



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES
CURSO DE DIREITO

**ENTRE O TRAGO E A TRAGADA:
O VÍCIO NAS DROGAS
E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA RELAÇÃO DE EMPREGO**

Andrea Haetinger dos Santos

Lajeado, junho de 2016

Andrea Haetinger dos Santos

**ENTRE O TRAGO E A TRAGADA:
O VÍCIO NAS DROGAS
E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA RELAÇÃO DE EMPREGO**

Monografia apresentada no Curso de Direito,
do Centro Universitário UNIVATES, como
exigência parcial para a obtenção do título de
Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof.^a Ma. Cláudia Tessmann

Lajeado, junho de 2016

Dedico este trabalho a quem sempre será o centro da minha vida e que me incentivou em cada dia do curso de Direito: *Rodrigo*.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me dar equilíbrio e ponderação ao longo da jornada.

A meu filho Rodrigo, por todos os momentos em que pude partilhar meu aprendizado.

A meus irmãos, que sempre demonstraram orgulho pelos meus estudos. Em especial ao mano Claus, com quem tive o privilégio de partilhar os bancos acadêmicos.

Aos meus amados pais, que infelizmente não estão neste mundo para partilhar essa vitória, mas que me oportunizaram a caminhada até aqui.

À minha orientadora professora Cláudia Tessmann, pelo carinho, apoio e incentivo em cada etapa dessa pesquisa, pelo entusiasmo contagiante e a confiança inabalável na minha capacidade.

Ao professor e delegado Márcio de Abreu Moreno, pelo apoio e conselhos objetivos em relação a essa pesquisa e, principalmente, pelo seu exemplo de conduta, restituindo para muitos acadêmicos a chama do caráter, retidão e integridade moral.

Aos professores da Univates, pelos ensinamentos e experiências compartilhados.

A todos que contribuíram para que este dia chegasse, meu agradecimento!

“A gente não se liberta de um hábito atirando-o pela janela: é preciso fazê-lo descer a escada, degrau por degrau”.

(Mark Twain)

RESUMO

O uso de drogas infiltra-se cada vez mais na sociedade, afetando também os locais de trabalho e a saúde do empregado. Em razão dos efeitos e sequelas que provoca, acaba fazendo com que o trabalhador reduza sua produtividade e exponha a si mesmo e aos demais a riscos e acidentes de trabalho, provocando tumultos e comprometendo sua saúde física e psíquica. Este estudo analisou diversas espécies de drogas, seus efeitos no organismo humano e alguns sintomas perceptíveis no local de trabalho. Ato contínuo, fez-se um estudo do que separa um hábito de um vício e sua posterior dependência. Para se chegar aos resultados, estabeleceu-se como problema da pesquisa a relação existente entre o uso de drogas e a relação de emprego, analisando-se as implicações que a dependência química pode gerar ao empregado e ao empregador, que compunha o objetivo geral desse estudo. Foi utilizado o método dedutivo, a análise bibliográfica e documental e a pesquisa qualitativa, a fim de se concluir que a dependência química afeta e muito o local de trabalho, sendo necessária uma conscientização e atuação maior dos gestores na sua prevenção e tratamento.

Palavras-chave: Drogas. Empregado. Prevenção.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Estimativa do consumo per capita de álcool de acordo com o país.....	18
Figura 2- Folder referente ao lançamento da Lei Antifumo	35

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Classificação das drogas quanto aos seus efeitos.....	43
Quadro 2 – Principais efeitos causados pelo consumo de drogas.	55
Quadro 3- Principais sintomas do uso de drogas perceptíveis no local de trabalho	65
Quadro 4 – Principais profissões expostas ao consumo de drogas.	73

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO SURGIMENTO DAS DROGAS	12
2.1 O que são drogas	13
2.2 Evolução histórica das drogas no mundo	14
2.2.1 Álcool	14
2.2.2 Haxixe	18
2.2.3 Cocaína	19
2.2.4 Tabaco	20
2.2.5 Maconha	21
2.2.6 Ayhuasca	23
2.2.7 Caco peiote	23
2.2.8 Crack	24
2.2.9 Cogumelos	24
2.2.10 Ecstasy	25
2.2.11 Heroína	25
2.2.12 LSD	26
2.2.13 Ópio	27
2.3 Evolução histórica das drogas no Brasil	27
2.4 As drogas mais utilizadas na contemporaneidade	28
2.5 O que diz a legislação brasileira sobre o consumo de drogas	32
2.5.1 Quanto ao cigarro	33
2.5.2 Quanto ao álcool	37
2.5.3 Quanto às drogas em geral	38
3 COMO AS DROGAS AGEM	41
3.1 Diferença entre drogas lícitas e ilícitas	42
3.2 Efeitos das drogas no organismo	43
3.2.1 Cigarro	44
3.2.2 Álcool	45
3.2.3 Maconha	46
3.2.4 Crack	48

3.2.5 Merla.....	49
3.2.6 Cocaína	49
3.2.7 Ecstasy.....	50
3.2.8 Heroína.....	51
3.3 Drogas análogas, multidrogas e superdrogas	51
3.4 Drogas prescritas	53
3.5 A linha tênue entre hábito e vício	56
4 QUANDO O VÍCIO TURBA O TRABALHO.....	67
4.1 Faltas ao trabalho motivadas pelo uso de drogas	73
4.2 Da justa causa à patologia reconhecida	74
4.3 A responsabilidade do empregador	85
4.4 A responsabilidade do empregado.....	90
4.5 Programas adotados por algumas empresas.....	91
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS.....	107
APÊNDICES	118

1 INTRODUÇÃO

Após a promulgação da Lei nº 12.546/2011, chamada Lei Antifumo, vem crescendo no Brasil a discussão sobre a restrição ao uso do cigarro. Da mesma forma, a descriminalização da maconha é amplamente discutida em âmbito nacional, sem se chegar a um consenso. Nas rodas e eventos sociais a presença do álcool é facilmente constatável, todavia existem determinadas esferas nas quais esse ainda é um assunto proscrito, motivo de preconceito e especulação.

O álcool e o cigarro são vícios “socialmente consentidos”, porém ambos geram danos irreversíveis ao organismo. Na esfera laboral, objeto desse estudo, tanto eles como outras drogas lícitas e ilícitas acabam provocando sequelas ao empregado, levando-o a comprometer seu desempenho. Ao ingressar no caminho tortuoso das drogas, o trabalhador sujeita-se a perdas de todos os tipos e dimensões.

Por se tratar de um problema que envolve uma complexa avaliação, o uso de drogas nas empresas muitas vezes é detectado somente após já estar inserido na vida do empregado. Como nem todos os sintomas são perceptíveis de imediato, pode ocorrer um grande número de recorrências antes que o empregador se aperceba de que não está lidando com um problema periférico. Igualmente, o fato de a droga ser utilizada normalmente fora do ambiente de trabalho contribui para dificultar sua detecção, sem que o empregador se dê conta de que talvez seja essa a causa da queda na produtividade ou aumento do número de acidentes na empresa.

Com o intuito de combater e prevenir o uso de drogas, não por acaso diversas organizações já têm, em seus estatutos ou regimentos internos, a prática comum de implantar projetos preventivos, normalmente por meio do Programa da Qualidade ou Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).

Nesse sentido, o presente trabalho pretende trazer subsídios para que os diversos segmentos da esfera laboral possam se municiar de informações e práticas que auxiliem a amenizar o problema das drogas nas organizações.

Para o empregador, essa percepção é de suma relevância pois, em inúmeros casos, desconhece a situação pessoal de seus empregados, independentemente do tamanho da empresa, e acaba mantendo em seus quadros funcionários que recebem pagamento integral por uma produtividade parcial.

Para o empregado, o conhecimento de sintomas e comportamentos decorrentes do uso de drogas pode lhe permitir ser tratado, intervir ou mesmo auxiliar um colega em situação de dependência, dessa forma evitando a ocorrência de possíveis e prováveis acidentes de trabalho.

Para a sociedade, o assunto tem grande valia em razão de eventualmente acabar arcando com o ônus de tratamentos médicos ou ambulatoriais de dependentes químicos, sobrecarregando um já congestionado sistema público de saúde.

De tragada em tragada, gole a gole, todas as drogas provocam sequelas. Por se tratar de um problema social em rápida ascensão e que assume proporções de saúde pública cada vez maiores, essa pesquisa buscará colher proventos para compreender a dimensão do dano provocado pelas drogas na esfera laboral. Para tanto, o capítulo 2 apresentará uma contextualização do surgimento das drogas na história da humanidade, descrevendo a trajetória que os entorpecentes tiveram ao longo dos séculos, tanto no Brasil como no mundo.

O capítulo seguinte diferenciará as drogas lícitas e ilícitas e abordará as principais sequelas que causam no organismo humano, a curto e longo prazo, e os respectivos efeitos que possam ser auferidos no ambiente de trabalho. Será apresentada ainda a diferença entre hábito e vício, e a linha tênue que separa um do

outro, muitas vezes imperceptível. Outrossim, será feita uma contextualização da legislação brasileira que trata do assunto.

O capítulo 4 exporá a questão das drogas em relação ao trabalho como fator gerador de faltas, doenças e acidentes, abrangendo ainda a responsabilidade do empregador e do empregado. Em adição, serão mencionadas políticas públicas e citados exemplos de programas preventivos eficazes adotados por algumas empresas, demonstrando-se assim a relevância desse estudo.

Quanto ao modo de abordagem, será utilizada neste trabalho a pesquisa qualitativa que, segundo Mezzaroba e Monteiro (2014), procura identificar a natureza dos dados considerados, sem no entanto medi-los. Para os autores, somente se criará sentido a partir da compreensão das informações contextualizadas, ou seja, a validade do trabalho está diretamente vinculada à ponderação dos dados obtidos no decorrer do esforço de investigação.

A modalidade teórica trazida pela presente pesquisa traduzir-se-á na utilização de material bibliográfico, a fim de que se possa construir argumentos que corroborem a hipótese levantada. Sua natureza será descritiva, pois, conforme os autores, não proporá soluções, apesar de analisar e interpretar os dados obtidos.

O método adotado será o dedutivo, uma vez que se partirá de premissas genéricas e presumidamente verdadeiras para, ao final, chegar-se a uma particular, de cunho lógico e fidedigno. Para os autores, aceitando-as como verdadeiras, as conclusões também o serão, possibilitando ao investigador atuar com uma margem de erro muito pequena e, dessa forma, conferindo credibilidade ao trabalho.

A pesquisa utilizará a técnica documental, valendo-se de análise de fontes primárias como leis, jurisprudência e convenções internacionais, e bibliográfica, através do estudo de fontes secundárias como doutrina e consulta a especialistas no tema. Esses procedimentos são citados pelos autores como formas de operacionalizar o procedimento técnico, sendo que um método não exclui necessariamente o outro, nem obsta ao pesquisador criar sua própria linha de investigação.

Diante do exposto e imerso numa problemática que atinge o mundo de forma global, justifica-se como relevante o presente estudo.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO SURGIMENTO DAS DROGAS

É possível cogitar que descrever a evolução histórica das drogas é narrar parte da história do homem, bem compreendido andarem juntos ao longo dos séculos. Prevalece a concepção de que seu uso é uma prática milenar e universal, diferenciando-se pelo padrão de consumo, modos, espécies e frequência, conforme a sociedade na qual está inserido e suas particularidades existenciais e religiosas. Logo, abrange muito mais do que apenas a substância propriamente dita, pois envolve um contexto sociocultural e econômico, tanto quanto a personalidade do usuário (BREUER, 2005; SUZIN, 1998).

Carneiro (2010) avalia que até o início do século passado, com exceção dos alimentos, nenhuma outra substância esteve tão intrinsecamente associada à vida da maioria dos povos, em todos os países e em todos os tempos. Esse argumento encontra guarida em Breuer (2005) e Suzin (1998), que auferem existir relatos da presença de ópio e haxixe nas populações asiáticas mais remotas; do mesmo modo, em 1000 a.C. a maconha era considerada para os hindus uma planta sagrada; já na América do Sul, índios de diversos países mascavam folhas de coca para atenuar suas dores:

Ao que parece, na maioria das vezes a substância não era usada de forma recreativa, mas sim como remédio para diminuir o sofrimento das pessoas ou para esquecer a fome, uma vez que a maior parte das drogas tira o apetite e faz desaparecer a fome, ao menos enquanto dura o seu efeito. Isso é particularmente verdadeiro para o haxixe e para as folhas de coca,

consumidas principalmente pelas classes sociais e econômicas mais baixas (GIKOVATE, 1992, p. 7).

Com o fim de compor o objetivo deste capítulo, a seguir serão descritas algumas noções que circundam a evolução histórica das drogas no Brasil e no mundo, assim como aquelas que atualmente são mais utilizadas.

2.1 O que são drogas

Definidas pela medicina como substâncias capazes de provocar alterações na mente, as drogas proporcionam experiências de prazer capazes de levar seus usuários ao uso contínuo e à dependência, provocando mudanças fisiológicas e comportamentais (CAMPBELL; GRAHAM, 1991). Dessa forma, as autoras classificam-nas em estimulantes, depressoras e perturbadoras das atividades mentais, inserindo-se nesse rol de substâncias desde o álcool até tranquilizantes, analgésicos, alucinógenos, barbitúricos e produtos voláteis.

Já as drogas psicoativas, também chamadas de psicotrópicas, são todas as substâncias que, quando consumidas, alteram o humor, o comportamento ou o processo cognitivo do usuário, independentemente de provocarem ou não dependência, explicam as especialistas.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), droga é toda substância sujeita à regulamentação internacional e elencada nas Convenções da Organização das Nações Unidas (ONU) e na Declaração Sobre a Redução da Procura de Drogas. Do mesmo modo, também são todas aqueles elementos submetidos à legislação de cada país (OIT, 2008).

Ao longo do trabalho será esclarecida a diferenciação das drogas lícitas e ilícitas, bem como a nocividade que provocam no usuário, na maior parte das vezes devido ao seu uso indiscriminado.

A fim de situar o leitor a respeito da longa caminhada que permeia a trajetória da humanidade em paralelo ao uso de drogas, será feita a seguir uma contextualização da sua ocorrência e evolução no mundo.

2.2 Evolução histórica das drogas no mundo

Compreende-se que a origem etimológica da palavra “droga” é incerta, podendo tanto ser derivada do árabe *drowa* (bala de trigo), como do holandês antigo *drooge vate* (folhas secas). Sabe-se que mais tarde foi intitulada pelo francês como *drogue* (ingrediente farmacêutico), afirma Lopes (2006, texto digital).

Na antiguidade, as drogas eram utilizadas tão somente para fins religiosos ou medicinais, posto que praticamente quase todos os medicamentos eram feitos à base de plantas, de maneira que a droga não era símbolo de nada: “Apenas ajudava as pessoas miseráveis a sobreviver e a sofrer um pouco menos. Talvez também ajudasse algumas pessoas no sentido de diminuir suas dores mentais” (BREUER, 2005, p.15). Essa análise é reiterada por Gikovate (1992, p.7):

Ao que parece, na maioria das vezes a droga era usada como remédio, ou seja, para diminuir o sofrimento das pessoas. Não era uma coisa charmosa ou divertida. Muitos a usavam para esquecer a fome que sentiam, uma vez que a maior parte das drogas tira o apetite e faz desaparecer a fome, ao menos enquanto dura o seu efeito. Isso é particularmente verdadeiro para o haxixe e para as folhas de coca, consumidas principalmente pelas classes sociais e econômicas mais baixas.

De acordo com Carneiro (2010, p. 12), se de um lado os efeitos diversos das drogas promoviam alívio e consolo, por outro causavam estímulo e excitação. O autor avalia que, paralelo às sensações proporcionadas, as drogas têm apresentado historicamente um papel relevante na economia, como o vinho comercializado pelos gregos no Mediterrâneo, o cânhamo e o próprio ópio, cuja proibição do comércio provocou duas guerras entre a Grã-Bretanha e a China.

Com o propósito de demonstrar que praticamente todas as drogas mais consumidas encontram-se na história e na cultura dos mais diversos povos, na sequência serão abordadas noções históricas do surgimento de algumas dessas substâncias na sociedade, tais como álcool, maconha, coca, ópio, tabaco e outras.

2.2.1 Álcool

A dimensão fática do álcool, cuja origem árabe significa “essência”, fez parte na vida da humanidade desde os tempos mais remotos, graças à simplicidade da sua

formação – na natureza, a fermentação do açúcar é um processo espontâneo. Entretanto, as formas mais antigas da bebida, obtidas da fermentação do mel, frutas ou cereais, não eram especialmente potentes, posto que detinham um teor alcoólico mais reduzido (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 37). Em contrapartida, as autoras garantem que já ocorriam abusos nos tempos de Hamurabi, na Babilônia, cujo Código regulamentava as tabernas e o uso do álcool, prevendo sanções às transgressões, uma vez que a bebida provocava perturbações na sociedade.

De forma análoga, os egípcios regulamentavam seu consumo, determinando quem poderia beber, em que momento e sob qual justificativa, sob a tutela dos Faraós. Não obstante e de modo mais severo, existem relatos da existência de 41 decretos imperiais promovendo a “lei seca” na China, os quais não surtiram o efeito esperado, levando a medidas mais radicais, as quais previam inclusive a decapitação do usuário, caso promovesse alguma desordem relacionada ao consumo de álcool (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 37).

As autoras relatam que a bebida chegou ao Ocidente por meio dos Cruzados, juntamente com a técnica da destilação, por cujo processo se obtém uma bebida com teor alcoólico bem mais elevado, atingindo cerca de 50% de álcool. Entretanto, como essa descoberta passou despercebida à maior parte da população, uma vez que os licores eram muito caros, a maior parte do consumo provinha das bebidas de baixa fermentação.

De acordo com estudos de Cruz (2011), a partir de 1600 foi descoberto o gim, possibilitando a produção de licores por meio dos mais diversos líquidos, fazendo com as bebidas mais fortes se tornassem disponíveis às massas, democratizando seu uso e agravando problemas sociais emergentes, como a miséria e a fome.

Especificamente na Inglaterra, a disseminação da bebida coincidiu com o advento da Revolução Industrial e com a crescente migração de camponeses para as cidades à busca de emprego, elucida o autor.

Em razão desse fato, bem como a não existência de uma legislação que protegesse o trabalhador de condições insalubres e abusivas, muitos operários recorriam à bebida para suportar a degradante situação em que viviam. Campbell e

Graham (1991, p.37) formulam uma análise complementar em relação ao estigma a que os trabalhadores se submetiam:

Amontoados em abrigos, trabalhando em fábricas em condições deploráveis, famintos, doentes e sem esperança alguma, as pessoas escapavam da realidade através do álcool – especialmente gim, comprado por alguns centavos. Os historiadores calculam, quem em 1750, um terço da população londrina era alcoólica, enquanto os outros dois terços abusavam da bebida. O fenômeno da embriaguez se espalhou por toda parte e era tolerado. Crianças eram alcoolizadas com frequência e muitas eram alcoólicas.

Sob o mesmo ponto de vista, Gikovate (1992, p. 7-8) posiciona-se:

O álcool também foi – e ainda é – remédio para a miséria e a fome. Até hoje é a ‘droga preferida’ dos mendigos das ruas de todas as grandes cidades. Nunca sabemos se eles se tornaram mendigos porque eram alcoólatras ou se se tornaram alcoólatras porque eram mendigos e usavam o álcool para suportar melhor as noites de frio – daí a frase popular ‘Cobertor de pobre é cachaça’.

Campbell e Graham (1991, p.37) comentam que as restrições do governo inglês e da Igreja Anglicana, visando regular a distribuição e a venda de bebidas alcoólicas, vieram de forma tardia, visto que a cultura de aceitar o álcool como meio para a solução de problemas já estava instalada: “Essas medidas vieram tarde demais, pois a cultura que aceita o uso do álcool como meio de conviver com os problemas da vida desenvolveu-se naquele período. Passados mais de 200 anos, continuamos pensando da mesma maneira”.

Posteriormente, partindo da Europa e chegando à América com os colonizadores, o álcool alicerçou a economia local, levando os fazendeiros a converterem seus campos em culturas para a produção da bebida, atividade enormemente rentável à época, porquanto o produto era utilizado como moeda de troca (CARNEIRO, 2010).

O próprio exército considerava o álcool como algo indispensável aos combates, sendo exigência dos soldados para sair a campo, relatam Carneiro (2010) e Campbell e Graham (1991). As autoras salientam que, ainda que as condições de vida na América Colonial não fossem tão degradantes como na Inglaterra, o consumo da bebida era consideravelmente elevado.

Dando prosseguimento, o primeiro escritor esclarece que somente a partir do século XIX surgiram as primeiras iniciativas para combater o abuso da bebida;

contudo, as entidades envolvidas defendiam apenas a sua moderação, não a abstinência. Grupos religiosos rotularam o consumo do álcool como pecado, aliando-se a outros movimentos contra a legalidade do produto. Por conseguinte, os empresários donos de fábricas visualizavam na bebida as causas do absenteísmo, movimentos sindicais e formação de rebeliões (CARNEIRO, 2010, p.16):

Segundo os estudiosos, o rápido sucesso do movimento era resultante do conflito entre a família e os grupos religiosos do Meio- Oeste americano e os elementos menos estáveis da sociedade, como os vaqueiros, caçadores, jogadores, aventureiros e prostitutas (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 40).

Cruz (2011) propõe-se a mostrar que os primeiros programas de desintoxicação surgiram nos anos 40, destinados aos funcionários alcoólatras e oferecidos pelas próprias empresas. Entretanto, o abuso de drogas ilícitas no ambiente de trabalho realmente se agravou no fim da década de 70, período que culminou com a competitividade acirrada do mercado, a pressão por produtividade e a disseminação das anfetaminas, maconha, cocaína e heroína, esclarece o autor.

Atualmente o álcool é consumido no mundo inteiro, sendo que 25% do montante são produzidos de forma ilegal, conforme dados do Relatório Global sobre Álcool e Saúde, da OMS.

Segundo o documento, as bebidas destiladas correspondem à metade dos tipos mais consumidos, seguido pela cerveja (35%) e do vinho (8%). Nas Américas 55% são consumidos em cerveja, ficando em segundo os destilados (32,6%) e o vinho (11,7%), evidencia a pesquisa (CISA, 2014, texto digital).

Outro dado registrado no documento revela que países com maior desenvolvimento econômico consomem mais álcool, ao passo que países menos desenvolvidos possuem maiores índices de mortalidade e doenças atribuídas à bebida. A dimensão fática do problema é relatada por Marano (2014), ao afirmar que 50% de filhos de alcoólatras são alcoólatras.

A imagem a seguir aponta os países com maior índice de consumo de álcool per capita no mundo:

Figura 1 - Estimativa do consumo per capita de álcool de acordo com país



Fonte: CISA (2014, texto digital).

Cabe aqui tecer um comentário a respeito da situação em que o Brasil se encontra. Apesar de não estar no topo da lista, as estatísticas analisadas na pesquisa global comprovam que o problema do álcool é preocupante, evidenciando-se um consumo médio de 8,7L por pessoa, índice não desejável e superior à média mundial (CISA, 2014).

Essa apreensão é pertinente e fundamentada, como será esclarecido ao longo desse trabalho, no qual serão apresentados mais adiante os danos provocados pela bebida no que se refere à sociedade, à economia e ao trabalho. Nesse hiato, de forma análoga ao álcool e igualmente preocupante, também o haxixe faz parte da cultura de vários povos há séculos, como se verá a seguir.

2.2.2 Haxixe

Consumida na Ásia há milhares de anos, a pasta é formada pelas secreções de tetrahydrocannabinol (THC), princípio ativo da maconha. Utilizado na China de forma medicinal, tornou-se mundialmente conhecido quando do comércio de especiarias, em 2 d.C., seguindo para a África e o Oriente Médio (LOPES, 2006, texto digital).

O pesquisador esclarece que o nome da substância deriva do árabe *hashish* (erva seca) e foi muito utilizada pelos soldados durante as Cruzadas. Posteriormente, no século XVIII, chegou à Europa a partir de onde se difundiu rapidamente por diversos países.

Além do haxixe, dentre as drogas mais consumidas na história da humanidade encontra-se a cocaína, como se verá a seguir.

2.2.3 Cocaína

Conhecida popularmente como “pó” e “coca”, convém esclarecer que essa droga encontra-se há milhares de anos na civilização ocidental, havendo relatos de sua existência antes de 2.500 a.C. nos Andes, tendo sido apresentada aos espanhóis no século XVI, na forma de folhas de coca, asseguram Carneiro (2010) e Campbell e Graham (1991, p. 50).

As autoras enfatizam a importância da planta na cultura peruana, especificamente em rituais religiosos:

As folhas de coca adquiriram importância sagrada, tornando-se elementos essenciais nas cerimônias de iniciação e casamento. Nos funerais, os corpos mumificados tinham às vezes folhas de coca na boca; e feixes da planta eram colocados nos túmulos para facilitar a viagem ao além (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 50).

Apesar de os conquistadores europeus proibirem seu uso em ritualísticas, existem dados de que era permitido aos índios utilizarem-nas para aplacar a fome e reduzir a fadiga, tornando-se também dóceis e submissos, facilitando a relação de obediência para com os colonizadores. Levada à Europa, a planta passou a ser utilizada na fabricação de vinhos e depois experimentada de forma isolada via intravenosa, constatando-se imediatamente a intensidade dos seus efeitos (LOPES, 2006).

Em meados do século XIX, a droga passou a ser utilizada para cura do alcoolismo, da morfina e do ópio; por vezes, era indicada no combate à depressão, timidez, nervosismo, resfriados e problemas estomacais, além de utilizada como anestésico em cirurgias. Nesse ínterim, entre 1886 e 1906, a bebida Coca-Cola era comercializada nos EUA como um tônico feito à base de cocaína, sendo que até hoje

a empresa é a maior importadora legal de folhas de coca no mundo (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 35; CARNEIRO, 2010).

Cabe um destaque à adoção da cocaína por atletas e artistas ligados aos meios de comunicação ou às artes, além de diversas personalidades históricas: Júlio Verne, Sarah Bernhardt, Emile Zola e cazers da Rússia. A priori, durante muito tempo se acreditava que a droga melhorava o desempenho esportivo e soltava a voz, além de seus efeitos estimulantes. Ademais, o entendimento majoritário da sociedade considerava a droga um símbolo de status: “Uma taça de cristal de cocaína numa festa significava que o anfitrião era não apenas rico, mas superior” (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 35).

Similarmente como aconteceu com o álcool, também ocorreram abusos com o consumo da cocaína, fazendo com que a opinião médica, governamental e pública se voltasse contra a droga e levasse à proibição do seu comércio e posse, a não ser por receita médica.

Segundo Lopes (2006), foi somente no começo do século XX que políticos americanos puritanos começaram a lutar pela proibição da droga, praticamente erradicando-a do país, retornando apenas no fim da década de 1970, quando surgiu o produto refinado vindo da Bolívia e Colômbia. A partir de então, seu consumo assumiu proporções endêmicas, tornando-se a droga preferida de milhões de jovens e de altos executivos (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 51).

A seguir, será demonstrado que também o tabaco faz parte da história da humanidade, integrando-se à cultura e revestindo-se de valor econômico em vários países.

2.2.4 Tabaco

Não se sabe com exatidão a origem etimológica do cigarro, atualmente o principal produto derivado do tabaco, em termos de consumo. Existem relatos datados do século XVIII atribuindo sua denominação ao “cigarral” (horta invadida por cigarras), em que o médico Francisco Hernandez cultivava o tabaco para fins terapêuticos, na Espanha (NARDI, 1985; ROSENBERG, 1998; LOPES, 2006, texto digital).

Depois do açúcar, o produto tornou-se um poderoso vetor comercial, enviado à Europa para formulação do rapé, e para a África em troca de escravos. Carneiro (2010) e os autores supracitados afirmam que as guerras foram um grande estímulo à propagação do tabagismo, sendo considerado indispensável aos soldados, os quais equiparavam a importância do cigarro à ração alimentar que recebiam.

Posteriormente, na primeira metade do século XX, o cigarro virou epidemia masculina: “Nas décadas que se seguiram à Segunda Guerra Mundial, perto de 80% dos homens haviam fumado em algum momento da vida adulta” (VARELLA, 2014, texto digital). De acordo com o médico, seu consumo passou a diminuir nos países de língua inglesa e no Norte da Europa, enquanto que as mulheres começaram a fumar em massa somente a partir dos anos 60.

Na contemporaneidade, o cigarro é a droga mais consumida diariamente em todo o mundo, abarcando um terço da população mundial, dessa forma sendo responsável pela principal causa de mortes na sociedade (CARNEIRO, 2010). Esse dado nefasto é corroborado por Marano (2014, p. 24): Note-se que, no Brasil, para cada dez pessoas, quatro são fumantes, existindo cerca de 120 inválidos e a ocorrência de 200 mil óbitos por ano”.

Como se verá a seguir, também a maconha está difundida em quase todos os países, tendo sua origem na Ásia e propagando-se depois para os demais continentes.

2.2.5 Maconha

A *Cannabis sativa*, nome científico da planta, é originária da Ásia Central e consumida há mais de 10 mil anos, sendo seu uso documentado na farmacologia chinesa desde 2737 a.C., para uso em problemas estomacais. Já na Índia, nessa mesma época, o espécime era considerado sagrado (LOPES, 2006; CARNEIRO, 2010). Em relação a essa cultura, Campbell e Graham (1991, p. 56) posicionam-se: “Muitos acreditavam e ainda acreditam que a maconha é um excitante natural, uma substância pura e inofensiva do jardim da Mãe Natureza”.

