicas de tratamento que utilizem altas doses de medicamentos, longas internações, afastamento do trabalho, etc, só recorrendo a estas técnicas quando estritamente necessárias.

Programas de assistência ao empregado e a interação entre educação permanente e desenvolvimento de recursos humanos

A finalidade do estudo teórico deste item é destacar a relação entre os programas de Assistência ao empregado nas Empresas e Educação Permanente.

Salienta-se que a educação permanente tem sido abordada com base em dois princípios definidores do desenvolvimento do ser humano: a singularidade e o inacabamento do homem em seu processo evolutivo. Como lembra FORGHIERI, "o homem não é algo pronto, e sim um conjunto de possibilidades que vai se atualizando no decorrer de sua existência".<sup>185</sup>

Antes de prosseguir, considera-se sumariamente o significado da educação, não com a pretensão de defini-la ou conceituá-la, mas com a finalidade de nortear o raciocínio a ser desenvolvido. A educação pode ser considerada do ponto de vista da sociedade e do indivíduo, pois, como salienta BÁRCIA, "toda educação resulta de uma determinada necessidade social".<sup>192</sup> Isto é, toda modificação no plano da educação se manifesta sempre que se inicia um período de transformação e o sistema educacional vigente já não atende a estas novas necessidades. Por outro lado, de acordo com CUNNINGHAM, "como processo individual, a educação procura estimular o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo".<sup>187</sup>

Levando em consideração que a educação é um processo contínuo que só termina com a morte e que ao mesmo tempo é determinada pelas necessidades sociais, sua função principal, de acordo com FURTER, seria "o permitir ao homem o fazer-se a partir da situação concreta e global na qual está colocado".<sup>188</sup>

Nessa perspectiva, pode-se entender um programa de Assistência ao empregado alcoolista como uma prática educativa, na medida em que oferece um ambiente solicitador ao empregado. Este ambiente solicitador é que motiva o indivíduo a revisar

seus padrões culturais e sua maneira de viver. Em outras palavras, ele favorece a uma autodeterminação educativa, e segundo BÁRCIA significa que "devido às solicitações ou necessidades sociais, surge no interior do indivíduo (estruturação de dentro) uma determinação de corresponder a estas solicitações".<sup>189</sup>

A participação no programa de assistência da empresa possibilita ao empregado alcoolista uma reformulação de sua "visão de mundo alterada"<sup>190</sup> pelo uso excessivo do álcool, auxiliando-o a criar vivências reparadoras, aumentando suas possibilidades de escolha e a contínua reconstrução do seu mundo.

Por esta razão, defendem-se os programas de assistência ao empregado alcoolista como forma de Educação Permanente, pois acredita-se que levem o indivíduo, após um período de solicitação e assimilação, a uma tomada de consciência em termos críticos, além da revisão de seus modelos culturais e sua maneira de viver. Nesse caso, a educação seria a conseqüência de um processo de conscientização para tomada de decisões pessoais.

Vale dizer que a educação, aqui concebida como educação permanente, não significa a aquisição de conhecimentos sistemáticos ou padronizados como num sistema escolar, mas evolui num plano correspondente aos interesses de cada um, em diferentes momentos de sua vida.

A educação permanente se identifica com a evolução do homem e da sociedade, por isso favorece as inovações, de modo a atender à realidade do momento atual. Com relação às empresas, aponta-se a mudança nos procedimentos tradicionalmente utilizados na Administração dos Recursos Humanos, o que significa romper com a prática de considerar o trabalhador como parte de um conjunto mecânico e afirmar a exigência do homem

ser considerado com relação às suas necessidades fisiológicas, sociais e culturais.

A função da equipe que administra os recursos humanos é de vital importância nesse cenário, à medida que ela se coloca, não a serviço da indústria como instrumento adicional de exploração do trabalhador, mas como agente de transformação da estrutura produtiva num espaço comprometido com o desenvolvimento dos homens nela envolvidos. São as condições sociais concretas (de vida e de trabalho) que determinam necessidades, interesses, atitudes, autoconceitos, assim como impõem certos limites para o desenvolvimento humano.

Assim, um programa de Desenvolvimento dos Recursos Humanos visa propiciar ao trabalhador um conhecimento crítico da realidade, fomentando, por meio da educação permanente, sua participação no processo de transformação da realidade social em que vive.

DRUCKER se reporta ao grande medo que

... ainda motiva quando é plenamente verossímil, como mostra o inesperado sucesso da nova abordagem à 'cura' do alcoolismo. Tinha-se como 'fato consumado' que o verdadeiro alcoólatra não consegue parar de beber até aniquilar-se completamente. Mas muitos empregadores vêm descobrindo que uma alta porcentagem de funcionários alcoólatras consegue realmente parar de beber, permanentemente, se lhes for dito inequivocadamente e sem meias palavras que doutra forma serão despedidos e que os novos empregadores em potencial serão informados acerca do seu vício, de modo que se torna bastante difícil conseguir um outro emprego.<sup>191</sup>

Embora a literatura esteja repleta de afirmações dessa natureza, a leitura que se faz aqui de tal motivação é que ela

apenas desperta o indivíduo para sua real situação. Entendendo-se a motivação como algo independente de fatores extrínsecos, o que leva o empregado alcoolista ao engajamento num processo de recuperação é a tomada de consciência e o autodeterminismo na condução de alternativas.

Assim, a equipe que trabalha no programa de assistência ao empregado não pode motivar o alcoolista para a recuperação, mas pode contribuir para a motivação, criando um ambiente no qual o desejo interno de fazer algo possa ser nutrido. Principalmente no trabalho de grupo que, rompendo com o isolamento de um indivíduo para com o outro, permite que o alcoolista se identifique com o grupo de alcoolistas e assuma uma ação grupal de recuperação.

Daí, resgata-se de uma certa maneira o sentido primitivo da organização, que surgiu da necessidade de conjugar esforços de indivíduos para juntos atingirem o objetivo comum. O que deve ser considerado é que, sem abandonar totalmente o conceito de que as pessoas são recursos humanos para a organização, esta deve voltar a ser um recurso de organização para as pessoas que a compõem.

Desta forma, a assistência ao alcoolismo constitui um dos aspectos fundamentais da Educação, principalmente quando se considera que a Educação Permanente, diferente da Educação Formal, faz parte de toda a vida da pessoa e em toda a sua extensão, sobretudo da sua vida profissional e socialmente produtiva.

#### NOTAS DE REFERÊNCIA

<sup>1</sup>KELLER, Mark. Concepções sobre o alcoolismo. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.2, n.2, p.93, 1980.

- <sup>2</sup> ELKIS, Hélio. Definições e critérios para o diagnóstico do alcoolismo. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v.34, n.5, p.319, 1985.
- <sup>3</sup> JELLINEK, E.M. The disease concept of alcoholism. New Haven: Hillehouse, 1960.
- <sup>4</sup> FEIGNER, John P. et al. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Archives General Psychiatry, Chicago, v.26, n.1, p.57-63, 1972.
- <sup>5</sup> EDWARDS, Griffith, GROSS, Milton M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. British Medical Journal, London, v.1, p.1058-61, 1976.
- <sup>6</sup> \_\_\_\_\_. p.1059.
- <sup>7</sup> EDWARDS, Griffith. O tratamento do alcoolismo. Tradução de José M. Bertolote. São Paulo: M.Fontes, 1987. p.33.
- <sup>8</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Manual de classificação, estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito. 9.ed. São Paulo: OMS/OPS, 1978. v.1, p.201.
- <sup>9</sup> BERTOLOTE, José Manoel. Conceitos em alcoolismo. In: RAMOS, Sérgio Paula et al. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p.12.
- <sup>10</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Manual de classificação, estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito. 9.ed. São Paulo: OMS/OPS, 1978. v.1, p.200.
- <sup>11</sup> BERTOLOTE, José Manoel. Conceitos em alcoolismo. In: RAMOS, Sérgio Paula et al. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p.13.
- <sup>12</sup> ELKIS, Hélio. Definições e critérios para o diagnóstico do alcoolismo. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v.34, n.5, p.320-321. 1985.
- <sup>13</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais DSM III-R. Tradução de Lúcia H.S. Barbosa. 3.ed.rev. São Paulo: Manole, 1989. p.175-198.
- <sup>14</sup> \_\_\_\_\_. p.177.
- <sup>15</sup> ELKIS, Hélio. Definições e critérios para o diagnóstico do alcoolismo. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v.34, n.5, p.321, 1985.
- <sup>16</sup> MASUR, Jandira. A etiologia do alcoolismo. In: RAMOS, Sérgio Paula et al. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p.19.
- <sup>17</sup> \_\_\_\_\_. Diagnóstico precoce do alcoolismo através de questionários padronizados e testes biológicos. Jornal brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v.35, n.6, p.330, 1986.
- <sup>18</sup> MASUR, Jandira, MONTEIRO, M.G. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a brazilian psychiatric inpatient hospital setting. Brazilian Journal of Medical and Biological Research, São Paulo, v.16, p.215-218. 1983.

- <sup>19</sup> JORGE, Miguel Roberto. O diagnóstico do alcoolismo. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.9, n.3, p.89, 1987.
- <sup>20</sup> MASUR, Jandira. Diagnóstico precoce do alcoolismo através de questionários padronizados e testes biológicos. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v.35, n.6, p.331, 1986.
- <sup>21</sup> SCHUCKIT, Marc A., GRIFFITHS, J.C. Gamma glutamyl transferase values in non-alcoholic drinking men. American Journal of Psychiatry, Washington, v.139, p.227-228. 1982.
- <sup>22</sup> JORGE, Miguel Roberto. O diagnóstico do alcoolismo. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.9, n.3, p.90, 1987.
- <sup>23</sup> \_\_\_\_\_. p.90.
- <sup>24</sup> \_\_\_\_\_. p.90.
- <sup>25</sup> MASUR, Jandira. A etiologia do alcoolismo. In: RAMOS, Sérgio Paula et al. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p.21.
- <sup>26</sup> \_\_\_\_\_. p.21.
- <sup>27</sup> MARLATT, G. Alan, DEMMING, Barbara, REID, John B. Loss of control drinking in alcoholics: an experimental analogue. Journal of Abnormal Psychology, Washington, v.81, n.3, p.233-241. 1973.
- <sup>28</sup> MASUR, Jandira. A etiologia do alcoolismo. In: RAMOS, Sérgio Paula et al. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p.22.
- <sup>29</sup> GOODWIN, Donald W. Alcoholism and heredity: a review and hypothesis. Archives General Psychiatry, Chicago, v.36, n.1, p.57, 1979.
- <sup>30</sup> GOODWIN, Donald W. et al. Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents. Archives General Psychiatry, Chicago, v.28, n.2, p.240, 1973.
- <sup>31</sup> PEELE, S. The implications and limitations of genetic models of alcoholism and other addictions. Journal of Studies on Alcohol, New Jersey, v.47, p.63-73, 1986.
- <sup>32</sup> SCHUCKIT, Marc A. Subjective responses to alcohol in sons of alcoholics and control subjects. Archives General Psychiatry, Chicago, v.41, n.9, p.882, 1984.
- <sup>33</sup> SONENREICH, Carol. Contribuição para o estudo da etiologia do alcoolismo. São Paulo: s.ed., 1971. p.27. Tese de doutorado FMUSP.
- <sup>34</sup> MASUR, Jandira. Abordagem biológica psicológica e social do alcoolismo. Ciência e Cultura, São Paulo, v.30, n.6, p.691, 1978.
- <sup>35</sup> MENNINGER, R.K. Eros e Tânatos: o homem contra si próprio. Tradução de Aydano Arruda. São Paulo: IBRASA, 1970. 411 p.
- <sup>36</sup> VARGAS, Heber Soares. Repercussões do álcool e do alcoolismo. São Paulo: Byk-Procienc, 1983. p.54.

- <sup>37</sup> SONENREICH, Carol. Causas do alcoolismo. In: MOUTINHO, Sérgio da Silva (org.). Temas de alcoolismo. São Paulo: Manole, 1986. p.4.
- <sup>38</sup> \_\_\_\_\_. p.8.
- <sup>39</sup> \_\_\_\_\_. p.2.
- <sup>40</sup> MASUR, Jandira. Abordagem biológica, psicológica e social do alcoolismo. Ciência e Cultura, São Paulo, v.30, n.6, p.692, 1978.
- <sup>41</sup> \_\_\_\_\_. p.694.
- <sup>42</sup> FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Anuário estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 1989. v.49, p.1-716.
- <sup>43</sup> NÉIA, José Jarbas. Produção do álcool no Brasil. Curitiba: Ministério da Agricultura, 1990. Entrevista.
- <sup>44</sup> MASUR, Jandira, JORGE, Miguel Roberto. Dados relacionados a bebidas alcoólicas e alcoolismo no Brasil: uma revisão. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.8, n.4, p.157, 1986.
- <sup>45</sup> CÔRREA, Luiz Carlos D'Ávila et al. Consumo de cachaça passa de bilhão. O Estado de S.Paulo, São Paulo, p.10, 15 out. 1989.
- <sup>46</sup> OS GIGANTES se mexem. Veja, São Paulo, n.9, p.81, 7 mar. 1990.
- <sup>47</sup> FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Indicadores conjunturais da indústria: produção física - Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 1990. 10 p.
- <sup>48</sup> AZOUBEL NETO, D. Contribuição para o estudo epidemiológico do alcoolismo. Ribeirão Preto: USP, 1965. p.38. Tese de doutorado FMUSP.
- <sup>49</sup> LUZ JR., Ernani. Estudo da prevalência do alcoolismo numa vila marginal de Porto Alegre. Revista de Medicina da Associação da Turma Médica, Porto Alegre, v.9, p.407-432, 1974.
- <sup>50</sup> SANTANA, Vilma Souza, ALMEIDA FILHO, Naomar. Aspectos epidemiológicos do alcoolismo. In: RAMOS, Sérgio Paula et al. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p.29-44.
- <sup>51</sup> CAPRIGLIONE, Mário J., MONTEIRO, Maristela G., MASUR, Jandira. Aplicação do questionário CAGE para detecção da síndrome de dependência do álcool em 700 adultos na cidade de São Paulo. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.7, n.25, p.50-53. 1985.
- <sup>52</sup> CABERNITE, Leão. O alcoolismo no Brasil e as dificuldades na área. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v.31, n.2, p.89-112, 1982.
- <sup>53</sup> BRASIL. Decreto-Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940. In: BRASIL. Código penal: decreto-lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940, atualizado e acompanhado de legislação complementar. 28.ed. São Paulo: Saraiva, 1990. p.50.
- <sup>54</sup> \_\_\_\_\_. p.50

<sup>55</sup> BRASIL. Decreto-Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940. In: BRASIL. Código penal: decreto-lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940, atualizado e acompanhado de legislação complementar. 28.ed. São Paulo: Saraiva, 1990. p.50.

<sup>56</sup> \_\_\_\_\_. p.58.

<sup>57</sup> BRASIL. Decreto-Lei nº 3688, de 3 de outubro de 1941. Estabelece a Lei das Contravenções Penais. In: BRASIL. Código penal: decreto-lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940, atualizado e acompanhado de legislação complementar. 28.ed. São Paulo: Saraiva, 1990. p.142.

<sup>58</sup> \_\_\_\_\_. p.142.

<sup>59</sup> \_\_\_\_\_. p.142.

<sup>60</sup> BRASIL. Decreto-Lei nº 5432, de 1 de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. In: BRASIL. Consolidação das Leis do Trabalho e legislação complementar. 80.ed. São Paulo: Atlas, 1989. p.112.

<sup>61</sup> BRASIL. Lei nº 5108, de 21 de setembro de 1966. Institui o Código Nacional de Trânsito. In: BRASIL. Código Nacional de Trânsito. 6.ed. São Paulo: Saraiva, 1989. p.27.

<sup>62</sup> CONSELHO NACIONAL DE AUTO-REGULAMENTAÇÃO PUBLICITÁRIA (Brasil). Código Brasileiro de Auto-Regulamentação Publicitária. Arquivo do Conselho Regional de Medicina do Paraná, Curitiba, n.22, p.57, 1989.

<sup>63</sup> \_\_\_\_\_. p.61.

<sup>64</sup> MASUR, Jandira, JORGE, Miguel Roberto. Dados relacionados a bebidas alcoólicas e alcoolismo no Brasil: uma revisão. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.8, n.4, p.158-159. 1986.

<sup>65</sup> JOHNSON, Vernon E. I'll quit tomorrow. New York: Harper & Row Publishers, 1973. p.24.

<sup>66</sup> D'ANDREA, Flávio Fortes. Desenvolvimento da personalidade. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1972. P.23.

<sup>67</sup> \_\_\_\_\_. p.24.

<sup>68</sup> LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.B. Vocabulário da psicanálise. Santos: M.Fontes, 1970. p.543.

<sup>69</sup> JOHNSON, Vernon E. I'll quit tomorrow. New York: Harper & Row Publishers, 1973. p.32.

<sup>70</sup> EDWARDS, Griffith. O tratamento do alcoolismo. Tradução de José M.Bertolote. São Paulo: M.Fontes, 1987. p.72.

<sup>71</sup> \_\_\_\_\_. p.72.

<sup>72</sup> \_\_\_\_\_. p.72.

- <sup>73</sup> D'ANDRÉA, Flávio Fortes. Desenvolvimento da personalidade. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1972. p.24.
- <sup>74</sup> JOHNSON, Vernon E. I'll quit tomorrow. New York: Harper & Row Publishers, 1973. p.38.
- <sup>75</sup> \_\_\_\_\_. p.39.
- <sup>76</sup> \_\_\_\_\_. p.41.
- <sup>77</sup> RAMOS, Sérgio Paula. Desintoxicação. In: RAMOS, Sérgio Paula et al. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p.113-121.
- <sup>78</sup> EDWARDS, Griffith. O tratamento do alcoolismo. Tradução de José M.Bertolote. São Paulo: M.Fontes, 1987. p.172.
- <sup>79</sup> RAMOS, Sérgio Paula. Desintoxicação. In: RAMOS, Sérgio Paula et al. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p.114.
- <sup>80</sup> EDWARDS, Griffith. O tratamento do alcoolismo. Tradução de José M.Bertolote. São Paulo: M.Fontes, 1987. p.174.
- <sup>81</sup> RAMOS, Sérgio Paula. Desintoxicação. In: RAMOS, Sérgio Paula et al. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p.115.
- <sup>82</sup> EDWARDS, Griffith. O tratamento do alcoolismo. Tradução de José M. Bertolote. São Paulo: M.Fontes, 1987. p.175.
- <sup>83</sup> \_\_\_\_\_. p.175.
- <sup>84</sup> ARAÚJO, Vicente Antonio. Para compreender o alcoolismo: teoria e prática. 2.ed. São Paulo: Edicon, 1986. p.34.
- <sup>85</sup> RAMOS, Sérgio Paula. Desintoxicação. In: RAMOS, Sérgio Paula et al. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p.116.
- <sup>86</sup> CARAZZAI, Luiz Renato. Alcoolismo. In: ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOLOGIA, 3., Curitiba, 1989. Nota de Curso.
- <sup>87</sup> JOHNSON, Vernon E. I'll quit tomorrow. New York: Harper & Row Publishers, 1973. p.60.
- <sup>88</sup> RAMOS, Sérgio Paula. Desintoxicação. In: RAMOS, Sérgio Paula et al. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p.117.
- <sup>89</sup> \_\_\_\_\_. p.118.
- <sup>90</sup> JOHNSON, Vernon E. I'll quit tomorrow. New York: Harper & Row Publishers, 1973. p.61.
- <sup>91</sup> FRANCES, Richard, ALEXOPOULOS, Georges. O tratamento do paciente alcoólico hospitalizado. Temas, São Paulo, v.21, p.23-32, 1981.
- <sup>92</sup> RAMOS, Sérgio Paula. Desintoxicação. In: RAMOS, Sérgio Paula et al. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p.120.
- <sup>93</sup> \_\_\_\_\_. p.120-121.

- <sup>94</sup> JOHNSON, Vernon E. I'll quit tomorrow. New York: Harper & Row Publishers, 1973. p.62.
- <sup>95</sup> \_\_\_\_\_. p.63.
- <sup>96</sup> \_\_\_\_\_. p.63.
- <sup>97</sup> RAMOS, Sérgio Paula. Desintoxicação. In: RAMOS, Sérgio Paula et al. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p.121.
- <sup>98</sup> EDWARDS, Griffith. O tratamento do alcoolismo. Tradução de José M.Bertolote. São Paulo: M.Fontes, 1987. p.53.
- <sup>99</sup> RAMOS, Sérgio Paula. Psicoterapia de grupo para alcoolistas. In: RAMOS, Sérgio Paula et al. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p.123.
- <sup>100</sup> ARAÚJO, Vicente Antonio. Para compreender o alcoolismo: teoria e prática. 2.ed. São Paulo: Edicon, 1986. p.35.
- <sup>101</sup> JOHNSON, Vernon E. I'll quit tomorrow. New York: Harper & Row Publishers, 1973. p.87.
- <sup>102</sup> \_\_\_\_\_. p.87.
- <sup>103</sup> EDWARDS, Griffith. O tratamento do alcoolismo. Tradução de José M.Bertolote. São Paulo: M.Fontes, 1987. p.227.
- <sup>104</sup> RAMOS, Sérgio Paula. Psicoterapia de grupo para alcoolistas. In: RAMOS, Sérgio Paula et al. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p.122.
- <sup>105</sup> BLUME, Sheila B. Psychodrama and alcoholism. Annals of the New York Academy of Sciences, New York, v.233, p.126, 1974.
- <sup>106</sup> \_\_\_\_\_. p.126.
- <sup>107</sup> RAMOS, Sérgio Paula. Psicoterapia de grupo para alcoolistas. In: RAMOS, Sérgio Paula et al. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p.124.
- <sup>108</sup> ARAÚJO, Vicente Antonio. Para compreender o alcoolismo: teoria e prática. 2.ed. São Paulo: Edicon, 1986. p.29.
- <sup>109</sup> RAMOS, Sérgio Paula. Psicoterapia de grupo para alcoolistas. In: RAMOS, Sérgio Paula et al. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p.126.
- <sup>110</sup> EDWARDS, Griffith. O tratamento do alcoolismo. Tradução de José M.Bertolote. São Paulo: M.Fontes, 1987. p.189.
- <sup>111</sup> BRATTER, Thomas Edward. Rality therapy: a group psychotherapeutic approach with adolescent alcoholics. Annals of the New York Academy of Sciences, New York, v.233, p.104-114, 1974.

- 112 BRATTER, Thomas Edward. Reality therapy: a group psychotherapeutic approach with adolescent alcoholics. Annals of the New York Academy of Sciences, New York, v.233, p.106, 1974.
- 113 \_\_\_\_\_. p.106.
- 114 \_\_\_\_\_. p.107.
- 115 \_\_\_\_\_. p.108.
- 116 \_\_\_\_\_. p.108.
- 117 \_\_\_\_\_. p.109.
- 118 BLUME, Sheila B. Psychodrama and alcoholism. Annals of the New Academy of Sciences, New York, v.233, P.125, 1974.
- 119 \_\_\_\_\_. p.126.
- 120 \_\_\_\_\_. p.126.
- 121 \_\_\_\_\_. p.127.
- 122 GAMBARINI, Maria Angélica. Alcoólicos Anônimos. In: RAMOS, Sérgio Paula et al. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p.160.
- 123 CURLEE, Joan. How a therapist can use Alcoholics Anonymous. Annals of the New York Academy of Sciences, New York, v.233, P.137-43, 1974.
- 124 \_\_\_\_\_. p.141.
- 125 \_\_\_\_\_. p.142.
- 126 EDWARDS, Griffith. O tratamento do alcoolismo. Tradução de José M.Bertolote. São Paulo: M.Fontes, 1987. p.214.
- 127 \_\_\_\_\_. p.212.
- 128 \_\_\_\_\_. p.213.
- 129 ALCOÓLICOS ANÔNIMOS (Brasil). Alcoólicos anônimos. São Paulo: Formar, s.d. p.74-5.
- 130 EDWARDS, Griffith. O tratamento do alcoolismo. Tradução de José M.Bertolote. São Paulo: M.Fontes, 1987. p.213.
- 131 \_\_\_\_\_. p.213.
- 132 ALCOÓLICOS ANÔNIMOS (Brasil). 44 perguntas e respostas a respeito do Programa de A.A. de Recuperação do Alcoolismo. São Paulo: CLAAB, s.d. p.12-3.
- 133 ALCOÓLICOS ANÔNIMOS (Estados Unidos da América). Os doze passos. Tradução de Twelve Steps and Twelve Traditions. São Paulo: Parma, s.d. p.111.
- 134 ALCOÓLICOS ANÔNIMOS (Brasil). 44 perguntas e respostas a respeito do Programa de A.A. de Recuperação do Alcoolismo. São Paulo: CLAAB, s.d. p.22.

- 135 EDWARDS, Griffith. O tratamento do alcoolismo. Tradução de José M. Bertolote. São Paulo: M. Fontes, 1987. p.212.
- 136 \_\_\_\_\_. p.195.
- 137 \_\_\_\_\_. p.195.
- 138 \_\_\_\_\_. p.196-7.
- 139 \_\_\_\_\_. p.197.
- 140 PAUPITZ FILHO, Júlio. A família e o alcoolismo. In: \_\_\_\_\_. O alcoólico: análise, dependência, recuperação. Florianópolis: Relisul, 1987. p.25-43.
- 141 SMOLKA, Anna. Família alcoolista. In: ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOLOGIA, 3., Curitiba, 1989. Nota de curso.
- 142 BOWEN, Murray. Alcoholism as viewed through family systems theory and family psychotherapy. Annals of the New York Academy of Sciences, New York, v.233, p.117, 1974.
- 143 EDWARDS, Griffith. O tratamento do alcoolismo. Tradução de José M. Bertolote. São Paulo: M. Fontes, 1987. p.44.
- 144 \_\_\_\_\_. p.45-6.
- 145 \_\_\_\_\_. p.49.
- 146 \_\_\_\_\_. p.50.
- 147 WEGSCHEIDER, Sharon. No one escapes from a chemically dependent Family. U.S.A.: s.ed., 1976. n.p.
- 148 PAUPITZ FILHO, Júlio. A família e o alcoolismo. In: \_\_\_\_\_. O alcoólico: análise, dependência, recuperação. Florianópolis: Relisul, 1987. p.39.
- 149 BOWEN, Murray. Alcoholism as viewed through family systems theory and family psychotherapy. Annals of the New York Academy of Sciences, New York, v.233, p.121, 1974.
- 150 \_\_\_\_\_. p.121.
- 151 \_\_\_\_\_. p.122.
- 152 ALCOÓLATRAS e prejuízos na economia. Gazeta do Povo, Curitiba, p.21, 30 nov. 1986.
- 153 \_\_\_\_\_. p.21.
- 154 OLIVEIRA, Ivacy F. O trabalhador e o alcoolismo. O Atalaia, Santo André, ed.esp., p.14, 1985.
- 155 SILVA, M.L. et al. Alcoolismo: um problema com o qual muitos convivem, porém poucos conhecem. São Paulo: Edicon, 1986. p.22.
- 156 CAMPANA, Ângelo A.M. Alcoolismo e empresas. In: RAMOS, Sérgio Paula et al. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p.143.
- 157 \_\_\_\_\_. p.143.

- 158 ALCOOLISMO: dados e opiniões. O Atalaia. Santo André, ed.esp., p.15, 1985.
- 159 SILVA, M.L. et al. Alcoolismo: um problema com o qual muitos convivem, porém poucos conhecem. São Paulo: Edicon, 1986. p.22.
- 160 \_\_\_\_\_. p.22.
- 161 GOODWIN, Donald W. Foreword. In: WRICH, Jim. The employee assistance program. 2.ed. Minnesota: Hazelden, 1980. p.1.
- 162 WRICH, Jim. The E.A.P. concept. In: \_\_\_\_\_. The employee assistance program. 2.ed. Minnesota: Hazelden, 1980. p.16.
- 163 \_\_\_\_\_. Background. In: \_\_\_\_\_. The employee assistance program. 2.ed. Minnesota: Hazelden, 1980. p.14.
- 164 \_\_\_\_\_. Introduction. In: \_\_\_\_\_. The employee assistance program. 2.ed. Minnesota: Hazelden, 1980. p.7.
- 165 BISOLARA, Ashton. The alcoholic employee: a handbook of helpful guidelines. New York: Human Sciences, 1979. p.77.
- 166 \_\_\_\_\_. p.85-6.
- 167 \_\_\_\_\_. p.89.
- 168 WRICH, Jim. Elements. In: \_\_\_\_\_. The employee assistance program. 2.ed. Minnesota: Hazelden, 1980. p.70.
- 169 \_\_\_\_\_. p.72.
- 170 \_\_\_\_\_. p.72.
- 171 \_\_\_\_\_. p.72-3.
- 172 BRISOLARA, Ashton. The alcoholic employee: a handbook of helpful guidelines. New York Human Sciences, 1979. p.107.
- 173 \_\_\_\_\_. p.98-103.
- 174 \_\_\_\_\_. p.113.
- 175 \_\_\_\_\_. p.113.
- 176 CHIAVENATO, Idalberto. Recursos Humanos. Ed.compacta. São Paulo: Atlas, 1988. p.83.
- 177 \_\_\_\_\_. p.83.
- 178 \_\_\_\_\_. p.93.
- 179 BRISOLARA, Ashton. The alcoholic employee: a handbook of helpful guidelines. New York: Human Sciences, 1979; p.16.
- 180 \_\_\_\_\_. p.16.
- 181 CHIAVENATO, Idalberto. Recursos Humanos. Ed.compacta. São Paulo: Atlas, 1988. p.255.

- 182 KLOETZEL, Kurt. O que é medicina preventiva. São Paulo: Brasiliense, 1985. p.37.
- 183 \_\_\_\_\_. p.41.
- 184 ANDRADE, Arthur Guerra, BRUNFENTRINKER, Patrícia. Avaliação de tratamentos de alcoolistas. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.9, n.3, p.94, 1987.
- 185 FORGHIERI, Yolanda Cintrão. Fenomenologia, existência e psicoterapia. In: \_\_\_\_\_. (org.). Fenomenologia e psicologia. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1984. p.17.
- 186 BÁRCIA, Mary Ferreira. Educação permanente no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1982. p.15.
- 187 CUNNINGHAM, William F. Introdução à educação. Tradução de Nair Fortes Abu-Merly. Porto Alegre: Globo/MEC, 1975. p.6.
- 188 FURTER, Pierre. Educação e reflexão. Rio de Janeiro: Vozes, 1973. p.74.
- 189 BÁRCIA, Mary Ferreira. Educação permanente no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1982. p.62.
- 190 ARAÚJO, Vicente Antonio. Para compreender o alcoolismo: teoria e prática. 2.ed. São Paulo: Edicon, 1986. p.55.
- 191 DRUCKER, Peter F. Fator humano e desempenho. Tradução de Carlos Afonso Maferrari. 12.ed. São Paulo: Pioneira, 1980. p.313.

### III CAPÍTULO - METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, pois levanta e analisa dados de uma determinada realidade, procurando interpretá-los e relacioná-los. Estuda os procedimentos desenvolvidos nas empresas para prevenção primária e recuperação dos empregados alcoolistas.

#### 3.2 ÁREA DE ABRANGÊNCIA

- Quanto ao tema alcoolismo: a pesquisa limita-se ao estudo de programas de assistência ao alcoolismo nas empresas, mas não atua diretamente nos procedimentos adotados pelas mesmas.

- Quanto ao campo: o universo trabalhado constitui-se por empresas da cidade de Curitiba, escolhidas com base nos seguintes critérios:

- que a empresa mantivesse programa de assistência aos funcionários alcoolistas
- aceitabilidade da pesquisa
- quadro funcional acima de cem (100) trabalhadores
- freqüência de trabalhadores de ambos os sexos
- freqüência de trabalhadores de níveis de escolaridade diferentes.

Neste sentido, foram pesquisadas 4 (quatro) empresas que serão aqui denominadas como: Empresa A, Empresa B, Empresa C e Empresa D.

## 3.3 POPULAÇÃO

As empresas pesquisadas compõem a seguinte população:

QUADRO 1.

POPULAÇÃO EMPRESAS	NÚMERO DE EMPREGADOS	Nº DE EMPR. ATENDIDOS PELO PROGRAMA	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NO PROGRAMA				
			GERENTE R.H.	MÉDICOS	ENFER- MEIROS	ASSISTEN- TES SOCIAIS	PSICÓLO- GOS
Empresa A	+ 1.200	48	1	2	1	2	-
Empresa B	+ 15.000	35	-	1	-	1	2
Empresa C	9.519	598	1	11	1	11	6
Empresa D	+ 1.400	35	1	1	1	1	-

## 3.4 AMOSTRA

Os sujeitos pesquisados nas empresas referenciadas foram:

QUADRO 2.

SUJEITOS EMPRESAS	Nº DE ALCOOLISTAS PESQUISADOS	PROFISSIONAIS PESQUISADOS				
		GERENTE DE R.H.	MÉDICOS	ENFERMEIROS	ASSISTENTES SOCIAIS	PSICÓLOGOS
Empresa A	7	1	-	1	1	-
Empresa B	10	-	1	-	1	1
Empresa C	7	1	1	-	1	-
Empresa D	11	1	1	-	1	-

### 3.5 ETAPAS DA PESQUISA

#### 3.5.1 Da pesquisa de Campo

Por meio do Instituto Paranaense de Administração de Pessoal (IPaPe) do qual a pesquisadora é sócia, entrou-se em contato, por carta (anexo 4), com 79 empresas da cidade de Curitiba. Das empresas consultadas obteve-se resposta de 22, pedindo maiores informações sobre o assunto.

Após um segundo contato, este por telefone com as 22 empresas acima citadas, efetuou-se uma visita pessoal a 13 delas que tinham demonstrado maior disponibilidade para a presente pesquisa. Das 13 empresas visitadas, apenas quatro delas foram selecionadas por preencherem os critérios pré-estabelecidos no projeto de pesquisa.

##### 3.5.1.1 Elaboração dos instrumentos

Foram elaborados dois instrumentos de coleta de dados (anexos 5 e 6), um que foi preenchido pelos profissionais da equipe de cada empresa que desenvolvem atividades de prevenção primária e recuperação do alcoolismo e outro que foi preenchido pelos próprios alcoolistas. Estes instrumentos foram elaborados tendo como base:

- a experiência profissional da pesquisadora;
- a literatura pertinente;
- as informações recebidas nas empresas quanto a elaboração e implantação dos seus programas de assistência ao alcoolista.

