

Alcoolismo nas Empresas

Josmar Ivanqui
Virgínia Helena Varotto Baroncini

Resumo

Apesar do alcoolismo ser um problema que remonta a vários séculos, desde aproximadamente dez mil anos antes de Cristo, observamos que hoje o problema tem-se agravado devido à facilidade com que o álcool chega a qualquer indivíduo e as consequências que o mesmo vem trazendo à sociedade. Para isto basta observar as estatísticas, sendo atualizadas dia-a-dia, com números cada vez mais alarmantes. O que fazer com o indivíduo portador da doença conhecida como alcoolismo? Como tratá-lo?

O estudo feito pretende reintegrar o homem à sociedade, buscando para isso a aplicação de técnicas e pessoas qualificadas para trabalhar junto aos doentes, fazendo com que o alcoólatra deixe de ser um problema social e passe a reintegrar-se como força operacional no mercado de trabalho.

O momento não poderia ser mais oportuno, uma vez que vivemos uma situação privilegiada onde a integração entre a saúde do trabalhador e as ações desenvolvidas pelos programas de qualidade total e outros, terminam de vez com o isolamento e o estigma que envolvem os programas ditos de alcoolismo na empresa.

1. INTRODUÇÃO

Até onde a investigação histórica é capaz de retroceder, parece que no período neolítico, entre 10 mil e 8 mil a.C., o homem já produzia bebidas. Enquanto a humanidade se divertia em memoráveis farras etílicas, desde os tempos de Hipócrates, o pai da medicina, há relatos descrevendo os danos causados no organismo pelo excesso de álcool. O termo alcoolismo começou a ser usado no final do século passado, mas o divisor de águas no entendimento do assunto foi a publicação do livro *The Disease Concept of Alcoholism*, na década de 60. O autor, o médico norte-americano Jellinek, propunha a classificação do alcoolismo como doença, caracterizada pela "compulsão e pela perda de controle". Até então, atribuíram-se ao alcoólatra apenas distúr-

bios de caráter e fraquezas morais. A extensão desse debate fez com que, ainda nos anos 60, o alcoolismo passasse a ser considerado doença - com diagnóstico e sintomas universais - pela Organização Mundial de Saúde. Foi uma virada histórica, que livrou os dependentes da pecha de vagabundos, fazendo-os ingressar como pacientes no ramo da medicina.

A Organização Mundial de Saúde considera que 10% a 12% da população mundial é dependente do álcool. No Brasil, o último levantamento feito em São Paulo, Brasília e Porto Alegre, no início da década de 90, projeta essa estimativa para 15%. Se deste universo excluirmos as crianças, chegaremos a números impressionantes. Desnecessário dizer o que isto significa na força de trabalho.

2. RELAÇÕES TRABALHO - EMPRESA

Na área profissional, o álcool é responsável por um absenteísmo galopante - nas segundas-feiras e após dias de pagamento ou feriados, quem

Josmar Ivanqui é Engenheiro Eletricista, (FEJ/1993), Professor do Cefet-PR - Unidade de Ponta Grossa. E-mail: josmar@interponta.com.br

Virgínia Helena Varotto Baroncini é Engenheira Eletricista, (UFJF/1994), Professora do Cefet-PR - Unidade de Ponta Grossa.

bebe falta dez vezes mais do que os demais funcionários. A produtividade é 20 % menor e o índice de erro, bem maior.

Salientamos o problema do alcoolismo dentro das empresas porque, hoje em dia, o lar não ocupa mais o lugar de primazia na vida do homem moderno. Este lugar foi ocupado pela empresa independentemente da sua natureza ou tamanho. Lá, o homem trabalha, faz refeições e pratica lazer, chegando a atingir facilmente 10 a 12 horas de permanência por dia. A empresa é, portanto, o lugar principal onde se produzem estímulos e respostas que ocupam o dia-a-dia da maioria das pessoas; o lar só vence pela intensidade e intimidade das relações lá existentes. Desta forma, é preciso descaracterizar a imagem de que a empresa que resolve interferir no campo do alcoolismo seja mera filantropia.

Muitas empresas têm centrado seus programas de recuperação na questão do desempenho funcional, outras, no campo restrito da dependência química como doença e poucas, com a preocupação no que se refere à qualidade de vida do trabalhador. Com o advento dos processos administrativos de qualidade total e reengenharia, os programas de saúde encontram um momento ímpar de se integrar às ações previstas na reformulação da relação da empresa com o empregado. A questão da saúde global do indivíduo já deveria ser motivação suficiente para a implantação de programas de assistência ao empregado. Porém, estamos longe dessa realidade, necessitamos ainda mostrar ao empresário que prevenir e tratar problemas de saúde diminui custos e melhora a produtividade.