Martins (2007, texto digital) contribui com esse relato ao descrever a existência

de papiros egípcios datados do século XVI a.C., citando a planta como a droga sagrada dos faraós. Outro exemplo oportuno parte do eminente historiador grego Heródoto, ao relatar, em 450 a.C., que a maconha era queimada nas saunas, a fim de relaxar seus frequentadores (LOPES, 2006; CARNEIRO, 2010).

Ao longo da História, a maconha teve as mais diversas aplicações, desde a utilização de seu óleo na iluminação, quanto suas fibras de alta resistência para a fiação, tecelagem e produção de como cordas navais. Subproduto da planta, o papel de cânhamo foi utilizado na Idade Média para confecção de livros e papel-moeda. Enquanto isso, seu uso medicinal foi aplicado das mais diversificadas formas, como sedativo, relaxante, analgésico, estimulante do apetite e afrodisíaco (CARNEIRO, 2010, p. 18; MARTINS, 2007, texto digital).

A propagação da droga tomou maiores proporções através do comércio entre a Inglaterra e a Jamaica, abrangendo na sequência o México, após o que foi rebatizada com o nome de marijuana. Sua inserção nos EUA foi instantânea, passando a ser proibida a partir de 1930, quando se verificou um tardio reconhecimento de sua repercussão, relata Martins (2007).

O citado autor e Lopes (2006) relatam que no Brasil a droga surgiu com a vinda dos escravos africanos, os quais a utilizavam em ritos religiosos. Durante muito tempo e até 1905 era possível comprar cigarro feito de maconha e tabaco, sendo indicado para combater a asma, insônia e catarros, dizem os autores.

Apesar de classificada em 1948 pela ONU como droga ilícita, o país americano continua sendo seu maior produtor, maior consumidor e detentor do maior número de prisioneiros condenados pela posse, cultivo ou comércio da substância (CARNEIRO, 2010). Em relação a isso, importa salientar um contexto de ordem técnica apontado por Campbell e Graham (1991, p. 57):

Nos anos 60, quando a maconha entrou nas universidades e nas comunidades suburbanas dos Estados Unidos, a quantidade de THC encontrada na maconha era pequena- menos de meio por cento. Hoje, ao se transformar em um grande negócio, os plantadores cultivam plantas com mais de 6 por cento de THC. As espécies mais caras devem ter mais de 10 por cento.

Outra droga milenar e descoberta na América é o ayahuasca, também consumida atualmente em diversos países, como será evidenciado a seguir.

2.2.6 Ayahuasca

Ao desembarcarem na América no século XVI, portugueses e espanhóis depararam-se com um hábito cultivado há mais de 4 mil anos pelos índios e rotulado pelos padres jesuítas como “poção diabólica”: tratava-se de um cozido preparado com uma planta que diziam ter poderes alucinógenos. O preparado era destinado aos espíritos, mas também servia ao prazer dos usuários, visto que, após os rituais, muitas vezes ocorriam relações sexuais entre os índios e suas parceiras (LOPES, 2006, texto digital).

Carneiro (2010, p. 23) explica que a partir de 1930, a planta surgiu nas fronteiras do Acre, Rondônia e Bolívia, utilizada em rituais e rebatizada com o nome Santo Daime, derivado de “dai-me luz” ou “dai-me força”. A partir daí, foi disseminada por todo o Brasil, e a partir de 1990 legitimada somente para uso religioso, sustenta o autor. Atualmente o chá é conhecido no mundo todo, sendo que na publicidade virtual existem mais de 400 mil sites fazendo sua divulgação (LOPES, 2006, texto digital).

Dentre as plantas tóxicas originárias da América, o autor também cita o cacto peiote, cuja origem será abordada em seguida.

2.2.7 Cacto peiote

Das mais de 50 espécies de cactos conhecidas no mundo, apenas 10% possuem propriedades alucinógenas. A variedade *Lophophora williamsi*, que brota em desertos dos EUA e México, é utilizada há mais de 3 mil anos e considerada sagrada pelas comunidades indígenas (LOPES, 2006, texto digital).

A partir do século XX surgiu uma nova religião entre as comunidades indígenas mexicanas e norte-americanas, cujo sacramento é a própria planta e de cujo culto participam cerca de 25% dos indígenas (CARNEIRO, 2010, p. 22). Lopes (2006) observa que, dessa planta, também é extraída a mescalina, substância capaz de modular os efeitos alucinógenos e indubitavelmente utilizada como droga.

O último autor também acompanha a trajetória do crack e seu surgimento no cotidiano da sociedade, como será explanado em seguida.

2.2.8 Crack

Ao contrário das demais substâncias, Lopes (2006) esclarece que o crack não tem sua origem vinculada a fins medicinais, pois foi criado tão somente com o objetivo de provocar alterações no usuário e despertar-lhe sensações de prazer. O estudioso esclarece que o nome da substância deriva do barulho feito por suas pedras ao serem queimadas para o consumo.

Battisti (2010) esclarece que nos anos 70 o estimulante foi introduzido como suporte a tratamentos psicoterápicos, defendida a ideia de que auxiliava na derrubada de barreiras psicológicas, sem que no entanto houvessem estudos científicos para comprová-lo. Segundo o autor, a partir de 1985 a OMS passou a considerar a substância como droga de restrição internacional.

O consumo do crack explodiu em meados dos anos 80 como uma versão mais barata da cocaína, uma vez que é diluída em uma mistura com bicarbonato de sódio. Em contraste, à luz de um outro cenário, acabou atraindo o interesse de universitários, artistas e políticos, que passaram a adotá-lo (LOPES, 2006, texto digital).

O autor esclarece que um dos efeitos da droga é provocar um estado intenso de euforia no usuário, mas que dura apenas 10 minutos; por consequência, o consumidor é obrigado a repetir a dose, de forma cíclica, perpetuando-se o vício (LOPES, 2006, texto digital).

Passados 20 anos, a substância tomou as ruas, utilizada em festas e baladas que duram dias. Conforme relato do autor, o tráfico do crack ocorre nesses ambientes, afastando o paradigma de que invariavelmente origina-se dos morros nas favelas. Inserido no segmento das drogas sintéticas, psicotrópicos produzidos geralmente em laboratórios domésticos, o crack é consumido em sua maioria por jovens de classe média, normalmente na forma de comprimidos, mas podendo ser também inalado ou injetado, sintetiza o historiador.

Posto isso, autor demonstra seu conhecimento ao explicar sobre a presença dos cogumelos alucinógenos em várias culturas, como será demonstrado a seguir.

2.2.9 Cogumelos

Na Europa e na Sibéria a planta já era colhida há mais de 5 mil anos pelos nativos que, quando não a encontravam, chegavam a beber a urina das renas que haviam comido o cogumelo, a fim de obter seu efeito entorpecente (LOPES, 2006, texto digital). O autor relata que no Império Romano uma variedade da planta era consumida em orgias regadas a vinho, ao passo que na Idade Média era utilizada na produção de pães, fazendo com que as pessoas dançassem sem parar nas festas.

A variedade existente na América Central é a *psilocybe*. Em El Salvador, Guatemala e México existem esculturas em forma de cogumelo associadas a figuras humanas e datadas de 500 a.C. O escritor atesta a existência de 30 mil espécies de cogumelos no mundo, sendo que apenas 70 são alucinógenos.

Ao contrário de diversas drogas existentes na natureza, o autor relata o surgimento acidental de outras, produzidas em laboratórios, como o ecstasy, cujo histórico será apresentado a seguir.

2.2.10 Ecstasy

Em 1912, nos laboratórios da indústria farmacêutica Merck, na Alemanha, ao se buscar a obtenção de substâncias moderadoras de apetite, foi desenvolvida uma droga chamada metilenedioxianfentamina (MDMA). Desconhecidos seus efeitos colaterais, sua fórmula permaneceu arquivada até 1960, quando foi inserida em estudos envolvendo tratamentos para a libido. Possuindo o mesmo princípio ativo do LSD, capaz de estimular a produção de serotonina (neurotransmissor responsável pela sensação de prazer), originou-se daí seu nome, similar a “êxtase”, ou comumente chamado de “pílula do amor” (LOPES, 2006, texto digital).

Cumprido atestar que, tal qual o ecstasy, também a heroína proveio de experiências laboratoriais, como se verá a seguir.

2.2.11 Heroína

A droga foi descoberta casualmente em 1874, ao se auferir um aperfeiçoamento na fórmula da morfina. O novo remédio passou a ser comercializado

em 1898, indicado para a cura da tosse e tuberculose, derivando de suas propriedades “heroicas” o nome “heroína” (LOPES, 2006, texto digital).

O autor salienta que de forma similar foi descoberto o potencial lesivo de seus danos: assim que injetada, era uma substância de efeito instantâneo, poderosa e que gerava dependência na mesma velocidade, sendo proibida nos EUA já em 1906.

Produzida pela indústria farmacêutica Bayer até 1913, continuou circulando ilegalmente pela Europa e Ásia durante muitos anos. Quando os soldados americanos retornaram da Guerra do Vietnã, em 1975, trouxeram consigo a droga de volta aos EUA. Advém disso a estatística de que, do contingente de soldados que haviam consumido a substância, 10% voltaram viciados (LOPES, 2006, texto digital).

Ato contínuo, será citada doravante a origem do LSD que, a exemplo da heroína, foi utilizado em operações militares, de forma clandestina.

2.2.12 LSD

Descoberta de forma acidental por um químico alemão em 1938, somente em 1943 a droga foi testada em humanos, chamando-se de *Lysergsäurediethylamid*, palavra alemã para a dietilamida que compõe o ácido lisérgico, componente do LSD (LOPES, 2006, texto digital).

A importância atribuída aos seus efeitos foi amplamente utilizada em interrogatórios militares ou sessões de “lavagem cerebral”, tratada como arma psicológica, o que posteriormente foi banido, frente à dignidade do indivíduo e ao respeito pelos direitos humanos (CARNEIRO, 2010, p. 22).

Levada aos EUA, foi uma das atrações principais na cidade de São Francisco, no momento histórico em que se iniciava a cultura hippie. Em 1967, o movimento chegava a reunir 100 mil pessoas em parques, festivais e festas regadas a heroína, que normalmente culminavam em sexo coletivo, relatam os autores.

A saber, também o ópio teve utilização em conflitos bélicos, com envolvimento em duas guerras como principal motivo econômico, porquanto seu papel decisivo na rota de comércio entre a Europa e Ásia, como será evidenciado em seguida.

2.2.13 Ópio

Produzida da papoula branca na forma de um suco leitoso, a droga tem seu consumo datado há mais de 5 mil anos na Ásia, ilhas do Mediterrâneo e Oriente Médio. Adotada pelos gregos, derivando daí seu nome *opin* (suco), foi largamente utilizada pelos romanos, inclusive para fins medicinais (LOPES, 2006, texto digital).

O estudioso mensura que o ópio tornou-se monopólio comercial da Inglaterra no período das grandes navegações. Como o produto havia sido proibido na China em 1729, o contrabando levou os dois países a um conflito chamado Guerra do Ópio, de 1839 a 1842. Com a vitória dos ingleses, foi novamente estabelecido o comércio com a China até 1856, quando eclodiu o segundo conflito, que se estendeu até 1860.

Na sua composição encontram-se diversos alcaloides como a morfina, a codeína e a heroína, sendo efetivamente utilizado como antitussígeno, antidiarreico e anestésico durante muito tempo: “A morfina tornou-se, e ainda é até hoje, o mais eficiente recurso médico contra a dor” (CARNEIRO, 2010, p. 18).

Daqui pra frente, o estudo segue apresentando uma breve contextualização do surgimento das drogas no Brasil.

2.3 Evolução histórica das drogas no Brasil

O surgimento das drogas no País tem suas raízes relacionadas aos índios, em cujos rituais religiosos e festejos utilizavam as substâncias tóxicas das plantas. Especificamente a maconha foi a primeira droga vinda de fora do Brasil, trazida por escravos angolanos nas caravelas portuguesas, no período colonial (OLIVEIRA, 2008).

Por outro lado, o tabaco sempre ocupou posição de destaque na economia brasileira, desde o descobrimento do País. Segundo o autor, desde 1889 sua relevância econômica encontra-se registrada pela representação no brasão das Armas Nacionais, juntamente com o café.

Entre as drogas mais difundidas atualmente no país encontra-se o crack, que foi visto pela primeira vez em São Paulo em 1989, ocupando o papel da cocaína entre

as classes mais pobres. No final dos anos 90 passou a ser negociado no Rio de Janeiro pelas redes de tráfico, passando seu uso a ser de interesse dos especialistas em saúde (LOPES, 2006; BATTISTI, 2010).

No plano dos fatos, o primeiro autor garante ser o crack ainda hoje a droga mais vendida em favelas e entre moradores de rua, apesar de seu consumo ocorrer atualmente por usuários de todas as classes sociais. Inegavelmente se verifica que o mercado da substância está diretamente relacionado à violência do tráfico, em virtude das alterações provocadas nos usuários, que se tornam ao mesmo tempo agressivos e vulneráveis (ABC..., 2011, texto digital).

De forma incontestável o Brasil tem visto crescer em ritmo desenfreado o número de usuários de cocaína, cujo maior índice encontra-se nas regiões Sul e Sudeste. Atualmente o país é o segundo maior mercado da droga nas Américas, ficando atrás somente dos EUA. Já no âmbito internacional, inegável é o papel do Brasil como responsável por grandes volumes de maconha apreendidos na América do Sul, revelando aumento no consumo da droga, juntamente com o haxixe. Indicadores do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) identificam o País como o maior mercado de opiáceos na América do Sul (OLIVEIRA, 2008, p. 20).

A seguir, será desenvolvida uma contextualização de alguns tipos de drogas mais utilizados na modernidade.

2.4 As drogas mais utilizadas na contemporaneidade

Fonte inesgotável de curiosidade, as drogas estão sujeitas aos fenômenos dos modismos, submetendo-se aos ditames dos comportamentos da sociedade em cada época. Assim, nos anos 60 e 70 vivenciou-se o auge da maconha; já nos anos 80 o que esteve em voga foi a cocaína, que havia surgido nos anos 60, mas rotulada como a droga dos mais ricos (GIKOVATE, 1992). A fim de tornar a experiência mais acessível e atrair mais usuários, a partir dos anos 70, começou-se a misturar a cocaína com bicarbonato de sódio e água, dando origem ao crack, explica o autor.

Para Amar (1988), as drogas afetam o homem já na vida intrauterina quando os pais são viciados, e ao longo da civilização tornaram-se o maior e mais lastimável dos flagelos que assolam a sociedade. Assim, são capazes de abranger pessoas de todas as idades, em todas as camadas sociais e em todos os países do mundo.

Essa opinião é corroborada por Monteiro (2005), ao afirmar que as drogas impõem ao ser humano um lamentável atraso no seu progresso moral, sem falar nas mortes que causa, seja na forma de acidentes ou doenças, além de servir como vetor para o cometimento de crimes.

A referência se justifica pela facilidade de acesso às substâncias químicas, que movimentam um mercado econômico de proporções imensuráveis e com lucros gigantescos, afirma Vargas (2011). Segundo Amar (1988), a própria concepção de mundo na mente de milhões de pessoas foi afetada pelo uso de entorpecentes.

A maior pesquisa em nível mundial sobre o tema, a Pesquisa Global de Drogas 2014 (PGD) realizada pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), aponta que 243 milhões de pessoas, ou 5% da população global entre 15 e 64 anos de idade, usaram drogas ilícitas em 2012 (TAVARES, 2014, texto digital).

O autor revela que, aplicado em 80 mil pessoas e 18 países, o documento evidenciou ser o álcool a droga mais usada naquele ano, seguido pelo tabaco e pela maconha. Em contrapartida, apenas um índice inferior a 60% dos dependentes de álcool admitiram ter algum problema com a bebida, enumera o autor. Segundo ele, americanos e australianos são os mais conscientes dos problemas causados pela bebida, ao passo que os portugueses estão no outro extremo.

Em vários países, os habitantes sequer conheciam a legislação referente à bebida, afirma o estudioso. A pesquisa identifica a Irlanda como o país com o maior número de empregados que foram trabalhar com ressaca, seguido pelo Reino Unido e Hungria, ao passo que os países que tiveram menos registros foram Estados Unidos e Portugal, enuncia o estudioso.

Segundo a UNDC, apesar da prevalência do uso de drogas no mundo encontrar-se estável, no Afeganistão foi identificado um aumento de 36% no cultivo da papoula, concentrando 80% da produção global de ópio. Também foram

comprovados registros de aumento significativo de heroína em diversos países, afigurando-se a predileção por determinadas drogas (CANESTRELLI, 2014).

A autora atesta que amplamente reconhecido é o uso de cocaína na América do Norte e do Sul, sendo que o tráfico da droga pelo continente africano elevou o número de consumidores, como advento do maior poder de compra de seus habitantes. Já a maconha tem encontrado mercado maior na América do Norte, posto que divulgados seus efeitos menos nocivos à saúde. Ainda não existem dados conclusivos no que se refere às consequências da sua legalização no Uruguai e em alguns estados dos EUA, define a escritora.

Indicadores da pesquisa situam a América do Norte como detentora do maior número de apreensões de metanfetamina, após serem descobertos e desmantelados diversos laboratórios clandestinos. A nível mundial, verificou-se o aumento do dobro da quantidade da detenção da droga, no período entre 2010 e 2012. De forma alarmante, também dobrou o volume de apreensão de novas substâncias psicoativas, entre 2009 e 2013, precisa a autora.

Se de um lado a globalização de produtos químicos facilitou a conversão dos usos legais para ilegais, por outro lado houve maior fiscalização das substâncias químicas necessárias à sua fabricação. Dessa maneira, de 2007 a 2012 houve maior apreensão de precursores de anfetaminas e metanfetamina do que de drogas em si, o que também resultou num decréscimo do uso de LSD e ecstasy, afirma a autora, demonstrando seu inconformismo.

Cumprir observar que nos EUA e alguns países da Europa e da Ásia verifica-se a alternância entre o consumo de heroína e opióides farmacêuticos de mesmo efeito, o que se deve ao menor preço e maior facilidade de acesso (CANESTRELLI, 2014).

Políticas mais permissivas ao uso do cigarro levaram grandes indústrias a investir de forma intensa na Ásia, África e Oriente Médio, nos quais existem poucas medidas restritivas, ao contrário do que ocorre na América e Europa. A maioria dos fumantes, cuja totalidade chega a 1 bilhão de pessoas, vive em países pobres e superpopulosos. Na forma de fumantes ativos ou passivos, são responsáveis por

6,3% das enfermidades que assolam a humanidade, matando 6,3 milhões de pessoas a cada ano:

A prevalência caiu para menos de 20% na Austrália, Canadá, Brasil, Estados Unidos e Europa do Norte, mas ficou estabilizada em níveis ao redor de 60% nos lestes europeu e asiático. A prevalência entre as mulheres ainda se mantém ao redor de 40% em algumas partes da Europa. Na África abaixo do Deserto do Saara, os níveis são relativamente mais baixos, e o consumo de cigarros por fumante é menor do que nas Américas, Europa e Ásia (VARELLA, 2014, texto digital).

Ora se entende ter se tornado uma problemática descomunal a disseminação do crack, atualmente presente em diversos lugares públicos e comercializado a um preço por demais acessível à grande parte dos usuários. No que tange à posição do Brasil, dados da Junta Internacional de Fiscalização a Entorpecentes (JIFE), órgão ligado à ONU, apresentam o País ocupando o terceiro lugar no ranking de maior consumidor mundial do crack, ficando em primeiro na rota do tráfico internacional de cocaína no Cone Sul (YOUNG, 2010).

O autor afirma que, por ter sido alavancado ao patamar de doença epidêmica, o vício do crack tem sido um desafio às autoridades brasileiras, que vêm gastando milhões de reais em tratamentos, aumento do número de leitos em hospitais, criação de centros de apoio e capacitação de colaboradores.

Por ser defeso em lei, o tráfico de drogas está inserido na amplitude da marginalidade e da violência, expondo o usuário aos mais diversos riscos, desde confrontos com traficantes ou policiais, como à superdosagem.

Não obstante, dados do CEBRID documentam que, considerado o montante de pessoas afetadas pelo uso de substâncias psicoativas, atualmente metade da população brasileira convive com o problema (OLIVEIRA, 2008, p. 19):

Como estas pessoas têm na sua relação mais próxima pelo menos duas ou três pessoas (codependentes), que são profundamente afetadas pelas consequências desta doença, teremos que mais de 50% da população é atingida pela dependência química.

Feitas essas considerações, o estudo segue com uma relativização a respeito da legislação brasileira pertinente ao consumo de entorpecentes.

2.5 O que diz a legislação brasileira sobre o consumo de drogas

No que tange ao problema do combate às drogas, a legislação brasileira não possui uma origem genuinamente pátria, uma vez que descende das Ordenações Filipinas. Nesse período e até o Código Penal de 1890, a única referência que se fazia era às “substâncias venenosas” que ninguém poderia ter em casa, criminalizando a venda ou sua aplicação. Entretanto, tal vedação não impediu o crescimento da toxicomania, como também não surtiram efeitos as proibições posteriores, na forma de decretos infrutuosos (GRECO FILHO; RASSI, 2008; VITOLA, 2010, p. 34-35).

Foi somente a partir das convenções internacionais que o País começou a adotar uma política antidrogas mais repressiva, alavancada pela Conferência Internacional do Ópio (1912) e as convenções de Genebra em 1925, 1931 e 1936. Nesse sentido, a palavra “entorpecente” passou a compor a legislação brasileira a partir de 1921, acrescenta Vitola (2010, p. 35).

A escritora comenta a previsão expressa que havia no Código Penal de 1940, vigente até hoje, no qual se elencavam as condutas tipificadas como criminosas, no que concerne às drogas. Já em 1968, por ocasião da ditadura militar, houve a equiparação do usuário com o traficante de drogas, imposto pelo Decreto-Lei Nº 385/68, esclarece a autora.

Greco Filho e Rassi (2008, p. 3) ressaltam que, ao dispor sobre medidas coercitivas ao tráfico e uso de entorpecentes ou outras substâncias que provoquem dependência, a Lei Nº 5.726/71 configura a mais completa e válida iniciativa no combate às drogas, em âmbito mundial.

Posteriormente, em 1976 passou a vigorar a Lei Nº 6.368/76, que previa os crimes e as penas para os usuários e traficantes, e a Lei Nº 10.409/02, que regulamentava a realização dos procedimentos investigatório e processual. Nessa esteira, a Constituição Federal de 1988 tornou inafiançável o tráfico de entorpecentes, insuscetível de graça ou anistia, prevendo inclusive a extradição do brasileiro naturalizado envolvido no crime (VITOLA, 2010, p. 41; GRECO FILHO; RASSI, 2008). Os autores argumentam que, com o propósito de uniformizar e estabilizar a legislação

pertinente, comemorou-se em 2006 o advento da Lei Nº 11.343, denominada Lei das Drogas , que será mencionada nessa pesquisa mais adiante.

Em conformidade com a medida criminal, o Brasil passou primeiramente a construir uma política nacional sistêmica que visasse o combate às drogas. Foi somente por ocasião da XX Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1998, na qual foram discutidos os princípios diretivos para a redução da demanda, que as primeiras medidas foram tomadas em âmbito mundial (VITOLA, 2010).

Por essa razão, foram criados no País o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Pelo Decreto Nº 4.345/2002, foi instituída a Política Nacional Antidrogas (PNAD) e em 2006 o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), pela Lei Nº 11.343/2006 (A POLÍTICA..., 2011, texto digital; VITOLA, 2010, p. 47).

Em essência, o objetivo de todas as políticas de combate às drogas é o mesmo, isto é, almeja o combate genérico à demanda e ao consumo de drogas lícitas e ilícitas que causem dependência, além de repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito. Nesse contexto, também procura intentar ações preventivas que busquem o tratamento, a recuperação, a redução de danos e a reinserção social de usuários e dependentes (A POLÍTICA..., 2011, texto digital).

Apesar da clareza dessa visão, existem medidas específicas para tratar de forma autônoma a repressão a algumas drogas, como se verá a seguir.

2.5.1 Quanto ao cigarro

A partir de dezembro de 2014, profundas mudanças foram determinadas no que dispõe sobre o consumo e venda de derivados de tabaco no Brasil. Até então, a Lei Nº 9.294/96 permitia o fumo em locais específicos denominados de “fumódromos”, que nada mais eram do que ambientes separados por plantas ou cortinas, não oferecendo qualquer proteção à saúde dos não fumantes e violando o direito à saúde, uma vez que os poluentes oriundos do cigarro dissipam-se de forma homogênea no ar (AMBIENTES..., 2015, texto digital).

Com as alterações trazidas pelo art. 49 da Lei Nº 12.546/2011, intitulada Lei Antifumo, e pelo Decreto Nº 8.262/2014, que a regulamenta, desde 03 de dezembro de 2014 está proibido o fumo de cigarros, cigarrilhas, cachimbos, charutos, narguilés e qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, inclusive os cigarros eletrônicos, em locais total ou parcialmente fechados em qualquer um de seus lados, por uma parede, divisória, teto ou toldo, sejam públicos ou privados (CASTRO, 2014; LEI..., 2014, texto digital).

Em relação a isso, salienta-se a vedação do fumo em locais como restaurantes, hospitais, escolas, bares, boates, cinemas, repartições públicas, veículos públicos e privados de transporte coletivo e quaisquer recintos de trabalho coletivos, mesmo que o ambiente seja parcialmente fechado, descreve o primeiro autor.

Antes da regulamentação, oito estados brasileiros já possuíam legislação própria sobre o tema: São Paulo, Rio de Janeiro, Rondônia, Roraima, Amazonas, Mato Grosso, Paraíba e Paraná. Em São Paulo a Lei Antifumo vigora desde 2009, com a proibição dos fumódromos, ao passo que em outros Estados muitas empresas apenas transferiam para suas áreas externas o local permitido ao fumo (LEI..., 2014, texto digital).

Assim, a publicidade comercial passou a ser defesa em lei, inclusive nos pontos de venda, e os produtos devem portar alerta sobre os malefícios da droga. O fumo é permitido apenas em casa ou locais totalmente abertos, como parques, estádios de futebol, vias públicas e eventuais tabacarias específicas para esse fim, além de cultos religiosos, quando fizer parte do ritual (CASTRO, 2014, texto digital).

Também é permitido o fumo aos estúdios e locais de filmagem ou gravação de produções audiovisuais, quando necessário à produção da obra; aos locais destinados à pesquisa e ao desenvolvimento de produtos fumígenos; e a pacientes que tenham autorização expressa do médico, em casos de tratamentos de desintoxicação de drogas mais fortes. Nos casos citados, as áreas utilizadas deverão respeitar todas as medidas que busquem a proteção do trabalhador, conforme Portaria Interministerial MTE/MS nº 2.647/ 2014, esclarece a autora.

A imagem a seguir identifica a campanha do Ministério da Saúde, feita para esclarecimento da população, quando do lançamento da Lei Antifumo, em 2014:

Figura. 2 – Folder referente ao lançamento da Lei Antifumo

Nova Lei Antifumo



É PROIBIDO

Fumar em locais de **uso coletivo** (públicos ou privados) que não sejam completamente ao ar livre.

Quarto de hotel também é proibido.

Ou seja, não se pode fumar nem em locais fechados por apenas **UMA PAREDE, TETO OU TOLDO.**

Há exceção para:

CULTOS RELIGIOSOS
em que o fumo faz parte do ritual

TABACARIAS
voltadas especialmente para esse fim

áreas abertas em **ESTÁDIOS DE FUTEBOL**

em locais de **FILMAGEM** quando necessário à produção da obra

em locais destinados à pesquisa e desenvolvimento de **PRODUTOS FUMÍGENOS**

em instituições de **TRATAMENTO DE SAÚDE** que tenham pacientes autorizados a fumar pelo médico que os assiste

Só é permitido: fumar em casa e em áreas ao **AR LIVRE** como parques e ruas



Atenção: a lei não vale só para cigarro. Serve para:

cigarilhas

charutos

cachimbos

narguilés

Adeus, fumódromo!
Todos os fumódromos, como os de empresas, tem que ser extintos, mesmo que não sejam completamente fechados.



Em propaganda
A partir de agora é proibido qualquer tipo de propaganda comercial de cigarros, mesmo cartazes nos pontos de vendas.



Ainda pode exibir os produtos, desde que acompanhados de **mensagem** sobre os males de fumar

Para conscientizar:
Fabricantes terão que coltar **AVISOS** sobre os danos causados pelo tabaco em:



100%
da parte de trás da carteira

e em uma de suas laterais

receber multas de **R\$ 2 mil** a **R\$ 1,5 milhão**

ser interditados

ter a autorização de funcionamento cancelada

O fumante não é multado.

JUN

A lei foi regulamentada em junho

DEZ

É vale a partir de 03/12/2014, sem período de adaptação

Fonte: O QUE... (2014, texto digital)

Essa legislação consolida um grande passo para a proteção do fumante passivo, especialmente dos trabalhadores em ambientes coletivos, que ficavam expostos a mais de 4.700 substâncias tóxicas durante sua jornada de trabalho, num montante de 13,5% de trabalhadores não fumantes. Dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT) comprovam que a cada ano cerca de 200 mil pessoas morrem devido à exposição à fumaça do tabaco no local de trabalho, representando de 4 a 10 cigarros a cada jornada. Cabe citar aqui a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, que demonstrou haver no ambiente doméstico 10,7% de não fumantes expostos aos malefícios dos produtos do tabaco, atingindo principalmente as mulheres e pessoas entre 18 e 24 anos de idade (TABAGISMO, 2015, texto digital).