### 3.5.1.2 Validação dos instrumentos

Os instrumentos passaram por três níveis de validação:

- 1º- Foram validados por três colegas, alunas do Mestrado em Educação da UFPr.
- 2º- Depois de feitas as alterações devidas, os instrumentos foram validados por dois professores do Mestrado em Educação da UFPr e pelo professor orientador da presente tese.
- 3º- Após as sugestões dos professores, foram feitos ajustes nos referidos instrumentos para melhor adequá-los aos seus objetivos. Foram, ainda, os instrumentos, validados por um profissional especialista na área de alcoolismo e que desenvolve trabalho a nível de empresa, mas que não faz parte das empresas selecionadas para a presente pesquisa.

### 3.5.1.3 Aplicação dos instrumentos

Foram apresentados às quatro empresas selecionadas dois tipos de instrumentos. O primeiro destinado aos responsáveis pelo programas e o segundo aos alcoolistas das empresas. Ambos foram entregues em cada empresa para serem respondidos pelos dois tipos de sujeitos, sem a presença ou interferência da pesquisadora. Desse modo, os instrumentos foram respondidos nas diferentes empresas conforme seus próprios critérios, a saber:

#### EMPRESA A

Entre os profissionais responsáveis pelo programa, preencheram o instrumento uma Assistente Social, uma Enfermeira e um Gerente de R.H. Os Médicos não responderam ao instrumento alegando falta de tempo e além disso que suas respostas seriam

muito semelhantes às da enfermeira. A outra Assistente Social que participa do programa estava em licença por ocasião da coleta de dados.

Para os alcoolistas, os especialistas da referida empresa optaram por aplicar o instrumento apenas naqueles empregados que estavam participando do grupo de Apoio, isto é, que tinham como objetivo a abstinência alcoólica.

#### EMPRESA B

Nesta empresa, responderam ao instrumento os seguintes especialistas da equipe técnica: uma Psicóloga, uma Assistente Social e um Médico. O Gerente de R.H. preferiu não responder ao instrumento, porque sabia muito pouco sobre o Programa de Assistência ao Alcoolismo, o qual é coordenado por uma Psicóloga.

Aos alcoolistas, o instrumento foi aplicado pela Psicóloga, durante uma reunião do grupo de Apoio. O instrumento foi respondido por todos os empregados alcoolistas presentes à reunião naquele dia.

#### EMPRESA C

Os dois instrumentos foram entregues ao Gerente de R.H. e foi ele quem escolheu os profissionais e os alcoolistas que deveriam responder. Segundo suas informações, todos os instrumentos foram respondidos individualmente. Entre os alcoolistas, um deles é funcionário do programa há aproximadamente dois anos, sendo que hoje essa é sua única função na empresa.

## EMPRESA D

Nesta empresa, os instrumentos que deveriam ser preenchidos pelos profissionais foram totalmente respondidos pelo Médico e pela Assistente Social. O Gerente de R.H. respondeu apenas ao último campo do instrumento, ou seja, aspecto formativo do programa de Assistência ao Alcoolismo, justificando que o Médico e a Assistente Social poderiam informar melhor sobre os aspectos específicos às suas áreas.

Quanto aos alcoolistas, não houve uma aplicação coletiva dos instrumentos, eles foram entregues pela Assistente Social para preenchimento individual, sendo estabelecido apenas um prazo de entrega.

### 3.5.1.4 Tabulação e Tratamento dos Resultados

Os dados levantados pelos instrumentos foram transportados para uma matriz própria. Em seguida, foi efetuada uma análise de frequência e de percentual sem a pretensão de cruzar variáveis para indicação de nível de significância, pois não se trata de um estudo de causa e efeito.

A análise dos dados de cada sujeito e do grupo de sujeitos em cada empresa foi feita à luz do referencial teórico apresentado, sendo mais de caráter qualitativo do que quantitativo.

### 3.5.2 Da Pesquisa Teórica

A pesquisa teórica foi iniciada por uma leitura assistemática sobre o alcoolismo que possibilitou a elaboração de um roteiro que serviu de base para um estudo sistemático sobre o assunto. Durante este estudo, foi consultada a literatura pertinente e efetuados debates com especialistas da

área. A pesquisadora também participou de vários congressos, encontros, cursos específicos e fez parte de um grupo de estudos organizado, para discutir questões ligadas ao alcoolismo.

Com os conhecimentos e informações obtidas, elaborou-se uma redação provisória, a qual sofreu um processo de feed-back e conseqüente reorganização sob a orientação do professor orientador.

O estudo sistemático levou, pois, à organização de um corpo teórico definitivo que permitiu a estruturação do capítulo II.

#### IV CAPÍTULO - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo objetiva apresentar os dados levantados, bem como analisá-los de forma quali-quantitativa. Como já se observou no capítulo precedente, os dados foram levantados em quatro empresas de Curitiba, sem a preocupação de classificá-las quanto à sua tipologia: pública, privada e mista. Estas empresas foram selecionadas porque eram as que desenvolviam, mais especificamente, um programa voltado para o alcoolismo. Não obstante, sabe-se que outras empresas também empreendem serviços de assistência ao alcoolismo, mas as quatro selecionadas apresentavam características mais peculiares aos objetivos desta pesquisa.

Vale ressaltar que os dados aqui apresentados não comportam um tratamento estatístico que implique o cruzamento de variáveis e a conseqüente determinação de níveis de significância, porque:

- Não há intenção de comparar (estatisticamente) os dados de uma empresa com as demais e vice-versa.

- Não se pretende também correlacionar (estatisticamente) itens entre si.

- Não há intenção de se correlacionar (estatisticamente) os dados dos alcoolistas com os dados dos profissionais que desenvolvem o programa.

Por outro lado, os dados são bastante limitados porque, em cada um dos programas, poucos são os profissionais envolvidos, como se verá posteriormente. Da mesma forma, é bom

adiantar que, destes profissionais, nem todos responderam ao instrumento, porque justificavam pertencer à mesma área funcional (médicos e enfermeiros, por exemplo) e que as respostas seriam, conseqüentemente, muito similares. Outra dificuldade quanto a aplicação do questionário foi o preenchimento parcial por um dos respondentes, porque, na condição de Gerente de Recursos Humanos, não poderia informar os aspectos específicos aos médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

Quanto aos dados dos alcoolistas, também é preciso adiantar que o número de respondentes é muito limitado em relação à população informada. Isso se deve porque:

- Em uma das empresas, os alcoolistas são distribuídos em diferentes departamentos e seções por todo Estado do Paraná, sem condições de serem contactados.

- Em outra empresa, os responsáveis pelo programa optaram por selecionar uma amostra estratificada, baseada no grupo que intenciona a abstinência alcoólica. Este último aspecto já permite questionar a validade do conjunto global das respostas dos alcoolistas, visto que os menos favorecidos pelo programa, supõe-se, não participaram da avaliação do programa do qual fazem parte.

Outra limitação que precisa ser adiantada refere-se à especificidade do tipo de amostra: homens doentes, na acepção de alcoolismo. Na mesma ordem de reflexão, a amostra abrange respondentes de diferentes níveis de escolaridade. Assim, vale questionar se, dada a complexidade do instrumento, estes seriam capazes de interpretá-lo e de responder-lhe consoante a sua própria realidade.

Entretanto, a proposta de pesquisar os empregados fundamenta-se no fato de que eles não são somente um objeto de investigação, mas os sujeitos e os protagonistas. Dessa forma, o parecer e a opinião dos empregados alcoolistas constituem um

dado que deve ser levado em consideração, quando se efetua uma avaliação dos programas de assistência ao alcoolismo na empresa.

Na seqüência, os dados serão apresentados por ordem de aparecimento nos instrumentos (anexos 5 e 6) e tentar-se-á relacioná-los dentro das respectivas empresas.

Por uma questão metodológica, serão, numa primeira parte, apresentados os dados colhidos junto à equipe responsável pelo programa de cada empresa. Numa segunda parte, apresentar-se-ão os dados fornecidos pelos empregados alcoolistas pesquisados.

## PRIMEIRA PARTE - DADOS LEVANTADOS JUNTO À EQUIPE RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA

### 1 DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DAS EMPRESAS

#### 1.1 Empresas

Por uma questão de ética, as empresas não serão nomeadas e, para fim de identificação, serão classificadas em: A, B, C e D.

#### 1.2 Número de Empregados por Empresa

Empresa A =	<u>+</u>	1.200
Empresa B =	<u>+</u>	15.000
Empresa C =		9.519
Empresa D =	<u>+</u>	1.400
Total	=	<u>+</u> 27.119

### 1.3 A Empresa reconhece o alcoolismo como doença, com possibilidades de prevenção e recuperação?

Todos os profissionais das quatro empresas que responderam ao questionário disseram que a empresa reconhece o alcoolismo como doença, com possibilidades de prevenção e recuperação. A Assistente Social e a Enfermeira da empresa A salientam o fato de ter sido criado um programa para este fim. A Assistente Social da empresa B explica que os empregados são recebidos normalmente para exercerem suas atividades após os internamentos e a Assistente Social da empresa C reforça o fato de o alcoolismo ser uma doença com possibilidades de recuperação quanto mais cedo for o tratamento. Pelas respostas dos profissionais das diferentes empresas, fica claro que o alcoolismo está sendo reconhecido como doença, e que as empresas estão desenvolvendo atividades de prevenção primária e recuperação dos empregados com problemas ligados ao álcool.

### 1.4 Atuação da Empresa frente ao Alcoolismo

Os profissionais das diferentes empresas pesquisadas foram unânimes em responder que são oferecidas aos empregados alcoolistas as mesmas oportunidades de tratamento médico oferecidas aos demais empregados e que os problemas funcionais são tratados sempre da mesma forma, independente de problemas com o álcool. A única diferença apontada pela Psicóloga e o Médico da empresa B é a de que os empregados alcoolistas recebem acompanhamento médico, psicológico e social sistemático.

## 2 CARACTERIZAÇÃO E NÍVEL DE PENETRAÇÃO DOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA AO ALCOOLISMO

### 2.1 Data do início do funcionamento do programa

Empresa A = 01/12/87

Empresa B = 14/04/88

Empresa C = 11/86

Empresa D = 03/88

A coleta de dados foi realizada em meados de novembro e dezembro de 1989. Tinham as empresas naquela época mais ou menos o seguinte tempo de funcionamento do programa: Empresa B = 18 meses; empresa D = 20 meses; empresa A = 2 anos e empresa C = 3 anos.

As respostas aos itens 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6 e 2.8 serão representadas na tabela a seguir. Como os itens 2.7 e 2.9 são perguntas abertas que indagam as causas de algumas respostas anteriores, elas serão utilizadas para a análise dos dados apontados.

TABELA 1. NÚMERO DE EMPREGADOS ALCOOLISTAS E SUAS MÚLTIPLAS VARIÁVEIS EM RELAÇÃO AO PROGRAMA

EMPRESA	Nº DE EMPREGADOS QUE PARTICIPAVAM DO PROGRAMA NO INÍCIO	Nº DE EMPREGADOS ATUALMENTE	Nº DE EMPREGADOS ENCAMINHADOS P/ INTERNAMENTO	Nº DE EMPREGADOS EM ATENDIMENTO PSICOTERÁPICO FORA DA EMPRESA	Nº DE EMPREGADOS QUE SE DESLIGARAM DO PROGRAMA	Nº DE EMPREGADOS ALCOOLISTAS QUE NÃO ESTÃO NO PROGRAMA
A	24	48	15	07	03	09
B	08	35	19	10	09	22
C	-	598	52	160	191	870
D	03	35	08	04	04	10
<b>TOTAL</b>		<b>716</b>			<b>207</b>	<b>911</b>

A tabela acima mostra a relação entre o número de empregados com os quais o programa iniciou, quantos estavam sendo atendidos por ocasião da pesquisa, quantos tinham sido encaminhados para internamento, quantos estavam em atendimento psicoterápico fora da empresa, quantos tinham sido os desligamentos e qual era o número de empregados alcoolistas que não estavam participando do programa. Vê-se, no item 1.2, que nas quatro empresas há um total de 27.119 empregados. Por outro lado, percebe-se, também, que 716 empregados estavam naquela época sendo atendidos pelos programas, embora apontassem mais 911 empregados alcoolistas. Daí, pode-se verificar que, dos 27.119 empregados, 1.627 são considerados alcoolistas, isto é, 5,99%. Esta porcentagem está de acordo com os índices estimados como população de risco nas empresas brasileiras (5 a 10% dos funcionários de todos os níveis). As causas que os especialistas acreditam estarem restringindo a adesão dos empregados aos programas são, por ordem de frequência:

Em primeiro lugar: aspectos psicológicos pertinentes ao quadro da doença e aspectos estigmatizadores ainda presentes na cultura da empresa, cada uma destas causas apontadas por cinco especialistas.

Falta de conhecimento da doença, apontada por quatro especialistas.

Falta de encaminhamento por parte das chefias, apontada por três especialistas.

Indivíduos que somam comprometimento mental à ingestão alcoólica, apontada por dois especialistas.

As causas seguintes foram citadas só uma vez: falta de disponibilidade da equipe para acompanhamento mais efetivo, falta de apoio dos familiares, falta de motivação, desconhecimento do programa.

Fazendo-se uma análise do nível de penetração dos programas, deprende-se que, nas quatro empresas, 716 empregados (2,64%) estavam sendo atendidos. Entretanto, para que se possa fazer uma avaliação dos diferentes programas, deve-se levar em consideração o número de empregados atendidos e o tempo de implantação do programa. Na estimativa de Wrich, se aproximadamente 2% da força total de trabalho são alcançados numa base anual começando de um a dois anos depois do programa ter sido implantado, é bem sucedida a penetração do programa<sup>1</sup>. Assim, as empresas A e D apresentam um bom nível de penetração de seus programas, a primeira aumentou em 2 anos o número de empregados atendidos de 24 (2%) para 48 (4%) e a segunda aumentou de 03 (0,2%) para 35 (2,6%) em 20 meses. A empresa que alcançou o melhor nível de penetração é a C: 598 empregados (6,2%). Nesta empresa, o programa já vem funcionando há 3 anos, o que confirma a crescente penetração dos programas na medida em que vão sendo desenvolvidos. A empresa B é a que apresenta menor nível de penetração, apenas 35 empregados (0,23%) da força de trabalho, embora ainda seja cedo para se fazer uma avaliação, pois o programa foi implantado há 18 meses. Inclusive, foi a Assistente Social da empresa B quem apontou como uma das causas da não adesão dos empregados alcoolistas ao programa justamente o desconhecimento da sua existência. Por fim, vale ressaltar que, de acordo com as observações feitas "in loco", infere-se que o programa da empresa B atinge apenas os empregados de Curitiba, enquanto que a empresa C expande o seu programa por todo Estado do Paraná.

A tabela nº 1 mostra, dentre outros, os empregados que iniciaram o programa e que não estão mais engajados no mesmo. Daí, verifica-se que 716 empregados estavam sendo atendidos na época da pesquisa e que 207 abandonaram o programa. Consequentemente, se estes últimos continuassem sua

participação, ter-se-ia um total de 923 empregados. Dos desligamentos 22,4% as porcentagens por empresa foram as seguintes: empresa A = 5,8%; empresa B = 20,4%; empresa C = 24,2% e empresa D = 10,2%. Entre as razões que levaram aos desligamentos, as mais apontadas pelos especialistas foram: o abandono do programa (empresas B, C e D) e demissão do empregado (empresas A, C e D). As causas de demissão de empregados com problemas de uso do álcool serão esclarecidas no item 6.4. É importante salientar, também, que os especialistas da empresa C, que possui o maior índice de desligamentos (24,2%), explicaram que muitos deles se deram em consequência de alta concedida pela equipe técnica.

Finalmente, os programas de Assistência ao empregado alcoolista visam à identificação e o diagnóstico precoce da doença, pois entende-se que os melhores índices de recuperação são obtidos quando há uma intervenção nos estágios iniciais da doença. Observando-se ainda a tabela nº 1, constata-se que as empresas A, B e D fizeram mais encaminhamentos de empregados para internamento do que o número que estava em atendimento psicoterápico. Isto significa que as empresas estão encaminhando seus empregados alcoolistas, prioritariamente, para tratamento em regime de internação, conseguindo menos identificações precoces, isto é, identificação de alcoolistas com baixo nível de dependência, que não requerem tratamento hospitalar. Infere-se que a explicação para esta ocorrência é a de que, no início dos programas, os especialistas se preocupam mais com os casos mais graves, gerando um grande número de internações. Com maior tempo de implantação do programa, como é o caso da empresa C, as identificações precoces vão ocorrendo com maior frequência.

## 2.10 Divulgação do programa de Alcoolismo na empresa

As alternativas abaixo foram propostas como formas de divulgação do programa:

- A - Não divulgação
- B - Por meio de palestras e filmes
- C - Jornal interno
- D - Exposição de cartazes
- E - Durante a Semana de Prevenção de Acidentes de Trabalho
- F - Outros

Duas alternativas foram apontadas como sendo utilizadas em todas as empresas: a divulgação por meio de palestras e filmes e o jornal interno. A divulgação do programa durante a Semana de Prevenção de Acidentes de Trabalho revelou-se, também, como boa alternativa, utilizada pelas empresas A, C e D e não utilizada pela empresa B por causa do tipo de atividades que desenvolve, menos propensas a acidentes de trabalho. Na alternativa que questiona outras formas de divulgação, a enfermeira da empresa A explica que o grupo em recuperação funciona como agente multiplicador e divulgador.

## 2.11 Finalidades a serem alcançadas pelo programa

Este item procura levantar a finalidade a ser alcançada pelo programa, na concepção dos diferentes profissionais envolvidos nesta pesquisa. Para isso, foram propostas 5 alternativas:

- A - Abstinência alcoólica ou beber controlado
- B - Aumento de nível de rendimento no trabalho
- C - Redução dos custos (gastos) com problemas de alcoolismo

D - Consecução de adesão ao programa de todos os empregados com diagnóstico de alcoolismo

E - Outra

TABELA 2. FINALIDADES A SEREM ALCANÇADAS PELO PROGRAMA, ASSINALADAS NUMERICAMENTE DE ACORDO COM A PRIORIDADE

FINALIDADES POR EMPRESA	A					B					C					D				
	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
ESPECIALISTAS																				
Psicólogo	-	-	-	-	-	1	2	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assist.Social	2	4	5	3	1	1	2	4	3	-	1	2	3	4	-	1	2	3	4	-
Médico	-	-	-	-	-	2	3	4	1	-	1	2	3	4	-	1	2	3	4	-
Enfermeiro	3	1	2	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gerente R.H.	1	2	4	3	-	-	-	-	-	-	1	2	3	4	-	-	-	-	-	-

Pela tabela acima, constata-se que todos os profissionais das empresas C e D assinalaram as mesmas prioridades e na mesma ordem, isto é, em primeiro lugar a diminuição da ingestão (abstinência ou beber controlado), em segundo o aumento do nível de rendimento no trabalho, em terceiro lugar a redução dos gastos com problemas de alcoolismo e em último a adesão ao programa de todos os empregados com diagnóstico de alcoolismo. Ao se fazer uma análise das respostas assinaladas pelos profissionais das 4 empresas, verifica-se que a finalidade que aparece em primeiro lugar com maior frequência é justamente a diminuição da ingestão (8 vezes para um total de 11 respondentes - 72,72%), sendo que o aumento do nível de rendimento no trabalho aparece 2 vezes (18,18%) em primeiro lugar. Isto significa que, ao contrário do que se possa pensar,

não é a questão dos gastos com problemas de alcoolismo que está levando as empresas a desenvolver seus programas (esta finalidade aparece 5 vezes (45,45%) em 3º lugar e 4 vezes (36,36%) em 4º).

Em relação à empresa A, a Assistente Social, diferentemente dos outros profissionais, indica como principal finalidade do programa: a melhoria da qualidade de vida do empregado. Assim, salienta-se a necessidade de um maior entendimento entre os profissionais desta empresa, pois, embora tenham indicado iguais finalidades do programa, não há concordância quanto à ordem de prioridade.

## 2.12 Objetivos específicos do programa

O item 2.12 procura identificar quais são os objetivos específicos de cada um dos programas e em que ordem de prioridade eles são colocados por cada um dos especialistas. Para isso, foram propostas 7 alternativas:

- A - Identificar e diminuir problemas de saúde relacionados ao uso excessivo de álcool.
- B - Reduzir o índice de absenteísmo causado pela doença.
- C - Reduzir o número de acidentes dentro e fora do trabalho, ocasionado pelo uso excessivo do álcool.
- D - Identificar e diminuir problemas de ordem familiar e financeira relacionados ao uso excessivo do álcool.
- E - Colaborar para o bom clima organizacional na empresa, diminuindo os problemas de relacionamento interpessoal entre chefia/empregado e empregado/empregado.
- F - Desenvolver campanha de esclarecimento e conscientização dos empregados sobre as consequências do uso excessivo de bebidas alcoólicas.
- G - Outros

TABELA 3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DOS PROGRAMAS DE CADA UMA DAS EMPRESAS DE ACORDO COM A PRIORIDADE CONCEBIDA PELOS DIFERENTES PROFISSIONAIS

OBJETIVOS	A							B							C							D						
	A	B	C	D	E	F	G	A	B	C	D	E	F	G	A	B	C	D	E	F	G	A	B	C	D	E	F	G
Psicólogo	-	-	-	-	-	-	-	1	4	5	2	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Assist.Social	2	6	5	3	1	4	-	1	4	5	2	3	3	-	2	5	4	6	3	1	-	1	4	5	2	3	6	-
Médico	-	-	-	-	-	-	-	1	4	5	2	3	3	-	2	5	4	6	3	1	-	1	4	3	2	4	5	-
Enfermeiro	1	3	4	6	5	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Gerente de R.H.	1	4	5	6	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2	5	4	6	3	1	-	-	-	-	-	-	-	

Os dados da tabela nº 3 demonstram, mais uma vez, diferença entre as respostas apresentadas pelos profissionais da empresa A. A enfermeira e o Gerente de Recursos Humanos apontam como objetivo nº 1 do programa a alternativa A: Identificar e diminuir problemas de saúde relacionados ao uso excessivo do álcool e em segundo lugar a alternativa F: desenvolver campanha de esclarecimento e conscientização dos empregados sobre as conseqüências do uso excessivo de bebidas alcoólicas. A última alternativa apontada por esses dois profissionais foi: identificar e diminuir problemas de ordem familiar e financeira relacionados ao uso excessivo do álcool. Interpretando as respostas apresentadas, infere-se que a enfermeira e o Gerente de Recursos Humanos da empresa A relacionam os objetivos do programa de Assistência ao alcoolismo na seguinte ordem de prioridade: em 1º lugar: atenção aos problemas de saúde, em 2º lugar: atenção aos problemas relacionados ao trabalho e, por último, atenção aos

problemas de ordem familiar e financeira. Por outro lado, a Assistente Social coloca como objetivo nº 1 do programa diminuir os problemas de relacionamento interpessoal entre os empregados e como último objetivo a redução do número de acidentes e absenteísmo, isto é, nos dois extremos, problemas relacionados ao ambiente de trabalho. A Assistente Social relaciona ainda, em 2º lugar, atenção aos problemas de saúde e, em 3º, atenção aos problemas de ordem familiar e financeira. Acredita-se que a maior ou menor preocupação dos profissionais da empresa A por esta ou aquela área explica-se exatamente pelas diferentes especializações.

Há uma certa semelhança entre as respostas apresentadas pelos profissionais da empresa B e D, isto é, registrando como objetivo nº 1 a alternativa A: identificar e diminuir problemas de saúde, como 2º objetivo a alternativa D: identificar e diminuir problemas de ordem familiar e financeira e, como 3º objetivo em diante, são assinaladas as alternativas que se relacionam a problemas no ambiente de trabalho. A diferença encontrada entre estas duas empresas é a não preocupação da empresa D em desenvolver campanha de esclarecimento e conscientização dos empregados sobre as conseqüências do uso excessivo de bebidas alcoólicas, enquanto a empresa B tem este objetivo como 3ª prioridade.

Os respondentes da empresa C apontam, como principal objetivo do programa, justamente, desenvolver campanha de esclarecimento e conscientização dos empregados. O segundo objetivo apontado é a identificação e diminuição dos problemas de saúde. Os objetivos de nºs 3, 4 e 5 relacionam-se aos problemas no ambiente de trabalho, sendo o último objetivo apontado correspondente à atenção aos problemas de ordem familiar e financeira.

Pela análise das respostas fornecidas pelos profissionais de todas as empresas, verifica-se que a solução de problemas relacionados ao ambiente de trabalho não é o principal objetivo das empresas. Daí, infere-se que os problemas como: absteísmo, acidentes, dificuldades de relacionamento interpessoal, apontados por muitos autores como os principais indicadores do alcoolismo na empresa, não é a preocupação primordial das empresas pesquisadas. Outrossim, o objetivo mais apontado pelos profissionais foi a identificação e diminuição de problemas de saúde (num total de 11 respondentes, esse objetivo aparece 7 vezes em 1º lugar e 4 vezes em 2º lugar). Finalmente, salienta-se, com exceção da empresa D, uma preocupação das demais empresas com relação à prevenção primária do alcoolismo, pois colocam entre seus primeiros objetivos: desenvolver campanha de esclarecimento e conscientização dos empregados sobre as consequências do uso excessivo de bebidas alcoólicas.

Os itens 2.13 e 2.14 investigam a intensidade e a natureza das atividades desenvolvidas a nível de prevenção primária.

Os profissionais das empresas (A, B e C) assinalaram que os programas desenvolvem atividades de prevenção primária e de tratamento na mesma proporção. Apenas os profissionais da empresa D assinalam desenvolver mais atividades de tratamento. Com isto, pode-se concluir que esta empresa está envolvida com os problemas que no momento se apresentam como os mais graves.

As alternativas abaixo foram propostas para se identificar o tipo de atividade de prevenção primária mais desenvolvida:

- A - Pesquisa sobre o nível de informação dos empregados a respeito do alcoolismo
- B - Divulgação de matéria sobre alcoolismo

C - Palestras e exibição de filmes de esclarecimento sobre alcoolismo

D - Exposição de cartazes de alerta sobre o problema do alcoolismo

E - Outras

Nas quatro empresas, os especialistas acusaram estarem desenvolvendo as seguintes atividades de prevenção primária: divulgação de matéria, palestras e exibição de filmes de esclarecimento sobre o alcoolismo. Inclusive nas empresas B e D, estas são as únicas atividades a nível de prevenção primária. Entretanto, vale perguntar sobre o nível de penetração destas informações, isto é, será que elas correspondem às necessidades dos indivíduos? Talvez o caminho realizado pelas empresas A e C seja o mais indicado: realizar pesquisa sobre o nível de informação dos empregados a respeito do alcoolismo e, depois, a partir daí, prestar esclarecimentos sobre a doença. Por outro lado, considera-se também que a realização da pesquisa constitui uma forma de solicitação do ambiente que poderá levar o indivíduo a motivar-se para conhecer melhor o alcoolismo. Além das alternativas já discutidas, a empresa A efetua exposição de cartazes de alerta sobre o problema do alcoolismo e, conforme especificou a Assistente Social, realiza um controle de dados funcionais e de saúde dos empregados.

### 3 IDENTIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO DO ALCOOLISTA

#### 3.1 Formas de identificação dos empregados alcoolistas

O item 3.1 do instrumento procura levantar a forma de identificação dos empregados alcoolistas na concepção dos diferentes profissionais envolvidos nesta pesquisa. Para isso, foram propostas 5 alternativas:

- A - Pela procura espontânea do empregado ao programa  
 B - Pelo serviço social  
 C - Pelo serviço médico  
 D - Por indicação da chefia  
 E - Outros

TABELA 4. FORMAS DE IDENTIFICAÇÃO DOS EMPREGADOS ALCOOLISTAS, ASSINALADAS NUMERICAMENTE DE ACORDO COM A FREQUÊNCIA

FORMAS DE IDENTIFICAÇÃO POR EMPRESA	A					B					C					D				
	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
PROFISSIONAIS																				
Psicólogo	-	-	-	-	-	2	4	3	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assist.Social	3	2	1	4	-	2	4	3	1	2	4	2	1	3	-	3	2	2	1	-
Médico	-	-	-	-	-	2	4	3	1	2	4	2	1	3	-	3	2	2	1	-
Enfermeiro	3	2	1	4	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gerente de R.H.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	2	1	3	-	-	-	-	-	-

Os dados acima assinalados indicam formas diversificadas para a identificação dos empregados alcoolistas. Verifica-se que há uma certa semelhança entre as respostas apresentadas pelos profissionais das empresas A e C, isto é, em primeiro lugar o Serviço Médico e em segundo o Serviço Social. A empresa A, por sua vez, coloca em terceiro e quarto lugares a procura espontânea do empregado ao programa e a indicação da chefia, respectivamente. A enfermeira desta empresa assinala em quinto lugar a identificação do alcoolista pelo grupo em recuperação. Os respondentes da empresa C colocam em terceiro lugar a indicação da chefia e em quarto a procura espontânea do empregado.

As empresas B e D também apresentam um dado que coincide: em primeiro lugar a indicação da chefia. Na empresa B são considerados em segundo lugar a procura espontânea do empregado e a indicação por parte da família, em terceiro lugar o serviço médico, deixando em último lugar o Serviço Social. A empresa D coloca em segundo lugar o Serviço Social e o Serviço Médico, jogando, para última alternativa de identificação, a procura espontânea do empregado ao programa.

Pela análise dos dados apresentados, constata-se que, em nenhuma empresa, é colocada a procura espontânea do empregado ao programa em primeiro lugar; o que mais uma vez confirma que nem sempre o alcoolista reconhece a sua condição de doente. Entre as duas modalidades de identificação mais apontadas, é importante destacar o bom desempenho das chefias, o que significa que foram bem orientadas pela equipe técnica do programa. A alta identificação por parte do Serviço Médico aparece em decorrência dos exames periódicos efetuados na empresa. Finalmente, pode-se inferir que nestas empresas os alcoolistas apresentam problemas no trabalho e problemas de saúde antes de problemas sociais e psicológicos.

### 3.2 Nível hierárquico que apresenta maior índice de Alcoolismo

Com exceção da enfermeira da empresa A, que não respondeu à questão explicando que não dispõe deste índice, todos os outros profissionais responderam que o nível operacional, apresenta maior índice de alcoolismo do que o nível gerencial (de chefias e supervisão). Isto significa que, de acordo com este dado, o alcoolismo não aparece na mesma proporção em todos os níveis de funcionários, já que, dos 11 especialistas pesquisados nas quatro empresas, dez disseram que o alcoolismo é preponderante no nível operacional.

Os itens 3.3 e 3.4 referem-se aos recursos utilizados para o diagnóstico do alcoolismo.

As alternativas seguintes foram propostas para que os profissionais das diferentes empresas indicassem que recursos estavam sendo utilizados:

- A - Anamnese clínica
- B - Exame físico
- C - Exame psíquico
- D - Avaliação laboratorial
- E - Alterações no trabalho
- F - Questionários padronizados
- G - Outros

Dos recursos anteriormente citados para o diagnóstico do alcoolismo, três são utilizados por todas as empresas pesquisadas: anamnese clínica, exame físico e alterações no trabalho. Os dois primeiros recursos são utilizados especialmente pelo médico e o terceiro pela chefia. Este dado vem confirmar o resultado apresentado no item 3.1: maior frequência de identificação dos alcoolistas por parte do Serviço Médico e das chefias.

Além dos três recursos assinalados, a empresa A utiliza exames laboratoriais e questionários padronizados, a empresa B realiza exame psíquico nos empregados, a empresa D também utiliza exames laboratoriais e os especialistas fazem uma análise sumária do comportamento dos empregados com problemas relacionados ao uso de bebidas alcoólicas. A empresa C é a única que utiliza todos os recursos para diagnóstico, propostos no instrumento de pesquisa, incluindo a aplicação de um questionário, criado pela própria empresa.

As empresas A e C, que apontaram a utilização de questionários padronizados, usam apenas o CAGE (que se propõe a acusar a presença ou ausência do alcoolismo). Questionários que

visam avaliar o grau de severidade da dependência do álcool, como são os casos do ADS e do SADD, que foram traduzidos e adaptados para o uso no Brasil, não são utilizados em alguma empresa.

### 3.5 Treinamento das chefias para identificação de alterações no trabalho, que indicassem alcoolismo

Os respondentes de todas as empresas pesquisadas disseram que houve treinamento das chefias. Entretanto, os especialistas da empresa A explicaram que o objetivo das reuniões que foram feitas com as chefias era discutir a questão do alcoolismo globalmente, os indicadores no ambiente de trabalho não eram o foco principal. Com base nesta explicação, infere-se que o treinamento na empresa A visava a formação das chefias de uma forma mais ampla, como agentes de prevenção em todos os níveis e não apenas como indicadores de problema.

### 3.6 Tipos de ocorrência, no trabalho, que aparecem como indicadores de alcoolismo

As ocorrências abaixo foram propostas como alternativas para que os sujeitos pesquisados pudessem indicar aquelas que aparecem como indicadores de alcoolismo.

- A - Faltas e atrasos não justificados
- B - Acidentes de trabalho
- C - Queda na quantidade da produção
- D - Produção de má qualidade
- E - Mau relacionamento com os colegas
- F - Mau relacionamento com as chefias
- G - Outros

TABELA 5. TIPOS DE OCORRÊNCIA NO TRABALHO QUE APARECEM COMO INDICADORES DE ALCOOLISMO ENUMERADAS POR ORDEM DE FREQUÊNCIA

OCORRÊNCIAS POR EMPRESA	A							B							C							D						
	A	B	C	D	E	F	G	A	B	C	D	E	F	G	A	B	C	D	E	F	G	A	B	C	D	E	F	G
PROFISSIONAIS																												
Psicólogo	-	-	-	-	-	-	-	1	4	2	3	5	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assist.Social	1	5	6	3	4	7	2	1	4	2	3	5	5	-	6	3	1	2	5	4	-	1	6	5	2	3	4	-
Médico	-	-	-	-	-	-	-	1	6	2	3	5	4	-	1	2	5	6	4	3	-	1	6	5	2	3	4	-
Enfermeiro	1	3	6	5	2	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gerente de R.H.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	4	6	5	3	-	-	-	-	-	-	-	-

Ao se analisar a tabela nº 5, verifica-se que, unicamente na empresa D, os especialistas enumeram a mesma frequência para as diferentes ocorrências no trabalho indicadoras de alcoolismo. Isto não assegura que a empresa D tenha estes fatos registrados, mas demonstra que as outras não o têm, e que as informações foram prestadas de acordo com a percepção de cada um dos especialistas.

A ocorrência que se destaca como a de maior frequência na resposta de 90% dos respondentes são as faltas e os atrasos não justificados; em segundo lugar aparece a queda na qualidade e quantidade de produção; em terceiro, os acidentes de trabalho e por último os problemas de relacionamento com colegas e chefias. A Assistente Social da empresa A coloca, também, como indicadores do alcoolismo, os problemas disciplinares.