3. TRABALHO COMO FATOR ETIOLÓGICO

Apesar de evidências de que algumas ocupações têm alto índices de alcoolismo, não se verificou em nosso meio nenhum estudo correlacionando o tipo e as condições de trabalho com aumento do consumo de bebidas alcoólicas. Há um mito de que profissionais submetidos a trabalhos que produzem alto nível de estresse psicológico seriam mais susceptíveis de desenvolver alcoolismo. Acredita-se que o mesmo ocorra com profissões de baixo ganho financeiro e de condições insalubres. Alguns fatores de risco são citados na literatura em geral:

- 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.

4. EVOLUÇÃO DOS PROGRAMAS

Os primeiros programas de alcoolismo em empresas começaram a surgir em 1980. Podemos distinguir três momentos diferenciados: o primeiro, dos programas específicos de alcoolismo, implantados em empresas pelo serviço social e/ou médico, com treinamento de chefias para identificação do empregado com problemas, confronto e encaminhamento para tratamento em clínicas especializadas.

No segundo momento, de mais ou menos 1985 para cá, alguns programas tentaram ampliar seus objetivos, não só colocando a questão de outras drogas como também a dependência química, junto com outras prioridades da saúde do trabalhador, seguindo a orientação da OMS para programas de prevenção e tratamento de dependência química na comunidade. Com poucas exceções, o que vimos foram programas com meros “disfarces” para tentar diminuir o estigma de programa dito específico de alcoolismo.

As outras prioridades continuaram a merecer pouca ou nenhuma atenção e a tentativa era sempre de encontrar e tratar doentes do alcoolismo. O terceiro momento, de 1992 em diante, coincide com o período de reestruturação administrativa das empresas, com os programas de qualidade total e reengenharia e com o aparecimento de trabalhos de avaliação de resultados confiáveis metodologicamente.

A chance de inserção de programas de dependência química e outros de saúde com os programas de qualidade total reside no fato de que estes pregam a melhoria de vida em todos os níveis de cargos com o aprimoramento da experiência pessoal e coletiva. Teoricamente, a perspectiva é de conseguir atingir metas anteriormente difíceis de alcançar com programas de prevenção primária, indivíduos com uso abusivo de álcool ainda sem dependência, dependentes leves e moderados, diminuição do estigma e ampliação dos cuidados com o indivíduo.

5. TENDÊNCIAS ATUAIS

No funcionamento de programas, podemos enfatizar três pontos básicos para sua estruturação: treinamento de chefias, perfil do coordenador e recursos de tratamento. Muito se tentou

no treinamento de chefias e supervisores, sendo a maioria das tentativas resumidas a períodos de seminários pontuais, ministrados por especialistas da empresa ou convidados externos. Essa estratégia rendeu poucos resultados, em geral aumentando as resistências das chefias com o tema, estigmatizando o problema e dificultando o relacionamento com os executores do programa. Os métodos atuais de administração, entre eles o de *qualidade total*, têm reduzido essa distância, facilitando o trânsito de informações e enfrentamento de problemas. Técnicas modernas de treinamento visam dar aos líderes condições de lidar com o estresse, dependências, outros agressores à saúde, com a melhoria de sua qualidade de vida e do relacionamento com seus pares e subordinados. Assim, tópicos de dependência de substâncias psicoativas entram no bojo de temas relativos à saúde global dos indivíduos, diminuindo seu estigma e excessiva importância, às vezes atribuídos pelos especialistas.

Muitas empresas têm adotado métodos sofisticados de diagnósticos, inclusive com teste de bafômetro para álcool e de urina para outras drogas, porém sem recursos locais de tratamento, às vezes enviando seus funcionários para centros distantes de atendimento, tornando os custos caros e os resultados duvidosos, pois sabemos que é necessário acompanhamento terapêutico local após o tratamento inicial para se evitar recaída. Outras empresas têm optado por fazer convênios com clínicas especializadas, onde a tônica é a internação e todos são tratados dentro do referencial de doença, isto é, o mesmo tratamento para todos, independente de seu grau de dependência ou outros diagnósticos coexistentes. Esse procedimento também torna caro o tratamento, apesar de eficiente para os casos mais graves e de baixa hierarquia dentro da empresa, deixando de lado os casos precoces, cujos problemas ainda produziram pouco impacto no trabalho, e os empregados de alto poder hierárquico.