Onerando o orçamento público em R\$ 37,4 milhões anualmente, o tabagismo passivo causa diariamente pelo menos sete mortes no país. Dos valores dispendidos, cerca de 50% são gastos em tratamentos e internações no Sistema Único de Saúde (SUS) e o restante ao pagamento de benefícios e pensões às famílias das vítimas (AMBIENTES..., 2015, texto digital).

Países como Canadá, Estados Unidos, Inglaterra, Irlanda, Uruguai, Itália e Rússia aplicam há vários anos a proibição total do fumo em ambientes fechados, colhendo resultados benévolos pela redução do número de internações hospitalares e economia aos cofres públicos. Nas Américas, hoje são 16 os países com ambientes livres de fumo em todos os locais públicos fechados e de trabalho: Argentina, Barbados, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Guatemala, Honduras, Jamaica, Panamá, Peru, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela (LEI..., 2014, texto digital).

Sem dilações indevidas, é irônico verificar que diversos dos países citados acima preocupam-se com a restrição ao fumo em ambientes fechados, sem no entanto, ao fim e ao cabo, possuir medidas eficazes no combate às drogas em suas fronteiras. Fato controvertido, contudo não invalida o procedimento, que não deixa de ser vital para que se evite retrocessos nessa empreitada.

Como se verá em seguida, se de uma lado têm se mostrado exitosas as medidas de vedação ao consumo do tabaco, o mesmo não acontece em relação ao álcool, cujas políticas não têm tido a eficácia esperada.

2.5.2 Quanto ao álcool

O Relatório Global sobre Álcool e Saúde, elaborado pela OMS, reconhece a abrangência mundial da bebida, auferindo que em 2010 foram consumidos cerca de 6,2 litros de álcool puro entre os indivíduos com 15 anos ou mais. No Brasil, a média é de 8,7L per capita, superior à média mundial, sendo que desses, 17% são produzidos clandestinamente, sobrevivendo o fator da contaminação por metanol ou outras substâncias tóxicas (CISA, 2014, texto digital).

No país a Política Nacional sobre o Álcool existe desde 2007 e busca estabelecer estratégias para o enfrentamento coletivo ao consumo de bebidas alcoólicas e a redução dos danos sociais, sendo regulamentada pelos seguintes instrumentos: Decreto Nº 6.117/2007 e a Lei Nº 11.705/2008 (BRASIL, 2007, texto digital).

O primeiro aprova a política nacional sobre o álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Já a segunda http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei_11.705-2008?OpenDocument altera os arts. 276 e 306 da Lei Nº 9.503/1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro (CTB), disciplinando a margem de tolerância de álcool no sangue e a equivalência entre os testes de alcoolemia (índice zero de presença da bebida no sangue), para efeitos de crime de trânsito (BRASIL, 2007, texto digital).

De modo similar, a medida altera a Lei Nº 9.294/1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, a fim de inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Dessa forma, os estabelecimentos comerciais que vendem ou oferecem bebidas alcoólicas são obrigados a publicar no local o aviso de que dirigir sob a influência de álcool é crime (CISA, 2014, texto digital).

A posteriori, por outros institutos, o governo buscou tornar mais severa a penalização do condutor alcoolizado. Nesses termos, pela modificação do art. 165 do CTB, dirigir sob influência de álcool ou de qualquer substância psicoativa que

determine dependência é considerado infração gravíssima, com multa quintuplicada e suspensão do direito de dirigir por 12 meses. Como medida administrativa, o veículo ficará retido até a apresentação de condutor habilitado e recolhimento do documento de habilitação (CISA, 2014, texto digital).

Sob o mesmo fundamento, assim também sofreu modificação o art. 276 da referida lei, abaixo transcrito, pelo qual qualquer concentração de álcool no sangue sujeita o condutor às penalidades previstas:

Art. 276. Qualquer concentração de álcool por litro de sangue sujeita o condutor às penalidades previstas no art. 165 deste Código. **Parágrafo único.** Órgão do Poder Executivo federal disciplinará as margens de tolerância para casos específicos (BRASI, 2008, texto digital).

O art. 291 desse código é taxativo ao eximir de culpa a lesão corporal feita por condutor sob influência de álcool ou qualquer outra substância psicoativa que determine dependência, ao passo que o art. 306 limita como concentração máxima de álcool no sangue a quantidade igual ou superior a 6 decigramas. A legislação considera bebida alcoólica toda aquela que contiver em sua composição a concentração igual ou superior a meio grau Gay-Lussac (CISA, 2014, texto digital).

Convém precisar que, além dos programas específicos de combate e prevenção ao álcool e ao cigarro, existe no Brasil toda uma política voltada para o combate às drogas, como se verá daqui em diante.

2.5.3 Quanto às drogas em geral

Criada pela medida provisória nº 1669/1998 e posteriormente transferida para a estrutura do Ministério da Justiça pelo Decreto nº 7.426/2011, a política pública brasileira sobre drogas é coordenada pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), Integram ainda o programa o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) e a gestão do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD). Como já foi citado anteriormente, o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) foi instituído pela Lei Nº 11.343/2006 (CISA, 2014, texto digital).

Essa proposta previa inicialmente um trabalho conjunto entre órgãos e entes da administração pública nas esferas municipal, estadual e federal, absorvendo os usuários e dependentes de drogas num trabalho integrado. A partir de então, ao invés

de “entorpecente”, a nomenclatura mais abrangente passou a nominar como “drogas” as substâncias que provocam dependência. Assim sendo, a Lei Antitóxicos figura como uma norma penal em branco, cabendo à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) sua complementação e regulamentação (VITOLA, 2010, p. 49-50).

Apesar de não ser um dos objetivos dessa pesquisa, cabe aqui um paralelo entre duas das principais legislações brasileiras que versam sobre a nefasta problemática das drogas. Afigura-se de um lado a eficácia da Lei Nº 12.546/11, a Lei Antifumo, que regulamenta a restrição publicitária dos produtos fumígenos, e de outro, a inexitosa e insólita resolutividade obtida pelas políticas públicas que buscam a coibição do consumo, regulamentadas pela Lei Nº 12.343/06, a Lei Antidrogas.

Nesse estado de afirmação, verifica-se a peculiaridade de um assunto que se assevera prioritário à saúde pública estar inserido tão somente num artigo de uma legislação que regulamenta a tributação de determinados produtos. Apesar dessa incongruência, o texto da lei é taxativo no que tange às vedações ao produto, seja em relação ao consumo ou à sua publicidade.

Apesar da lei Antidrogas ser anterior à Antifumo, é possível que a segunda tenha buscado uma sensibilização específica frente ao combate ao tabaco, que gera danos mesmo aos que não o consomem, a exemplo dos fumantes passivos, o que não ocorre com o usuário de drogas ilícitas, por exemplo.

Bem de regra, há de se reconhecer toda a exposição dos malefícios causados pelo produto, capaz de relativizar uma demanda incipiente que possa ser influenciada de maneira pontual, associada ao mecanismo inverso dos comerciais mirabolantes dos anos 60 e 70 – no caso, calcado puramente em alertas e avisos de advertência ao consumidor.

A restrição à publicidade danosa do cigarro pode ter contribuído para a implementação fática das medidas previstas no texto da lei. A afirmativa que não pode surpreender sequer os leigos e que consolida essa premissa é feita por Dominguez e Robin (2007, p. 63):

A teoria de marketing afirma que as pessoas são impelidas pelo medo, pela promessa de exclusividade, pela culpa e pela ganância, sendo que a necessidade de aprovação é a motivação promissora dos anos 90. A intenção da tecnologia da propaganda, equipada com a pesquisa de mercado e uma

sofisticada psicologia, é desequilibrar-nos emocionalmente – prometendo em seguida resolver o nosso problema com um produto. De cinquenta a cem vezes antes das nove da manhã. Todos os dias.

É adequado o raciocínio de se verificar a ineficácia do caráter coercitivo e punitivo da Lei Antidrogas, que pune diretamente o usuário, porém de forma branda, permitindo-lhe recorrências, o que não ocorre com o aquele que infringe os ditames da Lei Antifumo, cuja previsão de multas com valores estratosféricos inibe a pretensão ao delito de forma bem mais eficaz. De qualquer sorte e como dito anteriormente, por não se tratar do objetivo desse estudo, instaura-se apenas o questionamento ao motivo do sucesso de uma e do insucesso da outra.

Feitas essas considerações, doravante será feita uma contextualização sobre a ilicitude das drogas, assim como os efeitos que causam no organismo humano, desde o consumo inicial até a completa dependência do usuário, quando submetido à impossibilidade de discernimento causada pelas avarias provocadas nos mecanismos psicológicos que permeiam as escolhas do indivíduo.

3 COMO AS DROGAS AGEM

Nos exatos termos técnicos com que vincula o conceito, a Medicina contemporânea define droga como sendo: **“qualquer substância que é capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento”** (BREUER, 2005, p. 15, grifo do autor).

Para Marano (2014), drogas são substâncias empregadas na indústria química, farmacêutica e em tinturarias, produzindo no indivíduo alterações físicas, psíquicas e emocionais que levam à dependência. O autor esclarece que, apesar de serem considerados drogas, uma vez que contêm em sua composição substâncias que provocam alterações no usuário, alguns produtos como energéticos, café, refrigerantes e chocolates, de uso corriqueiro, não representam maiores ameaças, se consumidas com moderação.

Nesse íterim, o autor afirma que diversas substâncias encontram-se na própria natureza, como o ópio (papoula), a maconha (*Cannabis sativa*) e a nicotina (tabaco). As demais, produzidas em laboratório, são classificadas como drogas sintéticas. Em relação à sua aquisição, mesmo as drogas lícitas possuem restrições, como se verá ao longo do estudo.

A seguir, serão contrastadas as definições de drogas lícitas e ilícitas, a fim de elucidar o estudo.

3.1 Diferença entre drogas lícitas e ilícitas

Segundo a OIT, as drogas encontram-se disponíveis em todas as partes do mundo, com variação da forma, dosagem e grau de pureza. Sob a égide da legalidade, podem ser classificadas em lícitas (têm sua comercialização permitida, como álcool, cigarro e medicamentos) e ilícitas (sua comercialização é proibida por lei, como a maconha, cocaína e crack). Essa definição é peculiar a cada país, submetendo-se tanto às convenções internacionais sobre controle de drogas como à sua própria legislação (OIT, 2008).

Assim sendo, no Brasil o conceito legal está explícito na Lei de Drogas, em seu art. 1º, parágrafo único: “Para fins desta Lei, consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União” (BRASIL, 2006, texto digital). Atualmente, são consideradas drogas todos os produtos e substâncias listados na Portaria n.º SVS/MS 344/98 do Ministério da Saúde.

Suzin (1998, p. 17-18) admite a necessidade da repressão às drogas proibidas, porém alerta sobre a banalidade do consumo daquelas consideradas lícitas:

Até hoje, a política dominante concentra-se na repressão às drogas ilícitas. A abordagem repressiva é indispensável no que se refere à oferta de produtos ilícitos. Mas, esquece-se que as drogas mais consumidas no Brasil são as lícitas e que muitas vezes obedecem a uma lógica intrínseca ao próprio funcionamento da sociedade.

O Relatório Global Sobre Álcool e Saúde, já citado anteriormente, aponta os usuários de drogas ilegais como uma parcela muito pequena da população mundial, quando comparados aos consumidores de álcool e tabaco. Se três milhões de mortes anuais são devidas a essas duas substâncias, apenas 200 mil ocorrem anualmente em decorrência do consumo de drogas lícitas (OLIVEIRA, 2008, p.20).

No Brasil, álcool e tabaco são as drogas mais consumidas e, mesmo legalizadas, são as que acarretam os maiores danos à sociedade. No âmbito global, lesam 10% da população mundial (TAVARES, 2014).

A seguir, o estudo será ampliado pela descrição dos efeitos que essas substâncias provocam no organismo humano.

3.2 Efeitos das drogas no organismo

As substâncias psicoativas são aquelas que, quando ingeridas, fumadas, inaladas, bebidas ou injetadas alteram o sistema nervoso central. Em relação a esses efeitos incide sua classificação, nos ditames da OMS:

Quadro 1 – Classificação das drogas quanto aos seus efeitos

Tipo de droga	Exemplos	Efeitos
Depressoras	Álcool, e fármacos sedativo-hipnóticos, como soníferos, barbitúricos, ansiolíticos, opiáceos e solventes.	Reduzem a atividade do sistema nervoso central, provocando lentidão nos movimentos, reduzem a resposta à dor e à ansiedade; provocam euforia e posterior sonolência.
Estimulantes	Caféina, nicotina, anfetaminas, cocaína, merla e crack.	Aumentam o estado de alerta e acelerando a atividade cerebral, provocando aumento do metabolismo.
Perturbadoras	Podem ser de origem vegetal (mescalina, maconha e cogumelos) ou sintética (LSD e anticolinérgicos).	Provocam alucinações e delírios, modificando o curso do pensamento e as percepções sensoriais. Também chamadas de psicodélicas, alteram a percepção do mundo exterior.

Fonte: a autora, com base em Castro, Cleto e Silva (2011), Tiba (1999) e Breuer (2005).

De acordo com suas propriedades psicoativas e a continuidade do uso, as drogas acabam provocando danos permanentes e geralmente irreversíveis no indivíduo. Frazão (2014, texto digital) enuncia algumas das principais doenças causadas pelo seu uso, como AIDS, doenças venéreas, endocardite infecciosa, enfisema pulmonar, desnutrição, comprometimento cerebral, cirrose e câncer no fígado, insuficiência renal e distúrbios de ordem comportamental e psíquica.

O autor esclarece que tais moléstias podem provir do contato direto com o sangue do indivíduo contaminado, ao partilhar seringas ou por meio de relações sexuais sem proteção. De maneira equivalente, esclarece que muitas infecções originam-se pelo acúmulo de toxinas no sangue pela sobrecarga nos rins, dada a impossibilidade de não conseguirem realizar a filtração de modo adequado.

Ato subsequente, ao interferir nos mecanismos reguladores da fome e da saciedade, as drogas desorientam o indivíduo, que deixa de se alimentar e se torna desnutrido. Além disso, o cérebro também acaba sofrendo lesões graves e permanentes, comprometendo a saúde integral do usuário e afetando seu comportamento, causando depressão e tendências suicidas (FRAZÃO, 2014).

Segundo o clínico, a instalação e manifestação de determinada doença, tanto como sua gravidade, está diretamente relacionado à quantidade do consumo. Na maior parte das vezes, os sintomas tornam-se visíveis já a partir de poucos meses, incorrendo nos mais diversos danos inerentes ao seu uso:

O impacto do uso, abuso e dependência de drogas para o conjunto da sociedade é incalculável e abrange a possibilidade de doenças e do seu agravamento, do aumento da mortalidade precoce, do incremento da violência e criminalidade (especialmente a doméstica junto às crianças e mulheres), dos acidentes de trânsito, dos acidentes de trabalho, dos distúrbios emocionais, dos conflitos familiares e sociais (OLIVEIRA, 2008, p. 21).

A partir daqui, tomará forma a caracterização dos malefícios e doenças provocados especificamente por algumas drogas, iniciando-se pelo cigarro.

3.2.1 Cigarro

Dados do Instituto Brasileiro de Combate ao Câncer (IBCC) revelam que o uso do cigarro está relacionado ao câncer de boca, laringe, faringe, esôfago, pulmão, estômago, bexiga urinária, pâncreas, fígado, colo uterino, cólon e reto. Das mortes por câncer, o cigarro é responsável por 30% a 45% e relacionado a 85% das mortes por câncer na cabeça e pescoço, além de 90% das mortes por câncer de pulmão. Como se não bastasse, a substância é causadora de doenças coronarianas e pulmonares, acidente vascular cerebral, úlcera e complicações na gravidez (TABAGISMO, 2015, texto digital).

Segundo Varella (2014, texto digital), os fumantes ativos e passivos são responsáveis por 6,3% das enfermidades que afligem a humanidade, a maioria em países pobres ou de renda média. O fumo mata 6,3 milhões de pessoas por ano, e até o final do século XXI estima-se que causará um bilhão de mortes, afirma o médico.

Em contrapartida, dados da Vigilância e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) apontam uma redução do número de fumantes em 28%, no período de 2005 a 2013. O objetivo do Ministério da Saúde é reduzir os níveis a 9%, até 2022, estima Castro (2014, texto digital).

O autor afirma que atualmente o tabagismo é responsável por cerca de 200 mil mortes por ano no Brasil. Os cânceres de pulmão e laringe são os que mais matam e representam 12,3% dos tipos de câncer no país. Não bastasse isso, fumantes apresentam um risco cerca de 100 vezes maior de contrair infecções bacterianas e viróticas, cita o autor.

Tanto quanto o cigarro, o álcool absorve a saúde do indivíduo, comprometendo-a de modo tão severo que, muitas vezes, deixa-o numa situação no mínimo degradante ou sobrevivendo-lhe a morte. Ante o exposto, os malefícios inerentes à bebida serão abordados a seguir.

3.2.2 Álcool

Durante anos, a bebida foi apontada pelo Ministério da Saúde como a responsável pelo alcoolismo, considerado uma das principais doenças incapacitantes no mundo todo. Avaliado como um problema de saúde primário e crônico, sua manifestação é influenciada por fatores genéticos, psicossociais e ambientais, de caráter progressivo e comumente fatal. O componente ativo principal é o etanol, seja na cerveja, vinho ou licorosos (OIT, 2008; SEIBEL, 2010).

Não só as síndromes de dependência e abstinência, como os transtornos do nível de consciência e os casos de intoxicação aguda provocados pelo seu uso são preocupantes para os médicos, epidemiologistas e governantes, afirmam Campbell e Graham (1991). As autoras argumentam que, entre seus principais malefícios, estão

as doenças cardíacas e hepáticas, hipertensão, emagrecimento intenso, convulsões e alterações da visão.

Campbell e Graham (1991, p. 40) classificam a sociedade como contraditória e confusa, quando se refere ao alcoolismo: “Apesar do reconhecimento generalizado de que o alcoolismo é uma doença, muitos ainda consideram-no como fruto de uma natureza fraca ou contaminada”.

As autoras criticam a circunstância cotidiana em que, conquanto se pune a embriaguez com prisão, ao mesmo tempo seu uso é encorajado em todas as camadas sociais.

Na mesma linha de raciocínio, Gikovate (1992, p. 8) adentra na problemática questão do marketing do álcool feito pela mídia no mundo todo, atrelando o consumo da bebida a momentos de vitória e sucesso:

O vencedor de corrida de automóvel abre uma garrafa de champanhe, bebe só um gole, como convém a um bom esportista, e joga o resto sobre os outros. O noivo e a noiva bebem um da taça do outro. Natal, Ano Novo e outras datas comemorativas, tudo é regado a álcool”.

Assim, posto como instrumento vinculado à ascensão ao sucesso pessoal e profissional, o consumo do álcool torna necessária a limitação ao surgimento dessa nova realidade, por parte das autoridades competentes. Corolário do êxito, surge de forma midiática em todos os principais momentos da vida de adultos, idosos ou mesmo crianças. Com respeito ao que se tem vivenciado, pode-se auferir um convencionamento tácito por parte dos consumidores, que atribuem à bebida uma dimensão de alavancadora do sucesso.

Assunto que não se esgota, de forma similar ao álcool ocorrem as sequelas provocadas pela maconha, as quais podem se manifestar desde logo, como se abordará em seguida.

3.2.3 Maconha

Composta por 421 componentes conhecidos que, quando fumados, liberam dois mil compostos químicos diferentes, a maconha é considerada a mais complexa de todas as drogas ilícitas (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 56).

Michel (2000) coloca em relevo a imensa carga de sequelas provocadas pela planta, desde redução da imunidade fisiológica, hipertensão, câncer no pulmão e, nas gestantes, fetos com redução de peso e altura. Na mesma esteira, quando fumada, os efeitos da droga já podem ser percebido nas primeiras baforadas.

Já por via oral sua absorção é mais lenta, podendo seus efeitos perdurar por até cinco horas (KARNIOL, 2010). Na questão suscitada, o autor comenta que o uso prolongado da droga acaba por afetar a cognição, principalmente em relação à atenção e à memória, além de provocar bronquite crônica.

Não raro são os prejuízos provocados nos sistemas reprodutor e endócrino, cientificamente comprovados, sem falar no aumento da pressão sanguínea e na sobrecarga ao coração, que pode ter seus batimentos elevados em 100% (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 57).

As especialistas advertem que a droga provoca um dano maior aos pulmões do que o tabaco, e que os empregados que a utilizam constantemente mostram-se debilitados:

Os empregados afetados por maconha demonstram sua debilidade – absenteísmo, atrasos, mudanças extremas de humor, comportamento instável, oportunidades perdidas, compromissos esquecidos – de forma semelhante aos alcoólicos e aos consumidores de cocaína (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 57).

Especificamente pela condição inerente de provocar a dilatação das pupilas, o usuário de maconha costuma utilizar óculos escuros, mesmo em situações nas quais seu uso seria dispensável. Apresentando um humor bizarro, sugere projetos totalmente inexecutáveis:

É na produtividade no trabalho que os usuários abusivos de maconha aparecem mais claramente. Além dos pequenos atrasos, faltas, encontros e compromissos esquecidos, eles vão aos seus carros na hora do almoço e noutros intervalos e sentem sono no serviço ou nas suas mesas. Você pode se aproximar dele com estardalhaço e mesmo assim o seu memorando URGENTE continuará ali sem que ele perceba. Gasta um tempo enorme para completar uma tarefa fácil porque torna complicada uma coisa simples (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 58).

Outro exemplo oportuno é a dificuldade apresentada pelo usuário de maconha para aprender tarefas novas, uma vez que a droga provoca a perda da memória recente, alertam as autoras. Segundo elas, sentado atrás de um volante, na condução

de veículos o usuário de maconha é um perigo para todos, uma vez que pode simplesmente perder a orientação de qual direção seguir ou mesmo se deve acelerar ou frear o veículo.

Em síntese, as consequências do uso de crack são similares às provocadas pela maconha, porém com o agravamento de outras em maior número, gravidade e rapidez, como será demonstrado em seguida.

3.2.4 Crack

O perigo dos efeitos provocados pelo crack, derivado da mistura de cocaína e bicarbonato de sódio, é sustentado por Tiba (1999), que vê na droga algo mais grave e nocivo que muitas outras drogas. Segundo o médico, a droga é sete vezes mais potente que a cocaína e, por via reflexa, também mais mortal, além de possuir a capacidade de desestruturar a personalidade do usuário em pouco tempo, levando à dependência física e psicológica.

O autor esclarece que a primeira lesão ocorre nos neurônios, passando à hemorragia, convulsões, infarto agudo e morte. Os bebês que não sofrem aborto geralmente nascem com cérebro menor e não suportam ser expostos à luz, além de apresentarem sérias dificuldades de aprendizagem, afirma o especialista.

Campbell e Graham (1991, p. 56, grifo das autoras) reafirmam esse posicionamento, ao comentarem que bastam poucas semanas de uso para que o indivíduo torne-se dependente da droga e indubitavelmente apresente os primeiros sintomas do consumo.

As autoras traçam uma sequência de sinais que o empregador pode perceber no seu funcionário, como a rouquidão na voz, respiração difícil e perda de apetite, dentre outros:

A devastação causada pela cocaína no coração, nos pulmões e no sistema nervoso é acelerada pelo crack. Em poucos meses, um *habitué* de crack vira uma ruína física, incapaz de sentimentos normais e com tendências suicidas. O crack é frequentemente fatal.

Feitas essas anotações, será esquadrihada a partir de agora a merla, outra droga que provoca danos severos.

3.2.5 Merla

Conforme estudos de Tiba (1999), a merla é um subproduto da cocaína e é obtida através de das folhas de coca adicionadas a solventes como ácido sulfúrico, querosene e cal virgem. Com 1 kg de cocaína é possível produzir-se outros 3 Kg de merla, com uma concentração de 70% de cocaína.

Para o médico, é uma droga extremamente perigosa e que altera substancialmente o indivíduo, posto que provoca dependência física e psíquica, além de danos irreversíveis ao organismo. Absorvida pelos pulmões, pode ocasionar seu endurecimento e conseqüente parada respiratória ou cardíaca, levando à morte.

De modo idêntico e provocando sintomas semelhantes à merla, também a cocaína leva à degradação paulatina do organismo que a utiliza.

3.2.6 Cocaína

Na concepção de Michel (2000), a cocaína é a droga que provoca os danos mais numerosos e de maior gravidade no usuário. Uma vez que altera tanto o sistema psíquico como o orgânico, é capaz de causar infarto, aneurismas, isquemia, hipertensão e morte súbita.

Tese defendida por Campbell e Graham (1991, p. 54), a grande atração advinda da droga provém do seu efeito excitante, provocando uma ilusão de independência mental e coragem para cometer riscos: “Este sentimento de poder e confiança é um apelo quase irresistível para profissionais em situação de competitividade e estresse” (SEIBEL, 2010).

Contudo, seus efeitos excitantes iniciais convertem-se, a longo prazo, em diminuição da capacidade de juízo crítico, ataques de pânico, mania persecutória, alucinações e, mais adiante, paradas cardíacas e respiratórias, culminando com a morte, afirma o autor. A droga muda a própria composição química do cérebro, levando o usuário a confundir suas necessidades prioritárias:

Dito de outro modo, homens e mulheres saudáveis são programados para satisfazer determinados objetivos básicos como alimento, água, abrigo, amizade e sexo. O cérebro dos afetados por cocaína parecem reprogramados de tal maneira que o uso da droga se torna mais importante que estes alvos de sobrevivência (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 54).

O uso recorrente da substância pode destruir 60% das células cerebrais ligadas às habilidades motoras, assemelhando-se o usuário ao portador do Mal de Parkinson, comentam as escritoras, além de deixá-lo extremamente sensível à luz forte. As autoras propõem que o empregador fique atento a eventuais oscilações de humor do funcionário, que podem ir do mais alto entusiasmo à mais profunda depressão: “Num momento está alegre e trabalhando com afinco, em outro ficará temperamental e agressivo. Períodos de falta de confiança se alternam com hiperatividade e sentimento de grandeza” (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 55).

Como advento do seu uso frequente também é possível ao empregador observar descaso com a aparência e higiene pessoal do empregado, além da queda na produtividade: “Como o alcoólico, o viciado em cocaína não retorna as chamadas telefônicas, falta ou atrasa com frequência e some do escritório sem explicação. Falta aos encontros e toma decisões imprudentes”, citam as especialistas.

Outra droga que deriva da cocaína e também advoga para si danos permanentes no usuário é o ecstasy, como será abordado a seguir.

3.2.7 Ecstasy

A tese exordial de Tiba (199) afirma que um dos riscos do uso dessa substância é a falsa sensação de poder que ela passa. Levando um jovem a dançar por horas a fio, sem que seu organismo tenha a devida resistência, pode comprometer e reduzir sua resistência orgânica. O médico esclarece que uma de suas consequências é o aumento da temperatura corporal, que pode chegar a 40° C, levando o indivíduo a ingerir quantidades enormes de líquido e arriscando-se a ter convulsões, quando não o levar à morte.

Assim como em relação aos efeitos da cocaína, o uso continuado do ecstasy resulta em complicações pulmonares de natureza grave. Seibel (2010, p. 223) admite a existência de uma síndrome pulmonar aguda, conhecida como “pulmão de crack”, caracterizada por dores no peito, falta de ar e tosse com a presença de sangue. Assim,

ironicamente os efeitos de euforia e desinibição levam o usuário à profunda depressão e sensação de paranoia, além do dano provocado pela droga no fígado, coração e cérebro, principalmente com a degeneração de neurônios e perda de memória.

Por fim, examinado o contexto das diversas drogas existentes e consumidas, a heroína é a que provoca o maior número de doenças oriundas do seu consumo, o que se justifica a seguir.

3.2.8 Heroína

Classificada como barbitúrico, a substância pode provocar problemas de coordenação motora, bem como coma e morte. Ao provocar sequelas maiores, a heroína pode causar tuberculose, gangrena, tétano e AIDS, sendo seus usuários considerados o grupo com maior número de casos da doença (MICHEL, 2000).

Em síntese, todas as drogas, sem exceção, provocam alguma reação no corpo humano, muitas vezes causando danos irreversíveis. O Quadro 2, elaborado pela autora dessa pesquisa e apresentado ao final desse capítulo, compõe um resumo dos efeitos produzidos pelas drogas no usuário, a curto e longo prazo. Dessas consequências, os sintomas mais perceptíveis no local de trabalho serão apresentados no próximo capítulo.

Em seguida, imagina-se ser oportuno fazer um parêntese para a caracterização de algumas drogas menos conhecidas, mas cuja preponderância no mercado vem se alastrando de forma global.