## 4 EQUIPE ATUANTE NO PROGRAMA

## 4.1 Profissionais envolvidos no programa

A tabela a seguir não mostra as respostas de cada um dos sujeitos pesquisados, separadamente, porque elas são idênticas.

TABELA 6. NÚMERO DE PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA AO ALCOOLISMO NAS 4 EMPRESAS PESQUISADAS

PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	EMPRESAS				TOTAL
	A	B	C	D	
Gerente R.H.	1	-	1	1	3
Médico	2	1	11	1	15
Enfermeiro	1	-	1	1	3
Assist.Social	2	1	11	1	15
Psicólogo	-	2	6	-	8
Consultor Externo	1	2	-	2	5
Funcionário em recuperação	-	-	10	2	12
Técnico de segurança	-	-	-	1	1
Representante de R.H.	-	-	-	1	1
<b>T O T A L</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>40</b>	<b>10</b>	<b>63</b>

A tabela acima apresenta o número de especialistas que trabalham com o programa de Assistência ao Alcoolismo nas 4 empresas. Observa-se que o maior número de especialistas está centrado em Médicos e Assistentes Sociais. Por sua vez, Gerente

de Recursos Humanos, Enfermeiros e Psicólogos apresentam um número mais limitado em relação aos Médicos e Assistentes Sociais. Outros participantes, tais como: Consultores externos, Funcionários em recuperação, Técnico de segurança e Representante de Recursos Humanos se apresentam de forma irregular nos diferentes programas. Verticalmente, vê-se na tabela nº 5 que a empresa B é a que apresenta maior deficiência em relação ao número de especialistas (6), implicados no programa em relação às demais. Retomando-se os itens 1.2, 2.3 e 2.8, constata-se que esta mesma empresa conta com aproximadamente 15.000 empregados, que atende apenas a 35 empregados alcoolistas e que outros 22 não estão sendo atendidos. Ressalta-se, então, a necessidade do engajamento de um maior número de especialistas ao programa, para que ele possa alcançar um maior nível de penetração na população de risco da empresa, conforme se verifica no item seguinte.

#### 4.2 e 4.3 Necessidade de profissionais para desenvolver as atividades propostas pelo programa

Nas empresas A e B, os respondentes afirmam haver falta de profissionais na equipe para desenvolver as atividades propostas pelo programa, enquanto que nas empresas C e D os profissionais respondentes negam esta necessidade. Entretanto, o médico e a Assistente Social da empresa D acusam que lhes falta tempo para desenvolver as atividades propostas pelo programa.

Na empresa A, os profissionais especificam a necessidade, na equipe técnica, de um Psicólogo, para fazer um acompanhamento individual e grupal dos empregados alcoolistas e assessorar a equipe nos aspectos ligados à sua especialidade.

Os especialistas da empresa B afirmam que, com a adesão ao programa de um maior número de profissionais da própria empresa, poderiam ampliar o trabalho.

#### 4.4 e 4.5 Funções da equipe responsável pelo programa

Como já se mencionou anteriormente, o alcoolismo é uma doença que envolve o homem como um todo, em seus aspectos físicos, psicológicos e sociais. Por isso, os programas de Assistência ao Alcoolismo nas empresas requerem uma ação multi-profissional integrada. O presente item da pesquisa visa desvelar as funções de cada um dos profissionais que integram a equipe responsável pelo programa.

As alternativas abaixo foram propostas como possíveis funções dos membros da equipe. Além de assinalar estas alternativas, os respondentes podiam citar outras, em resposta ao item 4.5.

- A - Implantar uma política de prevenção e controle do alcoolismo.
- B - Planejar, coordenar e avaliar o programa de atendimento ao empregado alcoolista.
- C - Credenciar e descredenciar recursos da comunidade, necessários ao funcionamento adequado do programa.
- D - Opinar a respeito de situações que envolvam a questão do alcoolismo no âmbito da empresa.
- E - Diagnosticar os casos de alcoolismo existentes na empresa.
- F - Analisar os casos de alcoolismo diagnosticados na empresa, fazendo o encaminhamento e acompanhamento.
- G - Adotar medidas que favoreçam a integração do alcoolista em recuperação ao ambiente de trabalho.
- H - Motivar a família a participar do tratamento do empregado.

A tabela a seguir apresenta as funções dos membros da equipe nas diferentes empresas. As respostas dos profissionais respondentes não serão apresentadas separadamente, porque coincidiram.

As respostas foram assinaladas de acordo com as siglas:

E = Todos os profissionais responsáveis pelo programa

RH= Gerente de RH

SM= Médicos e Enfermeiros

SS= Assistente Social

SP= Psicólogo

TABELA 7. FUNÇÕES DOS DIFERENTES SERVIÇOS (PROFISSIONAIS) POR EMPRESA

FUNÇÕES	A					B					C					D					
	E	RH	SM	SS	SP	E	RH	SM	SS	SP	E	RH	SM	SS	SP	E	RH	SM	SS	SP	
A	x				-					x	x				-	x					-
B			x	x	-					x	x				-			x	x		-
C		x			-	x					x				-				x		-
D	x				-	x					x				-	x					-
E			x	x	-			x	x	x			x		-			x	x		-
F			x	x	-			x	x	x			x	x	-			x	x		-
G	x				-	x		x	x	x					-	x					-
H			x	x	-			x						x	-			x	x		-

Pela análise da tabela nº 7, verifica-se que não existe muita uniformidade entre as funções desempenhadas dentro dos programas pelos profissionais das diferentes empresas. Cada uma distribui as atividades propostas nos programas de acordo com as suas características e disponibilidades de profissionais. Antes de se analisar "quem" realiza o "que", é importante salientar que as empresas A e D não contam com psicólogos na equipe, a empresa B não tem Gerente de RH envolvido no programa e os psicólogos envolvidos no programa da empresa C prestam uma espécie de assessoria, não sendo unicamente funcionários da empresa (informação obtida por meio de entrevista com o Gerente de RH). Daí, resulta uma grande diferença da empresa B em relação as demais, pois ela não conta com Gerente de RH envolvido no programa e é a única com Psicólogos totalmente engajados a este.

Prosseguindo, vale a pena recordar a importância da participação do Gerente de RH no desempenho das três primeiras funções propostas no instrumento: implantação de uma política em relação ao alcoolismo, acompanhamento e avaliação periódica do programa e credenciamento/descredenciamento dos recursos da comunidade necessários ao funcionamento do programa (ver capítulo II). Com relação à primeira função, o Gerente de R.H. participa desta atividade em todas as empresas, menos na empresa B, onde esta é atribuição exclusiva do Serviço de Psicologia.

A segunda função proposta carece da participação do Gerente de R.H. nas empresas A, D e B. Nas duas primeiras, esta função é realizada pelo Serviço Médico e pelo Serviço Social, e na empresa B pelo Serviço de Psicologia. Somente na empresa C esta função constitui atribuição de toda equipe.

A terceira função proposta é realizada na empresa A pelo Gerente de R.H.; nas empresas B e C por toda a equipe e na

empresa D pelo Serviço Social, havendo, nesta última, novamente, a omissão do Gerente de R.H.

Na quarta função proposta: opinar a respeito de situações que envolvam a questão do alcoolismo, houve pela primeira vez concordância em todas as empresas. Esta é uma função de toda equipe.

O diagnóstico dos casos de alcoolismo é realizado nas empresas A e D pelos Serviços Médico e Social. Na empresa B, o diagnóstico é realizado pelos mesmos Serviços que as empresas A e D, acrescidos da colaboração do Serviço de Psicologia. Entretanto, na empresa C, o diagnóstico é realizado exclusivamente pelo Serviço Médico.

O encaminhamento e acompanhamento dos casos de alcoolismo é feito pelos mesmos profissionais nas empresas A, C e D: Serviço Médico e Serviço Social. Na empresa B, ele é novamente realizado pelos mesmos profissionais que as outras empresas, acrescidos dos Psicólogos.

A adoção de medidas que favoreçam a integração do alcoolista em recuperação ao ambiente de trabalho é feita por toda a equipe nas empresas A, C e D; mas, segundo os respondentes, o Serviço Médico não participa desta atividade na empresa B.

Finalmente, cabe ao Serviço Médico e Social das empresas A e D motivar a família do empregado alcoolista a participar do tratamento, enquanto nas empresas B e C esta é uma função exclusivamente do Serviço Social. Neste aspecto, dada a importância da participação da família no tratamento do alcoolista (o álcool usado por um dos membros da família não é apenas um problema individual, de disfunção psicossomática do indivíduo alcoolista, mas está dinamicamente relacionado a todo sistema familiar), seria, então, de se perguntar se o trabalho junto aos familiares não deveria ser realizado por toda a equipe técnica.

Entre as funções dos componentes da equipe que não tinham sido enumeradas anteriormente, os profissionais da empresa A colocam a realização de grupos de apoio. Entretanto, esta é uma função que foi considerada pela pesquisadora como de acompanhamento.

Os profissionais da empresa B acrescentam as seguintes funções:

- grupos de estudo, com a participação de toda a equipe;
- realização de grupos de apoio, feita exclusivamente pelo Serviço de Psicologia (aqui se identifica uma diferença em relação à empresa A, onde os grupos de apoio são coordenados por todos os membros da equipe, independentemente da especialidade). Talvez resida, principalmente neste ponto, a necessidade de Psicólogo apontada pelos profissionais da empresa A, no item 4.2;
- responsabilidade pela documentação de licenças e retornos ao trabalho, feita pelo Serviço Social; e
- realização de seminários pelo Serviço Médico.

É interessante notar que, anteriormente, os profissionais desta empresa colocaram que o Serviço Médico não participava da adoção de medidas que favorecessem a integração do alcoolista em recuperação ao ambiente de trabalho. Assim, será que a realização de seminários não é uma medida que favorece esta integração?

Finalmente, o que se conclui da análise dos dados apresentados neste item é que o fato de a empresa B não ter Gerente de R.H. envolvido no programa fez com que o Serviço de Psicologia tomasse para si muitas das atribuições que deveriam pertencer àquele, descaracterizando em parte seu papel dentro dos programas de assistência ao alcoolismo. O que é uma pena, porque, sendo a única empresa a contar com Psicólogos

inteiramente ligados ao programa, poderia servir de modelo para as demais empresas.

#### 4.6 Abordagem dos empregados com hábitos alcoólicos

O levantamento dos dados coletados pelo item 4.6 do instrumento de pesquisa demonstra que a abordagem dos empregados com hábitos alcoólicos é realizada na empresa A pelo Médico, Enfermeira ou Assistente Social indiferentemente. Na empresa B, a abordagem pode ser feita pelo Assistente Social ou pelo Psicólogo. Na empresa C, por sua vez, tanto o Médico, o Assistente Social, o Psicólogo, como alguns empregados alcoolistas em recuperação (membros de A.A.) podem fazer a abordagem. Finalmente, na empresa D, a abordagem é feita pelo Médico, Assistente Social ou pelo Consultor Externo.

Ressalta-se que, embora nenhuma empresa tenha indicado o Serviço Social como a forma mais frequente de identificação dos alcoolistas (ver item 3.1), o Assistente Social é o único profissional que foi apontado por todas as empresas, entre aqueles que fazem a abordagem dos hábitos alcoólicos dos empregados. Registra-se, desta forma, a importância do Serviço Social em todos os programas de Assistência ao Alcoolismo.

Outro dado levantado no item 3.1 é que, na empresa B, o Serviço Médico ocupa o terceiro lugar em frequência na identificação dos alcoolistas. Como, nesta empresa, o Médico não está entre os profissionais que fazem a abordagem dos hábitos alcoólicos dos empregados, infere-se que os dados clínicos são passados para os outros profissionais, que, somados aos dados de desempenho no trabalho e problemas funcionais, fecham o quadro. Dessa forma, o empregado tem possibilidade de ver o quanto está comprometido na doença.

#### 4.7 A técnica do confronto

Perguntou-se aos profissionais das quatro empresas em que situações é utilizada a técnica do confronto e que pessoas são envolvidas.

Na empresa A, os profissionais relataram que o confronto é realizado quando o empregado não aceita o diagnóstico e tem problemas funcionais graves. O confronto é feito com a presença de pelo menos dois profissionais da equipe (de áreas diferentes) e o chefe/supervisor do empregado.

Na empresa B, é utilizado o confronto em casos crônicos que necessitem de internamento. Os profissionais não revelam quem participa dos confrontos, embora a Assistente Social diga que há abertura para os membros da família.

Os profissionais da empresa C colocam que, quando o empregado alcoolista se recusa a participar do programa, é realizado um confronto durante a triagem médica, com a participação do médico, naturalmente, e da chefia imediata do empregado. Algumas vezes, estes confrontos contam com a participação do Assistente Social. Uma indagação que se coloca diz respeito ao resultado dos confrontos realizados por esta empresa, sabendo-se da necessidade de haver um vínculo entre a pessoa que faz o confronto e aquele que é confrontado (vínculo este difícil de se estabelecer num processo de triagem), para que o confronto não seja confundido com agressão e se constitua realmente numa técnica construtiva.

Na empresa D, os profissionais utilizam o confronto quando não conseguem a conscientização da doença pelo funcionário e são envolvidos o Médico, Assistente Social e, conforme a situação, outros membros da equipe.

Resumindo, os dados relatados, principalmente pelas empresas A e B, indicam que a técnica do confronto é pouco utilizada nas empresas e, apenas, em ocasiões especiais.

## 5 O ENCAMINHAMENTO

### 5.1 Discussão com o empregado do plano de tratamento para o qual ele é encaminhado

Os profissionais das empresas B,C e D responderam que o plano de tratamento a ser cumprido é discutido com o empregado. Na empresa B, os alcoolistas recebem explicações sobre como se processa o tratamento, em seguida é feito um contrato, ao qual o empregado deverá corresponder. O Gerente de R.H. da empresa C explica que o plano de tratamento é discutido com o empregado para ele saber sobre as normas que regem o programa.

Os profissionais da empresa A, que responderam que o plano de tratamento a ser cumprido não é discutido com o empregado, explicam que os alcoolistas são orientados para buscar tratamento, mas quem define o plano é o especialista.

Com exceção da empresa D, na qual os profissionais não explicam de que forma é discutido o plano de tratamento a ser cumprido pelo empregado alcoolista, o que se depreende com relação as outras empresas é que a discussão a respeito do plano de tratamento não é no sentido de possibilitar ao empregado uma escolha da modalidade de tratamento que ele deverá seguir. Parece que uma suposta incapacidade de escolha do alcoolista entre beber ou não beber é transportada para uma incapacidade de escolha de tratamento, o que faz com que, num primeiro momento, os especialistas definam por ele. Prosseguindo, infere-se que os profissionais acreditam que, iniciado o tratamento, o alcoolista compreenda a sua condição real e possa, a partir daí, se responsabilizar pela manutenção do tratamento. Reforçando esta idéia, cita-se o exemplo da maioria dos tratamentos em regime de internação, que tentam oferecer aos seus pacientes a compreensão intelectual da doença, por meio de palestras, seminários, etc.

## 5.2 Responsabilidade do empregado no cumprimento de seu esquema de tratamento

Os profissionais das quatro empresas pesquisadas responderam que o empregado é responsabilizado pelo cumprimento de seu esquema de tratamento.

As explicações dadas pelas empresas A, B e C sobre a forma com que é firmado o compromisso com o empregado variam. Na empresa A, a explicação se refere apenas aos casos em que há internamento do empregado. O compromisso é firmado em uma reunião chamada "reunião de retorno", com a participação da equipe, chefia do setor ou supervisor e o chefe de pessoal. Uma cópia da ata desta reunião fica com a equipe e outra com o empregado.

Os profissionais da empresa B explicam que o funcionário e sua família são informados sobre as etapas do programa, a responsabilidade de cada um e a possibilidade de haver punição, caso suas atitudes negativas influam no ambiente de trabalho. Por último, os profissionais da empresa C explicam que só existe um compromisso verbal, por parte dos empregados, de cumprirem o esquema de tratamento.

Seguindo o raciocínio desenvolvido no item anterior (5.1), parece que, na empresa A, os profissionais acreditam que, após um tratamento em regime de internação, o empregado alcoolista está capacitado a responsabilizar-se pela manutenção do tratamento (compromisso este firmado em reunião na própria empresa). Na empresa B, o compromisso do empregado pelo cumprimento de seu esquema de tratamento, permanece na base da imposição. Ao empregado são dadas a conhecer as suas responsabilidades e a possibilidade de punição, caso suas atitudes não correspondam às esperadas. Devido à carência de explicações, não se pode compreender como é firmado o compromisso nas empresas C e D. Sugere-se uma avaliação

contínua da situação dos empregados alcoolistas de cada uma destas empresas, para verificação da eficácia dos diferentes procedimentos.

### 5.3 Recursos da comunidade que a empresa utiliza para o tratamento dos empregados alcoolistas

No instrumento de pesquisa, foram sugeridos os seguintes recursos da comunidade, para que os especialistas pudessem apontar aqueles que são utilizados pelas respectivas empresas:

- A - Grupos de mútua-ajuda da comunidade (AA)
- B - Serviço Público de Saúde
- C - Convênios Médicos da empresa
- D - Serviço médico e psicoterápico da própria empresa
- E - Outros

Na tabela a seguir, serão apresentados os recursos da comunidade que são utilizados pelas empresas. Não serão apresentadas as respostas de cada profissional, separadamente, porque elas coincidem.

TABELA 8. RECURSOS UTILIZADOS PARA O TRATAMENTO DO EMPREGADO ALCOOLISTA

RECURSOS EMPRESAS	A	B	C	D	E
Empresa A	x	x	x	-	-
Empresa B	x	-	x	x	-
Empresa C	x	-	-	-	x*
Empresa D	x	-	x	-	-

\*Os outros recursos utilizados pela empresa C são: Serviço Médico da própria empresa, convênio com hospital, contrato de prestação de serviços (psiquiatria e psicólogo).

Pela análise da tabela nº 8, observa-se que um único recurso foi apontado como sendo utilizado por todas as empresas pesquisadas: grupos de mútua-ajuda da comunidade. Este dado comprova a valiosa ajuda de A.A. em qualquer processo de tratamento. Por outro lado, o Serviço Público de Saúde é utilizado apenas pela empresa A, que inclusive precisa ser complementado por convênios médicos da empresa. Daí, se constata a deficiência do atendimento público.

Resumindo, todas as empresas precisam, para realizar o tratamento dos seus empregados alcoolistas, utilizar os serviços médicos e psicoterápicos da própria empresa ou contratar serviços profissionais da comunidade. Conclui-se, portanto, que estas empresas tomaram para si uma tarefa que é de ordem pública, prestando, conseqüentemente, um grande benefício aos seus empregados.

#### 5.4 Modalidades de tratamento bio-psico-social, mais utilizadas pelo programa

O item 5.4 propõe sete alternativas para que os respondentes possam indicar as modalidades de tratamento bio-psico-social, utilizadas pelos diferentes programas:

- A - Internamento de longa duração (até 60 dias), complementado por psicoterapia individual
- B - Internamento de longa duração (até 60 dias), complementado por psicoterapia de grupo
- C - Internamento para desintoxicação, complementado por psicoterapia individual
- D - Internamento para desintoxicação, complementado por psicoterapia de grupo
- E - Psicoterapia individual
- F - Psicoterapia grupal
- G - Outros

TABELA 9. MODALIDADES DE TRATAMENTO UTILIZADAS NAS DIFERENTES EMPRESAS POR ORDEM DE FREQUÊNCIA

EMPRESAS* \ MODALIDADES	A	B	C	D	E	F	G
Empresa A	1	2	-	-	3	4	-
Empresa B	1	1	2	2	3	3	-
Empresa C	3	-	2	-	1	-	-
Empresa D	-	2	-	-	3	1	-

Estudos realizados por CABERNITE<sup>2</sup> em 1982 e ANDRADE et al.<sup>3</sup> em 1985 apresentam que o alcoolismo no Brasil é tratado prioritariamente por meio de internações. Contudo, a análise dos dados obtidos (tabela nº 9) mostra que apenas metade das empresas pesquisadas (A e B) encaminham seus empregados prioritariamente para internamento. Nas empresas C e D, este tipo de encaminhamento fica em segundo lugar, sendo superado pela psicoterapia. Com relação à modalidade de internação mais utilizada, verifica-se uma maior incidência (6 indicações) nos tratamentos de longa duração contra (3 indicações) para as internações para desintoxicação.

Alguns alcoologistas acreditam que a terapia de eleição para alcoolistas é a grupal. Entretanto, não se constata esta tendência nas empresas pesquisadas. Nas empresas A e C, são utilizados preferencialmente tratamentos individuais. A empresa B utiliza indistintamente tratamentos individuais e grupais na mesma proporção, e, apenas, a empresa D demonstra preferir encaminhar seus empregados alcoolistas para os tratamentos grupais.

\*Não são apresentadas as respostas de cada um dos profissionais individualmente porque elas são idênticas.

## 6 O ACOMPANHAMENTO

## 6.1 Profissionais responsáveis pelo acompanhamento dos tratamentos realizados fora da empresa

Este item procura detectar qual a participação, no acompanhamento do tratamento dos empregados, dos diferentes especialistas da equipe técnica:

- A - Médicos
- B - Enfermeiros
- C - Assistente Social
- D - Psicólogos
- E - Outros.

TABELA 10. PROFISSIONAIS DAS DIFERENTES EMPRESAS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DOS TRATAMENTOS REALIZADOS FORA DA EMPRESA

PROFISSIONAIS EMPRESAS*	A	B	C	D	E
Empresa A	-	x	x	-	-
Empresa B	x	-	x	x	-
Empresa C	x	-	x	-	-
Empresa D	-	-	x	-	-

Constata-se, pela tabela nº 10, que o único especialista citado em todas as empresas, como responsável pelo acompanhamento dos tratamentos realizados fora, é o Assistente Social. Contudo, apenas na empresa D, esta é responsabilidade

\*Não são apresentadas as respostas dos diversos profissionais separadamente porque elas são idênticas.

exclusivamente sua. Nas outras empresas, o acompanhamento é realizado juntamente com o enfermeiro (empresa A), com o médico e o psicólogo (empresa B) e também com o médico (empresa C). Infere-se, portanto, que na empresa D há necessidade da participação do Serviço Médico no acompanhamento dos tratamentos dos empregados que são realizados fora da empresa, mesmo porque todo o atendimento que possa ser prestado ao empregado dentro da empresa depende do conhecimento do tratamento que é feito fora. Talvez a razão para esta deficiência da empresa D seja a falta de tempo para desenvolver as atividades propostas pelo programa, apontada pelos profissionais desta empresa no item 4.2.

#### 6.2 Como o serviço médico controla os dados clínicos evidenciadores do alcoolismo

Para pesquisar como as empresas controlam os dados clínicos relativos ao alcoolismo, foram propostas 4 alternativas:

- A - Exames físicos periódicos
- B - Abono de faltas
- C - Afastamento por doença
- D - Outros.

Os profissionais das empresas A e D assinalaram as quatro alternativas como meios utilizados para o controle dos dados clínicos dos alcoolistas, tendo as 2 empresas especificado exame laboratoriais na alternativa D. Na empresa C, o controle dos dados clínicos é efetuado por meio de exames físicos periódicos e dos afastamentos do serviço por motivo de doença.

Na empresa B, os profissionais não assinalaram nenhuma alternativa, explicando que não há controle por parte do

médico, apenas perícia médica. De qualquer forma, os profissionais desta empresa não citam os meios utilizados para a realização da perícia.

### 6.3 Acompanhamento funcional e social dos participantes do programa

Neste item, são propostas 6 alternativas para pesquisar como é feito o acompanhamento funcional e social dos participantes do programa:

- A - Através de dados coletados do próprio empregado
- B - Através de dados coletados junto aos familiares
- C - No contato periódico com o setor de trabalho
- D - Atendimento individuais
- E - Atendimento grupais
- F - Outros

Fazendo-se o levantamento das respostas fornecidas, verificou-se pela primeira vez uma concordância total nas respostas. Todos os profissionais de todas as empresas assinalaram as 5 primeiras alternativas de acompanhamento; nenhum deles indicou a utilização de qualquer outro meio.

### 6.4 Demissão de empregados alcoolistas

O item 6.4 procura levantar a relação entre a demissão dos empregados e o alcoolismo. Primeiramente, limita-se a perguntar se o alcoolismo é causa de demissão, pedindo depois um comentário da resposta.

Os profissionais das empresas A, B e D responderam que o alcoolismo não é causa de demissão. Já na empresa C, os profissionais responderam que sim. Entretanto, pela análise dos comentários (apresentados abaixo), conclui-se que, em nenhuma

das empresas pesquisadas, o alcoolismo é a causa direta da demissão dos empregados, embora as conseqüências do beber excessivo possam causar a demissão.

Foram os seguintes os comentários realizados:

- Na empresa A, a Assistente Social e a Enfermeira comentam que a demissão pode ocorrer em função de problemas funcionais decorrentes do beber excessivo dos empregados, pois eles estão sujeitos aos procedimentos administrativos como qualquer empregado.
- O Psicólogo da empresa B comenta que o alcoolismo não é causa de demissão, primeiro porque os funcionários são todos concursados e segundo pela própria política da empresa.
- Na empresa C, a Assistente Social e o Gerente de R.H. comentam que o alcoolismo poderá ser causa de demissão, se ele trouxer problemas de baixo desempenho.
- A Assistente Social da empresa D diz que podem haver demissões não pelo alcoolismo, mas por outras situações previstas na política do programa. Já o Médico desta empresa comenta que é mais caro demitir um funcionário qualificado do que tratá-lo.

## 7 FAMÍLIA

Os itens 7.1 e 7.2 procuram levantar se é prestado atendimento aos familiares dos funcionários alcoolistas e como ele está sendo realizado.

Os profissionais das quatro empresas pesquisadas declararam haver atendimento à família dos funcionários alcoolistas, de forma individual ou grupal de acordo com o caso. Os especialistas das empresas A e D especificam que o atendimento aos familiares dos alcoolistas está sendo realizado de forma

não sistematizada, de acordo com a necessidade de cada caso, embora seja previsto, no programa da empresa A um atendimento familiar grupal quinzenal.

Na empresa B, os especialistas se reportam a atendimentos semanais, sem especificar por quanto tempo o familiar do alcoolista frequenta as sessões (quantas semanas). Finalmente, os especialistas da empresa C especificam que os familiares dos alcoolistas são atendidos sistematicamente de dois em dois meses, nos primeiros seis meses, e de três em três meses por mais um ano e meio.

Dada a importância da participação da família no tratamento do alcoolista, antes mesmo de se conhecer os objetivos de cada empresa com relação ao atendimento familiar, fica evidente a deficiência das empresas A e D em orientar os familiares dos empregados alcoolistas, devido à não sistematização dos atendimentos realizados.

### 7.3 Objetivos do atendimento à família

As alternativas abaixo foram propostas no instrumento de coleta de dados para pesquisar os objetivos das empresas no atendimento à família:

- A - Esclarecer sobre o programa existente na empresa
- B - Prestar informações sobre a doença alcoolismo
- C - Baixar a ansiedade e aliviar a culpa dos familiares em função da problemática do empregado
- D - Avaliar a situação vivida pelo funcionário e sua família
- E - Reforçar a necessidade de participação da família no processo de recuperação do alcoolista
- F - Traçar plano de tratamento para a família
- G - Acompanhar o tratamento do alcoolista e da família
- H - Outros

TABELA 11. OBJETIVOS DO ATENDIMENTO À FAMÍLIA, ENUMERADOS POR ORDEM DE PRIORIDADE

OBJETIVOS POR EMPRESA	A								B								C								D							
	A	B	C	D	E	F	G	H	A	B	C	D	E	F	G	H	A	B	C	D	E	F	G	H	A	B	C	D	E	F	G	H
PROFISSIONAIS																																
Psicólogo									6	2	1	3	4	2	5																	
Assistente Social	5	4	6	3			2	1	6	2	1	3	4	2	5		1	2	3	7	4	5	6		3	4	1	5	2	7	6	
Médico									6	2	1	3	4	2	5		1	2	3	7	4	5	6		3	4	1	5	2	7	6	
Enfermeiro	4	5	6	2	1		3																									
Gerente R.H.																	1	2	3	7	4	5	6									

Como se observa na tabela 11, dentro de cada uma das empresas B, C e D, houve uniformidade entre as prioridades do atendimento à família apontadas pelos profissionais. Apenas na empresa A é que as prioridades apontadas pela Assistente Social e pela Enfermeira são diferentes. A prioridade nº 1 para a Enfermeira corresponde à alternativa E: reforçar a necessidade de participação da família no processo de recuperação do alcoolista. Já a Assistente Social reformula esta alternativa, declarando, como 1ª prioridade, a alternativa H: necessidade de sensibilizar a família para o seu próprio tratamento, independente do tratamento do alcoolista. No fundo, acredita-se que os dois especialistas objetivam a mesma coisa, que de alguma forma, o tratamento do familiar colabore com a recuperação do alcoolista. Reforçando a importância da atuação dos familiares na recuperação do alcoolista, relembra-se a declaração feita por BOWEN de que, quando é possível modificar o sistema de relacionamento familiar, a disfunção do alcoolista

é aliviada, mesmo que ele não participe de terapia.<sup>4</sup> As outras prioridades assinaladas pelos dois especialistas da empresa A são as mesmas, apenas com inversão das prioridades 2 e 3 nas alternativas D e G e 4 e 5 nas alternativas A e B.

Considerando-se as quatro empresas pesquisadas, verifica-se que cada uma coloca hierarquias diferentes quanto à prioridade dos objetivos do atendimento à família, isto é, os objetivos não têm a mesma ordem de prioridade em nenhuma das empresas; o que demonstra a amplitude do trabalho a ser desenvolvido com a família. Entre as semelhanças encontradas, aponta-se a prioridade nº 1 nas empresas B e D, que é baixar a ansiedade e aliviar a culpa dos familiares em função da problemática do empregado. Este dado confirma a necessidade de o atendimento familiar focalizar este ponto. Finalmente, os dois objetivos que, de alguma forma, são prioritários em todas as empresas (com uma pontuação que varia de 1 a 4) são as alternativas B: prestar informações sobre a doença alcoolismo e a alternativa E: reforçar a necessidade de participação da família no processo de recuperação do alcoolista.

## 8 GRUPOS DE APOIO

Os itens 8.1 e 8.2 do instrumento visam investigar a existência de grupos de apoio nas empresas e quais são as suas funções.

Pelas respostas apresentadas, constatou-se primeiramente que existem grupos de apoio funcionando dentro das quatro empresas pesquisadas. Desta forma, para identificar as funções dos grupos de apoio em cada uma das empresas, foram propostas as seguintes alternativas:

- A - Manutenção da sobriedade (abstinência do grupo)
- B - Utilização da troca de experiências e desenvolvimento pessoal

- C - Propagação do programa  
 D - Discussão das dificuldades funcionais e/ou sociais dos empregados alcoolistas  
 E - Outras.

TABELA 12. FUNÇÕES DOS GRUPOS DE APOIO ENUMERADAS POR ORDEM DE PRIORIDADE

FUNÇÕES	A					B					C					D				
	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
Psicólogo	-	-	-	-	-	1	3	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assist.Social	2	1	4	3	5	1	3	4	2	-	1	2	4	3	-	1	2	4	3	-
Médico	-	-	-	-	-	1	3	4	2	-	1	2	4	3	-	1	2	4	3	-
Enfermeiro	1	2	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gerente de R.H.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	4	3	-	-	-	-	-	-

Pela análise da tabela nº 12, verifica-se que as funções dos grupos de apoio foram assinaladas na mesma ordem de prioridade pelos profissionais das empresas B, C e D. Na empresa A, houve uma variação entre as prioridades apontadas pela Assistente Social e pela Enfermeira, isto é, uma inversão entre prioridades 1 e 2 nas alternativas A e B.

Fazendo-se uma análise comparativa entre as empresas, verifica-se que há muita semelhança entre as funções que os grupos de apoio têm em cada uma das empresas (inclusive são idênticas nas empresas C e D). De forma que, procedendo-se a uma avaliação geral, as principais funções dos grupos de apoio nas empresas pesquisadas seriam: em primeiro lugar a manutenção

da sobriedade (abstinência de grupo), em segundo a utilização da troca de experiência e desenvolvimento pessoal e em terceiro lugar a discussão das dificuldades funcionais e/ou sociais dos empregados.

A assistente social da empresa A acrescenta, como função dos grupos de apoio, embora reconheça que não é prioritária, a discussão das atividades desenvolvidas na empresa em relação à prevenção e recuperação do alcoolismo.

## 9 CUSTO DO PROGRAMA

As questões de números 9.1 até 9.4 procuram levantar os procedimentos utilizados pelas empresas para o custeio do tratamento do empregado alcoolista, nos casos de 1º internamento, internamento após recaída e sessões de terapia.

Em primeiro lugar, deve-se registrar que, segundo os profissionais pesquisados, todas as empresas mantêm convênio com clínicas ou psicoterapeutas. Com relação às despesas de internamento do empregado ou sessões de psicoterapia, os profissionais das diferentes empresas deram as seguintes explicações:

### EMPRESA A:

- 1º internamento: a Companhia paga a maior parte das despesas, a parte que o funcionário paga varia de acordo com sua faixa salarial (entre 5 a 26% da despesa).
- Internamento após recaída: o programa prevê uma participação financeira progressiva do empregado a cada recaída.
- Psicoterapia: o sistema de desconto para psicoterapia é comum a todos os empregados (mesmo os não

alcoolistas). No primeiro ano; a participação é de acordo com a faixa salarial (5 a 26% das despesas). No segundo ano, são descontados 50% das despesas do empregado. A partir do 3º ano, o desconto é integral.

EMPRESA B:

- Em qualquer caso de internamento ou psicoterapia, a empresa responsabiliza-se pelo pagamento de 70% das despesas e o funcionário alcoolista pelos 30% restantes.

EMPRESA C:

- 1º internamento: a empresa paga toda a despesa.
- Internamento após recaída: na 1ª recaída a empresa continua custeando 100% do tratamento, na 2ª recaída somente 50% e na 3ª em diante o custo é do empregado.
- Psicoterapia: as sessões de psicoterapia são pagas pela empresa.

EMPRESA D:

- 1º internamento: a empresa paga 70% das despesas e o empregado 30%.
- Internamento após recaída: em casos de recaída é o empregado quem arca com as despesas. Entretanto, a Assistente Social diz que em alguns casos o reembolso pode ser concedido.
- Psicoterapia: os empregados recebem um reembolso de 70% das despesas com psicoterapia.

