

**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA - CBMSC
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - UDESC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO E SOCIOECONÔMICAS - ESAG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA: ESTUDOS
ESTRATÉGICOS NO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR**

RICARDO LUIZ DUTRA

**DIAGNÓSTICO DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NO CORPO DE
BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA: UM ESTUDO NA REGIÃO DA
GRANDE FLORIANÓPOLIS**

FLORIANÓPOLIS

2014

RICARDO LUIZ DUTRA

**DIAGNÓSTICO DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NO CORPO DE
BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA: UM ESTUDO NA REGIÃO DA
GRANDE FLORIANÓPOLIS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão Pública: Estudos Estratégicos no Corpo de Bombeiros Militar do Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas, da Universidade do Estado de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo José de Lima

FLORIANÓPOLIS

2014

CIP - Dados Internacionais de Catalogação na fonte

D978d Dutra, Ricardo Luiz
Diagnóstico do consumo de bebidas alcoólicas no corpo de bombeiros militar de Santa Catarina: um estudo na região da Grande Florianópolis. / Ricardo Luiz Dutra. -- Florianópolis, 2014.: UDESC, 2012.
109 f. : il.

Monografia (Especialização em Gestão Pública: Estudos Estratégicos no Corpo de Bombeiros Militar) - Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas, Programa de Pós-Graduação em Administração, 2014.

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo José de Lima

1. Alcoolismo. 2. Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina. I. Lima, Arnaldo José de. II. Título.

CDD 326.292

Ficha catalográfica elaborada pelas Bibliotecárias Marchelly Porto CRB 14/1177 e Natalí Vicente CRB 14/1105

RICARDO LUIZ DUTRA

DIAGNÓSTICO DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA: UM ESTUDO NA REGIÃO DA GRANDE FLORIANÓPOLIS

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão Pública: Estudos Estratégicos no Corpo de Bombeiros Militar do Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas, da Universidade do Estado de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista.

Banca Examinadora

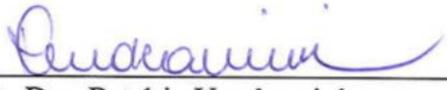
Orientador: _____


Prof. Dr. Arnaldo José de Lima
Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Membro: _____


Msc. 1º Sgt BM Alexandre Argolo Messa Sampaio
Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina

Membro: _____


Profa. Dra. Patrícia Vendramini
Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Florianópolis, SC, 8 de setembro de 2014.

Aos meus pais, Valdir e Ana (*in memoriun*), fontes de inspiração e razão para transpor todos os obstáculos durante esta jornada.

À minha esposa, Sebastiana, e minha filha, Juliana, pelo apoio incondicional nos momentos mais difíceis deste desafio.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Arnaldo José de Lima, meu orientador, pela amizade que permitiu o aceite do desafio de ser meu Orientador, papel que cumpriu com paciência e presteza.

Ao Msc. 1º Sgt BM Alexandre Argolo Messa Sampaio, meu co-orientador, pela paciência e confiança depositada no sucesso do presente trabalho de pesquisa e pelo conhecimento e experiência transmitidos.

Ao Cel BM RR Luiz Antônio Cardoso que, de forma voluntária, me auxiliou na busca dos objetivos para o presente trabalho.

Aos meus auxiliares na Divisão de Saúde e Promoção Social, na época Sd BM André Pereira Canever, hoje Cadete do CBMSC e a Sd BM Juliana de Sousa pela maneira incansável na ajuda para buscar a literatura para o tema proposto.

Ao Ten Cel BM Cláudio Eduardo Hochleitner, Chefe da Divisão de Recursos Humanos e o Maj BM Marley Tamis Cardoso, Cmt da Companhia de Comando e Serviços por terem me auxiliado no resgate da História, Organização, Legislação e Articulação da Corporação.

Ao 1º Sgt BM Paulo Estevam da Costa da Divisão de Recursos Humanos, por ter se disponibilizado voluntariamente a realizar a formatação do instrumento aplicado neste trabalho de pesquisa.

A todos àqueles que labutam pela saúde dos doentes de alcoolismo.

A Deus, pelo dom da vida e pela saúde que me permitiu concluir o presente trabalho.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a finalização deste trabalho de pesquisa.

“Beber inicia num ato de liberdade, caminha para o hábito e, principalmente, afunda na necessidade.”

Benjamin Rush

RESUMO

DUTRA, Ricardo Luiz. **Diagnóstico do consumo de bebidas alcoólicas no corpo de bombeiros militar de Santa Catarina**: estudo realizado com bombeiros militares que atuam na Grande Florianópolis. 2014. 109f. Monografia (Especialização em Gestão Pública: Estudos Estratégicos no Corpo de Bombeiros Militar) - Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas. Universidade do Estado de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Administração. Florianópolis, 2014.

O presente trabalho teve como objetivo, realizar um diagnóstico do consumo de bebidas alcoólicas entre os bombeiros militares que atuam na região da Grande Florianópolis. Trata-se de um estudo transversal, com público-alvo definido por conveniência. Foi utilizado o questionário AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), através de autopreenchimento anônimo. Sua aplicação ocorreu entre os meses de novembro de 2013 a março de 2014. A população constituiu-se de 477 bombeiros militares que corresponderam aos 100% da sua totalidade. Como resultados finais da pesquisa, verificou-se um predomínio de (92,5%) do gênero masculino que respondeu ao questionário, porém, sem diferença muito significativa no que se refere à ingestão de álcool. Em relação ao grau hierárquico, este consumo ficou muito equilibrado nos níveis I e II do AUDIT, divergindo nos níveis III e IV, onde os Praças apresentaram um percentual maior que os Oficiais. Declararam fazer uso de bebidas alcoólicas 79,7% dos respondentes, enquanto que 21,3% qualificaram-se como abstêmios, portanto, lotados no nível I do AUDIT. Deste percentual que consome bebidas, 23,7% foram inseridos nos níveis de consumo II, III e IV, considerados excessivos e com consequentes riscos à saúde, estando os homens mais propensos a este padrão de consumo, em relação às mulheres. No nível IV, padrão de consumo compatível com a síndrome de dependência alcoólica, encontram-se 2,1% dos respondentes, com um pequeno predomínio das mulheres. Os resultados extraídos deste estudo revelaram alta prevalência de ingestão de bebidas alcoólicas entre os bombeiros militares da Grande Florianópolis, necessitando com isso, da implementação urgente de políticas institucionais, capazes de orientar e combater os efeitos do álcool. Por isso, a proposta de implantação do Programa de Prevenção e Acompanhamento de Álcool e Outras Drogas, como tentativa de minimizar este problema.

Palavras-chave: Bombeiros. Alcoolismo. Doença.

ABSTRACT

DUTRA, Ricardo Luiz. Diagnosis of alcohol use in military fire brigade of Santa Catarina: study of firefighters who work in Florianópolis. 2014. 109f. Monograph (Especialização em Gestão Pública: Estudos Estratégicos no Corpo de Bombeiros Militar) - Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas. Universidade do Estado de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Administração. Florianópolis, 2014.

This work aimed to make a diagnosis of alcohol consumption among the firefighters who work in the Greater Florianópolis. It is a cross-sectional study, with target audience defined for convenience. The AUDIT questionnaire (Alcohol Use Disorders Identification Test) was used, using anonymous self-report. Its application occurred between the months of November 2013 to March 2014. The population consisted of 477 firefighters who responded to the 100% full. As final results of the research, there was a predominance (92.5%) males who responded to the questionnaire, but without very significant in relation to alcohol intake difference. Regarding senior, this consumption was very balanced in levels I and II of the AUDIT, diverging levels III and IV, where the squares had a higher percentage than the Officers. Reported taking alcohol use 79.7% of respondents, while 21.3% have qualified as abstainers, so crowded at the level I AUDIT. This percentage consuming beverages, 23.7% were inserted in consumption levels II, III and IV, considered excessive and consequent health risks, with the most likely men to this consumption pattern towards women. At level IV, consumption pattern compatible with the syndrome of alcohol dependence, are 2.1% of respondents, with a slight predominance of women. The results drawn from this study showed high prevalence of alcohol intake among firefighters in Florianópolis, needing it, the urgent implementation of institutional policies, able to guide and combat the effects of alcohol. Therefore, the proposed implementation of the Program Monitoring and Prevention of Alcohol and Other Drugs - PROPAD in an attempt to minimize this problem.

Keywords: Firefighters. Alcoholism. Disease.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Distribuição dos Batalhões pelo Estado de Santa Catarina	25
Figura 2	Organograma da DP do CBMSC	29
Figura 3	Gráfico da classificação das faixas etárias	65
Figura 4	Gráfico da classificação por gênero	66
Figura 5	Gráfico da frequência do consumo de bebida alcoólica	69
Figura 6	Gráfico da quantidade de doses contendo álcool por dia	70
Figura 7	Gráfico da frequência no consumo de álcool de seis ou mais doses em uma ocasião	71
Figura 8	Gráfico da frequência quanto à percepção de não conseguir parar de beber	72
Figura 9	Gráfico das vezes no ano passado que não conseguiu fazer o se propunha	73
Figura 10	Gráfico do consumo da primeira dose no período matutino	74
Figura 11	Gráfico da culpa ou remorso pelo consumo de álcool	75
Figura 12	Gráfico do consumo de álcool e ausência de lembrança da noite anterior	76
Figura 13	Gráfico da crítica pelo consumo de álcool	77
Figura 14	Gráfico da referência de alguém para que deixe de consumir álcool	78
Figura 15	Gráfico da classificação das quatro Zonas AUDIT	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Articulação dos Batalhões	24
Tabela 2	Afastamentos relativos à doença alcoolismo referentes aos últimos cinco anos	64
Tabela 3	Classificação das faixas etárias	65
Tabela 4	Classificação por gênero	66
Tabela 5	Questionário AUDIT	68
Tabela 6	Frequência do consumo de bebida alcoólica	69
Tabela 7	Quantidade de doses contendo álcool por dia	70
Tabela 8	Frequência no consumo de álcool de seis ou mais doses em uma ocasião	71
Tabela 9	Frequência quanto à percepção de não conseguir parar de beber	72
Tabela 10	Veze no ano passado que não conseguiu fazer o se propunha	73
Tabela 11	Consumo da primeira dose no período matutino	74
Tabela 12	Culpa ou remorso pelo consumo de álcool	75
Tabela 13	Consumo de álcool e ausência de lembrança da noite anterior	76
Tabela 14	Crítica pelo consumo de álcool	77
Tabela 15	Referência de alguém para que deixe de consumir álcool	78
Tabela 16	Classificação das quatro Zonas AUDIT	79
Tabela 17	Zona AUDIT: Gênero	80
Tabela 18	Zona AUDIT: Grau hierárquico	82
Tabela 19	Círculos hierárquicos: Zona AUDIT	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPOM	Associação Beneficente dos Policiais Militares
BBM	Batalhão de Bombeiros Militar
BBMM	Bombeiros Militares
BOA	Batalhão de Operações Aéreas
CASAN	Companhia Catarinense de Águas e Saneamento
CBM	Corpo de Bombeiros Militar
CBMSC	Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina
Cel	Coronel
Cmt	Comandante
CmtG	Comandante-Geral
CRFB/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
DP	Diretoria de Pessoal
DSAS	Diretoria de Saúde e Assistência Social
DiSPS	Divisão de Saúde e Promoção Social
DSPS	Diretoria de Saúde e Promoção Social
EMG	Estado Maior Geral
FIESP	Federação das Indústrias do Estado de São Paulo
GREA	Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas
HME	Hospital dos Militares Estaduais
IGP	Instituto Geral de Perícia
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LOB	Lei de Organização Básica
LTS	Licença para Tratamento de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NQ	Não Qualificado
OBM	Organização Bombeiro Militar
OMS	Organização Mundial de Saúde
PC	Polícia Civil
PIB	Produto Interno Bruto
PMSC	Polícia Militar de Santa Catarina
PROPAD	Programa de Prevenção e Acompanhamento ao Uso de Álcool e Outras Drogas

RDPMSC	Regulamento Disciplinar da Polícia Militar de Santa Catarina
PROPAD	Programa de Prevenção e Acompanhamento ao Uso de Álcool e Outras Drogas
RDPMSC	Regulamento Disciplinar da Polícia Militar de Santa Catarina
RME	Regulamento dos Militares Estaduais
SDA	Síndrome da Dependência do Álcool
SENASP	Secretaria Nacional de Segurança Pública
SSP	Secretaria de Segurança Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	OBJETIVOS	18
1.1.1	Objetivo Geral	18
1.1.2	Objetivos Específicos	18
1.2	PROBLEMA	18
1.3	JUSTIFICATIVA	19
1.4	ESTRUTURA DO TRABALHO	20
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1	O CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA	21
2.1.1	Aspectos Históricos	23
2.1.2	Organização	24
2.1.3	Articulação dos Batalhões	25
2.1.4	Aspectos Legais	30
2.2	ALCOOLISMO	30
2.2.1	Aspectos Históricos	35
2.2.2	Conceito	38
2.2.3	Os Problemas Relacionados ao Uso do Álcool	41
2.2.4	A Relação Alcoolismo e Trabalho	46
2.2.5	O Desenvolvimento da Dependência	47
2.2.5.1	O alcoolismo no Brasil	49
2.2.5.2	O alcoolismo em Santa Catarina	51
2.2.6	As Políticas Públicas sobre Alcoolismo	54
3	METODOLOGIA	54
3.1	CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA	55
3.2	METODO DE ABORDAGEM	56
3.3	POPULAÇÃO-ALVO	56
3.4	INSTRUMENTO DE PESQUISA	57
3.5	COLETA DE DADOS	59
4	DESCRIÇÃO, INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	59
4.1	AS CONSEQUÊNCIAS DO ALCOOLISMO NO AMBIENTE MILITAR	69
4.2	DO LEVANTAMENTO PARA DIAGNÓSTICO DO ALCOOLISMO NA CORPORAÇÃO	63
4.3	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	64

4.4	DECODIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO AUDIT	67
4.4.1	Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcóolicas?	69
4.4.2	Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando você está bebendo?	70
4.4.3	Qual a frequência que você consome seis ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião?	71
4.4.4	Com que frequência, durante os últimos doze meses, você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?	72
4.4.5	Quantas vezes durante o ano passado deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólica?	73
4.4.6	Quantas vezes durante os últimos seis meses você precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?	74
4.4.7	Quantas vezes no ano passado você se sentiu culpado ou com remorso depois de beber?	75
4.4.8	Quantas vezes durante o ano passado você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior porque você estava bebendo?	76
4.4.9	Você foi criticado pelo resultado das suas bebedeiras?	77
4.4.10	Algum parente, amigo, médico ou qualquer outro trabalhador da área de saúde referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber?	78
4.5	CLASSIFICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS POR ZONAS AUDIT	79
4.5.1	Classificação de Risco:- Zona I - Análise e Recomendação	85
4.5.2	Classificação de Risco: Zona II - Análise e Recomendação	85
4.5.3	Classificação de Risco: Zona III - Análise e Recomendação	86
4.5.4	Classificação de Risco: Zona IV - Análise e Recomendação	87
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES	88
5.1	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
5.2	SUGESTÕES	91
	REFERÊNCIAS	95
	ANEXOS	100
	ANEXO A - Questionário AUDIT	100
	ANEXO B - Programa de Prevenção e Acompanhamento a Dependência de Álcool e Outras Drogas - PROPAD	104
	ANEXO C - Lei nº 14.609, de 07 de janeiro de 2009	106

1 INTRODUÇÃO

A dependência química, a depressão, as separações conjugais e a moradia inadequada são fatores que promovem profundas alterações na rotina de trabalho do Bombeiro Militar - BM. O encaminhamento adequado para estas questões e outras que permeiam o Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina - CBMSC não só promoveria uma qualidade de vida no trabalho e, conseqüentemente, na efetividade do trabalho dentro dos quartéis, quanto na própria qualidade de vida do BM.

No que se refere à dependência química, este é um mal que atinge os mais diversos segmentos da sociedade moderna, incluindo-se aí o segmento militar, se tornando uma problemática que necessita uma gestão mais efetiva em todas as esferas de governo. Sabe-se que são muitos os esforços na tentativa de frear o avanço no uso de drogas lícitas e ilícitas em todas as camadas sociais, mas o sucesso da empreitada não tem caminhado na mesma proporção dos esforços empreendidos.

Isso pode estar ocorrendo devido às relações interpessoais no ambiente militar estarem cristalizadas, em função de paradigmas que ao longo dos anos pouco ou nada tem evoluído de acordo com as necessidades de seus integrantes.

A dependência química é tratada com base no Regulamento Disciplinar da Polícia Militar de Santa Catarina - RDPMSC sob o aspecto punitivo, sendo enquadrada como transgressão disciplinar.

A questão da dependência química, independente das visões progressistas ou retrógradas, tem permeado os mais diversos extratos sociais, inclusive naqueles cuja discussão sobre o tema é tratada como tabu. A problematização no campo científico sobre o tema é amplo, e por este fato, adotar-se-á para melhor aprofundamento sobre a questão da dependência do álcool, por tratar-se de droga lícita e consumida abertamente por muitos Bombeiros Militares - BBMM.

A associação entre dependência química e trabalho têm produzido inúmeras reflexões nas últimas décadas, nas mais variadas áreas de conhecimento, como médica, ciências políticas, administrativas, serviço social e direito, onde o estudo do comportamento de dependentes químicos nas organizações tem ocupado uma posição de destaque.

A vida de outras pessoas e a preservação de patrimônios estão diretamente ligadas à performance profissional BM, resultante de vários fatores, entre eles a qualidade dos equipamentos e os materiais disponíveis e a habilidade técnico-profissional. Esses dois fatores

exigem boa aptidão física, mental e qualificações-psicossociais, conforme apontam Punakallio, Lusa-Moser e Korhonen (1997 apud BOLDORI, 2002).

A necessidade de segurança ocupa a segunda prioridade de uma sociedade organizada, consciente e pacífica. É importante proporcionar aos componentes da sociedade, segurança e proteção contra ameaças de catástrofes, perigos e privações (MASLOW apud BALCÃO e CORDEIRO, 1971).

Quanto às organizações, estas são constituídas intencionalmente, a fim de atingir objetivos específicos, sendo que estes objetivos devem facilitar ou assegurar a sobrevivência da sociedade. São variados os fatores externos que podem influenciar na qualidade da rotina de trabalho de uma organização (CHIAVENATO, 1979).

Neste sentido, segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, um dos fatores que influencia no ambiente laboral é a “depressão”, que será a segunda maior causa de incapacitação ao trabalho no ano 2020. A média da faixa etária de sua primeira manifestação baixou de 40 para 26 anos. Um tipo de dependência que aflige cada vez mais a população brasileira como um todo é a automedicação de antidepressivos, decorrente de situações de depressão oriundas da fadiga do exercício profissional, dentre outras causas. De acordo com a Revista Época nº 259, de 05/05/2003, 17% dos brasileiros vão passar por depressão na vida e somente em 2002 foram vendidos 16 milhões de antidepressivos para cerca de 700 mil pacientes no País.

Em seguida vem o alcoolismo, que é um problema comum que afeta milhares de brasileiros, particularmente os homens mais que as mulheres. Os jovens do sexo masculino com história de alcoolismo na família e a dificuldade de relacionamento fazem parte da população de risco para a doença do álcool.

A Síndrome de Dependência do Álcool - SDA é uma síndrome clínica caracterizada por sinais e sintomas comportamental, fisiológico e cognitivo, onde o uso do álcool alcança prioridade na vida de um indivíduo, e as demais atividades passam para segundo plano. Em 1976, um pesquisador Inglês chamado Griffith Edwards descreveu um novo conceito psicopatológico para a dependência conhecida como SDA. De acordo com este autor, existem sete sinais ou sintomas característicos da dependência química.

A OMS se baseou neste conceito para definir os critérios diagnósticos da dependência química. Os sinais e sintomas clínicos que compõem a SDA compreendem: o estreitamento do repertório; a tolerância; a abstinência; o alívio ou hesitação da abstinência pelo uso do álcool; o desejo para consumir álcool; e a reinstalação da síndrome após abstinência. O estreitamento do repertório de beber é caracterizado pela tendência a ingerir bebidas alcoólicas da mesma forma, isto é, o paciente passará a beber a mesma quantidade de álcool,

quer esteja sozinho ou acompanhado, quer seja em dias úteis ou finais de semana, apesar das restrições sociais. À medida que a dependência avança, o padrão de beber torna-se cada vez mais rígido, estreitado e estereotipado, já que os dias de abstinência ou de consumo baixo vão se tornando mais raros.

Inicialmente, o consumo de álcool é influenciado por fatores sociais e psicológicos, posteriormente, o paciente dependente grave passa a beber o dia inteiro com vista a manter um nível alcoólico no sangue que previna a instalação de uma síndrome de abstinência. As influências que o fariam beber começam a não ser levadas em consideração e todas as suas atividades passam a girar em torno da procura, consumo e recuperação dos efeitos do álcool. As atividades sociais, profissionais e recreativas são abandonadas em prol do uso da substância.

A imagem de um indivíduo capacitado profissionalmente para salvar vidas, sob qualquer adversidade, pode deparar-se na realidade com a imagem de um bombeiro absorto pela dependência do álcool e suas graves consequências. Um dos efeitos nefastos ao dependente químico no CBMSC é o seu possível enquadramento disciplinar ao Regulamento. O tratamento, neste caso, é substituído pela punição, o que previsivelmente pode resultar em depressão, instabilidade familiar, queda no rendimento laboral e revolta.

Com base em dados estatísticos extraídos do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas - GREA, do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas em São Paulo, pode-se destacar que o Brasil gasta por ano 7,3% do Produto Interno Bruto - PIB para tratar de problemas relacionados com o álcool, oscilando desde o tratamento até a perda da produtividade gerada pela bebida. Para esse mesmo grupo, a intoxicação pela ingestão dessa substância é responsável por 25% dos acidentes de trabalho e por 45% das faltas e licenças desses trabalhadores.

Diante da complexidade dessa temática, surge o interesse pela busca de uma maior compreensão sobre o alcoolismo e suas consequências no mundo do trabalho, fruto da experiência vivenciada à frente da Chefia da Divisão de Saúde e Promoção Social - DiSPS da Corporação, órgão responsável pela manutenção e o restabelecimento da saúde e do bem-estar social dos BBMM.

O que se pretende neste trabalho não é somente concluir uma etapa do processo de formação, mas principalmente, iniciar um processo de identificação do profissional dependente do álcool no CBMSC, classificando o nível de dependência do álcool. Desta forma, se deseja contribuir para a aquisição de conhecimento novo e científico, o qual abrangerá a relação do alcoolismo com os trabalhadores do Corpo de Bombeiros, que possibilitará a produção de informações para posteriores intervenções sociais, buscando a

melhoria da qualidade de vida desses profissionais e, por consequência, a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos cidadãos catarinenses.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Identificar os níveis de consumo de bebidas alcoólicas nos BBMM que atuam na região da Grande Florianópolis.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Analisar e sistematizar os dados coletados do questionário AUDIT;
- b) Coligir informações extraídas de prontuários médicos do Hospital dos Militares Estaduais - HME;
- c) Qualificar o consumo de álcool entre BBMM da Grande Florianópolis;
- d) Verificar algumas variáveis associadas aos níveis de consumo de álcool dos BBMM;
- e) Averiguar as ações tomadas pela Corporação em relação ao alcoolista.

1.2 PROBLEMA

Muito se fala na qualidade de vida das pessoas, quer no ambiente familiar ou no trabalho, principalmente, após a adesão da qualidade total e da competitividade nas organizações. Neste caso, oferecer um ambiente de trabalho digno e adequado ao trabalhador, constitui-se num pré-requisito fundamental para que se possa atingir um nível de excelência dos produtos e serviços exigidos pela globalização.

No Brasil, preocupados com a situação, e principalmente, com a queda do rendimento no trabalho, muitas organizações estão adotando programas de prevenção e recuperação dos trabalhadores, buscando com isso, o resgate da qualidade de vida, e conseqüentemente, a diminuição de custos e prejuízos.

Nesta linha de pensamento, esbarra-se na questão do uso abusivo de bebidas alcoólicas no ambiente de trabalho, considerado por alguns estudiosos do assunto, como um grave problema de saúde pública mundial.

Em Santa Catarina, o CBMSC continua a mercê de programas institucionais de prevenção e combate ao uso abusivo do álcool, extensivo aos seus integrantes, pois se continua enfrentando esse problema, única e exclusivamente de forma “curativa”.

Na capital, ainda que de maneira precária, tem-se o apoio de dois Hospitais Psiquiátricos, além do HME, muito embora com escassos profissionais na área da saúde (médico, psicólogo, pedagogo, assistente social e psiquiatra), que prestam auxílio sempre que solicitados. A situação se agrava, a partir do momento em que, o indivíduo está distante da Capital, pela ausência desses recursos.

Entende-se que, em razão da dificuldade que o dependente apresenta em aceitar o diagnóstico dessa doença, vislumbra-se a necessidade da criação de um programa de saúde, capaz de identificar o problema ainda na sua origem.

Desta forma, a contextualização do tema serviu de problemática e possibilitou a formulação da seguinte pergunta de pesquisa: **Quais os níveis de consumo de bebidas alcoólicas encontrados no efetivo de BBMM da Grande Florianópolis?**

1.3 JUSTIFICATIVA

Hoje em dia é grande o número de pessoas que utilizam o álcool de maneira abusiva, não só no Brasil como em qualquer outra parte do mundo. A partir disso, cada vez maior o número de dependentes, razão pela qual o alcoolismo se tornou num grave problema de saúde pública no planeta.

O aumento desses casos, aliado a ausência de políticas públicas mais abrangentes destinadas para o atendimento aos usuários e as dificuldades enfrentadas pela medicina no combate ao diagnóstico e ao tratamento, resultam na importância da abordagem ao alcoolismo e na necessidade de pesquisas que venham contribuir de maneira eficaz, para o desenvolvimento de políticas públicas brasileiras.

Em particular, no CBMSC, objeto deste trabalho de pesquisa, sabe-se da existência de BM que fazem uso abusivo de álcool. No entanto, são desconhecidos os percentuais, bem como suas consequências no âmbito social e na atividade laboral do CBMSC.

Assim, as informações que serão obtidas na coleta de dados poderão subsidiar a DiSPS do CBMSC na identificação do percentual de BBMM que fazem uso dessa substância, bem

como encaminhá-los aos profissionais da área de saúde para um possível tratamento. Necessário se faz, também, para esses profissionais, no sentido de viabilizar programas de identificação, acompanhamento e tratamento do dependente e sua família.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Para o desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, a estrutura foi definida conforme exposta a seguir.

No Capítulo 1, Introdução, apresenta-se uma que traz o tema, o objetivo, o problema, e a justificativa do estudo.

No Capítulo 2, Fundamentação Teórica, aborda-se, inicialmente, sobre a estrutura e organização do CBMSC, organização foco deste trabalho de pesquisa, apresentando seu histórico, conceitos, articulação e aspectos legais. Em seguida discorre-se sobre o tema alcoolismo, resgatando o histórico e conceituação, os problemas relacionados ao consumo do álcool, o desenvolvimento da dependência no Brasil e em Santa Catarina, as consequências no ambiente laboral, particularmente no militar, e as políticas públicas implantadas e a serem implementadas para o combate da doença do álcool.

No Capítulo 3, Metodologia, traz-se os procedimentos metodológicos que nortearam o desenvolvimento deste trabalho de pesquisa.

No Capítulo 4, Descrição, Interpretação e Análise dos Resultados, são apresentados os resultados deste trabalho de pesquisa.

No Capítulo 5, Considerações Finais e Sugestões, apresenta-se as considerações finais e sugestões com base no entendimento deste pesquisador.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo será contextualizado o ambiente organizacional alvo deste trabalho de pesquisa, abordando-se a história do CBMSC, desde a criação até os dias atuais, destacando-se o processo de emancipação em 2003. Mostrar-se-á a distribuição dos Batalhões no Estado e a legislação pertinente, com ênfase na responsabilidade legal de seus integrantes acometidos pelo alcoolismo.