3.3 Drogas análogas, multidrogas e superdrogas

Caracterizadas por divergirem sua estrutura molecular das drogas controladas, as drogas análogas encontram-se em um grupo de substâncias igualmente poderosas e com propriedades semelhantes, esclarecem Campbell e Graham (1991, p. 70). Como se percebe, os ingredientes para produzi-las não são difíceis de se encontrar, permitindo que pessoas totalmente desqualificadas promovam o seu fabrico, causando resultados catastróficos:

Estas drogas poderosas têm de ser usadas em minúsculas quantidades. Para se ter uma ideia, com um conteúdo inferior ao de uma bolsa de supermercado, toda a população consumidora de drogas de uma cidade grande poderia ficar sob efeito por anos. Quando quantidades tão pequenas estão envolvidas, é relativamente fácil para os químicos trabalhar em laboratórios clandestinos sem serem conhecidos das autoridades.

As autoras constroem uma preocupação ao dissertarem sobre o perigo que espreita seu uso pelos já dependentes de outras drogas, uma vez que a mistura de determinadas substâncias pode resultar em reações tóxicas ou fatais. Para exemplificar, citam o anestésico Fentanil, de uso restrito aos hospitais e que, misturado a outras drogas, provoca um efeito largamente perigoso: “Em doses não superiores à cabeça de um alfinete, é 100 vezes mais forte do que a morfina e 20 a 40 vezes mais que a heroína” (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 71).

As especialistas ainda advertem a respeito do risco inerente e eventual que espreita um público ávido de experimentar sensações novas, sem imaginar que uma única dose da mistura pode levar à dependência.

Na mesma linha de debate, as autoras explanam sobre o uso de multidrogas, isto é, o uso concomitante de diversas substâncias com o fim de reduzir ou potencializar sintomas de outras drogas:

Com todas as drogas disponíveis na praça, o uso multidrogas está se tornando comum. O usuário de cocaína ingere pílulas para compensar a terrível depressão que se segue ao abuso da droga. Os alcoólicos se utilizam das pílulas como apoio para um dia de trabalho em que é impossível beber. Os que fumam maconha usam excitantes para fugir da apatia que a droga produz. O consumidor de anfetamina – narcótico estimulante – toma tranquilizantes ou barbitúricos para ficar ‘devagar’ o suficiente para poder dormir. Para qualquer droga que seu empregado estiver usando, há uma outra no mercado para intensificar, diminuir ou melhorar seu efeito (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 74).

Bem pensado, as escritoras salientam o perigo que existe na ingestão de álcool com qualquer outra droga, uma vez que, ao serem metabolizados pela mesma enzima do fígado, este passa a processar o álcool primeiro, permanecendo a segunda droga gerando seus efeitos no organismo por mais tempo, até que seja processada também.

Integrando o segmento de substâncias conhecidas como superdrogas, Costa (2011, texto digital) cita o oxi, abreviatura de oxidado, que consiste na mistura de cocaína, querosene, diesel, gasolina e até solução de bateria (cal e permanganato de potássio). Semelhante ao crack, também é fumado em um cachimbo na forma de

pedras, sendo mais barato, porém com maior toxicidade.

Coexistindo no mercado juntamente com o crack, o oxi custa até um quinto do valor, em razão de ser produzido com ingredientes não tão caros. As duas substâncias, porém, chegam ao cérebro mais rapidamente que a cocaína, sendo a alta toxicidade do oxi mais fatal que o crack. Especialistas acreditam que o oxi provoca a morte de 30% de seus usuários em até um ano, compara a autora.

Outra droga que vem se alastrando é o Skank, intitulado pelos usuários como supermaconha. Cultivada em laboratório ou estufas, com tecnologia hidropônica, semelhante ao cultivo de alface, seu efeito tem concentração maior que a da maconha, cumulando um índice de THC sete vezes maior. A droga afeta principalmente o cérebro e o aparelho reprodutor, podendo acarretar lapsos de memória e falta de coordenação motora, acarretando uma dependência bem maior comparada à maconha comum (SOUZA, 2016, texto digital).

Proibida peremptoriamente no Brasil pela Anvisa desde 2011, a mefedrona é um estimulante sintético que simula os efeitos da cocaína. Consumida em larga escala na Europa, EUA e Austrália, sua repercussão alertou a UNODC, que passou a incluí-la no rol das drogas proibidas internacionalmente. Conhecida por “miau-miau” ou “M-cat”, além de seus efeitos alucinógenos, a droga provoca elevado grau de infarto fulminante. No mais das vezes, é possível encontrá-la sendo comercializada na forma de fertilizante de plantas, nas páginas da internet (CONSUMO..., 2011, texto digital).

Colimando o objeto desse estudo, a partir daqui serão contextualizados alguns fundamentos a respeito do consumo inicial de drogas e sua eventual dependência psíquica e física.

3.4 Drogas prescritas

Caracterizadas pela sua licitude e frequentemente recomendadas pelo médico, diversas substâncias acabam sendo consumidas de forma errônea ou abusiva, num processo que avilta a conduta e a psique do usuário: “No local de trabalho, o empregado debilitado por abuso de drogas prescritas – como o alcoólico e o consumidor de cocaína e maconha – se torna caro e perigoso” (CAMPBELL;

GRAHAM, 1991, p. 59).

Para ilustrar, as autoras supracitadas confrontam a situação do empregado que faz uso de anfetaminas para perder peso (apesar de no Brasil serem proibidas, é possível adquiri-las por contrabando). Numa primeira impressão pode aparentar energia, dedicação e motivação, trabalhando horas seguidas de forma ininterrupta, porém os sintomas de rebote já estão instalados no seu organismo: de fato, começam a se alternar períodos de intensa produtividade com outros de total desmotivação:

Frequentemente sai do seu lugar para conversar com os colegas, indo várias vezes à sala de descanso. Pode mostrar desagrado em relação às normas e regulamentos da empresa e não respeitar seus procedimentos de segurança. Eventualmente, este empregado pode ganhar fama de revoltado e criador de casos (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 60).

Outra droga comumente presente no local de trabalho são os barbitúricos, na maioria das vezes prescritos para pessoas que têm insônia ou extrema ansiedade. Afora os sintomas físicos, descritos no Quadro 2, seus consumidores apresentam lentidão de movimentos e de raciocínio, haja vista o poder residual que permanece no organismo durante muitas horas após sua ingestão:

Os grandes consumidores demonstram desagrado pelas normas e regulamentos da empresa, mas talvez estejam deprimidos e retraídos o suficiente para não serem chamados de causadores de tumultos. Você pode suspeitar que estão embriagados, mas eles não recendem a álcool para confirmar a suspeita de que sua produção medíocre e suas falhas sejam fruto desta forma de droga (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 62).

Assim, ainda que se parta da premissa de que faculta ao médico receitá-las no intuito de promover a saúde do paciente, verifica-se que muitas vezes este segue orientação diversa, sob um fundamento extremamente frágil de que “quanto mais, melhor”.

Ou, quando necessário e de modo mais gravoso, utilizando determinados medicamentos para aliviar sintomas provocados por outras drogas, como já foi comentado anteriormente. Baseado em uma sustentação às avessas, acosta-se num caminho que sempre acredita ser possível retornar, o que na maior parte dos casos não acontece.

Os principais tipos de drogas mundialmente consumidos, assim como os efeitos provocados a curto e longo prazo, estão descritos resumidamente no Quadro 2:

Quadro 2 – Principais efeitos causados pelo consumo de drogas

GRUPOS	ESPÉCIES	EFEITOS A CURTO PRAZO	EFEITOS A LONGO PRAZO ou USO DE ALTAS DOSES
DEPRESSORAS	Álcool (cerveja, vinho e destilados)	Relaxamento; comprometimento da coordenação motora; desinibição; euforia; inconsciência; estupor.	Miocardopatia, atrofia do cérebro, tremores, convulsões; cirrose.
	Inalantes, colas, nitrato de amido, óxido nítrico	Euforia; relaxamento; perda de apetite; tonturas; comprometimento da coordenação; estupor.	Descontrole motor; dores de cabeça; convulsões; danos na medula óssea, rins fígado, coração e sistema nervoso periférico; coma; morte.
	Narcóticos (codeína, morfina, ópio)	Sonolência; alívio da dor e da ansiedade; redução da capacidade de concentração; estupor; morte.	Queda da pressão arterial; parada respiratória; danos no feto; letargia; perda de peso; esterilidade; impotência.
	Barbitúricos (sedativos e calmantes)	Alteração do raciocínio, concentração e coordenação motora.	Tolerância; depressão do sistema nervoso central e respiratório; icterícia; coma; morte.
	Heroína	Náuseas; dilatação das pupilas; elevação da pressão sanguínea e da temperatura; tremores.	Surdez; cegueira; delírios; depressão respiratória e cardíaca; coma.
	Benzodiazepínicos (ansiolíticos)	Sonolência; misturados ao álcool podem levar ao coma.	Dificultam os processos de aprendizagem e memória.
ESTIMULANTES	Cocaína	Euforia; redução do apetite e do sono; ansiedade; aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca; sensação de autoconfiança; irritabilidade e depressão;	Depressão profunda com risco de suicídio; irritabilidade; ataques de pânico; psicose paranoide; infarto do miocárdio; acidente vascular cerebral danos ao septo nasal e vasos sanguíneos.
	Crack	Euforia e excitação; perda do apetite; tontura; sudorese; dores de cabeça; taquicardia severa (até 240 bpm).	Lesão dos neurônios; hemorragia cerebral; alucinações; convulsão; abortos e nascimentos prematuros; infarto agudo e morte.
	Merla	Bem-estar; nervosismo; agitação; aumento da energia; redução da fadiga, do sono e do apetite; psicose tóxica (alucinações, delírios e confusão mental).	Anorexia; depressão e indução ao suicídio; convulsões; mania de perseguição; psicoses; alucinações. A longo prazo, perda dos dentes causado pelo ácido de bateria usado na mistura.
	Anfetaminas (Dualid, Inibex)	Aumento da atenção; eliminação do cansaço, apetite e sonolência; euforia; aumento da pressão arterial e dos batimentos cardíacos.	Anorexia, desnutrição e morte; insônia; dores de cabeça; convulsões; depressão; psicose; alucinações; insônia.
	Nicotina (cachimbos, charutos, cigarros e rapé)	Aumento da concentração; relaxamento da musculatura; redução da ansiedade; perda de apetite; dores de cabeça; náuseas.	Elevação dos batimentos cardíacos e da pressão arterial; sobrecarga no coração; danos ao pulmão; tosse; câncer de pulmão, boca e garganta; morte.
PERTURBADORAS	Maconha (<i>Cannabis sativa</i>); haxixe.	Elevação dos batimentos cardíacos; relaxamento; euforia; resistência à dor; quebra das inibições; alteração da percepção; aumento do apetite.	Angústia; alucinações; dificuldades respiratórias; câncer; diminuição da testosterona; dificuldades de aprendizado
	Cogumelos	Desorientação; falta de coordenação; ansiedade; tremores; euforia; queda da pressão arterial e ritmo cardíaco; alucinações; pânico.	Alucinações intensas; alterações do humor; ansiedade; angústia; aumento de ilusões e de pânico; psicose; morte.
	Chá de lírio	Aumento dos batimentos cardíacos; elevação da temperatura, glicose e pressão; alteração da percepção; aumento da energia; alucinações; pânico; tremores; psicose.	Alucinações; episódios psicóticos; alterações no raciocínio e na concentração; ilusões; pânico; depressão; distúrbios de memória.
	LSD e ecstasy	Aumento dos batimentos cardíacos; elevação da temperatura, glicose e pressão; alteração da percepção; aumento da energia; alucinações; pânico; tremores; psicose.	Alucinações; episódios psicóticos; alterações no raciocínio e na concentração; ilusões; pânico; depressão; distúrbios de memória.

Fonte: a autora, com base em Tiba (pg. 118-119), Breuer (2005), Rotman (1985) e Campbell e Graham (1991).

O que se tem evidenciado é o fato de que toda substância entorpecente, receitada ou não, acaba provocando sequelas no consumidor. Ainda que prescrita para promover a cura ou sintoma de alguma doença, seus efeitos poderosos eventualmente infligirão ao paciente danos subsequentes.

Na peculiaridade dos casos fáticos supracitados, serão apresentadas a seguir algumas teorias albergadas por vários especialistas no assunto, os quais deixam claro a dimensão determinada pelos aspectos originários que resultam nessa problemática que se alastra cada vez mais.

3.5 A linha tênue entre hábito e vício

Diversos estudiosos sugerem reflexões ao afirmar que, antigamente, as pessoas viciadas em drogas e que não o admitiam costumavam dizer que o vício correspondia apenas à dependência física da droga. Atualmente, porém, inserida no contexto da dependência física, reconhece-se a existência do vício mesmo quando ele não se encontra aparentemente presente: “Sim, porque além da dependência física, existe também a dependência psicológica. E essa, que durante anos foi encarada como a mais simples, é a mais grave e a mais difícil de tratar”, afirma Gikovate (1991, p.15).

Esse instituto nasce oriundo de pesquisas diversas que comprovam o fato de a dependência física agravar o vício nas drogas, especialmente quando envolve substâncias que agem sobre o sistema nervoso, garante o autor:

Além dos rituais ligados ao uso da droga, existe também uma vontade de que aquele efeito euforizante, relaxante ou excitante se repita. Aliás, a vontade de que esses estados de espírito se repitam leva a pessoa a usar novamente as drogas mesmo se elas não causarem dependência física. Isso é verdadeiro principalmente quando uma droga provoca um efeito inicial bom e um efeito final desagradável.. Nesse ponto da ‘viagem’ a pessoa tenderá para querer muito se livrar do efeito desagradável usando mais um pouco de droga (GIKOVATE, 1991, p. 15).

O doutor adentra no assunto da dependência ao correlacioná-la com o vínculo afetivo que se estabelece entre as pessoas: “Assim também podemos saber se se trata de hábito ou vício nossa relação com uma droga: pelo ‘tamanho’ da falta que sentimos quando somos obrigados a nos afastar dela” (GIKOVATE, 1991, p.19).

Na sua visão, em relação às drogas é estabelecido um vínculo amoroso muito maior, uma vez que costumam estar associadas a determinados rituais:

Não precisamos de espectadores para acender um cigarro- isso depois de um certo tempo de uso, pois no início o mais importante é o lado erótico, que depende do fato de a pessoa estar se exibindo para alguma plateia. Com o passar do tempo, porém, o erótico vai se tornando mais romântico, ou seja, a pessoa se apegando ao maço de cigarros, a uma marca específica que tem uma determinada cor. Apega-se ao isqueiro, que se transforma em objeto de estimação. Cada cigarro que vai à boca parece dar um sentido à vida (GIKOVATE, 1991, p. 37).

O psiquita posiciona-se no sentido de que os efeitos provocados pelas drogas diferem para cada pessoa: “O cigarro, por exemplo, para uns é calmante e para outros é excitante; ele pode ser também as duas coisas para a mesma pessoa, dependendo da hora e da situação” (GIKOVATE, 1991, p.38).

Seguindo esse raciocínio, afirma que as pessoas se apegam a determinada droga em razão das sensações agradáveis que ela lhes proporciona, buscando assim repetir a experiência e recomeçando o ciclo. Ao validar essa tese, consubstancia seu argumento ao afirmar:

A pior coisa que pode acontecer, do ponto de vista das drogas, é o nosso organismo e o nosso psiquismo se darem muito bem com elas. Provavelmente não teremos como resistir à tentação, depois de algumas experiências muito agradáveis (GIKOVATE, 1991, p. 39).

Assim sendo, nasce a formação do vínculo, e a droga passa a se tornar uma espécie de muleta: “Com o passar do tempo, a droga se transforma em uma coisa muito preciosa, uma companheira fiel e presente em todas as horas de maior dificuldade; torna-se o remédio para os vários males inevitáveis da vida psicológica de cada um” (GIKOVATE, 1991, p. 42).

Sem reducionismos, essa também é a concepção adotada por Suzin (1998, p. 17), que corrobora essa opinião:

A droga pode instalar-se não apenas para dar prazer mas para esquecer a solidão, o sentimento de vazio e as recordações sombrias, além de proporcionar liberação da angústia, sofrimento e depressão. Alimenta a esperança de varrer em definitivo os desprazeres sofridos.

Para Gikovate (1992, p.17), é clara a hipótese da formação dessa relação, uma vez que é dado ao uso do cigarro uma atribuição diferente de significado:

É por isso que nos apegamos tanto ao cigarro: parece que ele nos salva de um desgosto muito forte. Parece também que ele pode nos salvar da presença de sensações dolorosas e desagradáveis, relacionadas com as nossas primeiras sensações de abandono e desproteção.

Segundo o autor, nove em cada dez pessoas que experimentam o produto acabam viciadas. Apesar da dependência inicial ser discreta, o usuário se torna refém da droga:

As drogas que provocam mais forte e rapidamente a dependência física são as que viciam com maior facilidade praticamente todos os seus usuários. É o caso da heroína ou da morfina. Outras provocam dependência psicológica mais ou menos rapidamente, por estarem relacionadas com a boca – região que nos trazia segurança na infância. É o caso do cigarro de nicotina, que gera dependência física pequena, tem efeitos psicológicos imperceptíveis e torna as pessoas extremamente dependentes psicologicamente (GIKOVATE, 1992, p. 46).

Portanto, uma vez dependente da substância, o consumo habitual do cigarro deixa de ser uma decisão livre e consciente do indivíduo, passando a ser vinculada a uma necessidade psíquica e biológica, afirma. Diante disso, desde 1993 o tabagismo é considerado pela OMS como doença, inserido no grupo dos transtornos mentais e de comportamento (OLIVEIRA, 2008).

Adstrito a esse fundamento, Tiba (1999, p. 54) admite a necessidade que o dependente tem de usar seu vício na presença de outros dependentes:

Mesmo já compromissadas, as pessoas acham que só estão de rolo com o cigarro. Fumam de vez em quando, algumas vezes por dia. A prova do compromisso é a irresistível vontade de fumar na presença de outros tabagistas. Ocorrem, então, as recaídas, quando já estavam conseguindo libertar-se do vício.

Essa vinculação também é evidenciada por Campbell e Graham (1991, p. 46), ao descreverem a curva de ascensão da dependência ao álcool:

No estágio inicial de alcoolismo, sem que a pessoa esteja consciente, o corpo se adapta à presença constante do álcool. As células se alteram o suficiente para continuar funcionando com eficiência no ambiente envenenado. Aprendem a utilizar o álcool como alimento e chegam a rejeitar outras fontes nutritivas mais equilibradas. Quanto mais o álcool satura as células, mais elas ficam tolerantes e até mesmo exigentes. Neste ponto, quando a composição da célula mudou e o corpo não funciona direito sem álcool, chega-se ao estágio da dependência física.

As autoras observam que, ao chegar no estágio intermediário, surge a necessidade de um fluxo regular da bebida, pois nesse momento as próprias células

já estão comprometidas, modificando o equilíbrio químico do cérebro e deixando o usuário com reduzida capacidade de discernimento.

Já no estágio final, surge uma obsessão pela droga. O organismo, já debilitado, encontra na bebida uma forma de entorpecer os sentidos: “Sabendo que tais sofrimentos desaparecem imediatamente com o retorno do álcool, ele ou ela raramente fica longo tempo sem beber. Ironicamente, neste estágio, a droga é ao mesmo tempo ‘causa’ e ‘cura’ da doença” (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 46). Ao chegar nessa situação, as autoras frisam que dificilmente o usuário conseguirá abandonar o vício sozinho, sendo necessária a intervenção de terceiros.

Campbell e Graham (1991, p. 14) contextualizam acerca do que é considerado socialmente dependência ou vício em relação a alguma coisa: “Nossa sociedade parece transmitir a mensagem de que a propensão em si mesma não é perigosa. A dependência é aceitável e o comportamento obsessivo-compulsivo pode até ser elogiável. É o objetivo da obsessão que faz a diferença”.

Segundo as autoras, é perfeitamente natural que o ser humano repita as ações que lhe dão prazer ou minimizam o desconforto, seja pela incidência de álcool ou outras drogas, comida, sexo, esporte, jogo ou compras: “Seja como for, estas pessoas dependem disto para seu conforto físico. São dependentes” (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 13).

O assunto também é objeto de debate para Dominguez e Robin (2007, p. 67), que veem no próprio consumo uma justificativa para esse impulso:

Nada disso é errado. É simplesmente o que fazemos. Aprendemos a buscar soluções externas para sinais da mente, do coração ou da alma de que algo está em desequilíbrio. Tentamos satisfazer necessidades essencialmente psicológicas e espirituais por meio do consumo no nível físico.

O ponto sensível do tema é o elemento objeto da compulsão, existindo um sólido paradigma no que se refere a isso. Campbell e Graham (1991, p. 13) estabelecem um comparativo entre o funeral de um empresário obcecado pelo trabalho e que nunca estava com a família, com o de um viciado em drogas:

Mas no funeral de um viciado no trabalho, numerosos amigos enchem o velório para um louvor ao grande homem que ele era e à falta profunda que fará. Compare-se ao funeral de um alcoólatra. Quando ele morre, a família e os amigos remanescentes se sentem aliviados.

Gikovate (1992, p.17) faz uma analogia entre o uso de drogas e os relacionamentos afetivos, afirmando que nem sempre se percebe a transição da amizade para o amor: “Do mesmo modo, com uma droga, a passagem do hábito para o vício pode se dar de forma lenta, gradual e imperceptível”. Ao adotar essa postura, complementa:

Em primeiro lugar, costuma-se dar um valor profundamente negativo ao vício, enquanto o hábito é aceitável. A maior parte dos viciados, por exemplo, gosta de pensar – e de dizer- que não são viciados. Dizem que apenas têm o hábito de tomar “um ou dois uisquinhos” no fim do dia, ou de “puxar um fuminho” à noite, para relaxar, enquanto ouvem música. Quer dizer: os defensores do uso das drogas dizem que elas não viciam – que são apenas um hábito. Para escapar daquele valor fortemente negativo que vem junto com o termo vício.

O médico avalia existir na sociedade um valor excessivamente negativo atribuído ao vício, ao passo que um hábito é aceitável. O próprio viciado costuma negar a dependência da droga, tachando o vício como se fosse um hábito:

Aliás, outra coisa que acontece com o viciado é que ele nega ser dependente da droga. O alcoólatra gosta de dizer que bebe por prazer e não porque não pode passar sem a bebida. O fumante de cigarro diz que adora fumar, o que não é verdade. Em muitas horas ele tem até vergonha de acender um cigarro. O que se passa é que não consegue ficar muito tempo sem o ritual que envolve o ato de fumar; e também parece que o seu organismo sente falta da nicotina (GIKOVATE, 1992, p.5).

Não se encontra uma resposta uniforme no que tange à causa determinante para a escolha específica de um comportamento obsessivo ou compulsivo, seja por chocolate, drogas ou trabalho. O que se tem constatado é a presença de algumas variáveis que possivelmente fundamentam tais escolhas (CAMPBELL; GRAHAM, 1991; OIT, 2008, texto digital).

Assim, parte-se da premissa de que o histórico pessoal do indivíduo oriundo de famílias desestruturadas ou que sofresse bullying na escola eventualmente manifestaria falta de autoconfiança, tornando-se suscetível ao consumo de drogas. Da mesma forma, famílias em que o uso de bebidas alcoólicas é tradicional, como ocorre em determinadas etnias, serviria como estímulo para seu consumo, relativizam as autoras.

As escritoras ainda abordam o consumo de bebidas alcoólicas em determinadas religiões, como o Islamismo, e em rituais religiosos, que também se valem de outras drogas. Grosso modo, a disponibilidade do produto também seria um

incentivo, como ocorre com os medicamentos em algumas famílias, que os deixam em locais de fácil e rápido acesso.

Nos mesmos termos, a dimensão corporal pode provocar maior ou menor dependência, assim como o gênero, uma vez que as mulheres apresentam menor massa corpórea e conseqüentemente menor tolerância à substância do que os homens. Isso também se justifica por possuírem um número menor de enzimas, fazendo com que seu metabolismo seja mais lento, o que leva à permanência da droga por um maior período de tempo na corrente sanguínea, ratificam as especialistas.

Nessa esteira, a OIT posiciona-se no sentido de que o impacto efetivo de determinada droga no indivíduo deriva de diversos fatores, como a quantidade consumida de uma só vez, o uso anterior, o estado de espírito e de atividade do indivíduo, tempo e local do consumo, presença de outras pessoas, consumo simultâneo com outras substâncias e até mesmo a via de administração (OIT, 2008, texto digital).

Na visão de Campbell e Graham (1991), mesmo benigno, todo vício pode suscitar danos relevantes, ainda que a maioria não provoque modificações significativas, salvo o que ocorre com a dependência química. Segundo as autoras, a razão de ser do uso de drogas entre os adolescentes pode estar relacionado à influência dos amigos ou mera curiosidade.

Visto isso, legitima-se a afirmação de Gikovate (1992), admitindo que as drogas que provocam mais forte e rapidamente a dependência física são as que viciam com maior facilidade, como a heroína e o crack. Quando mais, nada impede que outras substâncias provoquem dependência psicológica de modo semelhante por estarem relacionadas com a boca – região que evoca a segurança na infância. É o caso do cigarro, que provoca uma dependência física pequena, mas tem efeitos psicológicos imperceptíveis, tornando seus usuários dependentes psicologicamente, de forma gradual e sem que se apercebam.

Submetida a essas possibilidades, existe uma preocupação cada vez maior com o consumo, mau uso ou abuso de diversas substâncias em diversas partes do mundo, situando-se entre o álcool (cerveja, vinho, bebidas com licor e alguns medicamentos), drogas (maconha, psicodpressores, alucinógenos, narcóticos e

estimulantes) e medicamentos (antidepressivos; analgésicos e tranquilizantes), baseado em estudos pretéritos e contemporâneos (OIT, 2008).

De acordo com a entidade, o abuso de substâncias psicoativas provoca danos ou perturbações clinicamente perceptíveis e que se manifestam, ao longo de doze meses, através de um ou mais comportamentos. Dentre eles, pode-se observar a utilização recorrente de substâncias que comprometam as atividades do indivíduo no trabalho ou na vida particular; utilização de substâncias em situações que envolvam risco físico; problemas legais relativos ao uso de determinadas substâncias; ou continuidade do uso, em detrimento dos comportamentos anteriores (OIT, 2008, texto digital):

Segundo a organização, inserida na amplitude do tema formulam-se as perguntas relacionadas à questão da tolerância, que varia para cada indivíduo e consiste na capacidade maior ou menor de reagir aos efeitos provocados pela presença ou abstinência das drogas, em sentido amplo.

Para a OMS, a dependência é definida como um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que comprovam o uso e a necessidade do consumo de álcool, drogas ou medicamentos.

Em relação aos programas de prevenção e tratamento, a entidade considera irrelevante fazer distinção entre o abuso de álcool ou drogas, uma vez que os mecanismos psicológicos e comportamentais que caracterizam sua dependência são praticamente semelhantes. De forma correlacionada, o dependente alcoólico costuma fazer uso de outras drogas, assim como o dependente químico vale-se da bebida alcoólica (OIT, 2008).

Dessa maneira, uma técnica que elucida esses ditames é a classificação de Breuer (2005), que segmenta os usuários em quatro grupos, conforme o padrão de consumo: provadores (utilizam a droga de forma experimental), ocasionais (há recorrência do uso), periódicos (há maior frequência no uso) e dependentes químicos (não fazem pausas entre as ocorrências de uso).

Mais do que isso, podem ocorrer ainda episódios de intoxicação, quando ocorrer superdosagem da droga ou o organismo do usuário não puder suportar seus

efeitos. Ao expor esse cenário conflitivo, é bom frisar que ambos os casos podem ocorrer de forma acidental ou não (OIT, 2008).

Consideradas essas peculiaridades, Breuer (2005) conclui que, ao chegar ao estágio da dependência, significa que o indivíduo passou pelos anteriores, comprovando-se a progressão da doença. Ao chegar nessa fase, o dependente constata os efeitos agradáveis da droga, fazendo o vínculo aumentar: além da dependência física, instala-se a psicológica, dificultando a recuperação. Os fatos alegados não impedem que erroneamente o usuário valha-se de problemas familiares, profissionais ou financeiros para justificar sua dependência e reincidir no vício, reconhece o autor.

Compreendido isso, Gikovate (1992, p. 5) pretende convencer os interessados de que, entre as dificuldades elencadas para a superação da dependência, não basta a determinação: “Só que o viciado não consegue parar. Não usando apenas a sua vontade. A razão, às vezes, é menos poderosa do que o vício”.

Com cautela e parcimônia, Oliveira (2008, p. 133) deixa claro a dificuldade em se estabelecer os limites da tolerância, ainda que de forma remota, quando se trata do ambiente de trabalho: “É bastante fugidia ou rarefeita a fronteira onde termina a saúde e começa a doença, pois depende de conhecimento científico, investimento em pesquisas, equipamentos de alta precisão e até mesmo a vontade do legislador”, enuncia o autor.

Tarefa relativamente difícil é o reconhecimento da presença de drogas no ambiente laboral, bem como a identificação dos usuários e dependentes no local de trabalho, diz Oliveira (2008, p. 21), principalmente quando ainda em estágio incipiente:

Constatamos que os casos-problema costumam ser bastante conhecidos, desde que sejam aqueles mais evidentes. São aqueles casos que ainda não estão muito problemáticos, os abusadores de finais de semana, os usuários de medicamentos, tranquilizantes ou anfetamínicos, que podem passar despercebidos, de olhares não treinados por um longo tempo.