Neste aspecto, a análise dos dados obtidos confirma a aplicação do princípio da Mútua Responsabilidade na concessão dos serviços de tratamento ao alcoolista, isto é, os custos são compartilhados entre a empresa e o empregado. Além disso, é importante notar que, com exceção da empresa B, os profissionais de todas as empresas explicam que os programas prevêm uma crescente participação do empregado no custeio do tratamento a cada recaída. Infere-se que esta é uma medida utilizada pelas empresas como meio de pressionar os empregados a se manterem em abstinência e, a partir desta, se envolverem num processo de recuperação.

#### 10 ASPECTO FORMATIVO EM DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

O item 10.1 do instrumento de pesquisa procura determinar se os programas de Assistência ao Alcoolismo nas empresas fazem parte de um programa maior de Desenvolvimento de Recursos Humanos.

Os profissionais das empresas A e C afirmam que o programa de Assistência ao Alcoolismo faz parte do programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos e tecem os seguintes comentários:

- A empresa tem procurado adotar uma linha administrativa centrada no homem e não na produção. O programa de assistência ao alcoolismo está dentro desta filosofia, pois é um programa eminentemente voltado para o homem e o desenvolvimento de suas potencialidades (Assistente Social e Enfermeira da empresa A).
- É fundamental que o programa de assistência ao alcoolismo seja parte de um programa maior do Desenvolvimento de Recursos Humanos, uma vez que o

mais 'importante' no contexto de uma empresa são os (seres humanos) empregados (Gerente de R.H. da empresa A).

- O programa visa a prevenção e o tratamento do alcoolismo, para que o empregado se mantenha em condições de saúde adequadas ao trabalho (Gerente de R.H. da empresa C).

Por outro lado, os profissionais das empresas B e D responderam que o programa de Assistência ao Alcoolismo não faz parte de um programa maior de Desenvolvimento de Recursos Humanos, acrescentando os seguintes comentários:

- O programa de Assistência ao Alcoolismo é pioneiro dentro da empresa, a partir dele pretende-se criar um programa maior de Desenvolvimento de Recursos Humanos, de acordo com as necessidades (Psicóloga da empresa B).
- O programa de Assistência ao Alcoolismo é apenas extensão de um princípio da empresa que considera o Alcoolismo uma situação que deve ter o mesmo apoio, a mesma oportunidade, dada em casos de outra doença qualquer (Gerente de R.H. da empresa D).

A análise dos comentários apresentados pelos profissionais das diferentes empresas pesquisadas confirma que a administração de Recursos Humanos depende da situação organizacional, isto é, cada organização adota uma política de recursos humanos adequada à filosofia, às diretrizes e às necessidades da empresa. Dessa forma, os programas de Assistência ao Alcoolismo estão inseridos de formas diferenciadas na administração de Recursos Humanos das empresas, embora o ponto comum entre elas tenha sido uma resposta positiva de atenção ao problema do trabalhador alcoolista.

Numa perspectiva de evolução, se prevê que com a expansão e o desenvolvimento dos programas surgirão novas formas de entendimento da assistência ao alcoolismo, que deixará de ser um problema meramente de saúde do trabalhador, mas um programa educacional de melhoria da qualidade de vida e desenvolvimento dos recursos humanos.

#### 10.2 Oportunidades formativas oferecidas pelo programa de Assistência ao Alcoolismo

Para levantar as oportunidades formativas que os especialistas acreditam estarem sendo oferecidas pelo programa de Assistência ao Alcoolismo, foram propostas as 5 alternativas seguintes:

- A - Promoção de reintegração social do alcoolista
- B - Planejamento e desenvolvimento de encontros e palestras para esclarecimento sobre a doença
- C - Condições de reformulação da visão de mundo do alcoolista, alterada pela doença, auxiliando-o na reelaboração da autocrítica e da capacidade de escolha
- D - Dinâmica de desenvolvimento intra e interpessoal
- E - Outras.

TABELA 13. OPORTUNIDADES FORMATIVAS OFERECIDAS PELO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO ALCOOLISMO, ENUMERADAS DE ACORDO COM A SUA EFICÁCIA

OPORTUNIDADES \ PROFISSIONAIS	A					B					C					D				
	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
Psicólogo	-	-	-	-	-	2	4	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assist.Social	4	2	1	3	-	2	4	1	3	-	3	1	2	4	-	1	3	2	4	-
Médico	-	-	-	-	-	2	4	1	3	-	3	1	2	4	-	1	3	2	4	-
Enfermeiro	4	1	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gerente de R.H.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1	2	4	-	4	1	2	3	-

Pela análise da tabela nº 13, verifica-se que, na opinião dos especialistas, as oportunidades formativas que estão sendo oferecidas pelos programas de Assistência ao Alcoolismo com maior eficácia são aquelas correspondentes à alternativa B (nas empresas A, C e D assinalada 5 vezes em primeiro lugar, num total de 8 respondentes) e à alternativa C (assinalada nas 4 empresas pesquisadas 4 vezes em primeiro lugar e 6 vezes em segundo, num total de 11 respondentes). Por outro lado, entendem os especialistas que a oportunidade formativa que tem sido menos oferecida pelos programas corresponde à alternativa D: dinâmica de desenvolvimento intra e interpessoal.

Infere-se, portanto que, num primeiro momento, os programas de Assistência ao Alcoolismo objetivam o entendimento cognitivo da doença por parte dos empregados (o que corresponde a alternativa B: planejamento e desenvolvimento de encontros e palestras para esclarecimentos sobre a doença). Em seguida, ou

simultaneamente, dependendo do nível de elaboração do programa, as empresas visam trabalhar na reformulação da visão de mundo do alcoolista, auxiliando-o na reelaboração da autocrítica e da capacidade de escolha (alternativa C). Dir-se-ia, portanto, que até aqui as empresas se concentraram a nível de desenvolvimento intrapessoal.

Num segundo momento, embora os especialistas das empresas estejam muito mais preocupados com o aspecto "doença" do alcoolismo, a reintegração social do alcoolista (alternativa A) é um passo obrigatório no processo de recuperação do alcoolista, o qual, apesar de pouco valorizado pelos respondentes neste item, já está sendo oferecido via grupos de apoio. Portanto, todo o trabalho dos programas de Assistência ao Alcoolismo deve levar ao desenvolvimento intra e interpessoal dos participantes (alternativa D), que seria o resultado de todas as oportunidades formativas discutidas anteriormente.

### 10.3 Objetivos dos programas de Desenvolvimento de Recursos Humanos

Neste item, procura-se levantar quais são os objetivos dos programas de Desenvolvimento dos Recursos Humanos, na opinião dos especialistas das empresas pesquisadas. Para isso, foram sugeridas as seguintes alternativas:

- A - Melhorar o desempenho do empregado
- B - Garantir a eficiência no trabalho
- C - Possibilitar condições de atualização do potencial intrínseco do empregado
- D - Auxiliar no desenvolvimento de relações no trabalho
- E - Propiciar condições de adaptação da personalidade do empregado às exigências do trabalho.
- F - Outros.

TABELA 14. OBJETIVOS DOS PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE ACORDO COM OS PROFISSIONAIS DAS DIFERENTES EMPRESAS PESQUISADAS

OBJETIVOS	A						B						C						D					
	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F
Psicólogo	-	-	-	-	-	-	x	-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistente Social	-	x	x	x	-	-	x	-	x	x	x	-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	x	-	-
Médico	-	-	-	-	-	-	x	-	x	x	x	-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	x	-	-
Enfermeiro	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gerente de R.H.	x	x	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	-	-	-	x	x	x	x	x	-

Na tabela nº 14, verifica-se que os objetivos dos programas de Desenvolvimento de R.H., que foram assinalados por todos os profissionais pesquisados na empresa A, correspondem às alternativas B e D. Na empresa B, os objetivos correspondem às alternativas A, C, D e E. Já na empresa C, correspondem às alternativas A, B e C, enquanto que, na empresa D, apenas a alternativa C foi assinalada por todos.

Considerando-se que, nas empresas A, B e C, o programa de Assistência ao Alcoolismo é parte do programa de Desenvolvimento de R.H., conforme os dados levantados no item 10.1 (embora na empresa B o primeiro seja pioneiro na área de Desenvolvimento de R.H.), conclui-se que os programas de Assistência ao Alcoolismo têm, além das finalidades e objetivos explicitados nos itens 2.11 e 2.12, os seguintes objetivos:

- Possibilitar condições de atualização do potencial intrínseco do empregado (indicado 11 vezes como objetivo dos programas de Desenvolvimento de R.H.).

- Melhorar o desempenho do empregado (9 indicações) e garantir a eficiência no trabalho (7 indicações), confirmando uma das finalidades dos programas de Assistência ao Alcoolismo expressa no item 2.11, que consiste no aumento do nível de rendimento no trabalho.
- Auxiliar no desenvolvimento de relações no trabalho (7 indicações). Esse objetivo pode ser traduzido como aprimoramento do relacionamento interpessoal entre chefia/empregado e empregado/empregado, o qual também foi colocado no item 2.12.
- Finalmente, o objetivo menos relevante na opinião dos especialistas: propiciar condições de adaptação da personalidade do empregado às exigências do trabalho (6 indicações).

Por fim, vale questionar por que os profissionais da empresa D refutam o programa de Assistência ao Alcoolismo como Desenvolvimento de R.H., tratando-o como um problema meramente de saúde, "como outro qualquer", desconsiderando tanto o aspecto da prevenção primária quanto as particularidades do processo de recuperação do alcoolista, sendo que ambos envolvem a questão educacional. Voltando-se ao item 2.13, constata-se que a empresa D desenvolve mais atividades de tratamento, daí, acredita-se que a referida empresa concentra-se nos problemas imediatos da doença e não no desenvolvimento da pessoa alcoolista.

Os itens 10.4 e 10.5 procuram verificar se o programa de Assistência ao Alcoolismo oferece subsídios a outras áreas da Administração de R.H. e quais são estas áreas.

Com exceção ao Gerente de R.H. da empresa D, que respondeu que o programa de Assistência ao Alcoolismo não oferece subsídios a outras áreas da Gerência de R.H., todos os outros profissionais pesquisados afirmam que oferece.

As áreas da Administração de R.H. com as quais o programa de Assistência ao Alcoolismo se relaciona foram indicadas pelos especialistas entre as seguintes alternativas:

- A - Seleção de Pessoal
- B - Avaliação de Desempenho
- C - Avaliação de Potencial
- D - Administração Salarial
- E - Movimentação de Pessoal
- F - Outra.

TABELA 15. ÁREAS DA ADMINISTRAÇÃO DE R.H. COM AS QUAIS O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO ALCOOLISMO SE RELACIONA DE ACORDO COM OS DIFERENTES PROFISSIONAIS PESQUISADOS

PROFISSIONAIS	ÁREAS																							
	A						B						C						D					
	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F
Psicólogo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistente Social	x	x	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	-	-	x	-	x	-	-	-
Médico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	-	-	x	-	x	-	-	-
Enfermeiro	x	x	x	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gerente de R.H.	-	-	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	-	x	-

A respeito das relações indicadas na tabela acima entre o programa de Assistência ao Alcoolismo e as áreas de Administração de R.H., os profissionais pesquisados fizeram os seguintes comentários:

## EMPRESA A:

- Seleção de Pessoal - na seleção é avaliada a possível presença de alcoolismo e a admissão é feita após uma análise do caso (Assistente Social e Enfermeira).
- Avaliação de desempenho - o programa orienta as chefias para evitar discriminações ou protecionismos (Assistente Social e Enfermeira).
- Avaliação de potencial - o programa oferece informações sobre as limitações para o trabalho pertinentes ao quadro da doença (Enfermeira).
- Movimentação de Pessoal - o programa fornece subsídios (informações e orientações) ao setor que irá receber o empregado (gerente de R.H., Assistente Social e Enfermeira).
- Segurança Industrial - o programa contribui para aumentar o nível de segurança e diminuir o potencial de risco (gerente de R.H.).
- Medidas disciplinares - o programa oferece orientação (Assistente Social e Enfermeira).

EMPRESA B (as relações abaixo foram apontadas por todos os especialistas pesquisados nesta empresa):

- Movimentação de Pessoal - fornecer informações, ao setor que irá receber o funcionário, a respeito de suas reais condições de trabalho
- Medidas disciplinares - orientar a Divisão de Recursos Humanos quando da necessidade de medidas punitivas.

EMPRESA C (as relações abaixo foram apontadas por todos os especialistas pesquisadores nesta empresa):

- Seleção de Pessoal - exame médico admissional
- Avaliação de Desempenho - acompanhamento do alcoolista - melhoria do desempenho
- Movimentação de Pessoal - acompanhamento do alcoolista - remanejamento.

EMPRESA D:

- Recrutamento e Seleção - esta área passou por uma orientação e reformulação dos procedimentos conforme a política interna da empresa (Assist. Social e Médico)
- Movimentação de Pessoal - acompanhamento do alcoolista. Quando o funcionário pleiteia outra função é avaliado por todo o tratamento realizado (Assist. Social e Médico).

A Assistente Social e o Médico salientam ainda que possuem na equipe um Representante de R.H. para resolver as questões ligadas às áreas anteriormente citadas. Observa-se aqui um desencontro entre as informações prestadas pelos especialistas desta empresa. O Gerente de R.H. declara não haver qualquer relação entre as diferentes áreas de Administração de R.H. e o programa de Assistência ao Alcoolismo, enquanto a Assistente Social e o Médico referem-se, em duas oportunidades, (itens 4.1 e 10.5) contarem com um Representante de R.H. na equipe. Seria então de se perguntar: Qual é o papel deste funcionário na equipe? Embora não seja claramente colocada, parece que a sua função é resguardar que o trabalho Médico e Social se coadune com a política da empresa.

Efetuando-se um balanço geral das respostas apresentadas na tabela nº 15, verifica-se que duas áreas da Administração de R.H. destacam-se como aquelas que mais se relacionam com o programa de Assistência ao Alcoolismo das empresas pesquisadas:

Seleção e Movimentação de Pessoal. Isto significa que esses programas estão longe de tirar sua inspiração no altruísmo ou desprendimento das empresas, se é que se pode dizer assim. Na realidade, eles se baseiam no princípio da reciprocidade: se o indivíduo puder realizar o que a empresa espera dele, então, ela poderá oferecer-lhe algum benefício.

Entretanto, conforme salienta CHIAVENATO, "uma organização bem sucedida toma recursos das pessoas, mas permite retornos com maiores valores do que foi investido".<sup>5</sup> Assim, se a empresa representa o meio que permite ao alcoolista engajar-se num processo de recuperação, independe de que o seu objetivo seja o desenvolvimento econômico, pois seria difícil se esperar diferente de nossa sociedade.

## SEGUNDA PARTE - DADOS LEVANTADOS JUNTO AOS EMPREGADOS ALCOOLISTAS

Nesta seção serão apresentados os dados colhidos junto aos empregados alcoolistas das empresas pesquisadas. A população aqui pesquisada consiste num grupo de 35 alcoolistas, pertencentes às seguintes empresas: Empresa A (7), Empresa B (10), Empresa C (7) e Empresa D (11). Estes alcoolistas foram escolhidos segundo os critérios já descritos no capítulo da Metodologia, item 3.5.

### 1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS ALCOOLISTAS

Realizou-se levantamento das características dos alcoolistas respondentes por meio dos itens: 1.1 Idade, 1.2 Sexo, 1.3 Grau de instrução, 1.4 Situação conjugal, 1.5 Moradia, 1.6 Religião, 1.7 Jornada semanal de trabalho, 1.8

Renda Mensal, 1.9 Tempo que trabalha na empresa, 1.11 Promoções.

Os resultados são apresentados nas tabelas a seguir:

TABELA 16. IDADE E SEXO

IDADE \ SEXO	A		B				C		D		TOTAL		
	M	F	M	F	SEM IDENTIFICAÇÃO		M	F	M	F	M (%)	F (%)	SEM IDENTIFICAÇÃO (%)
	< 20 anos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 - 29 anos	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	2(5,7)	-	-
30 - 39 anos	6	-	3	1	-	-	1	-	6	-	16(45,7)	1(2,8)	-
40 - 49 anos	1	-	2	-	-	-	6	-	3	-	12(34,3)	-	-
50 - 59 anos	-	-	1	1	-	-	-	-	1	-	2(5,7)	1(2,8)	-
> 60 anos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sem identificação	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1(2,8)
TOTAL	7	-	7	2	1	-	7	-	11	-	32(91,5)	2(5,7)	1(2,8)

Observa-se na tabela nº 16 uma grande incidência de alcoolistas entre os empregados homens (91,5%), resultado semelhante ao encontrado em outros trabalhos, como o de ANDRADE e HIRATA,<sup>6</sup> realizado no Instituto de Psiquiatria do HC da FMUSP. É importante notar que a literatura especializada ressalta a prevalência do alcoolismo entre os homens, entretanto não se pode generalizar os resultados, porque não se perguntou a relação entre o número de empregados dos sexos masculino e feminino em cada empresa.

A faixa etária dos empregados alcoolistas pesquisados varia entre 22 e 59 anos de idade, porém 83% dos sujeitos situam-se entre 30 e 49 anos de idade, coincidindo com a faixa etária de maior produtividade da população. Este dado comprova a necessidade das empresas implantarem programas de Assistência ao Alcoolismo, pois este, quando não é prevenido ou tratado, implica em prejuízo evidente tanto para a empresa, quanto para a sociedade.

TABELA 17. GRAU DE INSTRUÇÃO

ESCOLARIDADE	EMPRESA A	EMPRESA B	EMPRESA C	EMPRESA D	TOTAL
	Nº DE ALCOOLISTAS	Nº DE ALCOOLISTAS	Nº DE ALCOOLISTAS	Nº DE ALCOOLISTAS	Nº (%)
Sem escolarização	-	-	-	1	1(2,8)
1º grau incompleto	1	3	1	6	11(31,4)
1º grau completo	3	1	1	1	6(17)
2º grau incompleto	3	2	2	1	8(22,8)
2º grau completo	-	1	-	1	2(5,7)
Superior incompleto	-	1	1	-	2(5,7)
Superior completo	-	2	2	1	5(14,3)
					35(100)

Observa-se na tabela nº 17 que apenas na empresa D há uma concentração de alcoolistas com baixo grau de escolaridade, isto é, 1º grau incompleto, sendo que nas outras empresas (principalmente B e C) os alcoolistas se distribuem mais ou menos equitativamente em todos os graus. Esta observação ratifica (apesar da dificuldade em identificar os alcoolistas de níveis superiores, apontada pela Assistente Social da

empresa A no item 3.2 da I Parte) o dado de que o alcoolismo atinge os funcionários em todos os níveis.

Entretanto, há de se ressaltar que não se pode estabelecer uma correlação entre o número de alcoolistas e o grau de escolaridade, porque os dados não permitem classificar o número total de empregados por grau de escolarização. Assim, até é possível que os 5 (cinco) alcoolistas de nível superior representem, em relação a sua população, um índice mais elevado que os 11 (onze) de 1º grau incompleto, em relação aos seus pares. Neste caso particular não se pode concluir a respeito da relação entre alcoolismo e grau de escolaridade.

Por outro lado, ao se constatar o fato de os empregados alcoolistas serem sujeitos egressos dos diferentes graus do ensino formal, registra-se a necessidade de se desenvolver nas escolas, programas conforme lançou o Ministro da Educação, Carlos Chiarelli, em 16 de junho de 1990. Este projeto "VALORIZAÇÃO DA VIDA", de acordo com nota publicada na GAZETA DO POVO,<sup>7</sup> tem o objetivo de estabelecer uma política de prevenção e tratamento ao consumo de álcool e outras drogas e será desenvolvido em escolas do primeiro e segundo graus de todo o país. Também a UFPr organizou, há aproximadamente 2 (dois) anos, uma Comissão Multidisciplinar que vem desenvolvendo um Programa de Informação, Orientação e Intervenção de Alcoolismo. O trabalho em desenvolvimento envolve os nove Setores da Universidade, com seus cinquenta e três Cursos e sessenta e quatro Departamentos, e tem por objetivo o diagnóstico e a prevenção do alcoolismo na UFPr.

TABELA 18. SITUAÇÃO CONJUGAL

ESTADO CIVIL	EMPRESA A	EMPRESA B	EMPRESA C	EMPRESA D	TOTAL Nº (%)
	Nº DE	Nº DE	Nº DE	Nº DE	
	ALCOOLISTAS	ALCOOLISTAS	ALCOOLISTAS	ALCOOLISTAS	
Solteiro	1	1	-	-	2(5,7)
Casado	5	6	7	10	28(80)
Separado judici- almente	1	2	-	-	3(8,6)
Divorciado	-	1	-	-	1(2,8)
Vive maritalmente	-	-	-	1	1(2,8)
					35(100)

TABELA 19. MORADIA

MORADIA	EMPRESA A	EMPRESA B	EMPRESA C	EMPRESA D	TOTAL Nº (%)
	Nº DE	Nº DE	Nº DE	Nº DE	
	ALCOOLISTAS	ALCOOLISTAS	ALCOOLISTAS	ALCOOLISTAS	
Com a família	7	6	7	11	31(88,5)
Sozinho	-	1	-	-	1(2,8)
Com parentes	-	2	-	-	2(5,7)
Com um filho	-	1	-	-	1(2,8)
					35(100)

Pela análise das tabelas nºs 18 e 19, observa-se que o impacto do alcoolismo em relação à situação conjugal e à moradia não é muito grande para o empregado alcoolista. A tabela 18 relata o estado civil dos pesquisados: 5,7% são

solteiros, 80% são casados e 2,8% vivem maritalmente, apenas 11,4% estão separados (divorciados e separados judicialmente).

Com relação à questão da moradia, 88,5% vivem com a família, 8,6% moram com parentes ou filhos e apenas 2,8% moram sozinhos.

Entretanto, estes dados levantados apenas caracterizam os pesquisados com relação ao estado civil e às condições de moradia, não permitindo maior generalização a respeito das relações familiares (ex.: brigas ou discussões em família, função/disfunção, participação nas atividades familiares, etc).

TABELA 20. RELIGIÃO

RELIGIÃO	EMPRESA A	EMPRESA B	EMPRESA C	EMPRESA D	TOTAL
	Nº DE	Nº DE	Nº DE	Nº DE	Nº (%)
	ALCOOLISTAS	ALCOOLISTAS	ALCOOLISTAS	ALCOOLISTAS	
Católica	5	5	5	8	23(65,7)
Espírita	1	-	-	-	1(2,8)
Evangélica	-	-	-	1	1(2,8)
Budista	-	-	1	-	1(2,8)
Não especifica	1	3	1	2	7(20)
Sem religião	-	2	-	-	2(5,7)
					35(100)

Na tabela nº 20, constata-se que o catolicismo, religião de maior número de seguidores em nosso meio, aparece em 65,7% dos alcoolistas pesquisados. Outros 20% não especificam a religião a que pertencem e 5,7% declaram que não têm religião. Outras religiões, tais como: Espírita, Evangélica e Budista aparecem com baixa frequência.

TABELA 21. JORNADA SEMANAL DE TRABALHO

HORAS	EMPRESA A	EMPRESA B	EMPRESA C	EMPRESA D	TOTAL Nº (%)
	Nº DE ALCOOLISTAS	Nº DE ALCOOLISTAS	Nº DE ALCOOLISTAS	Nº DE ALCOOLISTAS	
33,6	1	-	-	-	1(2,8)
36	2	-	-	-	2(5,7)
40	3	4	7	-	14(40)
44	-	-	-	4	4(11,4)
45	-	-	-	4	4(11,4)
48	1	3	-	1	5(14,3)
55	-	-	-	1	1(2,8)
Sem resposta	-	3	-	1	4(11,4)
					35(100)

A tabela nº 21 mostra que 40% dos alcoolistas pesquisados têm uma jornada semanal de trabalho de 40 horas. Outros 37% têm uma jornada que varia entre 44 e 48 horas semanais. Nos dois extremos, isto é, 33,6 horas e 55 horas de trabalho por semana encontram-se 2,8% dos sujeitos. Daí, pode-se concluir não haver, entre os pesquisados, uma relação entre o alcoolismo e a jornada de trabalho.

TABELA 22. RENDA MENSAL

RENDA	EMPRESA A	EMPRESA B	EMPRESA C	EMPRESA D	TOTAL Nº (%)
	Nº DE	Nº DE	Nº DE	Nº DE	
	ALCOOLISTAS	ALCOOLISTAS	ALCOOLISTAS	ALCOOLISTAS	
De 1 a 3 salários mínimos	-	3	1	1	5(14,2)
De 4 a 6 salários mínimos	-	5	3	7	15(42,8)
Mais de 7 salários mínimos	7	2	3	3	15(42,8)
					35(100)

Os dados da tabela acima demonstram que a renda mensal dos alcoolistas pesquisados é: de 1 a 3 salários mínimos para 14,2% dos sujeitos, de 4 a 6 salários para 42,8% e de mais de 7 salários mínimos para os outros 42,8% restantes.

Fazendo-se uma comparação com o rendimento mensal da população brasileira economicamente ativa em 1987, publicado pelo Anuário Estatístico do Brasil<sup>8</sup> de 1989, verifica-se que a remuneração dos alcoolistas pesquisados é superior à da média da população. Isto é, apenas 14,2% dos sujeitos recebem de 1 a 3 salários mínimos, enquanto 67,4% da população economicamente ativa do supracitado Anuário tinham um rendimento igual ou inferior a 3 salários mínimos.

TABELA 23. TEMPO QUE TRABALHA NA EMPRESA

TEMPO	EMPRESA A	EMPRESA B	EMPRESA C	EMPRESA D	TOTAL
	Nº DE	Nº DE	Nº DE	Nº DE	
	ALCOOLISTAS	ALCOOLISTAS	ALCOOLISTAS	ALCOOLISTAS	
Entre 1 e 3 anos	-	2	-	2	4(11,4)
Entre 3 e 5 anos	-	-	-	-	-
Entre 5 e 7 anos	-	1	-	3	4(11,4)
Entre 7 e 9 anos	-	1	2	1	4(11,4)
Mais de 9 anos	7	6	5	4	22(62,8)
Não respondeu	-	-	-	1	1(2,8)
					35(100)

Observa-se na tabela nº 23 que a maior porcentagem (62,8%) dos alcoolistas pesquisados são empregados antigos nas empresas (mais de 9 anos). Essa prevalência corrobora informações de outros autores. BRISOLARA, por exemplo, explica que, em companhias com baixa rotatividade, os alcoolistas são empregados com 10 ou mais anos de casa.<sup>9</sup> Daí, o sucesso dos programas de Assistência ao Alcoolismo em países como os E.U.A. que, conforme informa WRICH,<sup>10</sup> já possuíam em 1980 mais de 5.000 programas desta natureza. Naturalmente, além de constituírem-se em benefício para os empregados, os programas de Assistência ao alcoolismo podem ser um negócio vantajoso para a empresa.

TABELA 24. PROMOÇÕES

Nº DE PROMOÇÕES	EMPRESA A	EMPRESA B	EMPRESA C	EMPRESA D	TOTAL Nº (%)
	Nº DE	Nº DE	Nº DE	Nº DE	
	ALCOOLISTAS	ALCOOLISTAS	ALCOOLISTAS	ALCOOLISTAS	
1 vez	2	1	-	2	5(14,3)
2 vezes	-	1	-	4	5(14,3)
3 vezes	-	-	-	1	1(2,8)
4 vezes	-	-	2	-	2(5,7)
Foi promovido (não especifica vezes)	-	1	2	-	3(8,6)
Nunca foi promo- vido	5	7	3	4	19(54,3)
					35(100)

Os dados obtidos em relação às promoções dos alcoolistas pesquisados indicam que 54,3% nunca foram promovidos, constatando-se também que apenas 8,6% dos pesquisados foram promovidos 3 ou 4 vezes. Considerando-se que 62,9% são empregados com mais de nove anos de casa e que 11,4% têm entre 7 e 9 anos (o que perfaz um total de 74,3%), conforme tabela nº 23, dir-se-ia que o número de promoções foi relativamente baixo. Assim, vale questionar se o problema de uso do álcool tem interferido na progressão destes empregados dentro da empresa.

O item 1.10 do instrumento procura levantar qual é o cargo que os alcoolistas pesquisados ocupam na empresa. Embora

a literatura faça referência a alguns fatores que contribuem para maior risco profissional em relação ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, os dados aqui coletados não permitem uma avaliação a esse respeito. Em primeiro lugar, porque as empresas pesquisadas desenvolvem atividades diferentes e por isso empregam diferentes profissionais, o que não permite uma comparação entre empresas. Em segundo lugar, porque o número de respondentes em cada empresa é muito limitado em relação à população total de empregados, o que impossibilita qualquer tentativa de associação entre o cargo ocupado e problemas de uso excessivo de álcool.

Entretanto, os dados levantados serão registrados a seguir, pois poderão servir de base para outros estudos e/ou avaliações:

## EMPRESA A

<u>Função</u>		<u>Nº de alcoolistas</u>
Segurança interna	=	2
Soldador	=	1
Caldeireiro	=	3
Operador	=	<u>1</u>
TOTAL	=	7

## EMPRESA B

<u>Função</u>		<u>Nº de alcoolistas</u>
Escriturário	=	4
Porteiro	=	1
Caixa	=	2
Assessor	=	1
Servente	=	1
Auxiliar de Serviço	=	<u>1</u>
TOTAL	=	10

## EMPRESA C

<u>Função</u>		<u>Nº de alcoolistas</u>
Técnico de obras	=	1
Eletricista	=	2
Auxiliar administra- tivo	=	2
Assistente adminis- trativo	=	1
Aferidor	=	<u>1</u>
TOTAL		7

## EMPRESA D

<u>Função</u>		<u>Nº de alcoolistas</u>
Ajustador de produ- ção	=	4
Inspetor de qualida- de	=	2
Distribuidor de lenha	=	1
Pintor	=	1
Operador de produção=		1
Montador de veículos=		1
Mecânico protótipo	=	<u>1</u>
TOTAL	=	11

## 1.12 Atividades Alternativas

Interpretando EDWARDS, um dos indicadores do grau de dependência do álcool é a relevância da bebida na vida do sujeito, isto é, quando o beber passa a ser priorizado em

relação a outras atividades.<sup>11</sup> Neste aspecto, o item 1.12 do instrumento procura investigar o que o empregado alcoolista faz no seu tempo livre (quando não está trabalhando).

TABELA 25. ATIVIDADES ALTERNATIVAS

ATIVIDADES ALTERNATIVAS	EMPRESA A	EMPRESA B	EMPRESA C	EMPRESA D	TOTAL Nº (%)
	Nº INDICAÇÕES	Nº DE INDICAÇÕES	Nº DE INDICAÇÕES	Nº DE INDICAÇÕES	
Sem atividades alternativas	-	-	-	-	-
Esportes	5	2	5	7	19(32,8)
Programas com a família	1	2	1	2	6(10,3)
Jogos e hobbies (sem atividade física)	8	10	2	11	31(53,4)
Participação em A.A.	1	-	1	-	2(3,4)
					58(100)

Obs.: Os respondentes citaram mais de uma atividade.

Observa-se na tabela nº 25 que todos os alcoolistas pesquisados mantêm interesse em atividades alternativas. Isto significa que estas pessoas têm melhores chances de se afastarem da bebida (se ainda estiverem bebendo) ou de não voltarem a beber (se forem abstinêncios), do que aquelas que não demonstram interesses específicos.

Entre as atividades alternativas citadas, as preferências ficaram assim colocadas: (53,4%) atividades não

físicas, (32,8%) esportes, (10,3%) programas com a família, (3,4%) participação em A.A.

## 2 HISTÓRIA PESSOAL DO ALCOOLISMO

O item 2.1 procura determinar o tempo durante o qual o empregado usou ou usa bebidas alcoólicas. A tabela a seguir mostra os dados obtidos.

TABELA 26. TEMPO DE INGESTÃO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

TEMPO	EMPRESA A	EMPRESA B	EMPRESA C	EMPRESA D	TOTAL Nº (%)
	Nº DE ALCOOLISTAS	Nº DE ALCOOLISTAS	Nº DE ALCOOLISTAS	Nº DE ALCOOLISTAS	
Menos de 2 anos	-	-	-	-	-
De 2 a 3 anos	-	1	-	-	1(2,8)
De 3 a 6 anos	1	2	-	1	4(11,4)
De 6 a 10 anos	2	-	2	2	6(17)
Mais de 10 anos	4	7	5	8	24(68,6)
					35(100)

Observa-se na tabela acima que a maior porcentagem dos empregados alcoolistas (68,6%) declara um período longo de ingestão de bebidas alcoólicas (superior a 10 anos), (17%) declaram um período de 6 a 10 anos e apenas (14,2%) um período inferior a 6 anos. Estes dados ratificam a colocação de MASUR de que a passagem do beber normal ao alcoolismo ou Síndrome de Dependência do Álcool não se faz do dia para a noite, mas é um processo que, em geral, demora vários anos.<sup>12</sup> Salienta-se,

portanto, a importância dos programas de Assistência ao Alcoolismo nas empresas como um método de intervenção precoce, capaz de reverter este processo.

Nos itens 2.2 e 2.3 são pesquisados a frequência com que o alcoolista costumava beber no período de maior consumo alcoólico e o consumo atual respectivamente.

TABELA 27. FREQUÊNCIA REFERENTE AO TEMPO DE MAIOR CONSUMO ALCOÓLICO

FREQUÊNCIA	EMPRESA A	EMPRESA B	EMPRESA C	EMPRESA D	TOTAL Nº (%)
	Nº DE ALCOOLISTAS	Nº DE ALCOOLISTAS	Nº DE ALCOOLISTAS	Nº DE ALCOOLISTAS	
Diariamente	5	7	7	9	28(80)
3 vezes por semana	1	-	-	2	3(8,6)
2 vezes por semana	-	-	-	-	-
1 vez por semana (fins de semana)	1	3	-	-	4(11,4)
					35(100)

Pela tabela nº 27, constata-se que a maior porcentagem dos alcoolistas pesquisados (80%) denuncia que bebiam diariamente no período de maior consumo alcoólico. Os 20% restantes declaram a seguinte frequência de consumo: uma vez por semana (11,4%) e três vezes por semana (8,6%).