2.1 O CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA

2.1.1 Aspectos Históricos

O CBMSC possui sua gênese histórica não como uma organização, mas como uma atribuição da “força policial” criada em 05/05/1835, por meio da Lei nº 12, pelo então Presidente da Província Feliciano Nunes Pires.

Em 5 de maio de 1835, durante a profícua gestão do Presidente Feliciano Nunes Pires, ganhou a Província de Santa Catarina sua Força Policial, atual Polícia Militar, criada pela Lei nº 12. Quase um ano depois, a 2 de maio de 1836, teve a nova corporação o seu primeiro regulamento, aprovado pela Lei nº 31. Competia a seus componentes, individualmente ou em patrulhas, além de outras atribuições características de sua missão policial, ‘acudir aos incêndios, dando parte deles ao comandante, ou guardas e patrulhas que primeiro encontrassem’ (BASTOS JÚNIOR, 2006, p. 289).

A atividade, à época, era desenvolvida apenas na capital, a Ilha de Nossa Senhora do Desterro, que embora ainda não possuísse a ligação com o continente através de pontes, prosperava com a instalação de estabelecimentos comerciais e empresas, o que resultou, também, em um maior número de incêndios. A pressão dos empresários motivou o governo a criar uma Seção de Bombeiros, com a atividade exclusiva de combate aos incêndios. Contudo, passado o sinistro, o assunto era esquecido.

Sobre isso, Bastos Júnior (2006, p. 290) aponta que:

[...] a Lei nº 1.137, de 30 de setembro de 1916, que fixava o efetivo da força policial para o ano seguinte, autorizou, em seu art. 7º, o Governador do Estado a criar, na Força Pública (como a partir daquele ano, passaria a denominar-se o então Regimento de Segurança) uma Seção de Bombeiros. A autorização, no entanto, ficou no papel.

Bastos Júnior (2006) aponta ainda, que apesar disso, no ano de 1919, ocorreu na Rua Conselheiro Mafra, no centro da cidade, um dos mais terríveis incêndios que destruiu, à época, o Hotel Majestic e vários outros estabelecimentos comerciais. Novamente a pressão do empresariado local foi intensa no sentido do Governo efetivar um serviço profissional de combate a incêndios.

Novos e mais veementes apelos para a criação de uma unidade de combate a incêndios resultaram na Lei nº 1.288, de 16 de setembro de 1919, que autorizava o Poder Executivo a criar uma seção de corpo de bombeiros anexa à Força Pública, fixando-lhe o efetivo - que deveria ser retirado dos próprios quadros da corporação - e autorizando também a abertura de crédito para atender às despesas com pessoal e material. A nova lei, para variar - ou para não variar - caiu no esquecimento. E assim permaneceu pelos anos seguintes (BASTOS JÚNIOR, 2006, p. 291).

Porém, apesar dos esforços e apelos, a efetivação desta Lei ocorreu apenas em 26 de setembro de 1926, quando de fato se estruturou a Seção de Bombeiros da Força Pública, hoje CBMSC.

Seguiu-se um período de intenso treinamento e, a 26 de setembro do mesmo ano, foi instalada oficialmente a Seção de Bombeiros da Força Pública, com a presença do governador em exercício, Antônio Vicente Bulcão Viana [...] (BASTOS JÚNIOR, 2006, p. 295).

Ainda, segundo este mesmo autor, o treinamento para o efetivo militar da recém-criada Seção de Bombeiros foi realizado pelo 2º Ten Domingos Maisonette, auxiliado pelo Sgt Antônio Rodrigues de Farias e Sgt Pedro Ribeiro dos Santos, contratados junto ao Corpo de Bombeiros do Distrito Federal, à época, o Estado do Rio de Janeiro.

Para exercer a função de primeiro Comandante da Seção de Bombeiros foi nomeado o Ten Waldemiro Ferraz de Jesus, que permaneceu no cargo até 1928. Sobre esse profissional, Bastos Júnior (2006, p. 298) aponta que:

[...] em 19 de julho de 1928, deixou seu cargo o primeiro comandante da Seção, Tenente Waldemiro Ferraz de Jesus, substituído pelo 2º Tenente Frederico Ewald. Natural de Curitiba, Paraná, o tenente Waldemiro ingressara na Força Pública catarinense em 22 de abril de 1922, como terceiro Sargento, graduação em que servira no Exército Nacional. Tomou parte na campanha contra os revolucionários paulistas de 1924-1925, integrando o batalhão da Força Pública que, comandado por Lopes Vieira, combateu em território paranaense. Durante a campanha foi comissionado no posto de 2º Tenente, no qual foi efetivado ao final das operações.

No que diz respeito à descentralização da Organização, o CBMSC foi instituído em 1926 como órgão da atual Polícia Militar de Santa Catarina - PMSC. Iniciou seu processo apenas em 13 de agosto de 1958, com a instalação de uma Organização Bombeiro Militar -

OBM, no Município de Blumenau. A partir daí, até o ano de 2003, expandiu os serviços para trinta e sete cidades catarinenses. Contudo, a demanda reprimida desses serviços e reclamada pela população catarinense se contrapunha a política de comando da Polícia Militar - PM, que possuía um foco emergencial voltado à atividade policial.

Diante disso, em 13 de junho de 2003 a Emenda Constitucional nº 033 concedeu ao CBMSC a autonomia organizacional, de modo a possibilitar a expansão de seus serviços. No ano seguinte, para que a Organização pudesse implementar sua missão constitucional foi aprovada em 19 de janeiro de 2004 a Lei Estadual Complementar nº 259, que estabeleceu o novo efetivo do CBMSC. Ainda nesse ano, em 29 de setembro, por meio do Decreto Estadual nº 2.497 foi aprovado o Regulamento de Uniformes do CBMSC, que conferiu uma nova identidade visual aos BM.

Assim, o Corpo de Bombeiros Militar - CBM passou a constituir com a PM, a classe dos militares estaduais, permanecendo em conjunto as leis de remuneração e de promoção de oficiais e de praças, o estatuto e o regulamento disciplinar.

2.1.2 Organização

A organização básica do CBMSC prevê como órgão de Direção, o Comando-Geral - Cmdo G CBM e o seu Estado Maior-Geral - EMG CBM, responsáveis pelo direcionamento da instituição e planejamento estratégico e como órgãos de Apoio, as Diretorias de Pessoal, de Logística e Finanças, de Ensino e de Atividades Técnicas.

A atividade operacional se divide em dois grandes comandos, do interior e do litoral, que são subdivididos em quatorze Batalhões de Bombeiro Militar - BBM, que estão distribuídos da seguinte forma: 1º BBM em Florianópolis; 2º BBM em Curitiba; 3º BBM em Blumenau; 4º BBM em Criciúma; 5º BBM em Lages; 6º BBM em Chapecó; 7º BBM em Itajaí; 8º BBM em Tubarão; 9º BBM em Canoinhas; 10º BBM em São José; 11º BBM em Joaçaba (ainda não ativado); 12º BBM em São Miguel do Oeste; 13º BBM em Balneário Camboriú; e o Batalhão de Operações Aéreas (BOA) em Florianópolis.

Após a emancipação, os Batalhões do CBMSC abrangem mais de cem municípios catarinenses. (ver Tabela 1 a seguir)

A atividade operacional do Corpo de Bombeiros compreende o combate a incêndios, a busca e o salvamento aquático, subaquático e terrestre, o atendimento pré-hospitalar e a atividade de prevenção.

2.1.3 Articulação dos Batalhões

Na Tabela 1 está exposta a articulação dos Batalhões do CBMSC.

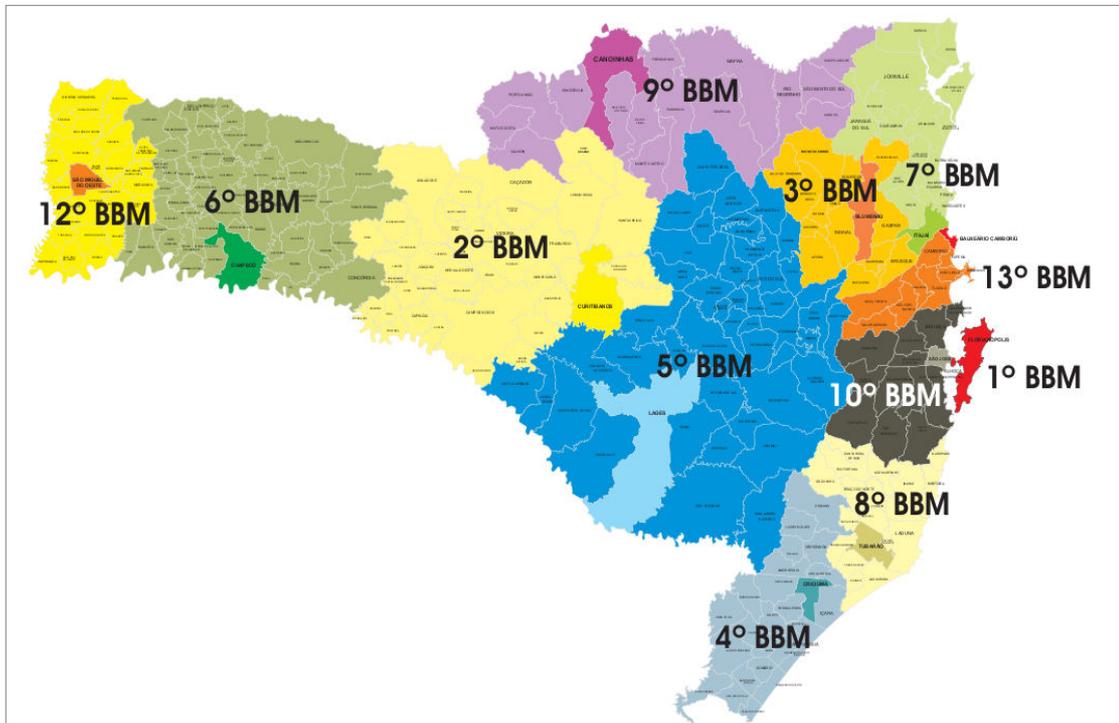
Tabela 1 - Articulação dos Batalhões.

OBM	MUNICÍPIO SEDE	ÁREA DE CIRCUNSCRIÇÃO (MUNICÍPIOS)	POPULAÇÃO DA REGIÃO	BM EXISTENTES	HABITANTES POR BM
1º BBM	Florianópolis	01	421.203	166 (08 Oficiais)	2.537
2º BBM	Curitibanos	44	260.767	166 (09 Oficiais)	1.571
3º BBM	Blumenau	15	548.528	159 (09 Oficiais)	3.450
4º BBM	Criciúma	26	419.351	173 (08 Oficiais)	2.423
5º BBM	Lages	48	350.516	169 (06 Oficiais)	2.074
6º BBM	Chapecó	57	342.371	144 (05 Oficiais)	2.377
7º BBM	Itajaí	17	348.934	194 (11 Oficiais)	1.798
8º BBM	Tubarão	18	257.886	138 (05 oficiais)	1.869
9º BBM	Canoinhas	16	304.486	181 (07 Oficiais)	1.682
10º BBM	São José	13	425.780	127 (04 Oficiais)	3.353
11º BBM		Unidade ainda não ativada - Joaçaba			
12º BBM	São Miguel D'Oeste	28	139.591	85 (03 Oficiais)	1.642
13º BBM	Balneário Camboriú	10	303.873	152 (04 Oficiais)	1.999
BOA	Florianópolis	Atende todo o Estado			

Fonte: 1ª Seção do Estado-Maior Geral do CBMSC (2014).

Para ilustrar os dados, o Mapa de Santa Catarina mostra a localização dos Batalhões do CBMSC. (ver Figura 1 a seguir)

Figura 1 - Distribuição dos Batalhões pelo Estado de Santa Catarina



Fonte: 1ª Seção do Estado-Maior Geral do CBMSC (2014).

2.1.4 Aspectos Legais

A legislação que ampara a existência do CBMSC inicialmente se encontra na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), que em seu art. 22 estabelece ser competência privativa da União legislar sobre a organização dos CBM, e em seu art. 42 estabelece sua estrutura militar, baseada na hierarquia e disciplina, além de estabelecer outras garantias.

Art. 22. Compete privativamente à União legislar sobre (Emenda Constitucional nº 19/98):

[...];

XXI - **normas gerais de organização**, efetivos, material bélico, **garantias**, convocação e mobilização das polícias militares e **corpos de bombeiros militares**;

[...]; (grifo do próprio autor)

Art. 42. Os membros das Polícias Militares e Corpos de Bombeiros Militares, instituições organizadas com base na hierarquia e disciplina, são militares dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios (Emendas Constitucionais nº 3/93, nº 18/98, nº 20/98 e nº 41/2003). (grifo do próprio autor)

No que se refere à missão dos CBM, o art. 144 estabelece a segurança pública e a subordinação ao Governador do Estado.

Art. 144. A segurança pública, dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, é exercida para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio, através dos seguintes órgãos (Emenda Constitucional nº 19/98).

I - polícia federal;

II - polícia rodoviária federal;

III - polícia ferroviária federal;

IV - polícias civis;

V - polícias militares e **corpos de bombeiros militares**.

[...];

§5º Às polícias militares cabem a polícia ostensiva e a preservação da ordem pública; **aos corpos de bombeiros militares, além das atribuições definidas em lei, incumbe a execução de atividades de defesa civil;**

§6º As polícias militares e **corpos de bombeiros militares, forças auxiliares e reserva do Exército, subordinam-se** juntamente com as polícias civis, **aos governadores dos Estados**, do Distrito Federal e dos Territórios. (grifo do próprio autor)

No âmbito estadual, a Emenda Constitucional nº 33, de 13/06/2013, emancipou o CBM, que até então se restringia a uma das missões da PM, passando seus integrantes, a partir de então, serem denominados como militares estaduais.

Assim, ficou definido que a PM e o CBM terão, de forma única, o estatuto, a lei de remuneração, o regulamento disciplinar e as leis de promoção, assim como enquanto não houver Lei de Organização Básica (LOB) do Corpo de Bombeiros aplicar-se-á a LOB da PM.

A Constituição Estadual do Estado de Santa Catarina (1989), em seu Capítulo III-A, assim prevê o CBM:

Art. 108. O Corpo de Bombeiros Militar, órgão permanente, força auxiliar, reserva do Exército, organizado com base na hierarquia e disciplina, subordinado ao Governador do Estado, cabe, nos limites de sua competência, além de outras atribuições estabelecidas em lei:

[...];

Art. 31. São militares estaduais os integrantes dos quadros efetivos da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar, que terão as mesmas garantias, deveres e obrigações - estatuto, lei de remuneração, lei de promoção de oficiais e praças e regulamento disciplinar único. (grifo do próprio autor)

Art. 53. Até que dispositivo legal regule sobre a organização básica, estatuto, regulamento disciplinar e lei de promoção de oficiais e praças, aplica-se ao Corpo de Bombeiros Militar a legislação vigente para a Polícia Militar.

§1º. A legislação que tratar de assuntos comuns como do estatuto, do regulamento disciplinar, da remuneração, do plano de carreira, da promoção de oficiais e praças e seus regulamentos, será única e aplicável aos militares estaduais.

§2º. **A legislação que abordar assuntos como lei de organização básica, orçamento e fixação de efetivo, será específica e aplicável a cada corporação.** (grifo do próprio autor)

Art. 54. A efetivação do desmembramento patrimonial da Polícia Militar para o Corpo de Bombeiros Militar se dará na forma de lei.

Parágrafo único. Será aproveitada pelo Corpo de Bombeiros Militar a estrutura administrativa existente, até que se promova a sua adequação. (grifo do próprio autor).

Neste norte, o Estatuto da PM, que pela Emenda Constitucional nº 33 se aplica compulsoriamente ao Corpo de Bombeiros, estabelece a condição dos militares estaduais seus direitos e prerrogativas, de modo a dar sustentabilidade jurídica às ações de assistência social nas instituições militares.

Art. 1º. O presente Estatuto regula as obrigações, os deveres, os direitos, as prerrogativas e situações dos policiais-militares do Estado de Santa Catarina.

Art. 3º. Os integrantes da Polícia Militar do Estado em razão da destinação constitucional da Corporação e em decorrência das leis vigentes constituem uma categoria especial, de servidores públicos estaduais e são denomina dos policiais-militares.

§1º. Os policiais-militares se encontram em uma das seguintes situações:

I - NA ATIVA

[...];

II - NA INATIVIDADE

[...];

Art. 29. O sentimento do dever, o pundonor policial-militar e decoro da classe impõe a cada um dos integrantes da Polícia Militar, conduta moral e profissional irrepreensível, com a observância dos seguintes preceitos de ética policial-militar:

[...];

III - Respeitar a dignidade da pessoa humana;

[...];

VI - Zelar pelo preparo próprio, moral, intelectual e físico, bem como pelos dos subordinados, tendo em vista o cumprimento da missão comum;

[...]; (grifo do próprio autor)

Art. 50. São direitos dos policiais-militares:

q) Assistência social e médica hospitalar para si e seus dependentes, nas condições estabelecidas pelo poder Executivo;

r) Outros direitos previstos em legislação específica e peculiar;

Art. 68. Licença é a autorização para o afastamento temporário do serviço concedida ao policial-militar, obedecidas as disposições legais regulamentares.

§1º. A licença pode ser:

I - Especial;

II - Para tratar de interesses particulares;

III - Para tratamento de saúde de pessoa da família;

IV - Para tratamento de saúde própria. (grifo do próprio autor)

Art. 108. A passagem do policial-militar a situação de inatividade mediante reforma, se efetua "ex-officio".

Art. 109. O policial-militar será reformado quando:

[...];

II - For julgado incapaz definitivamente para o serviço ativo da Polícia-Militar.

[...];

Art. 111. A incapacidade definitiva pode sobrevir em consequência de:

[...];

IV - Doença, moléstia ou enfermidade adquirida com relação de causa e efeito às condições inerentes ao serviço comprovado através de atestado ou inquérito sanitário de origem;

[...];

VI - acidente ou **doença, sem relação de causa ou efeito com o serviço**. (grifo do próprio autor)

A LOB da PM, que pelo vácuo legislativo se aplica ao Corpo de Bombeiros, estabelece a estrutura organizacional das instituições e nela prevê a Diretoria de Pessoal - DP e a Diretoria de Saúde e Assistência Social - DSAS.

Art. 4º - A estrutura organizacional básica da Polícia Militar do Estado de Santa Catarina compõe-se de:

I - Comando Geral da Polícia Militar.

[...];

a) - Comandante-Geral - Cmt Geral

b) - Estado-Maior, como órgão de direção geral:

[...];

c) - Diretorias, como órgãos de direção setorial:

[...];

Diretoria de Pessoal - DP;

[...];

Diretoria de Saúde e Assistência Social - DSAS;

[...];

II - Órgãos de Apoio:

Centro de Saúde - CESA;

III - Órgãos de Execução:

[...]; (grifo do próprio autor)

Art. 18. A Diretoria de Pessoal é o órgão de direção setorial do sistema de pessoal incumbido do planejamento, execução, controle e fiscalização das atividades relacionadas com a classificação e movimentação de pessoal, inativos, cadastro e avaliação, **direitos**, deveres, incentivos, pessoal civil e recrutamento, bem como de assessoramento às Comissões de Promoções. (grifo do próprio autor)

Art. 21. A Diretoria de Saúde e Assistência Social é o órgão de direção setorial do sistema de saúde e assistência social incumbido do planejamento, coordenação, fiscalização e controle das atividades, técnico-administrativas relativas aos serviços de saúde e de assistência social prestadas aos componentes da Corporação através do hospital e outras organizações correlatas aos seus encargos. (grifo do próprio autor)

Art. 25. O apoio de Saúde à Corporação será prestado pelo Centro de Saúde, órgão subordinado à Diretoria de Saúde e assistência Social, compreendendo o Hospital, a Policlínica e a Odontoclínica. (grifo do próprio autor)

Art. 26. O Centro de Psicologia é o órgão de apoio da Diretoria de Pessoal incumbido da avaliação de personalidade, aptidão, interesse e nível mental dos candidatos ao ingresso na Polícia Militar e dos elementos já pertencentes à Corporação, **bem como do acompanhamento e atendimento psicológico aos integrantes da Polícia Militar**. (grifo do próprio autor)

E, ainda, a LOB da PM descreve as atribuições de cada órgão e, especificamente, da Diretoria de Saúde e Promoção Social - DiSPS (antiga DSAS).

Art. 49. São atribuições da Diretoria de Saúde e Promoção Social:

I - Planejar, orientar, controlar e fiscalizar as atividades de assistência médica, odontológica, farmacêutica e laboratorial do pessoal da Polícia Militar e de seus dependentes.

II - Proceder o controle médico - sanitário do pessoal.

III - Atender, no que lhe couber, a seleção do pessoal da Polícia Militar.

IV - Elaborar e executar programas de medicina preventiva e saúde comunitária.

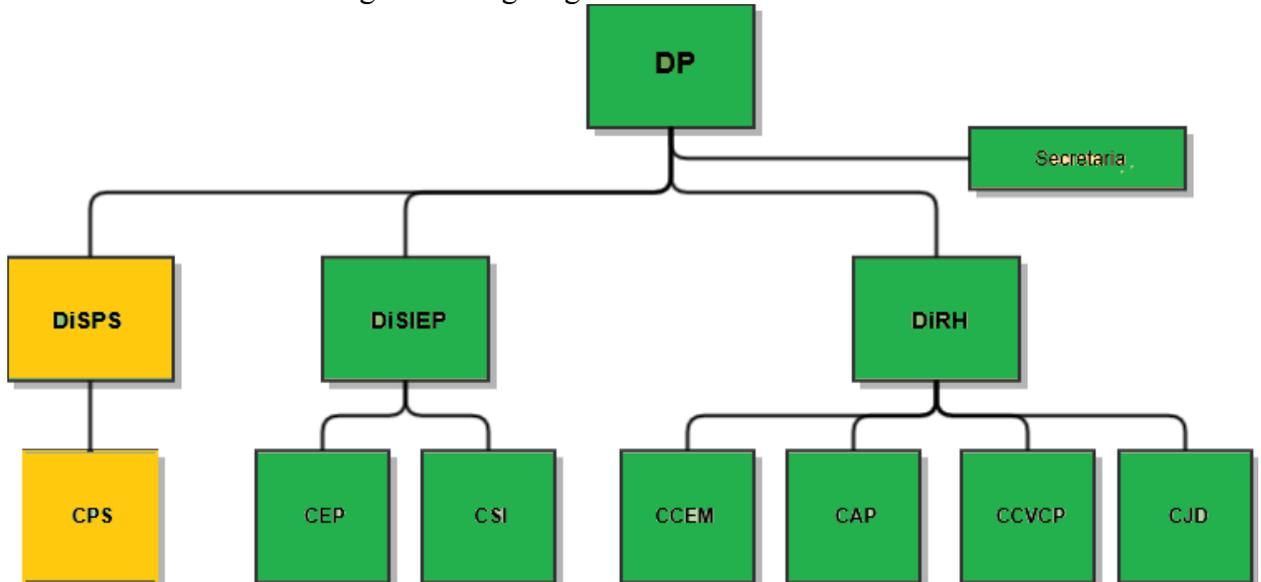
V - Promover a realização de estudos, análises e pesquisas, visando ao aprimoramento do sistema de Saúde e Assistência Social.

[...];

XIII - Elaborar normas, planos programas, ordens e instruções relacionadas com o Sistema de Saúde e Assistência Social. (grifo do próprio autor)

No que se refere à organização básica, o CBM, em Projeto de Lei Complementar, prevê as mesmas atribuições, não como uma Diretoria, mas sim como uma Divisão subordinada a DP e ao CPS. (ver Figura 2)

Figura 2 - Organograma da DP do CBMSC.



Fonte: 1ª Seção do Estado-Maior Geral do CBMSC (2014).

Observando-se cuidadosamente toda a legislação citada, em especial os grifos assinalados pelo autor deste trabalho, bem como o Organograma acima exposto, pode-se visualizar a existência de uma DiSPS na Corporação que, embora pouco atuante, é o órgão responsável pela prestação de serviços de saúde e de assistência social disponíveis aos BBMM, por meio do HME, da Policlínica, da Odontoclínica e de outras instituições

conveniadas. No entanto, por razões inexplicáveis, a saúde e o bem-estar social dos integrantes do CBMSC nem sempre foram vistos como uma prioridade.

Após apresentar a organização BM, na sequência busca-se discorrer sobre o alcoolismo e sua influência na organização.

2.2 ALCOOLISMO

Com o intuito de fundamentar a temática do alcoolismo na organização abordar-se-á neste subitem, inicialmente, um resgate histórico acerca da origem e do consumo do álcool, o conceito, os problemas a ele relacionados, a relação com o mundo do trabalho, e o desenvolvimento da dependência. Em seguida será realizada uma síntese da problemática no Brasil e no Estado de Santa Catarina. Após serão apontadas as consequências da doença do álcool no ambiente organizacional militar, apresentando um levantamento parcial de casos diagnosticados pelo HME na Grande Florianópolis. Finalmente, abordar-se-á sobre as Políticas Públicas implantadas no Estado de Santa Catarina, para a prevenção e tratamento da doença do álcool.

2.2.1 Aspectos Históricos

Derivada do árabe *alkuhl*, a palavra álcool significa essência. Seu consumo faz parte de toda a história da humanidade, sendo que os primeiros indícios da ingestão por parte do ser humano, surgiram em registros arqueológicos datados de mais ou menos 6.000 a.C., caracterizando-se dessa forma, como um hábito antigo da humanidade (MONN, 2010).

Conforme Monn (2010), a confirmação desta informação foi por meio da descoberta de um pote de cerâmica por meio de escavações realizadas por um grupo de pesquisadores americanos, comandados por Patrick Mc Govern, no Irã, em 1968. Em razão da sua importância histórica, essa descoberta foi publicada na Revista Nature, no ano de 1996. Dentro do pote foram encontrados resíduos de vinho resinado, produzidos provavelmente entre 5.400 a.C. e 5.000 a.C., dando a entender que o vinho acompanhou toda a trajetória da civilização humana.

Corroborando com essas informações, Faccio (2008) também havia relatado em seu trabalho no ano de 2008, que a ingestão de bebidas alcoólicas não é um hábito recente da humanidade. Esse hábito faz parte da história da civilização, perpassando por diversas

culturas desde a Antiguidade. Há indícios de que as populações mais antigas utilizavam tais substâncias em rituais religiosos, por acreditarem alcançar maiores poderes sobre aqueles que não bebiam.

No início do século XI, o químico árabe Albucasis descobriu a técnica da destilação, quando do surgimento do alambique, e com isso o processo com o vinho originou o conhaque. Grande parte dos destilados, se ingeridos com moderação, funcionavam como medicamentos no combate as doenças e infecções, o frio, e melhorar o rendimento no trabalho (CARDOSO, 1996).

Em algumas populações do Oriente Médio a.C., as bebidas fermentadas funcionavam como elemento pelo qual os nobres controlavam a produção de bens, demonstravam *status* e realizavam o comércio entre as populações mais longínquas. Quanto às bebidas destiladas com mais concentração etílica, intensificadas na produção durante a Idade Média, possibilitaram para que os problemas relacionados ao seu consumo fossem percebidos com mais relevância diante da sociedade (BAÚ, 2002).

Diante disso, a partir do século XVIII, diante do crescimento da produção e comercialização do álcool destilado, em decorrência da Revolução Industrial, começaram a surgir os primeiros conceitos de “alcoholismo”. Estudiosos como Benjamin Rush, o médico Thomas Trotter, pioneiro ao referir o alcoholismo como doença, além do sueco Magnus Huss, que em 1849 introduziu o primeiro conceito de “alcoholismo crônico”, como sendo o estado de intoxicação pelo álcool apresentando-se com sintomas físicos, psiquiátricos ou as duas sintomatologias (GIGLIOTTI e BESSA, 2004).