O médico calcula que atualmente encontram-se no ambiente de trabalho pelo menos metade dos números globais de usuários no Brasil, seja em empresas de pequeno, médio ou grande porte. Apesar disso, as manifestações que permeiam a vida do usuário, como absenteísmo e impontualidade, raras vezes são relacionadas

ao uso de drogas, posto que nem todos os sintomas são perceptíveis: “Antes que os danos apareçam, o empregado deve ter consumido drogas por muito tempo. Mas uma vez alcançado este ponto, sua corrida ladeira abaixo é, usualmente, veloz” (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 76).

Em relação a isso, Breuer (2005) apresenta duas teorias a respeito da dificuldade em se diagnosticar o uso de drogas pelo empregado. A primeira é o fato de que algumas drogas, por serem lícitas e socialmente consentidas, dificultam o diagnóstico da dependência, que só se evidencia nos estágios mais avançados, quando suas consequências se tornaram devastadoras e o dependente teve muitos prejuízos durante a progressão.

O segundo fator seria o fato de o empregado não se valer do uso de drogas durante o expediente ou no próprio local de trabalho, tornando-se fácil esconder o problema. Todavia, chega um momento em que ele não consegue mais mascarar o uso, ao passar do simples hábito para o vício consumado. E nessa trajetória, muitos são os danos que gera em si mesmo e nos que o rodeiam, tanto no local de trabalho como no seu meio familiar ou social, ficando suscetível a diversos problemas de saúde, faltas ao trabalho e possíveis acidentes, tanto na empresa como no trajeto (BREUER, 2005).

Na visão do autor, corroborada por Tiba (1999) e a própria OMS, o álcool e o tabaco são as drogas mais consumidas no mundo. Do mesmo modo, o Ministério da Saúde, no Brasil, deu-se conta do quanto seu uso está infiltrado nas empresas, ainda que não ocorra durante a jornada de trabalho (MARTINS, 2005).

Para exemplificar, Campbell e Graham (1991) afirmam que não é fácil identificar um alcoólico iniciante, uma vez que se trata de um hábito socialmente consentido. Contudo, com a progressão da doença é possível perceber no trabalhador faltas frequentes às segundas-feiras pela manhã, almoços prolongados e saídas antecipadas no final do expediente. O trabalhador torna-se intolerante a críticas e vale-se de indisposições para justificar suas falhas ou ausências.

No afã de expurgar essa problemática, apresenta-se a seguir um quadro resumido de alguns dos sintomas perceptíveis no local de trabalho, corroborando as ideias apresentadas até o presente momento pelos autores estudados:

Quadro 3 – Principais sintomas do uso de drogas perceptíveis no local de trabalho

GRUPOS	ESPÉCIES	SINTOMAS PERCEPTÍVEIS NO LOCAL DE TRABALHO
DEPRESSORAS	Álcool (cerveja, vinho e destilados)	Absenteísmo, atrasos, desatenção, acidentes, uso excessivo nas reuniões e almoços.
	Inalantes, colas, nitrato de amido, óxido nitroso)	Agressividade, impulsividade, perda de autocontrole e coordenação; inquietação, tremores e vertigens.
	Narcóticos (codeína, demerol, metadona, morfina, ópio)	Perda de interesse pela aparência física, desmotivação, falta de concentração, absenteísmo e atrasos.
	Barbitúricos (sedativos e calmantes)	Sonolência; lentidão nos movimentos; desmaios.
	Heroína	Sensibilidade à luz; pupilas dilatadas; lentidão nos reflexos; dificuldades na fala; reações alérgicas na pele; desleixo com a higiene e a aparência.
	Benzodienepínicos (ansiolíticos)	Alteração da capacidade de dirigir e de concentração; irritabilidade; convulsões.
ESTIMULANTES	Cocaína	Oscilação do humor; atrito entre colegas; produtividade desigual; absenteísmo; atrasos.
	Crack	Tosse insistente; congestão nasal; tremores; nervosismo; palidez; dilatação das pupilas; agitação.
	Merla	Extremidades dos dedos amareladas; lacrimejamento; olhos avermelhados; respiração difícil; tremores das mãos; inquietação e irritabilidade; odor de querosene, gasolina, benzina e éter.
	Anfetaminas (Dualid, Inibex)	Agitação, absenteísmo, atrasos, indiferença pelas normas e regulamentos.
	Nicotina (cachimbos, charutos, cigarros e rapé)	Tosse persistente e com catarro; falta de fôlego; irritabilidade.
	Oxi	Agitação; alterações de humor; agressividade; absenteísmo; atrasos.
	Mefedrona	Agitação; ansiedade; oscilação do humor; atrito entre colegas; produtividade desigual; absenteísmo; atrasos.
PERTURBADORAS	Maconha (<i>Cannabis sativa</i>); haxixe.	Respostas lentas, perda da memória a curto prazo, dificuldades de concentração e produção errática.
	Cogumelos	Letargia; lapsos de memória; dificuldades de concentração.
	Chá de lírio	
	LSD e ecstasy	Incapacidade para avaliar situações de perigo; apreensão constante; náuseas; tremores corporais; convulsões.
	Skank	Lapsos de memória; dificuldades ao realizar tarefas práticas; ansiedade.

Fonte: a autora, com base em Tiba (pg. 118-119), Breuer (2005), Rotman (1985) e Campbell e Graham (1991).

Aferida e analisada a corretude dessas possibilidades, verifica-se que, na opinião dos autores citados nessa pesquisa, a sensação momentânea de prazer

gerada pela droga invariavelmente trará consequências a curto e longo prazo. Dos fatos individualmente considerados, recairá indubitavelmente uma consequência intrínseca ao consumo da substância.

Reconhecendo-se a existência desse problema, serão feitas algumas considerações às consequências que o uso de drogas acarreta ao indivíduo e aos que o rodeiam.

4 QUANDO O VÍCIO TURBA O TRABALHO

O uso de drogas na contemporaneidade deixou de ser um problema individual e pontual para se infiltrar em todas as camadas sociais, independentemente de raça, gênero, idade ou etnia, elevando-se à categoria de problema de saúde pública e caracterizando-se como um dos maiores flagelos que já atingiram a humanidade (AMAR, 1988).

É incontestável a estatística de que todos os anos a droga provoca milhares de mortes, doenças e acidentes de trânsito e trabalho, além dos transtornos psíquicos, destruindo incontáveis famílias. A fim de manter seu vício, o indivíduo passa a cometer furtos, roubos e crimes violentos, levando-o à marginalização e a consequente exclusão social, além de causar perdas para o empregador e onerando a sociedade (SEIBEL, 2010; CISA, 2014).

Dentre os problemas diagnosticados pelo abuso de drogas no trabalho podem ser citados os acidentes (40% estão relacionados ao álcool), absenteísmo (usuários de drogas costumam incorrer em atrasos e faltas, chegando mais tarde e saindo mais cedo), pressão sobre os colegas (ficam sobrecarregados para compensar a baixa produtividade dos trabalhadores usuários de drogas). Além disso, considera-se ainda a rotatividade (empregados dependentes de drogas não costumam fixar-se no mesmo emprego por muito tempo), pedidos de indenizações (usuários de drogas apresentam índice maior de processos reclamatórios por perdas e danos) e queda na produtividade (pela alteração na coordenação motora, na visão ou na capacidade de concentração) (OIT, 2008, texto digital)

Como já se disse, na vida laboral as drogas podem interferir das mais variadas formas. O álcool, por exemplo, além dos sintomas perceptíveis e apresentados no Quadro 3, pode expor os colegas a um maior número de acidentes, principalmente após o almoço. Quando mais, a bebida é uma das principais causas do absenteísmo nas segundas-feiras, ocasião em que muitas vezes não é possível ao empregado comparecer ao trabalho, pois está de ressaca (VEJA..., 2003).

No âmbito global, a OIT aponta o Brasil entre os cinco primeiros países do mundo em número de acidentes no trabalho. Os segmentos mais afetados são a construção civil, indústrias metalúrgicas, eletroeletrônicas, moveleiras e madeireiras (SARRES, 2013, texto digital).

De maneira similar, Tiba (1999, p. 270) expõe:

Ainda que não cheguem a se viciar, os usuários de drogas são doentes de comportamento e prejudicam não apenas a si mesmos, mas a todos os que se relacionam com eles: os pais sofrem decepções e têm de arcar com os prejuízos materiais; a empresa perde com a queda de rendimento deles; a sociedade não pode contar com sua cooperação na solução dos problemas comuns.

Campbell e Graham (1991, p. 49) atribuem grande significado ao problema do alcoolismo, que provoca faltas recorrentes ao trabalho, além de licenças médicas e problemas familiares. Chega um ponto em que a economia da família fica comprometida em virtude das despesas com a bebida: “Contudo, se há um local onde esta forma de doença fica mais exposta, é exatamente no ambiente de trabalho”.

A dependência do cigarro, por sua vez, manifesta visivelmente os sintomas da abstinência, que podem se apresentar a cada 30 minutos, como irritabilidade, inquietação, ansiedade e redução na capacidade de concentração e na produtividade. O empregado que se ausenta do local de trabalho para fumar um cigarro perde pelo menos 10 minutos de trabalho, não se incluindo aqui o tempo que levará para se concentrar novamente. O fumante usual acaba por ter menos disposição e faltar mais ao trabalho, fruto das doenças que o vício acarreta, exibe a reportagem.

Para exemplificar, Oliveira (2008) salienta que muitas vezes a questão financeira não parece ser obstáculo para a manutenção do vício. Além dos gastos com a compra de cigarros, que pode atingir 25% do salário mensal, os fumantes em

geral gastam mais com medicamentos, consultas e intervenções médicas, além de apresentarem mais perdas salariais decorrentes de ausências no trabalho.

Semelhantemente, pesquisas recentes comprovam que o usuário de maconha permanece com a capacidade de concentração reduzida durante dois ou três dias após o uso. Assim, o usuário contumaz estará sempre com um percentual da droga em seu organismo, tornando-se desatento, disperso e com dificuldade para realizar tarefas mais complexas ou assimilar várias informações ao mesmo tempo (VEJA..., 2003).

Assim como o consumidor das drogas anteriormente citadas, da mesma forma o usuário de cocaína terá suas capacidades física e psíquica reduzidas, possibilitando o surgimento de acidentes. No ambiente de trabalho, o uso de álcool e outras drogas afeta 15% dos empregados, causando cinco vezes mais chances de acidentes de trabalho e responsabilizando-se por 50% dos registros de absenteísmo e licenças médicas, segundo Castro, Cleto e Silva (2011).

Os autores constataam que o usuário de substâncias psicoativas tende a ausentar-se do trabalho com mais frequência, principalmente no primeiro dia útil da semana, onerando o empregador devido à rotatividade dos funcionários. Não bastassem esses dados, usuários de drogas cometem mais erros, oferecendo risco à sua segurança e dos demais. Devido às alterações psíquicas, costumam envolver-se em conflitos e tumultuam o ambiente de trabalho, comentam os doutrinadores.

O II Levantamento Nacional sobre Álcool e Drogas, realizado entre o período de 2006 a 2012, evidenciou que no país 8% (7,4 milhões de pessoas) admitem o efeito prejudicial do uso de álcool no seu trabalho, ao passo que 4,9% (4,6 milhões de pessoas) afirmam já ter perdido o emprego devido ao consumo de bebidas alcoólicas (LARANJEIRA, 2014). O psiquiatra enfatiza essa questão ao abordar dados da OIT, demonstrando que cerca de 25% dos acidentes de trabalho no mundo dizem respeito a pessoas que estavam sob o efeito do álcool ou outras drogas.

Anualmente a presença de álcool e outras drogas no local de trabalho custa à economia milhões de dólares, trazendo implicações à saúde do trabalhador, segurança, bem-estar e produtividade no trabalho, além da responsabilidade civil.

Dessa forma, a problemática amplamente reconhecida requer a formulação e implementação de políticas preventivas destinadas à sua coibição (OIT, 2008).

Dados do Banco Interamericano do Desenvolvimento (BID) atestam que, anualmente, o Brasil perde US\$ 19 bilhões por absenteísmo, doenças e acidentes no trabalho. O país encontra-se entre os cinco primeiros do mundo em número de acidentes do trabalho, sendo que, dos 500 mil casos ocorridos anualmente, cerca de 0,8% resultam em morte (CONSUMO..., 2012, texto digital).

Campbell e Graham (1991, p. 1) consubstanciam sua análise com a afirmação de que empregados usuários de drogas trazem despesas ao empregador na forma de licenças médicas e atrasos, além de terem sua produtividade prejudicada: “Além disso, eles saem mais cedo, prolongam mais seus tempos de ‘cafezinho’ e rendem menos no horários vespertinos do que nos matutinos”. Ainda, por via reflexa, ameaçam a segurança e o bem-estar dos demais empregados, argumentam as escritoras.

Dados do INSS revelam que os pedidos de auxílio-doença para usuários de drogas triplicaram nos últimos oito anos, especialmente para viciados em cocaína, crack e merla, passando de um milhão, explica Uribe (2014, texto digital):

Nos últimos oito anos, o total de auxílios-doença relacionados à dependência química simultânea de múltiplas drogas teve um aumento de 256%, pulando de 7.296 para 26.040. No mesmo período, o benefício concedido a viciados em cocaína e seus derivados, como crack e merla, também mais do que triplicou. Passou de 2.434, em 2006, para 8.638, em 2013, num crescimento de 254%. O uso de maconha e haxixe resultou, por sua vez, em auxílio para 337 pessoas, em 2013, contra 275, há oito anos.

Nesse diapasão, o autor comenta que apenas em 2013 foram gastos R\$ 9,1 milhões em auxílio-doença, sendo que os benefícios pagos a usuários de mais de uma droga somaram R\$ 26,2 milhões, chegando a cifra total num montante de R\$ 162,5 milhões (URIBE, 2014, texto digital):

No ano passado, apenas os estados de Alagoas, Roraima e Sergipe não tiveram aumento do número de auxílios-doença relacionados ao uso de drogas em relação a 2012. Em São Paulo, estado que historicamente concentra o maior número de beneficiados, o total de auxílios-doença passou de 41 mil para 42.649. Na sequência, estão Minas Gerais (de 18.527 para 20.411), Rio Grande do Sul (de 16.395 para 16.632), Santa Catarina (de 13.561 para 14.176) e Paraná (de 9.407 para 10.369).

Nesse ínterim, a duração média de recebimento do benefício é de 76 dias, sendo que, para ter direito, o segurado precisa de uma perícia médica e exames que comprovem tanto a dependência química quanto a incapacidade para o trabalho. Existindo a necessidade, a determinação do limite de tempo para o benefício é determinada pelo perito, pondera o autor.

Conforme se extrai dos dados analisados, o consumo de substâncias químicas nas empresas abrange tanto os operários como altos executivos, e desde pequenos negócios a grandes multinacionais. Dentre as justificativas encontram-se o estresse, pressão por metas e resultados, sobrecarga de trabalho e até mesmo a falta de reconhecimento (CONSUMO..., 2012).

Quanto aos medicamentos, não existem estudos conclusivos de seu uso abusivo no local de trabalho, porém investigações preliminares evidenciam tratar-se de um problema relevante e em crescimento, que tem gerado riscos à segurança, saúde e produtividade do trabalhador (OIT, 2008). Em razão de diversos medicamentos provocarem efeitos colaterais semelhantes às drogas, conclui-se que devem provocar, de modo análogo, sequelas para o usuário e seus colegas de trabalho.

A ocorrência de mau uso ou abuso de medicamentos no local de trabalho significa que o consumidor está fazendo uso em desacordo com as indicações prescritas. Dentre os medicamentos que podem provocar impacto no desempenho do empregado encontram-se os de venda livre, como antigripais, antitussígenos, anti-histamínicos e indutores do sono; e os de venda controlada, como antidepressivos, anti-histamínicos, anti-hipertensores, antirreumáticos, benzodíazepinas, antitussígenos com codeína, relaxantes musculares, analgésicos com morfina ou codeína e tranquilizantes (OIT, 2008).

A entidade apresenta estudos que revelam que o grau de abrangência no abuso de medicamentos cresce em paralelo ao avanço da idade e aumento do poder aquisitivo, e numa proporção maior entre as mulheres do que entre os homens, possivelmente pela dupla jornada que normalmente enfrentam.

Não obstante, quando se fala no uso de drogas pelo trabalhador, por via reflexa presume-se sua extensão a terceiros, como no caso de policiais, motoristas,

profissionais da saúde e demais profissões que atuem diretamente com o público (OIT, 2008). A Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT) demonstra sua preocupação principalmente no que se refere às anfetaminas, utilizadas por motoristas e seguranças a fim de aumentar o tempo e a capacidade de vigília (HANDAR, 2015).

A temática atinge maior amplitude quando se analisa o grande número de profissionais expostos ao uso de drogas. Cruz (2011) relata que existem índices maiores de abuso de drogas em determinadas profissões, elencando-se aquelas que exigem carga horária extenuante, alto nível de pressão e sobrecarga de trabalho e stress, como publicitários, plantonistas de hospitais, operadores de bolsa e jornalistas, entre outros.

De forma similar, a facilidade de acesso a opiáceos e calmantes absorve a classe dos médicos e outros profissionais da saúde, cujo próprio exercício da profissão possibilita o feito, examina o autor.

De acordo com a OIT, anualmente 2,3 milhões de mortes têm relação com a atividade que o trabalhador exerce. Desses, cerca de 2 milhões ocorrem devido ao desenvolvimento de enfermidades e 321 mil são oriundas de acidentes – ou seja, uma morte por acidente para cada seis mortes por doença (SARRES, 2013, texto digital).

Moraes (2002, p. 51) traz à tona o fato de que não se trata de substituir indenizações por riscos inerentes à profissão, quando os mesmos forem passíveis de prevenção:

Notamos que não basta assegurar o direito na percepção de adicionais ou indenizações, quando agredido o trabalhador na relação de emprego, mas deve-se, antes de tudo, promover a segurança, a fim de evitar ou reduzir os riscos inerentes ao trabalho. Diz-se que a segurança do indivíduo é um dos princípios fundamentais da segurança social.

Ainda que o dever de cautela não se restrinja unicamente às profissões a seguir exemplificadas, o quadro abaixo enumera alguns segmentos de trabalho cujos representantes encontram-se mais expostos a riscos e pressões, levando-os com mais facilidade ao uso de drogas.

Quadro 4 – Principais profissões expostas ao consumo de drogas

PROFISSÃO	REPRESENTANTES	CAUSAS
Gestores e profissionais autônomos	Vendedores, médicos, advogados, publicitários, jornalistas e artistas	Pressão social, facilidade de acesso e ausência de supervisão.
Operadores de equipamentos com grande potência ou que trabalham em condições extremas	Engenheiros e pilotos	Grande responsabilidade perante a segurança física de terceiros.
Seguranças	Policiais, bombeiros e seguranças particulares	Jornadas alteradas, falta de sono, necessidade de estar sempre alerta.
Profissionais da saúde	Anestesiistas, cirurgiões e enfermeiros	Jornadas extenuantes, responsabilidade pela vida alheia e facilidade de acesso.
Motoristas	Caminhoneiros e motoristas de transporte público	Necessidade de manter vigília à noite.

Fonte: a autora, com dados de OIT (2008).

Como dito, isso não retira a força de se atentar para todas as demais profissões, ainda que talvez falte alcance para esse entendimento, devido à inexistência de estudos e indicadores sobre o assunto.

Assim, munindo-se de conhecimentos elementares e sob o fundamento de que o problema dessa pesquisa é a verificação da interferência das drogas no local de trabalho, em seguida serão abordadas algumas consequências do seu uso na esfera laboral.

4.1 Faltas ao trabalho motivadas pelo uso de drogas

O Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS) reconhece a necessidade de medidas preventivas ao diagnosticar que 15% dos profissionais brasileiros são dependentes de drogas ou álcool, ou no mínimo os consomem de

modo frequente, fazendo com que faltem cerca de 26 dias por ano sem justificativa, o triplo de faltas de um trabalhador comum. O órgão afirma que sua produtividade é 30% menor, sendo que os riscos de ocorrerem acidentes quintuplicam (CRUZ, 2011).

No Brasil, de acordo com o último acompanhamento mensal de benefícios da Previdência, feito em 2013, o pagamento do benefício por acidente de trabalho e do auxílio-doença segue uma dinâmica semelhante. A cada sete benefícios concedidos por afastamento por doença relacionada ao trabalho, um é pago por acidente (SARRES, 2013, texto digital).

Salvaguardados esses dados, verifica-se a dimensão da complexidade do assunto em locais bem mais perto. No Vale do Taquari, a título de exemplificação, em 2014 foram afastadas 149 pessoas do trabalho, em razão da dependência química provada por drogas ilícitas, representando 13 municípios da região, sendo o de Lajeado com maior incidência, seguido por Arroio do Meio, Encantado e Teutônia. No ano anterior haviam sido registrados 48 trabalhadores, de 11 municípios da região (SOARES, 2015, texto digital). A autora constata que as faltas citadas acima foram motivadas por transtornos mentais e comportamentais, ocasionados pelo uso da cocaína, canabinóides, sedativos ou hipnóticos.

Em seguida, serão apresentados alguns conceitos elementares a respeito da justa causa e do reconhecimento do uso de drogas como patologia.

4.2 Da justa causa à patologia reconhecida

Tema de amplo debate no meio jurídico, o uso de drogas pelo empregado tem a preocupação de duas correntes: a primeira, que vê nessa prática uma violação do contrato de trabalho e autoriza ao empregador a demissão por justa causa. A outra, mais flexível, entende que o usuário de drogas é uma vítima e seu problema tratado como uma doença, com encaminhamento ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). O paralelo que se faz, para esta segunda corrente, é o mesmo que acontece com os empregados acometidos da embriaguez habitual no serviço (ALENCAR, 2013).

Para Martins (2005, p. 95), um dos deveres do empregado no contrato de trabalho é ser diligente, trabalhando com afinco e pontualidade; ao deixar de demonstrar diligência na realização de suas tarefas, incorre em desídia, que justifica a demissão por justa causa.

O autor esclarece que isso pode ocorrer tanto pelo desleixo no trabalho, através de pequenas faltas, como por impontualidade frequente ou faltas sem justificativa:

O empregado labora com desídia no desempenho de suas funções quando o faz com negligência, preguiça, má vontade, displicência, desleixo, indolência, omissão, desatenção, indiferença, desinteresse, relaxamento, incúria, descaso, falta de diligência.

Entretanto, o estudioso afirma que não pode ser considerada desídia a diminuição da produtividade motivada por doença, problemas de visão ou audição, ou mesmo outros fatores alheios à sua vontade: “Em princípio, há necessidade de o empregado ter a intenção de não trabalhar adequadamente” (MARTINS, 2005, p.97).

O especialista preceitua que, para a desídia, normalmente é preciso mais de uma ocorrência faltosa, sendo que a própria Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) não faz alusão ao número de atos: “Na maioria dos casos, uma única falta não é tipificada como desídia. Há necessidade de um conjunto de faltas do empregado”. Entretanto, se a falta cometida for de natureza grave, a desídia pode ser configurada em uma única ocorrência, caracterizando a justa causa (MARTINS, 2005, p. 99).

Na aplicação dos ditames jurídicos, os atos faltosos do empregado estão elencados no art. 482 da CLT (PRADO, 2015). Dentre as razões para os erros cometidos na função ou as faltas ao trabalho, está o uso de drogas. A legislação é taxativa quando fala, na alínea ‘f’, na embriaguez habitual ou em serviço. Entretanto, não faz distinção quanto à forma de embriaguez, que pode derivar tanto do álcool como de drogas ou entorpecentes.

Martins (2005) e Giglio (2002) esclarecem que determinadas drogas podem provocar um estado inebriante, principalmente opiáceos, maconha e cocaína, sendo necessária a investigação casuística, uma vez que algumas delas podem ter sido prescritas por um médico: a morfina, por exemplo, é usada para tratamento de estágios avançados contra o câncer, quando o paciente sente muita dor.

O primeiro autor adverte que a lei trabalhista penaliza como justa causa a embriaguez e não o ato de beber: “Somente o empregado embriagado será dispensado e não aquele que vez ou outra toma um aperitivo e não fica embriagado” (MARTINS, 2005, p. 106). De acordo com esse posicionamento, a embriaguez em serviço se caracteriza por uma única falta:

Será desnecessária a habitualidade nessa falta, de repetição do ato praticado pelo empregado, mas de um único ato. Pode a embriaguez ser ocasional, mas deve ser revelada no serviço. O empregado não precisará anteriormente ter sido advertido ou suspenso (MARTINS, 2005, p.114).

Segundo o especialista, ainda que a lei o diga, não há referência explícita no que se refere ao local onde a bebida é consumida:

A lei, para o caso, não faz referência que a embriaguez tem de ser observada em serviço, mas que seja habitual. Logo, ela pode ser apurada fora do serviço, mas deve ter reflexos no serviço. Do contrário, não tem sentido a justa causa, pois ela não se refere ao contrato de trabalho. Alto executivo que fica embriagado habitualmente fora do serviço, mas que trabalha normalmente, sem cometer deslize não pode ser dispensado com justa causa. Não se pode dizer que o empregador perdeu a confiança em tal empregado, se nada trouxe de negativo para o serviço (MARTINS, 2005, p.113).

Entretanto, apesar da previsão em lei, a embriaguez do empregado, habitual ou crônica, está mais para uma doença do que para demissão por justa causa. A própria OMS reconhece o alcoolismo como doença, integrando a Classificação Internacional de Doenças (CID) nos códigos 10 (transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso do álcool), 291 (psicose alcoólica), 303 (síndrome de dependência do álcool) e 305 (abuso do álcool sem dependência). “Assim, o empregado deve ser tratado e não dispensado, sendo enviado ao INSS ou ao sistema de saúde pública” (MARTINS, 2005, p.110).

Até a praxe jurídica estabelecer algumas regras, Prado (2015) ratifica essa tese ao afirmar que o Direito do Trabalho não deve adotar uma solução simplista a um problema tão grave, crescente e que afeta toda a sociedade.

De forma semelhante posiciona-se a ANAMT, que vê no álcool um problema emergente: “O uso de álcool e outras drogas entre trabalhadores, incluindo motoristas profissionais, não é um tema novo. Trata-se de um problema de saúde pública, com impactos sociais e econômicos bem conhecidos por toda a sociedade” (HANDAR, 2015, texto digital).

Acompanhando a transformação da sociedade e amparado na classificação estabelecida pela OMS, o Tribunal Superior do Trabalho (TST) vem mantendo uma postura protetiva em relação a isso, afastando a embriaguez habitual dos ensejos para demissão por justa causa, vendo nela uma patologia e não mais um desvio comportamental.

Esse entendimento resultou no Acórdão do processo AIRR e RR - 813281/2001.6 reconheceu a importância estabelecida à patologia, fazendo com que o legislador a situe na necessidade de um novo comportamento social ante o quadro que se apresenta, como se extrai do julgado abaixo (PRADO, 2015):

Já que o portador da síndrome de dependência do álcool tem compulsão pelo consumo desta substância, levando-o ao desequilíbrio e à perda da capacidade de raciocínio, tornando-o irresponsável pelas suas atitudes; ao invés de sanção ao empregado doente, a atuação do empregador deveria ser de encaminhamento do trabalhador a tratamentos que possam ressocializá-lo, já que, sozinho, o empregado não é capaz de curar-se. O portador da síndrome de dependência do álcool também tem o desejo de livrar-se da doença, pois o problema reflete-se em todas as áreas da sua vida, trazendo transtornos não só para ele, mas, também, para os que com ele convivem. Tanto isso é verdade, que, modernamente, o portador dessa síndrome é chamado alcoólico, e não mais alcolatra, já que este último traz em si a explicação de que ele idolatra o álcool, o que não é verdade.

De mesmo sentido e alcance são as decisões dos Tribunais Regionais do Trabalho, afastando o paradigma da embriaguez habitual como motivo para justa causa, o que pode ser confirmado no entendimento do Tribunal Regional da 15ª região, no Recurso Ordinário do Processo nº. 00319-2006-063-15-00-0, no qual considera a necessidade de o empregado ser encaminhado para tratamento médico, e não meramente penalizado com a demissão, que poderia vir a ser caracterizada como discriminatória:

Em consonância com a realidade social atualmente vivida a jurisprudência vem se firmando no sentido de afastar a embriaguez habitual como hipótese de justa causa. Tendo em vista as considerações feitas a respeito da embriaguez habitual que atualmente é considerada como doença, considera-se desproporcional aplicar friamente a letra alínea 'f' do artigo 482 da Consolidação das Leis do Trabalho e punir, o empregado, com a penalidade máxima trabalhista por encontrar-se doente. Os que advogam em defesa da extinção do contrato de trabalho pela embriaguez, o insucesso. Os Tribunais vem formando entendimento unânime de que a responsabilidade pelo trabalhador doente é do Estado e não do empregador, devendo este encaminhá-lo para tratamento e não aplicar-lhe a mais graves das sanções trabalhistas que é a dispensa por justa causa. A embriaguez habitual hoje é classificada como de uma doença e a mais razoável solução desta problemática seria a suspensão do contrato de trabalho e o encaminhamento do empregado doente a tratamentos médicos (BRASIL, 2008, texto digital).