Os resultados acima confirmam a frequência do consumo como manifestação de alcoolismo, embora se reconheça a importância de verificar a adaptação do sujeito decorrente do

uso do álcool, conforme é proposto no DSM-III (Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais).<sup>13</sup>

TABELA 28. CONSUMO ALCOÓLICO ATUAL

FREQUÊNCIA	EMPRESA A	EMPRESA B	EMPRESA C	EMPRESA D	TOTAL Nº (%)
	Nº DE ALCOOLISTAS	Nº DE ALCOOLISTAS	Nº DE ALCOOLISTAS	Nº DE ALCOOLISTAS	
3 vezes por semana	-	-	-	2	2(5,7)
1 vez por semana (fim de semana)	-	-	1	2	3(8,6)
Abstinente	7	10	6	7	30(85,7)
					35(100)

Observa-se na tabela acima que 85,7% dos alcoolistas pesquisados, os quais estavam participando dos programas de Assistência ao Alcoolismo na empresa, mantinham-se em abstinência. Este dado revela um bom índice em relação à diminuição da ingestão alcoólica em todas as quatro empresas. Para a empresa A, este dado não é representativo, porque os sujeitos da pesquisa foram selecionados com base neste critério e não se sabe a frequência de consumo dos demais alcoolistas. Entretanto, nas empresas B, C e D, nas quais os profissionais pesquisados (com exceção do médico da empresa B) priorizaram a diminuição da ingestão, entre as finalidades do programa (ver item 2.11 da I Parte), este tópico está sendo atingido.

#### 2.4 Problemas Clínicos

Primeiramente foi perguntado aos alcoolistas se eles já tinham tido problemas de saúde, os quais tivessem sido

associados por seus médicos ao uso de bebidas alcoólicas. Dos 35 respondentes, 19 (54,3%) disseram que SIM, 14 (40%) disseram que NÃO e 2 (5,7%) deixaram este item em branco.

Os sujeitos que declararam já ter tido problemas de saúde associados ao uso de bebidas alcoólicas referem-se a sinais, sintomas e problemas clínicos relacionados a diferentes sistemas e aparelhos orgânicos, a saber:

Sistema Muscular - mialgia

Sistema Nervoso - depressão, esquecimento, insônia, nervosismo, convulsão

Sistema Urinário - problemas nos rins

Aparelho Cardiovascular - disritmia cardíaca, pressão alta

Aparelho Digestivo- gastrite, hepatite, cirrose hepática, problemas no fígado

Não classificado - hemorragia.

Os problemas citados nos diversos sistemas e aparelhos são apresentados na tabela a seguir:

TABELA 29. SINAIS, SINTOMAS E PROBLEMAS CLÍNICOS

SINAIS, SINTOMAS E PROBLEMAS CLÍNICOS SISTEMA OU APARELHO	EMPRESA A Nº*	EMPRESA B Nº	EMPRESA C Nº	EMPRESA D Nº	TOTAL Nº (%)
Muscular	-	-	1	-	1(4,8)
Nervoso	2	4	-	1	7(33,3)
Urinário	-	-	-	1	1(4,8)
Cardiovascular	2	1	1	-	4(19)
Digestivo	1	1	1	4	7(33,3)
Não classificado	1	-	-	-	1(4,8)
					21(100)

\*Um respondente da Empresa A citou 2 sintomas e 1 problema clínico.

Pelos dados da tabela nº 29, observa-se que os problemas mais frequentes entre os empregados alcoolistas pesquisados concentram-se no Sistema Nervoso e no Aparelho Digestivo, cada um com uma porcentagem de 33,3%.

Retomando-se as porcentagens apresentadas inicialmente, nas quais 54% dos respondentes declaram ter tido problemas de saúde contra 40% que declaram que não, verifica-se que mais da metade dos alcoolistas pesquisados tiveram problemas de saúde relacionados ao uso de bebidas alcoólicas, quer sejam eles complicações orgânicas, psiquiátricas ou neurológicas. Este dado explica a razão de o principal objetivo dos profissionais envolvidos nos programas de Assistência ao Alcoolismo na empresa ser a identificação e diminuição dos problemas de saúde relacionados ao uso excessivo do álcool (item 2.12 da I Parte).

## 2.5 Internações para tratamento

Os dados relativos ao número de vezes que os empregados pesquisados foram internados para tratamento do alcoolismo serão apresentados na tabela a seguir:

TABELA 30. INTERNAÇÕES PARA TRATAMENTO

Nº DE INTERNAÇÕES	EMPRESA A	EMPRESA B	EMPRESA C	EMPRESA D	TOTAL Nº (%)
	Nº DE ALCOOLISTAS	Nº DE ALCOOLISTAS	Nº DE ALCOOLISTAS	Nº DE ALCOOLISTAS	
Nenhuma	1	1	3	4	9(25,7)
1 vez	4	5	4	4	17(48,6)
2 vezes	2	2	-	3	7(20)
Mais de 2 vezes	-	2	-	-	2(5,7)
					35(100)

Observa-se na tabela nº 30 que o número de internações motivadas pelo uso excessivo do álcool é elevado. Quase a metade dos empregados pesquisados (48,6%) foi internada uma vez, outros 20% contam com duas internações e 5,7% com mais de duas. Apenas 25,7% dos empregados alcoolistas pesquisados nunca foram internados.

## 2.6 Época da última internação e duração do internamento

O intuito deste item é pesquisar a época da última internação entre os empregados que se referiram terem sido internados para tratamento, a fim de que se possa fazer uma estimativa da participação dos programas nestes encaminhamentos. Em seguida, levanta-se a duração de cada uma destas internações, para identificar a modalidade mais utilizada pelos programas das diferentes empresas (intervenção breve ou longa duração).

Empresa A - Três respondentes tiveram sua última internação anterior à implantação do programa e outros três

depois. A duração das internações realizadas após a implantação do programa é de 70, 75 e 90 dias.

Empresa B\* - Apenas um respondente teve sua última internação anterior à implantação do programa, outros sete foram internados depois (a duração destas internações foi de 30, 33, 36, 38, 39, 90 e 96 dias).

Empresa C\* - Três respondentes foram internados depois da implantação do programa, dois durante 8 dias e um por 10 dias.

Empresa D\* - Foram citadas duas internações anteriores à implantação do programa e quatro posteriores (sendo três de 30 dias e uma de 32 dias).

A análise dos dados apresentados nos itens relacionados à internação para tratamento (2.5 e 2.6) mostra que dos 35 respondentes 9 (25,7%) nunca estiveram internados, 6 (17%) tiveram internações anteriores à implantação dos programas, 3 (8,6%) não indicam a data da última internação e 17 (48,6%) foram encaminhados para internamento após a implantação dos programas. Explica-se este índice relativamente alto de encaminhamentos para internação dos empregados identificados pelos programas de Assistência ao Alcoolismo, porque de acordo com ARAUJO "todo programa começa por reconhecer os casos de mais fácil identificação, isto é, os de mais tempo de comprometimento e os de prognóstico, provavelmente, mais reservado".<sup>14</sup> Entretanto, não se pode dizer que os programas de Assistência ao Alcoolismo nas empresas encaminham os empregados prioritariamente para tratamento em regime de internação, já que 15 (42,8%) deles estão tendo outras modalidades de atendimentos.

\*Em cada uma das empresas B, C e D não foram consideradas as respostas de um sujeito, porque não mencionaram a data das internações.

Com relação à duração dos internamentos, efetuados após a implantação dos programas nas empresas, estes podem ser classificados em duas modalidades:

- Internação de curta duração (até 40 dias) - 12 casos;
- Internação de longa duração (mais de 2 meses) - 5 casos.

Os dados aqui levantados revelam uma tendência para internações de curta duração, isto é, tratamento intensivo a curto prazo.

### 3 PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO ALCOOLISMO NA EMPRESA

Os itens 3.1 e 3.2 perguntam se o empregado participa do programa de Assistência ao Alcoolismo na empresa e há quanto tempo.

Com exceção de um empregado da empresa C que respondeu ter participado 6 meses ao programa e depois ter sido dispensado, todos os outros 34 respondentes declaram estar participando.

O levantamento do tempo de participação no programa, declarado pelos respondentes, é apresentado na tabela a seguir:

TABELA 31. TEMPO DE PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA

TEMPO	EMPRESA A	EMPRESA B	EMPRESA C	EMPRESA D	TOTAL Nº (%)
	Nº DE	Nº DE	Nº DE	Nº DE	
	ALCOOLISTAS	ALCOOLISTAS	ALCOOLISTAS	ALCOOLISTAS	
De 1 a 6 meses	2	2	1	2	7(20,6)
De 7 a 12 meses	2	3	1	6	12(35,3)
De 13 a 18 meses	1	5	1	2	9(26,5)
De 19 a 24 meses	2	-	2	1	5(14,7)
Mais de 24 meses	-	-	1	-	1(2,9)
					34(100)

Observa-se na tabela nº 31 que, à medida que os programas vão se desenvolvendo nas empresas, novos empregados alcoolistas vão se engajando a eles. Explicando melhor, a empresa A deu início ao funcionamento do programa há dois anos (com 2 dos alcoolistas pesquisados) e no último ano conseguiu o engajamento de 4 outros. As empresas B e D, que iniciaram seus programas há aproximadamente 18 e 20 meses (com 5 e 3 dos alcoolistas pesquisados), tiveram no último ano o engajamento de mais 5 e 8 outros, respectivamente. Finalmente, na empresa C, cujo programa vem funcionando há mais tempo (3 anos), um dos respondentes participa há mais de dois anos, três estão participando por um período de um a dois anos e dois engajaram-se no último ano.

Além de revelar uma contínua penetração dos programas na população de alcoolistas das empresas, os dados levantados neste item revelam que a maioria dos alcoolistas pesquisados (61,8%) tem uma participação nos programas de 7 a 18 meses (tempo suficiente para que possam dar suas impressões sobre os programas).

### 3.3 Motivo pelo qual começou a participar do programa

Para levantar os motivos que levaram o respondente a participar dos programas, foram propostas as seguintes alternativas:

- A - Problemas de saúde
- B - Porque estava faltando ou chegando atrasado ao trabalho, devido ao uso excessivo do álcool
- C - Porque não estava conseguindo fazer o serviço bem feito
- D - Porque estava se envolvendo em brigas com colegas de trabalho ou chefia
- E - Problemas em casa
- F - Outro.

TABELA 32. MOTIVOS QUE LEVARAM OS EMPREGADOS A PARTICIPAREM DO PROGRAMA

Nº DE INDICAÇÕES*	EMPRESA A	EMPRESA B	EMPRESA C	EMPRESA D	TOTAL Nº (%)
MOTIVOS					
A	2	4	-	5	11(21,2)
B	-	3	-	1	4(7,7)
C	-	4	1	1	6(11,5)
D	-	1	-	-	1(1,9)
E	-	5	4	4	13(25)
F	5	3	3	6	17(32,7)
					52(100)

\*Alguns respondentes assinalaram mais de uma resposta.

Antes de proceder à análise dos dados apresentados na tabela nº 32, relacionam-se os motivos citados na alternativa F (outros) com o número de indicações e porcentagens:

- Para ajudar outros alcoolistas: 3 indicações (5,8%)
- Para me ajudar na recuperação: 6 indicações (11,5%)
- Porque não conseguia parar de beber sozinho: 3 indicações (5,8%)
- Convite do Médico da empresa: 2 indicações (3,8%)
- Para trocar experiências, ajudar e ser ajudado pelos colegas com problemas comuns: 2 indicações (3,8%)
- Combinado de pós-tratamento: 1 indicação (1,9%)

TOTAL: 17 indicações (32,7%)

Pela análise dos dados levantados neste item, verifica-se que os motivos que levaram os empregados pesquisados a participarem dos programas de Assistência ao Alcoolismo na empresa foram indicados na seguinte ordem de frequência: em primeiro lugar, problemas de ordem familiar (alternativa E com 25% das indicações), em segundo lugar, problemas de saúde (alternativa A com 21,2% das indicações) e problemas relacionados ao ambiente de trabalho (alternativas B, C e D que somadas também resultam 21,2% das indicações). Entretanto, fazendo uma análise mais acurada, conclui-se que estes empregados foram motivados a participar do programa igualmente pelos problemas de ordem familiar como pelos problemas de saúde, já que 3,8% indicaram, entre outros motivos, o convite do Médico da empresa. Entretanto, é importante salientar que, embora um quarto dos motivos colocados relacione-se aos problemas de saúde, estes não são destacados pelos alcoolistas (como fazem os especialistas pesquisados). Assim, a necessidade de atenção aos problemas de saúde e aos problemas familiares (complicações sociais) é colocada no mesmo nível.

Os problemas relacionados ao ambiente de trabalho que motivaram os alcoolistas a participarem dos programas de Assistência ao Alcoolismo foram: 11,5% queda na produção (qualidade de trabalho), 7,7% absenteísmo ou atrasos ao trabalho e por último, com apenas 1,9% das indicações, as dificuldades no relacionamento interpessoal com colegas e chefias.

Entre os outros motivos citados (diferentes dos que tinham sido propostos), salienta-se a participação no programa como ajuda na recuperação da doença (11,5%); daí, infere-se que, explicitando este motivo, os alcoolistas resumem em uma só alternativa a necessidade de recuperação em todas as áreas (física, mental e social). É também bastante presente nos pesquisados a vontade de ajudar outros colegas alcoolistas (5,8%). Finalmente, reunindo os dois motivos anteriores, participam dos programas, para trocar experiências, ajudar e serem ajudados pelos colegas com problemas comuns, cerca de 3,8%.

#### 3.4 Como começou a participar do programa

O objetivo deste item é identificar se os empregados alcoolistas procuram o programa espontaneamente ou se eles estão participando devido à indicação de outras pessoas ou profissionais, sendo propostas as seguintes alternativas:

- A - Procurou o programa espontaneamente
- B - Por indicação do serviço social
- C - Por indicação do serviço médico
- D - Foi encaminhado pela chefia
- E - Por influência da família ou de algum de seus membros
- F - Outro.

TABELA 33. COMO COMEÇOU A PARTICIPAR DO PROGRAMA

Nº DE INDICAÇÕES* COMO	EMPRESA A	EMPRESA B	EMPRESA C	EMPRESA D	TOTAL Nº (%)
	A	-	2	2	4
B	4	8	3	5	20(45,4)
C	4	1	1	2	8(18,2)
D	-	1	-	-	1(2,3)
E	-	1	-	3	4(9,1)
F	1	1	1	-	3(6,8)
					44(100)

Observa-se na tabela acima que 45,4% das respostas revelam que os alcoolistas pesquisados estão participando dos programas por indicação do serviço social, 18,2% por indicação do serviço médico e outros 18,2% porque procuraram o programa espontaneamente. Participações por motivos que aparecem com menor frequência: 9,1% influência da família, 2,3% encaminhamento da chefia e 2,3% indicação do serviço de psicologia (empresa B). Finalmente, 4,5% responderam participar por outros motivos que não foram revelados.

Retomando-se os dados levantados no item 4.6 da I PARTE, verifica-se que o assistente social é o único profissional indicado em todas as empresas entre aqueles que fazem a abordagem dos hábitos alcoólicos dos empregados. Reforçam-se, então, a importância da atuação do assistente social em relação à abordagem dos empregados alcoolistas e a consequente indicação para participarem do programa na empresa.

\*Alguns respondentes assinalaram mais de uma resposta.

O item 3.5 do instrumento questiona se o alcoolista acredita que a maneira pela qual ele foi convidado a participar do programa é adequada, pedindo-se, também, que sugira outra forma.

Apresentam-se a seguir as respostas e sugestões por empresa:

Empresa A - Todos os respondentes acham que foram adequadamente convidados a participar do programa e não apresentam sugestões.

Empresa B - Oito responderam que foram convidados de maneira adequada e dois dizem que não. Como sugestão, um diz que não deveria haver imposição, o outro diz que não sabe, mas que para ele a dificuldade foi aceitar ser um alcoolista.

Empresa C - Cinco respondentes acham que foram convidados de maneira adequada, um deixou a questão em branco e um diz que não foi convidado e sim obrigado (sugere, exatamente, que não se deva participar obrigado).

Empresa D - Oito respondentes acham que foram adequadamente convidados e três dizem que não. Dois apresentam sugestões: um diz que a pessoa não deve ser forçada, o outro diz que cada caso deve ser estudado individualmente.

Constata-se, pelos dados acima colocados, que a maioria dos empregados pesquisados (80%) acredita que foi adequadamente convidada para participar do programa de Assistência ao Alcoolismo na empresa, embora (17,1%) digam que não. De acordo com as sugestões oferecidas, observa-se que a principal reclamação dos empregados alcoolistas é com relação à questão

da imposição. Sabendo-se que o objetivo dos programas não é punir o empregado alcoolista, mas, ao contrário, ajudá-lo a recuperar-se, o descontentamento dos pesquisados pode ter a seguinte explicação: eles podem estar começando no programa, quando os especialistas definem por eles a necessidade do tratamento, esperando que, à medida que eles se conscientizem do problema, possam responsabilizar-se pela recuperação. Esta técnica de tratamento do alcoolismo baseia-se nos princípios da terapia de realidade (reality therapy), cujo objetivo, de acordo com BRATTER, "é ajudar o indivíduo a conscientizar-se do impacto do seu comportamento, entender as conseqüências dos seus atos e tornar-se mais responsável por ele próprio, pelos outros e pela sociedade".<sup>15</sup> Reforçando esta idéia, os especialistas das quatro empresas pesquisadas declaram que o empregado alcoolista é responsabilizado pelo cumprimento de seu esquema de tratamento (item 5.2 da I Parte) e que o alcoolismo não é causa de demissão dos empregados, mas que as conseqüências do beber excessivo podem causar a demissão (item 5.4 da I Parte).

O item 3.6 investiga se o respondente reconhece ter algum colega de trabalho que é alcoolista e se recusa a participar do programa. No item 3.7, perguntam-se as causas desta não participação.

A grande maioria dos pesquisados afirma ter colega de trabalho alcoolista que se recusa a participar do programa. O número de respostas afirmativas foi: 6 na empresa A, 5 na empresa B, 6 na empresa C e 11 na empresa D, num total de 28 (80%). Responderam negativamente 5 respondentes da empresa B e 1 da empresa C (17%), enquanto que um respondente deixou o item em branco (2,8%).

As causas que os respondentes apontaram estarem impedindo a participação dos alcoolistas aos programas foram:

- Falta de conhecimento da doença - 8 indicações
- Não aceitação do próprio alcoolismo - 12 indicações
- Pensam que podem beber socialmente de maneira controlada - 1 indicação
- Falta de encaminhamento por parte das chefias - 1 indicação
- Dificuldade de horário - 1 indicação
- Não acredita que seja bom um programa na empresa - 1 indicação
- Falta de motivação - 1 indicação
- Falta de informação - 1 indicação
- Acha que frequentar o programa vai ser vergonhoso para ele - 1 indicação
- Não acredita nas pessoas do grupo - 1 indicação.

Retomando-se as respostas fornecidas pelos especialistas à questão 2.9 da I Parte (causas que estão restringindo a adesão de empregados alcoolistas aos programas), verifica-se que das três principais causas apontadas pelos especialistas, duas são também as principais indicações dos alcoolistas pesquisados. Em primeiro lugar a não aceitação de ser um alcoolista, ou a NEGAÇÃO (colocada pelos especialistas como aspecto psicológico pertinente ao quadro da doença) e em segundo lugar a falta de conhecimento da doença. A terceira causa citada pelos especialistas refere-se aos aspectos estigmatizadores ligados ao alcoolismo que corresponde à indicação de que frequentar o programa é vergonhoso.

Com base nas causas apontadas como restritivas da participação dos empregados aos programas de Assistência ao Alcoolismo, conclui-se haver necessidade nas empresas (assim como em toda sociedade) de campanhas de informação e esclarecimento sobre a doença ALCOOLISMO.

Os itens 3.8 e 3.9 investigam os benefícios que a participação no programa de Assistência ao Alcoolismo na empresa trouxe para o empregado.

Todos os empregados respondentes disseram que, depois que começaram a participar do programa, a vida melhorou. Para investigar em que área foi esta melhora, foram propostas seis alternativas (apresentadas a seguir) que deveriam ser assinaladas numericamente (começando com o número 1 onde a melhoria foi mais acentuada e continuando a numeração 2, 3, 4, etc).

Na tabela nº 34, apresenta-se o número de vezes em que cada área foi indicada, sendo que, quando assinaladas em primeiro lugar, multiplica-se por 5; quando assinaladas em segundo lugar multiplica-se por 4 e, assim, sucessivamente. O resultado do número de indicações em cada área, multiplicado pelo valor correspondente, mostrará em qual área os alcoolistas obtiveram uma melhora mais acentuada.

- A - Melhor condição geral de saúde
- B - Melhor situação financeira
- C - Melhor desempenho no trabalho
- D - Melhora no relacionamento com os colegas de trabalho e chefia
- E - Melhora no relacionamento com a família
- F - Outra.

TABELA 34. ÁREAS EM QUE A VIDA DOS EMPREGADOS ALCOOLISTAS MELHOROU DEPOIS QUE COMEÇARAM A PARTICIPAR DO PROGRAMA

ACENTUAÇÃO DA MELHORIA ÁREAS	1 x 5	2 x 4	3 x 3	4 x 2	5 x 1	RESULTADO
A	18	6	2	3	3	129
B	1	10	5	4	5	73
C	7	6	11	4	1	101
D	4	5	3	9	4	71
E	14	7	2	3	4	114
F	-	-	-	-	-	-

De acordo com os dados da tabela nº 34, os pesquisados apontam que, com a participação nos programas de Assistência ao Alcoolismo na empresa, obtiveram, em primeiro lugar, uma melhor condição geral de saúde e, em segundo, uma melhora no relacionamento com a família, exatamente nas áreas em que apresentavam necessidades mais imediatas (ver item 3.3 - Motivos que levam os alcoolistas a participarem dos programas).

O item 3.10 questiona se os respondentes já pensaram em abandonar o programa, pedindo que justifiquem suas respostas.

Dos 35 alcoolistas respondentes, 11 (31,4%) disseram que já pensaram em abandonar o programa, sendo que 9 apresentaram justificativas:

- 1- para dar lugar àqueles que precisam - 2 referências
- 2- porque acho que posso me controlar - 1 referência
- 3- por problemas de horário - 2 referências

\*Foram consideradas apenas as respostas de 32 alcoolistas, porque um na empresa B e dois na empresa D não assinalaram numericamente as respostas.

4- por ter recaído - 2 referências

5- porque não estava aceitando o programa (atualmente quero continuar) - 2 referências.

Observam-se, nas três primeiras justificativas acima relacionadas, mecanismos de defesa utilizados pelos alcoolistas (negação e racionalização), demonstrando que ainda não compreenderam sua dependência em relação ao álcool. Isso indica a necessidade de um esforço pedagógico da parte dos especialistas na empresa, para que os alcoolistas possam compreender a natureza de seus problemas.

A quarta justificativa colocada por dois alcoolistas relaciona-se ao que RAMOS coloca: "a vergonha por ter bebido, e ter de enfrentar os companheiros é a alavanca motora da conduta de afastamento".<sup>16</sup> Entretanto, salienta-se, neste ponto, uma das vantagens dos programas na empresa. Como o empregado está ciente de que, de qualquer maneira, terá que conversar com seus parceiros no trabalho, isto funciona como estímulo de permanência no grupo de apoio e, naturalmente, no programa.

A quinta e última justificativa reforça que os programas de Assistência ao Alcoolismo na empresa, apesar de estarem sujeitos à resistência dos alcoolistas, podem ser aceitos e funcionar como um serviço de ajuda.

#### 4 TRATAMENTO DE RECUPERAÇÃO

Os itens 4.1 e 4.2 questionam se o respondente (como participante do programa na empresa) tem um esquema de tratamento a cumprir. No caso das respostas positivas, pergunta-se ao alcoolista se ele cumpre este esquema de tratamento porque concorda com o mesmo, porque não quer ser demitido, ou por qual outro motivo.

De acordo com as respostas fornecidas, 31 (88,6%) dos respondentes têm um esquema de tratamento a cumprir e apenas, 4 (11,4%) dizem que não.

Com relação ao porque cumprem o esquema de tratamento, as respostas dos 31 alcoolistas tiveram a seguinte variação: 25 (80,6%) porque concordam com ele, 2 (6,5%) para não serem demitidos (empresas B e D), 4 (12,9%) para recuperarem-se e 1 (3,2%) para dar um futuro melhor para a família.

A análise das respostas acima citadas reforça a idéia de que a ameaça de demissão é um estímulo que, em poucos casos, impulsiona o alcoolista a buscar tratamento (6,5% no presente estudo), pois o que realmente mantém o empregado alcoolista em tratamento é a compreensão de suas próprias necessidades (pessoais e sociais) e o autodeterminismo na busca da recuperação.

Assim, o processo de recuperação do alcoolista (como processo de educação permanente), compreendido como consequência de uma tomada de consciência, visa à contínua reconstrução do seu mundo.

#### 4.3 Responsabilidade pelo cumprimento do esquema de tratamento

Quando interrogados sobre se eles se sentem responsáveis pelo cumprimento do esquema de tratamento, 34 (97,1%) dos respondentes disseram que sim e apenas 1 (2,8%) disse que não. Este dado reforça, mais uma vez, a conclusão de que o tratamento de recuperação do alcoolista é uma decisão pessoal dele (o especialista pode querer que o alcoolista queira se tratar, mas não pode querer por ele) como consequência de um processo de conscientização.

## 4.4 O que o empregado alcoolista utiliza para o seu tratamento

No instrumento de pesquisa, foram propostas as seguintes alternativas, para que os alcoolistas pudessem apontar que recursos utilizam para o tratamento:

- A - Grupos de mútua-ajuda da comunidade (A.A.)
- B - Serviço público de saúde
- C - Convênios médicos e psicoterápicos da empresa
- D - Serviço médico da própria empresa
- E - Serviço social da própria empresa
- F - Outro.

TABELA 35. RECURSOS QUE OS ALCOOLISTAS UTILIZAM PARA O TRATAMENTO

Nº DE INDICAÇÕES* RECURSOS	EMPRESA A	EMPRESA B	EMPRESA C	EMPRESA D	TOTAL Nº (%)
A	4	4	6	7	21(34,5)
B	-	-	-	-	-
C	1	8	-	1	10(16,4)
D	3	-	-	3	6(9,8)
E	4	3	1	8	16(26,2)
F	1	5	-	2	8(13,1)
					61(100)

A análise da tabela nº 35 revela que os recursos utilizados para o tratamento pelos alcoolistas, em ordem decrescente de frequência, são: 34,5% grupos de mútua-ajuda da

\*Alguns respondentes assinalaram mais de uma alternativa.

comunidade (A.A.), 26,2% Serviço Social da empresa, 16,4% convênios médicos e psicoterápicos da empresa e 9,8% Serviço Médico da empresa. Outros recursos utilizados com menor frequência são: 4,9% Serviço de Psicologia da empresa, 3,3% terapia particular, 3,3% programa de voluntariado e 1,6% fé em Deus.

Considerando-se os 35 respondentes, verifica-se que 60% referem participar dos grupos de Alcoólicos Anônimos e que nenhum utiliza serviço público de saúde (o que já tinha sido constatado no item 5.3 da I Parte). Estes dados comprovam mais uma vez a profunda influência de A.A. na recuperação das pessoas com problemas relacionados ao uso de bebida.

#### 4.5 Forma pela qual o tratamento do empregado alcoolista é acompanhado pela empresa

Para levantar de que forma o alcoolista entende que o seu tratamento é acompanhado pela empresa, foram propostas as seguintes alternativas:

- A - Através de exames médicos periódicos
- B - Em encontros individuais com alguém da equipe responsável pelo programa
- C - Em encontros de grupo supervisionados pela equipe responsável pelo programa
- D - Outro.

TABELA 36. FORMA PELA QUAL O TRATAMENTO DO EMPREGADO ALCOOLISTA É ACOMPANHADO PELA EMPRESA

Nº DE INDICAÇÕES* FORMA	EMPRESA A	EMPRESA B	EMPRESA C	EMPRESA D	TOTAL Nº (%)
A	3	-	2	5	10(24,4)
B	1	2	2	-	5(12,2)
C	6	9	3	8	26(63,4)
D	-	-	-	-	-
					41(100)

Constata-se, pela tabela nº 36, que, de acordo com a percepção dos pesquisados, a empresa acompanha o tratamento do alcoolista das seguintes formas: 63,4% em encontros de grupo (Grupo de Apoio), 24,4% através de exames médicos periódicos e, por último, 12,2% em encontros individuais com alguém da equipe responsável pelo programa. Salienta-se, portanto, a importância dos Grupos de Apoio na empresa, como atividade de acompanhamento e realimentação do processo de recuperação do alcoolista.

4.6 Este item questiona se o alcoolista sente necessidade de algum outro tipo de atendimento dentro da empresa

Dos 35 empregados alcoolistas que responderam ao instrumento, 29 (82,9%) disseram que não sentem necessidade de outro tipo de atendimento dentro da empresa, 1 (2,8%) deixou a questão em branco e 5 (14,3%) se reportaram à necessidade dos seguintes atendimentos: atendimento à família (empresa A), atendimento individual (empresa B), atendimentos psicológico e

\*Alguns respondentes assinalaram mais de uma alternativa.

psiquiátrico (empresa C) e um último respondente (empresa D) não especifica o tipo de atendimento de que sente falta.

4.7 Este item procura levantar se os empregados alcoolistas pesquisados freqüentam sessões de psicoterapia fora da empresa

De acordo com os dados colhidos dos 35 respondentes, 21 (60%) não frequentam sessões de psicoterapia fora da empresa, 7(20%) fazem terapia individual, 5 (14,3%) fazem terapia grupal e 2 (5,7%) fazem terapia individual e grupal.

Registra-se, portanto, que, entre os alcoolistas pesquisados que fazem psicoterapia, prevalece a terapia individual, embora, como já foi referido anteriormente, alguns terapeutas acreditem que a terapia de eleição para alcoolistas é a grupal.

Os itens 4.8 e 4.9 procuram levantar se os empregados alcoolistas têm conhecimento das possibilidades de participação das empresas em que trabalham no custeio do tratamento, tanto nos casos de primeiro internamento e internamento após recaída, como nas sessões de terapia.

Em primeiro lugar perguntou-se de que forma são pagas as despesas (quando o plano inclui internamento ou sessões de psicoterapia fora da empresa), sendo propostas as seguintes alternativas:

- A - Parte a empresa paga, parte o empregado
- B - A empresa financia o tratamento e depois cobra do empregado
- C - As despesas são da responsabilidade do empregado
- D - A empresa paga todas as despesas
- E - Outra.

TABELA 37. PROCEDIMENTOS UTILIZADOS PARA O CUSTEIO DE INTERNAMENTOS OU SESSÕES DE PSICOTERAPIA

Nº DE INDICAÇÕES	EMPRESA A	EMPRESA B	EMPRESA C	EMPRESA D*
PROCEDIMENTOS				
A	7	9	-	5
B	-	1	-	5
C	-	-	-	-
D	-	-	7	-
E	-	-	-	-

Confrontando as respostas dos empregados pesquisados, colocadas na tabela nº 37, com as informações prestadas pelos especialistas nos itens 9.1, 9.3 e 9.4 da I Parte, verifica-se que os empregados alcoolistas das empresas A e C têm conhecimento dos procedimentos utilizados pelas respectivas empresas para o custeio de internamentos e sessões de psicoterapia, isto é, a empresa A paga uma parte das despesas e o empregado outra parte, enquanto a C paga as despesas integralmente. Entretanto, um respondente da empresa B e cinco da empresa D desconhecem que, nestes casos, as duas empresas responsabilizam-se pelo pagamento de 70% das despesas, pois, segundo afirmações feitas por eles a empresa financia o tratamento e depois cobra do empregado. Registra-se, portanto, a necessidade de um melhor esclarecimento dos empregados das empresas B e D em relação aos procedimentos utilizados para o custeio do tratamento de alcoolismo, o que poderá beneficiar tanto os alcoolistas (no caso de precisarem tratamento

\*Um respondente deixou a questão em branco.

especializado fora da empresa, saberão que o ônus será menor) como a própria empresa (com um maior índice de recuperação dos seus empregados).

Em seguida perguntou-se aos alcoolistas se, nos casos de recaídas, a empresa utilizava os mesmos procedimentos anteriormente citados, para o custeio do tratamento. As respostas apresentadas foram as seguintes:

- 23 respondentes (3 da empresa A, 7 da empresa B, 5 da empresa C e 8 da empresa D) disseram que os procedimentos das empresas para o custeio do tratamento são sempre iguais, mesmo nos casos de recaída;

- 7 respondentes (3 da empresa A, 2 da empresa B e 2 da empresa D) disseram que, nos casos de recaídas, os procedimentos eram outros, sendo que os 3 empregados da empresa A e um da empresa B explicaram que a cada recaída aumenta a participação do empregado no custeio do tratamento;

- 5 respondentes deixaram este item em branco.

Pelas respostas apresentadas neste item, observa-se que não são apenas as empresas B e D que têm empregados que desconhecem os procedimentos utilizados para o custeio do tratamento do alcoolismo, mas também as empresas A e C. Pois, confrontando-se as respostas dos especialistas no item 9.2 da I Parte com as respostas de alguns alcoolistas aqui apresentadas, verifica-se que estas não correspondem aos procedimentos adotados pelas empresas. Em outras palavras: 3 respondentes da empresa A e 5 da empresa C acreditam que a participação financeira da empresa no tratamento é sempre igual, mesmo no caso de recaídas, enquanto os especialistas especificam que os programas prevêm uma participação financeira progressiva do empregado a cada recaída. Na empresa B, dois respondentes acreditam que, nos casos de recaída, os procedimentos são diferentes daqueles utilizados num primeiro tratamento,

enquanto os especialistas colocam que, em qualquer caso, a empresa responsabiliza-se pelo pagamento de 70% das despesas e o alcoolista pelos 30% restantes. Finalmente, na empresa D, oito alcoolistas dizem que os procedimentos da empresa são sempre iguais em todos os casos de tratamento, sendo que, de acordo com os especialistas, num primeiro internamento, a empresa paga 70% das despesas e o empregado apenas os 30% restantes, mas nos casos de recaída é o empregado que arca com todas as despesas.

Registra-se, portanto, mais uma vez, a falta de conhecimento por parte dos empregados dos procedimentos utilizados pelas empresas para o custeio do tratamento, o que invalida a intenção das empresas A, C e D de pressionar os empregados alcoolistas a manterem-se num processo de recuperação, já que eles terão uma maior participação financeira no tratamento nos casos de recaída, medida que desconhecem.

## 5 ATENDIMENTO À FAMÍLIA

Os itens 5.1 e 5.2 procuram levantar se a empresa presta atendimento aos familiares do empregado alcoolista e qual familiar costuma comparecer a estes atendimentos.

A maior parte dos respondentes (32) afirma que é prestado atendimento aos familiares dos empregados alcoolistas. Apenas 2 sujeitos da empresa A dizem que não e um da empresa C deixa este item em branco. Com base nestes depoimentos, pode-se inferir que o fato de dois alcoolistas da empresa A não reconhecerem a existência destes atendimentos deve-se à sua realização de forma não sistematizada (conforme informação dos especialistas no item 7.2 da I Parte).

