

ACIDENTES DE TRABALHO CAUSADOS PELO USO DE DROGAS**WORK ACCIDENTS CAUSED BY THE USE OF DRUGS**

SÉRGIO SPEZZIA. Cirurgião Dentista e Especialista em Saúde da Mulher no Climatério pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP-USP

SONIA PINEDA VICENTE. Cirurgiã Dentista e Especialista em Psicopatologia e Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Mestre em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - FO-USP

ROBERTO CALVOSO JÚNIOR. Médico, Doutor em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Professor do Curso de Especialização em Saúde da Mulher no Climatério da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP-USP

Endereço para Correspondência: Rua Silva Bueno, 1001, Ipiranga, São Paulo, São Paulo, Brasil. CEP: 04208-050. sergiospezzia@hotmail.com

RESUMO

O uso de drogas lícitas e ilícitas traz riscos à vida das pessoas e anualmente provoca perda de milhões de dólares na economia de diversos países. O consumo entre a população economicamente ativa é considerado hábito extremamente negativo e causador de perdas patrimoniais apreciáveis no cotidiano das empresas, provocando despesas imprevisíveis para os órgãos de saúde pública em geral. O objetivo proposto neste trabalho refere-se à importância da conscientização por parte dos profissionais de saúde contactantes dos riscos que o consumo de drogas causa para a saúde do trabalhador, prejudicando seu rendimento laboral. Deve ser feito aconselhamento por estes profissionais, visando que o trabalhador abandone do uso das drogas. Concluiu-se que se pode promover melhora da qualidade de vida, à medida que o usuário abandona o vício, conforme o tempo vai passando.

PALAVRAS-CHAVE: Acidentes de Trabalho. Aconselhamento. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The use of licit and illicit drugs carries risks to the lives of people annually and causes loss of millions of dollars into the economy of many countries. Consumption among the economically active population is considered extremely negative habit and causing considerable property losses in everyday business, causing unpredictable costs for

public health agencies in general. The aim of the present paper refers to the importance of awareness by health professionals contacts the risks that drug use causes to worker health, impairing their work performance. Counseling should be done by these professionals in order that the worker leaves the use of drugs. It was concluded that can be foster improved quality of life, as the user is leaving the defect, as time goes by.

KEYWORDS: Accidents. Occupational. Counseling. Quality of Life.

INTRODUÇÃO

A palavra droga teve origem na palavra droog do holandês arcaico, que significa folha seca; isso porque na Antiguidade quase todos os medicamentos eram feitos à base de vegetais (GLOSSÁRIO DE ÁLCOOL E DROGAS, 2010).

Drogas são substâncias psicoativas naturais ou sintéticas que podem ser utilizadas pelo homem com diferentes finalidades (OSPINA, 1997).

Não podemos atribuir a uma determinada droga, conotação de algo bom ou ruim, assim não podemos considerar uma droga em si como algo destrutivo ou criativo. O que será destrutivo ou criativo será a maneira pela qual o homem se relaciona com a droga independentemente do produto químico em questão (SAMHSA, 1996, 1997; SEIBEL & TOSCANO, 2001).

Drogas psicoativas são absorvidas pelo organismo humano pela ingestão, injeção, inalação, absorção pela pele, penetram na corrente sanguínea e alcançam o cérebro, afetando o seu equilíbrio e provocando em seus usuários, reações que variam de apatia a agressividade (ALMEIDA, 2006).

O uso de drogas não é exclusivo dos tempos modernos. Ao longo da história, o homem utilizou-se de substâncias psicoativas, perfazendo como motivos para seu uso, nunca características coincidentes ou idênticas, porém com a singularidade de cada usuário (NERY FILHO *et al.*, 2002, NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2007).

Em nossa sociedade o uso tem variado significativamente no tempo, dependendo do contexto e da posição social dos consumidores (CARLINI *et al.*, 2002, 2007).

Dessa forma, vemos que o consumo de drogas adquire as características próprias de cada época e de cada segmento social, podendo tanto agregar como marginalizar, ter caráter religioso ou profano, de comunhão ou contestador, coletivo ou individual (IMESC, 2006).