Outra resposta jurisdicional é o entendimento da 4ª Turma do Tribunal Regional do Trabalho do Paraná (TRT-9), ao considerar improcedente a justa causa aplicada a um dependente químico que reiteradamente faltava ao trabalho (ANULADA..., 2016, texto digital). A decisão dos desembargadores reconheceu que o funcionário não possuía mais a capacidade plena para responder por seus atos, tamanho o dano provocado pelo uso de drogas:

Os desembargadores consideraram que os transtornos mentais e comportamentais causados pelo uso de múltiplas drogas afastaram a capacidade de discernimento do trabalhador. Assim, as faltas se deram por conta da grave doença, não podendo ser consideradas motivo para justa causa, por ausência de tipicidade. Cabe recurso da decisão.

Assim, após reiteradas faltas justificadas, advertências e suspensões, o trabalhador foi demitido pela empresa por desídia. Entretanto, não obstante sua negligência comprovada e a aplicação adequada da legislação, a 4ª Turma reconheceu que tal comportamento originou-se da doença do empregado, resultando em atipicidade e em desacordo com o princípio da efetivação da função social da empresa (ANULADA..., 2016, texto digital):

A decisão, que modificou a sentença proferida em primeira instância, determinou a reversão da dispensa para a modalidade sem justa causa e condenou o empregador ao pagamento de verbas rescisórias, como aviso prévio indenizado, férias proporcionais e multa de 40% sobre o Fundo de Garantia.

Todavia, apesar da posição jurídica, Teixeira Filho (2015, texto digital) alerta para o fato de que não se deve confundir os eventos de embriaguez habitual e o comprovado vício do alcoolismo com a hipótese em que, não sendo alcoólatra, o empregado comparece embriagado ao local de trabalho.

Não sendo essa a situação, o entendimento dos Tribunais é majoritário ao tutelar esse direito, a exemplo de decisão do Tribunal Regional do Trabalho da 12ª Região (Santa Catarina):

JUSTA CAUSA. ALCOOLISMO CRÔNICO. Não cabe a aplicação do artigo 482, alínea "f", da CLT quando comprovado ser o empregado portador de alcoolismo crônico, reconhecido como doença pela Organização Mundial de Saúde - OMS, sob a denominação de "síndrome de dependência do álcool" (CID F-10.2). (TRT/12ª - 2ªT – Recurso Ordinário - 00188-2003-004-12-00-7 – Decisão de 17/11/2004 – DJSC 01/12/2004).

Apesar da evidência dos fatos incontrovertidos, Pirillo (2015, texto digital) admite que aspectos como a habitualidade das ocorrências faltosas, as

consequências que possam gerar ao trabalho propriamente dito, o histórico funcional e mesmo eventos de punições anteriores, como advertências e suspensões, invariavelmente têm sido pouco considerados pelos Tribunais, que podem não considerar tais alegações, frustrando expectativas do empregador:

A simples dispensa nesses casos, mesmo sem justa causa, é vista muitas vezes, como ato discriminatório contra alguém que já vivencia uma problemática social e de saúde e, traz em seu bojo, muitas vezes, além de injusta dispensa, condenações de aspecto moral.

Albergado na prolação dessas decisões, o instituto da justa causa sofreu uma mutação recente, albergada pela Súmula 443 do TST, pela qual a demissão do empregado portador de doença grave ou passível de causar preconceito subjaz a presunção de dispensa discriminatória, facultando-lhe o direito à reintegração

Assim, havendo o entendimento subliminar de que o vício nas drogas pode causar motivo de preconceito ao empregado, ser-lhe-á vedada a sua demissão, bem como os casos já tramitados pelo órgão julgador, nos quais se considerou violação ao sumulado a demissão de empregado alcoólatra.

Essa situação teve por mostra a decisão da Quarta Turma do TST, que determinou a reintegração de um servidor da Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano (CDHU), no Estado de São Paulo, dispensado por alcoolismo, juntamente com o ressarcimento integral do período em que ficou afastado: “Ao examinar recurso do trabalhador, a Turma considerou discriminatória sua demissão. Como a Síndrome de Dependência Alcoólica é catalogada pela Organização Mundial de Saúde como doença grave, a empresa violou a Súmula 443 do TST” (LOUREIRO, 2014, texto digital).

Proferida a decisão, os magistrados reconheceram a necessidade de se olhar o problema com os óculos de uma nova dimensão jurídica. Finalizado o trâmite do processo, deu-se voz à apreensão do problema pela esfera judicial, alcançando-se com isso a responsabilização do empregador. Atingido esse desiderato, o pronunciamento dos juízes desautoriza que se proceda à demissão do empregado usuário de drogas.

Nada obsta, contudo, que o dependente seja afastado temporariamente, desde que devidamente amparado pela legislação. Do contrário, não faria sentido mantê-lo

em seus quadros, pois o empregador ou estaria sendo conivente com o problema, ou se arriscando à ocorrência de situações de risco.

Para Handar (2015), é necessária uma força-tarefa a ser enfrentada por profissionais de todas as áreas, principalmente os de saúde que atuam na prevenção e na promoção da saúde dos trabalhadores. De forma positiva, o médico acredita que a dependência química é uma condição clínica passível de tratamento e que é possível recuperar dependentes, de modo que possam ser reabilitados e retornar às suas atividades normais.

O Projeto de Lei do Senado Nº 83, de 2012, de autoria do Senador Eduardo Lopes, busca modificar a alínea “f” do art. 482 da CLT, a fim de disciplinar a demissão e estabelecer garantia provisória de emprego ao alcoolista. De acordo com a ementa, o projeto visa diferenciar as situações em que o empregado é dispensado por justa causa, nos casos de embriaguez habitual, com aqueles em que o funcionário, estando saudável, apresenta embriaguez em serviço. Da mesma forma, o projeto prevê que o alcoolista comprovadamente crônico, nos casos de embriaguez em serviço, somente será demitido por justa causa caso recuse submeter-se a tratamento médico (PROJETO..., 2015, texto digital).

A fim de se verificar a incidência de drogas na empresa, foi publicada em 2015 a Portaria 116 do MTPS, a qual estabelece diretrizes para a realização de exames toxicológicos em motoristas profissionais que lidam com transporte rodoviário coletivo de passageiros ou de cargas. Entretanto, a resolução foi suspensa e posteriormente regulamentada pela Lei nº 13.103/2015, em vigor desde março deste ano, que alterou a CLT, principalmente no que tange ao art.168 (HANDAR, 2015).

Após longa discussão, a partir de agora os motoristas devem realizar exames toxicológicos quando da admissão e no desligamento, tendo validade por 60 dias, contados da data da coleta. Esses dados são sigilosos e permitem uma análise toxicológica retroativa a 90 dias (GOVERNO..., 2015).

Essa categoria recebeu uma atenção específica pelo grande estresse a que estão submetidos, como longas jornadas e uso indiscriminado de substâncias lícitas e ilícitas, conhecidas como “rebites”. Conforme dados do MTPS, a categoria

representa 15% das mortes em acidentes de trabalho (GOVERNO..., 2015, texto digital).

Pirillo (2015, texto digital) faz menção expressa ao perigo que abarca essa atitude, uma vez que, cessado o efeito estimulante da droga, ocorre o sono imediato do motorista, chamado usualmente de “apagão”. De modo intrínseco, tal como ocorre com o crack e a cocaína, a dilatação das pupilas do usuário dificulta a visibilidade noturna e aumenta a sensibilidade ao ofuscamento de outros veículos: “Com o passar do tempo e, com as dificuldades impostas na compra dos rebites esses motoristas passaram a substituí-los pela cocaína e o crack”, adverte o autor.

O escritor versa que, em apoio à legislação trabalhista, o Departamento Nacional de Trânsito (Denatran) determinou que, ao tirar ou renovar a Carteira Nacional de Habilitação (CNH) a partir da categoria C, o motorista deverá, impreterivelmente, submeter-se aos exames toxicológicos de janela ampla, que detectam indícios de drogas consumidas em até 90 dias.

A Lei Nº 13.103/2015, além de introduzir na CLT a obrigatoriedade dos testes toxicológicos aos funcionários e os Programas de Controle de Drogas pelas Empresas, também alterou o Código Nacional de Trânsito (CNT):

Art. 148-A. Os condutores das categorias C, D e E deverão submeter-se a exames toxicológicos para a habilitação e renovação da Carteira Nacional de Habilitação.

§ 1º O exame de que trata este artigo buscará aferir o consumo de substâncias psicoativas que, comprovadamente, comprometam a capacidade de direção e deverá ter janela de detecção mínima de 90 (noventa) dias, nos termos das normas do Contran.

§ 2º Os condutores das categorias C, D e E com Carteira Nacional de Habilitação com validade de 5 (cinco) anos deverão fazer o exame previsto no § 1º no prazo de 2 (dois) anos e 6 (seis) meses a contar da realização do disposto no caput.

§ 3º Os condutores das categorias C, D e E com Carteira Nacional de Habilitação com validade de 3 (três) anos deverão fazer o exame previsto no § 1º no prazo de 1 (um) ano e 6 (seis) meses a contar da realização do disposto no caput (BRASIL, 2008, texto digital).

Na mesma lei, encontra guarida a existência dos deveres incumbidos ao motorista profissional:

Art. 235-B. São deveres do motorista profissional:

VII - submeter-se a exames toxicológicos com janela de detecção mínima de 90 (noventa) dias e a programa de controle de uso de droga e de bebida alcoólica, instituído pelo empregador, com sua ampla ciência, pelo menos uma vez a cada 2 (dois) anos e 6 (seis) meses, podendo ser utilizado para esse fim o exame obrigatório previsto na Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 - Código de Trânsito Brasileiro, desde que realizado nos últimos 60 (sessenta) dias.

Parágrafo único. A recusa do empregado em submeter-se ao teste ou ao programa de controle de uso de droga e de bebida alcoólica previstos no inciso VII será considerada infração disciplinar, passível de penalização nos termos da Lei (PIRILLO, 2015, texto digital).

Para a ANAMT, as ações que promovem a saúde e a conscientização quanto ao efeito das drogas são tão vitais para essa categoria de profissionais quanto a realização dos exames toxicológicos. Da mesma forma, defende o posicionamento de que existem diversas formas comprovadas para se detectar a presença de drogas no organismo (HANDAR, 2015).

O médico cita o teste de triagem que abrange o álcool, tabaco e demais substâncias (ASSIST), proposto pela OMS e validado no Brasil em 2004, além daqueles que promovem o diagnóstico antecipado, como o de saliva ou de urina, que evidencia a utilização recente de alguma droga, a exemplo do bafômetro, adotado para verificação do nível de álcool no sangue. O que tais exames não mostram, infelizmente, é o consumo anterior de alguma droga, revelando uso ou dependência (HANDAR, 2015).

Para isso, a associação reconhece a legitimidade de se fazer os testes de detecção ampla, feitos com amostras de pelo ou cabelo, e que registram a presença de diversos tipos de substâncias tóxicas no organismo, consumidas em até seis meses. Em contrapartida, tais exames não são eficazes para verificar o comprometimento da capacidade de dirigir veículos, por exemplo (HANDAR, 2015).

A discussão em relação a esses procedimentos aborda a questão ética, uma vez que o trabalhador deve apresentar o resultado ao empregador em até 15 dias após sua realização, o que fere o princípio da confidencialidade. Segundo o autor, outro dilema é a recusa do trabalhador em realizar os referidos exames, sendo possível considerar sua atitude como infração sujeita à penalização.

Por outro lado, contrapõe Pirillo (2015), pelo princípio constitucional da não autoincriminação, o empregado não é obrigado a produzir prova jurídica contra si

mesmo. Nesse caso, cabe à empresa convencê-lo de que se trata de um procedimento de rotina, e não necessariamente perseguição ou discriminação. Sob outro ponto de vista existem doutrinadores que se opõe ao procedimento, nos casos em que a organização não possua programas estruturados de prevenção toxicológica.

Dialeticamente, caso seja interposta a sistemática da realização de exames, o autor traz à tona a preocupação com o bem-estar comum, que necessariamente não se confunde com a restrição a outros direitos:

Quanto aos direitos individuais garantidos na Constituição, temos também que, não há no sistema constitucional brasileiro, direitos individuais que se revistam de caráter absoluto em face de relevante interesse público e do Direito Coletivo, como por exemplo, o combate ao tráfico de drogas, a saúde pública, a segurança do trabalho e todas as consequências sociais que dele resulta, pois existem limitações de ordem jurídica destinadas a proteger a integridade e os interesses da sociedade (PIRILLO, 2015, texto digital).

Assim, amparado em programas ocupacionais preventivos, não estará violando a intimidade do trabalhador a empresa que buscar disseminar em seus quadros a prevenção, educação e conscientização em relação às drogas. De modo similar, também os testes deverão ser destinados a esse fim, garantindo sempre ao empregado o sigilo e a confidencialidade e preferencialmente inseridos no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), conclui o autor.

Não se trata aqui de uma arbitrariedade, uma vez que, fundamentado no princípio constitucional do contraditório, o trabalhador terá direito à contraprova, sendo que no laudo constará apenas a presença ou não de substâncias psicoativas, sem contudo especificar seus níveis ou espécies (GOVERNO... 2015).

De qualquer forma, a fim de se evitar uma disparidade ou um desrespeito por parte do empregador, os exames toxicológicos devem necessariamente ser precedidos do consentimento expresso do empregado, preservando seu direito constitucional à intimidade e seguindo os procedimentos adequados:

Em todos os casos, a testagem deve ser realizada através de uma metodologia amplamente divulgada, por profissionais habilitados, com métodos confiáveis e mantido em absoluto sigilo o resultado, garantindo a contraprova quando necessário (PIRILLO, 2015, texto digital).

De maneira pontual, uma das preocupações da ANAMT envolve os custos que permeiam a realização desses exames, uma vez que ainda não existe uma praxe

unificada no país. Pelo fato de a portaria supracitada não estar vinculada a nenhuma Norma Regulamentadora e não estarem incluídos nos programas de Saúde Ocupacional, foi convencionado que os testes não serão custeados pelo empregador, deixando o trabalhador desamparado nesse quesito (HANDAR, 2015).

Em adição a essa dificuldade está o fato de que nem todas as empresas possuem médico ou laboratório para esse fim, o que não deverá impedir a realização de formas alternativas de testagem. Impossível o exame de dosagem alcoólica, o médico pode valer-se de outros meios para realizar o diagnóstico, advém Martins (2005, p. 118):

O médico poderá constatar a embriaguez por meio do exame dos globos oculares, que ficam com abundância de irrigação sanguínea e, portanto, vermelhos, pelo exame do pulso, pois são elevados os batimentos cardíacos. Se o empregado apresenta sonolência. Pode ser verificado se o empregado está suando intensamente, baba ou está vomitando. Se tem boa memória. É possível verificar o hálito do empregado, a dificuldade em articular palavras. Se consegue ficar em pé ou caminha normalmente.

O autor absolve a empresa que não tiver condições técnicas para realizar o procedimento, podendo registrar a ocorrência mediante a presença de duas testemunhas, as quais poderão comprovar o hálito e as impossibilidades físicas do empregado embriagado, como dificuldade na fala, sudorese e desequilíbrio: “Não se pode, portanto, exigir uma rigidez absoluta da prova, diante do fato de que o empregado não quer fazer o exame ou a empresa não tem condições materiais de fazê-lo (MARTINS, 2005, p.118).

Aqui uma observação se faz necessária, com o aumento da demanda e dos casos de ocorrências de drogas nas empresas, denota-se que, com o passar do tempo, o sistema de testagem tenderá a se tornar uma prática constante nas organizações, sem que com isso se firam valores jurídicos constitucionais. As questões controvertidas provavelmente passarão a ser delimitadas essencialmente pela salvaguarda do direito à dignidade do dependente de drogas, o que de forma alguma parece ser incompatível com algumas regulamentações necessárias ao seu controle.

A seguir, serão diferenciados alguns pressupostos necessários à responsabilidade que compete ao empregador e ao empregado, fundamentados no ordenamento vigente, no que tange ao problema das drogas.

4.3 A responsabilidade do empregador

A presença de usuários de drogas no ambiente de trabalho acarreta uma infinidade de percepções e decisões a serem tomadas pelo empregador. Admitir que o problema existe e, a partir daí, iniciar um plano de ação, talvez seja a melhor saída, sugerem Campbell e Graham (1991, p. 26):

Em certos casos, os administradores negam o problema acreditando erradamente que, agindo assim, eles protegem sua companhia. Temem a perda de negócios, de contratos, de clientes e da imagem pública se admitirem que suas fileiras estão contaminadas pelo abuso de drogas.

Ressalvados outros fatores, o empregado usuário de drogas pode desequilibrar o ambiente de trabalho, provocando conflitos e desarmonia, assim como dar mau exemplo para os demais, colocando em risco o nome da empresa e tornando-se suscetível a acidentes de trabalho e de trajeto (MARTINS, 2005).

Segundo Campbell e Graham (1991), existem alguns indicativos de provável uso de drogas que o empregador pode observar, como o aumento no número de furtos dentro da empresa, do número de acidentes de trabalho e da quantidade de reclamações dos serviços prestados.

Não só ocorrências externas podem sinalizar um possível indício de drogas na empresa. Igualmente pode ser observado se existem pessoas estranhas à empresa rondando as proximidades, e se os empregados costumam dirigir-se seguidamente ao seu veículo, nos intervalos, ou mesmo ao banheiro de forma frequente. Normalmente costumam ser os mesmos empregados que chegam atrasados ou faltam ao trabalho, geralmente às segundas, sextas ou antes e depois de feriados, alertam as autoras.

Outrossim, as especialistas ainda constataam que empregados usuários de drogas costumam se tornar desleixados com sua segurança e com a dos colegas, provocando acidentes, além de possibilitar o surgimento de ocorrências disciplinares. Outros efeitos perceptíveis no local de trabalho estão descritos no Quadro 4.

Por conseguinte, os gastos com o plano de saúde também devem ser levados em consideração pelo empregador, uma vez que são hoje a segunda maior despesa de pessoal, logo após a folha de pagamento, e subsidiado por diversas empresas.

Caso o empregado seja portador de doença grave, o valor do risco se torna maior, elevando o valor do plano (MARON, 2012).

Contrariando a maioria dos autores, Alencar (2013, texto digital) entende que, apesar de o uso das drogas ser um problema social e causar muitas vítimas, dentre as quais o empregado, o empregador não pode carregar nas suas costas esse peso:

Cabe ao Estado prover não apenas a recuperação da saúde dessas pessoas, mas também encontrar meios de subsistência dos mesmos. Se o empregador vai carregar o fardo de pagar salário a quem não trabalha com afinco e com a confiança desse empregador, deveria o Estado recompensá-lo por isso.

O autor fundamenta sua tese na ressalva de que a responsabilidade do empregador deve-se apenas quando o dano à saúde do trabalhador decorrer de alguma doença relacionada com o trabalho – o que o eximiria de vincular a dependência da droga ao fator trabalho. Essa linha de pensamento será verificada a seguir.

Como mais adiante será evidenciado, várias profissões já possuem regulamentação pertinente ao tema, como os trabalhadores que exercem função nas alturas, que devem se submeter à NR- 35, de 2012. Com menção expressa no documento, somente estará autorizado a desempenhar a atividade o trabalhador cujo estado de saúde foi avaliado mediante exames e comprovada sua aptidão, por meio de autorização expressa da empresa (PIRILLO, 2015).

A norma também estabelece que cabe ao empregador a avaliação periódica de seus trabalhadores, sendo que os exames e métodos de avaliação deverão integrar o PCMSO:

Entende-se o termo exames em sentido amplo, compreendendo a anamnese, o exame físico e, se indicados, os exames complementares a que é submetido o trabalhador, devendo todos os exames e a sistemática implementados estar consignados no PCMSO da empresa, considerando os trabalhos em altura que o trabalhador irá executar e, se ele tem condições para tal (PIRILLO, 2015, texto digital).

Em afirmação a isso, o autor recomenda que sejam rotineiramente considerados e avaliados os diversos fatores que possam provocar alguma alteração nas percepções do empregado:

Os fatores psicossociais relacionados ao trabalho podem ser definidos como aquelas características do trabalho que funcionam como ‘estressores’, ou

seja, implicam em grandes exigências no trabalho, combinadas com recursos insuficientes para o enfrentamento das mesmas, ou mesmo circunstâncias que levem ao médico coordenador examinar se o empregado usa drogas (PIRILLO, 2015, texto digital).

Com o intuito de promover a saúde e a segurança do trabalhador, as convenções da OIT, ratificadas pelo Brasil, incorporam-se à legislação infraconstitucional (OLIVEIRA, 2002). O legislador cita a Convenção Nº 155, em vigor no país pelo Decreto Nº 1.294/94, que dispõe sobre a segurança e a saúde dos trabalhadores no ambiente de trabalho, e que compreende a saúde mental como objeto de atenção:

O objetivo dessa política nacional é prevenir os acidentes e os danos à saúde do trabalhador. Para tanto, deverá reduzir ao mínimo, na medida do que for razoável e possível, as causas dos riscos inerentes ao meio ambiente de trabalho. De acordo com essa orientação, havendo possibilidade técnica de reduzir a presença do agente agressor, ficará o empregador obrigado a fazê-lo (OLIVEIRA, 2002, p. 94).

Em conformidade com esse objetivo, em 1985 foi adotada a Convenção Nº 161, em vigor no Brasil pelo Decreto Nº 127/91, que dispõe sobre os serviços de saúde no trabalho:

Os 'Serviços de Saúde no Trabalho' deverão agir essencialmente nas funções preventivas, aconselhando empregados e empregadores para se alcançar um ambiente de trabalho seguro e salubre, favorecendo uma saúde física e mental ótima em relação ao trabalho (OLIVEIRA, 2002, p. 98, grifo do autor).

Essa norma a faz merecedora de atenção pelo fato de deixar claro o compromisso do empregador em relação aos programas preventivos, ainda que deva contar com a colaboração dos trabalhadores:

Entretanto, para evitar qualquer dúvida, ficou estabelecido que a responsabilidade primeira com relação à segurança e à saúde dos trabalhadores é do empregador, de fato, os serviços de saúde não conseguem agir ou se desincumbir a contento de suas funções sem ter o apoio e respaldo do empregador (OLIVEIRA, 2002, p. 98).

O autor alega que uma das mais eficazes formas de prevenção é evitar a repetição do evento danoso, e recomenda ao empregador que proceda à sindicância sempre que ocorrer algum acidente de trabalho, doença profissional ou qualquer outro fator que possa provocar danos à saúde do trabalhador.

A fim de se resguardar, o jurista recomenda que o empregador procure ter consigo o maior número possível de provas dos fatos ocorridos:

O conjunto de 'atores' que participam das diversas etapas do processo de convencimento, encaminhamento e tratamento do abusador/dependente deverão buscar ter o maior número de fatos comprovadores do problema: faltas, ausências temporárias, atrasos, idas ao médico da empresa, licenças médicas, empréstimos, dívidas, distúrbios de relacionamento (tanto na empresa como fora dela), acidentes, dificuldades variadas no plano físico, emocional e social. Quando possível, estes fatos deverão ser documentados, para que a comprovação não deixe nenhuma abertura para contestação (OLIVEIRA, 2008, p.29).

O estudioso reafirma ser uma importante lição a imediatidade das providências a serem tomadas. Tão logo encaminhado a tratamento, é mister que o empregador acompanhe o desenvolvimento do tratamento de seu empregado:

O acompanhamento bem executado permitirá uma maior eficácia das ações, pois diminuirá o índice de recaídas além de assegurar a adoção de medidas terapêuticas preconizadas como o uso de medicamentos, a ida aos grupos de mútua ajuda, o acompanhamento psicoterápico e todo o rol de mudanças de vida que a recuperação exigirá (OLIVEIRA, 2008, p. 29).

Se a saúde é direito de todos e dever do Estado, como compõe o texto constitucional, Oliveira (2002, p. 130) conclui que, no âmbito do Direito do Trabalho, a manutenção de um ambiente favorável e saudável é um direito do trabalhador e dever do empregador: “O empresário tem a prerrogativa da livre iniciativa, da escolha da atividade econômica e dos equipamentos de trabalho, mas, correlatamente, tem obrigação de manter o ambiente de trabalho saudável”.

Considerando a amplitude do tema que abrange a saúde, prelecionado na Convenção Nº 155 da OIT e apreendendo os elementos mentais, o autor concretiza sua tese: “Logo, a conclusão que se impõe é que o trabalhador tem direito à redução de todos os riscos (físicos, químicos, biológicos, fisiológicos e psíquicos) que afetam a sua saúde no ambiente de trabalho” (OLIVEIRA, 2002, p. 131).

O eminente jurista atesta que, em virtude do princípio da personalidade, não se pode separar a força física da pessoa do trabalhador: “Logo, aquele que contrata o trabalho tem o dever de preservar a integridade do trabalhador no mais amplo sentido, ou seja, o seu completo bem-estar físico, mental e social” (OLIVEIRA, 2002, p. 158).

Existe uma preocupação no que se refere à Lei Nº 8.213/91, em seu art. 21, § 1º, que define as circunstâncias dos acidentes equiparados aos de trabalho: “Nos períodos destinados à refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras

necessidades fisiológicas, no local de trabalho ou durante este, o empregado é considerado no exercício do trabalho” (OLIVEIRA, 2002, p. 217).

Ainda que o conceito tenha significados embutidos, Monteiro e Bertagni (2005) sustentam que, estando o empregado à disposição do empregador, independentemente do local e dia, em horário de trabalho e no ambiente da empresa, mesmo sem estar efetivamente trabalhando, o registro da ocorrência assume a natureza de acidente do trabalho.

Nesse entendimento, o consumo de alguma droga ilícita, a fim de atender às exigências do vício, estaria inserido no contexto dos acidentes de trabalho. Assim, a culpa do empregador ocorre nos casos em que houver negligência, imprudência ou imperícia, causados por ação ou omissão, de acordo com o art. 159 do Código Civil: “No caso do acidente de trabalho, haverá culpa do empregador quando não forem observadas as normas legais, convencionais, contratuais ou técnicas de segurança, higiene e saúde no trabalho”. Dentro desse espírito e conforme a Súmula Nº 341 do Supremo Tribunal Federal (STF), fica presumida a culpa do patrão por ato culposo do empregado ou preposto (OLIVEIRA, 2002, p. 244).

Cumpram-se ressaltar ainda a relevância de o empregador fazer igualmente esclarecimentos em relação às drogas lícitas, como álcool, medicamentos psicotrópicos e tabaco, que muitas vezes ficam relegados a segundo plano, quando da constatação do uso de drogas ilícitas na empresa (OLIVEIRA, 2008). Alinhado ao posicionamento da OIT, se a causa estiver no próprio local de trabalho, o problema não será resolvido a partir de demissões (OIT, 2008).

Para Campbell e Graham (1991, p. 76), é de suma importância o papel do gestor como requisito essencial para a busca de uma solução eficaz:

Tornando-se consciente dos sintomas de empregados e locais de trabalho contagiados pela doença, estendendo os fatos relacionados ao mercado de tóxicos e tendo vontade de enfrentar o problema dos empregados cuja produtividade é insatisfatória, um administrador ou supervisor pode literalmente salvar vidas, enquanto aumenta a produtividade a a eficiência do comércio e da indústria.

Dadas as circunstâncias que integram essa temática, cuja solução necessita da interferência de ambos os polos da cadeia, será contextualizada em seguida a

responsabilidade atribuída ao empregado, no tocante ao problema das drogas na empresa.

4.4 A responsabilidade do empregado

Conforme se extrai da legislação trabalhista, o contrato de trabalho é consensual, ou seja, baseado na manifestação da vontade dos envolvidos. Como resultado, estabelece direitos e deveres recíprocos: se o empregador tem a obrigação de pagar o salário e assegurar boas condições de trabalho, da mesma forma tem o empregado a obrigação de agir com diligência, fidelidade, obediência, disciplina e bom comportamento (PRADO, 2015). A autora argumenta que a extinção do contrato por justa causa ocorrerá apenas por falta cometida pelo empregado.

Pirillo (2015, texto digital) faz menção expressa à postura do empregado: “É necessário lembrar, que muitas vezes a não aceitação do diagnóstico pelo próprio trabalhador, que conseqüentemente, não adere ao tratamento ofertado, pode sim se constituir em fator preponderante para sua demissão”. Assim, ainda que não incorra em justa causa, o empregador poderá rescindir seu contrato de trabalho em razão da baixa produtividade, arcando com o pagamento das verbas rescisórias.

Partindo dessa definição, Campbell e Graham (1991, p. 76) formulam seu posicionamento:

A maioria dos empregadores acredita que tem sempre duas alternativas para empregados cuja produtividade está caindo: tolerância ou demissão. Este ponto de vista ingênuo desperdiça dinheiro e vidas. Nenhum empregador necessita tolerar produtividade medíocre de empregado, nem um empregado precisa ser demitido porque está com uma doença que não tem poder para controlar sozinho.

Dada a natureza intransitiva da situação, Pirillo (2015, texto digital) aplica sentido na teoria de que é vital a conscientização do empregado em relação ao assunto. Para que esse processo aconteça de forma pacífica, é vital que o empregador não lhe atribua um caráter condenatório, motivado pelas ocorrências havidas até o momento. A ideia é justamente esclarecer-lhe a diversidade de problemas que podem advir do seu vício, ainda que prefira mantê-lo na obscuridade:

Como última hipótese, caso o empregado não reaja ao tratamento que lhe foi ofertado e a previdência social se recuse a conceder ou manter o benefício

adequado, o empregador não estará obrigado a manter em atividade um trabalhador que não tem capacidade para o trabalho para o qual foi contratado e, que não adere ao Programa ou ao tratamento proposto, podendo, nesses casos, rescindir o contrato de trabalho.