A tabela a seguir mostra quais são os familiares que os alcoolistas indicam comparecer aos atendimentos na empresa.

TABELA 38. FAMILIARES QUE COSTUMAM COMPARECER AOS ATENDIMENTOS

Nº DE INDICAÇÕES* FAMILIAR	EMPRESA A	EMPRESA B	EMPRESA C	EMPRESA D	TOTAL Nº (%)
Esposa	3	6	5	11	25(71,4)
Mãe	1	-	-	-	1(2,8)
Irmã	1	-	-	-	1(2,8)
Irmão	1	1	-	-	2(5,7)
Filha	-	1	-	3	4(11,4)
Filho	-	-	-	2	2(5,7)
					35(100)

Constata-se, pela tabela nº 38, que o familiar que com maior frequência (71,4%) costuma comparecer aos atendimentos na empresa é a esposa (cônjuge não alcoolista). Infere-se que seja este o familiar mais afetado pelos problemas do alcoolista (desempenho inadequado de seus papéis-disfunção). Entretanto, o atendimento familiar não deve negligenciar a participação dos outros familiares (que neste estudo apresenta a seguinte frequência: 17,1% filhos, 8,5% irmãos e 2,8% mãe), dada a importância da dinâmica familiar na estruturação da família.

\*Alguns respondentes indicam mais de um familiar, enquanto outros indicam nenhum.

5.3 Este item visa identificar se os alcoolistas respondentes sabem qual é a frequência dos atendimentos prestados aos seus familiares

Para isso foram propostas 6 alternativas:

A - Uma única entrevista quando o familiar empregado começa a participar do programa

B - Encontros semanais

C - Encontros quinzenais

D - Encontros mensais

E - Encontros eventuais

F - Outro.

TABELA 39. FREQUÊNCIA DOS ATENDIMENTOS PRESTADOS AOS FAMILIARES DOS ALCOOLISTAS

Nº DE INDICAÇÕES	EMPRESA A	EMPRESA B	EMPRESA C	EMPRESA D
FREQUÊNCIA				
A	1	-	-	1
B	1	5	2	10
C	1	-	2	-
D	-	1	-	-
E	-	1	-	-
F	2	-	-	-

É interessante notar que, embora 91,4% dos alcoolistas pesquisados afirmem que é realizado atendimento aos seus familiares, apenas 5 sujeitos da empresa B (14,3%) conhecem exatamente a frequência dos atendimentos prestados pela empresa em que trabalham, ou seja, encontros semanais (conforme as

informações dos especialistas no item 7.2 da I Parte). Outros dois sujeitos referem-se a encontros mensais e encontros eventuais.

Ainda com base nas informações dos especialistas, sabe-se que o atendimento aos familiares dos alcoolistas nas empresas A e D é realizado de forma não sistematizada (de acordo com a necessidade do caso) isto é, diferente das formas colocadas pelos pesquisados: uma única entrevista quando o alcoolista começa a participar do programa, encontros semanais e encontros quinzenais. Além disso, dois respondentes da empresa A revelam diretamente, na última alternativa, que não têm conhecimento da frequência destes atendimentos.

Finalmente, de acordo com os especialistas, a empresa C realiza atendimentos aos familiares dos alcoolistas sistematicamente, de 2 em 2 meses nos primeiros 6 meses e de 3 em 3 meses por mais um ano e meio, enquanto os alcoolistas diferentemente indicam encontros semanais e encontros quinzenais.

Observa-se, portanto, uma divergência de informações levantadas a respeito dos atendimentos aos familiares dos alcoolistas, não se podendo, neste caso, concluir com relação a este serviço. Entretanto, é importante registrar que, embora a empresa não deva realizar um trabalho prolongado junto aos familiares dos alcoolistas, é aconselhável prestar um atendimento breve de informação, orientação e encaminhamento (ver sessão de Grupos de Orientação Familiar na revisão de literatura).

5.4 Este item procura levantar qual é, na opinião dos alcoolistas, a importância do atendimento à família

Para investigar a opinião dos alcoolistas sobre a importância do atendimento à família, foram propostas seis

alternativas (apresentadas a seguir) que deveriam ser assinaladas numericamente (começando com o número 1 aquela que se considera mais importante e continuando a numeração 2, 3, 4, etc).

Na tabela nº 40, apresenta-se o número de vezes em que cada alternativa foi indicada, sendo que, quando indicada em primeiro lugar, multiplica-se por 5; quando indicada em segundo lugar multiplica-se por 4 e, assim, sucessivamente. O resultado do número de indicações em cada alternativa, multiplicado pelo valor correspondente ao grau de importância, mostrará o que os alcoolistas pesquisados consideram mais importante no atendimento à família.

- A - Prestar informações sobre a doença alcoolismo
- B - Mostrar a necessidade de participação da família no processo de recuperação do alcoolista
- C - Traçar plano de tratamento para a família
- D - Conhecer a situação vivida pelo empregado e sua família
- E - Acompanhar o tratamento do alcoolista e da família
- F - Outras.

TABELA 40. IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO À FAMÍLIA

GRAUS DE IMPOR- TÂNCIA ALTERNATIVAS	1 x 5	2 x 4	3 x 3	4 x 2	5 x 1	RESULTADO
A	18	9	-	1	2	130
B	13	10	6	2	-	127
C	3	9	9	3	2	86
D	1	7	4	10	2	67
E	4	4	6	3	12	72
F	-	-	-	-	-	-

\*Foram consideradas apenas as respostas de 31 respondentes, porque um da empresa A disse que não considerava necessário o atendimento à família, desde que o empregado estivesse em abstinência; na empresa B, um deixou a questão em branco e, na empresa D, dois não assinalaram numericamente as respostas.

Verifica-se, pelos dados mostrados na tabela nº 40, que são duas as principais importâncias do atendimento à família, apontadas pelos alcoolistas: prestar informações sobre a doença alcoolismo e mostrar a necessidade de participação da família no processo de recuperação. Retomando-se os dados colhidos junto aos especialistas no item 7.3 da I Parte, constata-se que os objetivos do atendimento à família que são prioritários em todas as empresas recaem exatamente nestes dois pontos. A importância desta concordância é enorme, pois significa que as empresas podem prestar um serviço de ajuda aos familiares, diretamente relacionado às necessidades sentidas pelos alcoolistas.

## 6 O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO ALCOOLISMO NA EMPRESA

6.1 Este item investiga como os alcoolistas pesquisados ficaram sabendo da existência do programa na empresa

Para isso, foram propostas seis alternativas que são apresentadas a seguir, acrescidas daquelas citadas pelos respondentes, cada uma com o número de indicações e porcentagens correspondentes. Foram consideradas 38 respostas, porque um sujeito da empresa B e dois da empresa D fizeram duas indicações.

Como os alcoolistas ficaram sabendo da existência do programa:

- Pelo jornal interno - 1 indicação (2,6%)
- Através de cartazes expostos nas dependências da empresa - 1 indicação (2,6%)
- Em uma palestra - 5 indicações (13,2%)
- Durante a Semana de Prevenção dos Acidentes de Trabalho - 1 indicação (2,6%)
- Por um colega de trabalho, também alcoolista - 9 indicações (23,7%)
- Pela chefia - 4 indicações (10,5%)
- Pela equipe coordenadora do programa - 5 indicações (13,2%)
- Pela Assistente Social - 2 indicações (5,3%)
- Pelo Serviço Médico - 3 indicações (7,9%)
- Pelo Serviço de Psicologia - 4 indicações (10,5%)
- Pela esposa - 2 indicações (5,3%)
- Por um amigo fora da empresa - 1 indicação (2,6%)

---

TOTAL - 38 indicações (100%)

Somando-se as indicações: equipe coordenadora, Assistente Social, Serviço Médico e Serviço de Psicologia, verifica-se que os programas estão sendo levados ao conhecimento dos empregados prioritariamente (36,8% das indicações) através do contato direto da equipe técnica com os alcoolistas. Infere-se, portanto, que os programas estão atendendo prioritamente às pessoas que de alguma forma já foram identificadas como alcoolistas. Reforça-se esta idéia pelo fato de que o conhecimento da existência do programa, por meio de atividades informativas comuns a toda população de empregados, ocorreu numa menor proporção: 21,1% das indicações aparecem divididas entre as alternativas: pelo jornal interno, através de cartazes expostos nas dependências da empresa, em uma

palestra e durante a Semana de Prevenção dos Acidentes de Trabalho.

Os dados levantados neste item confirmam, também, a explicação fornecida pela enfermeira da empresa A no item 2.10 da I Parte, de que o grupo em recuperação funciona como agente multiplicador e divulgador do programa, conforme porcentagem da alternativa: por um colega de trabalho, também alcoolista (23,7%). Daí, a explicação para a crescente penetração do programa, depois de passado algum tempo da sua implantação. Destarte, não se pode esperar que, imediatamente após sua implantação, um programa de Assistência ao Alcoolismo alcance toda população de risco da empresa.

Os itens 6.2 e 6.3 questionam se, antes de participar dos programas, os alcoolistas pesquisados sabiam que o alcoolismo é uma doença e, também, se eles acreditam que todos os empregados da empresa em que trabalham ficaram sabendo disso, após a implantação do programa.

Com relação ao conhecimento de que o alcoolismo é uma doença, os pesquisados deram as seguintes respostas: 25 (71,5%) disseram que sabiam, 9 (25,7%) disseram que não e 1 (2,8%) afirmou que tinha dúvida.

Quanto ao conhecimento dos outros empregados a respeito do alcoolismo, 20 (57,2%) dos respondentes acreditam que, após a implantação dos programas, todos ficaram sabendo que é uma doença, 14 (40%) pensam que eles ainda não sabem e 1 (2,8%) deixou a questão em branco.

Realmente, uma avaliação sobre o nível de informação da população de empregados a respeito do alcoolismo exige uma pesquisa direcionada a estes empregados (que não foi feita neste trabalho).

#### 6.4 Conhecimento das chefias sobre alcoolismo

Quando indagou-se a respeito do conhecimento de seus chefes sobre o alcoolismo, os pesquisados ofereceram as seguintes respostas: 11 (31,4%) acreditam que o chefe tem conhecimento suficiente para lidar com os empregados alcoolistas, 23 (65,7%) acham que não e 1 (2,8%) deixou a questão em branco. Verifica-se, então, a necessidade de um maior esclarecimento das chefias com relação a este aspecto.

6.5 Neste item, questiona-se qual foi o profissional que prestou maior ajuda aos pesquisados.

A tabela a seguir mostra as respostas levantadas:

TABELA 41. PROFISSIONAIS QUE PRESTARAM MAIOR AJUDA AOS ALCOOLISTAS PESQUISADOS

Nº DE INDICAÇÕES* PROFISSIONAIS	EMPRESA A	EMPRESA B	EMPRESA C	EMPRESA D	TOTAL Nº (%)
Assistente Social	5	4	5	10	24(49)
Médico	4	2	5	5	16(32,7)
Enfermeiro	3	-	-	-	3(6,1)
Psicólogo	-	6	-	-	6(12,2)
					49(100)

É limitada a possibilidade de análise da tabela nº 41, porque não são todas as quatro empresas que contam com os profissionais citados em suas equipes. Entretanto,

\*Alguns alcoolistas indicaram mais de um profissional.

considerando-se apenas os médicos e assistentes sociais (que compõem a equipe técnica das quatro empresas), verifica-se uma maior valorização da parte dos alcoolistas (49% das indicações) na ajuda que lhes foi prestada pelos assistentes sociais.

6.6 Este item procura identificar se os alcoolistas respondentes estão satisfeitos com a atuação dos profissionais responsáveis pelos programas de Assistência ao Alcoolismo na Empresa

Para isso, foi feita a seguinte pergunta: Como você gostaria que fossem os profissionais da equipe? Foram propostas cinco alternativas de respostas:

- A - Que sejam mais compreensivos (mais humanos)
- B - Que tenham maior interesse pelos problemas do empregado
- C - Que sejam mais preparados tecnicamente para lidar com a problemática do alcoolismo
- D - Que tenham maior capacidade em mudar a noção da empresa (cultura da empresa) em relação ao alcoolismo
- E - Sem sugestões, porque estou satisfeito com os profissionais da equipe

TABELA 42. COMO OS ALCOOLISTAS GOSTARIAM QUE FOSSEM OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE

Nº DE INDICAÇÕES*	EMPRESA A	EMPRESA B	EMPRESA C	EMPRESA D	TOTAL Nº (%)
ALTERNATIVAS					
A	-	1	-	2	3(6,8)
B	1	2	1	2	6(13,7)
C	1	3	1	2	7(16)
D	3	-	1	-	4(9,2)
E	2	5	4	8	19(54,3)
					39(100)

Observa-se na tabela nº 42 que, dos 35 respondentes, 19 (54,3%), percentual equivalente a mais da metade dos pesquisados, estão satisfeitos com a atuação dos profissionais da equipe que trabalha no programa de Assistência ao Alcoolismo. Os outros 16 (45,7%) respondentes dividem suas respostas entre as seguintes alternativas: 16% gostariam que os profissionais da equipe fossem mais preparados tecnicamente para lidar com a problemática do alcoolismo, 13,7% gostariam que tivessem mais interesse pelos problemas do empregado, 9,2% que tivessem maior capacidade de mudar a noção da empresa (cultura da empresa) em relação ao alcoolismo e, finalmente, 6,8% que fossem mais compreensivos (mais humanos).

#### 6.7 Objetivos do programa

O item 6.7 do instrumento procura levantar qual é, na opinião dos alcoolistas, o(s) objetivo(s) dos programas de Assistência ao Alcoolismo na empresa. Para isso foram propostas cinco alternativas:

\*Foram consideradas 39 indicações porque um alcoolista da empresa B e dois da empresa D fizeram 2 indicações.

- A - Obter a abstinência alcoólica do empregado  
 B - Aumentar o nível de rendimento no trabalho  
 C - Reduzir os gastos da empresa com problemas de alcoolismo  
 D - Conseguir com que todos os empregados com alcoolismo se tratem  
 E - Outro.

TABELA 43. OBJETIVOS DOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA AO ALCOOLISMO NA EMPRESA

Nº DE INDICAÇÕES*	EMPRESA A	EMPRESA B	EMPRESA C	EMPRESA D	TOTAL Nº (%)
ALTERNATIVAS					
A	-	4	4	3	11(22)
B	1	4	2	2	9(18)
C	-	1	1	2	4(8)
D	5	7	3	10	25(50)
E	1	-	-	-	1(2)
					50(100)

Observa-se na tabela acima que, na opinião dos alcoolistas pesquisados, o principal objetivo dos programas de assistência ao Alcoolismo na empresa (50% das indicações) é conseguir com que todos os empregados com alcoolismo se tratem. Confrontando-se as respostas destes alcoolistas com as dos especialistas no item 2.11 da I Parte, verifica-se que são diferentes as prioridades colocadas pelos dois grupos pesquisados (os especialistas, principalmente das empresas C e

\*Alguns respondentes indicaram mais de um objetivo.

D, colocam como prioridade dos programas a diminuição da ingestão). É interessante notar como os alcoolistas têm uma noção abrangente da problemática do alcoolismo, conseguindo colocar com muita propriedade os objetivos de um programa de Assistência ao Acoolismo, isto é, não basta a diminuição da ingestão ou a abstinência para que o alcoolista consiga uma melhor adaptação ao meio.

Por outro lado, acusa-se que os objetivos propostos no instrumento estão relacionados ao tratamento e reabilitação dos empregados alcoolistas, relegando objetivos ligados à prevenção (o mesmo aconteceu no item 2.11 do instrumento dirigido aos especialistas). Entretanto, apenas um alcoolista da empresa A indica na alternativa outro um objetivo relacionado à prevenção primária: conscientizar todos os empregados da empresa sobre o alcoolismo.

6.8 Este item procura levantar o que o alcoolista acredita que está sendo atingido pelo programa

Para isso foram propostas as seguintes alternativas:

- A - Identificar e diminuir problemas de saúde relacionados ao uso excessivo do álcool
- B - Reduzir as faltas ao trabalho causadas pela doença
- C - Reduzir o número de acidentes dentro e fora do trabalho, ocasionados pelo uso excessivo de álcool
- D - Identificar e diminuir problemas de ordem familiar e financeira relacionados ao uso excessivo do álcool
- E - Colaborar para o bom clima na empresa, diminuindo os problemas de relacionamento entre chefia/empregado e empregado/empregado
- F - Desenvolver campanha de esclarecimento e conscientização dos empregados sobre as consequências do uso excessivo de bebidas alcoólicas
- G - Outra.

TABELA 44. O QUE OS ALCOOLISTAS PESQUISADOS ACREDITAM QUE ESTÁ SENDO ATINGIDO PELOS PROGRAMAS NAS EMPRESAS

Nº DE INDICAÇÕES*	EMPRESA A	EMPRESA B	EMPRESA C	EMPRESA D	TOTAL Nº (%)
ALTERNATIVAS					
A	6	6	4	8	24(17,9)
B	4	5	4	8	21(15,7)
C	4	2	4	9	19(14,2)
D	6	6	4	10	26(19,4)
E	5	3	3	6	17(12,7)
F	7	7	5	8	27(20,1)
G	-	-	-	-	-
					134(100)

Os dados da tabela nº 44 demonstram que os alcoolistas pesquisados nas empresas A, B e C acreditam que os programas têm conseguido em primeiro lugar a alternativa F - desenvolver campanha de esclarecimento e conscientização dos empregados sobre as consequências do uso excessivo de bebidas alcoólicas, e em segundo lugar com o mesmo número de indicações a alternativa A - identificar e diminuir problemas de saúde relacionados ao uso excessivo do álcool e a alternativa D - identificar e diminuir problemas de ordem familiar e financeira relacionados ao uso excessivo do álcool.

Confrontando-se estas indicações com os objetivos do programa, citados pelos especialistas no item 2.12 da I Parte, verifica-se:

\*A maioria dos respondentes fez mais de uma indicação.

- A enfermeira e o Gerente de Recursos Humanos especificam como objetivos números 1 e 2 do programa as alternativas A e F, o que, apenas com uma inversão de ordem, os alcoolistas acreditam que está sendo mais atingido.

- Os especialistas da empresa B apresentam como objetivos 1, 2 e 3 do programa as alternativas A, D e F, respectivamente, o que, novamente, com uma inversão de ordem, confere com as indicações dos alcoolistas sobre o que está sendo atingido pelo programa.

- Os especialistas da empresa C apontam como principal objetivo do programa a alternativa F e como segundo objetivo a alternativa A, exatamente aquilo que os alcoolistas acreditam estar sendo atingido.

Por outro lado, os alcoolistas pesquisados na empresa D acreditam que o programa tem atingido em primeiro lugar a alternativa D - identificar e diminuir os problemas de ordem familiar e financeira, relacionados ao uso excessivo do álcool e, em segundo lugar, a alternativa C - reduzir o número de acidentes dentro e fora do trabalho, ocasionados pelo uso excessivo do álcool. Por sua vez, os especialistas desta empresa colocam como principal objetivo a alternativa A e, em segundo lugar, a alternativa D, enquanto que o médico indica a alternativa C como terceiro objetivo. Assim, pelos dados levantados na empresa D, conclui-se que o objetivo colocado pelos especialistas em segundo lugar é o que, na opinião dos alcoolistas, está sendo prioritariamente atingido.

Analisando-se as respostas dos alcoolistas pesquisados como um todo, verifica-se a importância educativa dos programas de Assistência ao Alcoolismo, já que 27 (77,1%) dos 35 sujeitos afirmam que os programas têm conseguido desenvolver campanha de esclarecimento e conscientização dos empregados sobre as consequências do uso excessivo de bebidas alcoólicas.

6.9 Este item é uma questão aberta que procura levantar sugestões dos alcoolistas pesquisados, para que os programas de Assistência ao Alcoolismo nas Empresas possam ser mais adequados aos empregados como esse programa problema

As sugestões oferecidas pelos alcoolistas são apresentadas a seguir, seguidas do número de vezes que foram indicadas.

- 1- Que seja dirigido a empregados de todos os níveis - 4 indicações (11,4%)
  - 2- Maior divulgação para todos os empregados de informações sobre a doença alcoolismo - 8 indicações (22,8%)
  - 3- Constante atualização profissional da equipe - 1 indicação (2,8%)
  - 4- Maior orientação às chefias - 6 indicações (17%)
  - 5- Um exame de saúde mais minucioso, inclusive com exames laboratoriais, para melhor identificação das pessoas com problemas causados pelo álcool - 2 indicações (5,7%)
  - 6- Que seja feita uma abordagem do empregado que realmente leve à conscientização do problema e necessidade de tratamento - 5 indicações (14,3%)
  - 7- Informação sobre o programa de A.A. - 1 indicação (2,8%)
  - 8- Constante acompanhamento dos alcoolistas, através de grupos de apoio - 4 indicações (11,4%)
  - 9- Maior contato com os familiares - 2 indicações (5,7%)
  - 10- Maior espaço para que os próprios alcoolistas possam ajudar na recuperação de seus companheiros - 2 indicações (5,7%)
- TOTAL - 35 indicações (100%)

Pela análise das sugestões apresentadas pelos alcoolistas pesquisados, verifica-se que: a primeira sugestão mostrada (com 11,4% das indicações) vincula-se à política da empresa em relação ao alcoolismo; as sugestões de números 2, 3 e 4 (com 42,8% das indicações) relacionam-se às atividades que envolvem aprendizagens em primeiro grau (os conteúdos são diretamente ensinados) e as últimas sugestões de números 5, 6, 7, 8, 9 e 10 (com 45,7% das indicações) relacionam-se às atividades de TRATAMENTO e REABILITAÇÃO dos alcoolistas. Confirmando a importância dos programas na empresa para o esclarecimento e conscientização dos empregados sobre as consequências do uso excessivo de bebidas alcoólicas, oito sujeitos sugerem maior divulgação de informações neste sentido (exatamente o mesmo número de sujeitos que não apontam o atingimento deste objetivo no item anterior).

Infere-se, portanto, que os alcoolistas reconhecem os programas de Assistência ao Alcoolismo na empresa como um serviço capaz de promover o Desenvolvimento de Recursos Humanos, quer seja por meio de atividades de prevenção primária, como de tratamento e recuperação de seus empregados.

#### NOTAS DE REFERÊNCIA

<sup>1</sup> WRICH, Jim. Employee assistance program. 2.ed. Minnesota: Hazelden, 1980. p.72-73.

<sup>2</sup> CABERNITE, Leão. O alcoolismo no Brasil e as dificuldades na área. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v.31, n.2, p.89-112, 1982.

<sup>3</sup> ANDRADE, Arthur Guerra et al. Proposição de metodologia para avaliação da eficácia terapêutica em alcoólatras. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v.34, n.1, p.47-54, 1985.

<sup>4</sup> BOWEN, Murray. Alcoholism as viewed through family systems theory and family psychotherapy. Annals of the New York Academy of Sciences, New York, v.233, p.117, 1974.

- <sup>5</sup> CHIAVENATTO, Idalberto. Recursos Humanos. Ed. Compacta. São Paulo: Atlas, 1988. p.66.
- <sup>6</sup> ANDRADE, Arthur Guerra, HIRATA, Édson Shiguemi. Avaliação psiquiátrica de alcoolistas. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.7, n.24, p.17-22, 1985.
- <sup>7</sup> PROGRAMA combate uso de álcool e drogas. Gazeta do Povo, Curitiba, v.72, n.22, 194, p.1, 17 jun. 1990.
- <sup>8</sup> FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Anuário estatístico do Brasil. Rio de Janeiro, IBGE, 1989. v.49, 716p.
- <sup>9</sup> BRISOLARA, Ashton. The alcoholic employee: a handbook of helpful guidelines, New York: Human Sciences Press, 1979. p.107.
- <sup>10</sup> WRICH, Jim. Employee assistance program. 2.ed. Minnesota: Hazelden, 1980. p.7.
- <sup>11</sup> EDWARDS, Griffith. O tratamento do alcoolismo. Tradução de José M.Bertolote. São Paulo: M.Fontes, 1987. p.24-25.
- <sup>12</sup> MASUR, Jandira. A etiologia do alcoolismo. In: RAMOS, Sérgio Paula et al. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p.19.
- <sup>13</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais. DSM III-R. Tradução de Lúcia H.S. Barbosa. 3.ed.rev. São Paulo: Manole, 1989. p.175-180.
- <sup>14</sup> ARAÚJO, Vicente Antonio. Para compreender o alcoolismo: teoria e prática. 2.ed. São Paulo: EDICON, 1986. p.93.
- <sup>15</sup> BRATTER, Thomas Edward. Reality therapy: a group psychotherapeutic approach with a adolescent alcoholics. Annals of the New York Academy of Sciences, New York, v.233, p.106, 1974.
- <sup>16</sup> RAMOS, Sérgio Paula. Psicoterapia de grupo para alcoolistas. IN: RAMOS, Sérgio Paula et al. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p.128-129.

## V CAPÍTULO - CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Por questão metodológica, a conclusão será dividida em três seções, para facilitar a compreensão do leitor:

- Retrospectiva do trabalho

A título de investigação, inicialmente, foram colocadas as seguintes questões norteadoras; sob as quais se desenvolveu todo processo metodológico:

- Como se caracterizam os principais programas de Assistência ao Alcoolismo nas empresas de Curitiba?
- Como os alcoolistas avaliam estes programas?

Como a pesquisa de campo não comportava uma formulação de hipóteses, a pesquisadora enfocou cinco pressupostos que permitiram revelar os pontos básicos de sua sustentação teórico-qualitativa:

- A empresa é local adequado para a identificação do alcoolista.
- É possível prevenir a dependência alcóolica por meio de programas de prevenção do alcoolismo nas empresas.
- Os programas de assistência ao alcoolismo na cidade de Curitiba retratam a origem das necessidades de atendimento dos empregados e apresentam ainda deficiências na organização estrutural e funcional.
- Os programas de assistência ao alcoolismo envolvem toda uma estrutura de desenvolvimento de Recursos Humanos e de Educação Permanente, entretanto são limitados porque atendem apenas a uma faixa da população de empregados.

- O empregado alcoolista que participa do programa na empresa apresenta expectativas positivas em relação ao seu processo de recuperação e demonstra uma melhor condição de saúde após o engajamento no programa.

Com base nestas questões e nestes pressupostos, foram investigados os programas de quatro empresas com dois tipos de instrumentos: um dirigido aos responsáveis pelos programas e o outro aos alcoolistas, para avaliar a eficácia dos programas.

A revisão de literatura, por sua vez, abordou o problema do alcoolismo com relação aos aspectos gerais (diagnóstico, etiologia, incidência no Brasil). Abordou também o tratamento do alcoolista (desintoxicação, tratamento hospitalar, atendimento ambulatorial, alcoólicos anônimos, recaídas, participação da família no tratamento). Da mesma forma relacionou os aspectos acima à assistência oferecida nas empresas (implantação dos programas, política da empresa, profissionais responsáveis, repercussão dos programas e sua consequente interação com o Desenvolvimento de Recursos Humanos e Educação Permanente). Ressaltou, como não poderia deixar de ser, que os programas de Assistência ao Alcoolismo, pelas atividades desenvolvidas a nível de prevenção primária, tratamento e recuperação, constituem, por sua natureza e objetivos, programas de Desenvolvimento Humano e Educação Permanente.

#### CONCLUSÕES A PARTIR DOS DADOS

Com base nos dados apresentados no capítulo quatro, chegou-se às seguintes conclusões:

- 1- As quatro empresas estudadas reconhecem o alcoolismo como doença, com possibilidades de prevenção e recuperação, sendo oferecidas aos empregados alcoolistas as mesmas

oportunidades de tratamento médico que aos demais empregados. Nestas empresas, o alcoolismo não é causa direta da demissão dos empregados, mas as conseqüências do beber excessivo podem causar a demissão; pois os alcoolistas estão sujeitos às ações disciplinares como qualquer outro empregado.

Entre os alcoolistas pesquisados, 28,5% indicam que, antes de participarem do programa na empresa, não sabiam, ou tinham dúvida quanto ao alcoolismo ser ou não uma doença.

2- Em relação ao nível de penetração dos programas, confirma-se que, decorrido um maior tempo da implantação do programa, aumenta também o número de empregados atendidos, principalmente porque o grupo em recuperação funciona como agente divulgador e multiplicador do serviço.

As causas que estão restringindo a adesão dos empregados alcoolistas aos programas, apontadas com maior frequência, foram: aspectos psicológicos pertinentes ao quadro da doença (principalmente a NEGAÇÃO) e a falta de conhecimento da doença. Estes mesmos aspectos psicológicos justificam as intenções que alguns alcoolistas (14,3%) tiveram de abandonar o programa.

3- O levantamento das características dos empregados alcoolistas pesquisados revela: a faixa etária predominante (83% dos sujeitos) situa-se entre 30 e 49 anos de idade, a maioria dos sujeitos (80%) são casados e 65,7% são católicos. Apesar de a maioria dos especialistas (90,9%) indicar uma maior incidência de alcoolismo entre os empregados com pouca habilitação profissional (nível operacional), constata-se que o alcoolismo atinge os funcionários em todos os níveis de escolaridade: sem escolarização (2,8%), 1º grau incompleto (31,4%), 1º grau (39,8%) 2º grau (11,4%) e superior (14,3%).

Não se verificou relação entre incidência de alcoolismo e jornada semanal de trabalho, renda mensal ou cargo ocupado pelo alcoolista. Registra-se, porém, que mais da metade (62,8%)

dos alcoolistas pesquisados são empregados com mais de 9 (nove) anos de casa.

4- Na maior parte (68,6%), os empregados alcoolistas indicaram a ingestão de bebidas alcoólicas por um período superior a dez anos, sendo que, no período de maior consumo, 80% dos sujeitos bebiam diariamente. Por ocasião da pesquisa, como participantes do programa de Assistência ao Alcoolismo na empresa, 85,7% dos sujeitos mantinham-se em abstinência.

Estes dados refletem a influência dos programas na diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas pelos empregados, colocada como meta principal por 72,7% dos especialistas. Entretanto, as metas dos programas na empresa são melhor explicitadas pelos próprios alcoolistas, indicando como prioritário conseguir com que todos os empregados alcoolistas se tratem. Dessa forma, explica-se que a recuperação do alcoolista não depende apenas da diminuição da ingestão ou abstinência, mas de uma melhor adaptação do sujeito ao meio (adaptação esta que tinha sido alterada com a dependência alcoólica).

5- A porcentagem de empregados que relatou ter tido problemas de saúde, associados ao uso de bebidas alcoólicas, é de 54,3%, sendo mais frequentes os problemas referentes ao Sistema Nervoso e ao Aparelho Digestivo. Este fato explica a razão de grande parte dos especialistas (63,6%) apontarem como principal objetivo dos programas de Assistência ao Alcoolismo na empresa a identificação e diminuição dos problemas de saúde relacionados ao uso excessivo do álcool.

Por outro lado, os alcoolistas pesquisados não destacam os problemas de saúde como motivo principal de estarem participando dos programas, pois estes foram indicados com a mesma frequência dos problemas de ordem familiar (cada um com 25% das indicações). A participação no programa por causa de

problemas relacionados ao ambiente de trabalho é indicada pela porcentagem de 21,2%.

6- Os programas de Assistência ao Alcoolismo na empresa requerem uma ação interdisciplinar integrada, cuja equipe ideal deveria ter: Gerente de Recursos Humanos, Médico, Enfermeiro, Assistente Social, Psicólogo e Alcoolista em recuperação (agente de saúde em alcoolismo). Entretanto, não são assim constituídas as equipes responsáveis pelos programas analisados nesta pesquisa. As atividades propostas e desenvolvidas estão mais de acordo com a disponibilidade de profissionais nas empresas do que com as especialidades de cada um.

Entretanto, os dados colhidos sugerem a possibilidade de implantação de programas de Assistência ao Alcoolismo na empresa, alicerçados na ação de dois especialistas: o Médico e o Assistente Social (desde que tenham conhecimento específico da doença), visto serem estes os únicos profissionais a comporem as equipes responsáveis pelos programas das quatro empresas estudadas.

7- Verifica-se, pelos dados levantados junto aos especialistas, que a identificação dos empregados alcoolistas é realizada com maior freqüência pelo Serviço Médico e pelas chefias, sendo os recursos mais utilizados a anamnese clínica, o exame físico e as alterações no trabalho. As principais ocorrências no trabalho apontadas como indicadoras do alcoolismo foram: em primeiro lugar as faltas e os atrasos não justificados, em segundo a queda na qualidade e quantidade de produção, em terceiro os acidentes de trabalho e por último os problemas de relacionamento com colegas e chefias.

8- Apesar de as empresas pesquisadas adotarem diferentes formas de divulgação do programa, é baixo o nível de penetração destas informações entre os empregados alcoolistas. Destaca-se que, entre as respostas sobre como ficaram sabendo da

existência do programa, apenas 21,1% indicaram que foi por meio de atividades informativas destinadas a toda população de empregados.

Verificou-se, também, que foi baixa a frequência (18,2%) de procura espontânea do programa na empresa entre os alcoolistas pesquisados, confirmando a necessidade da abordagem dos hábitos alcoólicos do alcoolista que geralmente não reconhece a sua condição de doente. Os dados colhidos nos dois instrumentos revelam que a abordagem dos alcoolistas tem sido feita, na maior parte dos casos, pelos assistentes sociais.

O confronto foi indicado como uma técnica raramente utilizada nas empresas pesquisadas.

9- Logo após a abordagem do empregado alcoolista, as quatro empresas pesquisadas colocam à disposição destes empregados os serviços prestados pelo programa, exigindo em troca que se comprometam com um esquema de tratamento. Identifica-se inclusive, em algumas empresas, uma forte pressão para que o empregado cumpra o esquema de tratamento (ele é informado sobre a possibilidade de ser punido, no caso de seu beber excessivo influir no ambiente de trabalho).

Assim, é apresentado ao alcoolista um esquema de tratamento como base referencial de ação, no intuito de que ele se conscientize do problema e possa responsabilizar-se pela própria recuperação.

Avaliados os pareceres apresentados pelos alcoolistas pesquisados, verifica-se que 80% acreditam que foram adequadamente convidados a participar do programa na empresa e apenas 17,1% dizem que não (8,6% reclamam o fato de terem sido forçados).

Consideram-se altamente significativos os argumentos dos alcoolistas a respeito do "porquê cumprem o seu esquema de tratamento", isto é, muito poucos (6,5%) reportam-se a não

serem demitidos. Todos os outros revelam simplesmente concordar com o tratamento, como forma de recuperarem-se ou para dar um futuro melhor para a família. Acrescenta-se que, apesar das restrições colocadas pelos alcoolistas anteriormente (terem sido obrigados a participarem dos programas), a grande maioria dos pesquisados (97,1%) declara sentir-se responsável pelo próprio esquema de tratamento.