Na segunda metade do século XX, mais precisamente em 1976, surge a SDA proposta por Griffith Edwards e Milton Gross. Essa síndrome se caracterizava por ser um transtorno adquirido no decorrer da vida, o qual dependia da interação de fatores biológicos e culturais, como a religião e o valor simbólico do álcool atribuído por cada comunidade. Tratando-se de uma forma de aprendizado individual e social do modo de se consumir bebidas e, nesse processo de aprendizagem de usar o álcool, a abstinência aparece como um dos fenômenos mais significativos. Isso é, neste caso, quando o indivíduo se utiliza da ingestão do álcool para aliviar esses sintomas é estabelecida a associação que alimenta tanto o desenvolvimento quanto à manutenção da dependência (GIGLIOTTI e BESSA, 2004).

Ainda no século citado anteriormente, o sistema de classificação sofre modificação por conta da necessidade de critérios de maior confiabilidade e validade, passando a considerar os problemas do álcool e de outras drogas que não envolviam adicção ou dependência. Surge com muita relevância o nome de Jellinek, que em 1960 publicou sua obra *The disease concept of alcoholism*, exercendo forte influência na evolução do conceito de alcoholismo. Daí em

diante, passa a ser considerado como doença apenas quando o indivíduo apresenta tolerância, abstinência e perda do controle (GIGLIOTTI e BESSA, 2004).

Segundo estes autores, por “tolerância” ficou entendido como a necessidade de doses cada vez maiores para exercer o mesmo efeito, bem como a diminuição do efeito do álcool com as mesmas doses ingeridas anteriormente, e, por “abstinência” como um desconforto físico e/ou psíquico, quando da redução ou suspensão do consumo de etílicos (GIGLIOTTI e BESSA, 2004).

Para Edwards e Gross (apud GIGLIOTTI e BESSA, 2004) o alcoolismo é definido como uma Síndrome Multifatorial, com comprometimento físico, mental e social, enquanto que a dependência pode ser definida como a alteração do indivíduo em relação a sua forma de ingestão, em que os motivos pelos quais o indivíduo começa a beber, juntam-se aos relacionados à dependência. Nesse caso, essa se transforma num comportamento que transcende a tolerância e a abstinência.

Os elementos da SDA se classificam em sete categorias, conforme apontam Edwards e Gross (apud GIGLIOTTI e BESSA, 2004):

- 1) Estreitamento do Repertório: quando o indivíduo bebe uma quantidade de determinada bebida com flexibilidade de horários e, com o passar do tempo, vindo a beber com mais frequência, até consumir diariamente, de maneira compulsiva e incontrolável, quantidades cada vez maiores.
- 2) Saliência do Comportamento de Busca do Álcool: quando o ato de beber passa a ser prioridade na vida do indivíduo, mais até que a família, a saúde e o trabalho.
- 3) Aumento da Tolerância ao Álcool: quando surge a necessidade de aumentar as doses, a fim de obter o mesmo efeito anterior, com doses menores.
- 4) Sintomas Repetidos de Abstinência: quando ocorre a redução e/ou interrupção do consumo de etílico, surgem sinais e sintomas de intensidade variável. Inicialmente esses sinais são leves, intermitentes e pouco incapacitantes, mas, nas fases mais severas da dependência, podem ocorrer tremor intenso e alucinações.

Ainda nesta categoria, de acordo com os estudos realizados por Edwards e Gross, foram identificados três tipos de sintomas de abstinência:

- a. físicos: caracterizados por tremores, náuseas, vômitos, sudorese, cefaleia, câibras e tontura.
- b. afetivos: caracterizados pela irritabilidade, ansiedade, fraqueza, inquietação e depressão.

- c. senso percepção: caracterizados por pesadelos, ilusões e alucinações (visual, auditiva ou tátil).
- 5) Alívio ou Evitação dos Sintomas de Abstinência pelo Aumento da Ingestão da Bebida: este é um sintoma importante e difícil de ser identificado nas fases iniciais da SDA. Quando se imagina na progressão do quadro, pelo simples fato do indivíduo admitir que se sente melhor, ao ingerir álcool pela manhã.
 - 6) Percepção Subjetiva da Necessidade de Beber: quando o indivíduo é submetido a uma pressão psicológica para beber e amenizar os sintomas da abstinência.
 - 7) Reinstalação após a Abstinência: quando o indivíduo sofre uma recaída, após longos períodos de dependência, restabelecendo rapidamente o estilo anterior da dependência.

Estes elementos foram comprovados clinicamente por Edward e Gross (apud GIGLIOTTI e BESSA, 2004) em inúmeros estudos, modificando, dessa forma, o entendimento dos males ocasionados pela ingestão de álcool e, até mesmo, influenciando nas futuras classificações.

Atualmente, os critérios diagnósticos do alcoolismo são estabelecidos pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da OMS (1993) e pelo Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais da Associação Norte-americana de Psiquiatria (DSM-IV) (1994).

E, se tratando de um transtorno com inúmeras consequências na saúde do usuário, a SDA se apresenta de diversas maneiras. A CID-10 (1993, p. 69) adotou a classificação F10 - Transtornos Mentais e de Comportamento Decorrentes do Uso de Álcool, com as seguintes subdivisões:

- F10. 0 - Intoxicação aguda
- F10. 1 - Uso nocivo
- F10. 2 - Síndromes de dependência
- F10. 3 - Estado de abstinência
- F10. 4 - Estado de abstinência com delirium
- F10. 5 - Transtorno psicótico
- F10. 6 - Síndromes amnésicas
- F10. 7 - Transtorno psicótico residual e de início tardio
- F10. 8 - Outros transtornos mentais e de comportamento
- F10. 9 - Transtorno mental e de comportamento não-especificado.

No que se refere às estatísticas do uso de bebida alcoólica, Ramos e Woitowit (2004) apontam que aproximadamente 90% da população adulta dos países do ocidente fazem uso de algum tipo de bebida alcoólica, sendo que 10% desse percentual utilizarão etílicos de maneira

nociva e mais 10% serão dependentes. Cabe ressaltar neste caso que, a cada cinco desses indivíduos, um apresentará sérios problemas de saúde.

Lamentavelmente o uso do álcool sempre foi divulgado e muito bem aceito pela sociedade na maioria dos países, principalmente como atributo para integração em determinadas classes sociais, e/ou na busca do prazer. Calcula-se que em determinado momento da vida, cerca de 25% da população adulta já enfrentou problemas de natureza crônica com a ingestão de etílicos (DUNCAN et al, 2004).

Conforme Anderson e Castro Filho (2006), o entendimento por parte da classe médica de que o uso de álcool tinha que ser aceito como um problema de saúde só veio a acontecer a partir do século XVII, pois até então, era visto como um problema exclusivo das classes mais necessitadas, as quais arcavam com toda a responsabilidade dos seus danos. Porém, com o advento da Revolução Industrial no século XIX, onde as máquinas e caldeiras funcionavam a todo o vapor, os acidentes se tornaram cada vez mais relevantes, em função do consumo de álcool por àqueles que ali trabalhavam.

Diante disso, em 1920, a França e os EUA passaram a definir metas com referência ao consumo de bebidas alcoólicas. A França estabeleceu a idade mínima de dezoito anos para o consumo de etílicos e os EUA decretaram a lei seca, que proibia a comercialização e o consumo desta substância, que perdurou por aproximadamente doze anos. Somente em 1952, com a primeira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-I)* que o tema alcoolismo passou a ser tratado como doença. Posteriormente, em 1953, a OMS juntamente com o seu *Expert Committee on Alcohol*, decidiu que essa substância seria incluída em uma categoria exclusiva, intermediária as drogas que levam a dependência (KALINA, 1999).

Mas, somente em 1967, o alcoolismo passou a ser incorporado à Classificação Internacional de Doenças pela OMS, durante a 8ª Conferência Mundial de Saúde. Mas essa conquista não pode ser visualizada apenas como um fato cronológico, em razão de que os impactos causados à saúde pelo uso abusivo de álcool já vinha sendo objeto de discussão pela OMS desde os anos 50, integrando um longo processo de amadurecimento por parte de médicos e cientistas (GIGLIOTTI e BESSA, 2004).

Em 1980, Herarther e Robertson demonstraram que o alcoolismo é um hábito que se adquire e, para um melhor entendimento dessa problemática, há a necessidade de se compreender os fatores associados ao seu consumo (ANDERSON e CASTRO FILHO, 2006).

De acordo com Ramos e Woitowit (2004), a partir dessa data, surgiram novos estudos sobre as causas do alcoolismo, com a finalidade de diferenciar um indivíduo dependente de outro não dependente, pois se para uns a ingestão lhe proporcionava prazer e benefícios contra

algumas doenças, para outros causavam graves sequelas e, até mesmo, levava-os à morte.

Para alguns estudiosos, como é o caso de Moraes, Campos, Figlie, Laranjeira e Ferraz (2006), as causas e consequências da SDA estão diretamente ligadas a fatores de origem biopsicossocial, tais como desemprego, alteração física e mental, criminalidade, violência, dentre outras que atingem não só o usuário como, também, a sua família. O impacto causado à família de um usuário é proporcional às reações sofridas pelo mesmo, ou seja, a família sofre tanto quanto o usuário.

Segundo Anderson e Castro (2006), as pessoas que encontram no ato de beber respostas de prazer e de argumento para combater o estresse e a inibição, além de fatores predisponentes, história familiar e situações de desajuste sócio-familiares, estão mais propensas à dependência. Sabe-se que o álcool chega ao cérebro por meio da corrente sanguínea, onde são processadas a capacidade crítica e a análise de situações, e quando estas funções são inibidas, o medo, a vergonha, e/ou a sensação de descompromisso também ficam diminuídas. Desse modo, se o usuário tiver dificuldades de expressar seus sentimentos, irá recorrer ao álcool na busca do prazer. Assim sendo, após o reconhecimento do alcoolismo como doença surgiu, talvez, a maior dificuldade por parte do doente do álcool, que é admitir a sua inserção neste quadro.

2.2.2 Conceito

Os diversos autores contemporâneos que estudam o fenômeno alcoolismo possuem conceituações muito próprias que convergem em alguns pontos e divergem em outros. Dentre estes estudiosos selecionamos Dractu e Araújo (1985) que o definem como sendo uma doença, porque impossibilita a capacidade de optar, instalando-se em indivíduos que se acostumaram ao uso abusivo de álcool por um tempo prolongado, influenciados por fatores como a família, sociedade e cultura e caracterizados por uma ingestão compulsiva e repetitiva.

De acordo com Cardoso (1996), o alcoolismo pode ser definido como um conjunto de problemas relacionados à ingestão excessiva e prolongada de álcool, ou simplesmente, o hábito de consumir bebidas alcoólicas regularmente e em grandes quantidades, prevendo todas as suas consequências.

Também bastante difundido é o conceito adotado pela Associação dos Alcoólicos Anônimos, em que o alcoolismo é tido como uma doença progressiva, fatal e incurável.

Desde que proposto pelo médico sueco Magnus Huss, no século XIX, o termo alcoolismo vem passando por inúmeras adequações com o decorrer do tempo. Da publicação

desse termo em diante, suas manifestações passaram a ser definidas como doença, principalmente àquelas decorrentes de complicações físicas, provocadas pela desorganização do organismo. Tais complicações, causadas pelo uso nocivo de álcool conhecidas nos dias de hoje, já haviam sido identificadas por Huss (RAMOS e BERTOLOTE, 1997).

Em 1893 o alcoolismo passou a fazer parte da primeira Classificação Internacional de Doenças, sendo inserido na sessão II (Doenças Gerais) e aceito como “doença constitucional” até a 6ª e 7ª Revisões da CID. A partir daí foram inseridas algumas teorias de médicos franceses, que passaram a considerar o alcoolismo como “doença mental, com consequências psíquicas e físicas”. Em 1977, durante a 9ª Revisão da CID, foi criada uma alteração no seu conceito, referindo-se agora ao termo SDA, “com o intuito de referenciar não só as manifestações orgânicas, como também as psíquicas”.

Segundo Ramos et al. (1997), nesse processo de mudança de concepção do alcoolismo, surge a 10ª e última Revisão da CID-10, que eleva a categoria do alcoolismo para “transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substância psicoativa”. Neste caso, o alcoolismo recebe a designação de “transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool”, detalhados em subcategorias capazes de identificar o quadro e definir padrões para o seu diagnóstico. Compreendem essas subcategorias, “a intoxicação aguda, o uso nocivo, a síndrome de dependência, o estado de abstinência, o estado de abstinência com delirium, os transtornos psicóticos, a síndrome amnésica, o transtorno psicótico residual e de início tardio, outros transtornos mentais e de comportamento, transtornos mentais e de comportamento não especificado”. Delas destacam-se o uso nocivo de álcool e a SDA.

A CID-10 define o uso nocivo de álcool como sendo:

[...] um padrão de uso de substância psicoativa que está causando dano à saúde. O dano pode ser físico (como nos casos de hepatite decorrente de autoadministração de drogas injetáveis) ou mental (episódios de transtorno depressivo secundário a um grande consumo de álcool) (OMS, 1993).

Enquanto que a SDA vem a ser definida como:

[...] um conjunto de fenômenos fisiológicos ou comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância (álcool neste caso), ou de uma classe de substâncias, alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham mais valor. Uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo (frequentemente forte, algumas vezes irresistível) de consumir drogas psicoativas (as quais podem ou não terem sido medicamente prescritas), álcool ou tabaco. Pode haver evidência de que o retorno ao uso da substância após um período de abstinência leva a um reaparecimento mais rápido de outros aspectos da síndrome do que o que ocorre com indivíduos não dependentes (OMS, 1993).

Para o Dr. Sérgio Nicastri, psiquiatra do Hospital Israelita Albert Einstein, a dependência é uma condição patológica que tira a liberdade do indivíduo de optar pelo consumo ou não de bebida alcoólica. Ainda segundo ele, o alcoolismo é a doença mental mais comum no mundo, e 10% da população brasileira sofre com o alcoolismo, sendo que os homens estão à frente com 70% dos casos, enquanto que as mulheres correspondem a 30%.

Diante do exposto, pode-se entender, a partir das definições anteriormente citadas, que o fenômeno alcoolismo passa a ser uma doença não somente de características física e psíquica, como também fisiológica, comportamental e volitiva, demonstrando dessa maneira, a sua complexidade.

Conforme Ramos et al. (1997), na mesma intensidade em que o termo “alcoolismo” vem recebendo novas concepções, o mesmo acontece com o termo alcoólatra utilizado, até então, para referir-se ao usuário de etílicos. Esse último termo vem sendo questionado pelos defensores do ponto de vista médico, que percebem o alcoolismo como uma doença, uma vez que a palavra alcoólatra refere-se à adoração pelo álcool. Isso é, na visão da medicina, o dependente do álcool é um enfermo que usa o álcool por dele necessitar e não por adorá-lo. Portanto, a expressão alcoólico é a forma mais adequada a ser utilizada.

Desse modo, as concepções sobre o alcoolismo são variadas e vêm sendo apresentadas no decorrer dos anos por modelos que tentam explicar sua manifestação sob diferentes pontos de vista. Dentre eles pode-se destacar:

- Modelo Moral, cuja explicação ainda é utilizada atualmente, baseia-se em pressupostos religiosos e atribui ao uso abusivo de substâncias um caráter preconceituoso, à medida que situa o alcoolista entre aqueles que não “controlam seus impulsos” e a quem falta princípios morais para resistir às tentações.
- Modelo Médico, onde o alcoolismo é concebido como uma doença que independe do controle volitivo de quem bebe, estando unicamente subordinada a mecanismos fisiológicos disparados pelo álcool. Esse modelo, portanto, abole o julgamento moralista atribuído ao alcoolista, segundo o qual o uso abusivo de etílicos seria devido à degradação moral ou à fraqueza de caráter e o coloca como vítima de uma desordem fisiológica.
- Modelo Psicológico, que é proposto por diversas linhas teóricas, embora não sejam desconsiderados os fatores biológicos, recomenda-se que o comportamento adictivo venha a ser um hábito aprendido e possível de ser modificado, como também possa estar atrelado a processos psíquicos específicos.

Após discorrer sobre os aspectos históricos e conceituais do termo “alcoolismo”, o item a seguir abordará os problemas relacionados ao uso dessa substância.

2.2.3 Os Problemas Relacionados à Doença do Álcool

Por ser o álcool uma substância altamente tóxica, esta se fará presente em qualquer tipo de bebida alcoólica. Diante dessa realidade, sua ingestão poderá proporcionar sérios problemas à saúde do indivíduo, como é o caso do alcoolismo, identificado principalmente pela ingestão de maneira crônica (CÚRCIO, 2004).

Cúrcio (2004) observa, ainda, que na concepção de outros estudiosos não há diferença entre um indivíduo alcoolista e um não alcoolista, pois tanto o primeiro quanto o segundo bebem por infinitas razões. No entanto, somente com o passar do tempo ambos vão se diferenciando, em razão de o alcoolista passa a ingerir bebidas frequentemente, chegando ao ponto de não querer mais parar.

Neste sentido, Silva (1996, p. 31) aponta que se considera alcoolista, portanto, “todo o indivíduo que apresenta tolerância aumentada ao álcool, isto é, necessita ingerir quantidades cada vez maiores para alcançar o mesmo efeito.” Então, o dia-a-dia de um dependente passa a ser em torno da bebida, onde muito provavelmente, o hábito de beber irá sobrepor à sua vontade própria.

Com essa mesma visão, Rehfeldt (1995, p. 25) observa que a incapacidade de controlar a própria vontade, em relação ao ato de beber, se manifesta de duas maneiras: “o beber constante ou permanente e o beber excessivo”. Isto é, em intervalos mais ou menos irregulares, com a perda de controle sobre a qualidade e a frequência.

Os sintomas mais comuns do alcoolismo, na maioria das vezes, comprometem o sistema nervoso, sendo que o tremor é o sintoma mais significativo; o sistema digestivo, que além da falta de apetite, pode-se destacar a gastrite e a cirrose hepática, com predisposição ao câncer esofágico e gástrico; e o sistema cardiocirculatório, sendo possível o surgimento de uma degeneração adiposa capaz de ser eliminada com a abstinência, mas com possibilidade de reaparecimento ao voltar a beber (CÚRCIO, 2004).

Dentre outros problemas enfrentados pelo alcoolista destaca-se a insônia, que pode contribuir sobremaneira para que o indivíduo consuma mais bebida enquanto estiver acordado, e a impotência sexual nos homens, enquanto que nas mulheres é comum a ausência de menstruação e, caso continue a beber durante a gravidez, a criança poderá nascer com lesões no cérebro.

A dependência de etílicos promove transformações severas na estrutura cerebral do usuário, sendo que em alguns há a possibilidade de transtornos psicreativos, além de perder o domínio das emoções e da personalidade, e em outros são capazes de vislumbrar delírios de perseguição, ciúme e desconfiança, sem a devida fundamentação. Com relação às funções intelectuais mais prejudicadas pode-se destacar a memória, a percepção e a crítica.

Na literatura que trata sobre o alcoolismo há unanimidade nos apontamentos dos diversos fatores que podem originar esta doença. Dentre eles, Cúrcio (2004) aponta:

- Fator Social, que tem características como religião, grau de urbanização, etnia, idade e sexo. As diferenças em relação ao consumo normal e excessivo de álcool são perceptíveis, possibilitando dessa forma uma crescente valorização desse fator na origem do alcoolismo, sendo destacado o fato de que a ênfase dada às causas intraindividuais sejam orgânicas ou psíquicas, minimizando a participação dos fatores na determinação do alcoolismo;
- Fator Psicológico, que tem como uma das consequências o fato de o alcoolismo afetar o indivíduo, alterar seu comportamento e não controlar mais o desejo de beber. Entre a alegria da primeira dose e a depressão da última, quase nada no alcoolismo é previsível. O doente do álcool adentra num universo que alterna euforia e desespero, mais riscos e menos autoestima;
- Fator Biológico, local de desenvolvimento ou não do alcoolismo, dependendo de características biológicas inatas. Neste caso, suas causas podem ser explicadas através de irregularidades existentes no metabolismo do álcool; a substância invade o organismo, onde os danos maiores são causados ao fígado, por ser um órgão que funciona como um filtro do corpo humano.

Vale destacar que existem muitas evidências de que as normas culturais relacionadas ao consumo de álcool tenham um papel importante no desenvolvimento da doença do álcool. Outro fator de bastante evidência é a publicidade e marketing utilizado pela indústria de bebida, induzindo o indivíduo a fazer o uso do álcool. A substância glorificada pela publicidade encontra-se a venda em quase todos os estabelecimentos comerciais, facilitando sua aquisição em rituais sociais, onde muitas pessoas bebem para fixar-se como membro do grupo, ou para demonstrar coragem perante os demais.

Com base nas ideias de Masur (1988, p. 21), não existe uma explicação universal, seja ela biológica ou social, sobre a causa do alcoolismo. Na gênese desta complexa condição estão diferentes fatores de vulnerabilidade. “Todos os que bebem tem, potencialmente,

possibilidade de tornarem-se alcoólatras. A maior ou menor probabilidade vai depender da interação entre os diferentes fatores de vulnerabilidade.”

O alcoolismo não surge repentinamente, mas via de regra, desenvolve-se atravessando os períodos de habitação e do abuso até assumir nítidas características de doença. Em homens adultos o processo pode levar de cinco a quinze anos, já em mulheres e adolescentes, este prazo tende a ser sensivelmente menor, podendo ser necessário apenas poucos anos, do início de um beber excessivo até a dependência definitiva.

Segundo Rehfeldt (1995), a doença nitidamente caracterizada é precedida por um período chamado de fase pré-alcoólica, que embora não configure a doença, determina o início do processo evolutivo. Aqui prevalecem os hábitos de beber, que são considerados normais, porém não adequados. Entretanto, nasce uma vinculação psíquica com o etílico por seus efeitos produzidos, como também, por ser o ponto de partida da ingestão do álcool em quantidades acima do normal. Esse excesso, geralmente é ocasionado por maus hábitos de beber ou pelo uso abusivo, acreditando que ele possa funcionar como remédio, para a resolução de seus problemas.

A partir do momento em que esses maus hábitos ou o uso abusivo comecem a ficar incontroláveis, surge a fase inicial da doença, que pode ser identificada pelo aparecimento de prenúncios e manifestações iniciais da doença, tais como o aumento da tolerância, os primeiros apagamentos, o aumento da vontade e a necessidade de beber, a percepção de que sua maneira de beber é diferente dos demais. Segundo Rehfeldt (1995), provavelmente nesta fase, se for disponibilizado ao indivíduo algum tipo de ajuda, essa será recusada e interpretada como uma espécie de invasão de privacidade. A fase tem duração aproximada de seis meses a cinco anos, sendo que há uma vinculação crescente com o álcool, ainda que de caráter psicológico e um crescimento na adaptação do organismo aos efeitos do álcool. Depende muito da constituição física e psíquica da pessoa e, naturalmente, do seu padrão de beber.

O aparecimento de perdas de controle marca o início da fase crítica, mas sem se fazer presente em todos os episódios, já que alguns neurônios de comando continuam em funcionamento. Rehfeldt (1995) aponta que as células contidas no cérebro continuarão sendo destruídas e mais frequentes serão as perdas de controle, à medida que a pessoa beber com mais frequência e prolongadamente, até que o indivíduo perceba que está perdendo o controle sobre o álcool. Esta fase perdura em torno de cinco a quinze anos e desenvolve-se a perda do autocontrole sobre a quantidade de ingestão, acarretando numa crescente vinculação psíquica ao álcool. Aqui o indivíduo toma conhecimento das modificações sofridas na sua personalidade e no seu rendimento mental.

Finalmente, a fase crônica, por um lado marcada pela adaptação do organismo à presença do álcool, e por outro, pela queda brusca da tolerância. Os intervalos entre um beber e outro ficam mais curtos impossibilitando totalmente que o indivíduo consiga controlar a sua bebida. A ausência da substância provoca rapidamente tremores e um estado de medo e, sem ter consumido alguma dose de álcool, o indivíduo não consegue, pela manhã, executar tarefas tão simples como amarrar os sapatos e/ou levantar uma xícara de café, por exemplo. Conforme Rehfeldt (1995), mesmo se tornando muito claras, a gravidade e a extensão dessa situação em decorrências das afecções físicas surgidas, a opção do indivíduo continua sendo beber. A fase tem duração indeterminada e, a partir de agora, o álcool passa a ser o centro da vida, com uma total dependência psicofísica. Surge, também, o aparecimento de graves manifestações de síndrome de abstinência. Dentre as características mais comuns destacam-se “o agravamento das condições físicas, o aparecimento de períodos prolongados de embriaguez, a nítida deterioração da personalidade, o prejuízo de raciocínio e a busca de algum amparo indefinido na religião.” Dificilmente o indivíduo consegue recuperar toda a capacidade funcional que disponibilizava antes de adquirir a doença, a não ser que o tratamento tivesse sido realizado no tempo certo. Como se não bastasse evidencia-se também, um afastamento das pessoas mais próximas.

Diante das informações de que a doença do álcool também se atinge o ambiente organizacional, o item a seguir abordará a relação entre alcoolismo e trabalho.

2.2.4 A Relação Alcoolismo e Trabalho

A relação envolvendo trabalho e saúde mental vem chamando a atenção de pesquisadores e estudiosos que se dedicam à busca de melhores resultados que possam contribuir para programas voltados à prevenção e tratamento do alcoolismo no ambiente organizacional, em seus diversos setores. Sem sombra de dúvidas, dentre os transtornos mais comuns associados ao trabalho, o alcoolismo é que mais preocupa, não só por criar consequências prejudiciais ao desempenho profissional do trabalhador, como também, por estar sendo considerado um transtorno decorrente de algumas condições de trabalho (GISCHEWSKI, 2004).

Para Cúrcio (2004), o trabalho precisa ser compreendido como uma necessidade natural do homem, fundamental ao metabolismo “homem e natureza”, independentemente de qualquer tipo de organização social. Porém, no decorrer da história sua concepção positiva foi perdendo força, ao ponto de transformar-se de uma atividade criativa de recompensa à

liberdade, numa atividade sufocante de castigo e apreensão. Isso pode ser justificado pelo aumento da jornada de trabalho por parte do trabalhador para manter-se no mercado de trabalho, bem como pelas exigências impostas pelo empregador, deixando-os ainda mais alienados. A influência do ambiente organizacional é capaz de produzir tensão sócio-institucional, gerando muitas vezes estresse, ansiedade e angústia. Nesse ambiente o alcoolismo vem se desenvolvendo de maneira lenta e gradual na sociedade como um todo, vinculado a fatores social, econômico e cultural, capazes de interferir diretamente nas relações de trabalho.

Sobre as consequências do alcoolismo no ambiente organizacional, Ramos e Bertolote (1997) reafirma as consideráveis perdas econômicas no sistema produtivo de determinadas organizações causadas por este transtorno. E vai mais além, quando cita um artigo publicado em 1967, por Generieve Kunpfer, coincidentemente no mesmo período em que o alcoolismo passava a ser considerado como doença, no qual aponta dez indicadores que propiciam o indivíduo fazer uso nocivo de álcool. Dentre eles, destacam-se os problemas no emprego, capazes de afetar o seu desempenho no trabalho (assiduidade e produtividade, por exemplo), além dos “acidentes no trabalho”, originados pelo efeito do álcool (RAMOS et al., 1997).

Ramos et al. (1997) realizaram uma pesquisa em vários hospitais da cidade de Porto Alegre, com objetivo de identificar possíveis problemas sociais em pacientes alcoolistas, e novamente os resultados revelaram que os problemas no trabalho foram os mais citados, seguidos de problemas conjugais e problemas financeiros, respectivamente.

Segundo dados registrados no Instituto Nacional do Seguro Social - INSS e no Ministério da Saúde - MS, os transtornos mentais no Brasil, principalmente o alcoolismo crônico, ocupa a terceira colocação entre as causas de absenteísmo e afastamentos por incapacidade profissional definitiva (RAMOS et al., 1997).