Ato contínuo, assim também se posiciona Oliveira (2002, p. 145), que conceitua como imprescindível a participação do trabalhador nesse processo:

O Direito torna-se mais respeitado quando os seus destinatários exigem a sua proteção, invocam a sua tutela. A efetividade será maior quanto mais o cidadão, o trabalhador ou o sindicato reivindicarem o cumprimento dos dispositivos legais que garantem a saúde no trabalho.

O jurista expia a culpa do empregado no sentido de que, se este não se preocupar com a própria saúde no ambiente de trabalho, haverá empecilhos e dificuldades para a implementação das normas preventivas. Por outro aspecto, constata que muitos programas de CIPA e Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) existem nas empresas apenas de forma protocolar: “Os empresários em geral, salvo exceções, não inserem as políticas de prevenção de acidentes e promoção da saúde do trabalhador como um item importante do seu negócio” (OLIVEIRA, 2002, p. 149).

Em relação aos acidentes de trabalho, Oliveira (2002, p.253) afirma que o art. 927 do Código Civil tutela o direito de terceiros, como os colegas de trabalho: “Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, riscos para os direitos de outrem”.

A fim de esclarecer e salientar a relevância da conscientização do empregado no que tange à sua saúde laboral, dignos de nota são os programas adotados por algumas empresas, que já vêm há anos colhendo resultados positivos nesse trabalho, como será relatado a seguir.

4.5 Programas adotados por algumas empresas

Em primeiro lugar, resta claro o valor que as políticas públicas nacionais e internacionais possuem no combate e prevenção ao uso de drogas. Não apenas as ações governamentais, mas também aquelas que podem ser providenciadas pelas

próprias empresas, demonstram sua eficácia na redução do problema, ainda que não seja possível a reparação total do prejuízo, uma vez que se trata da vida humana.

Em decorrência do volume crescente de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, a OIT entendeu ser a prevenção o meio mais eficaz para seu combate, instituindo os comitês de segurança e prevenção, com a participação dos representantes dos trabalhadores. Assim, a partir dos anos 60, foram instituídos no Brasil os programas das CIPAs, cuja relevância Oliveira (2002, p. 372) discrimina:

A CIPA tem como objetivo definido na regulamentação a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

O especialista reconhece a legitimidade das normas que regulamentam os aspectos nocivos à saúde do trabalhador, porém sintetiza que essa ação nem sempre acompanha a transformação da sociedade, a qual caminha num ritmo cada vez mais rápido: “A melhora da legislação não está sendo acompanhada pela mudança do comportamento social, acentuando o descompasso entre a conduta prescrita na norma e a realidade dos ambientes de trabalho” (OLIVEIRA, 2002, p. 144).

Conforme preceitua a OIT, se antes era comum a demissão do empregado usuário de drogas, hoje em dia tal prática não é mais passível de aprovação. Entre as justificativas da organização estão as legislações e manifestações sindicais cada vez mais protetivas e focadas na recuperação do trabalhador, bem como a conscientização de que tal prática possa incorrer na perda de bons funcionários, além do trabalho e ônus da contratação de substitutos (OIT, 2008). Nessa esteira, Oliveira (2002, p. 147) afirma: “O desemprego é, com certeza, o agente mais agressivo à saúde do trabalhador, especialmente à saúde mental”.

É inquestionável para a entidade que o empregador tenha se dado conta de que, ao demitir um empregado usuário de drogas, estará impondo a essa situação um efeito “bumerangue”, isto é, o ônus que infligir à sociedade para tratamento e recuperação do indivíduo, acabará por voltar a ele, na forma de membro da mesma sociedade (OIT, 2008).

Para a organização mundial, não há dúvida em relação aos benefícios advindos do programas que buscam a saúde do trabalhador, e que por analogia também trazem

bônus ao empregador, como o melhor relacionamento entre os colegas, aumento da produtividade e recuperação da autoestima, proporcionado economia à empresa devido à redução do absenteísmo, faltas, conflitos e acidentes.

Acima de tudo, os mais notórios estudos vêm demonstrando a eficácia dos programas preventivos realizados nas empresas. Em suas considerações, Oliveira (2008) afirma que é sete vezes mais barato investir em prevenção do que tratar um dependente, e além de ser quatro vezes mais barato o tratamento do que a reposição da mão-de-obra.

Historicamente verifica-se um grande número de ações que almejavam a redução do uso de drogas, partindo da repressão na redução da oferta, o que não se materializou. A partir daí, buscou-se o outro polo da relação de consumo, através da conscientização e da prevenção. Dessa forma, a OIT considera as empresas o local propício para esse trabalho, tanto para a promoção de ambientes livres da droga, como para coibir a continuidade do uso por aqueles que já se encontram em algum estágio de dependência:

Diversos estudos concluíram que as pessoas com problemas de uso de substâncias mais facilmente abandonam a família e os amigos do que sacrificam o seu emprego, que lhes garante o dinheiro para pagarem o álcool e drogas que consomem (OIT, 2008, p. 21, texto digital).

Em 2008, a OMS introduziu a recomendação de contratar apenas não fumantes, como estratégia de constrangimento para abandonar o cigarro. Grandes organizações de saúde americanas, como Cleveland Clinic e a Universidade da Pensilvânia adotaram essa política com o argumento de que seus empregados devem servir de exemplo para a comunidade (VARELLA, 2014, texto digital). Entretanto, discriminar o fumante é socialmente injusto, entende o médico:

Regras para alijar os fumantes do mercado de trabalho não levam em consideração o fato de que 88% deles se tornam dependentes antes dos 18 anos; de que a nicotina causa a dependência mais escravizadora que a medicina conhece; e que embora mais de 80% dos fumantes digam que pretendem largar, apenas 2% a 3% dos que tentam conseguem passar um ano longe do cigarro. Políticas discriminatórias agravam desigualdades sociais. Como outras epidemias, a do fumo deslocou-se para os estratos mais pobres da população. Negar trabalho ao fumante perpetuará injustiças que a sociedade brasileira tem procurado corrigir.

Essa visão limitada e estrita vem perdendo força no Brasil: “Mais do que se ajustar à lei, as empresas estão descobrindo que criar uma política sobre o assunto

pode contribuir para a sua produtividade e imagem”. Tome-se por exemplo a multinacional Johnson & Johnson, que proibiu o fumo em todas as dependências da empresa, inclusive nas áreas externas, por ser uma empresa ligada a produtos de saúde e higiene (BELDA, 2013, texto digital).

A autora afirma que negar a admissão de fumantes ou demiti-los pode incorrer na perda de bons candidatos, além de ser discriminação. Para Oliveira (2002, p. 125), importa salientar que, acima de tudo, o trabalho deve ser visto como fonte de dignificação do ser humano, devidamente tutelado pela legislação: “O florescimento do direito à saúde do trabalhador é consequência desse enfoque mais dignificante do trabalho”.

Segundo o autor, tamanha é sua relevância, que integra um dos direitos fundamentais do ser humano, segundo a Constituição Federal: “Logo no art. 1º da Constituição, o trabalho foi considerado como um dos fundamentos da República, um valor social, ao lado da soberania, da cidadania, da dignidade da pessoa humana e do pluralismo político” (OLIVEIRA, 2002, p.126).

Posto isso, o autor faz emergir a tese de que, considerando que o indivíduo passa maior parte da sua vida útil no trabalho, o mesmo acaba por determinar seu estilo de vida, condições de saúde, aparência e, muitas vezes, a própria morte:

Com o passar do tempo e o acúmulo de experiência, a legislação vem atuando para garantir o ambiente de trabalho saudável, de modo a assegurar que o exercício do trabalho não prejudique outro direito humano fundamental: o direito à saúde, complemento inseparável do direito à vida (OLIVEIRA, 2002, p.129-130).

Assim, para que ocorra a possibilidade de o trabalho servir como um vetor de dignificação para o indivíduo, é necessário que o mesmo possa ter e estar em condições mínimas para realizá-lo.

No entendimento de Carrilho (2002) e Castro (2011), o consumo de substâncias psicoativas gera consequências biológicas, sociais e comportamentais, colocando em risco a integridade física do empregado, gerando um ônus administrativo e financeiro e, por conseguinte, propagando uma imagem negativa da empresa. Como advento dessa preocupação, atualmente existe uma crescente atenção dos empresários com a questão da saúde e segurança do trabalhador:

Auditorias especializadas já mensuram o chamado 'passivo patológico' das organizações, comprovando que o investimento na prevenção de acidentes e doenças reflete-se positivamente no balanço, com reflexo na avaliação mercantil da empresa (OLIVEIRA, 2006, p. 31).

Da mesma forma, Castro, Cleto e Silva (2011, p. 27) reiteram que a adoção de programas de prevenção dos problemas associados ao consumo de substâncias psicoativas beneficia as organizações:

Vários estudos epidemiológicos demonstram que a incidência de problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas depende das quantidades consumidas: quanto maior for o consumo, maior a probabilidade de ocorrência de problemas como os acidentes, o absentismo, a violência e o assédio.

Além disso, os autores comentam que implantar um programa de prevenção é menos dispendioso do que o tratamento dos trabalhadores dependentes ou a reparação de danos relacionados com o consumo de drogas, promovendo com isso a produtividade e a competitividade das organizações:

As medidas implementadas nas empresas e organizações no âmbito dos problemas ligados aos consumos traduzem-se, a breve prazo, em benefícios relevantes para os trabalhadores e para as próprias organizações, embora possam ser dificilmente quantificáveis (CASTRO, 2011, p. 20).

Em afirmação a isso, o autor vislumbra os resultados positivos que essa prática pode trazer às organizações:

Políticas de recursos humanos voltadas para a promoção da segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores, que integrem programas de assistência aos trabalhadores, campanhas informativas e outras intervenções neste domínio refletem culturas organizacionais que incorporam conceitos e princípios de cidadania empresarial, incentivando os empresários e gestores a boas práticas, à produção de códigos de conduta, de ética ou deontológicos, que valorizam a imagem da empresa ou organização e os seus produtos finais (CASTRO, 2011, p.20).

Para Oliveira (2008), a eficácia de um programa preventivo deve-se a diversos fatores, como o engajamento da alta direção, a desvinculação do aspecto moral do consumo de drogas e o entendimento pelo funcionário de que se trata de uma ação não punitiva.

Segundo a OIT, por certo não existe um formato único de programa que responda às necessidades de todas as empresas:

Para além das condições culturais, económicas e políticas atrás referidas, existem muitos fatores que distinguem umas empresas das outras. Por exemplo, fatores como o sector de atividade económica, dimensão e

localização geográfica, estrutura organizativa, idade e género do conjunto dos trabalhadores, extensão dos problemas de abuso de substâncias e natureza das substâncias, condições de trabalho e níveis de educação e literacia dos trabalhadores têm influência no modo como o programa de prevenção é organizado e implementado (OIT, 2008, p. 06, texto digital).

Pirillo (2015) antepõe o fato de que toda empresa que admita seus empregados sob regência da CLT deve, obrigatoriamente, implantar o denominado Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), de acordo com a Norma Regulamentadora Nº 7 (NR7) do MTPS, salvo as exceções previstas na própria Norma.

De acordo com o autor, o objetivo concretiza o princípio de querer promover a saúde do trabalhador e prevenir riscos que comprometam a sua saúde e aos quais eventualmente estejam expostos, por meio de ações planejadas e contínuas:

O Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional normalmente é desenvolvido, implantado e controlado pelo **Serviço Especializado em Saúde e Segurança do Trabalho (SESMT)** da empresa e deve ser estruturado conforme o tamanho, número de funcionários e grau de risco ocupacional e normas legais de cada organização (PIRILLO, 2015, texto digital, grifo do autor).

Além da conscientização dos trabalhadores em relação à sua saúde, compete ao SESMT manter um trabalho totalmente alinhado com a CIPA, quando ambos existirem na organização, fomentando os cuidados à prevenção de acidentes de trabalho, devendo apoiá-la, treiná-la e atendê-la, conforme estabelecido na Norma Regulamentadora Nº 5 do MTPS (PIRILLO, 2015).

O autor especifica que, a partir de 2003, através da Portaria Interministerial Nº 10, a SENAD e o MTPS recomendam que as empresas mantenham programas de conscientização e prevenção ao uso de álcool e substâncias psicoativas no trabalho: “A Portaria recomenda ainda, o estabelecimento de relação com a comunidade, utilizando recursos disponíveis e apoiando iniciativas já existentes, especialmente junto aos Conselhos Municipais ou Estaduais sobre Drogas, quando presentes” afirma ele.

O autor cita um rol de algumas atividades profissionais que já estão regulamentadas, comprovada a necessidade da adoção de um Programa de Prevenção ao Uso de Drogas Psicoativas, como aeronautas, aviários, aeroportuários e terceirizados na área.

Diante disso, a Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC), através do Regulamento Brasileiro da Aviação Civil (RBAC) 120, aprovado pela Resolução nº 273, de 29 de maio de 2013, Seção 1, página 3, estabelece que todas as empresas vinculadas direta ou indiretamente à aviação devem se submeter a essa regulamentação, inclusive quanto à aplicação de testes toxicológicos (PIRILLO, 2015, texto digital).

Logo, essas empresas, bem como suas terceirizadas, deverão obrigatoriamente manter de modo ativo um Programa de Prevenção do Uso Indevido de Substâncias Psicoativas na Aviação Civil (PPSP), válido e reconhecido pela ANAC, devendo abranger toda e qualquer pessoa que desempenhe Atividade de Risco à Segurança Operacional na Aviação Civil (ARSO), preceitua o autor.

De maneira idêntica, o escritor salienta que, para o trabalho em altura, foi criada a NR- 35, de 2012, estabelecendo-se os requisitos mínimos e as medidas protetivas para essas atividades, desde o seu planejamento, organização e execução, a fim de garantir a segurança e a saúde dos envolvidos. A título de esclarecimento, considera-se como trabalho em altura toda atividade executada acima de dois metros do nível inferior e que apresente risco de queda.

Dados do MTPS apontam que, dos acidentes de trabalho, 40% provêm de quedas. As atividades mais expostas a esse tipo de infortúnio são as obras da construção civil; serviços de manutenção e limpeza em fachadas, telhados estruturas diversas, como linhas de transmissão, torres e postes elétricos; serviços em ônibus, caminhões e logística; depósitos de materiais; e serviços realizados em locais com aberturas no piso ou paredes sem proteção (PIRILLO, 2015, texto digital).

Nesse sentido, o autor recomenda que, ao serem analisados os riscos a que está exposto o empregado, deva ser incluído no PCMSO o controle do uso de drogas:

Assim, temos que na análise de risco, podem e devem estar incluídos parâmetros, constantes no programa – PCMSO, com aspectos de prevenção, identificação, monitoramento e, se for o caso, encaminhamento a tratamento dos problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas (PIRILLO, 2015, texto digital).

Diante desse caso, Campbell e Graham (1991, p. 11) observam que ainda existe certa resistência por parte das empresas em implantar programas preventivos

dessa natureza e que, para que os mesmos obtenham êxito, é vital que os empregadores estejam envolvidos:

Instituindo uma política de combate agressiva ao álcool e às drogas, treinando supervisores para documentar e intervir em prol do empregado afetado, e fornecendo oportunidades de tratamento, os empregadores podem marcar uma reviravolta não apenas nos negócios, mas nos lares, escolas e vizinhança.

Correlacionado a isso, concluem que o trabalhador recuperado terá sido um grande investimento para a empresa: “Estas empresas sabem que alcoólicos e viciados em recuperação se tornam trabalhadores confiáveis e têm um forte sentimento de lealdade para com aqueles que os ajudaram num momento difícil de suas vidas” (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 32).

As autoras estabeleceram as bases para a implantação escalonada de um programa preventivo, compreendendo a intervenção, documentação e reincidência. Segundo elas, a intervenção ocorre no momento em que o empregador apercebe-se do problema e decide que determinada atitude ou produtividade seja inaceitável, verificando simultaneamente se é caso de interdição.

A partir disso, reunir a documentação envolve o registro de todos os dados e evidências que comprovem a produtividade insatisfatória do empregado, bem como ocorrências conflituosas no ambiente de trabalho. Por fim, na reincidência, o empregado em recuperação retorna ao ponto de partida: “Quando alguém em recuperação reincide, retorna à condição de doença” (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p.18). Na visão das especialistas, por ser uma doença progressiva e incurável, a dependência química somente é tratável mediante a abstinência.

Castro (2011, p. 12) avalia que, ao definir políticas que promovam a saúde do trabalhador, é importante conscientizá-lo de que compete à sua responsabilidade zelar pelo próprio bem-estar:

Problemas como o consumo de álcool e drogas, o consumo de tabaco, a alimentação desequilibrada, os acidentes de automóvel, as doenças sexualmente transmissíveis, devem ser abordados e discutidos com o mesmo à-vontade com que se abordam questões diretamente ligadas à saúde do trabalho.

Assim, a adoção de práticas que promovam a mudança de hábitos com vistas à melhoria da saúde deve ser uma constante para todos os trabalhadores, e não

apenas para os usuários de drogas. Por via reflexa, a mera abstinência do empregado abusador de drogas não significa que tenha atingido sua saúde física, emocional e social em sua totalidade (OLIVEIRA, 2008).

Castro (2011, p. 25) critica a complexidade das normas legais que, muitas vezes, tolhem as organizações de promover uma abordagem diferenciada para o problema das drogas: “Frequentemente as organizações tendem a optar por medidas predominantemente disciplinares como resposta, relegando para segundo plano a promoção da segurança e da saúde”.

O autor comenta que, conforme a Lei Nº 102/2009, a prevenção deve ser fundamentada numa avaliação prévia e permanente dos riscos envolvidos, respeitando princípios, políticas, normas e programas que tenham esse objetivo, com acompanhamento contínuo por parte do empregador.

Em relação a isso, Pirillo (2015, texto digital) observa:

A análise de risco que é, uma ferramenta de exame crítico da atividade ou situação, com grande utilidade para a identificação e antecipação dos eventos indesejáveis e acidentes possíveis de ocorrência, possibilitando a adoção de medidas preventivas de segurança e de saúde do trabalhador, do usuário e de terceiros, do meio ambiente e até mesmo evitar danos aos equipamentos e interrupção dos processos produtivos.

Reconhece-se a importância estabelecida, mediante análise casuística, de inúmeras empresas que obtiveram sucesso em seus programas preventivos. Para lidar com o problema das drogas, o Serviço Social da Indústria (SESI), no Estado do Rio Grande do Sul, implantou já em 1995 o Projeto de Prevenção ao Uso de Drogas na Família, contando com total apoio do UNODC e propagado ao Uruguai, Paraguai, Chile e Argentina (NORMURA, 2010, texto digital).

Dentre as empresas que possuem programas efetivos, a autora cita a Avon, que conta com a medida desde 1997, oferecendo tratamento, orientação e acompanhamento ao dependente químico em diversos Estados do país. A recuperação dos colaboradores atinge um índice positivo, chegando a 70% dos usuários submetidos ao programa, comenta ela.

Esse indicador também é alcançado pela Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (EBCT), de acordo com Lopes (2010, texto digital), que também discrimina

os satisfatórios índices de recuperação dos funcionários da Volkswagen, que chega a 60%: “As internações hospitalares por dependência química despencaram em três anos consecutivos e houve redução de 58% das horas não-trabalhadas”.

A jornalista cita da mesma forma a empresa de calçados Azaléia, cuja campanha antitabagista fez com que 10% dos fumantes abandonassem o vício, culminando com o aumento da produtividade. Já na empresa Schering, o funcionário recebe todo o auxílio necessário, desde a avaliação, diagnóstico e tratamento, extensivo à sua família, uma vez que o alcoolismo implica em 80% dos casos, sendo de grande valia o apoio familiar dado ao dependente, explica a autora.

Comparados esses dados, é reconhecido amplamente o programa pioneiro do SESI-RS, que já abarcou mais de 39 empresas, possibilitando a recuperação de 24 mil trabalhadores, demonstrando com isso a eficácia e os benefícios às empresas envolvidas. As faltas ao trabalho tiveram redução de 10%, sendo que os acidentes de trabalho provocados pelo consumo de drogas tiveram um decréscimo de 34%, comenta Lopes (2010, texto digital).

Para a autora, um dos fatores de sucesso do modelo é a interação dos próprios trabalhadores, que participam da elaboração das regras e de todo o processo que envolve a recuperação dos usuários. Além disso, a participação e o envolvimento dos gestores tem sido fundamental para que se obtenha êxito no programa.

Valendo-se de uma conceituação simples, Pirillo (2015, texto digital) conclui: “O desenvolvimento de um Programa de Prevenção do uso de drogas pela empresa está diretamente ligado não só à integridade dos funcionários, mas também à saúde da própria organização”.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Imerso no contexto histórico da sociedade, o uso de drogas tem acompanhado a evolução do homem ao longo do seu processo de civilização, tecendo sequelas e perdas de diversas abrangências e proporções, culminando com o comprometimento da saúde do indivíduo e, indiscutivelmente tornando sua condição de vida indigna.

Note-se que esse trabalho teve a preocupação em apresentar o problema emergente das drogas no mundo atual e as consequências que o seu uso pode ocasionar no local de trabalho, quando praticado pelo empregado. Para tanto, no primeiro capítulo fez-se um apanhado etimológico dessa problemática, desde os tempos em que vigorava a ideia de que o uso de drogas poderia ser benéfico, até a difusão do problema em nível global e contemporâneo.

Primordialmente foi contextualizado o surgimento de diversas espécies de substâncias em seus respectivos países de origem, ao mesmo tempo em que se explanou sobre suas raízes no Brasil e a incidência do seu consumo na contemporaneidade. Diante disso, pôde-se ter uma maior compreensão sobre a amplitude do tema proposto.

Logo depois, ao se investigar a origem histórica do uso de drogas, constatou-se que essa prática ocorre nos mais diversos planos, inserindo-se aqui o ambiente de trabalho. Simultaneamente, verificou-se que existe uma grande dificuldade em detectar a existência de usuários de drogas nas empresas, de tal sorte que a maioria

dos sintomas, descritos no Quadro 3, tornam-se perceptíveis somente quando o indivíduo já as consumiu durante determinado tempo. Outra dado interessante apontado na pesquisa é o fato de que, na maior parte do tempo, o consumo de drogas não ocorre no ambiente de trabalho, dificultando sua detecção pelo empregador.

Ato subsequente, ao serem analisados os sintomas perceptíveis no organismo humano, restou evidenciada a problemática que seus danos trazem ao ambiente de trabalho, permeando o local com possíveis riscos de distúrbios ou acidentes, bem como a queda na produtividade, ainda quando indevidamente diagnosticada.

Posto isso, o segundo capítulo da pesquisa adentrou numa linha mais técnica, apresentando o caminho pelo qual as drogas agem no organismo. Ao se fazer um comparativo entre os diversos tipos de substâncias usualmente consumidas, seus efeitos provocados no organismo humano e especificamente no trabalhador, evidenciados no Quadro 2, verificou-se que praticamente todas elas provocam sequelas no usuário, não raro de forma grave ou letal.

Logo depois, e considerado pela autora como uma das análises mais relevantes desse estudo, foram discutidas as diferenças entre o que é considerado hábito e o que é vício. Partindo-se do fundamento conceitual da dependência, foi abordada a efemeridade da linha que separa um do outro, testemunhando-se a dificuldade de se retroagir no consumo, caso desejável, quando já se chegou à fase do uso reiterado de drogas.

Da mesma forma, foi feito um estudo comparativo das diversas substâncias analisadas e os efeitos que podem ser percebidos no local de trabalho, através de manifestações físicas, psíquicas ou comportamentais. Desse modo, torna-se de caráter enormemente valorativo a observância dessas alterações por parte do empregador, a fim de se conscientizar da existência do problema e, a partir desse ponto, promover ao menos sua estagnação, quando já se encontrar instalado na empresa.

Na sequência, o terceiro capítulo foi dedicado a revelar o prejuízo que o uso de drogas no trabalho pode causar, tanto no aspecto econômico como laboral, considerados os possíveis e eventuais acidentes, além das doenças e afastamentos ao trabalho. Outro exemplo oportuno foi a verificação da exposição de risco que o

dependente oferece a si e aos demais, como no caso dos motoristas e agentes de segurança. Foram debatidas também a responsabilidade do empregador e do empregado e, ato contínuo, apresentadas algumas políticas públicas, além da legislação brasileira que recai sobre o tema.

Em seguida, adentrou-se no objetivo principal desse trabalho, analisando-se as diversas formas pelas quais o consumo de drogas pode afetar o ambiente de trabalho, bem como os danos que pode provocar tanto ao empregado como à própria empresa e à sociedade, principalmente no que onerar a saúde pública.

Circundaram o tema o reconhecimento pela OMS da dependência química como patologia, que deixa de ver no usuário o vilão para inseri-lo como uma pessoa que necessita de cuidados ou da supervisão de um responsável, necessitando portanto de todas as formas e oportunidades possíveis de auxílio, tanto no local de trabalho como fora dele, envolvendo sua família e a comunidade em que interage.

Pode-se dizer que o entendimento atual dos tribunais pulverizou a pecha de que o dependente de drogas age de forma propositada, afastando-se a possibilidade da demissão por justa causa, excetuando-se os casos em que o empregado se recusar a se submeter ao tratamento. Mesmo assim, a decisão do empregador é claramente incerta, posto que o fato deixa de ser delito ante o caráter distintivo com que é visto atualmente o vício nas drogas na opinião dos julgadores.

Na mesma seara, o estudo demonstrou a responsabilidade que concerne ao empregador no que se refere à intervenção das ocorrências de drogas na empresa, bem como a que cabe ao empregado usuário de drogas, verificando-se a necessidade de existir um trabalho conjunto, coeso e eficaz, a fim de que se definam estratégias para encontrar possíveis soluções para o problema.

Por fim, a título de exemplificação, foram apresentados alguns modelos de empresas que têm buscado formas de combater essa problemática, seja na forma de medidas preventivas ou restaurativas. Analisados os dados oriundos do acervo pesquisado, comprovou-se a eficácia dos programas preventivos estudados, desde que adaptados às demandas peculiares a cada organização.

Por essas considerações, da mesma forma o empregado que vier a ser diagnosticado como usuário de drogas deve ser encaminhado a tratamento médico adequado, submetendo-se aos cuidados necessários à sua recuperação. Ante a necessidade do seu afastamento, deve ser providenciado o devido encaminhamento à Previdência Social, concomitantemente com a suspensão do seu contrato de trabalho. Caso se recuse a se submeter ao tratamento, o empregador passa a estar autorizado a rescindir seu contrato, porém sem justa causa.

Relate-se aqui a diligência atribuída ao empregador, que deverá munir-se do maior número possível de provas fáticas, orienta Oliveira (2008, p. 29), incluindo-se toda sorte de comprovações de faltas, atrasos, licenças médicas, empréstimos, acidentes ou ocorrências comportamentais negativas no ambiente de trabalho. O especialista adverte, contudo, para que sejam tomados todos os cuidados que possam comprometer o direito do empregado ao sigilo de suas informações, a fim de que não se torne um proscrito na esfera laboral.

Feito isso, e somente então, poderá o empregado ser afastado e encaminhado a tratamento médico.

Apropriado desses conhecimentos elementares que compuseram os subsídios para esse trabalho, pôde-se chegar à resposta ao problema estabelecido para a pesquisa; em outras palavras, a verificação de que a prática do uso de drogas no local de trabalho poderia resultar em consequências na relação de emprego.

Assim, apesar de ainda ser um assunto controverso em diversas situações, resta claro que os Tribunais buscam, mais do que a taxatividade das ocorrências, a compreensão para o fato de que a dependência de drogas foge da esfera consciente do usuário, que necessita acima de tudo ser assistido e receber acompanhamento adequado.

De acordo com Oliveira (2008), ao se planejar estratégias que busquem elidir o problema, é mister que se proceda à análise dos diversos ambientes que circundam o empregado e com os quais interage, a fim de que se possa compreender a consistência da questão. Precipuamente, somente através de um trabalho permanente e personalizado, atendendo às peculiaridades de cada indivíduo e à especificidade do seu problema, poderá o empregado ter de volta sua dignidade

enquanto ser humano. A fim de que não se torne inexitosa essa empreitada, não basta a abstinência do empregado, uma vez que tal prática não implica necessariamente na recuperação da sua saúde física e mental, complementa o doutor.

Para o médico, fundamentado na preleção da OMS, o conceito de saúde abarca bem mais do que apenas a ausência de doenças, possuindo uma qualidade indissociável ao estado de completo bem-estar físico, mental e social, não se restringindo tão somente à ausência de enfermidade. Apesar da subjetividade do tema, o autor demonstra a ampla percepção que o assunto abrange, ao definir a saúde não apenas como um ponto fixo a ser atingido, mas essencialmente a direção em que se empreende a caminhada.

Portanto, pondera-se que a dependência química implica em muito a esfera laboral, sendo de suma importância que os gestores apercebam-se da existência do problema e o admitam, para somente a partir disso poderem promover as mudanças necessárias e, quiçá, minorizar esse problema que vem assumindo proporções avassaladoras.

A relevância do tema pesquisado ficou evidenciada pelos preocupantes índices de acidentes, faltas ao trabalho e doenças oriundas do uso dessas substâncias. Destarte, sustenta-se o objetivo geral desta pesquisa, que era o de averiguar se o vício nas drogas por parte do empregado afeta efetivamente a relação de emprego, o que se evidenciou ao longo do estudo, comprovando-se a hipótese levantada inicialmente.