Todas estas constatações corroboram a argumentação de que a coerção construtiva (ameaça de perda do emprego) como estímulo que impulsiona o alcoolista a buscar tratamento é muito menos consistente do que a proposta no presente trabalho, ou seja, é a compreensão de suas próprias necessidades pessoais e sociais (conhecimento crítico da realidade) o que o autodetermina na busca da recuperação.

Infere-se, portanto, que os procedimentos adotados pelas empresas têm estimulado o engajamento dos empregados alcoolistas no processo de recuperação, não pela imposição, mas criando condições para que estes alcoolistas se conscientizem do próprio problema e necessidade de recuperação.

10- Quanto aos recursos de tratamento utilizados pelos empregados alcoolistas, destacam-se as equipes técnicas das empresas, cujos Serviços Social, Médico e/ou não Psicológico são utilizados por 71,4% dos pesquisados. Por outro lado, constata-se que o Serviço Público de Saúde (apontado como recurso utilizado pelos profissionais da empresa A) não é utilizado por nenhum dos empregados pesquisados. Conclui-se, portanto, que estas empresas tomaram para si uma tarefa que é de ordem pública, prestando, conseqüentemente, um grande benefício aos seus empregados.

Vários estudos relatam que o alcoolismo no Brasil é tratado prioritariamente por meio de internações, entretanto, os dados levantados na presente pesquisa indicam que pouco

menos da metade (48,6%) dos alcoolistas pesquisados foi encaminhada para internamento após a implantação dos programas, havendo prevalência das internações por um período variável de 8 a 40 dias.

A porcentagem de alcoolistas que freqüenta sessões de psicoterapia fora da empresa é de 40%, sendo mais freqüente a terapia individual, fato que contrasta com a orientação de vários alcoologistas, que acreditam ser grupal a terapia de eleição para os alcoolistas.

Outro fato comprovado é a profunda influência de Alcoólicos Anônimos na recuperação das pessoas com problemas relacionados ao uso excessivo de bebidas alcoólicas. 60% dos pesquisados participam dos grupos de A.A., com recurso utilizado paralelamente aos Serviços prestados na empresa e fora dela (serviços particulares ou conveniados).

11- Quanto aos procedimentos utilizados pelas empresas para o custeio do tratamento do empregado alcoolista nos casos de primeiro internamento e sessões de terapia, verificou-se que 3/4 das empresas pesquisadas aplicam o princípio da Mútua Responsabilidade, isto é, os custos são compartilhados entre a empresa e o empregado.

Da mesma forma, constatou-se que, quando da necessidade de internamento após recaída, os programas de 3/4 destas empresas prevêm uma crescente participação do empregado no custeio do tratamento a cada recaída. Infere-se que esta é uma medida utilizada pelas empresas como meio de pressionar os empregados a se manterem em abstinência e, a partir desta, se envolverem num processo de recuperação.

Entretanto, registrou-se o desconhecimento de alguns alcoolistas pesquisados a respeito dos procedimentos utilizados pelas empresas para o custeio do tratamento do alcoolismo, o que impossibilita às empresas o alcance de seus objetivos.

12- O acompanhamento do tratamento dos empregados alcoolistas é realizado por toda equipe técnica da empresa. Nos casos de afastamento do trabalho para tratamento, apenas o assistente social foi citado nas quatro empresas entre os profissionais que realizam o acompanhamento do empregado.

O acompanhamento dos dados clínicos é realizado fundamentalmente por meio de exames físicos periódicos e afastamentos do serviço por motivo de doença. Por seu turno, o acompanhamento funcional e social é realizado através de dados coletados do próprio empregado, de seus familiares e do setor de trabalho.

Os atendimentos aos empregados alcoolistas são realizados de forma individual e grupal - GRUPOS DE APOIO. Os principais objetivos desses grupos, citados pelos especialistas das empresas pesquisadas, são: em primeiro lugar a manutenção da sobriedade (abstinência do grupo), em segundo a utilização da troca de experiências e desenvolvimento pessoal e em terceiro lugar a discussão das dificuldades funcionais e/ou sociais dos empregados.

Na percepção dos alcoolistas, a empresa acompanha o tratamento dos empregados através dos GRUPOS DE APOIO (63,4%), de exames médicos periódicos (24,4%) e em encontros individuais com alguém da equipe responsável pelo programa (12,2%).

Observa-se que, embora a maioria dos empregados alcoolistas (80%) não frequente terapia de grupo fora da empresa, os Grupos de Apoio constituem uma atividade dos programas que oferece exatamente aquilo que muitos alcoologistas consideram fundamental para a recuperação do alcoolista: a vivência em grupo.

Os grupos de apoio na empresa são atividades que conjugam esforços individuais para atingirem um objetivo comum. Daí, destaca-se que, mesmo sem abandonar totalmente o conceito

de que as pessoas são recursos humanos para a organização, esta pode voltar a ser um recurso de organização para as pessoas que a compõem.

13- Outro aspecto importante dos programas de Assistência ao Alcoolismo na empresa refere-se ao atendimento prestado aos familiares dos alcoolistas. Os dados levantados junto aos especialistas indicam que somente metade das empresas pesquisadas oferece um atendimento sistematizado aos familiares dos alcoolistas e a outra metade indica realizar atendimentos não sistematizados de acordo com a necessidade de cada caso. Conseqüentemente, a grande maioria dos alcoolistas pesquisados (85,7%) não conhece a freqüência destes atendimentos, sendo que (5,7%) sugerem inclusive que deveria haver um contato maior com os familiares.

Entretanto, constatou-se que a importância do atendimento à família, apontada pelos alcoolistas, coincide com os objetivos desses atendimentos, relatados pelos especialistas das empresas pesquisadas, isto é: prestar informações sobre a doença alcoolismo e mostrar a necessidade de participação da família no processo de recuperação do alcoolista. É importante registrar também que, além dos dois objetivos citados anteriormente, os especialistas de duas empresas (B e D) colocam que é prioritário, nesses atendimentos, baixar a ansiedade e aliviar a culpa dos familiares em função da problemática do empregado.

A freqüência dos familiares aos atendimentos na empresa, apontada pelos alcoolistas, é de 71,4% (esposas - cônjuge não alcoolista), 17,1% (filhos) 8,5% (irmãos) e 2,8% (mães). A partir desses dados, infere-se que é o cônjuge, não alcoolista, o principal familiar afetado com os problemas do alcoolista (desempenho inadequado de seu papel-disfunção), embora não deva ser negligenciada a participação dos outros membros da família

(especialmente dos filhos) na dinâmica familiar e estruturação da família.

14- Apesar de ter sido detectada, nos programas de Assistência ao Alcoolismo, na empresa, uma grande quantidade de atividades voltadas para o tratamento e reabilitação dos empregados alcoolistas, estes programas desenvolvem também uma série de atividades voltadas para a prevenção primária, tais como: divulgação de matéria, palestras e exibição de filmes sobre a problemática do alcoolismo. Essas atividades objetivam o esclarecimento e a conscientização dos empregados sobre as conseqüências do uso excessivo de bebidas alcoólicas. Tais atividades por si só podem ser consideradas como formas de educação permanente e de desenvolvimento dos recursos humanos dessas empresas.

Além disso, o tratamento e a recuperação dos empregados alcoolistas envolvem também um processo de educação permanente e desenvolvimento de recursos humanos, o qual, na opinião dos especialistas pesquisados, tem ocorrido principalmente por meio de um maior esclarecimento sobre a doença e reformulação da visão de mundo do alcoolista (alterada pela doença), auxiliando-o na reelaboração da autocrítica e da capacidade de escolha. Acrescenta-se a reintegração social do alcoolista, oportunidade formativa oferecida nas empresas através dos Grupos de Apoio.

Ainda, conforme os dados colhidos dos especialistas, os principais objetivos dos programas de Desenvolvimento de Recursos Humanos seriam: possibilitar condições de atualização do potencial intrínseco do empregado, melhorar o desempenho do empregado e auxiliar no desenvolvimento de relações no trabalho. Analisadas as informações levantadas nesta pesquisa, conclui-se que estes objetivos estão contidos nos programas de Assistência ao Alcoolismo na empresa.

Estas constatações fundamentam a argumentação da presente pesquisa, pois destacam os programas de Assistência ao Alcoolismo na empresa como um processo de Educação Permanente e Desenvolvimento de Recursos Humanos.

15- Finalmente, a maior parte dos especialistas pesquisados identifica duas áreas da Administração de Recursos Humanos com as quais o programa de Assistência ao Alcoolismo na empresa mais se relaciona: Seleção e Movimentação de Pessoal. Isto significa que estes programas se fundamentam no princípio de reciprocidade, isto é, se o empregado alcoolista puder realizar o que a empresa espera dele, ela poderá oferecer-lhe uma série de benefícios.

#### CONCLUSÕES INFERENCIAIS E SUGESTÕES

Os dados coletados ofereceram à pesquisadora elementos fundamentais para a análise dos pressupostos apresentados no primeiro capítulo. A partir deles, verifica-se que aqueles enunciados são, se não em sua totalidade, mas em parte confirmados.

Considera-se uma pesquisa como uma investigação que transcende a sua conclusão formal e materialmente exposta, como uma caminhada que vai além dos seus próprios resultados. Ela é um devir pela sua própria natureza e características. Assim, sem considerá-la ainda terminada, outras conclusões inferenciais e sugestões podem abrir novos caminhos:

- Os programas de Assistência ao Alcoolismo nas empresas configuram-se como programas de reintegração biopsicossocial dos empregados alcoolistas, bem como de educação destes, dos seus familiares e de toda população de empregados. Embora implantados e desenvolvidos em empresas, estes programas não priorizam a produção, mas estão voltados essencialmente para a

valorização das pessoas para as quais direta ou indiretamente são dirigidos.

Identifica-se as atividades desenvolvidas em todos os níveis de prevenção (informação, tratamento e reabilitação) como processo de educação informal de adultos, pois visam integrar as experiências dos empregados a novos conhecimentos para a prática consciente de uma melhor qualidade de vida, isto é, a atualização das possibilidades das pessoas envolvidas.

Por outro lado, revela-se, também, a função social das empresas através dos programas de Assistência ao Alcoolismo, cujas possibilidades educacionais ultrapassam seus empregados, uma vez que a educação destes é partilhada com toda a sua família.

- Desde o início da pesquisa de campo, detectou-se, por parte das empresas contatadas, um grande interesse no tema Assistência ao empregado alcoolista. A escassez de literatura específica, os poucos cursos dirigidos aos profissionais nas empresas (médicos, psicólogos, assistentes sociais, gerentes de Recursos Humanos e outros) mais diretamente ligados ao problema, sustentam a necessidade de formação ou atualização dos profissionais nesta área. Destaca-se, portanto, o papel da Universidade em fornecer subsídios aos programas de Assistência ao Alcoolismo, considerando as funções de ensino, pesquisa e extensão. É da competência da Universidade preparar os profissionais que irão trabalhar nesta área, promovendo a integração escola-empresa.

Desta forma, sugere-se que a UFPr, em colaboração com entidades que atuam na Educação Extra Escolar, como o Serviço Social do Comércio (SESC) e o Serviço Social da Indústria (SESI), ofereça cursos de extensão universitária sobre a problemática do Alcoolismo nas empresas.

- Verificada a importância dos programas de Assistência ao Alcoolismo na empresa, sugere-se a mobilização dos profissionais ligados à área para comporem equipes multi-profissionais, a fim de atuarem diretamente neste setor. Sabe-se que muitos profissionais (médicos, psicólogos, assistentes sociais) recusam-se a atuar na Área Industrial, acusando-a de "estar a serviço do patrão" (empresa). Entretanto, agindo dessa forma, estes profissionais estão negando a efetiva contribuição que poderiam prestar aos funcionários, isto é, um eficiente trabalho educacional que propicie ao alcoolista a decisão de se recuperar.

Além disso, considerando-se o farto exército de mão-de-obra de reserva, acotovelado às portas das empresas, entende-se que toda política de valorização dos Recursos Humanos, juntamente com os benefícios sociais que ela propicia, é bem vinda na atual conjuntura do Brasil.

- Finalmente, sugere-se que o presente trabalho, elaborado como dissertação do Mestrado em Educação - Área de concentração Recursos Humanos e Educação Permanente, possa servir como subsídio para capacitação dos profissionais das empresas, com relação à problemática do Alcoolismo. Além disso, também pode servir a profissionais de empresas localizadas longe das Universidades, como forma de Educação continuada à distância. Considera-se, assim, ratificada, uma vez mais, a função do Mestrado em Educação, não apenas como pedagógica, mas também social.

## ABSTRACT

The present research analyses the main programs of Assistance to Alcoholism in companies in Curitiba. However, this research presents some limitations due to the intrinsic nature of the subject. The main objective was to interpret the beginning, the systematic of accomplishment and the effects of the different programs of Assistance to Alcoholism in the company and its consequent involvement in the process of formation of Human Resources and Permanent Education. The presuppositions were: a) the programs of Assistance to Alcoholism in the companies include interventions aimed at the non-alcoholic employees (primary prevention), the treatment and the recovery of problem-drinking employees, and b) the alcoholic employee who participates in the program in the company presents a better general condition of living and reveals positive expectations in relation to his process of recovery. The Review of Literature includes a systematic study about the subject, in which the following points were pointed out: general aspects of alcoholism (diagnosis, etiology, occurrence in Brazil), the treatment (desintoxication, hospital and ambulatory treatment, alcoholics anonymous, relapse, family's participation in the treatment) and the assistance offered in the companies (accomplishment of the programs and their repercussion). The programs of Assistance to Alcoholism of four companies of Curitiba were analysed through the data collected from twelve professionals responsible for the programs and from thirty-five alcoholic employees. Confronting the data it was possible to verify the companies' policy in relation to alcoholism; to characterize the alcoholic employees who were included in the research (identification data, history of their alcoholism); to evaluate the penetration rate (the extent to which a program reaches its target population); to analyse the employees and their families' participation in the company's program; to identify the professionals who are responsible for the programs and their functions; to verify the impact of the programs in the employees' community (primary prevention, treatment and recovery) and the relationship among them and the Development of Human Resources and Permanent Education. It was

concluded that it is necessary to face the problem not only as merely medico-psychiatrist (health-problem), focusing the multidisciplinary action for the success in the combat of alcoholism. Thus, it suggests that more professionals related to this area participate in group work in the company. The research points out that the programs of Assistance to Alcoholism in the companies promote the biopsychosocial reintegration of the alcoholic employees and make it possible the engagement of these employees, their families and all the population of employees in a permanent educational process. Finally, it reveals one more social function of the companies, when they assume the task of public order, that is, the assistance to people with problems related to the excessive use of alcoholic drinks.

## ANEXOS

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO CAGE .....	276
ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO ADS .....	276
ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO SADD .....	277
ANEXO 4 - CARTA ÀS EMPRESAS .....	278
ANEXO 5 - INSTRUMENTO APLICADO AOS RESPONSÁVEIS PELO PRO- GRAMA .....	279
ANEXO 6 - INSTRUMENTO APLICADO AOS EMPREGADOS ALCOOLISTAS.	295

- 1 Alguma vez o senhor sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?
- 2 As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?
- 3 O senhor se sente culpado pela maneira como costuma beber?
- 4 O senhor costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

## ANEXO 2

- (1) As seguintes perguntas dizem respeito a uma série de fatores relacionados com o consumo de *bebidas alcoólicas*. Por favor, leia cuidadosamente cada pergunta
- (2) Responda as questões tendo em vista a época em que voce estava bebendo
- (3) Responda a cada pergunta assinalando a resposta que lhe pareça *mais apropriada*
- (4) Se você tiver alguma dificuldade *peça ajuda*
- (5) Responda a **TODAS** as perguntas

## ADS

- |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 Na última vez em que você tomou bebida alcoólica, você bebeu                                                                                        | 13 Já aconteceu de você ficar desacordado após beber?                                                                                   |
| a o suficiente para ficar alto (plcgre) ou nem isso                                                                                                   | a não                                                                                                                                   |
| b o suficiente para ficar bêbado                                                                                                                      | b uma vez                                                                                                                               |
| c o suficiente para ficar desacordado                                                                                                                 | c mais do que uma vez                                                                                                                   |
| 2 Nas manhãs de domingo ou segunda-feira, você costuma estar de ressaca?                                                                              | 14 Você já teve convulsão (ataque) após beber?                                                                                          |
| a não                                                                                                                                                 | a não                                                                                                                                   |
| b sim                                                                                                                                                 | b uma vez                                                                                                                               |
| 3 Você costuma ter tremores nas mãos quando para de beber por algumas horas?                                                                          | c várias vezes                                                                                                                          |
| a não                                                                                                                                                 | 15 Você bebe durante o dia?                                                                                                             |
| b algumas vezes                                                                                                                                       | a não                                                                                                                                   |
| c quase sempre                                                                                                                                        | b sim                                                                                                                                   |
| 4 Você se sente fisicamente mal (por exemplo, vômitos, cólicas de estômago) por ter bebido?                                                           | 16 Depois de beber muito, o seu raciocínio fica confuso?                                                                                |
| a não                                                                                                                                                 | a não                                                                                                                                   |
| b algumas vezes                                                                                                                                       | b sim, mas apenas por algumas horas                                                                                                     |
| c quase todas as vezes que bebo                                                                                                                       | c sim, por um ou dois dias                                                                                                              |
| 5 Você já teve <i>delirium tremens</i> , isto é, já sentiu, viu ou ouviu coisas que não existiam, sentiu-se muito ansioso, inquieto e muito excitado? | d sim, por muitos dias                                                                                                                  |
| a não                                                                                                                                                 | 17 Você sente seu coração bater rapidamente depois de ter bebido?                                                                       |
| b uma vez                                                                                                                                             | a não                                                                                                                                   |
| c várias vezes                                                                                                                                        | b uma vez                                                                                                                               |
| 6 Quando você bebe, você tropeça, cambaleia e trança as pernas?                                                                                       | c várias vezes                                                                                                                          |
| a não                                                                                                                                                 | 18 Você está sempre pensando em beber e em bebidas alcoólicas?                                                                          |
| b algumas vezes                                                                                                                                       | a não                                                                                                                                   |
| c muitas vezes                                                                                                                                        | b sim                                                                                                                                   |
| 7 Após beber, você se sente com muito calor e suando (como se estivesse com febre)?                                                                   | 19 Após beber você vê coisas que não existem?                                                                                           |
| a não                                                                                                                                                 | a não                                                                                                                                   |
| b uma vez                                                                                                                                             | b uma vez                                                                                                                               |
| c várias vezes                                                                                                                                        | c várias vezes                                                                                                                          |
| 8 Após beber, você vê coisas que não existem?                                                                                                         | 20 Você tem sensações estranhas e assustadoras quando está bebendo?                                                                     |
| a não                                                                                                                                                 | a não                                                                                                                                   |
| b uma vez                                                                                                                                             | b uma ou duas vezes                                                                                                                     |
| c várias vezes                                                                                                                                        | c muitas vezes                                                                                                                          |
| 9 Você fica desesperado por medo de não ter bebida na hora em que você precisar?                                                                      | 21 Após beber, você sente "coisas" rastejando em cima de você, que na realidade não existem, como, por exemplo, aranha e outros bichos? |
| a não                                                                                                                                                 | a não                                                                                                                                   |
| b sim                                                                                                                                                 | b uma vez                                                                                                                               |
| 10 Após beber, você já teve momentos de "perda de memória" (sem ter ficado desacordado)?                                                              | c várias vezes                                                                                                                          |
| a não, nunca                                                                                                                                          | 22 Em relação a perda de memória (esquecer completamente o que ocorreu)                                                                 |
| b algumas vezes                                                                                                                                       | a nunca teve                                                                                                                            |
| c muitas vezes                                                                                                                                        | b teve, por períodos menores que uma hora                                                                                               |
| d quase sempre que eu bebo                                                                                                                            | c teve, por vanas horas                                                                                                                 |
| 11 Você costuma ter uma garrafa sempre perto de você?                                                                                                 | d teve, por períodos de um dia ou mais                                                                                                  |
| a não                                                                                                                                                 | 23 Você já tentou parar de beber e não conseguiu?                                                                                       |
| b parte do tempo                                                                                                                                      | a não                                                                                                                                   |
| c quase sempre                                                                                                                                        | b uma vez                                                                                                                               |
| 12 Depois de um período sem beber (abstinência) você já recomeça bebendo muito?                                                                       | c várias vezes                                                                                                                          |
| a não                                                                                                                                                 | 24 Você toma tragos rápidos (bebe rapidamente)?                                                                                         |
| b algumas vezes                                                                                                                                       | a não                                                                                                                                   |
| c quase todas as vezes                                                                                                                                | b sim                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                       | 25 Você em geral consegue parar depois de beber uma ou duas doses?                                                                      |
|                                                                                                                                                       | a sim                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                       | b não                                                                                                                                   |

ANEXO 3

- (1) As seguintes perguntas dizem respeito a uma serie de fatores relacionados com o consumo de *bebidas alcoolicas*. Por favor leia cuidadosamente cada pergunta  
 (2) Responda as questões tendo em vista a época em que você estava bebendo  
 (3) Responda a cada pergunta assinalando a resposta que lhe pareça *mais apropriada*  
 (4) Se você tiver alguma dificuldade, *peça ajuda*  
 (5) Responda a **TODAS** as perguntas

SADD

	NUNCA	POUCAS VEZES	MUITAS VEZES	SEMPRE
1 Você acha difícil tirar o pensamento de beber da cabeça?	( )	( )	( )	( )
2 Acontece de você deixar de comer por causa da bebida?	( )	( )	( )	( )
3 Você planeja seu dia em função da bebida?	( )	( )	( )	( )
4 Você bebe em qualquer horario (manhã, tarde e/ou noite)?	( )	( )	( )	( )
5 Na falta de sua bebida preferida você toma qualquer outra?	( )	( )	( )	( )
6 Acontece de você beber sem levar em conta os compromissos que tenha depois?	( )	( )	( )	( )
7 Você acha que o quanto você bebe chega a prejudicá-lo?	( )	( )	( )	( )
8 No momento em que você começa a beber, é difícil parar?	( )	( )	( )	( )
9 Você tenta se controlar (tenta deixar de beber)?	( )	( )	( )	( )
10 Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha bebido muito, você precisa beber para se sentir melhor?	( )	( )	( )	( )
11 Você acorda com tremores nas mãos na manhã seguinte a uma noite em que tenha bebido muito?	( )	( )	( )	( )
12 Depois de ter bebido muito, você levanta com náuseas ou vômitos?	( )	( )	( )	( )
13 Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha bebido muito, você levanta não querendo ver ninguém na sua frente?	( )	( )	( )	( )
14 Depois de ter bebido muito, você vê coisas que mais tarde percebe que eram imaginação sua?	( )	( )	( )	( )
15 Você se esquece o que aconteceu enquanto esteve bebendo?	( )	( )	( )	( )

## ANEXO 4 - CARTA ÀS EMPRESAS

Curitiba, 15 de abril de 1988.

Prezados Senhores:

Como associada ao IPAPe - INSTITUTO PARANAENSE DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL, do qual essa empresa também é associada, tomo a liberdade de vir à presença de Vv.Ss. solicitar sua colaboração.

Sou Psicóloga formada pela Universidade Católica do Paraná em 1977 e, atualmente, sou aluna do Curso de Pós-Graduação em Educação, Área de Concentração em Recursos Humanos, da Universidade Federal do Paraná, onde pretendo desenvolver uma pesquisa relacionada ao tratamento do alcoolista na empresa e sua recuperação como agente produtivo.

Estatísticas recentes revelam que, no Brasil, 60% dos operários consomem bebidas alcoólicas, o que implica numa redução média de 30% na capacidade para o trabalho. A literatura tem demonstrado que o trabalhador alcoolista falta ao trabalho de 3 a 5 vezes mais que o trabalhador sadio; que está muito mais sujeito a acidentes e que 50% das mortes trágicas em acidentes de trabalho são causados pelo consumo excessivo de álcool.

Nosso objetivo é efetuar uma pesquisa sobre os procedimentos a serem empregados, ou já empregados, pelas empresas na solução do problema do alcoolismo.

Acreditamos que uma abordagem correta pela administração da empresa possibilita resultados concretos em termos de desempenho profissional, assiduidade, relações interpessoais, segurança no trabalho, o que efetivamente levará a um melhor índice de produtividade.

Assim sendo, recorro a Vv.Ss. para saber se seria possível me permitirem visitar sua empresa e manter contatos com o pessoal mais diretamente engajado (serviço médico, social, administradores de recursos humanos ou outros), no atendimento dos empregados alcoolistas. Isto, vale a pena ressaltar, que não implicará em ônus para essa empresa.

Neste sentido, se Vv.Ss. permitirem a nossa visita, solicitamos a confirmação no próprio IPAPe., com a Srta. **Andrea Contín**, pelo telefone (041) 223-7422, Curitiba, Pr.

Atenciosamente

Sandra Regina Kirchner Guimarães

## ANEXO 5 - INSTRUMENTO APLICADO AOS RESPONSÁVEIS PELO PROGRAMA

Caro colega

Com a finalidade de desenvolver uma pesquisa sobre programas de atendimento ao empregado alcoolista e a conseqüente proposta de análise e reestruturação destes programas, voltados à formação de Recursos Humanos, solicitamos o seu apoio e colaboração, no sentido de fornecer informações a respeito do assunto.

A sua colaboração nos ajudará a melhor compreender a problemática e de relacionar suas respostas com outras de diferentes especialistas na área.

Ressaltamos que se trata de um questionário anônimo e que as suas respostas representarão uma verdade do seu ponto de vista interpretativo.

Vale ressaltar que nos itens propostos no instrumento, o respondente poderá assinalar, conforme o caso, mais de uma alternativa.

Agradecemos a sua colaboração e nos colocamos à disposição para outras informações mais precisas.

SANDRA KIRCHNER GUIMARÃES

Pesquisadora

1.1) Empresa:

\_\_\_\_\_

1.2) Número total de empregados atuais na empresa:

\_\_\_\_\_

1.3) Na sua opinião a empresa reconhece o alcoolismo como doença, com possibilidades de prevenção e recuperação.

Sim ( )

Não ( )

Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.4) Em relação à atuação da empresa frente ao alcoolismo, esta:

- Oferece as mesmas oportunidades de tratamento médico oferecidas aos demais empregados..... ( )

- Trata dos problemas funcionais do empregado alcoolista como os de qualquer outro empregado .... ( )

- Outras ( ) Quais? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

II - NÍVEL DE PENETRAÇÃO DO PROGRAMA

2.1) Data de início do funcionamento do programa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2.2) O programa iniciou-se com a participação de quantos empregados:

\_\_\_\_\_

2.3) Nº de empregados alcoolistas atendidos pelo programa: \_\_\_\_\_

2.4) Quantos empregados alcoolistas foram encaminhados para internamento: \_\_\_\_\_

2.5) Quantos empregados estão em atendimento psicoterápico fora da empresa: \_\_\_\_\_

2.6) Nº de empregados que iniciaram o programa e que por razões históricas não estão mais engajados no mesmo: \_\_\_\_\_

2.7) Para o caso anterior, cite as razões que levaram aos desligamentos:

Alta determinada pela equipe técnica.... ( )

Pedido de desligamento do programa ..... ( )

Abandono do programa ..... ( )

Demissão do empregado ..... ( )

Transferência do empregado ..... ( )

Morte do empregado ..... ( )

Outras ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

2.8) Nº de empregados com diagnóstico de alcoolismo que não estão participando do programa: \_\_\_\_\_

2.9) Aponte as causas que você acredita estarem restringindo a adesão destes empregados ao programa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.10) Como é divulgado o programa de Alcoolismo na empresa?

Não é divulgado ..... ( )

Por meio de palestras e filmes ..... ( )

Jornal interno ..... ( )

Exposição de cartazes ..... ( )

Durante a Semana de Prevenção de Acidentes de Trabalho. ( )

Outros ( ) Quais? \_\_\_\_\_

2.11) Quais as finalidades a serem alcançadas pelo programa:

(Enumere com 1, 2, 3, etc., de acordo com a prioridade, sendo que 1 é mais prioritário).

- A - Abstinência alcoólica ou beber controlado ..... ( )
- B - Aumento do nível de rendimento no trabalho ..... ( )
- C - Redução dos custos (gastos) com problemas de alcoolismo ( )
- D - Consecução de adesão ao programa de todos os empregados com diagnóstico de alcoolismo ..... ( )
- E - Outras ( ) Especifique: \_\_\_\_\_
- 

2.12) Quais são os objetivos específicos do programa:

(Enumere por ordem de 1, 2, 3, etc., de acordo com a prioridade, sendo que 1 é mais prioritário).

- A - Identificar e diminuir problemas de saúde relacionados ao uso excessivo do álcool ..... ( )
- B - Reduzir o índice de absenteísmo causado pela doença ... ( )
- C - Reduzir o nº de acidentes dentro e fora do trabalho, ocasionados pelo uso excessivo do álcool ..... ( )
- D - Identificar e diminuir problemas de ordem familiar e financeira relacionados ao uso excessivo do álcool ..... ( )
- E - Colaborar para o bom clima organizacional na empresa, diminuindo os problemas de relacionamento interpessoal entre chefia/empregado e empregado/empregado ..... ( )
- F - Desenvolver campanha de esclarecimento e conscientização dos empregados sobre as conseqüências do uso excessivo de bebidas alcoólicas ..... ( )
- G - Outros ( ) Especifique: \_\_\_\_\_
- 
-

2.13) O programa tem desenvolvido:

283

- a) Mais atividades de prevenção ..... ( )
  - b) Mais atividades de tratamento ..... ( )
  - c) Atividades de prevenção e tratamento na mesma proporção ( )
  - d) Outras ( )      Especifique: \_\_\_\_\_
- 

2.14) Quais os tipos de atividades preventivas desenvolvidas:

- A - Pesquisa sobre o nível de informação dos empregados a respeito do alcoolismo ..... ( )
  - B - Divulgação de matérias sobre alcoolismo ..... ( )
  - C - Palestras e exibição de filmes de esclarecimento sobre alcoolismo ..... ( )
  - D - Exposição de cartazes de alerta sobre o problema do alcoolismo ..... ( )
  - E - Outras ( )      Especifique: \_\_\_\_\_
- 

### III - IDENTIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO

3.1) Como são identificados os empregados Alcoolistas:

(Enumere 1, 2, 3, etc.. Comece com 1 para aquele que ocorre com maior frequência).

- a) Pela procura espontânea do empregado ao programa ..... ( )
  - b) Pelo Serviço Social ..... ( )
  - c) Pelo Serviço Médico ..... ( )
  - d) Por indicação da chefia ..... ( )
  - e) Outros ( )      Especifique: \_\_\_\_\_
- 
-

3.2) Quais os níveis hierárquicos que apresentam maior índice de alcoolismo?

A - Nível gerencial ..... ( )

B - Nível de chefias e supervisão ..... ( )

C - Nível operacional ..... ( )

Explique: \_\_\_\_\_

3.3) Quais os recursos utilizados para o diagnóstico do alcoolismo:

A - Anamnese clínica ..... ( )

B - Exame físico ..... ( )

C - Exame psíquico ..... ( )

D - Avaliação laboratorial ..... ( )

E - Alterações no trabalho ..... ( )

F - Questionários padronizados ..... ( )

G - Outros ( ) Quais? \_\_\_\_\_

3.4) No caso de questionários padronizados, cite aqueles que são utilizados: \_\_\_\_\_

3.5) Houve treinamento das chefias para identificação de alterações no trabalho, que indicassem Alcoolismo:

Sim ( )

Não ( )

Algumas ( )

Explique: \_\_\_\_\_

3.6) Que tipo de ocorrências, no trabalho, aparecem como indicadores de alcoolismo:

(Enumere por ordem de frequência).

- A - Faltas e atrasos não justificados ..... ( )  
 B - Acidentes de trabalho ..... ( )  
 C - Queda na quantidade da produção ..... ( )  
 D - Produção de má qualidade ..... ( )  
 E - Mau relacionamento com os colegas ..... ( )  
 F - Mau relacionamento com as chefias ..... ( )  
 G - Outros ( )      Especifique: \_\_\_\_\_
- 

#### IV - EQUIPE ATUANTE NO PROGRAMA

4.1) Quais os profissionais envolvidos no programa e quantos deles em cada categoria?

- A - Gerente de Recursos Humanos ..... ( )  
 B - Médicos ..... ( )  
 C - Enfermeiros ..... ( )  
 D - Assistente Social ..... ( )  
 E - Psicólogos ..... ( )  
 F - Outros ( )      Especifique: \_\_\_\_\_
- 

4.2) A equipe sente falta de algum profissional para desenvolver as atividades propostas pelo programa?

Sim ( )

Não ( )

Especifique: \_\_\_\_\_

---

4.3) No caso da resposta anterior ser afirmativa, quais as funções que deveriam ser assumidas por este profissional?

---



---



---



---



---

4.4) Das proposições abaixo assinale as funções de toda Equipe responsável pelo programa, as funções específicas da Gerência de Recursos Humanos, as funções específicas do Serviço Médico, as funções específicas do Serviço Social e as funções específicas do Serviço de Psicologia, de acordo com as siglas:

"E" - Equipe "SM" - Serviço Médico  
 "RH" - Gerência de Recursos Humanos "SS" - Serviço Social  
 "SP" - Serviço de Psicologia

(Quando a proposição constituir função de vários componentes do programa, mais de uma sigla pode ser assinalada).

- |                                                                                                               |     |      |      |      |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|------|------|------|
| A - Implantar uma política de prevenção e controle do alcoolismo .....                                        | (E) | (RH) | (SM) | (SS) | (SP) |
| B - Planejar, coordenar e avaliar o programa de atendimento ao empregado alcoolista .....                     | (E) | (RH) | (SM) | (SS) | (SP) |
| C - Credenciar e descredenciar recursos da comunidade, necessários ao funcionamento adequado do programa ...  | (E) | (RH) | (SM) | (SS) | (SP) |
| D - Opinar a respeito de situações que envolvam a questão do alcoolismo no âmbito da empresa .....            | (E) | (RH) | (SM) | (SS) | (SP) |
| E - Diagnosticar os casos de alcoolismo existentes na empresa .....                                           | (E) | (RH) | (SM) | (SS) | (SP) |
| F - Analisar os casos de alcoolismo diagnosticados na empresa fazendo o encaminhamento e acompanhamento ..... | (E) | (RH) | (SM) | (SS) | (SP) |
| G - Adotar medidas que favoreçam a integração do alcoolista em recuperação ao ambiente de trabalho .....      | (E) | (RH) | (SM) | (SS) | (SP) |
| H - Motivar a família a participar do tratamento do empregado .....                                           | (E) | (RH) | (SM) | (SS) | (SP) |

4.5) Existe ainda alguma outra função dos componentes do programa que não tenha sido levantada anteriormente? Quais são estas funções?