Então se pode afirmar que as consequências advindas do alcoolismo estão fortemente inseridas em toda e qualquer tipo de organização, gerando conflitos no desempenho de suas funções, no ambiente organizacional, além de gastos exorbitantes, resultando em prejuízos para o meio organizacional e social.

Por outro lado, segundo Gischewski (2004), nem sempre a organização pode ser tida como vítima das consequências do alcoolismo neste contexto, pois, não oferecendo boas condições de trabalho a seus funcionários, automaticamente passarão também a agentes destes transtornos. Somando-se a estas variáveis, vislumbra-se a natureza de determinadas funções que, por exigir demasiadamente esforços físico e intelectual, podem propiciar o desencadeamento do alcoolismo.

Ainda de acordo com Gischewski (2004), o Governo Federal/Ministério da Saúde publicou um manual que trata das doenças relacionadas ao trabalho, sintetizando o seu conteúdo na seguinte ótica.

O trabalho é considerado um dos fatores psicossociais de risco para o alcoolismo crônico. O consumo coletivo de bebidas alcoólicas, associado a situações de trabalho pode ser decorrente de prática defensiva, como meio de garantir inclusão no grupo. Também pode ser uma forma de viabilizar o próprio trabalho, em decorrência dos efeitos farmacológicos próprios do álcool (calmante, euforizante, estimulante, relaxante, indutor de sono, anestésico e antisséptico) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O mesmo manual também faz referência a diversos setores de determinadas organizações, que contribuem para o aumento da frequência de casos de alcoolismo.

[...] especialmente aquelas que se caracterizam por ser socialmente desprestigiadas e mesmo determinantes de certa rejeição, como as que implicam contato com cadáveres, lixo ou dejetos em geral, apreensão e sacrifício de cães; atividades em que a tensão é constante e elevada, como nas situações de trabalho perigoso (trabalhos coletivos, estabelecimentos bancários, construção civil), de grande densidade de atividade mental (repartições públicas, estabelecimentos bancários e comerciais), de trabalho monótono, que gera tédio, trabalhos em que a pessoa trabalha em isolamento do convívio humano (vigias); situações de trabalho que envolvam afastamento prolongado do lar (viagens frequentes, plataformas marítimas, zonas de mineração) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Corroborando com as informações contidas neste manual, há outros atrativos para a disseminação do alcoolismo no ambiente de trabalho, citados exaustivamente por inúmeras literaturas. São eles: acesso fácil ao álcool; locais de forte influência sociocultural de consumo de bebidas alcoólicas; ocupações que promovem afastamento social e sexual; trabalhos que exigem um alto rendimento físico; falta de supervisão no trabalho; e pré-seleção de indivíduos com risco.

Neste contexto, diante da carência de estudos que abordem o tema alcoolismo e trabalho e, preocupado em desmistificar a compreensão da relação citada anteriormente, Nassif (2002) reuniu resumos de alguns trabalhos científicos. Exemplificando, destaca o relato de Seligmann-Silva (1994 apud NASSIF, 2002) sobre uma pesquisa que realizou com trabalhadores de indústrias de fertilizante, no qual revela que houve entrevistados que mencionaram fazer uso de álcool como:

[...] recurso para relaxar e amenizar a tensão vivenciada em situação de trabalho, onde estavam submetidos a pressão de chefias, grandes riscos, altas exigências de atenção e/ou de responsabilidade, entre outras circunstâncias potencialmente ansiógenas ou constrangedoras [...].

Nassif (2002) mencionou, também, dados importantes do trabalho de Santos (1999) voltados aos coletores de lixo, onde a ingestão de álcool é fácil e frequente.

A bebida, muitas vezes, é instituída como forma de pagamento, como moeda, na medida em que os donos de estabelecimentos comerciais a oferecem, ou mesmo a ‘empurram’, aos trabalhadores em troca de pequenos serviços.

Sobre esta mesma categoria de trabalhadores Santos (1999 apud NASSIF, 2002) cita outra condição que favorece o acesso ao uso de álcool:

[...] a pressão social para beber, pois a bebida desempenha um papel de facilitadora dos contatos interpessoais, seja desinibindo, seja como forma de reconhecimento ou como forma de introduzir estes indivíduos num determinado círculo social.

Infelizmente, ainda hoje, o principal interesse das organizações está direcionado apenas ao lucro produzido e não, também, aos responsáveis pela produção. Somente a partir do momento em que os problemas provocados pelo álcool, passam a interferir na produtividade, no lucro e na qualidade das organizações, é que essas passam a se preocupar com as consequências do alcoolismo. Segundo Vieira (1996), a OMS destaca que um funcionário alcoolista falta ao serviço cinco vezes mais do que um não alcoolista, promovendo, dessa forma, uma grande perda de produtividade à organização.

Além de ser uma atividade remunerada, o trabalho também proporciona uma forma de relação interpessoal, em todos os aspectos da vida profissional, podendo ou não, serem compensadas suas habilidades e sua competência e, também, impulsionar um sentido a vida.

Se as organizações continuarem agindo dessa maneira, tendo como meta principal apenas o lucro e a produtividade, correm o risco de ter o alcoolismo proliferado, justamente por não haver uma preocupação maior com a questão social. Neste caso surgem os conflitos existenciais, fazendo com que as bebidas alcoólicas funcionem como mediadores de tensão, frustração e sensação de incapacidade para o trabalho. Desse modo, o sucesso ou o fracasso para o funcionário passa a ter um significado primordial na relação que este estabelece com os companheiros de trabalho. Inúmeras vezes essas relações sociais não são bem realizadas, fazendo com que se sinta insatisfeito no seu ambiente laboral.

É característica de um alcoolista a facilidade de sentir-se irritado, possibilitando com isso que o seu ambiente de trabalho se transforme numa válvula de escape. Ao atingir essa fase, suas obrigações profissionais passam a ser executadas sem o devido cuidado, correndo até riscos de vida em alguns casos, além da tendência da deterioração da sua competência.

Griffith (1987, p. 16) sintetiza muito bem as consequências causadas pelo alcoolismo na relação capital e trabalho, principalmente no que diz respeito ao desempenho profissional e a produção do trabalho.

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

Essa concepção equivocada é muito comum em algumas organizações. Intervir na saúde de seus funcionários somente no momento em que estes começam a apresentar características de absenteísmo, saídas antecipadas e/ou chegadas tardias, discussões frequentes, queda de qualidade e produtividade, assim como incapacidade para o trabalho, tornando-se agora um problema, precisa ser urgentemente repensada. Por outro lado, outras organizações com visão de futuro um pouco mais aguçadas, em relação aos reflexos do alcoolismo, estão implantando programas de prevenção, acompanhamento e tratamento, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos funcionários com a doença do álcool, visando o lado econômico da organização, evitando assim a perda de sua mão-de-obra mais importante.

Neste sentido, pode-se entender ser mais vantajoso para a organização incentivar o funcionário a se submeter a um tratamento bem sucedido. Segundo Ramos (1993 apud CAPANA, 1990, p. 219), o principal atrativo dos programas implantados, além do incentivo ao tratamento, tem sido a redução com gastos. Pesquisas mostram que o índice de recuperação está entre 50 e 70% nas organizações, comparado com apenas 30% dos ingressos particulares. Os prejuízos econômicos advindos às organizações e aos órgãos empregatícios, com respeito a estas questões, são expressivos.

Vieira (1998, p. 49) destaca os principais fatores de riscos no trabalho para o acesso facilitado ao uso de álcool: “a pressão social para beber; as ocupações que promovem o afastamento social e sexual; a falta de supervisão no trabalho; o convívio com colegas; e paternalismo das chefias; e as ocupações que submetem o empregado a um stress constante”. Todos esses fatores são de grande importância para o convencimento do indivíduo a procurar o tratamento necessário.

Entretanto, no âmbito das organizações há profissionais sem capacitação e não comprometidos, trabalhando diretamente com os funcionários afetados pela doença do álcool. Desse modo, se faz necessário que esses profissionais participem de cursos de capacitação,

palestras específicas, dentre outros meios de aprendizagem, com intuito de auxiliar no combate da situação de forma emergencial, na prevenção e tratamento.

Diante do exposto, há que se discorrer sobre o desenvolvimento da dependência do álcool no País, com foco no Estado de Santa Catarina.

2.2.5 O Desenvolvimento da Dependência

O alcoolismo é uma doença que se desenvolve no indivíduo que bebe frequentemente, por um tempo prolongado e em doses excessivamente consideráveis, tornando-se uma doença progressiva se não monitorada, crônica e até mesmo fatal, em alguns casos (CÚRCIO, 2004).

Entre as décadas dos anos de 1970 e 1990 houve um aumento considerável no consumo de bebidas alcoólicas, em cerca de 74,53% da população brasileira. Há registros que 11,2% dos brasileiros sejam dependentes do álcool, onde 17,1% são do sexo masculino e 5,7% do sexo feminino (MORAES, CAMPOS, FIGLIE, LARANJEIRA e FERRAZ, 2006).

Com base na população do planeta, a dependência alcoólica incide entre 10 a 12% e, conforme dados obtidos por meio do primeiro levantamento domiciliar sobre o uso de drogas, 11,2% dos brasileiros vivem nas 107 maiores cidades do País. No entanto, apenas 4% receberam algum tipo de tratamento referente ao uso de etílicos. Dentro desse contexto, fica muito claro que os problemas relacionados ao uso abusivo de álcool são extremamente preocupantes e responsáveis por mais de 10% dos problemas totais de saúde no Brasil (MELONI e LARANJEIRA, 2004).

Segundo Moraes, Campos, Figlie, Laranjeira e Ferraz (2006), o uso abusivo de álcool no Brasil é responsável por 85% das internações decorrentes do uso de drogas, sendo 20% das internações em clínica geral e 50% das internações psiquiátricas masculinas. Outro estudo dos autores, realizado em Recife, Brasília, Curitiba e Salvador, detectou que 61% de casos de uso de álcool envolviam pessoas em acidentes de trânsito.

Ainda conforme Moraes, Campos, Figlie, Laranjeira e Ferraz (2006, p. 324), um estudo realizado em 1993 pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo - FIESP, mostrou que o alcoolismo, se comparado a outros problemas de saúde, é responsável por gerar três vezes mais licenças médicas; aumenta em cinco vezes as chances de acidentes de trabalho; aumenta em oito vezes a utilização de diárias hospitalares, e leva as famílias a recorrerem três vezes mais às assistências médica e social. Desse modo, o Brasil desembolsa por ano 7,3% do PIB para tratamentos envolvendo problemas relativos ao consumo de álcool, os quais são agravados e, conseqüentemente, eleva o custo social.

Na concepção de Antunes (2002), a ingestão de álcool provoca mudanças cerebrais, psicológica e social que não desaparecem após uma simples desintoxicação. É recomendado, após o tratamento, para que não ocorra recaída, uma série de cuidados para o resto da vida.

2.2.5.1 O alcoolismo no Brasil

No Brasil, os estudos referentes à problemática da doença do álcool são escassos. Além do mais, a diversidade geográfica, socioeconômica e cultural não permite generalizações. A maioria dos estudos tem encontrado prevalências para o alcoolismo entre 3 e 6% (SANTANA e ALMEIDA FILHO, 1996).

Santana e Almeida Filho (1996) abordam, ainda, que de maneira incisiva a questão da falta de estudos aprofundados em relação à dependência alcoólica, indicando a temerosidade de generalizações dos resultados obtidos e a sua associação a grupos específicos, dada a diversidade cultural, geográfica, e socioeconômica existente no País.

De acordo com Furtado (2005), o alcoolismo tem se configurado com um sério problema de saúde pública no Brasil, sendo seu uso associado a problemas médicos, resultando no agravamento de doenças cardiovasculares, neurológicas, hepáticas, hormonais, dentre outras patologias.

Conforme Eberspacher (2014), os dados do levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, realizado no ano de 2001, apontam para um grupo aproximado de 5,8 milhões de brasileiros(as) afetados(as) pelo alcoolismo.

Corroborando com essa afirmação, Carlini (2000) aponta para um índice de 5 a 10% da população brasileira vítima da dependência do álcool, sendo a taxa mais elevada dentre todas as drogas psicotrópicas consumidas.

De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2005, na Região Sul do Brasil, houve um acréscimo nas pesquisas realizadas nos anos de 2001 e 2005, de 63,4% para 73,9%, respectivamente, entre aqueles que declararam que no decorrer de suas vidas, já teriam usado álcool, embora o número de dependentes tenha entrado em ligeiro declínio de 9,5 para 9% (EBERSPACHER, 2014).

Diante das estatísticas, em um período anterior foi instituído no Brasil, por meio da Lei nº 8080/90, um dos maiores, mais abrangentes e complexos sistemas de saúde do mundo - o SUS. Arraigado a esta nova visão de atenção a saúde da população, uma série de preocupações com a saúde integral do indivíduo começou a tomar forma no País e, desta maneira, tanto preventivas quanto intervenções nos casos já instalados de dependência,

passaram a ser abordados de maneira humanizada, com ênfase não só na reabilitação, mas também, na reinserção social dos dependentes.

Neste sentido, considerando os dados referentes ao ano de 2001 do DATASUS, houve no Brasil 84.467 internações para o tratamento de problemas relacionados ao uso do álcool, mais de quatro vezes o número de internações ocorridas por uso de outras drogas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 18).

De acordo com esta informação, é natural referendar a constatação contida no texto base da política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuário de álcool e outras drogas, de que “o alcoolismo é o maior problema de saúde pública em nosso País.”

O levantamento domiciliar realizado em 2005 concluiu que o número estimado de dependentes de álcool no Brasil é de 12,3%, apresentando desta forma, um acréscimo considerável, entre os usuários no País, apontando ainda, que a tendência para os maiores consumidores, é de que estes sejam do sexo masculino. Outra conclusão esclarecedora e já esperada, é que “a cerveja é a bebida nacional, sendo ingerida preferencialmente por ambos os gêneros e em todas as idades, regiões e classes sociais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 95).

Deste modo, pode-se pensar que a cerveja tem servido como droga introdutória à dependência química do álcool no Brasil, carecendo necessariamente de estudos mais aprofundados para o alicerçamento desta afirmação.

Ainda com informações sobre este levantamento diagnóstico, dentre os brasileiros, “9% bebe com um padrão perigoso, 15% em padrão potencialmente perigoso” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 93). Pode-se entender, então, que no Brasil, a incidência de consumidores situados em padrões alarmantes de ingestão de bebidas alcoólicas gira em torno dos 24%, mostrando a relevância da realidade a respeito do consumo excessivo em cada Estado, em cada cidade e neste trabalho de pesquisa na organização CBMSC. As informações apontam que as medidas de redução e tratamento do consumo devem ser aplicadas proporcionalmente a cada realidade diagnosticada.

Segundo Cúrcio (2004), as estatísticas apontam que nos EUA os prejuízos diretos e indiretos relacionados ao uso de drogas, em 1992, foram estimados em U\$ 246 bilhões de dólares. Esse custo está relacionado à perda de produtividade por doenças relacionadas ao consumo de drogas ou mortes prematuras, a custos de tratamento da própria dependência e a doença por ela causada, à perda de propriedade, a custos administrativos por acidentes automobilísticos, e a crimes relacionados às drogas. De acordo com a mesma autora, no Brasil ainda não temos estimativas precisas quanto aos custos relacionados ao uso/abuso de drogas, mas mostra-se evidente que o ônus pessoal, familiar e social é significativo, diante dos dados

de custos econômicos identificáveis do abuso de drogas que chegam a 4,2% do PIB.

O Brasil já é considerado o segundo maior consumidor de drogas do mundo, sendo o álcool a substância mais consumida. O alcoolismo é entendido como uma doença primária, adquirida em consequência de uma longa ingestão de álcool. Enquanto droga possui características que a difere das demais, por ser socialmente aceita, adquirida facilmente e pelo baixo preço.

Após uma análise sobre a problemática do alcoolismo no País, abordar-se-á no Estado de Santa Catarina, onde está instalada a organização foco deste trabalho de pesquisa.

2.2.5.2 O alcoolismo em Santa Catarina

Ao consultar os acervos das bibliotecas de diversas instituições universitárias e institucionais pôde-se constatar que há escassez de produções acadêmicas que tratem sobre o tema “alcoolismo” no Estado Santa Catarina.

Dentre as produções destaca-se a de Cúrcio (2004), que elegeu a Companhia Catarinense de Águas e Saneamento - CASAN para estudar as correlações entre o alcoolismo e suas interfaces no mundo do trabalho.

Sobre o tema em estudo Giacomozzi et al. (2012) realizaram um levantamento sobre o uso de álcool e outras drogas e vulnerabilidades relacionadas à estudantes de escolas públicas participantes do Programa de Saúde do Escolar e Programa de Saúde e Prevenção nas Escolas no Município de Florianópolis.

E, finalmente, Sell (2000) realizou um trabalho de pesquisa que culminou com uma proposta de Implantação de Programas de Apoio e Tratamento entre Policiais Militares da Região de Grande Florianópolis a partir de um diagnóstico da situação.

Há ainda outras produções acadêmicas semelhantes que abordam de forma pontual e focalizada a questão da dependência alcoólica em Santa Catarina. No entanto, quando se busca uma pesquisa aprofundada para uma compreensão mais precisa sobre os efeitos do consumo exagerado do álcool no Estado, não são encontradas informações, pois as pesquisas tratam de universos sazonais.

Porém, o reduzido número de produções não significa, no entanto, a ausência de políticas de atenção ao dependente de álcool. Em Florianópolis, por exemplo, a Prefeitura Municipal conta com um “Protocolo de Atenção em Saúde Mental” que é um Manual orientativo para a utilização dos recursos da Rede de Saúde Mental na Cidade. Da mesma

forma, outras cidades catarinenses contam com a rede do SUS de Atendimento e Tratamento dos Dependentes Químicos em Santa Catarina.

No Estado, o Governador Luiz Henrique da Silveira instituiu em 2009, por meio do Manual de Saúde Ocupacional do Servidor Público, no âmbito da Administração Pública Estadual Direta e Indireta, que consiste de vários Programas voltados à Saúde e Segurança no Trabalho. As políticas públicas como essa, visam garantir que o trabalho contribua para a melhoria da qualidade de vida e para a realização profissional, sem prejuízo à integridade física e mental do trabalhador (SANTA CATARINA, 2009).

A ampliação dos investimentos na saúde do trabalhador tem sido motivada pelo crescimento dos índices de doenças ocupacionais, afastamentos para tratamento de saúde, desadaptações funcionais, acidentes de trabalho com mortes, bem como pelos reflexos da realidade na cadeia produtiva.

O Boletim Estatístico da Secretaria de Administração de Santa Catarina revela que em 2007 a SSP era a terceira Secretaria de Estado com maior número de afastamentos, tendo registro de 492 servidores afastados para Licença para Tratamento de Saúde e, desses, 36% devido a diagnóstico de Transtornos Mentais e Comportamentais. Os dados mais recentes indicam que em 2011, dos 741 afastamentos, 196 apresentaram Transtornos Mentais.

Atualmente, percebe-se que dentre os Transtornos Mentais, o abuso de álcool e outras drogas caracteriza-se como uma das principais patologias que acometem os trabalhadores, tornando-se questão de saúde pública e preocupação central no ambiente de trabalho. No entanto, quando se compara os dados de atendimentos nos serviços de saúde com os dados oficiais da Perícia, percebe-se que há subnotificação dos casos de dependência química.

Vale lembrar, que a contínua exposição dos profissionais de Segurança Pública aos riscos inerentes a sua atividade laboral, tais como estresse, pressão social, contato frequente com diversos tipos de violência, riscos de acidente e morte, somados as dificuldades organizacionais, geram intenso sofrimento mental e importantes prejuízos à saúde global. Sabe-se, ainda, que as atribuições dessas profissões podem funcionar como fator desencadeador de transtornos relacionados à dependência de drogas.

Dentre desse contexto, abordar-se-á as consequências da doença do álcool no ambiente laboral militar do CBMSC da Grande Florianópolis.

2.2.6 As Políticas Públicas Sobre Alcoolismo

Grande parte da população brasileira desconhece seus direitos constitucionais relativos à saúde, muito menos imagina que cabe ao Estado a responsabilidade por meio do desenvolvimento de políticas públicas voltadas à redução de riscos de enfermidades, previstos na CRFB/88.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

E foi, justamente no final dos anos de 1980 e início da década dos anos de 1990, que a saúde dos brasileiros atingiu um relevante destaque no cenário das políticas públicas, com o surgimento do SUS, amparado pela CRFB/88.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um **sistema único**, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade. (grifo do próprio autor)

Conforme Silva (1995) e Vasconcelos (2000), dentro desse processo encontra-se o movimento da Reforma Psiquiátrica, com a finalidade de descobrir novas metodologias à assistência psiquiátrica no Brasil, opondo-se à predominância do modelo de atenção à saúde mental utilizado nos hospitais psiquiátricos. A referida reforma alicerçada na cidadania indicava para a necessidade de uma melhora na qualidade dos cuidados psiquiátricos disponíveis no País, prevendo a substituição dos hospitais especializados por unidades de saúde ambulatoriais, inseridos nos diversos postos de saúde.

Diante dessa nova concepção de saúde utilizada pelo SUS, surgem os novos serviços denominados Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS e Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, de nível intermediário, onde a proposta de trabalho está voltada ao tratamento de portadores de “psicose” e “usuários de álcool e/ou outras drogas”, desenvolvidos por equipes multiprofissionais.

Necessário se faz, também, a fim de que se possa compreender a temática em estudo, conhecer um pouco da política e da legislação brasileira em vigor. Neste caso, encontra-se a Lei Federal Antitóxica nº 6.368, de 21/10/1976, que “dispõe sobre a prevenção, o tratamento e a fiscalização, o controle e a repressão ao tráfico ilícito e do uso indevido de entorpecentes e

drogas afins e outras providências.”

Dentre as legislações mais atualizadas, encontra-se a referida Lei, considerada até então, como o único documento válido e capaz de se conseguir bons resultados no combate às drogas. O processo se dá por meio da educação e conscientização dos seus males, dando ênfase à necessidade da participação de todos. No entanto, o que se percebe no mundo do trabalho, é um total desinteresse e descumprimento desta Lei, por parte das organizações.

Ainda de acordo com a Lei citada anteriormente, é responsabilidade do Estado, também, a implementação de políticas públicas voltadas a campanhas de prevenção, tratamento e de qualificação de profissionais da área da saúde.

Neste sentido, vale ressaltar que nos dois anos à frente da chefia da DiSPS do CBMSC, pôde-se constatar que as consequências do alcoolismo passam a ser consideradas apenas no momento em que o BM começa a apresentar sintomas físico e emocional, seguidos de queda de produtividade e alto índice de absenteísmo. Isso se deve ao fato de que em sua maioria as organizações estão mais preocupadas com o sucesso institucional, do que com a qualidade de vida de seus integrantes.

Tais constatações podem ser verificadas ao se visualizar a Tabela 2 citada anteriormente, que retrata o quantitativo de seis BBMM afetados pelo alcoolismo nos últimos cinco anos, e que somadas às dispensas acumuladas por parte destes, gerou um alto percentual de absenteísmo. É importante salientar que não foram computados na citada Tabela os demais casos da doença que, por ventura, foram diagnosticados em outras unidades de saúde.

Dando continuidade à proposta de implementação de políticas públicas direcionadas ao tratamento de drogas psicoativas, em especial o “alcoolismo”, em 2009 o Governador Luiz Henrique da Silveira sancionou a Lei nº 14.609, de 07/01/2009, que instituiu o Programa Estadual de Saúde Ocupacional do Servidor Público:

Art. 1º. Fica instituído o Programa Estadual de Saúde Ocupacional do Servidor Público, com o objetivo de estabelecer as diretrizes e normas para o sistema de gestão da segurança no trabalho e da promoção da saúde ocupacional dos servidores públicos estaduais.

Parágrafo único. O Programa Estadual de Saúde Ocupacional do Servidor Público possui por escopo a prevenção, o rastreamento e o diagnóstico precoce de agravos à saúde relacionados ao trabalho, bem como à constatação da existência de casos de doenças profissionais e do trabalho ou danos irreversíveis à saúde dos servidores públicos estaduais.

Apesar dessa realidade, o Programa ainda não foi implantado em sua totalidade no Estado, mas oferece as diretrizes norteadoras para que cada Secretaria de Estado desenvolva seus próprios programas de promoção e prevenção de saúde.

Baseado nessas diretrizes, a fim de iniciar a implantação de ações relacionadas à dependência química, a SSP de Santa Catarina em parceria com a SENASP, instituiu em 2012 o Programa de Prevenção e Acompanhamento ao Uso de Álcool e Outras Drogas - PROPAD, destinado a todos os profissionais da segurança pública (PMSC, **CBMSC**, PC e IGP), que será na verdade como proposta ao final desta pesquisa. (grifo do próprio autor)

Ao finalizar essa revisão da literatura pode-se constatar que apesar da existência dessas políticas voltadas à saúde e à dependência química, na maioria dos casos, o assunto nunca foi tratado como prioridade no âmbito do CBMSC, ou seja, a visão concebida, ainda nos dias de hoje, é de prestar o referido apoio somente quando a doença já está instalada e com consequências desastrosas para o BM e àqueles que com ele convive. Para as corporações, os prejuízos podem ser visualizados na perda da qualidade dos serviços e na queda da produtividade.

3 METODOLOGIA

Para que se alcance um resultado com segurança, enseja-se uma série de balizamentos que irão definir a forma através da qual se atingirá determinado resultado. Estabelecer estratégias de estudo, de pesquisa ou de elaborações teóricas pode ser desastroso, se não houver uma orientação para se utilizar uma metodologia consistente e reconhecidamente científica. Marconi e Lakatos (2010, p. 116) define metodologia como sendo “o conjunto de métodos ou caminhos que são percorridos na busca do conhecimento.” Neste sentido, segundo Demo (1994), o objetivo da metodologia estabelece que os procedimentos adotados durante a realização da pesquisa garantam sua rigidez científica.

Assim sendo, a seguir, far-se-á uma descrição das técnicas utilizadas na construção deste trabalho de pesquisa.

3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

Na visão de Gil (2002, p. 17), toda e qualquer pesquisa “pode ser definida como o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos.” Em outras palavras, a pesquisa é a única forma de se obter respostas daquilo que se procura conhecer.

Diante dos objetivos propostos, pode-se constatar que para a sua total compreensão torna-se necessário classificá-los, a fim de que suas finalidades sejam atingidas.

O presente trabalho tem caráter Exploratório, em função da inexistência de pesquisas científicas realizadas e/ou abordagens mais despretensiosas sobre a questão do alcoolismo dentro do CBMSC. Segundo Gil (2002), a pesquisa Exploratória tem por objetivo, proporcionar uma visão ampliada a respeito de um determinado assunto. Identifica-se pela realização de amplo levantamento bibliográfico, entrevista, aplicação de questionário, estudo de caso e outras práticas metodológicas em grupos que tenham vivências práticas com o objeto pesquisado, a fim de estimular a compreensão sobre o assunto e proporcionar novas percepções para estudos posteriores.

Outra característica neste trabalho é o seu caráter Descritivo. Segundo Gil (2002), a pesquisa Descritiva caracteriza-se pela descrição de determinados grupos populacionais ou fenômenos. Dentre suas particularidades, esse tipo utiliza instrumentos de coleta de dados padronizados, como no questionário AUDIT.

Embora as duas características acima descritas possuam rigor científico definido, não terão neste trabalho rigidez pétrea que possa de alguma forma engessar o desenvolvimento da pesquisa.

A pesquisa Empírica foi realizada a partir da definição do público alvo, estipulado por conveniências, tais como o número expressivo de pesquisados em determinada área, bem como a proximidade territorial entre os núcleos a serem abordados e esse pesquisador.