O consumo entre a população economicamente ativa é considerado hábito extremamente negativo e causador de perdas patrimoniais apreciáveis no cotidiano das empresas, provocando despesas imprevisíveis para os órgãos de saúde pública em geral. O abuso é um problema de saúde pública, enfrentado pelas sociedades com consequências biopsicossociais. Assim constitui um problema com abrangência não somente local, mas global (FORMIGONI, 1992).

O uso de drogas lícitas e ilícitas traz riscos à vida das pessoas e anualmente provoca perda de milhões de dólares na economia de diversos países. Constitui problema que afeta milhares de pessoas de todas as faixas etárias. Esse problema torna-se de ordem social, a partir do momento em que suas consequências alcançam níveis quantitativos assustadores em todo o mundo (WOODWARD *et al.*, 1997).

São drogas ilícitas: maconha, cocaína, oxy, crack, ecstasy, heroína, barbitúricos, LSD, morfina, chá de cogumelo, clorofórmio, ópio, inalantes, entre outras (GLOSSÁRIO DE ÁLCOOL E DROGAS, 2010).

A maconha é geralmente fumada, podendo também ser ingerida. Os efeitos provocados por essa droga vão desde descontração, riso fácil e relaxamento até perturbações na percepção de tempo e espaço. Algumas vezes podem ocorrer delírios e alucinações. Outras características encontradas comumente são: problemas pulmonares, dificuldade de aprendizagem e memorização, apatia, boca seca e fome, alterações da coordenação e dos batimentos cardíacos, ocasionando riscos na capacidade de dirigir.

A cocaína pode ser aspirada ou injetada, também pode ser utilizada como crack, fumada em cachimbos ou “pipas”. O indivíduo drogado neste caso possui como características principais: euforia, hiperatividade, insônia, falta de apetite. O efeito passageiro faz a pessoa repetir o uso várias vezes com desejo compulsivo. Esta droga é uma das com maior potencial de provocar dependência. São algumas complicações rotineiramente encontradas: perfuração de septo nasal, infecções nos que a injetam, alterações pulmonares sérias, enfartes, derrames, ideias de perseguição com delírios e paranoias (DROGAS, 2010).

Os solventes e inalantes são substâncias que são aspiradas pelo nariz ou pela boca. O início de seus efeitos ocorre imediatamente após o consumo e duram entre 15 e 45 minutos. Essa droga tem como principais características, efeitos semelhantes aos do álcool: estimulação inicial, desinibição, riso fácil, efeito depressor posterior (sonolência e relaxamento), comprometimento da coordenação motora, tonturas, riscos de asfixia, lesão cerebral, hipersensibilidade do coração ao aumento da adrenalina, riscos de morte por parada cardíaca, degeneração dos nervos periféricos, com redução na sensibilidade e perda do controle motor de braços e pernas (CEBRID, 2005, 2010).

Alucinógenas são substâncias encontradas em cogumelos e plantas (Santo Daime) ou sintetizadas em laboratório (LSD - abreviação de dietilamina do ácido lisérgico e ecstasy). Seus efeitos variam de pessoa para pessoa. Tem como principais características: excitação e hiperatividade, outros ficam passivos e quietos, podem ocorrer ainda, episódios de euforia e de depressão, vivências assustadoras e sensação de pânico. Além disso, há casos em que violência é gerada, advinda de ideias de perseguição e de acidentes, devido à avaliação equivocada da realidade.

Quanto às drogas lícitas, temos: álcool e tabaco e se sabe que ambos podem matar, embora sejam menos perigosos (LIMA & AZEVEDO, 2006).

O uso dos produtos derivados do tabaco, incluindo o cigarro, charuto ou cachimbo, está associado com maior mortalidade e morbidade do que qualquer outro fator de exposição em nível individual, ocupacional ou ambiental. Os agentes inalados na fumaça do cigarro podem agir de três maneiras: diretamente nas membranas mucosas, deglutido na saliva e absorvido no sangue a partir do exuberante leito capilar alveolar. A partir destas diferentes vias de exposição, os elementos constituintes da fumaça do cigarro atuam em órgãos-alvo distantes, causando uma variedade de doenças sistêmicas, destacando-se como causa de óbito em ordem decrescente de frequência: câncer, doença cardiovascular isquêmica, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doenças pulmonares intersticiais, óbitos perinatais, câncer e doença cardiovascular do fumante passivo (LOTUFO, 2007).