Torna-se imperativo que, antes de se criar um programa dessa natureza, se faça um levantamento minucioso de todos os recursos de tratamento existentes na comunidade, examinando-se a questão custo – eficiência – benefício. O ideal é contar com recursos de tratamento ambulatorial privado ou da rede pública, que utilize técnicas de atendimento breve, terapia familiar, técnicas de tratamento em grupo, técnicas de recaídas e de modificação de estilo de vida e grupos de auto-ajuda na comunidade de Alcoólicos Anônimos.

Os recursos de internação não precisam ser sofisticados, bastando alguns leitos em hospital ge-

ral para desintoxicação e tratamento de complicações psiquiátricas ou clínicas, quando temos um bom centro de atendimento ambulatorial variado. Enfim, mais importante do que um bom centro de tratamento, é contarmos com um leque variado de possibilidades, ampliando assim nosso universo de indivíduos a serem atendidos.

6. O PROFISSIONAL INDICADO PARA ESSA ÁREA

Muito pouco tem se falado sobre o profissional que atua nessa área ou coordena esses programas. Em geral, são assistentes sociais, psicólogos ou médicos do trabalho que passaram a se interessar pelo assunto, pressionados pelo número de problemas atendidos em suas áreas ou por motivos de ordem pessoal, com pouco treinamento específico na área ou com treinamento em clínicas ou cursos especializados em dependência química. Atendem praticamente a toda a demanda em suas áreas, seja dependência química ou não, e poucos são contratados especialmente para fazer parte de uma equipe que vai cuidar especificamente do assunto.

Dada a importância desse profissional e da multiplicidade de funções em que é obrigado a atuar, não existe no País curso específico de graduação nessa área, deixando-os carentes de recursos técnicos. Nos EUA, existem cursos de pós-graduação na área de serviço social, especificamente para o profissional que coordena esses programas (EAPs). O que se espera hoje de um coordenador é a atuação mais ampla para enfrentar os múltiplos papéis que desempenhará.

7. IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS

A maioria das empresas que iniciam programas atualmente têm por norma realizar uma pesquisa entre os funcionários da empresa com a finalidade de se estudar o seu perfil, suas necessidades, relacionamento com colegas e chefias, prevalência de doenças clínicas, psiquiátricas e de consumo de substâncias psicoativas, incluindo o teste CAGE para detecção de prováveis casos de alcoolismo. É de fundamental importância esse procedimento, não só no sentido de conhecer a realidade dos empregados e prevalência de dependência química, respaldando com dados da própria empresa o projeto de assistência, como também para medir o impacto das ações do programa ao longo do tempo.

Ressaltamos alguns cuidados a serem tomados na elaboração de um projeto:

- o projeto deve conter a política da empresa na área de cuidados à saúde do empregado, especificando todas as procedências para identificar, diagnosticar e encaminhar os empregados com problemas para o tratamento adequado. No caso de alcoolismo, reconhecimento explícito da empresa de que são problemas de saúde e deverão ser tratados como tal, não penalizando empregados que procurem ajuda;
- utilização de instrumentos éticos e não-evasivos de identificação e de diagnósticos, preservando o anonimato do empregado com dificuldades, reservando a aplicação de teste de detecção de álcool somente para áreas de risco e com conhecimento prévio dos objetivos e conseqüências do exame pelo empregado;
- objetivos claros quanto a expectativas de recuperação;
- inclusão de todo o corpo funcional, independentemente do cargo que ocupa;
- escolha de um coordenador habilitado, dadas as múltiplas funções exigidas num programa moderno;
- programas atualizados de treinamento contínuo de chefias e supervisores;
- elaboração de programas de educação continuada, visando à prevenção dos problemas de saúde e melhoria de qualidade de vida;
- escolha de serviços de tratamento ambulatorial e hospitalar na comunidade, tentando atender à multiplicidade de problemas e, no caso de alcoolismo, os seus diversos níveis de gravidade e comprometimento da capacidade de trabalho;
- assessoria constante com supervisores externos para que o programa não sofra distorções e que se atualize com o passar do tempo.