Esta pesquisa tem caráter transversal, preocupando-se por apurar a prevalência da doença e do grau de exposição na população pesquisada, num dado momento.

O recorte temporal foi definido entre os meses de novembro de 2013, quando houve a preocupação com a definição do público alvo a ser abordado, e o mês de maio de 2014.

3.2 MÉTODO DE ABORDAGEM

Segundo Richardson (1989), a abordagem Quantitativa caracteriza-se pela utilização da quantificação tanto na coleta das informações, quanto no tratamento destas, fazendo-se uso de estatísticas para sua análise. Já a abordagem Qualitativa caracteriza-se como sendo aquela que considera significativamente as informações qualitativas, isto é, a informação decodificada pelo pesquisador não é representada em números, ou ainda, os números tem um papel menos significativo em sua análise.

Desta forma, considera-se que esta pesquisa tem uma abordagem quali-quantitativa, dado a importância tanto dos números, quanto da análise das questões a serem decodificadas a partir destes números.

Os questionários foram autopreenchidos de forma anônima. Sua aplicação foi coletiva, em sala de aula, logo após receberem todas as informações necessárias por parte deste pesquisador. A opção pela escolha desse método deveu-se ao fato de ser um processo que garante o anonimato da informação prestada, o que é essencial para assuntos de natureza privada, aumentando com isso, a chance de se obterem informações válidas.

As variáveis independentes incluídas no estudo foram: idade, sexo, estado civil, escolaridade, data de inclusão, tempo de serviço, grau hierárquico, área de atuação e jornada de trabalho. Sua organização procurou explicar apenas relações de ocorrência, sem a elaboração implícita de um modelo causal que também estaria prejudicado pelo tipo de estudo transversal.

A aplicação dos questionários foi realizada nos meses de novembro e dezembro de 2013, sem registros de irregularidades durante sua aplicação.

Os questionários foram aplicados junto a 100% dos bombeiros militares que trabalham na Grande Florianópolis, totalizando 477 pesquisados, de modo a não comprometer os resultados finais a serem analisados. Ressalte-se que nenhum deles foi desprezado.

3.3 POPULAÇÃO-ALVO

Segundo Barbeta (2001), a população alvo é o conjunto de elementos que se quer abranger em um estudo. É efetivamente, o conjunto de elementos dos quais se deseja obter as conclusões resultantes dos estudos.

Trata-se de um estudo transversal, com público-alvo definido por conveniência. A população foi constituída por 477 bombeiros militares, servindo na Grande Florianópolis, correspondendo a 100% da sua totalidade.

3.4 INSTRUMENTO DE PESQUISA

O instrumento utilizado para a obtenção das informações necessárias à pesquisa foi o questionário AUDIT. Segundo Gil (2002, p. 128), o questionário “é a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc.”

O AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) consiste num questionário que contém 10 perguntas, que foi desenvolvido pela OMS, como instrumento de rastreamento especificamente para identificar pessoas com Consumo Nocivo do álcool, como também, àquelas que possuem dependência do álcool, o que justifica a sua escolha para o presente trabalho de pesquisa.

As respostas a cada questionamento serão ordenadas de 0 a 4 pontos. Quanto maior a pontuação, maior a probabilidade de caracterização de problemas (BABOR, 2001).

As três primeiras questões fazem referência à quantidade e frequência do uso regular ou ocasional do álcool. As perguntas 4, 5 e 6 identificam sintomas de dependência e as quatro últimas referem-se a problemas vivenciados recentemente que estejam relacionados ao uso de álcool (MAGALLÓN, 2005). O escore oscila de 0 a 40 pontos e o ponto de corte pode ser feito de diferentes modos. Uma pontuação igual ou superior a 8, indica a necessidade de um diagnóstico mais específico (REISDOFER, 2010)

O referido questionário contém as chamadas Zonas de Risco, de acordo com o intervalo de pontuação, obtidos através da somatória das 10 respostas assinaladas.

O padrão de beber de Baixo Risco - Zona I refere-se àqueles que pontuam de zero a sete pontos e que podem se beneficiar com informações sobre consumo do álcool.

O padrão de Médio Risco - Zona II refere-se àqueles que pontuam de oito a quinze pontos. Dentre estes, mesmo que eles não estejam apresentando problemas atuais, estão correndo o risco de apresentar, em um futuro próximo, problemas de saúde e de sofrer ou causar ferimentos, violências, problemas legais ou sociais, devido aos episódios de intoxicação aguda. Estes se beneficiariam de orientações que incluem a educação para o uso de álcool e a proposta de estabelecimento de metas para a abstinência ou a adequação do padrão de beber para dentro dos limites considerados de Baixo Risco.

O padrão de Alto Risco ou Uso Nocivo - Zona III inclui os que pontuam entre 16 e 19 pontos. Estes, provavelmente, já apresentam problemas e mantêm uso regular, excedendo limites, e se beneficiariam de educação para o uso de álcool, aconselhamento para a mudança do padrão de beber, da análise dos fatores que contribuem para o beber excessivo e o treinamento de habilidades para lidar com estes fatores.

A chamada Provável Dependência - Zona IV inclui àqueles que obtiveram pontuação igual ou maior que 20 pontos. São prováveis portadores de síndrome de dependência do álcool e deveriam ser encaminhados à avaliação especializada para confirmação diagnóstica e possibilidade de tratamento específico (BABOR, 2001).

Neste diagnóstico, consideramos o uso problemático, como sendo aquele em que as respostas alcançaram pontuação superior a 7. Índices inferiores a 8, consideraremos como uso equilibrado, portanto não problemático, porém requer alguns cuidados (REISDORFER, 2010).

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi iniciada em novembro de 2013, logo após ter sido autorizada pelo Comando Geral do CBMSC.

O instrumento utilizado para a coleta de dados, como já descrito anteriormente, foi o questionário AUDIT, criado pela OMS.

Os questionários foram aplicados pelo pesquisador nas salas de aula das respectivas OBM, em dias subsequentes, a fim de facilitar o encontro com os respondentes, em dias

correspondentes às suas escalas de serviço. Os horários de coletas das informações aconteceram pela manhã, logo após a passagem de serviço.

Antes da sua aplicação, os respondentes foram informados pelo pesquisador sobre os objetivos do trabalho de pesquisa, bem como da importância da colaboração, haja vista que os dados poderiam servir de informações para futuros estudos ou para a implementação de programas que pudessem contribuir para a redução dos níveis de alcoolismo no CBMSC.

Prestados todos os esclarecimentos, decidiu-se pelo não preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, em razão do anonimato dos respondentes.

Após a aplicação do questionário, este foi avaliado e os seus resultados sistematizados, a fim de facilitar a análise dos elementos coligidos.

4 DESCRIÇÃO, INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados individualmente os resultados obtidos após a aplicação do questionário aos pesquisados. Além das dez perguntas que contemplam o questionário AUDIT, foram inseridos na parte superior do mesmo, nove questionamentos sócio demográficos (idade, sexo, estado civil, escolaridade, data de inclusão, tempo de serviço, grau hierárquico, área de atuação e jornada de trabalho), que poderão ser relevantes na elaboração do diagnóstico, na avaliação ou no tratamento de informações. É importante ressaltar que nem todos estes questionamentos serão utilizados no desenrolar desta pesquisa, em função das limitações de tempo/espço por ela atribuídas, mas que estarão disponíveis para possíveis trabalhos futuros.

4.1 AS CONSEQUÊNCIAS DO ALCOOLISMO NO AMBIENTE MILITAR

Neste subitem não serão abordadas as causas organizacionais, especificamente relacionadas às atividades bombeiris, que influenciam o militar para o alcoolismo, mas sim as consequências do processo no ambiente militar.

De modo comparativo, nas empresas privadas o alcoolismo reflete consequências como atrasos, absenteísmo, acidentes de trabalho e queda de produtividade, o que traduz, em algumas organizações, na redução de ganhos do trabalhador. No CBMSC as referidas consequências à corporação não se distanciam, mas trazem também penalidades disciplinares e até mesmo penais ao militar alcoólatra.

Neste contexto, de modo explicativo, apresenta-se a estrutura militar do CBMSC, conforme determina a CRFB/88, que dispõe que os CBM são organizados na hierarquia e disciplina, aplicando-se a eles os dispositivos originalmente previstos ao militar das Forças Armadas.

Art. 42. Os membros das Polícias Militares e Corpos de Bombeiros Militares, instituições organizadas com base na hierarquia e disciplina, são militares dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios (Emendas Constitucionais nº 3/93, nº 18/98, nº 20/98 e nº 41/2003).

§1º. Aplicam-se aos militares dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios, além do que vier a ser fixado em lei, as disposições do art. 14, §8º, do art. 40, §9º, e do art. 142, §§2º e 3º, cabendo a lei estadual específica dispor sobre as matérias do art. 142, §3º, inciso X, sendo as patentes dos oficiais conferidas pelos respectivos governadores. [...].

O CBMSC, órgão autônomo a partir da Emenda Constitucional nº 33, de 13/06/2003, passou a ter autonomia administrativa. Contudo, ao ser desvinculado da PM, mantém o mesmo Estatuto previsto na Lei nº 6.218, de 10/02/1983, que define a estrutura administrativa militar baseada na hierarquia e disciplina.

Art. 2º. A Polícia Militar, subordinada operacionalmente ao Secretário de Segurança e Informações, é uma instituição permanente, organizada com base na hierarquia e disciplina, destinada à manutenção da ordem pública, na área do Estado, sendo considerada força auxiliar, Reserva do Exército.
[...];

Art. 14. A hierarquia e a disciplina são a base institucional da Polícia Militar. A Autoridade e a responsabilidade crescem com o grau hierárquico.
§1º. A hierarquia policial-militar é a ordenação da autoridade em níveis diferentes dentro da estrutura da Polícia Militar. A ordenação se faz por postos ou graduações; e dentro de um mesmo posto ou graduação; se faz pela antiguidade. O respeito à hierarquia é consubstanciado no espírito de acatamento à sequência de autoridade.
§2º. Disciplina é a rigorosa observância e o acatamento integral das leis, regulamentos, normas e disposições que fundamentam o organismo policial-militar e coordenam seu funcionamento regular e harmônico traduzindo-se pelo perfeito cumprimento do dever por parte de todos e de cada um dos componentes desse organismo.
§3º. A disciplina e o respeito à hierarquia devem ser mantidos em todas as circunstâncias, entre policiais-militares da ativa, da reserva e reformados.

Ainda, para o entendimento das consequências da disciplina na carreira do BM, este profissional está sujeito a regras também diferenciadas, como o Código Penal Militar, bem como a um regulamento disciplinar, ambos, cada qual em sua dimensão, prevendo penalidades quando da violação das respectivas regras a ele impostas nos ordenamentos.

Neste sentido, o Estatuto assim preleciona:

Art. 46. Os bombeiros militares, nos crimes militares definidos em Lei, serão processados e julgados pela Justiça Militar Estadual, constituída em primeira instância pelos Conselhos de Justiça e, em segunda, pelo próprio Tribunal de Justiça do Estado.
Parágrafo único. Aplicam-se aos bombeiros militares, no que couber, as disposições estabelecidas no Código Penal Militar.

Pode-se perceber que a embriaguez poderá ensejar inclusive a exclusão do bombeiro militar e, ainda, seu recolhimento à prisão, tal qual ocorre com o criminoso civil. Vale ressaltar que o BM deve conduzir as suas ações pautadas em vários princípios éticos e cumprir seus deveres como militar, os quais estão previstos respectivamente no Estatuto.

DA ÉTICA POLICIAL-MILITAR:

Art. 29. O sentimento do dever, o pundonor policial-militar e decoro da classe impõe a cada um dos integrantes da Polícia Militar, conduta moral e profissional irrepreensível, com a observância dos seguintes preceitos de ética policial-militar:

I - Amar a verdade e a responsabilidade com fundamento da dignidade pessoal;
 [...];
 XIX - Zelar pelo bom nome da Polícia Militar e de cada um de seus integrantes, obedecendo e fazendo obedecer aos preceitos de ética policial-militar.
 [...];

DOS DEVERES POLICIAIS-MILITARES:

Art. 32. Os deveres policiais-militares emanam de um conjunto de vínculos racionais e morais, que ligam o policial-militar ao Estado e ao serviço, compreendendo, essencialmente:

I - Dedicção integral ao serviço policial-militar e fidelidade à instituição a que pertence, mesmo com o sacrifício da própria vida;
 [...];
 VI - Obrigação de tratar o subordinado dignamente e com urbanidade.

Em consonância ao art. 46 mencionado anteriormente cabe ressaltar que o BM que se embriaga durante a execução de serviço para o qual foi escalado ou, ainda, se apresente embriagado para este, pode ser caracterizado como crime militar previsto no Código Penal Militar (Decreto-Lei nº 1.001/69).

Art. 202. Embriagar-se o militar, quando em serviço, ou apresentar-se embriagado para prestá-lo:
 Pena - detenção, de seis meses a dois anos.

Desta forma, caso um BM venha a embriagar-se em serviço, devido a sua condição especial, presume-se que a hierarquia e disciplina estão sendo ameaçados, além da integridade da própria sociedade, por não prestar um serviço satisfatório.

Além disso, o bombeiro militar poderá, de forma residual, ser submetido a processo administrativo disciplinar caso se embriague ou também quando induzir outro bombeiro militar à embriaguez. Neste viés o Estatuto, assevera:

Art. 47. O Regulamento disciplinar da Polícia Militar especificará e classificará as transgressões disciplinares e estabelecerá as normas relativas a aplicação das penas disciplinares, a classificação do comportamento policial-militar e a interposição de recursos contra as penas disciplinares.
 §1º. As penas disciplinares de detenção ou prisão não podem ultrapassar a 30 (trinta) dias. [...].

Os atos cometidos em estado de embriaguez ou em decorrência desse estado estão previstas como transgressões disciplinares conforme o Anexo I do Regulamento dos Militares Estaduais - RME.

111) Embriagar-se ou induzir outro à embriaguez, embora tal estado não tenha sido constatado por médico;

Aqui a penalidade que lhe pode ser aplicada vai de advertência à exclusão ou, ainda, licenciamento do serviço ativo, em conformidade ao Regulamento Disciplinar (Decreto Estadual nº 12.112, de 16/09/1980).

Art. 22. As punições disciplinares a que estão sujeitos os policiais-militares, segundo a classificação resultante do julgamento da transgressão, são as seguintes, em ordem de gravidade crescente: 1) advertência; 2) repreensão; 3) detenção; 4) prisão e prisão em separado; 5) licenciamento e exclusão a bem da disciplina.

Parágrafo único - As punições disciplinares de detenção e prisão não podem ultrapassar de trinta dias.

Portanto, a estrutura e o ambiente militar favorecem um maior controle social que se reflete na observância da disciplina. Deste modo, os fatos que ocorrem em outras instituições privadas, no CBM poderão ser reconhecidos como transgressões disciplinares, havendo penalidades disciplinares.

Para conhecimento do leitor destacam-se, de forma teórica, alguns fatos rotineiros nas empresas privadas em consequência do alcoolismo, mas que para o BM haveria punições se isso ocorresse:

I - ATRASOS E ABSENTEÍSMO:

- 22) Faltar ou chegar atrasado a qualquer ato de serviço em que deva tomar parte ou assistir;
- 23) Permutar serviço sem permissão de autoridade competente;
- 25) Abandonar serviço para o qual tenha sido designado;
- 26) Afastar-se de qualquer lugar em que deva estar por força de disposição legal ou ordem;

II - ATRITOS COM COLEGAS:

- 3) Concorrer para a discórdia ou desarmonia ou cultivar inimizade entre camaradas;
- 100) Travar discussão, rixa ou luta corporal com seu igual ou subordinado;

III - QUEDA DE PRODUTIVIDADE:

- 7) Deixar de cumprir ou fazer cumprir normas regulamentares na esfera de suas atribuições;
- 16) Retardar a execução de qualquer ordem;
- 18) Não cumprir ordem recebida;
- 19) Simular doença para esquivar-se ao cumprimento de qualquer dever policial-militar;
- 20) Trabalhar mal, intencionalmente ou por falta de atenção, qualquer serviço ou instrução;
- 40) Não zelar devidamente, danificar ou extraviar, por negligência ou desobediência a regras ou normas de serviço, material da Fazenda Nacional, Estadual ou Municipal que esteja ou não sob sua responsabilidade direta;

IV - CONDUTA SOCIAL INAPROPRIADA:

- 41) Ter pouco cuidado com o asseio próprio ou coletivo, em qualquer circunstância;
- 42) Portar-se sem compostura em lugar público;
- 43) Frequentar lugares incompatíveis com seu nível social e o decoro da classe;
- 82) Desrespeitar em público as convenções sociais;
- 99) Ofender a moral por atos, gestos ou palavras;

Ao finalizar, pode-se constatar que as faltas cometidas pelo BM, em consequência do alcoolismo, implicam em sanções disciplinares e penais muito além daquelas previstas aos empregados de empresas privadas e aos demais servidores públicos, podendo inclusive ensejar a perda de seu cargo público.

4.2 DO LEVANTAMENTO PARCIAL DE ALCOOLISMO NA CORPORACÃO

Com o intuito de mostrar um diagnóstico do alcoolismo no CBMSC, muito embora ainda não se tenha dados suficientes e capazes de mostrar uma realidade de fato, procurou-se avaliar algumas informações extraídas do banco de dados do HME, que comprovam a existência do problema e suas respectivas consequências, tanto para o BM quanto para o CBMSC, que na maioria dos casos, mantêm afastado o profissional do serviço por um longo período de tempo, conforme mostra a Tabela 2 a seguir.

Para que se tenha uma ideia mais precisa de como se desenvolve o tratamento oferecido pelo Estado a um BM acometido pela doença do alcoolismo, far-se-á uma breve explanação de como funciona.

Em 2012 a SSP e a Associação Beneficente dos Policiais Militares - ABEPOM celebraram um convênio por meio do Contrato de Gestão nº 07/SSP/SPG/SC/2012, disponibilizando o uso do HME por parte do **CBMSC** e PMSC, devidamente capacitado para atender praticamente todas as especialidades médicas, bem como um quadro multidisciplinar composto de psicólogo, assistente social, psiquiatra e médico, voltados para o atendimento de casos envolvendo a dependência química, que neste estudo é a doença do álcool. (grifo do próprio autor)

No entanto, em razão da existência de outras clínicas e nosocômios no Estado, que oferecem os mesmos serviços, não há uma obrigatoriedade para que os militares recebam o atendimento apenas no HME. Neste caso, sendo facultada a escolha para a realização do seu tratamento, aumenta a dificuldade para que a DiSPS elabore um levantamento fidedigno da quantidade de bombeiros acometidos pela doença. Aliado a isso, estão aqueles que resistem em procurar tratamento, em razão da exposição de suas intimidades.

É importante ressaltar, também, que com relação às possibilidades de tratamento disponibilizadas, os doentes de alcoolismo podem ser tratados em caráter público, mediante algum tipo de plano de saúde firmado pelo interessado e/ou particular em clínicas privadas. Em se tratando de planos de saúde, a DiSPS do CBMSC realizou um levantamento em 2013, envolvendo todos os BBMM, identificando que 2.394 (85%) contam com este recurso, o que

comprova que a falta de recurso financeiro, não é a razão preponderante para o não tratamento da doença do álcool.

Independente das dificuldades na coleta de dados buscou-se junto ao HME, em contato com a Junta Médica, os registros de casos da doença do álcool diagnosticados nos últimos cinco anos. Como resultado da solicitação, a Tabela 2 apresenta os dados coletados.

Tabela 2 - Afastamentos relativos à doença alcoolismo referentes aos últimos cinco anos.

POSTO/ GRADUAÇÃO	IDADE	INSTRUÇÃO	TEMPO DE SERVIÇO	AFASTAMENTO DO TRABALHO
Cb	48	2º Grau	28 anos, 06 meses e 04 dias	134 dias
Cb	48	Fundamental incompleto	30 anos, 02 meses - Reserva	15 dias
Sd	43	2º Grau	19 anos, 05 meses e 22 dias	03 dias
Sd	38	2º Grau	22 anos, 03 meses e 26 dias	30 dias
Sd	34	Superior incompleto	09 anos, 06 meses e 24 dias	40 dias
Sd	42	2º Grau	17 anos, 11 meses e 24 dias	22 dias
Total				244 dias

Fonte: Junta Médica do CBMSC (2014).

Pode-se constatar que os dados coletados na Junta Médica do HME, há registro de 06 BM, sendo 04 Soldados e 02 Cabos, que foram acometidos pela doença do álcool.

Na sequência apresenta-se os dados coletados e sua análise.

4.3 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

A seguir são apresentadas, inicialmente, as informações sócio-demográficas que se considera relevantes para a apresentação do diagnóstico do consumo de bebidas alcoólicas, dentre os pesquisados.

Foram definidas as informações relativas à idade, onde foram classificadas em quatro faixas etárias e gênero dos mesmos, por se considerar que num momento de intervenções futuras, estas serão categorias que poderão definir formas distintas de abordagem, por parte dos profissionais da saúde.

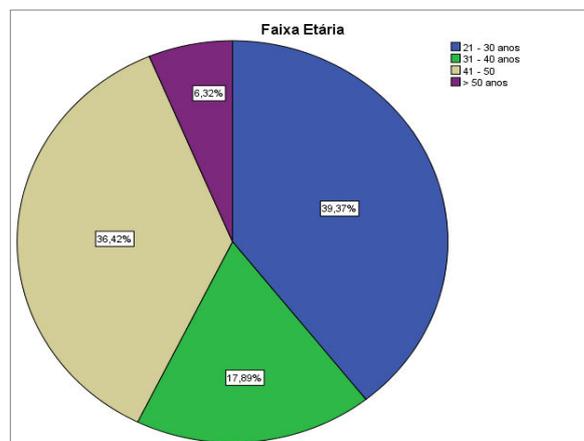
Após este primeiro instante far-se-á a apresentação e análise das respostas obtidas do questionário AUDIT. (ver Tabela 3 a seguir)

Tabela 3 - Classificação das faixas etárias.

		Frequência	Porcentual
Válido	21 - 30 anos	187	39,2
	31 - 40 anos	85	17,8
	41 - 50	173	36,3
	> 50 anos	30	6,3
	Total	475	99,6
Não Respondente	Sistema	2	,4
Total		477	100,0

Fonte: Dados do próprio autor.

Figura 3 - Gráfico da classificação das faixas etárias.



Fonte: Dados do próprio autor.

Observando-se os dados acima se constata dois extremos etários. O primeiro, na faixa etária de 21 a 30 anos, totalizando 187 (39,37%) respondentes e o segundo, de 41 a 50 anos, totalizando 173 (36,42%). Esta discrepância em relação às demais faixas revela a realidade de uma situação do CBMSC, onde, entre os anos de 1996 a 2006, o processo de inclusão na organização ocorreu de maneira extremamente limitada, causando um descenso superior a 50% no contingente etário dos 30 aos 40 anos.

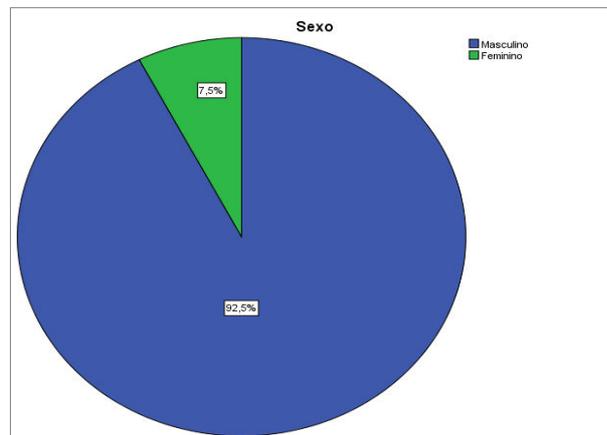
Quanto à definição das faixas etárias ocorrerem de 10 em 10 anos (21-30; 31- 40; 41- 50 e > 50 anos) teve-se como intenção agrupar indivíduos pertencentes às mesmas gerações. Estas segmentações poderão ser úteis aos profissionais da DiSPS do CBMSC, responsáveis em promover as devidas intervenções, caso sejam necessárias no futuro, junto ao efetivo estudado.

Tabela 4 - Classificação por gênero.

		SEXO			
		Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Masculino	441	92,5	92,5	92,5
	Feminino	36	7,5	7,5	
Total		477	100,0	100,0	100,0

Fonte: Dados do próprio autor.

Figura 4 - Gráfico da classificação por gênero.



Fonte: Dados do próprio autor.

Dos 477 bombeiros militares da Grande Florianópolis que responderam ao questionário, observou-se que houve um predomínio significativo do gênero masculino, 441 (92,5%) em relação ao feminino 36 (7,5%). Essa disparidade em prol dos homens se justifica, em razão do início da inclusão de mulheres no CBMSC ter ocorrido somente a partir do ano de 1998, com uma limitação de apenas 6% das vagas disponíveis para concursos públicos (Lei Complementar nº 172, de 15/12/1998, art. 7º, parágrafo único). Tais constatações justificam os números apresentados na Tabela 4, mas vale ressaltar que atualmente vem ocorrendo uma série de debates a respeito da possibilidade de ampliação ou não do número de inclusões de mulheres nas fileiras da Corporação.

4.4 DECODIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO AUDIT

A partir de agora será iniciada a decodificação do questionário AUDIT, instrumento utilizado para a elucidação deste trabalho de pesquisa.

A sistematização dos resultados obedeceu a uma lógica, previamente estabelecida, para que a sua interpretação fosse facilitada e sua exposição gráfica de simples compreensão. Finalizada a coleta dos questionários, a análise seguiu o rito a seguir descrito:

- a) os questionários foram numerados;
- b) utilizou-se o Software IBM SPSS Statistics Versão 21.0.0.0 Edição 64-bit (SO Windows 7 64bits);
- c) criou-se um banco de dados para o questionário, utilizando cada pergunta como uma variável (numérica, sequencial ou data), permitindo a inclusão de informações (valores) em forma de escala, ordinal ou nominal;
- d) as respostas foram tabeladas e conferidas;
- e) os valores do questionário AUDIT foram obtidos por meio da somatória dos valores das dez respostas assinaladas;
- f) as chamadas zonas AUDIT foram alcançadas, utilizando-se ferramentas de discretização visual;
- g) foram emitidas as tabelas de frequência e gráficos utilizando ferramentas de Estatística descritiva (frequência e tabelas de referência cruzada).

Com a utilização destes recursos, fez-se a decomposição e análise dos resultados, utilizando como título de cada subitem respectivamente, cada uma das dez perguntas perceptivas que contemplam o questionário, as quais estão agrupadas de forma expositiva nas Tabelas 6 a 15 e nas Figuras 5 a 14 a seguir.

Tabela 5 - Questionário AUDIT.

		Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcóolicas?	Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando você está bebendo?	Qual a frequência que você consome seis ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião?	Com que frequência, durante os últimos doze meses, você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?	Quantas vezes durante o ano passado deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcóolicas?
N	Válido	477	477	477	473	474
	Não respondentes	0	0	0	4	3
		Quantas vezes durante os últimos seis meses você precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?	Quantas vezes no ano passado você se sentiu culpado ou com remorso depois de beber?	Quantas vezes durante o ano passado você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior porque você estava bebendo?	Você foi criticado pelo resultado das suas bebedeiras?	Algum parente, amigo, médico ou qualquer outro trabalhador da área de saúde referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber?
N	Válido	477	475	475	473	474
	Não respondentes	0	2	2	4	3

Fonte: Dados do próprio autor.