Drogas no trabalho

Existe hoje um consenso de que um funcionário que esteja sob efeito de substâncias psicoativas (SPA) está mais propenso a cometer atos inseguros, expõe-se mais aos riscos da falta de atenção, concentração, da perda de reflexos, das alterações cognitivas e de humor (BUCHER, 1995). Além disso, decorrem outras consequências,

como o absenteísmo (presente de duas a oito vezes mais, frequentemente em indivíduos usuários de SPA comparados aos seus colegas normais); baixa qualidade do trabalho, perda de material, atrasos, problemas no relacionamento interpessoal, solicitação excessiva do serviço médico e social devido a altos índices de complicações clínicas, exames laboratoriais, além de conflitos familiares e acidentes de trabalho. Alguns estudos apontam que em torno de 25 a 54% dos acidentes de trabalho estão relacionados de alguma forma ao consumo de drogas lícitas ou ilícitas (ROCHA, 1999; IMESC, 2006).

O Uso das Drogas no Trabalho

O uso das drogas não combina com o ambiente corporativo, uma vez que o seu consumo entre as pessoas em idade produtiva e ativa para o trabalho é considerado um vício negativo e responsável por perdas de patrimônios das empresas, além de despesas para os órgãos de saúde pública em geral.

Em suma, têm-se a ocorrência de acidentes de trabalho, adoecimentos, afastamentos, queda de produtividade e falta de motivação.

A dimensão do problema é considerada assombrosa nos dias atuais quando se observa que a maioria dos usuários de drogas está no mercado de trabalho formal, como órgãos públicos, empresas de transporte, companhias aéreas e hospitais, exercendo cargos de aviadores, portuários, estivadores, médicos e enfermeiros, ocorre que em contrapartida, nesses ambientes a necessidade intrínseca de profissionais que precisam ficar acordados por longos períodos em trabalhos estressantes e competitivos é eminente, forma-se, portanto, um considerável grupo de risco. Há também o grupo que busca nas drogas a criatividade para executar suas tarefas extenuantes, como jornalistas, advogados, políticos e artistas (RIBAS, 2012).

Tudo isso põe em risco a vida do profissional e o emprego dele. As faltas, atrasos, acidentes e indenizações prejudicam a sustentabilidade das empresas e aumentam os gastos com saúde e previdência (CARTILHA GREA/ PRODUSP, 2005).

Efeitos danosos causados pela utilização das drogas lícitas e/ou ilícitas no local de trabalho se estendem muito além das consequências nocivas para a saúde. Os acidentes de trabalho tornam-se mais prováveis, a produtividade do trabalhador diminui e o desempenho do funcionário tende a se tornar inconstante.

A empresa deve abordar seu funcionário usuário de droga no ambiente de trabalho com estratégias adequadas ao ambiente e com diálogo franco, que é fundamental, voltado para a resolução do problema. Esse assunto deve ser abordado de forma discreta e sem discriminar o funcionário. Devem-se incentivar campanhas e programas, como parte da responsabilidade social empresarial para integrar seus empregados e alertar sobre riscos e prejuízos causados pelo consumo de drogas.

Dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que o funcionário sob efeito da droga utiliza em média 67% da capacidade de trabalho e ainda tem o triplo da probabilidade de chegar atrasado ou faltar ao serviço. Somados os custos diretos, como licenças médicas e indiretos que incluem acidentes, faltas e atrasos, constituem perdas enormes aos empregadores tanto públicos, quanto privados, que tem de arcar com esse ônus negativo.

Do ponto de vista epidemiológico, e do trabalhador, o álcool continua sendo a droga que causa maior impacto no Brasil, principalmente sob o enfoque da perturbação do comportamento (MARTINS, 2004).

O tabaco tem um impacto diferenciado relacionado à preservação da saúde do

trabalhador. O fumante adoece mais e compartilha o encargo desse adoecimento com os colegas, a empresa e até a sociedade, já que onera a saúde pública. Por causa de seu princípio ativo, o tabaco é capaz de levar a dependência, tornando-se uma necessidade na vida do indivíduo. É essa prioridade dispensada a ele que afeta negativamente toda a estrutura laboral (LOTUFO, 2007).