- Funções da Equipe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Funções da Gerência de R.H.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Funções do Serviço Médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Funções do Serviço Social: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Funções do Serviço de Psicologia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.6) Por quem é feita a abordagem dos empregados com hábitos alcoólicos?

A - Pelo Médico ..... ( )

B - Pelo Assistente Social ..... ( )

C - Pelo Psicólogo ..... ( )

D - Por outro profissional ( ) Qual? \_\_\_\_\_

4.7) Em que situações é utilizada a técnica do confronto? Que pessoas são envolvidas?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

V - ENCAMINHAMENTO

5.1) No encaminhamento, o plano de tratamento a ser cumprido é discutido com o empregado?

Sim ( )

Não ( )

Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.2) O empregado é responsabilizado pelo cumprimento de seu esquema de tratamento?

Sim ( )

Não ( )

Em caso afirmativo, explique de que forma é firmado o compromisso: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.3) Quais os recursos que a empresa utiliza para o tratamento do empregado alcoolista:

A - Grupos de mútua-ajuda da comunidade (A.A.) ..... ( )

B - Serviço público de saúde ..... ( )

C - Convênios médicos da empresa ..... ( )

D - Serviço médico e psicoterápico da própria empresa ..... ( )

E - Outros ( ) Especifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.4) Qual(is) a(s) modalidade(s) de tratamento bio-psico-social, fora da empresa, mais utilizada(as) pelo programa:

(Enumere começando com aquela que ocorre com maior frequência).

- A - Internamento de longa duração (até 60 dias) complementado por psicoterapia individual ..... ( )
- B - Internamento de longa duração (até 60 dias) complementado por psicoterapia de grupo ..... ( )
- C - Internamento para desintoxicação complementado por psicoterapia individual ..... ( )
- D - Internamento para desintoxicação complementado por psicoterapia de grupo ..... ( )
- E - Psicoterapia individual ..... ( )
- F - Psicoterapia grupal ..... ( )
- G - Outros ( ) Especifique: \_\_\_\_\_
- 

#### VI - ACOMPANHAMENTO

6.1) No caso do tratamento do empregado ser feito fora da empresa, quais são os profissionais responsáveis pelo seu acompanhamento?

- A - Médicos ..... ( )
- B - Enfermeiros ..... ( )
- C - Assistente Social ..... ( )
- D - Psicólogos ..... ( )
- E - Outros ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

6.2) Como o serviço médico controla os dados clínicos evidenciando o alcoolismo:

- A - Exames físicos periódicos ..... ( )
- B - Abono de faltas ..... ( )
- C - Afastamentos por doença ..... ( )
- D - Outros ( ) Especifique: \_\_\_\_\_
-



## 7.3) Quais são os objetivos do atendimento à família:

(Enumere por ordem, de acordo com as prioridades).

- A - Esclarecer sobre o programa existente na empresa ..... ( )
- B - Prestar informações sobre a doença alcoolismo ..... ( )
- C - Baixar a ansiedade e aliviar a culpa dos familiares em função da problemática do empregado ..... ( )
- D - Avaliar a situação vivida pelo funcionário e sua família . ( )
- E - Reforçar a necessidade de participação da família no processo de recuperação do alcoolista ..... ( )
- F - Traçar plano de tratamento para a família ..... ( )
- G - Acompanhar o tratamento do alcoolista e da família ... ( )
- H - Outros ( )      Especifique: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

VIII - GRUPOS DE APOIO

8.1) Existem grupos de apoio coordenados pela equipe do programa, funcionando na empresa:

Sim ( )

Não ( )

8.2) No caso dos grupos de apoio estarem funcionando na empresa, quais são suas funções?

(Enumere por ordem, de acordo com as prioridades).

- A - Manutenção da sobriedade (abstinência) do grupo ..... ( )
- B - Utilização da troca de experiências e desenvolvimento pessoal ..... ( )
- C - Propagação do programa ..... ( )
- D - Discussão das dificuldades funcionais e/ou sociais dos empregados alcoolistas ..... ( )
- E - Outras ( )      Quais? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

IX - CUSTOS DO PROGRAMA

9.1) Quando há necessidade de internamento do empregado para tratamento, quem paga as despesas? Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9.2) Em casos de recaídas, que procedimentos são utilizados no custeio do tratamento? Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9.3) Com relação às sessões de terapia, a empresa mantém convênio com clínicas ou psicoterapeutas?

Sim ( )

Não ( )

Especifique: \_\_\_\_\_

9.4) Em caso afirmativo do item anterior, de que forma são pagas estas sessões?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

X - ASPECTO FORMATIVO EM DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

10.1) O programa de prevenção e recuperação do empregado alcoolista é parte de um programa maior de Desenvolvimento de Recursos Humanos?

Sim ( )

Não ( )

Comente sua resposta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10.2) Quais são as oportunidades formativas oferecidas pelo programa de prevenção e recuperação do Alcoolismo?

(Enumere de acordo com a realidade do programa, enfatizando a ordem de eficácia destas oportunidades)

- A - Promoção de reintegração social do alcoolista ..... ( )
- B - Planejamento e desenvolvimento de encontros e palestras para esclarecimento sobre a doença ..... ( )
- C - Condições de reformulação da visão de mundo do alcoolista, alterada pela doença, auxiliando-o na reelaboração da autocrítica e da capacidade de escolha ..... ( )
- D - Dinâmica de desenvolvimento intra e interpessoal ..... ( )
- E - Outras ( ) Quais? \_\_\_\_\_

---



---

10.3) Na sua opinião, os programas de Desenvolvimento de Recursos Humanos são ofertados com objetivos de:

- A - Melhorar o desempenho do empregado ..... ( )
- B - Garantir a eficiência no trabalho ..... ( )
- C - Possibilitar condições de atualização do potencial intrínseco do empregado ..... ( )
- D - Auxiliar no desenvolvimento de relações no trabalho ... ( )
- E - Propiciar condições de adaptação da personalidade do empregado às exigências do trabalho ..... ( )
- F - Outros ( ) Quais: \_\_\_\_\_

---



---



---

10.4) O programa de prevenção e recuperação do alcoolismo oferece subsídios a outras áreas da gerência de recursos humanos?

Sim ( )

Não ( )

10.5) No caso da resposta anterior ser afirmativa, com quais áreas o programa se relaciona?

A - Seleção de Pessoal ..... ( )

B - Avaliação de Desempenho ..... ( )

C - Avaliação de Potencial ..... ( )

D - Administração Salarial ..... ( )

E - Movimentação de Pessoal ..... ( )

F - Outra ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Comente a relação entre o programa de prevenção e recuperação do alcoolismo com cada uma das áreas assinaladas:

---

---

---

---

---

---

---

## ANEXO 6 - INSTRUMENTO APLICADO AOS EMPREGADOS ALCOOLISTAS

Prezado Colaborador

Estamos desenvolvendo uma pesquisa sobre avaliação de programas de prevenção e recuperação do alcoolismo. Como participante deste programa, a sua colaboração é muito importante. Para isso, estamos apresentando um instrumento composto de itens sobre diversos aspectos do programa. Pedimos sua ajuda no sentido de responder a este instrumento com a maior seriedade possível.

Trata-se de um instrumento anônimo, porque não pretendemos identificar os respondentes e sim relacionar as suas respostas com outras dos demais sujeitos pesquisados.

Solicitamos sua atenção e cuidado no momento da escolha das respostas, de modo que elas se tornem fiéis a sua intenção. Há itens ou questões em que você deverá enumerar a escolha de acordo com a ordem de preferência. Assim a escolha mais importante será assinalada com o número 1, a segunda com o número 2 e assim sucessivamente. Caso você tenha alguma dúvida, poderá solicitar auxílio da pessoa encarregada da aplicação do instrumento.

Antecipadamente agradecemos a sua colaboração.

SANDRA KIRCHNER GUIMARÃES

Pesquisadora

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1) Idade: \_\_\_\_\_ anos.

1.2) Sexo: Feminino ( )

Masculino ( )

1.3) Grau de instrução atual:

Sem escolarização ( )

2º grau completo ( )

1º grau incompleto ( )

Superior incompleto ( )

1º grau completo ( )

Superior completo ( )

2º grau incompleto ( )

1.4) Quanto a sua situação conjugal:

Solteiro ( )

Separado ( )

Casado ( )

Divorciado ( )

Viúvo ( )

Vive maritalmente ( )

Desquitado ( )

Outro ( ) Qual? \_\_\_\_\_

1.5) Você mora:

Com a sua família ( )

Com amigos ( )

Sozinho ( )

Com parentes ( )

Outro ( ) Qual? \_\_\_\_\_

1.6) Você tem religião?

Sim ( )

Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

1.7) De quantas horas é a sua jornada semanal de trabalho?

\_\_\_\_\_

1.8) Qual é a sua renda mensal aproximada?

De 1 a 3 salários mínimos ( )

De 4 a 6 salários mínimos ( )

Mais de 7 salários mínimos ( )

1.9) Há quanto tempo você está trabalhando nesta empresa?

---

1.10) Qual é a sua função, cargo que ocupa na empresa?

---

1.11) Depois que você começou a trabalhar nesta empresa, já foi alguma vez promovido?

Sim ( )

Não ( ) Quantas vezes? \_\_\_\_\_

1.12) O que você faz no seu tempo livre?

- Não encontra nada para fazer quando não está trabalhando ( )

- Futebol ..... ( )

- Pescaria ..... ( )

- Leitura ..... ( )

- Jogo de cartas ..... ( )

- Outros ( ) Quais? \_\_\_\_\_

## II - HISTÓRIA PESSOAL DO ALCOOLISMO

2.1) Durante quanto tempo você usou ou usa bebidas alcoólicas?

Menos de 1 ano ( )

De 3 a 6 anos ( )

De 1 a 2 anos ( )

De 6 a 10 anos ( )

De 2 a 3 anos ( )

Mais de 10 anos ( )

2.2) Durante o período de maior consumo de bebidas alcoólicas, qual era a freqüência em que você costumava beber?

- Diariamente ..... ( )

- 3 vezes por semana ..... ( )

- 2 vezes por semana ..... ( )

- 1 vez por semana (em fins de semana) ..... ( )

2.3) Como está o consumo de bebidas alcoólicas atualmente?

- Diariamente ..... ( )
- 3 vezes por semana ..... ( )
- 2 vezes por semana ..... ( )
- 1 vez por semana (em fins de semana) ..... ( )
- Abstinente ..... ( )

2.4) Você já teve problemas de saúde que o médico tenha dito serem associados ao uso de bebidas alcoólicas?

Sim ( )

Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

2.5) Já esteve internado para tratamento do alcoolismo?

Nunca ( )

1 vez ( )

2 vezes ( )

Mais de 2 vezes ( )

2.6) No caso de já ter sido internado:

- Qual é a data da última internação: \_\_\_\_\_ mês \_\_\_\_ ano

- Quanto tempo ficou internado? \_\_\_\_\_ dias \_\_\_\_\_ meses

### III - PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO ALCOOLISMO

3.1) Você participa do programa de prevenção e recuperação do alcoolismo de sua empresa?

Sim ( )

Não ( )

3.2) No caso da resposta anterior ser positiva, há quanto tempo você está participando do programa?

\_\_\_\_\_

3.3) Que motivo o levou a participar do programa?

- A - Problemas de saúde ..... ( )  
 B - Porque estava faltando ou chegando atrasado ao trabalho  
 devido ao uso excessivo do álcool ..... ( )  
 C - Porque não estava conseguindo fazer o serviço bem feito. ( )  
 D - Porque estava se envolvendo em brigas com colegas de  
 trabalho ou chefia ..... ( )  
 E - Problemas em casa ..... ( )  
 F - Outro ( ) Qual? \_\_\_\_\_

3.4) Como você começou a participar do programa?

- A - Procurou o programa espontaneamente ..... ( )  
 B - Por indicação do serviço social ..... ( )  
 C - Por indicação do serviço médico ..... ( )  
 D - Foi encaminhado pela chefia ..... ( )  
 E - Por influência da família ou de algum de seus membros .. ( )  
 F - Outro ( ) Qual? \_\_\_\_\_

3.5) Você acredita que a maneira pela qual você foi convidado a participar do programa é a mais adequada?

Sim ( ) Não ( )

Que outra forma você sugere?

\_\_\_\_\_

3.6) Você tem algum colega de trabalho que é alcoolista e se recusa a participar do programa?

Sim ( ) Não ( )

3.7) No caso da resposta anterior ser afirmativa, aponte as causas que você acredita estarem impedindo que ele participe do programa:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.8) Depois que você começou a participar do programa, a sua vida melhorou?

Sim ( ) Não ( )

3.9) No caso da resposta anterior ser afirmativa, indique em que área foi esta melhora:

(Se você quiser assinalar mais de uma alternativa, enumere com 1, 2, 3, etc.. Indique com 1 a área onde a melhora foi mais acentuada e continue a enumerar com 2, 3, 4, etc., as áreas cuja melhora foi menos acentuada).

- A - Melhor condição geral de saúde ..... ( )  
 B - Melhor situação financeira ..... ( )  
 C - Melhor desempenho no trabalho ..... ( )  
 D - Melhora no relacionamento com os colegas de trabalho e chefia .. ( )  
 E - Melhora no relacionamento com a família ..... ( )  
 F - Outra ( ) Qual? \_\_\_\_\_

3.10) Você já pensou em abandonar o programa?

Sim ( ) Não ( )

Por quê? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### IV - TRATAMENTO

4.1) Como participante do programa de prevenção e recuperação do alcoolismo, você tem um esquema (plano) de tratamento a cumprir?

Sim ( ) Não ( )

4.2) Por quê você cumpre este esquema de tratamento?

- Porque concorda com ele ..... ( )  
 - Porque não quer ser demitido ..... ( )  
 - Outro ( ) Qual? \_\_\_\_\_

4.3) Você se sente responsável pelo cumprimento do seu esquema de tratamento?

Sim ( ) Não ( )

4.4) Quais os meios de que você se utiliza para o tratamento?

- A - Grupos de mútua-ajuda da comunidade (A.A.) ..... ( )
- B - Serviço público de saúde ..... ( )
- C - Convênios médicos e psicoterápicos da empresa ..... ( )
- D - Serviço médico da própria empresa ..... ( )
- E - Serviço social da própria empresa ..... ( )
- F - Outro ( ) Qual? \_\_\_\_\_

4.5) De que forma o seu tratamento é acompanhado pela empresa?

- A - Através de exames médicos periódicos ..... ( )
- B - Em encontros individuais com alguém da equipe responsável pelo programa ..... ( )
- C - Em encontros de grupo supervisionados pela equipe responsável pelo programa ..... ( )
- D - Outro ( ) Qual? \_\_\_\_\_

4.6) Você sente necessidade de algum outro tipo de atendimento dentro da empresa?

Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

4.7) Você frequenta sessões de psicoterapia fora da empresa?

- Sim, psicoterapia individual ..... ( )
- Sim, psicoterapia grupal ..... ( )
- Não ..... ( )

4.8) Quando o plano de tratamento inclui internamento ou sessões de psicoterapia fora da empresa, de que forma são pagas as despesas?

- A - Parte a empresa paga, parte o empregado ..... ( )
- B - A empresa financia o tratamento e depois cobra do empregado ..... ( )
- C - As despesas são da responsabilidade do empregado ..... ( )
- D - A empresa paga todas as despesas ..... ( )
- E - Outra ( ) Qual? \_\_\_\_\_

4.9) Nos casos de recaídas são utilizados os mesmos procedimentos citados acima, para o custeio do tratamento?

Sim ( ) Não ( )

Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### V - ATENDIMENTO À FAMÍLIA

5.1) A empresa presta atendimento aos familiares do empregado alcoolista?

Sim ( ) Não ( )

5.2) No caso de haver atendimento à família, quem da sua família costuma comparecer?

Esposa ( )

Mãe ( )

Irmã ( )

Irmão ( )

Filha ( )

Filho ( )

Outro ( ) Qual? \_\_\_\_\_

5.3) Qual é a freqüência destes atendimentos à família?

A - Uma única entrevista quando o familiar empregado começa a participar do programa ..... ( )

B - Encontros semanais ..... ( )

C - Encontros quinzenais ..... ( )

D - Encontros mensais ..... ( )

E - Encontros eventuais ..... ( )

F - Outro ( ) Qual? \_\_\_\_\_

5.4) Na sua opinião qual é a importância do atendimento à família?

(Neste item você pode assinalar mais de uma alternativa, enumerando com 1, 2, 3, etc.. Enumere com 1 aquela que você considera mais importante e continue enumerando as outras com 2, 3, 4, etc.).

- A - Prestar informações sobre a doença alcoolismo ..... ( )
- B - Mostrar a necessidade de participação da família no processo de recuperação do alcoolista ..... ( )
- C - Traçar plano de tratamento para a família ..... ( )
- D - Conhecer a situação vivida pelo empregado e sua família. ( )
- E - Acompanhar o tratamento do alcoolista e da família .... ( )
- F - Outras ( )      Quais? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## VI - O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO ALCOOLISMO NA EMPRESA

6.1) Como você ficou sabendo da existência deste programa na empresa?

- A - Pelo jornal interno ..... ( )
- B - Através de cartazes expostos nas dependências da empresa ..... ( )
- C - Em uma palestra ..... ( )
- D - Durante a Semana de Prevenção dos Acidentes de Trabalho ( )
- E - Por um colega de trabalho, também alcoolista ..... ( )
- F - Pela chefia ..... ( )
- G - Outro ( )      Qual? \_\_\_\_\_

6.2) Antes de começar a participar do programa, sabia que o alcoolismo é uma doença?

Sim ( )

Não ( )

6.3) Acredita que depois da implantação do programa de Prevenção e Recuperação do Alcoolismo, todos os empregados da empresa ficaram sabendo que alcoolismo é uma doença?

Sim ( )

Não ( )

6.4) Você diria que o seu chefe tem conhecimentos suficientes para lidar com os empregados alcoolistas?

Sim ( )

Não ( )

6.5) Dos profissionais citados abaixo, assinale o(s) que lhe prestou ou prestaram maior ajuda:

- Assistente social ..... ( )

- Médico ..... ( )

- Enfermeira ..... ( )

- Outro ( ) Qual? \_\_\_\_\_

6.6) Como você gostaria que fossem os profissionais da equipe:

A - Que sejam mais compreensivos (mais humanos) ..... ( )

B - Que tenham maior interesse pelos problemas do empregado. ( )

C - Que sejam mais preparados tecnicamente para lidar com a problemática do alcoolismo ..... ( )

D - Que tenham maior capacidade em mudar a noção da empresa (cultura da empresa) em relação ao alcoolismo ..... ( )

E - Sem sugestões, porque estou satisfeito com os profissionais da equipe ..... ( )

6.7) Na sua opinião, qual é o objetivo do programa de prevenção e recuperação do alcoolismo?

- A - Obter a abstinência alcoólica do empregado ..... ( )
- B - Aumentar o nível de rendimento no trabalho ..... ( )
- C - Reduzir os gastos da empresa com problemas de alcoolismo ( )
- D - Conseguir com que todos os empregados com alcoolismo se tratem ..... ( )
- E - Outro ( ) Qual? \_\_\_\_\_
- 

6.8) Das proposições abaixo, assinale aquela(s) que você acredita estarem sendo atingidas pelo programa:

- A - Identificar e diminuir problemas de saúde relacionados ao uso excessivo do álcool ..... ( )
- B - Reduzir as faltas ao trabalho causadas pela doença ... ( )
- C - Reduzir o número de acidentes dentro e fora do trabalho, ocasionados pelo uso excessivo do álcool ..... ( )
- D - Identificar e diminuir problemas de ordem familiar e financeira relacionados ao uso excessivo do álcool ... ( )
- E - Colaborar para o bom clima na empresa, diminuindo os problemas de relacionamento entre chefia/empregado e empregado/empregado ..... ( )
- F - Desenvolver campanha de esclarecimento e conscientização dos empregados sobre as conseqüências do uso excessivo de bebidas alcoólicas ..... ( )
- G - Outra ( ) Qual? \_\_\_\_\_
- 
-



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALCOÓLATRAS e prejuízos na economia. Gazeta do Povo, Curitiba, p.21, 30 nov. 1986.
- 2 ALCOÓLICOS ANÔNIMOS (Brasil). Alcoólicos anônimos. São Paulo: Formar, s.d. 180p.
- 3 \_\_\_\_\_. 44 perguntas e respostas a respeito do Programa de A.A. de Recuperação do Alcoolismo. São Paulo: CLAAB, s.d. 44p.
- 4 ALCOÓLICOS ANÔNIMOS (Estados Unidos da América). Os doze passos. Tradução de Twelve Steps and Twelve Traditions. São Paulo: Parma, s.d. 111p.
- 5 ALCOOLISMO: dados e opiniões. O Atalaia, Santo André, ed.esp., p.15, 1985.
- 6 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais DSM III-R. Tradução de Lúcia H.S. Barbosa. 3.ed.rev. São Paulo: Manole, 1989. 602p.
- 7 ANDRADE, Arthur Guerra, BRUFENTRINKER, Patrícia. Avaliação de tratamentos de alcoolistas. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.9, n.3, p.94-98, 1987.
- 8 ANDRADE, Arthur Guerra et al. Proposição de metodologia para avaliação da eficácia terapêutica em alcoólatras. Jornal Brasileiro da Psiquiatria, Rio de Janeiro, v.34, n.1, p.47-54, 1985.
- 9 ANDRADE, Arthur Guerra, HIRATA, Edson Shiguemi. Avaliação psiquiátrica de alcoolistas. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.7, n.24, p.17-22. 1985.

- 10 ARAÚJO, Vicente Antonio. Para compreender o alcoolismo: teoria e prática. 2.ed. São Paulo: Edicon, 1986. 115p.
- 11 AZOUBEL NETO, D. Contribuição para o estudo epidemiológico do alcoolismo. Ribeirão Preto: USP, 1965. Tese de doutorado.
- 12 BÁRCIA, Mary Ferreira. Educação permanente no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1982. 85p.
- 13 BLUME, Sheila B. Psychodrama and alcoholism. Annals of the New York Academy of Sciences, New York, v.233, p.121-7, 1974.
- 14 BOWEN, Murray. Alcoholism as viewed through family systems theory and family psychoterapy. Annals of the New York Academy of Sciences, New York, v.233, p.115-122, 1974.
- 15 BRASIL. Código Nacional de Trânsito. 6.ed. São Paulo: Saraiva, 1989. 525p.
- 16 BRASIL. Código penal: decreto-lei n.2848, de 7 de dezembro de 1940 atualizado e acompanhado de legislação complementar. 28.ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 480p.
- 17 BRASIL. Consolidação das Leis do Trabalho e legislação complementar. 80.ed. São Paulo: Atlas, 1989. 1116p.
- 18 BRATTER, Thomas Edward. Reality therapy: a group psychotherapeutic approach with adolescent alcoholics. Annals of the New York Academy of Sciences, New York, v.233, p.104-114, 1974.
- 19 BRISOLARA, Ashton. The alcoholic employee: a handbook of helpful guidelines. New York: Human Sciences, 1979. 168p.
- 20 CABERNITE, Leão. O alcoolismo no Brasil e as dificuldades na área. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v.31, n.2, p.89-112, 1982.
- 21 CALDEIRA, Marina. Empresas têm programas para recuperar dependentes. Folha de São Paulo, São Paulo, v.68, n.21831, c-4, 9 jan. 1989.

- 22 CAPRIGLIONE, Márcio J., MONTEIRO, Maristela G., MASUR, Jandira. Aplicação do questionário CAGE para detecção da síndrome de dependência do álcool em 700 adultos na cidade de São Paulo. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.7, n.25, p.50-53, 1985.
- 23 CARAZZAI, Luiz Renato. Alcoolismo. In: ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOLOGIA, 3., Curitiba, 1989. Nota de curso.
- 24 CHIAVENATO, Idalberto. Recursos Humanos. Ed.compacta. São Paulo: Atlas, 1988. 377p.
- 25 CLARE, A.W. How good is treatment? In: EDWARDS, Griffith (org.). Alcoholism: new knowledge and new responses. London: Croom Helm, 1977. p.279-289.
- 26 CONSELHO NACIONAL DE AUTO-REGULAMENTAÇÃO PUBLICITÁRIA (Brasil). Código Brasileiro de Auto-Regulamentação Publicitária. Arquivo do Conselho Regional de Medicina do Paraná, Curitiba, n.22, p.51-70, 1989.
- 27 CÔRREA, Luiz Carlos D'Ávila et al. Consumo de cachaça passa de bilhão. O Estado de S.Paulo, São Paulo, p.10, 15 out. 1989.
- 28 CUNNINGHAM, William F. Introdução à educação. Tradução de Nair Fortes Abu-Merhy. Porto Alegre: Globo/MEC, 1975. 506p.
- 29 CURLEE, Joan. How a therapist can use Alcoholics Anonymous. Annals of the New York Academy of Sciences, New York, v.233, p.137-143, 1974.
- 30 D'ANDREA, Flávio Fortes. Desenvolvimento da personalidade. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1972. 185p.
- 31 DONALD SANDIN & ASSOCIATES, INC. Proposal for an employee assistance programa for FINGERHUT CORPORATION. New York: s.ed. 1982. 15p.
- 32 DRUCKER, Peter F. Fator humano e desempenho. Tradução de Carlos Afonso Malferrari. 12.ed. São Paulo: Pioneira, 1980. 451p.
- 33 EDWARDS, Griffith. O tratamento do alcoolismo. Tradução de José M.Bertolote. São Paulo: M.Fontes, 1987. 292p.

- 34 EDWARDS, Griffith, GROSS, Milton M. Alcohol dependence provisional description of a clinical syndrome. British Medical Journal, London, v.1, p.1058-1061, 1976.
- 35 ELKIS, Hélio. Definições e critérios para o diagnóstico do alcoolismo. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v.34, n.5, p.319-322, 1985.
- 36 FEIGHNER, John P. et al. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Archives General Psychiatry, Chicago, v.26, n.1, p.57-63, 1972.
- 37 FOLLMANN, JR., Joseph F. Alcoholics and business: problems costs, solutions. 2.ed. New York: Amacom, 1976. 246p.
- 38 FORGHIERI, Yolanda Cintrão. Fenomenologia, existência e psicoterapia. In: \_\_\_\_\_.(org.). Fenomenologia e psicologia. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1984. p.11-33.
- 39 FOX, R.P., GRAHAM, M.B., GILL, M.J. A therapeutic resolving door. Archives General Psychiatry. Chicago, v.26, n.2, p.179-182, 1972.
- 40 FRANCES, Richard, ALEXOPOULOS, Georges. O tratamento do paciente alcoólico hospitalizado. Temas, São Paulo, v.21, p.23-32, 1981.
- 41 FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Anuário estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 1989. v.49, 716p.
- 42 \_\_\_\_\_. Indicadores conjunturais da indústria: produção física-Brasil. Rio de Janeiro, IBGE, 1990. 10p.
- 43 FURTER, Pierre. Educação e reflexão. Rio de Janeiro: Vozes, 1973. 93p.
- 44 OS GIGANTES se mexem. Veja, São Paulo, n.9, p.81, 7 mar. 1990.
- 45 GOODWIN, Donald W. Alcoholism and heredity: a review and bypothesis. Archives General Psychiatry, Chicago, v.36, n.1, p.57-61, 1979.
- 46 GOODWIN, Donald W. et al. Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents. Archives General Psychiatry, Chicago, v.28, n.2, p.238-243, 1973.

- 47 JELLINEK, E.M. The disease concept of alcoholism. New Haven: Hillhouse, 1960.
- 48 JOHNSON, Vernon E. I'll quit tomorrow. U.S.A.: Harper & Row Publishers, 1973. 167p.
- 49 JORGE, Miguel Roberto. O diagnóstico do alcoolismo. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.9, n.3, p.87-93, 1987.
- 50 KELLER, Mark. Concepções sobre o alcoolismo. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.2, n.2, p.93-100, 1980.
- 51 KLOETZEL, Kurt. O que é medicina preventiva. São Paulo: Brasiliense, 1985. 92p.
- 52 KURTZ, N.R. et al. Measuring the success of occupational alcoholism programs. Journal of Studies on Alcohol, New Jersey, v.45, p.33-45, 1984.
- 53 LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.B. Vocabulário da psicanálise. Santos: M.Fontes, 1970. 705p.
- 54 LUZ JR., Ernani. Estudo da prevalência do alcoolismo numa vila marginal de Porto Alegre. Revista de Medicina da Associação da Turma Médica, Porto Alegre, v.9, p.407-432, 1974.
- 55 MARLATT, G. Alan, DEMMING, Barbara, REID, John B. Loss of control drinking in alcoholics: an experimental analogue. Journal of Abnormal Psychology, Washington, v.81, n.3, p.233-241, 1973.
- 56 MASUR, Jandira. Abordagem biológica, psicológica e social do alcoolismo. Ciência e Cultura, São Paulo, v.30, n.6, p.686-696, 1978.
- 57 \_\_\_\_\_. Diagnóstico precoce do alcoolismo através de questionários padronizados e testes biológicos. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v.35, n.6, p.329-332, 1986.
- 58 MASUR, Jandira, DEL PORTO, José Alberto. Alcoolismo. Ciência Hoje, São Paulo, v.1, n.2, p.56-60, 1982.

- 59 MASUR, Jandira, JORGE, Miguel Roberto. Dados relacionados a bebidas alcoólicas e alcoolismo no Brasil: uma revisão. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.8, n.4, p.157-165, 1986.
- 60 MASUR, Jandira, MONTEIRO, M.G. Validation of the CAGE alcoholism screening test in a brazilian psychiatric inpatient hospital setting. Brazilian Journal of Medical and Biological Research, São Paulo, v.16, p.215-218, 1983.
- 61 MENNINGER, R.K. Eros e Tânatos: o homem contra si próprio. Tradução de Aydano Arruda. São Paulo: IBRASA, 1970. 411p.
- 62 MILAM, James R., KETCHAM, Katherine. Alcoolismo: os mitos e a realidade. Tradução de Auriphebo B.Simões. São Paulo: Fundo Educativo Brasileiro, 1983. 218p.
- 63 MOUTINHO, Sérgio da Silva (org.). Temas de alcoolismo. São Paulo: Manole, 1986. 83p.
- 64 NÉIA, José Jarbas. Produção de álcool no Brasil. Curitiba: Ministério da Agricultura, 1990. Entrevista.
- 65 OLIVEIRA, Ivacy F. O trabalhador e o alcoolismo. O Atalaia, Santo André, ed.esp., p.12-14, 1985.
- 66 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Manual de classificação, estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito. 9.ed.rev. São Paulo: OMS/OPS, 1978. v.1, 815p.
- 67 OXFORD, J. Impact of alcoholism on family and home. In: EDWARDS, Griffith (org.). Alcoholism: new knowledge and new responses. London: Croom Helm, 1977. p.234-243.
- 68 PAUPITZ FILHO, Júlio. O alcoólico: análise, dependência, recuperação. Florianópolis: Relisul, 1987. paginação irregular.
- 69 PEELE, S. The implications and limitations of genetic models of alcoholism and other addictions. Journal of Studies on Alcohol, New Jersey, v.47, p.63-73, 1986.
- 70 PEYSER, Herbert S. The roles of the psychiatrist, psychologist, social worker, and alcoholism counselor. In: GITLOW, S.E., PEYSER, H.S. (ed.). Alcoholism: a practical treatment guide. New York: Grune & Stratton, 1980. p.229-244.

- 71 PROGRAMA combate uso de álcool e drogas. Gazeta do Povo, Curitiba, v.72, n.22.194, p.1, 17 junho 1990.
- 72 RAMOS, Sérgio Paula et al. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. 163p.
- 73 ROMAN, P.M. From employee alcoholism to employee assistance: deemphasis on prevention and alcohol problems in work-based programs. Journal Studies on Alcohol, New Jersey, v.42, p.244-272, 1981.
- 74 SCHUCKIT, Marc A. Drug and alcohol abuse. New York: Plenum Press, 1984.
- 75 \_\_\_\_\_. Subjectives responses to alcohol in sons of alcoholics and control subjects. Archives General Psychiatry, Chicago, v.41, n.9, p.879-884, 1984.
- 76 SCHUCKIT, Marc A., GRIFFITHS, J.C. Gamma glutamyl transferase values in non-alcoholic drinking men. American Journal of Psychiatry, Washington, v.139, p.227-228, 1982.
- 77 SHULMAN, Gerald D., O'CONNOR, Robert D. The rehabilitation of the alcoholic. In: GITLOW, S.E., PEYSER, H.S. (ed.). Alcoholism: a practical treatment guide. New York: Grune & Stratton, 1980. p.103-129.
- 78 SILVA, M.L. et al. Alcoolismo: um problema com o qual muitos convivem, porém poucos conhecem. São Paulo: EDICON, 1986. 63p.
- 79 SMOLKA, Anna. Família alcoolista. In: ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOLOGIA, 3., Curitiba, 1989. Nota de curso.
- 80 SONENREICH, Carol. Contribuição para o estudo da etiologia do alcoolismo. São Paulo: s.ed., 1971. 168p. Tese de doutoramento FMUSP.
- 81 TEIXEIRA, João Régis F. Alcoolismo & direito do trabalho. Curitiba: Gráfica Veja, 1983. 38p.
- 82 TWERSKI, Abraham T. Como proceder com o alcoólatra. São Paulo: Paulinas/Reindal, 1986. 173p.
- 83 UNITED STATES CONFERENCE OF MAYORS. Employee assistance programs: towards a more productive work force. Minnesota: Hazelden, 1977. 30p.

- 84 USHER, M.L., JAY, J., GRASS JR., D.R. Family therapy as a treatment modality for alcoholism. Journal of Studies on Alcohol, New Jersey, v.43, n.9, p.927-938, 1982.
- 85 VANNICELLI, M. Group psychotherapy with alcoholics: special techniques. Journal of Studies on Alcohol, New Jersey, v.43, n.1, p.17-37, 1982.
- 86 VARGAS, Heber Soares. Repercussões do álcool e do alcoolismo, São Paulo: Byk-Procienk, 1983. 240p.
- 87 WALKER, K., SHAIN, M. Employee assistance programming: in search of effective interventions for the problem drinking employee. British Journal of Addiction, Oxfordshire, v.78, p.291-303, 1983.
- 88 WEGSHEIDER, Sharon. No one escapes from a chemically dependent family. U.S.A.: s.ed., 1976. n.p.
- 89 WRICH, Jim. The employee assistance program. 2.ed. Minnesota: Hazelden, 1980. 157p.