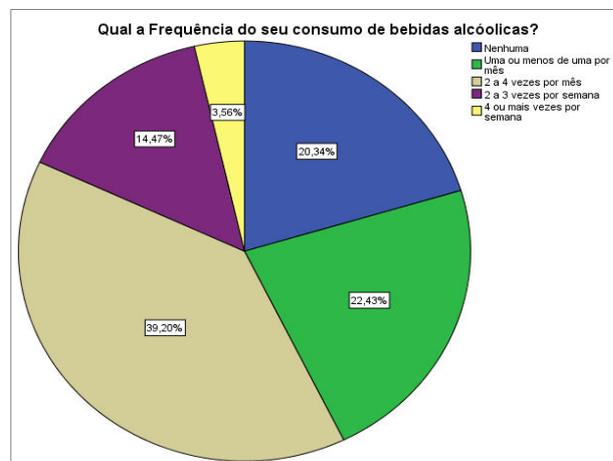
4.4.1 Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcóolicas?

Tabela 6 - Frequência do consumo de bebida alcoólica.

		Frequência	Porcentual
Válido	Nenhuma	97	20,3
	Uma ou menos de uma por mês	107	22,4
	2 a 4 vezes por mês	187	39,2
	2 a 3 vezes por semana	69	14,5
	4 ou mais vezes por semana	17	3,6
	Total	477	100,0

Fonte: Dados do próprio autor.

Figura 5 - Gráfico da frequência do consumo de bebida alcoólica.



Fonte: Dados do próprio autor.

Com relação à frequência do consumo de bebidas alcóolicas consumidas por cada componente da população-alvo, constatou-se que: 97 (20,34%) não consomem bebidas alcóolicas; 107 (22,43%) consomem 01 ou menos de 01 por mês; 187 (39,20%) consomem entre 02 a 04 vezes por mês; 69 (14,47%) consomem de 02 a 03 vezes por semana; e 17 (3,56%) consomem 04 ou mais vezes por semana.

Em uma análise superficial do gráfico acima é possível constatar que 380 (79,66%) do efetivo pesquisado fazem uso indiscriminado de álcool, merecendo desta forma, atenção especial para que se evite o consumo abusivo da bebida.

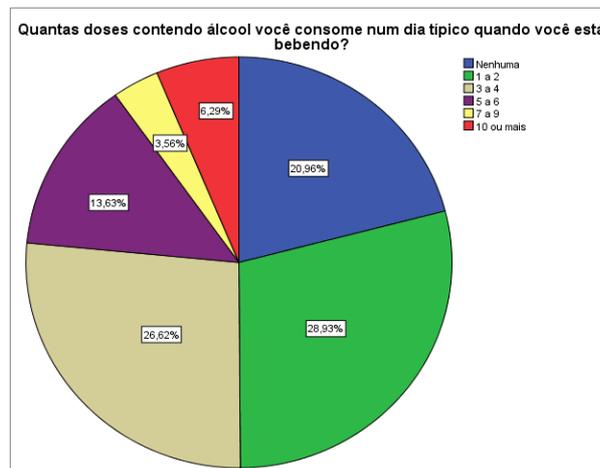
4.4.2 Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando você está bebendo?

Tabela 7 - Quantidade de doses contendo álcool por dia.

		Frequência	Porcentual
Válido	Nenhuma	100	21,0
	1 a 2	138	28,9
	3 a 4	127	26,6
	5 a 6	65	13,6
	7 a 9	17	3,6
	10 ou mais	30	6,3
	Total	477	100,0

Fonte: Dados do próprio autor.

Figura 6 - Gráfico da quantidade de doses contendo álcool por dia.



Fonte: Dados do próprio autor.

No que se refere à quantidade de doses de bebidas alcoólicas consumidas num dia típico, além daqueles que declararam não fazer uso de bebida alcoólica: 138 (28,90%) dos entrevistados responderam que bebem de 01 a 02 doses; 127 (26,62%) bebem de 03 a 04 doses; 65 (13,63%) bebem de 05 a 06 doses; 17 (3,56%) bebem de 07 a 09 doses; e 30 (6,29%) bebem de 10 ou mais doses.

O questionamento desta pergunta remete ao quantitativo de bebida ingerida em um dia e, por consequência, a quantidade de álcool a ser processada pelo organismo e seus efeitos sobre as percepções do indivíduo. Vale ressaltar que é preocupante, de maneira especial, o montante que consomem de 03 a 04 doses em diante, pois segundo Cúrcio (2004), a taxa de álcool no sangue varia de acordo com o peso, altura e condições físicas de cada indivíduo. Mas em média, a pessoa não pode ultrapassar a ingestão de duas latas de cerveja ou duas doses de bebidas destiladas, caso contrário, já está considerado alcoolizado.

Neste caso, tem-se um quantitativo de aproximadamente 50% dos respondentes enquadrados em uma condição de alcoolizados após um dia típico de consumo, uma vez que, segundo orientações contidas no (ANEXO A), 01 copo de cerveja ou 01 dose, são equivalentes.

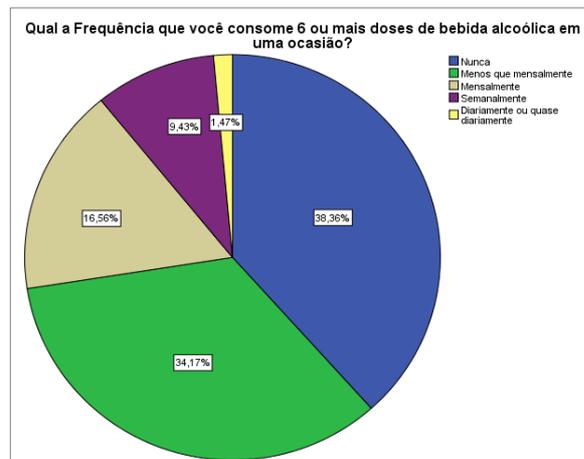
4.4.3 Qual a Frequência que você consome seis ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião?

Tabela 8 - Frequência do consumo de álcool de seis ou mais doses em uma ocasião.

		Frequência	Porcentual
Válido	Nunca	183	38,4
	Menos que mensalmente	163	34,2
	Mensalmente	79	16,6
	Semanalmente	45	9,4
	Diariamente ou quase diariamente	7	1,5
	Total	477	100,0

Fonte: Dados do próprio autor.

Figura 7 - Gráfico da frequência do consumo de álcool de seis ou mais doses em uma ocasião.



Fonte: Dados do próprio autor.

Embora 183 (38,4%) respondentes alegarem nunca terem consumido 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião, 294 (61,6%) confirmaram enquadrarem-se dentro deste padrão de consumo.

Segundo Reisdorfer (2010), o chamado “binge-drinking”, caracteriza-se pelo consumo de 05 ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião. Sobre isso, Davey (2000 apud FERREIRA, 2013) aponta que o excessivo consumo de álcool impede um adequado

tempo de reação, frente às necessidades de correspondência a estímulos externos, pode tornar a coordenação e os pensamentos lentos e pode levar ao comportamento agressivo, particularmente na presença de ameaças. Desta forma, considerando que as atividades inerentes ao serviço BM, rotineiramente, incluem a necessidade de respostas imediatas, o consumo excessivo de álcool pode representar uma ameaça tanto ao profissional, quanto às vítimas por ele atendidas.

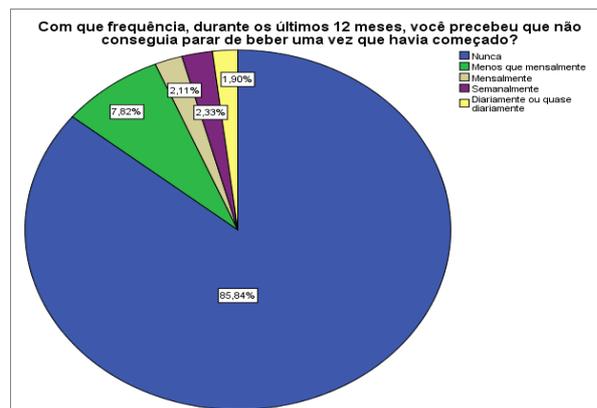
4.4.4 Com que frequência, durante os últimos doze meses, você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?

Tabela 9 - Frequência quanto à percepção de não conseguir parar de beber.

		Frequência	Porcentual
Válido	Nunca	406	85,1
	Menos que mensalmente	37	7,8
	Mensalmente	10	2,1
	Semanalmente	11	2,3
	Diariamente ou quase diariamente	9	1,9
Não Respondente	Total	473	99,2
	Sistema	4	,8
Total		477	100,0

Fonte: Dados do próprio autor.

Figura 8 - Gráfico da frequência quanto à percepção de não conseguir parar de beber.



Fonte: Dados do próprio autor.

De acordo com os respondentes consultados, 406 (85,1%) afirmaram que em nenhuma ocasião perderam o controle sobre a quantidade de consumo de bebida alcoólica, após terem começado o consumir nos últimos 12 meses. No entanto, 67 (14,1%) afirmaram que neste mesmo período, ao menos em uma ocasião, se descontrolaram, e no mesmo universo pesquisado, 04 (0,8%) não responderam a este questionamento.

Segundo Dias (2002), a perda de controle sobre o consumo da bebida dá início a segunda fase do alcoolismo, onde o indivíduo alcança seu ponto de tolerância. Este ponto é considerado por Milam e Ketcham (1983 apud DIAS, 2002) como o marco da perda do controle, pois a partir daí o organismo fica cada vez mais tolerante aos efeitos da droga.

4.4.5 Quantas vezes durante o ano passado deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas?

Tabela 10 - Vezes no ano passado que não conseguiu fazer o que se propunha.

		Frequência	Porcentual
Válido	Nunca	440	92,2
	Menos que mensalmente	22	4,6
	Mensalmente	5	1,0
	Semanalmente	2	0,4
	Diariamente ou quase diariamente	5	1,0
Não Respondente	Total	474	99,4
	Sistema	3	0,6
Total		477	100,0

Fonte: Dados do próprio autor.

Figura 9 - Gráfico das vezes no ano passado que não conseguiu fazer o que se propunha.



Fonte: Dados do próprio autor.

Dos 477 respondentes, 03 (0,6%) omitiram sua opinião a respeito do questionamento elaborado e 34 (7%) informaram que ao menos uma vez durante o ano passado, deixaram de fazer algo em função do consumo da bebida. Por outro lado, 440 (92,2%) relataram que em nenhuma ocasião foram atrapalhados em seus compromissos em razão do consumo de bebidas.

Na revisão da literatura estão relatadas as perdas socioeconômicas resultantes do consumo do álcool. Ao deixar de cumprir suas obrigações, quer sociais ou laborais, em decorrência do consumo de etílicos o indivíduo se vê introduzido em um contexto de descontrole sobre esse consumo, fato indesejável tanto para a corporação, quanto para o indivíduo.

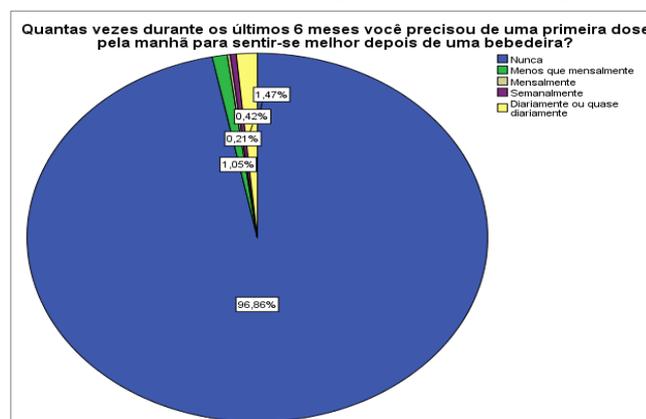
4.4.6 Quantas vezes durante os últimos seis meses você precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?

Tabela 11 - Consumo da primeira dose no período matutino.

		Frequência	Porcentual
Válido	Nunca	462	96,9
	Menos que mensalmente	5	1,0
	Mensalmente	1	0,2
	Semanalmente	2	0,4
	Diariamente ou quase diariamente	7	1,5
	Total	477	100,0

Fonte: Dados do próprio autor.

Figura 10 - Gráfico do consumo da primeira dose no período matutino.



Fonte: Dados do próprio autor.

Embora 462 (96,9 %) dos respondentes afirmarem não terem necessitado da ingestão de uma primeira dose pela manhã, para sentir-se melhor depois de uma bebedeira, 15 (3,1%) precisaram dessa dose no período matutino.

A primeira dose do dia pode representar indícios de uma dependência orgânica a caminho. A ingestão de bebida com o intuito de amenizar os efeitos de uma bebedeira do dia anterior, pode estar escondendo efeitos de uma tensão nervosa (*delirium tremens*), de um

avanço em relação à tolerância, e/ou de outros sintomas relacionados ao uso abusivo do álcool.

4.4.7 Quantas vezes no ano passado você se sentiu culpado ou com remorso depois de beber?

Tabela 12 - Culpa ou remorso pelo consumo de álcool.

		Frequência	Porcentual
Válido	Nunca	394	82,6
	Menos que mensalmente	67	14,0
	Mensalmente	4	0,8
	Semanalmente	4	0,8
	Diariamente ou quase diariamente	6	1,3
	Total	475	99,6
Não Respondente	Sistema	2	0,4
Total		477	100,0

Fonte: Dados do próprio autor.

Figura 11 - Gráfico da culpa ou remorso pelo consumo de álcool.



Fonte: Dados do próprio autor.

Fazer algo que se gostaria de ter feito, pode levar, invariavelmente, o indivíduo, em maior ou menor grau, ao sentimento de remorso ou culpa. Esta sensação, quando se trata do consumo abusivo do álcool, pode revelar-se como parte de um processo de reconhecimento de uma falha de conduta e, conseqüentemente, a busca por uma solução do problema.

Neste quesito, 81 (16,9%) dos respondentes afirmaram ter se deparado ao longo dos últimos 12 meses, com a sensação descrita, demonstrando desta forma, uma pré-disponibilidade às intervenções profissionais, caso estas estejam disponíveis. O fato deste trabalho de pesquisa ter um número significativo de respondentes, 394 (82,6%) deles em

nenhum momento sentiram-se culpados pelo exagero no consumo de bebidas. Mostra-se por um lado, um resultado tranquilizador para o CBMSC, mas pode revelar-se também uma preocupação, pois dentre estes, estão aqueles que já se condicionaram ao consumo excessivo da bebida e não encaram mais essa questão, como algo preocupante. Para totalizar, 02 (0,4%) pessoas não responderam este questionamento.

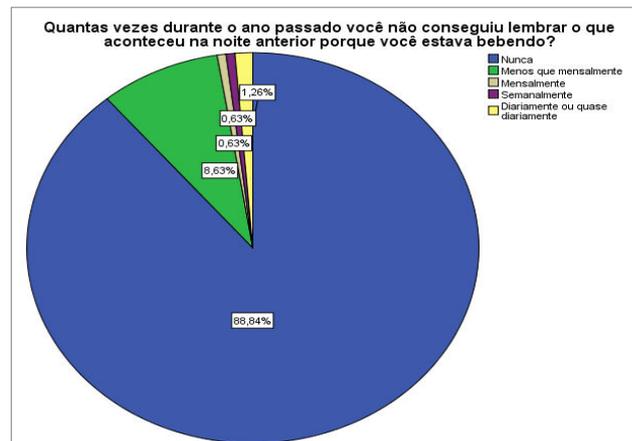
4.4.8 Quantas vezes durante o ano passado você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior porque você estava bebendo?

Tabela 13 - Consumo do álcool e ausência de lembrança da noite anterior.

		Frequência	Porcentual
Válido	Nunca	422	88,5
	Menos que mensalmente	41	8,6
	Mensalmente	3	0,6
	Semanalmente	3	0,6
	Diariamente ou quase diariamente	6	1,3
Total	475	99,6	
Não Respondente	Sistema	2	0,4
Total		477	100,0

Fonte: Dados do próprio autor.

Figura 12 - Gráfico do consumo de álcool e ausência de lembrança da noite anterior.



Fonte: Dados do próprio autor.

As respostas obtidas vêm corroborar com os números alcançados nas questões anteriores. Dos respondentes, 53 (11,1%) informaram que ao menos, uma vez durante o ano passado não conseguiram lembrar o que haviam feito na noite anterior em virtude dos efeitos do álcool. Apesar do maior percentual de respondentes, 422 (88,5%), alegarem nunca ter

passado por experiência semelhante, e mais 02 (0,4%) não terem respondido a questão, é alarmante o número de BM que afirmaram terem vivenciado tal situação.

O consumo de álcool nesse padrão, declaradamente afeta a cognição do indivíduo que, por sua vez, desencadeia um processo de degradação da saúde, pelos danos que já causou ao seu sistema nervoso central.

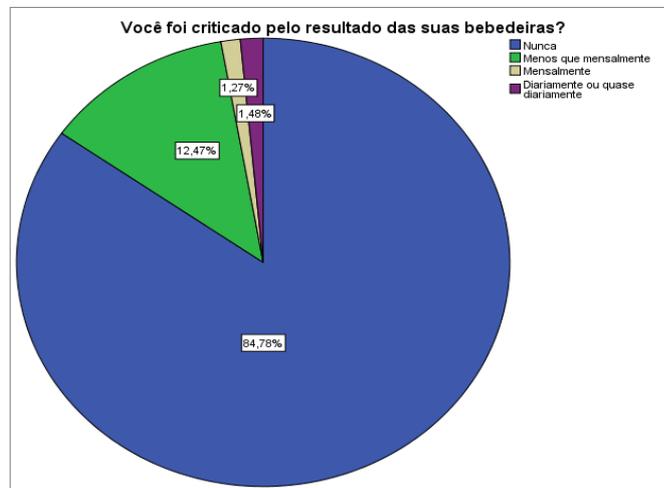
4.4.9 Você foi criticado pelo resultado das suas bebedeiras?

Tabela 14 - Crítica pelo consumo de álcool.

		Frequência	Porcentual
Válido	Nunca	401	84,1
	Menos que mensalmente	59	12,4
	Mensalmente	6	1,3
	Diariamente ou quase diariamente	7	1,5
	Total	473	99,2
Não Respondente	Sistema	4	0,8
Total		477	100,0

Fonte: Dados do próprio autor.

Figura 13 - Gráfico da crítica pelo consumo de álcool.



Fonte: Dados do próprio autor.

Num universo de 477 (100%) respondentes, obteve-se como resultado um número de 72 (15,2%) que já receberam críticas em função do consumo de álcool. Importante ressaltar que a pergunta se refere às bebedeiras, o que leva a crer que essas críticas foram ocasionadas em decorrência do uso abusivo da bebida.

Embora não se tenha essa informação com precisão, pode-se deduzir que as críticas têm origem nos mais diversos contextos, seja no âmbito familiar ou até mesmo no ambiente

laboral. Tais críticas, certamente corroboram para a definição de um dos sintomas mais clássicos da dependência química, a baixa da autoestima.

Os que nunca foram criticados nesse quesito somam 401 (84,1%), acrescidos de 04 (0,8%) dos não respondentes.

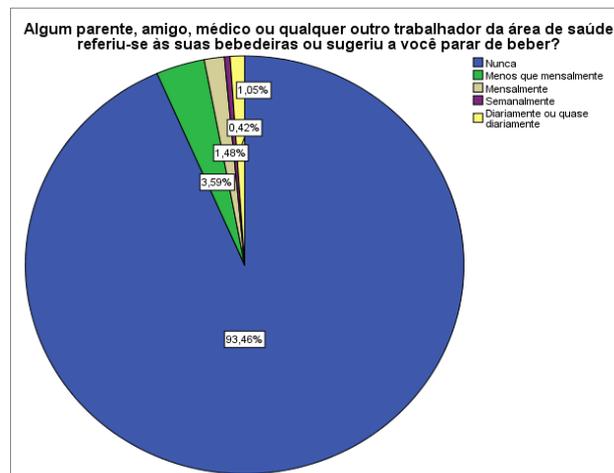
4.4.10 Algum parente, amigo, médico ou qualquer outro trabalhador da área de saúde referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber?

Tabela 15 - Referência de alguém para que deixe de consumir álcool.

		Frequência	Porcentual
Válido	Nunca	443	92,9
	Menos que mensalmente	17	3,6
	Mensalmente	7	1,5
	Semanalmente	2	0,4
	Diariamente ou quase diariamente	5	1,0
	Total	474	99,4
Não Respondente	Sistema	3	0,6
Total		477	100,0

Fonte: Dados do próprio autor.

Figura 14 - Gráfico da referência de alguém para que deixe de consumir álcool.



Fonte: Dados do próprio autor.

Analisando esta última pergunta pode-se constatar que muito embora a maioria dos respondentes, 443 (92,9%) ter alegado que nunca foram alertados por amigos, médicos ou profissionais da área da saúde sobre suas bebedeiras ou até mesmo a pararem de beber, 31 (6,5%) responderam positivamente e 03 (0,6%) deixaram de responder.

A questão sugere que a intervenção junto ao respondente foi realizada por um profissional da área da saúde e desta forma, estima-se que o olhar técnico deste profissional

no decorrer de uma breve anamnese tenha identificado, nesses respondentes, sinais e sintomas do uso abusivo do álcool.

4.5 CLASSIFICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS POR ZONAS AUDIT

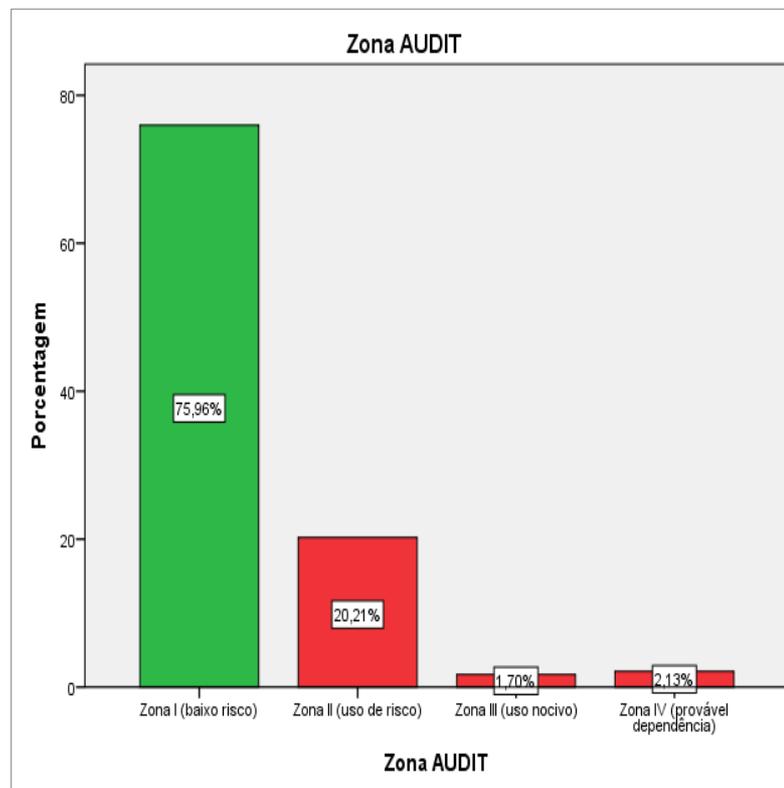
Após analisar e interpretar as dez perguntas do questionário AUDIT, passou-se a realizar, individualmente, o somatório do questionário de cada respondente, a fim de que sejam classificados dentro das quatro zonas AUDIT. (ver Tabela 16 e Figura 15 a seguir)

Tabela 16 - Classificação das quatro zonas AUDIT.

		Frequência	Porcentual
Válido	Zona I (Baixo Risco)	357	74,8
	Zona II (Médio Risco)	95	19,9
	Zona III (Alto Nocivo/Usado Nocivo)	8	1,7
	Zona IV (Provável Dependência)	10	2,1
	Total	470	98,5
Não Respondentes	Sistema	7	1,5
Total		477	100,0

Fonte: Dados do próprio autor.

Figura 15 - Gráfico da classificação das quatro zonas AUDIT.



Fonte: Dados do próprio autor.

As intervenções propostas para cada zona do AUDIT serão interpretadas de acordo com os critérios utilizados pelo Professor Doutor Erikson F. Furtado (Chefe do serviço ambulatorial de clínica psiquiátrica e coordenador do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas - PAI-PAD, da USP) e pelo Doutor Lincoln L Yosetake, médico psiquiatra e pesquisador do PAI-PAD, em artigo publicado na Revista Medical no ano de 2005, intitulado “Coisas simples que todo médico pode fazer para tratar o alcoolismo. Você já faz?”.

Considera-se pertinente resgatar informações relativas ao gênero dos respondentes e aos seus respectivos graus hierárquicos, a fim de decompor extratos de maneira tal que os processos interventivos possam ser melhor direcionados no momento em que for oportunizado à corporação.

Em relação ao gênero (Tabela 4 anteriormente citada), 329 (75,8%) homens e 28 (7,7%) mulheres se enquadram na Zona I (Baixo Risco). Importante ressaltar, que nesse conjunto de 357 respondentes, 97 declararam nunca terem ingerido bebidas alcoólicas (abstêmios). Quanto à Zona II (Médio Risco), 88 (20,7%) homens e 07 (19,4%) mulheres, classificaram-se nesta condição. Na Zona III (Uso Nocivo), apenas homens foram inseridos com 08 (1,8%) respondentes. Na Zona IV (Provável Dependência), na qual 09 (2,1%) são homens e 01 (2,8%) são mulheres.

Destas informações, pode-se constatar que não há diferença significativa entre os gêneros nas Zonas I, II e IV em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, respeitando-se as devidas proporcionalidades, a não ser a ausência de mulheres na Zona III. (Tabela 17).

Tabela 17 - Zona AUDIT: Gênero.

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
Zona AUDIT	Zona I (Baixo Risco)	Contagem	329	28	357
		% dentro do Sexo	75,8%	77,8%	76,0%
	Zona II (Uso de Risco)	Contagem	88	7	95
		% dentro do Sexo	20,3%	19,4%	20,2%
	Zona III (Uso Nocivo)	Contagem	8	0	8
		% dentro do Sexo	1,7%	0,0%	1,7%
	Zona IV (Provável Dependência)	Contagem	9	1	10
		% dentro do Sexo	2,1%	2,8%	2,1%
		Contagem	434	36	470
		% dentro do Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Dados do próprio autor.

A Lei nº 6.218, de 10/02/1983, em seu art. 16, segmenta os graus hierárquicos dentro da estrutura das corporações militares estaduais da seguinte forma:

§1º. Posto é o grau hierárquico do Oficial, conferido pelo ato do Governador do Estado e confirmado em Carta Patente.
 §2º. Graduação é o grau hierárquico da praça, conferido pelo Comandante-Geral da Polícia Militar.

Definiram-se como pertinente segmentar estes níveis em dois círculos hierárquicos: Oficiais e Praças. No círculo dos Oficiais estão compreendidos do Aspirante-a-Oficial ao Coronel, que somados totalizam 65 oficiais e no círculo das Praças, estão compreendidos do Soldado de 3ª classe NQ ao Sub-Ten, perfazendo um total de 403 praças (ver Tabela 18 a seguir). Dois respondentes não informaram no questionário a que grau hierárquico pertenciam.

Para estabelecer um padrão comparativo entre Oficiais e Praças nos níveis I, II, III e IV, estabeleceu-se o seguinte procedimento: através das informações encontradas na Tabela 19 a seguir, somou-se o total de oficiais respondentes, onde alcançamos o número de 65 (100%) indivíduos. Em seguida, somou-se o número de Oficiais encontrados em cada zona respectivamente e aplicamos a “regra de três”, utilizando o número total de Oficiais (65) como universo comparativo e o número de Oficiais encontrados em cada zona como parte do todo, conforme exemplo a seguir:

$$\begin{aligned} \text{Número total de oficiais respondentes} &= 65 \text{ (100\%)} \\ \text{Número total de oficiais respondentes na Zona I} &= 56 \text{ (X\%)} \\ X &= \frac{56 \times 100}{65} = 86,1\% \end{aligned}$$

Para o círculo das Praças, adotou-se o mesmo procedimento.

$$\begin{aligned} \text{Número total de praças respondentes} &= 403 \text{ (100\%)} \\ \text{Número total de praças respondentes na Zona I} &= 301 \text{ (X\%)} \\ X &= \frac{301 \times 100}{403} = 74,68\% \end{aligned}$$

Após a comparação (Oficiais e Praças) nas quatro Zonas do AUDIT, chegou-se aos seguintes valores e percentuais:

Tabela 18 - Zona AUDIT: Grau hierárquico.