O uso de tabaco precisa de reposta a cada 1 ou 2 horas, o que provoca ausência do trabalho. O problema relacionado é melhor caracterizado quando esse indivíduo está em uma atividade em equipe que não permite que ele se afaste, passando a sofrer com a falta do tabaco, levando a queda no seu nível de atenção. Além de influenciar o rendimento laboral, o uso do tabaco continuamente pode acarretar problemas circulatórios, cardíacos e pulmonares (CARTILHA GREA/ PRODUSP, 2005).

Abordagem Preventiva

As razões, segundo a Rede Europeia dos Serviços de Saúde Sem Tabaco (RESSST) para tornar sua casa, seu local de trabalho ou sua empresa, livres do cigarro são as seguintes: a prevenção e o controle do tabagismo faz parte da missão dos serviços de saúde e sendo assim todos nós podemos ser agentes de saúde; a implicação dos responsáveis na família ou nas empresas é fundamental, se o pai de família ou o diretor da empresa, ou escola ou hospital, for um fumante, fica muito difícil um trabalho eficaz se os interessados não derem o seu apoio; esse processo desenvolve-se passo a passo e cada local pode seguir o seu próprio ritmo, assegurando-se que o mesmo não seja muito lento, é claro; a responsabilidade para um incêndio, devido ao cigarro pode ser atribuída ao fumante; a falta de uma política antitabaco pode gerar conflitos entre as pessoas; uma casa ou empresa sem política antitabaco é geralmente mais suja; uma política antitabaco bem conduzida mobiliza positivamente as pessoas; material de informática, os revestimentos e os sistemas de climatização, resistem muito mais tempo em um ambiente sem tabaco; para os frequentadores de uma casa, empresa ou hospital, a imagem da instituição é mais positiva; ser um local para se morar ou um local de trabalho sem cigarro é uma vantagem na credibilidade da instituição ou de seu próprio lar (LOTUFO, 2007).

Nas últimas décadas cresceu o uso de substâncias representativas de problemas para a saúde passíveis de abordagens preventivas e de tratamento e não mais de um desvio de personalidade ou de um ato criminoso como foi considerado anteriormente (LIMA & AZEVEDO, 2006).

Tal fato tem permitido a uma série de funcionários explicitarem suas dificuldades, possibilitando intervenção mais precoce e a redução de danos, decorrentes do consumo para si e para os que o cercam (MARTINS, 2004).

Falar em prevenção é falar de um empreendimento dialético, dinâmico e evolutivo. É buscar compreender o uso de drogas como fenômeno complexo da vida em sociedade, permeado por questões políticas, econômicas, sociais e culturais que se relacionam com a subjetividade humana, a moral, as relações de poder, as relações institucionais e pessoas entre outras (CARLINI *et al.*, 1990; BERLINGUER, 1996).

Prevenção significa uma pré-intervenção, ou seja, uma intervenção a ser efetuada antes que determinado fenômeno aconteça. Existe falta de sentido em se falar de prevenção de drogas, uma vez que drogas não são passíveis de prevenção (CARLINI *et al.*, 2002; SENAD, 2006).

Considera-se prevenção como uma intervenção que visa evitar o estabelecimento de uma relação destrutiva de um indivíduo com a droga, levando em consideração o seu

contexto social, econômico e cultural. Opta-se assim, por falar em prevenção do uso indevido das drogas (CARLINI *et al.*, 1990; BERLINGUER, 1996).

O abuso de drogas deverá ser compreendido pelas políticas de prevenção como um estado de mal-estar, tanto do indivíduo quanto da sociedade (BERLINGUER, 1996).

A tolerância é um estado caracterizado pela necessidade do uso de drogas em maiores quantidades para se obter os mesmos efeitos. Evidência científica do uso contínuo ocorre pelo envolvimento neuropsicológico do usuário.

Há riscos de morte súbita, paranoia, agressividade, arritmias, trombozes, acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência renal e cardíaca, parada cardíaca, disfunções neuronais, alteração do estado de ânimo, alteração do humor, depressão, alterações nas funções motoras, perda de memória, disfunções do sistema reprodutor, respiratório, câncer, convulsões, desidratação, náuseas e exaustão.