Diante do exposto, nasceu da observação das evidências relacionadas a importância dos programas preventivos nas empresas, a partir do que se pode afirmar que comprovadamente trazem benefícios tanto ao empregado como ao empregador. Ligado à dimensão dessa certeza manifestam-se Dominguez e Vicki (2007, p. 64), ao declararem que a sociedade necessita de uma transformação, e não mais de meras mudanças. De acordo com os autores, a transformação não muda apenas a localização das peças no jogo, mas sim, o próprio jogo.

Ao finalizar este estudo e em consideração à complexidade do assunto, sugere-se que haja maior divulgação dos programas preventivos nas esferas empresariais, a

fim de que os gestores possam realizar um trabalho em conjunto com seus tutelados, construindo estratégias que busquem a melhoria da saúde e do ambiente de trabalho.

A título de informação, no Apêndice A encontra-se o registro de algumas instituições localizadas no Vale do Taquari e que promovem o tratamento da dependência química.

Em adição a tudo o que foi visto nessa pesquisa, pode-se dizer que as organizações do futuro serão aquelas que tiverem a capacidade de ver no trabalho o forjador da qualidade de vida do ser humano. Assim sendo, será possível alavancar a transformação de uma sociedade mais produtiva e saudável, movida por empregadores preocupados em manter em seus quadros indivíduos com capacidade plena para o trabalho e, dessa forma, aptos a usufruir a vida em toda a sua plenitude.

REFERÊNCIAS

ABC DO CÂNCER: abordagens básicas para o controle do câncer. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **BVSMS**. Rio de Janeiro: Inca, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf>. Acesso em: 29 set. 2015.

ABUD, Cláudia J. **Jornada de trabalho e a compensação de horários**. São Paulo: Atlas, 2008.

ALENCAR, Marcos. O que fazer com o empregado vítima das drogas? Arquivo de etiquetas: drogas no ambiente de trabalho. **Trabalhismo em Debate**. 2013. Disponível em: <<http://www.trabalhismoemdebate.com.br/tag/drogas-no-ambiente-de-trabalho/>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

AMAR, Ayush M. **A verdade sobre as drogas**. São Paulo: Ícone, 1988.

AMBIENTES LIVRES DE TABACO. Instituto Nacional de Câncer. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. **INCA**. 2015. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/status_politica/ambientes_livres_tabaco>. Acesso em: 06 fev. 2016.

ANULADA justa causa a dependente químico por excesso de faltas. Tribunal Regional do Trabalho do Paraná. **TRT9**. 2016. Disponível em: <http://www.trt9.jus.br/internet_base/noticia_crudman.do?evento=Editar&chPlc=5569802>. Acesso em: 30 abr. 2016.

A POLÍTICA e a legislação brasileira sobre drogas. Aula 2. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. **UFRB**. 2011. Disponível em: <<http://www2.ufrb.edu.br/crr/material-didatico-ok/category/5-curso-de-atualizacao-sobre-intervencao-breve-e-aconselhamento-motivacional-em-crack-e-outras->

drogas?download=70:a-politica-e-a-legislacao-brasileira-sobre-drogas>. Acesso em: 27 fev. 2016.

BATTISTI, Murilo. Substâncias de ação mista. In: SEIBEL, Sérgio D. (Org.). **Dependência de drogas**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

BELDA, Juliana. Tabaco: defina a política da sua empresa. **Pequenas Empresas & Grandes Negócios**. 2013. Disponível em: <<http://revistapegn.globo.com/Revista/Common/0,,EMI80469-17201,00-TABACO+DEFINA+A+POLITICA+DA+SUA+EMPRESA.html>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

BORGES, Altamiro; LOGUERCIO, Antônia M.V. **Questões polêmicas sobre a jornada de trabalho**. Porto Alegre: Notadez/HS Editora, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 11. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 1999.

BRASIL. Decreto Nº 5.912, de 27 de setembro de 2006. Regulamenta a Lei Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm>. Acesso em: 8 fev. 2016.

BRASIL. Decreto Nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm>. Acesso em: 08 fev. 2016.

BRASIL. Decreto Nº 6.488, de 19 de junho de 2008. Regulamenta os arts. 276 e 306 da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 - Código de Trânsito Brasileiro, disciplinando a margem de tolerância de álcool no sangue e a equivalência entre os distintos testes de alcoolemia para efeitos de crime de trânsito. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Decreto/D6488.htm>. Acesso em: 08 fev. 2016.

BRASIL. Decreto Nº 6.489, de 19 de junho de 2008. Regulamenta a Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008, no ponto em que restringe a comercialização de bebidas alcoólicas em rodovias federais. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Decreto/D6489.htm>. Acesso em: 08 fev. 2016.

BRASIL. Decreto Nº 8.262, de 31 de maio de 2014. **Regulamentação da Lei Antifumo**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8262.htm>. Acesso em: 02 out. 2015.

BRASIL. Decreto-Lei Nº 5.452, de 1º de maio de 1943. **Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm>. Acesso em: 28 set. 2015.

BRASIL. Lei Nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9294.htm>. Acesso em: 28 fev. 2016.

BRASIL. Lei Nº. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Código Civil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 30 ago. 2015.

BRASIL. Lei Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. **Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 08 fev. 2016.

BRASIL. Lei Nº 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que 'institui o Código de Trânsito Brasileiro', e a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11705.htm>. Acesso em: 08 fev. 2016.

BRASIL. Lei Nº 11.754, de 23 de julho de 2008. Acresce, altera e revoga dispositivos da Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, cria a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, cria cargos em comissão; revoga dispositivos das Leis nºs 10.869, de 13 de maio de 2004, e 11.204, de 5 de dezembro de 2005; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11754.htm>. Acesso em: 08 fev. 2016.

BRASIL. Lei Nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011. **Lei Antifumo**. Institui o Regime Especial de Reintegração de Valores Tributários para as Empresas Exportadoras (Reintegra); dispõe sobre a redução do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) à indústria automotiva; altera a incidência das contribuições previdenciárias devidas pelas empresas que menciona; altera as Leis nº 11.774, de 17 de setembro de 2008, nº 11.033, de 21 de dezembro de 2004, nº 11.196, de 21 de novembro de 2005, nº 10.865, de 30 de abril de 2004, nº 11.508, de 20 de julho de 2007, nº 7.291, de 19 de dezembro de 1984, nº 11.491, de 20 de junho de 2007, nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, e nº 9.294, de 15 de julho de 1996, e a Medida Provisória nº 2.199-14, de 24 de agosto de 2001; revoga o art. 1º da Lei nº 11.529, de 22 de outubro de 2007, e o art. 6º do Decreto-Lei nº 1.593, de 21 de dezembro de 1977, nos termos que especifica; e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12546.htm>. Acesso em: 29 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Bases para a implantação de um programa de controle do tabagismo**. 1988. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=234>. Acesso em: 29 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **O cigarro brasileiro: análises e propostas para a redução do consumo**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Bases para a implantação de um programa de controle do tabagismo**. Rio de Janeiro: Inca, 1996.

BRASIL. Portaria MTE/MS nº 2.647, de 04 de dezembro de 2014. Regulamenta as condições de isolamento, ventilação e exaustão do ar e medidas de proteção ao trabalhador, em relação à exposição ao fumo nos ambientes estabelecidos no art. 3º do Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, alterado pelo Decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014. **Legisweb**. 2014. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=278144>>. Acesso em: 28 fev. 2016.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho. 15. Região. Recurso Ordinário nº 00319-2006-063-15-00-0. Relator: Flavio Allegretti de Campos. Recorrente: S.O.S. Farma Drogarias Ltda. Recorrido: Nelson Joaquim da Silva. Acórdão. Publicado em: 18/01/2008. TRT15.jus. Disponível em: <<http://trt-15.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/18978166/recurso-ordinario-ro-1495-sp-001495-2008/inteiro-teor-104224242.doc>>. Acesso em: 08 abr. 2016.

BRASIL. Tribunal Superior do Trabalho. **Súmula nº 443**. Dispensa discriminatória. Presunção. Empregado portador de doença grave. Estigma ou preconceito. Direito à reintegração - res. 185/2012, DEJT divulgado em 25, 26 e 27.09.2012. Presume-se discriminatória a despedida de empregado portador do vírus HIV ou de outra doença grave que suscite estigma ou preconceito. Inválido o ato, o empregado tem direito à reintegração no emprego. Disponível em: <http://www3.tst.jus.br/jurisprudencia/Sumulas_com_indice/Sumulas_Ind_401_450.html#SUM-443>. Acesso em: 14 mai. 2016.

BRASIL. Tribunal Superior Do Trabalho. 2. Turma. Agravo de Instrumento e Recurso de Revista. Processo nº. 813281/2001. Relator: José Luciano de Castilho Pereira. Agravante e recorrido: Ivan da Rocha Porto. Agravada e recorrente: Eletropaulo Metropolitana Eletricidade de São Paulo S/A. Acórdão. 23/08/2006. Publicado em: 22/09/2006. TST. Disponível em: <[http://brs02.tst.jus.br/cgi-bin/nph-brs?s1=\(4090100.nia.\)&u=/brs/it01.html&p=1&l=1&d=blnk&f=g&r=1](http://brs02.tst.jus.br/cgi-bin/nph-brs?s1=(4090100.nia.)&u=/brs/it01.html&p=1&l=1&d=blnk&f=g&r=1)>. Acesso em: 08 abr. 2016.

BREUER, Nelson J. **O que é dependência química**. 2. ed. Novo Hamburgo: Do Autor, 2005.

CAMPBELL, Drusilla; GRAHAM, Marilyn. **Drogas e álcool no local de trabalho**. Rio de Janeiro: Editorial Nórdica Ltda., 1991.

CANESTRELLI, Ana P. Prevalência do uso de drogas no mundo permanece estável, diz Relatório Mundial sobre Drogas do UNODC. **UNODC**. 2014. Disponível em: <<https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2014/06/26-world-drug-report-2014.html>>. Acesso em: 29 jan. 2016.

CARNEIRO, Henrique. Breve Histórico do uso de drogas. In: SEIBEL, Sérgio D. (Org.). **Dependência de drogas**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

CARRILHO, Joaquim M. Programas de assistência a empregados: álcool e outras drogas em meio laboral. Anais do Clube Militar Naval, CXXXII, 325-356. 2002. **ACT**. Disponível em: <[http://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/crc/PublicacoesElectronicas/Documents/LinhasOrientadorasParaIntervencaoEmMeioLaboral_2011_23.pdf](http://www.act.gov.pt/(pt-PT)/crc/PublicacoesElectronicas/Documents/LinhasOrientadorasParaIntervencaoEmMeioLaboral_2011_23.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2015.

CASTRO, Juliana. Lei Antifumo entra em vigor nesta quarta-feira e acaba com fumódromos. **O Globo**. 02/12/2014 13:50. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/lei-antifumo-entra-em-vigor-nesta-quarta-feira-acaba-com-fumodromos-14717442>>. Acesso em: 1 out. 2015.

CASTRO, Mário F.; CLETO, Carlos R.; SILVA, Natacha T. **Segurança e saúde no trabalho e a prevenção do consumo de substâncias psicoativas: linhas orientadoras para intervenção em meio laboral**. Lisboa: IDT, ACT, 2011.

CEBRID. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. Departamento de Psicobiologia da Unifesp. Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. São Paulo: 2003.

CHEMIN, Beatris F. **Manual da Univates para trabalhos acadêmicos: planejamento, elaboração e apresentação**. 3. ed. Lajeado: Univates544, 2015.

CISA. Relatório Global sobre Álcool e Saúde – 2014. Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. **CISA**. 2014. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/artigo/4429/relatorio-global-sobre-alcool-saude-2014.php>>. Acesso em: 8 fev. 2016.

CONCEITO de droga. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira (Alberto Einstein). **APPS**. 2009. Disponível em: <http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/drogas_conceito.htm>. Acesso em: 01 out. 2015.

CONSUMO de drogas eleva os riscos de acidentes de trabalho. **Revista Proteção**. 2012. Disponível em: <http://www.protecao.com.br/noticias/estatisticas/consumo_de_drogas_eleva_os_riscos_de_acidentes_de_trabalho/A5y4AAjj/4366>. Acesso em: 03. out. 2015.

CONSUMO de mefedrona aumenta na Europa e nos EUA. **Antidrogas**. 2011. Disponível em: <<http://www.antidrogas.com.br/mefedrona.php>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

CORDEIRO, Daniel C., FIGLIE, Neliana B., LARANJEIRA, Ronaldo. Organizadores. **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias**. São Paulo: Roca, 2007.

COSTA, Camila. Entenda o que é o oxi e como a droga se espalhou pelo Brasil. **Diário da Saúde**. 2011. Disponível em: <<http://www.diariodasaude.com.br/news.php?article=drogas-o-que-e-oxi>>. Acesso em: 11 mai. 2016.

CRUZ, Claudia F. Alcoolismo no trabalho em debate. **Direito UNIFACS – Debate Virtual**. 2012. Disponível em: <www.revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/download/2376/1744>. Acesso em: 28 dez 2015.

CRUZ, Luiz A. 15% dos brasileiros são dependentes de drogas e álcool no trabalho. **Alcoolismo.com.br**. 2011. Disponível em: <http://www.alcoolismo.com.br/alcoolismo-3/alcoolismo_trabalho2/>. Acesso em: 28 jan. 2016.

DOMIGUEZ, Joe; ROBIN, Vicki. **Dinheiro e vida**. São Paulo: Cultrix, 2007.

DROGAS NA SOCIEDADE. **Pedagogia ao Pé da Letra**. 2013. Disponível em: <<http://pedagogiaaopedaletra.com/as-drogas-na-sociedade/>>. Acesso em: 17 out. 2015.

DROGAS no trabalho: o que as empresas podem fazer pelos funcionários. **UOL**. 2003. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/aprendiz/guiadeempregos/primeiro/info/artigos_130303.htm>. Acesso em: 03 out. 2015.

FRAZÃO, Arthur. **Doenças causadas pelas drogas**. 2014. Disponível em: <<http://www.tuasaude.com/doencas-causadas-pelas-drogas/>>. Acesso em: 03 out. 2015.

GIGLIO, Wagner. **Justa causa**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

GIKOVATE, Flávio. **Drogas: opção de perdedor**. São Paulo: Moderna, 1992.

GOVERNO regulamenta exame toxicológico para motorista profissional. **Portal Brasil**. 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2015/11/governo-regulamenta-exame-toxicologico-para-motorista-profissional>>. Acesso em: 08 abr. 2016.

GRECO Filho, Vicente; RASSI, João D. **Lei de drogas anotada - Lei Nº 11.343/2006**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

HANDAR, Zuher. Posicionamento oficial da Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT) referente à Portaria 116 do Ministério do Trabalho e Previdência Social, publicada em 16 de novembro. **ACM**. 2015. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/acamt/index.php/informativos/805-posicionamento-oficial-da-associacao-nacional-de-medicina-do-trabalho-anamt-referente-a-portaria->

116-do-ministerio-do-trabalho-e-previdencia-social-publicada-em-16-de-novembro>. Acesso em: 22 jan. 2016.

KARNIOL, Isac G. *Cannabis sativa* e derivados. In: SEIBEL, Sérgio D. (Org.). **Dependência de drogas**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

LARANJEIRA, Ronaldo (Supervisão) [et.al.]. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012**. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD). São Paulo: UNIFESP. 2014.

LEI Antifumo passa a valer a partir desta quarta. **Portal Brasil**. Tabagismo. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/12/lei-antifumo-passa-a-valer-a-partir-desta-quarta-3>>. Acesso em: 06 fev. 2016.

LOPES, Aguilaiá. A diferença entre dependência física e psicológica. **CT Viva**. 2015. Disponível em: <<http://www.ctviva.com.br/blog/diferenca-entre-dependencia-fisica-e-psicologica/>>. Acesso em: 11 mai. 2016.

LOPES, Aguilaiá. Programas de Resultados. **CT Viva**. 2010. Disponível em: <<http://www.ctviva.com.br/blog/programa-de-resultados/>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

LOPES, Marco A. Drogas: 5 mil anos de viagem. **Super Interessante**. 2006. Edição 223. Disponível em: <<http://super.abril.com.br/ciencia/drogas-5-mil-anos-de-viagem>>. Acesso em: 29 jan. 2016.

LOUREIRO, Fernanda. Turma reverte dispensa por alcoolismo crônico e manda empresa reintegrar porteiro. **TST**. 2014. Disponível em: <http://www.tst.jus.br/noticias/-/asset_publisher/89Dk/content/turma-reverte-dispensa-por-alcoolismo-cronico-e-manda-empresa-reintegrar-porteiro>. Acesso em: 14 mai. 2016.

MARANO, Vicente P. **As drogas e o trabalho: alcoolismo, tabagismo, drogas e AIDS**. LTr, 2014.

MARON, Marcelo. Empregado que fuma perde 20% do tempo de trabalho com o cigarro. **Empresas & Negócios**, 24 abr. 2012. Disponível em: <http://www.jurimed.com.br/guia/indexcel.php?nav=nav/cel/celular_seg_resultado&&emp_post=49>. Acesso em: 03 out. 2015.

MARTINS, Lourenço A.G. História internacional da droga. **ENCOD**. 2007. Disponível em: <<http://www.encod.org/info/HISTORIA-INTERNACIONAL-DA-DROGA.html>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

MARTINS, Sergio P. **Manual da Justa Causa**. São Paulo: Atlas, 2005.

MEZZAROBA, Orides; MONTEIRO, Cláudia S. **Manual de metodologia da pesquisa no Direito**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

MICHEL, Oswaldo R. **Alcoolismo e drogadição**. 2. ed. Porto Alegre: Polost Editora, 2000.

MONTEIRO, Antônio L.; BERTAGNI, Roberto F.S. **Acidentes do trabalho e doenças ocupacionais**. 2005. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

MORAES, Monica M. L. **O direito à saúde e segurança no meio ambiente do trabalho**: proteção, fiscalização e efetividade normativa. São Paulo: LTr, 2002.

NARDI, Jean-Baptiste. **A história do fumo brasileiro**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

NORMURA, Maria C. Empresas apostam em programas de prevenção às drogas. **Economia**. 2010. Disponível em: <<http://economia.ig.com.br/carreiras/empresas-apostam-em-programas-de-prevencao-as-drogas/n1237729607511.html>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

NUNES, Rizzatto. **Manual de Monografia Jurídica**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

OBID. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil. **OBID**. Brasília, 2008. Disponível em: <www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/.../327912.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2016.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. Problemas ligados ao álcool e a drogas no local de trabalho: uma evolução para a prevenção. **ILO**. 2008. Tiragem: 2500 exemplares. Palmigráfica Artes Gráficas Ltda. Publicação. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/pub_problemas.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2016.

OLIVEIRA, Amanda F. **Direito de (não) fumar**: uma abordagem humanista. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

OLIVEIRA, Luiz A. C. Drogas no ambiente de trabalho. **Docplayer**. Tiragem 5.000 exemplares. Prefeitura da cidade de São Paulo. Secretaria de Participação e Parceria. Conselho Municipal de Políticas Públicas de Drogas e Álcool de São Paulo – COMUDA. Setembro de 2008. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/8614674-Debates-crack-especialistas-debtem-o-desafio-da-droga-psiquiatria-hoje-w-w-w-a-b-p-b-r-a-s-i-l-o-r-g-b-r.html>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

OLIVEIRA, Sebastião G. **Indenizações por acidente do trabalho ou doença ocupacional**. 2. Ed. São Paulo: LTr, 2006.

OMS. Relatório Global sobre álcool e saúde - 2014. **Organização Mundial da Saúde. 2014**. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 12 nov. 2015.

O QUE pode e o que não pode com a Lei Antifumo. **ZH.clicrbs**. 2014. Disponível em: <<http://zh.clicrbs.com.br/rs/noticias/noticia/2014/12/o-que-pode-e-o-que-nao-pode-com-a-lei-antifumo-4655331.html>>. Acesso em: 22 mar. 2016.

PIRILLO, Antonio C. F. Questões Legais relacionadas aos Programas de Prevenção Drogas nas Empresas e Instituições. Prevenção de Drogas no Ambiente de Trabalho. **ACPirillo**. 2015. Disponível em: <<http://acpirillo.jusbrasil.com.br/artigos/168064896/questoes-legais-relacionadas-aos-programas-de-prevencao-drogas-nas-empresas-e-instituicoes>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

PRADO, Berenice C. Embriaguez habitual como hipótese de justa causa. **Direitonet**. 2015. Disponível em: <<http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/8900/Embriaguez-habitual-como-hipotese-de-justa-causa>>. Acesso em: 08 abr. 2016.

PROJETO DE LEI DO SENADO nº 83, de 2012. Modifica o art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 e o art. 132 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, para disciplinar a demissão e estabelecer garantia provisória de emprego ao alcoolista. Autoria: Senador Eduardo Lopes. **Senado Federal**. 2015. Disponível em: <<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/104853>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

ROSENBERG José. **Temas sobre tabagismo**. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Cartilha. São Paulo: CIP e CVE, 1998.

ROTMAN, Flávio. **Salvar o filho drogado**. 2. Ed. São Paulo: Record, 1985.

SARRES, Carolina. Doenças do trabalho matam 2 milhões por ano no mundo, diz OIT. **Agência Brasil**. 2013. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-04-23/doencas-do-trabalho-matam-2-milhoes-por-ano-no-mundo-diz-oit>>. Acesso em: 15 out. 2015.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho**: conhecer para ajudar. Universidade Federal de Santa Catarina. Tiragem: 3.600 exemplares. Brasília: SENAD, 2008.

SEIBEL, Sérgio G. Álcool. In: SEIBEL, Sérgio D. (Org.). **Dependência de drogas**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

SEIBEL, Sérgio G. Cocaína e Crack. In: SEIBEL, Sérgio D. (Org.). **Dependência de drogas**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

SENAD. Secretaria Nacional De Políticas Sobre Drogas. Relatório Brasileiro Sobre Drogas. **ESCS**. 2009. Disponível em: <<http://www.escs.edu.br/arquivos/DrogasResumoExecutivo.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

SENAD. Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. Políticas sobre drogas. **Ministério da Justiça**. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas>>. Acesso em: 16 out. 2015.

SENADO FEDERAL. Surgimento do crack aconteceu nos EUA. **Senado Federal**. 2011. Disponível em:

<<http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/crack-chama-a-atencao-para-dependencia-quimica/surgimento-do-crack-aconteceu-nos-eua.aspx>>. Acesso em: 16 out. 2015.

SESI. Dados sobre o uso de Álcool e outras drogas no Brasil. **SESI**. 2013. Disponível em: <<http://www.sesipr.org.br/cuide-se-mais/alcool-e-outras-drogas/dados-sobre-o-uso-de-alcool-e-outras-drogas-no-brasil-1-23999-216347.shtml>>. Acesso em: 12 set. 2015.

SEVERO, Valdete S. **O dever de motivação da despedida na ordem jurídico-constitucional brasileira**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2011.

SILVA, Jorge L. B. Educação Preventiva ao uso indevido de drogas no trabalho. **UFSC**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. 2001. Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/79683>>. Acesso em: 09 mar. 2016.

SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS. SISNAD. Câmara dos Deputados. Centro de Documentação e Informação. Brasília: Edições Câmara, 2009.

SOARES, Cristiane L. Em 2014, dependência química afastou 149 pessoas do trabalho. **Jornal O Informativo**. 2015. Disponível em: <<http://www.informativo.com.br/site/noticia/visualizar/id/62709/?Em-2014-dependencia-quimica-afastou-149-pessoas-do-trabalho.html#ixzz3yYgWIDDF>>. Acesso em: 04 jan. 2016.

SOUZA, Líria A. Skank. **Brasil Escola**. 2016. Disponível em: <<http://brasilecola.uol.com.br/drogas/skank.htm>>. Acesso em: 11 mai. 2016.

SUZIN, Arlete B. **O processo comunicativo no projeto de prevenção ao uso de drogas no trabalho**. Porto Alegre: SESI: FIERGS: UNDCP, 1998.

TABAGISMO. Instituto Brasileiro de Combate ao Câncer. **IBCC**. 2015. Disponível em: <<http://www.ibcc.org.br/duvida/agentes-cancerigenos/tabagismo/1/5/>>. Acesso em: 16 out. 2015.

TAVARES, Ludmila. As drogas mais usadas no mundo, de acordo com a Pesquisa Global de Drogas de 2014. **The World Post**. 2014. Disponível em: <http://www.brasilpost.com.br/2014/04/26/drogas-mais-usadas-2014_n_5218600.html>. Acesso em: 12 set. 2015.

TEIXEIRA FILHO, Miguel. Como a embriaguez habitual do empregado é vista pelo Direito do Trabalho? **Teixeira Filho Advogados**. 2015. Disponível em: <<http://www.teixeirafilho.com.br/informativo/707/como-a-embriaguez-habitual-do-empregado-e-vista-pelo-direito-do-trabalho---por-miguel-teixeira-filho-/>>. Acesso em: 08 abr. 2016.

TIBA, Içami. **Anjos caídos: como prevenir e eliminar as drogas na vida do adolescente**. São Paulo: Gente, 1999.

UNODC. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. Pesquisa de Desenvolvimento Global 2014. **UNODC**. Viena: 2015. Disponível em: <<https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2014/06/26-world-drug-report-2014.html>>. Acesso em: 03 out. 2015.

URIBE, Gustavo. No INSS, pedidos de auxílio-doença para usuários de drogas triplicam em oito anos. **Globo**. 2014. Disponível em: <<http://extra.globo.com/noticias/brasil/no-inss-pedidos-de-auxilio-doenca-para-usuarios-de-drogas-triplicam-em-oito-anos-11555178.html>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

VARELLA, Drauzio. O cigarro no mundo. **Carta Capital**. 2014. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/revista/809/o-cigarro-no-mundo-4041.html>>. Acesso em: 12 set. 2015.

VARGAS, Jonas. **Homem, as drogas e a sociedade**: um estudo sobre a (des) criminalização do porte de drogas para consumo pessoal. Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2011. Disponível em: <http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/direito/graduacao/tcc/tcc2/trabalhos2011_1/jonas_vargas.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2016.

VEJA como cada droga interfere na rotina do funcionário. **Jornal Folha de São Paulo**. 13/03/2003. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u2192.shtml>>. Acesso em: 05 fev. 2016.

VILAR, Leandro. As "drogas das Índias": especiarias, remédios e mercadorias exóticas. **Seguindo os passos da História**. 2015. Disponível em: <<http://seguindopassoshistoria.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 01 out. 2015.

VITOLA, Rosa M. R. **As modificações da Lei 11.343/06 em relação à posse de drogas e seus reflexos na comarca de Lajeado**. Monografia apresentada no Curso de Direito, do Centro Universitário Univates, como exigência parcial para a obtenção do título de Bacharel em Direito. Lajeado, 2010.

YOUNG, Ricardo. Crack, uma epidemia devastadora. **Carta Capital**. 2010. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/sociedade/crack-uma-epidemia-devastadora>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

Fonte das imagens:

O QUE pode e o que não pode com a Lei Antifumo. **ZH. ClicRBS**. 02/12/2014 - 20h01min. Disponível em: <<http://zh.clicrbs.com.br/rs/noticias/noticia/2014/12/o-que-pode-e-o-que-nao-pode-com-a-lei-antifumo-4655331.html>>. Acesso em: 06 fev. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Entidades que tratam a dependência química no Vale do Taquari

<p>CENTRAL – Centro Regional de Tratamento e Recuperação de Alcoolismo Endereço: Rua Bento Rosa, 2169 - Bairro Alto do Parque - Lajeado- RS - CEP: 95900-000 Telefone: (51) 3714-1131 E-mail: administracao@central.org.br Site: http://www.central.org.br/ Horário de atendimento: segunda a sexta-feira- das 8h às 12h e das 13h30 às 18h Sábados- das 8h às 12h</p>
<p>PROGRAMA VIDA + VIVA (Programa de tratamento ao alcoolismo) Endereço: Rua Borges de Medeiros, 370 – Bairro Centro - Lajeado – RS Telefone:(51) 3982-1239 E-mail: contato@vidamaisviva.org.br Site: http://www.vidamaisviva.org.br/</p>
<p>ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA DE RECUPERAÇÃO DE DEPENDENTES QUÍMICOS SHALON Endereço: Rua Carlos Spohr Filho, 1179- Bairro Moinhos - Lajeado – RS Telefone:(51) 3729-5300</p>
<p>CENTRO DE TRATAMENTO NOVO COMEÇO Endereço: Avenida Agostinho Costi, 1827- Bairro Barra do Jacaré - Encantado – RS Telefone:(51) 3751-7155 Whatsapp: (51) 9590-2153 E-mail: contato@clnicanovocomeco.com.br Site: http://www.clinicanovocomeco.com.br/2014/08</p>
<p>CAPS AD SIM PRA VIDA- Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras drogas Endereço: Rua Santos Filho, 345- Bairro Centro- Lajeado – RS Telefone:(51) 3982-1416 Horário de atendimento: segunda a sexta-feira, das 8h às 18h</p>
<p>VIVA VOZ - Orientações e informações sobre prevenção e o uso indevido de drogas Telefone: 0800 51 00 015 De segunda à sexta-feira, das 8h às 20h</p>
<p>GRUPOS DE MÚTUA AJUDA: - Alcoólicos anônimos - www.alcoolicosanonimos.org.br - Narcóticos anônimos- www.na.org.br</p>