ZONAS	OFICIAIS	PRAÇAS
Zona I (Baixo Risco)	56 (86,15%)	301 (74,68%)
Zona II (Uso de Risco)	09 (13,85%)	85 (21,09%)
Zona III (Uso Nocivo)	00 (0%)	07 (1,73%)
Zona IV (Provável Dependência)	00 (0%)	10 (2,47%)

Fonte: Dados do próprio autor.

Na Zona I, além de concentrar o maior número de respondentes, composta de abstêmios e consumidores moderados, revelou um percentual maior de Oficiais (86,15%) em relação às Praças (74,68%).

Ainda diante dos valores acima, identificamos também que o percentual de Praças encontrado nas Zonas II, III e IV, em que o aumento do consumo de álcool começa a representar risco ao usuário, supera substancialmente o percentual de Oficiais. Prova disso, é a ausência de Oficiais nas Zonas III e IV, onde totalizam um percentual de 4,2% das Praças.

Tabela 19 - Círculos hierárquicos: Zona AUDIT

(continua)

Grau Hierárquico ^ Zona AUDIT Tabulação cruzada							
			Zona AUDIT				Total
			Zona I (baixo risco)	Zona II (uso de risco)	Zona III (uso nocivo)	Zona IV (provável dependência)	
Grau Hierárquico	Coronel	Contagem	7	1	0	0	8
		% dentro de Grau Hierárquico	87,5%	12,5%	0,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Zona AUDIT	2,0%	1,1%	0,0%	0,0%	1,7%
		% do Total	1,5%	0,2%	0,0%	0,0%	1,7%
	Tenente Coronel	Contagem	15	2	0	0	17
		% dentro de Grau Hierárquico	88,2%	11,8%	0,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Zona AUDIT	4,2%	2,1%	0,0%	0,0%	3,6%
		% do Total	3,2%	0,4%	0,0%	0,0%	3,6%
	Major	Contagem	11	1	0	0	12
		% dentro de Grau Hierárquico	91,7%	8,3%	0,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Zona AUDIT	3,1%	1,1%	0,0%	0,0%	2,6%
		% do Total	2,4%	0,2%	0,0%	0,0%	2,6%
	Capitão	Contagem	2	1	0	0	3
		% dentro de Grau Hierárquico	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Zona AUDIT	0,6%	1,1%	0,0%	0,0%	0,6%
		% do Total	0,4%	0,2%	0,0%	0,0%	0,6%
	1º Tenente	Contagem	14	0	0	0	14
		% dentro de Grau Hierárquico	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Zona AUDIT	3,9%	0,0%	0,0%	0,0%	3,0%
		% do Total	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,0%
	2º Tenente	Contagem	6	4	0	0	10
		% dentro de Grau Hierárquico	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Zona AUDIT	1,7%	4,3%	0,0%	0,0%	2,1%
		% do Total	1,3%	0,9%	0,0%	0,0%	2,1%
Aspirante a Oficial	Contagem	1	0	0	0	1	
	% dentro de Grau Hierárquico	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	% dentro de Zona AUDIT	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	
	% do Total	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	
Subtenente	Contagem	21	4	0	0	25	
	% dentro de Grau Hierárquico	84,0%	16,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	% dentro de Zona AUDIT	5,9%	4,3%	0,0%	0,0%	5,3%	
	% do Total	4,5%	0,9%	0,0%	0,0%	5,3%	
1º Sargento	Contagem	7	1	0	0	8	
	% dentro de Grau Hierárquico	87,5%	12,5%	0,0%	0,0%	100,0%	
	% dentro de Zona AUDIT	2,0%	1,1%	0,0%	0,0%	1,7%	
	% do Total	1,5%	0,2%	0,0%	0,0%	1,7%	
2º Sargento	Contagem	10	3	0	2	15	
	% dentro de Grau Hierárquico	66,7%	20,0%	0,0%	13,3%	100,0%	
	% dentro de Zona AUDIT	2,8%	3,2%	0,0%	20,0%	3,2%	
	% do Total	2,1%	0,6%	0,0%	0,4%	3,2%	

Tabela 19 - Círculos hierárquicos: Zona AUDIT

(conclusão)

3º Sargento	Contagem	32	6	2	2	42
	% dentro de Grau Hierárquico	76,2%	14,3%	4,8%	4,8%	100,0%
	% dentro de Zona AUDIT	9,0%	6,4%	28,6%	20,0%	9,0%
	% do Total	6,8%	1,3%	0,4%	0,4%	9,0%
Cabo	Contagem	45	17	0	4	66
	% dentro de Grau Hierárquico	68,2%	25,8%	0,0%	6,1%	100,0%
	% dentro de Zona AUDIT	12,6%	18,1%	0,0%	40,0%	14,1%
	% do Total	9,6%	3,6%	0,0%	0,9%	14,1%
Cadete	Contagem	31	7	0	0	38
	% dentro de Grau Hierárquico	81,6%	18,4%	0,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de Zona AUDIT	8,7%	7,4%	0,0%	0,0%	8,1%
	% do Total	6,6%	1,5%	0,0%	0,0%	8,1%
Soldado 1ª Classe	Contagem	46	24	2	2	74
	% dentro de Grau Hierárquico	62,2%	32,4%	2,7%	2,7%	100,0%
	% dentro de Zona AUDIT	12,9%	25,5%	28,6%	20,0%	15,8%
	% do Total	9,8%	5,1%	0,4%	0,4%	15,8%
Soldado 2ª Classe	Contagem	58	15	2	0	75
	% dentro de Grau Hierárquico	77,3%	20,0%	2,7%	0,0%	100,0%
	% dentro de Zona AUDIT	16,2%	16,0%	28,6%	0,0%	16,0%
	% do Total	12,4%	3,2%	0,4%	0,0%	16,0%
Soldado 3ª Classe	Contagem	44	6	1	0	51
	% dentro de Grau Hierárquico	86,3%	11,8%	2,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de Zona AUDIT	12,3%	6,4%	14,3%	0,0%	10,9%
	% do Total	9,4%	1,3%	0,2%	0,0%	10,9%
Soldado 3ª Classe NQ	Contagem	7	2	0	0	9
	% dentro de Grau Hierárquico	77,8%	22,2%	0,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de Zona AUDIT	2,0%	2,1%	0,0%	0,0%	1,9%
	% do Total	1,5%	0,4%	0,0%	0,0%	1,9%
Total	Contagem	357	94	7	10	468
	% dentro de Grau Hierárquico	76,3%	20,1%	1,5%	2,1%	100,0%
	% dentro de Zona AUDIT	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	76,3%	20,1%	1,5%	2,1%	100,0%

Fonte: Dados do autor.

4.5.1 Classificação de Risco: Zona I - Análise e Recomendação

Conforme foi identificado após a decodificação dos questionários, o número de respondentes inseridos na Zona I - Baixo Risco corresponde ao maior percentual dentre o público pesquisado, totalizando 357 (74,8%) respondentes. Deste número, 97 (25,2%) declararam ser abstêmios, conforme exposto na Tabela 6 do item 4.2.1 deste trabalho de pesquisa.

Constatamos, também, que dos 357 (74,8%) respondentes, 56 (86,15%) são Oficiais e 301 (74,68%) são Praças, bem como 329 (75,8%) são homens e 28 (7,8%) são mulheres.

De acordo com o questionário AUDIT (ANEXO A), são recomendadas ações interventivas para cada zona de risco. Para os respondentes classificados na Zona I, propõe-se a Educação para o Álcool. Segundo Furtado (2005), esta recomendação pode ser interpretada da seguinte forma:

- informar ao respondente, o resultado do AUDIT - em que zona de risco ele encontra-se;
- informar as consequências do beber de risco;
- informar o limite do beber de Baixo Risco (duas doses para homem e uma dose para mulher);
- informar quando não se deve beber (na gravidez, ao dirigir veículos ou manejar máquinas, portando armas, durante o consumo de medicamentos que interagem com a bebida ou no caso de contraindicações médicas).

Além destas, outras ações educativas podem ser adicionadas no contexto do CBMSC, como orientações gerais durante os cursos de formação ou qualificação profissional.

4.5.2 Classificação de Risco: Zona II - Análise e Recomendação

Na Zona II - Médio Risco concentram-se 95 (19,9%) dos respondentes. Com relação ao grau hierárquico, 09 (13,85%) são Oficiais e 85 (21,09%) Praças e, quanto ao gênero, 88 (20,7%) homens e 07 (19,4%) mulheres.

Segundo Furtado (2005), as recomendações interventivas para esta zona de risco se referem a Orientações Básicas, interpretadas de seguinte maneira:

- informar ao respondente, o resultado do AUDIT - em que zona de risco ele se encontra;
- informar as consequências do beber de risco;
- informar o limite de beber de risco e quando não se deve beber;
- estabelecer metas para a abstinência ou, se o respondente quiser e puder continuar bebendo, adequar o padrão de beber para dentro dos limites considerados de Baixo Risco. (parar? diminuir?).

É importante ressaltar que 02 a cada 10 respondentes se encontram em situação de Médio Risco, requerendo imediata intervenção por parte da Corporação, a fim de que esse consumo possa ser eliminado ou reduzido para o padrão de beber de Baixo Risco.

4.5.3 Classificação de Risco: Zona III - Análise e Recomendação

Na Zona III - Alto Risco/Usado Nocivo, concentram-se 08 (1,8%) dos respondentes, em que todos pertencem ao círculo das Praças e ao gênero masculino.

As recomendações interventivas cabíveis a esta zona de risco, por já apresentarem problemas médicos e/ou sociais, referem-se à Aconselhamento Breve, interpretados por Furtado (2005) da seguinte forma:

- informar ao respondente, o resultado do AUDIT;
- informar as consequências do beber de risco;
- informar o limite do beber de risco;
- informar quando não se deve beber;
- estabelecer metas (parar? diminuir?);
- avaliar a motivação do paciente e monitoramento.

Embora o número de respondentes encontrados nessa zona de risco seja reduzido em relação aos demais, os prejuízos à saúde dos mesmos no contexto social em que estão inseridos e as atividades laborais que desenvolvem são nefastas, resultando comumente em acidentes de

trabalho, conflitos familiares e doenças relacionadas ou agravadas pelo consumo excessivo de álcool.

4.5.4 Classificação de Risco: Zona IV - Análise e Recomendação

Na Zona IV - Provável Dependência concentram-se 10 (2,1%) dos respondentes e, como na zona anterior, todos pertencem ao círculo das Praças. Quanto ao gênero, 09 (2,1%) são masculino e 01 (2,8%) são feminino.

As recomendações interventivas cabíveis a esta zona de risco referem-se à Referenciamento, traduzidos por Furtado (2005) da seguinte forma:

- informar ao respondente, o resultado do AUDIT - que eles são Prováveis Dependentes;
- avaliar a motivação do paciente;
- aconselhamento para procurar um especialista - encaminhamento para uma avaliação especializada para confirmação diagnóstica e possibilidade de tratamento específico;
- dar informações sobre serviços e encorajamento;
- monitorar o tratamento.

São 10 os respondentes que se encontram em situação do “Provável Dependência”. Há, portanto, mais indivíduos nesta situação, do que aqueles situados na Zona III. Estes indivíduos necessitam ser encaminhados para diagnóstico médico para os possíveis tratamentos. Nesta situação já estarão configurados prejuízos à saúde, ao labor e ao convívio social.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

Neste capítulo serão apresentadas as considerações finais e sugestões, com base no entendimento deste pesquisador.

5.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se iniciar este trabalho não era possível imaginar o quão instrutivo a este pesquisador e o quão propositivo, enquanto produção científica, ele se tornaria.

As limitações de tempo e de espaço naturalmente impedem a contínua busca e exploração de materiais que dizem respeito ao alcoolismo, mas de forma alguma restringiu a disposição para fazer dos resultados alcançados por meio de pesquisa realizada, uma proposta de ação que venha contemplar todos os servidores pesquisados, com medidas protetivas em relação ao consumo do álcool.

Constatou-se que o alcoolismo se estabelece em uma dinâmica cruel e ao mesmo tempo singular. No decorrer da pesquisa foram identificados inúmeros autores que trataram da prevalência do uso de álcool em diversos setores da sociedade. A escolha por Amorim (2008) e Cúrcio (2004) foi proposital, haja vista serem estudos comparativos, o que permitiu demonstrar que o alcoolismo atinge de forma e intensidade semelhantes, os mais diversos extratos sociais, afetando tanto os estudantes de medicina da faculdade UNIFENAS de Minas Gerais, como os funcionários da CASAN Regional de Florianópolis, quanto os profissionais da prevenção e do socorro no CBMSC.

No que tange à ingestão regular de álcool, 85,3% dos estudantes de medicina e 79,7% dos BBMM declararam fazer uso de bebidas alcoólicas. Quanto ao gênero, apesar do maior consumo prevalecer entre os homens, esta diferença foi pouco significativa.

Os estudos realizados por Amorim (2008) apontam para um índice de 60,4% de estudantes qualificados no nível I, enquanto que entre os respondentes desta pesquisa, este percentual foi de 74,8%. Nos níveis II, III e IV, os percentuais obtidos na mesma pesquisa foram 39,6% e entre bombeiros foi de 23,7%. Na junção destes três níveis, os valores apresentam um distanciamento significativo entre a realidade existente nas duas pesquisas. No entanto, aproximam-se bastante quando comparados separadamente o nível IV (provável dependência), existentes nas duas realidades. Nesta zona de risco, foram identificados 2,8% dos alunos e 2,1% dos bombeiros.

Estas comparações reproduzem, em graus semelhantes, os resultados que foram encontrados em diversas outras pesquisas com grupos sociais distintos. Desta forma, o BM, profissional comumente arraigado a um ideário de austeridade e isenção de vínculos negativos segundo o imaginário popular, em nada difere do cidadão comum, em suas fraquezas e vícios. Assim sendo, este diagnóstico tende a constituir-se como um primeiro passo, a fim de que medidas efetivas de abordagem e tratamento de usuários de álcool possam ser implementadas na corporação como um todo.

Os resultados gerais obtidos a partir das intenções iniciais deste trabalho mostraram-se satisfatórias. O primeiro desafio foi a construção de um instrumental que nos possibilitasse decifrar com segurança o objeto de estudo. Este intento foi alcançado, com a tomada de decisões que permitiram definir o objeto de pesquisa, os objetivos específicos, além dos instrumentos de coleta e análise das informações desejadas.

O segundo desafio, e possivelmente o maior deles, foi manter-se afastado das paixões que permeiam o tema e também das concepções formadas ao longo dos anos como integrante da instituição ora pesquisada.

Partiu-se de um objetivo geral em que a meta foi “identificar os níveis do consumo de bebidas alcoólicas nos BBMM que atuam na região da Grande Florianópolis”. Alcançamos com êxito este intento. O instrumento de coleta utilizado foi o questionário AUDIT, em função do rigor científico com que foi concebido, não deixando margens para equívocos quanto aos resultados da pesquisa. Todos os procedimentos necessários para a aplicação inequívoca do instrumento de pesquisa foram adotados, estando os respondentes informados e conscientes da importância de responderem corretamente a cada um dos questionamentos, acolhidos em locais confortáveis e livres de perturbações externas, desta forma, pode-se afirmar que o estudo obteve um resultado extremamente confiável.

Para se alcançar o objetivo geral da pesquisa, configurada como exploratória e descritiva, foi traçado no plano metodológico os objetivos específicos, que um a um tornaram-se etapas vencidas na construção deste trabalho, ao mesmo tempo em que foram subsidiando a construção de uma realidade concreta, a partir da averiguação das múltiplas facetas compostas pelos diversos integrantes da população alvo.

O primeiro destes objetivos específicos foi a análise e sistematização da coleta de dados, fase que foi superada com o auxílio da aplicação do instrumento de pesquisa e das técnicas utilizadas para a planificação dos resultados obtidos. Em seguida, buscando esclarecer a realidade da instituição em função da busca por assistência médico hospitalar, ocasionada pelo uso do álcool, buscamos informações nos prontuários existentes no HME. Este procedimento pelos resultados apresentados demonstrou ser deficitário enquanto recurso

estatístico, pelas variáveis possíveis. Os militares usuários de álcool podem, dentre outras possibilidades, não buscar auxílio em nosocômio militar pela exposição a que poderia submeter-se; e, ainda, poderiam buscar auxílio em outros hospitais da rede pública ou particular, ou simplesmente não buscar auxílio, como costumeiramente o fazem, de acordo com a percepção empírica vivenciada frente à DiSPS. Desta forma, embora contida neste trabalho, esta informação não se configura como uma estatística segura de avaliação do número de dependentes químicos existentes na corporação, muito embora as informações colhidas deem a certeza de que o problema existe e que, as consequências são muito significativas, não só pela caracterização da doença em si, como também, pelo acentuado grau de absenteísmo apresentado.

A qualificação do consumo de álcool entre bombeiros militares da Grande Florianópolis, outro dos objetivos específicos definidos no início deste trabalho, configurou-se como um capítulo a parte nesta pesquisa. Como já dito anteriormente, o instrumento de pesquisa utilizado, possibilitou resultados objetivos confiáveis que foram devidamente apresentados no Capítulo 4 deste trabalho.

Buscou-se, a partir dos resultados alcançados após a aplicação do questionário AUDIT, fazer associações com algumas variáveis possíveis obtidas através das informações sociodemográficas levantadas no próprio questionário. O foco foi a questão do consumo, em relação ao gênero e ao grau hierárquico ocupado pelos respondentes dentro da corporação. As comparações pertinentes nos permitirão projetar uma ação mais pontual em relação às orientações e possíveis tratamentos a serem dispensados a cada grupo, de acordo com suas peculiaridades. Outra comparação possível, em relação à idade, estado civil, escolaridade, data de inclusão, tempo de serviço, área de atuação e jornada de trabalho, também poderá ser realizada em estudos futuros, de acordo com os objetivos dos trabalhos.

O último objetivo específico tratou da averiguação das ações até então tomadas pela corporação em relação ao alcoolista. As constatações resultantes desta busca levam a crer que, as poucas ações verdadeiramente incorporadas pela instituição, ocuparam-se de tratar a doença e não de preveni-la. O paradigma estabelecido de que militares devem cumprir fielmente os estatutos e regulamentos, não encontra eco quando se trata de alcoolistas. Cúrcio (2004), debruçando-se sobre a mesma questão na CASAN Regional de Florianópolis, chegou às mesmas conclusões, quanto à valorização do profissional saudável e a desvalorização do profissional enfermo. A pesquisa na CASAN identificou que aquela instituição contava inclusive com uma norma interna destinada a reabilitação dos servidores alcoolistas (SIAD/025), mas que, no entanto, não se encontrava ativa pela falta de conhecimento dos gestores em levarem adiante o tratamento de seus funcionários, preferindo na maioria das

vezes, dispensá-los para busca de recursos por meios próprios ou ainda, abster-se de tratar da questão de forma institucional. A realidade encontrada no CBMSC, até os dias atuais, não tem se mostrado diferente. A condenação da dependência, através das punições e da própria exposição pública dos dependentes através dos registros internos da corporação, certamente contribuiu muitas vezes para o agravamento do diagnóstico, ao invés de tratá-lo adequadamente.

Ressalte-se que este pesquisador corrobora com a necessidade de implantação de políticas claras relacionadas ao consumo de álcool, destinadas a todos os BBMM catarinenses, especialmente aqueles que foram alvo da pesquisa, no sentido de prevenir a doença, através de informações científicas, habilidades para melhor lidar com o problema e, principalmente, prevenção e a detecção precoce da doença. Políticas como estas, foram implantadas recentemente aos discentes de medicina da UNISENAS, através do Programa de Prevenção ao Uso de Substâncias Psicoativas Lícitas e Ilícitas. O Programa objetivou a redução do uso excessivo de álcool, a criação de áreas livres de tabaco e a inibição do consumo de drogas ilícitas nas dependências da universidade. Embora recente a sua implantação, os resultados preliminares apresentaram excelente aceitação e adesão por parte de seus servidores (AMORIM, 2008).

5.2 SUGESTÕES

De igual forma, o resultado da pesquisa sinaliza para a necessidade de implantar no CBMSC o PROPAD, criado pela SSP em parceria com a SENASP e que atenderá a todos os seus integrantes (CBMSC, PMSC, PC e IGP) (Anexo A). (grifo do próprio autor)

O PROPAD-CBMSC é mais uma das ações a ser desenvolvida, pertencente ao Programa Estadual de Saúde Ocupacional do Servidor Público, sancionado pelo Governo do Estado por meio da Lei nº 14.609, de 07/01/2009 (ANEXO C).

O principal objetivo do PROPAD-CBMSC consiste em desenvolver um programa de prevenção primária, secundária e terciária à dependência de álcool e outras drogas, a todos os profissionais da SSP. No que tange à prevenção primária a intenção é desenvolver ações de promoção à saúde, dirigidas aos profissionais que não fazem uso de álcool e outras drogas, a fim de evitar o uso e abuso destas substâncias. A prevenção secundária auxiliará no reconhecimento precoce dos sinais de uso, intervindo junto àqueles que já fizeram uso de drogas, com o intuito de evitar o abuso e dependência. A prevenção terciária organizará o

encaminhamento adequado à assistência e recuperação dos servidores que já possuem quadros de abuso e dependência.

De acordo com os objetivos estabelecidos pelo PROPAD-CBMSC, se pode esperar deste Programa os seguintes resultados:

- identificação do perfil de uso de álcool e outras drogas dos profissionais da segurança pública catarinense, bem como dos fatores de risco institucional, a fim de auxiliar no planejamento de programas de prevenção e acompanhamento à dependência de álcool e outras drogas, adequados às especificidades de cada instituição da Secretaria de Segurança Pública;
- instrumentalizar, através da capacitação, os profissionais de saúde que atuarão nos Programas de Prevenção e Acompanhamento à Dependência de Álcool e outras Drogas, bem como os gestores e servidores envolvidos com a problemática;
- identificar precocemente os sinais de abuso a fim de evitar o desenvolvimento da dependência, bem como promover o desenvolvimento de hábitos saudáveis, evitando o início do uso de álcool e outras drogas;
- acolhimento e encaminhamento adequado dos casos de dependência química identificados no ambiente de trabalho e o acompanhamento dos trabalhadores em recuperação;
- reduzir os índices de absenteísmo e licenças para tratamento de saúde derivadas do uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas;
- criar uma Comissão Interinstitucional no âmbito da Secretaria de Estado da Segurança Pública, para acompanhar a implantação do referido programa, a fim de dar continuidade às ações de prevenção e acompanhamento em cada órgão, em parceria com os setores de saúde das instituições.

As políticas públicas relacionadas à saúde e segurança no trabalho visam garantir que o trabalho, contribua para a melhoria da qualidade de vida e para a realização profissional sem prejuízo para a integridade física e mental do trabalhador. A ampliação dos investimentos na saúde do trabalhador tem sido motivada pelo crescimento dos índices de doenças ocupacionais, afastamentos para tratamento de saúde, desadaptações funcionais, acidentes de trabalho e mortes, bem como pelos reflexos desta realidade na cadeia produtiva.

O Boletim Estatístico da Secretaria de Administração de Santa Catarina revela que em 2007 a SSP era a terceira secretaria de Estado com maior número de afastamentos, tendo 492 servidores afastados para Licença para Tratamento de Saúde - LTS e destes, 36% devido a

diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais. Os dados mais recentes indicam que em 2011, dos 741 afastamentos, 196 apresentaram transtornos mentais.

Atualmente, percebe-se que dentre os transtornos mentais, o abuso de álcool e outras drogas caracteriza-se como uma das principais patologias que acometem os trabalhadores, tornando-se questão de saúde pública e preocupação central no ambiente de trabalho. No entanto, quando se compara dados de atendimentos nos serviços de saúde com os dados oficiais da Perícia, percebe-se que há subnotificação dos casos de dependência química.

Quanto a isso, vale lembrar que, a contínua exposição desses profissionais aos riscos inerentes à sua atividade laboral, tais como estresse, pressão social, contato frequente com diversos tipos de violência, riscos de acidente e morte, somados as dificuldades organizacionais, geram intenso sofrimento mental e importantes prejuízos a saúde global. Sabe-se ainda, que as atribuições dessas profissões podem funcionar como fator desencadeador de transtornos relacionados à dependência de drogas.

Os beneficiários diretos do PROPAD-CBMSC serão os profissionais de saúde das quatro instituições que compõem a SSP que serão treinados e orientados conjuntamente, quanto ao protocolo de atendimento aos casos de abuso e dependência de álcool e outras drogas. Nesse caso, haverá troca de experiências e facilitação de futuras parcerias, à medida que cada instituição conhecerá melhor a outra.

Para sua idealização, serão formadas “turmas de profissionais da saúde, de gestores e servidores” do Programa. A turma de profissionais da área da saúde deve ser composta por funcionários das instituições com formação na área de interesse e serão capacitados para atuarem no Programa. Dentro do CBMSC, fazem parte deste grupo os profissionais da DiSPS, dentre outros que demonstraram interesse pelo assunto.

No intuito de alcançar todos os profissionais da SSP de todas as regiões do Estado e contemplar a sustentabilidade do PROPAD-CBMSC, as ações se distribuirão em diferentes regiões do Estado, seguindo o dimensionamento definido pela Gerência de Saúde Ocupacional do Estado. Serão sedes para a realização do Programa os Municípios de Florianópolis, Itajaí, Criciúma, Curitibanos e Chapecó.

Apesar de ter sido implantado recentemente, os resultados preliminares deste Programa já mostram excelente aceitação e adesão da clientela proveniente dos diferentes setores e serviços da SSP.

A turma de gestores participará de um curso de capacitação de 8h/a, tendo como objetivo sensibilizá-los na temática do Programa, auxiliá-lo no reconhecimento precoce dos sinais de abuso e dependência e encaminhá-los ao tratamento. No âmbito da instituição, esta turma será composta por **Comandantes das OBM**. A turma de servidores participará de um

curso de capacitação de 16h/a, intitulado “Dependência química: prevenção e qualidade de vida”, sendo formada por **Praças da Corporação**. (grifo do próprio autor)

Dentro do CBMSC, a DiSPS permanecerá em contato direto com este Programa e estará a disposição para sanar dúvidas que por ventura possam surgir.

Finalizando este trabalho de pesquisa tem-se a certeza de que outras abordagens sobre o tema devam ser produzidas, dada sua complexidade e relevância.

O desafio que fica para todos os articuladores e operadores da instituição, a qual goza de conceito elevado perante a opinião pública, é atender de maneira tão eficiente as mazelas de seu público interno, quanto o atendimento de qualidade oferecido ao seu público externo. Este trabalho deu a certeza de que os dependentes do álcool dentro da corporação são tão presentes, quanto à ausência de políticas continuadas de acolhimento destes bombeiros.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, A. V. C.; KIKKO, E. O.; ABRANTES, M. M.; ANDRADE, V. L. Â. Álcool e alcoolismo: estudo de prevalência entre discentes do curso de medicina da UNIFENAS em Belo Horizonte - Minas Gerais. **Revista Médica de Minas Gerais**; v.18, n.1, p. 16-23, 2008.
- ANDERSON, M. I. P.; CASTRO FILHO, E. D. de. **Sistema de educação médica continuada a distância. Programa de Atualização em Medicina de Saúde e Comunidade - PROMEF**. Porto Alegre: Artemed/Panamericana, 2006.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho: metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 8. ed. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2002.
- BABOR, T. F., HIGGINS-BIDDLE, J. C., SAUNDERS, J. B., MONTEIRO, M. G. **AUDIT: The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary**. 2. ed. Genebra: OMS, 2001.
- BABOR, T. F., HIGGINS-BIDDLE, J.C. **Intervenções breves para uso de risco e uso nocivo de álcool: manual para uso em atenção primária**. Ribeirão Preto, SP: PAI-PAD, 2003.
- BALCÃO, Y. F.; CORDEIRO, L. L. **O comportamento humano na empresa - uma antologia**. Rio de Janeiro: FGV, 1971.
- BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 4. ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2001.
- BASTOS JÚNIOR, E. J. de. **Polícia Militar de Santa Catarina: história e histórias**. Florianópolis: Garapuvu, 2006.
- BAU, C. H. D. Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo. **Ciênc. Saúde Coletiva**; v.7, n.1, s/p, 2002.
- BERTOLETE, José Manoel. Problemas sociais relacionados ao consumo de álcool. In: RAMOS, Sergio de Paula; BERTOLETE, José Manoel. **Alcoolismo hoje**. 3. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.
- BOLDORI, R. **Aptidão física e sua relação com a capacidade de trabalho dos Bombeiros Militares**. 2002. 70f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. [acessado em 12 jan. 2014]. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/1366>.
- _____. Ministério da Saúde. **Relatório Brasileiro sobre Drogas**. Brasília: Governo Federal, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Governo Federal, 2001.
- CAPANA, Â. A. M. Alcoolismo e empresas. In: RAMOS, S. de P.; BERTOLETE, J. M. **Alcoolismo hoje**. 3.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

CARDOSO, L. M. **Alcoolismo questão de bom senso**. 2. ed. São Paulo: Paulus, 1996.