Cada droga utilizada exerce um efeito no organismo. O conhecimento desses efeitos é de grande importância na prevenção, e os indivíduos jovens devem ter conhecimento desses dados antes de se aventurarem a experimentar drogas por curiosidade (BUCHER, 1995).

É importante esclarecer que a dependência química é tratável e depende da vontade do indivíduo querer a ajuda de profissionais, médicos, terapeutas, familiares, assistentes sociais, formando equipes multidisciplinares envolvidas com a problemática, todos engajados nesta árdua batalha para que o indivíduo deixe o vício e volte a uma vida normal sem a necessidade de uso de substâncias que o levam a um estado de falsas necessidades.

O uso abusivo de SPA encontra-se associado a problemas que envolvem aspectos biológicos, psicológicos e sociais no indivíduo. Esta situação evidencia a necessidade de atuações intersetoriais entre várias áreas governamentais e da saúde. O atual cenário brasileiro do uso de drogas vem experimentando alterações no padrão do uso, mantendo o uso de drogas tradicionais como a maconha e a cocaína, como uso de drogas psicofarmacológicas vendidas sem controle. Procede ainda, o crescimento do uso de outras drogas ilícitas, como é o caso do crack e seus outros derivados, que vêm se tornando um problema emergente em saúde pública (LINS *et al.*, 2010).

Hoje chamamos de consumo cruzado, o uso de álcool mais maconha e cocaína, hábito que está presente negativamente numa grande porcentagem de usuários pertencentes a empresas, fazendo consumação nas empresas, o que dificulta os procedimentos de recuperação do indivíduo dependente.

Por outro lado, os serviços sociais de atendimento ou o terceiro setor (ONGs), possuem limitações ao lidar com o acompanhamento de usuários de drogas, pois muitas vezes, além da dependência química, estes apresentam outros transtornos psíquicos associados (LINS *et al.*, 2010).

Observamos que a dependência química está presente em todas as empresas e o que varia é o grau de incidência e a maneira de tratar o problema. Na maioria das vezes, dever-se-ia obter resolução efetiva para o bem-estar de todos no ambiente laboral.

Conforme define a OMS, a dependência química é considerada uma doença muitas vezes letal, com fortes envolvimento psicossociais e que precisa de uma abordagem com objetivo de recuperar as pessoas envolvidas, para que possam ir readquirindo a autoestima e reencontrando seu papel dentro do seu grupo social, grupo de trabalho dentro da empresa e dentro da família, que tanto sofre com prejuízos, inclusive de codependência. Toda a família fica abalada, necessitando da ajuda da equipe multidisciplinar envolvida.

REFLEXÕES

A prevenção, com programas educativos para a população jovem, população em geral, pais, educadores e profissionais da saúde é a melhor conduta para evitar que esse mal se instale em nossa sociedade, antes que nossas crianças se aventurem no uso das drogas.

Sejam lícita ou ilícita, as drogas possuem consequências indesejáveis em qualquer idade. Legalizado ou não, o resultado biopsicossocial destruidor é enorme, inclusive no universo do trabalho.