8. DIFICULDADES ENCONTRADAS

8.1 - Quanto ao conceito de alcoolismo:

Grande parte dos profissionais que trabalham em programas de alcoolismo em empresas são ligados à idéia de alcoolismo – doença, conceito dos anos 60 com forte influência de Alcoólicos Anônimos. Esses profissionais tentam transpor para a empresa sua ideologia com assessoria de profissionais ligados a centros de tratamento que compartilham com a mesma idéia. Esse modelo,

adequado para pacientes com dependência grave de alcoolismo, leva os indivíduos a um tratamento não personificado e não consegue atender pessoas com graus menos graves de dependência, que são a maioria de uma empresa; somente empregados com menor nível hierárquico acabam o tratamento.

8.2 – Quanto aos indicadores:

Exames de laboratório, como a TGO, GGT, triglicerídeos, VCM, apesar de úteis e sugestivos de abuso alcoólico, não são específicos de alcoolismo, podendo aparecer em muitas outras patologias.

Teste de bafômetro, exames de sangue ou urina para detectar drogas psicoativas podem ser recursos úteis, porém é necessário uma legislação específica sobre o assunto para proteção do funcionário. No momento, somos favoráveis ao seu uso em áreas que envolvam alto risco para o indivíduo e outros, se o mesmo estiver intoxicado.

8.3 – Quanto ao modelo administrativo:

O programa acaba isolado em relação aos outros setores da empresa, facilitando o aparecimento de resistências dos empregados à abordagem, somando às resistências naturais do dependente químico.

Há necessidade de um contrato por escrito especificando cada passo do programa de assistência, sendo necessário medidas protetoras quanto ao anonimato para salvaguardar o empregado. Atenção especial deve ser dada ao emprego de testes de suspeita diagnóstica e aos testes de substâncias psicoativas. Não raro, empresas utilizaram essas informações para encabeçar suas listas de demissões em períodos econômicos desfavoráveis.

8.4 – Quanto à supervisão:

Ainda hoje há necessidade do especialista em dependências no processo de supervisão, porém deverá ter uma visão mais holística, formação mais ampla e ter conhecimento de modelos de administração ou contar em sua equipe de trabalho com pessoas desse perfil. A dependência química é muito complexa e multifatorial; a não colocação de técnicos com experiência clínica nessa área pode ser um erro fatal para o programa.

8.5 – Quanto à avaliação:

Não encontramos trabalhos publicados sobre avaliação de resultados em revista especializada, apesar de várias empresas mostrarem resultados confiáveis. São muitas as dificuldades de

avaliação do sucesso de programas de dependência química em empresas. Algumas inerentes à própria complexidade do problema, outras devido à pouca orientação na área de pesquisa em nosso meio.

9. CONCLUSÃO

Apesar das dificuldades encontradas para implantar programas assistenciais, particularmente os que tratam da dependência química, as empresas constituem uma opção essencial para a prevenção e diagnóstico precoce do alcoolismo. Por enquanto, só conseguimos com muita dificuldade produzir programas voltados para a demanda óbvia, isto é, dependentes moderados a graves e de baixa hierarquia na empresa. A permanência dos programas em departamentos e nas mãos de um corpo restrito de técnicos revela a falta de adequação das propostas de trabalho ao novo perfil das empresas. A insistência desses técnicos em trabalhar com modelos assistenciais antiquados e limitados piora ainda mais o prognóstico dos programas. O que se espera nesse momento de grandes transformações dos processos

de trabalho e de gestão empresarial é que os programas se integrem a essa nova realidade e que seus técnicos e supervisores ampliem seu domínio de conhecimento além da dependência química, tornando-se mais versáteis e com conhecimento de administração empresarial.

Acreditamos que estamos num momento privilegiado de integração de programas de saúde global do trabalhador com outras ações desenvolvidas pelos programas de qualidade total e outros, terminando de uma vez com o isolamento e estigma que envolvem os programas ditos de alcoolismo nas empresas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ARAÚJO, V. A. **Para compreender o alcoolismo**. São Paulo, Edicon. 1986.
- 2 - EDWARDS, G. O. **O tratamento do alcoolismo**. São Paulo, Marins Fontes. 1987.
- 3 - FISHMAN, R. **Alcoolismo**. São Paulo. Nova Cultura Ltda. 1988.
- 4 - MILAN, J. R. & KETCHAN, K. **Alcoolismo - os mitos e a realidade**. São Paulo. Nobel. 1986.
- 5 - TWERSKI, A. T. **Como Proceder com o Alcoólatra**. São Paulo. Paulinas. Reindal. 1986.
- 6 - RAMOS, Sérgio de Paula e outros. **Alcoolismo hoje**. Porto Alegre. 3ª edição. Artes Médicas. 1997