CARLINI, E. A. et al. **II Levantamento domiciliar de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2000**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Universidade Federal Paulista, 2000.

CHIAVENATO, I. **Administração: teoria, processo e prática**. 3. ed. São Paulo: Makron Books, 1979.

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10). 10.rev., 2008. [acessado em 20 jan. 2014]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA. **Histórico**. [acessado em 18 jan. 2014]. Disponível em: <http://www.cbm.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=63&Itemid=99>.

CÚRCIO, K. H. C. **O alcoolismo e suas interfaces no mundo do trabalho: uma experiência vivenciada na CASAN Regional Florianópolis**. Centro Socioeconômico. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

DEMO, P. **Pesquisa e construção de conhecimento**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

DIAS, C. C. D. F. **Alcoolismo no trabalho: um estudo descritivo nas empresas atacadistas/distribuidoras de grande porte de Uberlândia**. 2002. 122f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Engenharia da Produção. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

DRACTU, L.; ARAÚJO, V. A. de. Alcoolismo: do conceito ao tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.34, n.4, p. 263-268, 1985.

DUNCAN, B. B.; GIUGLIANI, E. R. J.; SCHMIDT, M. I. et al. **Medicina ambulatorial, conduta de atenção primária baseada em evidências**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

EBERSPACHER, G. **Brasil é o quinto país em mortes pelo consumo de álcool nas Américas**. Gazeta do Povo, 17 fev., 2014.

EDWARDS, G.; LADER, M. (orgs.). **A natureza da dependência química de drogas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

FACCIO, G. **Alcoolismo: um caso de saúde pública - uma revisão bibliográfica sobre a dependência do álcool no Brasil**. Porto Alegre: UFRGS, 2008.

FURTADO, E. F.; YOSETAKE, L. L. Coisas simples que todo médico pode fazer para tratar o alcoolismo. Você já faz? **Rev. Medical Sigma Pharma**; v.1, p. 13-17, 2005.

GIACOMOZZI, A. I. et al. **Levantamento sobre uso de álcool e outras drogas e vulnerabilidades relacionadas de estudantes de escolas públicas participantes do Programa Saúde do Escolar / Saúde e Prevenção nas Escolas no Município de Florianópolis**. Florianópolis: UFSC, 2012.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. A. Síndrome de dependência do álcool critérios diagnósticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**; v.26, n.1, p. 11-13, 2004.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo, Atlas, 2002.

GISCHEWSKI, V. R. **O abuso do álcool entre policiais-militares**: um estudo de caso. Monografia (Especialização). - Pós-Graduação em Psicologia do Trabalho. Belo Horizonte: UFMG, 2004.

GRIFFITH, Edwards. **O tratamento do alcoolismo**. São Paulo, Livraria Martins Fontes, 1987.

KALINA, E. et al. **Drogadição hoje**: indivíduo, família e sociedade. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MAGALLÓN, T. J. C., ROBAZZI, M. L. C. Consumo de alcohol em trabajadores de una industria em Monterrey, México. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, v.13 (número especial), set./out., p. 819-26, 2005.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MASUR, Jandira. **O que é alcoolismo**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo de álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26, suppl.1, 2004.

MOMM, N. **O álcool**. 2010. [acessado em 16 jan. 2014]. Disponível em: <http://sobriedade.tripod.com/drogas/id12.html>.

MORAES, E.; CAMPOS, G. M.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. R.; FERRAZ, M. B. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.28, n.4, 2006.

NASSIF, L. E. **Uma contribuição da psicopatologia do trabalho para o estudo do alcoolismo no trabalho**: estudo de caso em uma instituição pública de ensino superior. Dissertação (Mestrado). - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10.rev. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 2008.

_____. **Global status report: alcohol and young people**. Geneva: WHO, 2001.

_____. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 - Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

RAMOS, S. de P. et al. **Alcoolismo hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

RAMOS, S. de P.; WOITOWIT, A. B. Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26, n.1, 2004.

REHFELDT, K. H. G. **Ele ou ela é alcoólatra! O que fazer?** Florianópolis: Editora Lunardelli, 1995.

REISDORFER, E. **Prevalência e fatores associados ao uso problemático de álcool entre adultos**: um estudo de base populacional em Florianópolis - Santa Catarina. 2010. 114f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva. Departamento de Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1989.

SANTA CATARINA. Constituição Estadual. **Constituição do Estado de Santa Catarina de 1989**. [Acessado em 20 fev. 2014]. Disponível em: <http://alesc/docs/especial/constituicao.doc>.

SANTA CATARINA. **Lei nº 6.217, de 10/02/1983 - Dispõe sobre a Organização Básica da Polícia Militar do Estado de Santa Catarina e dá outras providências**. Diário Oficial do Estado, nº 12.153, Florianópolis, 11 fev. 1983. [Decreto nº 19.237, de 14/03/1983].

. **Lei nº 6.218, de 10/02/1983 - Dispõe sobre o Estatuto dos Policiais-Militares do Estado de Santa Catarina, e dá outras providências**. Florianópolis: Diário Oficial do Estado, nº 12.152, 11 fev., 1983.

SANTANA, V. S.; ALMEIDA FILHO, N. Aspectos epidemiológicos do alcoolismo. In: SILVA, V. L. da. **Prevenção e recuperação do alcoolismo na CASAN - Regional Florianópolis**: uma possível contribuição das chefias. Florianópolis: UFSC, 1996.

SELL, S. L. **Alcoolismo**: proposta de implantação de programas de apoio e tratamento entre os policiais militares da região do Comando do Policiamento da Capital a partir de um diagnóstico institucional. 2000. 87f. Monografia (Especialização em Segurança Pública) - Universidade do Sul de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SILVA, Rosane Correia. Política do Ministério da Saúde na área de drogas. In: **Anais... XI Congresso Brasileiro de Alcoolismo e outras Dependências**, 1995.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA (UDESC). **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos da UDESC**: tese, dissertação, trabalhos de conclusão de curso e relatório de estágio / Universidade do Estado de Santa Catarina; equipe de elaboração: Luz, A. C. et al. - Florianópolis: UDESC, 2014.

VASCONCELOS, E.M. **Saúde mental e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2000.

VIEIRA, Graziela da Rosa. **Alcoolismo X Trabalho**: uma situação sócio operativa dos funcionários da ECT/DR-SC. Florianópolis: UFSC, 1998.

Disponível em:

<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf>.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n3/08.pdf>.

Disponível em: <http://www.imesc.sp.gov.br/drogas/psicotropicas.pdf>.

Disponível em:

http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaAdin4103/anexo/ALCOOLISMO_e_Doenca_no_entanto_deveria_ser_tratado_como_tal.pdf.

Disponível em: www.alcoolismo.com.br.

ANEXOS

ANEXO A - Questionário AUDIT.

**Corpo de Bombeiros Militar
Universidade do Estado de Santa Catarina
Curso de Autos Estudos Estratégicos**



Caro Bombeiro Militar,

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo verificar o uso de bebidas alcoólicas em bombeiros militares. Trata-se de um questionário de rápido e fácil preenchimento, você deve preenchê-lo nos espaços indicados, escrevendo dados ou assinalando com um “X” na proposta que você julga mais adequada como resposta. Selecione apenas uma opção. Não há qualquer tipo de pergunta que identifique o respondente, portanto, seus dados serão tratados sob total sigilo, pois não importa quem respondeu o questionário, mas sim as suas informações.

Contamos com a sua colaboração para que possamos contribuir com um estilo de vida mais saudável para os bombeiros militares!

A - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade: _____

2. Sexo: () masculino () feminino

3. Estado civil: _____

4. Escolaridade:

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| a. () Ensino fundamental incompleto | e. () Ensino superior incompleto |
| b. () Ensino fundamental completo | f. () Ensino superior completo |
| c. () Ensino médio incompleto | g. () Pós-graduação incompleto |
| d. () Ensino médio completo | h. () Pós-graduação completo |

5. Data de Inclusão: ____ / ____ / ____

6. Tempo de serviço: _____

7. Grau Hierárquico: _____

8. Área de atuação atual: () Socorrista () Combatente () Administrativo

9. Qual sua jornada de trabalho?

() 24x48 () Expediente () Outra Qual? _____

B - DADOS PERCEPTIVOS**Saiba o que é uma DOSE:**

Abaixo se encontra uma tabela sobre o que seria considerada uma dose de álcool em diferentes tipos de drinks:

1 copo de cerveja ou chopp

1/2 dose de pinga, whisky ou qualquer tipo de destilados (pinga, vodka, gin, cognac, etc.)

1 copo típico de vinho

1 taça de champagnhe

1 cálice de licor ou vinho do porto

= 1 UNIDADE / 1 DOSE

OBSERVAÇÕES:

Uma garrafa de pinga ou whisky contem aproximadamente 34 unidades.

Uma cerveja grande contém 4 unidades.

1. Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas?

(0) Nenhuma

(1) Uma ou menos de uma vez por mês

(2) 2 a 4 vezes por mês

(3) 2 a 3 vezes por semana

(4) 4 ou mais vezes por semana

2. Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando você está bebendo?

(0) Nenhuma

(1) 1 a 2

(2) 3 a 4

(3) 5 a 6

(4) 7 a 9

(5) 10 ou mais

3. Qual a frequência que você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião?

(0) Nunca

(1) Menos que mensalmente

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Diariamente ou quase diariamente

4. Com que frequência, durante os últimos 12 meses, você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?

(0) Nunca

(1) Menos que mensalmente

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Diariamente ou quase diariamente

5. Quantas vezes durante o ano passado deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas?

(0) Nunca

(1) Menos que mensalmente

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Diariamente ou quase diariamente

6. Quantas vezes durante os últimos 12 meses você precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?

(0) Nunca

(1) Menos que mensalmente

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Diariamente ou quase diariamente

7. Quantas vezes no ano passado você se sentiu culpado ou com remorso depois de beber?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

8. Quantas vezes durante o ano passado você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior porque você estava bebendo?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

9. Você foi criticado pelo resultado das suas bebedeiras?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

10. Algum parente, amigo, médico ou qualquer outro trabalhador da área de saúde referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

Muito obrigado pela sua participação!

O AUDIT (*The Alcohol Use Disorder Identification Test*) foi desenvolvido por um grupo internacional de pesquisadores, sob o patrocínio da Organização Mundial de Saúde (OMS). Planejado para ser utilizado em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, sendo útil para identificar a ingestão prejudicial e potencialmente perigosa. Tem boa sensibilidade e especificidade sendo capaz de identificar a dependência de leve intensidade. A expectativa é que o AUDIT seja, no futuro, o instrumento mais qualificado à pesquisa de alcoolismo.

O AUDIT foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um método simples de investigação de uso excessivo de álcool e para ajudar na realização de avaliações breves. Ele pode ajudar a identificar situações em que o beber abusivo está sendo a causa da enfermidade presente.

O AUDIT foi desenvolvido para rastrear o uso excessivo de álcool e principalmente, para ajudar profissionais de saúde a identificar pessoas que poderiam se beneficiar com a redução ou a cessação do uso de bebidas alcoólicas. A maioria das pessoas que fazem uso abusivo de álcool não é diagnosticada. Geralmente elas se apresentam trazendo sintomas ou problemas que normalmente não estariam ligados ao fato de beberem. O AUDIT ajudará os profissionais de saúde a identificar pessoas que fazem uso de risco de álcool, uso nocivo e dependência.

Uso de risco é um padrão de consumo de álcool que aumenta o risco de consequências perigosas para quem usa e para os que o cercam, ainda que não tenha acontecido nenhum dano.

Uso nocivo se refere ao padrão de consumo de álcool que resulta em danos físicos e mentais para a saúde do indivíduo. Alguns também consideram que consequências a nível social são danos causados pelo álcool.

Dependência alcoólica refere-se a um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que podem se desenvolver depois do uso repetido do álcool⁴. Geralmente, este fenômeno inclui um desejo muito forte de consumir bebidas alcoólicas, associado a dificuldades de controlar este uso em termos de seu início, término ou níveis de consumo, persistência do uso de álcool apesar de já ter tido evidências de consequências negativas devido a este uso, dar-se mais prioridade ao ato de beber do que a outras atividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool e uma reação de abstinência fisiológica quando o uso de álcool é interrompido.

O Quadro a seguir apresenta pontuação do AUDIT e a correspondência com a Zona de Risco e a Intervenção mais apropriada para cada nível de risco.

Pontuação do AUDIT	Nível de Risco	Intervenção
0 a 7	Consumo de Baixo Risco	Educação para o Álcool
8 a 15	Uso de Risco	Orientação Básica
16 a 19	Uso Nocivo	Orientação Básica mais Aconselhamento Breve e Monitoramento Continuado
20 ou mais	Provável Dependência	Encaminhamento a um Especialista para Avaliação do Diagnóstico e Tratamento

O AUDIT pode ser aplicado tanto em forma de entrevista como em questionários autoaplicáveis. Cada versão apresenta vantagens e desvantagens que devem ser levadas em conta de acordo com o tempo e os custos.

Vantagens de cada versão do AUDIT	
Questionário	Entrevista
Economia de tempo	Permite o esclarecimento de respostas ambíguas
Fácil administração	Pode ser administrado em pacientes não alfabetizados
Adequado para ser administrado via computador	
Pode resultar em respostas mais precisas	Permite que se dê feedback e orientações básicas ao paciente

ANEXO B - Programa de Prevenção e Acompanhamento a Dependência de Álcool e Outras Drogas - PROPAD

Convênio 774454/2012 SSP/SC - SENASP

O Programa de Prevenção ao Álcool e outras Drogas - PROPAD pretende dar início a uma ação institucional que visa a promoção da qualidade de vida no trabalho e redução dos riscos de adoecimento e morte, iniciando um processo de padronização das ações de atenção, por meio do envolvimento das instituições na reabilitação e readaptação de seus profissionais, através da implantação de um programa de prevenção e acompanhamento ao abuso e dependência de álcool e outras drogas para profissionais da segurança pública.

a) OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Desenvolver um programa de prevenção primária, secundária e terciária à dependência de álcool e outras drogas para os profissionais de segurança pública do Estado de Santa Catarina.

Objetivos Específicos:

- a) realizar o levantamento dos hábitos e uso de substâncias psicoativas dos profissionais de cada instituição que integra a Secretaria de Estado da Segurança Pública a fim de embasar as ações de atenção e prevenção de saúde;
- b) identificar fatores de risco e de proteção relacionados à dependência de álcool e outras drogas com a finalidade de subsidiar o planejamento das ações em cada instituição da Secretaria de Estado da Segurança Pública;
- c) desenvolver o PROPAD, a fim de acompanhar o tratamento realizado e auxiliar na reintegração ao trabalho nos casos de afastamento, com foco nas especificidades de cada instituição que integra a Secretaria de Estado da Segurança Pública. Neste caso, as Instituições que contarem com a presença de psicólogos no seu quadro poderão utilizar testes psicológicos/inventários a fim de auxiliar na identificação do transtorno e na intervenção para o desenvolvimento de grupos de servidores atendidos no Programa;
- d) capacitar profissionais de saúde, gestores e servidores de cada instituição que integra a Secretaria de Estado da Segurança Pública a fim de consolidar a implementação do PROPAD.
- e) promover o reconhecimento precoce dos sinais de abuso de álcool e outras drogas e o desenvolvimento de hábitos saudáveis;
- f) reduzir os índices de absenteísmo e licenças para tratamento de saúde relativo ao uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas entre os profissionais que integram o quadro da Secretaria de Estado da Segurança Pública.

b) PÚBLICO-ALVO

Servidores das instituições de segurança pública do Estado de Santa Catarina, que segundo dados de 2013, possuem o seguinte efetivo: Polícia Militar, 12.000 servidores; Polícia Civil, 3.406 servidores; Corpo de Bombeiros Militar, 2.774 servidores e Instituto Geral de Perícias, 500 servidores.

Os beneficiários diretos do Projeto na sua implantação totalizarão 940 profissionais de todas as instituições envolvidas, a saber:

- 25 servidores que serão capacitados para realizarem o levantamento de dados;
- 35 profissionais de saúde que serão treinados e atuarão no Programa;
- 250 gestores que serão capacitados na temática;
- 630 servidores que participarão de palestras de prevenção

c) METAS

- Realização de pesquisa/diagnóstico para identificação do perfil do uso de drogas e fatores de risco junto aos profissionais de segurança pública do Estado de Santa Catarina.
- Construção e implantação de protocolo de atendimento e confecção de material de divulgação para o programa de prevenção e acompanhamento a dependência de álcool e outras drogas para cada uma das instituições que compõem a Secretaria de Estado da Segurança Pública;
- Capacitação de profissionais de saúde na área temática de dependência química;
- Ciclos de palestras sobre Dependência de Álcool e outras Drogas para os gestores das instituições da Secretaria de Segurança Pública do Estado;
- Ciclos de palestras sobre Dependência de Álcool e outras Drogas para os servidores das instituições da Secretaria de Segurança Pública do Estado;
 - Estruturação física do Programa de Prevenção ao Álcool e outras Drogas - PROPAD, em cada uma das instituições que compõem a Secretaria de Estado da Segurança Pública, através da criação dos Núcleos Integrados de Atenção Biopsicossocial - NIAB

d) RESULTADOS ESPERADOS

- Criação da Comissão Interinstitucional no âmbito da Secretaria de Estado da Segurança Pública, para acompanhar a implantação do Programa e também dar continuidade às ações de prevenção e acompanhamento em cada órgão, em parceria com os setores de saúde das instituições;
 - Identificação do perfil de uso de álcool e outras drogas dos profissionais da segurança pública catarinense;
 - Identificação dos fatores de risco institucional;
 - Planejamento de programas de prevenção e acompanhamento à dependência de álcool e outras drogas, adequados às especificidades de cada instituição da Secretaria de Segurança Pública;
 - Instrumentalizar, através da capacitação, os profissionais de saúde que atuarão no Programa de Prevenção ao Álcool e outras Drogas – PROPAD;
 - Capacitar gestores e servidores envolvidos com a problemática da dependência química;
 - Identificar precocemente os sinais de abuso a fim de evitar o desenvolvimento da dependência;
 - Promover o desenvolvimento de hábitos saudáveis, evitando o início do uso de álcool e outras drogas;
 - Realizar o acolhimento e encaminhamento adequado dos casos de dependência química identificados no ambiente de trabalho;
 - Realizar o acompanhamento dos trabalhadores em recuperação;
 - Reduzir os índices de absenteísmo e licenças para tratamento de saúde derivadas do uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas;
 - Criação dos Núcleos Integrados de Atenção Biopsicossocial – NIAB, que tem como atividades o acompanhamento individual e coletivo dos profissionais da segurança pública do Estado de Santa Catarina, a avaliação das condições de saúde e dos aspectos organizacionais, a capacitação dos profissionais, o levantamento de dados acerca da realidade destas instituições e campanhas educativas.

Juliana Belincanta
Psicóloga Policial Civil
Setor de Gestão de Pessoas Policia Civil / DGPC

ANEXO C - Lei nº 14.609, de 07 de janeiro de 2009.

Procedência: Governamental
Natureza: PL./0344.0/2008
DO: 18.521, de 07/01/09
Fonte: ALESC/Coord. Documentação

Institui o Programa Estadual de Saúde Ocupacional do Servidor Público e estabelece outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SANTA CATARINA,

Faço saber a todos os habitantes deste Estado que a Assembleia Legislativa decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. Fica instituído o Programa Estadual de Saúde Ocupacional do Servidor Público, com o objetivo de estabelecer as diretrizes e normas para o sistema de gestão da segurança no trabalho e da promoção da saúde ocupacional dos servidores públicos estaduais.

Parágrafo único. O Programa Estadual de Saúde Ocupacional do Servidor Público possui por escopo a prevenção, o rastreamento e o diagnóstico precoce de agravos à saúde relacionados ao trabalho, bem como à constatação da existência de casos de doenças profissionais e do trabalho ou danos irreversíveis à saúde dos servidores públicos estaduais.

Art. 2º. Para os efeitos desta Lei, consideram-se:

I - *Saúde Ocupacional do Servidor*: valor social público, para o qual concorrem fatores ambientais, sociais, psicológicos, políticos, econômicos e organizacionais, que afetam o bem estar dos servidores públicos estaduais no ambiente de trabalho;

II - *Público Alvo*: todos os servidores que mantêm qualquer tipo de vínculo de trabalho com o Poder Executivo estadual, independentemente do regime jurídico a que se submetem;

III - *Risco Ocupacional*: tem por base a frequência, o grau de probabilidade e as consequências da ocorrência de um determinado evento, por meio da ação de fatores de risco, isolados ou simultâneos, geradores de dano futuro imediato ou remoto à saúde do servidor, classificados, em função de sua natureza, concentração, intensidade e tempo de exposição, como físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, mecânicos, psicológicos e sociais.

IV - *Desempenho Global da Saúde Ocupacional*: aferição de resultados mensuráveis, relativos ao controle dos riscos à saúde e à segurança no trabalho do servidor público estadual;

V - *Equipes Multiprofissionais de Saúde Ocupacional*: grupo de servidores tecnicamente habilitados, com a função de executar as ações de saúde ocupacional na administração pública estadual; e

VI - *Vida Laboral Plena*: compreende o período de tempo contado desde a data da admissão do servidor até a sua inatividade.

Art. 3º. Ao Programa Estadual de Saúde Ocupacional do Servidor Público, visando atingir seus objetivos, princípios e metas, cabe:

I - desenvolver e dar execução a um sistema de gestão da saúde ocupacional, visando reduzir e/ou eliminar os riscos aos quais os servidores públicos estaduais possam estar expostos quando da realização das suas atividades;

II - implementar, manter e melhorar continuamente a gestão da saúde ocupacional do servidor;

III - diligenciar para que se efetuem ações renovadoras e promotoras de melhorias no desempenho global da saúde ocupacional do servidor público estadual;

IV - promover e preservar a saúde do conjunto dos servidores públicos estaduais;

V - fomentar o comprometimento e as ações dos órgãos da administração pública estadual voltadas à melhoria do desempenho global da saúde ocupacional;

VI - integralizar as ações nas áreas de saúde ocupacional e segurança no trabalho;

VII - promover a cooperação interinstitucional entre os órgãos da administração pública estadual, estimulando a busca de soluções consorciadas e compartilhadas;

VIII - viabilizar e coordenar o conjunto de ações de segurança no trabalho;

IX - priorizar a proteção da saúde dos servidores públicos estaduais;

X - promover a prevenção, recuperação e reabilitação física, psicológica, social e profissional; e

XI - proporcionar orientação e capacitação para as Equipes Multiprofissionais de Saúde Ocupacional.

Art. 4º. Compõem o Programa Estadual de Saúde Ocupacional do Servidor Público:

- I - o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Estadual;
- II - os projetos e ações destinados à promoção, recuperação e reabilitação da saúde ocupacional do servidor;
- III - o Sistema Informatizado de Gestão de Recursos Humanos referentes à saúde ocupacional do servidor;
- IV - as Equipes Multiprofissionais de Saúde Ocupacional, inseridas em cada órgão da administração pública estadual; e
- V - os relatórios de execução das ações das Equipes Multiprofissionais de Saúde Ocupacional.

Art. 5º. Cabe ao Estado, por intermédio dos órgãos da administração pública estadual e sob a orientação e supervisão da Secretaria de Estado da Administração, adotar mecanismos e práticas administrativas visando:

- I - proporcionar aos servidores públicos estaduais condições salubres de trabalho e monitoramento dos ambientes, desde o início de suas atividades até a sua saída, visando reduzir ou eliminar o impacto dos riscos sobre sua saúde;
- II - melhorar as condições de saúde ocupacional dos servidores públicos estaduais;
- III - reduzir o absenteísmo;
- IV - prevenir acidentes em serviço, doenças profissionais e do trabalho; e
- V - adquirir e fornecer equipamentos de proteção, individual e coletiva, de acordo com os riscos ocupacionais a que estão expostos os servidores, capacitando-os para o manejo e uso dos mesmos.

Art. 6º. O Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Estadual, integrado por todos os órgãos da administração pública estadual e sob a coordenação da Secretaria de Estado da Administração, tem por função precípua responder pela uniformização de todos os procedimentos na área de gestão da saúde ocupacional do servidor público estadual.

Art. 7º. Cabe à Secretaria de Estado da Administração, como órgão central do Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Estadual, executar as atividades de normatização, de coordenação, de supervisão, de regulação, de controle e de fiscalização relacionadas à saúde ocupacional do servidor público estadual.

Art. 8º. Aos demais órgãos da administração pública estadual cabe efetivar as atividades de execução e operacionalização das ações de saúde ocupacional normatizadas pelo órgão central e demais atribuições afins previstas na legislação.

Art. 9º. A implementação da Saúde Ocupacional do Servidor será efetuada com o estabelecimento e o desenvolvimento:

- I - de políticas, planos, programas, projetos e ações de segurança do trabalho;
- II - da promoção e proteção da saúde;
- III - do controle e vigilância dos riscos advindos das condições, dos ambientes e dos processos de trabalho;
- IV - da prevenção e detecção de agravos; e
- V - da recuperação e reabilitação da saúde, da capacidade laborativa e da qualidade de vida do servidor público estadual.

Art. 10. As ações de Saúde Ocupacional do Servidor abrangem os seguintes aspectos:

- I - acompanhamento da saúde ocupacional do servidor público estadual na vida laboral plena;
- II - antecipação, identificação, mensuração, análise, mapeamento, controle, redução e eliminação de riscos ocupacionais;
- III - prestação de informações aos servidores públicos estaduais sobre os riscos existentes no ambiente de trabalho e suas consequências para a saúde, bem como as medidas preventivas necessárias para o seu controle ou eliminação;
- IV - monitoração dos indicadores de segurança no trabalho e de saúde do servidor.

Art. 11. A Saúde Ocupacional do Servidor deve abranger e ocupar-se da realização obrigatória dos seguintes exames de saúde:

- I - admissional;
- II - periódico;
- III - de retorno ao trabalho;
- IV - de mudança de função; e
- V - demissional.

§1º. Os exames de que trata o *caput* compreendem:

- I - a avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional e exame físico e mental; e
- II - exames complementares.

§2º. A realização da avaliação clínica e dos exames complementares correrá por conta do Estado, não gerando ônus para o servidor público estadual.

Art. 12. As despesas decorrentes da execução da presente Lei correrão à conta de dotações orçamentárias próprias do Orçamento Geral do Estado.

Art. 13. O Poder Executivo regulamentará a presente Lei no prazo de cento e oitenta dias contados da data de sua publicação.

Art. 14. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Florianópolis, 07 de janeiro de 2009.

LUIZ HENRIQUE DA SILVEIRA
Governador do Estado