O vício das drogas constitui um problema de saúde pública e o tratamento de dependentes químicos envolve equipes multidisciplinares e intersetoriais, necessitando da colaboração de todos que possam engajar-se nesta causa e trabalhar em prol da recuperação do usuário de algum tipo de droga, seja no ambiente de trabalho, social ou familiar. Mesmo depois de tratados da dependência pode haver recaídas e crises nos pacientes, advindas do fato de ter ocorrido uso anterior em algum momento de suas vidas, conclui-se que, portanto, é melhor evitar esse mal causador de tanto sofrimento.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, R. N. **Psicofarmacologia Fundamentos práticos**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
2. BERLINGUER, G. **Ética da prevenção**. In: *Ética da saúde*. 1. Ed. São Paulo: Hucitec, 1996.
3. BUCHER, R. **Prevenindo contra as drogas e DST/AIDS: populações em situação de risco**. Ministério da Saúde, Brasília, 1995.
4. CARLINI, E.A.; CARLINI-COTRIM, B.H.R.S.; SILVA FILHO, A.R. **Sugestões para programas de prevenção ao abuso de drogas no Brasil**. EMP/CEBRID, São Paulo, 1990.
5. CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A. **I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. Centro Brasileiro de informações sobre drogas (CEBRID)**/ Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), 2002.
6. CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; FONSECA, A.M.; CARLINI, C.M.; OLIVEIRA, L.G. et al. **II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. – 2005**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2007.
7. CARTILHA GREA/ PRODUSP. **Uso de drogas por funcionários. “O que o chefe tem haver com isso?”**, Edusp, 2005.
8. CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo. **Bebidas Alcoólicas – Álcool Etílico e Etanol**. Ed. Secretaria Nacional Antidrogas, 2005.
9. CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo. **Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas**. 5. Ed. Brasília: Balieiro CLR eds., 2010.
10. DROGAS. **Cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes**. 2. Ed., Brasília: Ed. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), 2010.
11. FORMIGONI, M.L.O.S. **A Intervenção Breve na Dependência de Drogas**. A Experiência Brasileira. São Paulo: Contexto, 1992.
12. **GLOSSÁRIO DE ÁLCOOL E DROGAS**. Tradução e Notas: J. M. Bertolote. 2. Ed, Brasília: Ed. Secretaria Nacional de Políticas Antidrogas (SENAD), 2010.
13. IMESC. **Info Drogas**. Disponível em www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/tipoprev.htm. Acesso em 11/05/2006.
14. LIMA, E.; AZEVEDO, R.C.S. **Programa de prevenção ao uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas na Unicamp**. Disponível em www.prdu.unicamp.br/vivamais/Projeto.pdf. Acesso em 11/05/2006.
15. LINS, J.; PIMENTEL, P.; UCHÔA, R. **Sobre Drogas e Redução de Danos: O Cotidiano dos Profissionais no Programa + Vida do Recife**. Recife-PE: Ed. Ministério da Saúde, Secretaria da Saúde, Prefeitura do Recife, 2010.
16. LOTUFO, J.P.B. **Tabagismo uma Doença Pediátrica. Asma e Tabagismo Passivo**. 1. Ed. Sarvier,

2007.

17. MARTINS, D.A. **Programas de Prevenção ao alcoolismo no trabalho**. In: Guimarães, L.A.M.; GRUBITS, S. Série Saúde Mental e Trabalho. Campinas: Ed. Casa do Psicólogo, 2004.
18. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH - U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Drugs, Brain and Behavior: The science of Addiction**. NIDA, 2007.
19. NERY FILHO, A.; TORRES, A.; PAES, I.M.A. **Drogas: isso lhe interessa? Confira aqui**. Salvador: Zax Propaganda, 2002.
20. OSPINA, E.R. – **Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia, 1996**. Fundacion Santa Fe de Bogotá, 1997.
21. RIBAS, O. **Droga e trabalho, combinação custosa**. Disponível em http://www.sescsp.org.br/sesc/revistas_sesc/pb/artigo.cfm?Edicao_Id=255&Artigo_ID=4011&IDCategoria=4429&reftype=1&BreadCrumb=1. Acesso em 18/03/2012.
22. ROCHA, V. O tratamento da dependência química: Relato de experiência. **O mundo da Saúde**, v.23, n.1, p. 43-7, 1999.
23. SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). **National Household Survey on Drug Abuse: Main Findings, 1994 – Part 1**. U.S. Department of Health and Human Services, 1996.
24. SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). **Office of Applied Studies. National Household Survey on Drug Abuse: Population Estimates, 1996**. U.S. Department of Health and Human Services, 1997.
25. SEIBEL, S.D.; TOSCANO JR., A. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.
26. SENAD. **Prevenção - Prioridades na área de prevenção**. Disponível em www.senad.gov.br/paginas/prevencao.htm. Acesso em 11/05/2006.
27. WOODWARD, A.; EPSTEIN, J.; GFROERE, J.; MELNICK, D.; THORESON, R.; WILSON, D. The drug abuse treatment gap: recent estimates. **Health Care Financial Review**, v.18, n.3, p. 5-17, 1997.