

**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
DIRETORIA DE ENSINO
CENTRO DE ESTUDOS DE POLÍTICA, ESTRATÉGIA E DOCTRINA
CURSO DE APERFEIÇOAMENTO DE OFICIAIS**

CAP QOBM/Comb. **CARLOS HENRIQUE DOS SANTOS**



**ANÁLISE SOBRE A PERCEPÇÃO E ATITUDE DO COMANDANTE,
SUBCOMANDANTE E DIA À PRONTIDÃO DOS GRUPAMENTOS DE
BOMBEIRO MILITAR DO CBMDF A RESPEITO DA NECESSIDADE
DE INTERNAÇÃO DE MILITARES PARA TRATAMENTO DE
DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**BRASÍLIA
2021**

CAP QOBM/Comb. **CARLOS** HENRIQUE DOS SANTOS

**ANÁLISE SOBRE A PERCEPÇÃO E ATITUDE DO COMANDANTE,
SUBCOMANDANTE E DIA À PRONTIDÃO DOS GRUPAMENTOS DE
BOMBEIRO MILITAR DO CBMDF A RESPEITO DA NECESSIDADE
DE INTERNAÇÃO DE MILITARES PARA TRATAMENTO DE
DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Monografia apresentada ao Centro de Estudos de Política, Estratégia e Doutrina como requisito para conclusão do Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

Orientador: Ten-Cel. QOBM/Comb. **CLAYSON** AUGUSTO MARQUES FERNANDES

BRASÍLIA
2021

CAP QOBM/Comb. **CARLOS** HENRIQUE DOS SANTOS

**ANÁLISE SOBRE A PERCEPÇÃO E ATITUDE DO COMANDANTE,
SUBCOMANDANTE E DIA À PRONTIDÃO DOS GRUPAMENTOS DE BOMBEIRO
MILITAR DO CBMDF A RESPEITO DA NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO DE
MILITARES PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Monografia apresentada ao Centro de Estudos de Política, Estratégia e Doutrina como requisito para conclusão do Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

Aprovado em: 12/02/2021.

BANCA EXAMINADORA

Mônica de Mesquita Miranda – Ten-Cel. QOBM/Comb.
Presidente

André Telles Campos – Ten-Cel. QOBM/Comb.
Membro

Fábio Martins da Silva – Ten-Cel. QOBM/Comb.
Membro

Clayson Augusto Marques Fernandes – Ten-Cel. QOBM/Comb.
Orientador

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO

AUTOR: Cap. QOBM/Comb. Carlos Henrique dos Santos

TÍTULO: Análise sobre a percepção e atitude do Comandante, Subcomandante e Dia à Prontidão dos Grupamentos de Bombeiro Militar do CBMDF a respeito da necessidade de internação de militares para tratamento de dependência química.

DATA DE DEFESA: 12/02/2021.

Acesso ao documento
(X) Texto completo () Texto parcial () Apenas metadados
Em caso de autorização parcial, especificar a(s) parte(s) que deverá(ão) ser disponibilizadas:

Licença
DECLARAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO NÃO EXCLUSIVA O referido autor: a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade. b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder ao CBMDF os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue. Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não o CBMDF, declara que cumpriram quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo. LICENÇA DE DIREITO AUTORAL Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, autorizo a Biblioteca da Academia de Bombeiro Militar disponibilizar meu trabalho por meio da Biblioteca Digital do CBMDF, com as seguintes condições: disponível sob Licença Creative Commons 4.0 International, que permite copiar, distribuir e transmitir o trabalho, desde que seja citado o autor e licenciante. Não permite o uso para fins comerciais nem a adaptação desta. A obra continua protegida por Direito Autoral e/ou por outras leis aplicáveis. Qualquer uso da obra que não o autorizado sob esta licença ou pela legislação autoral é proibido.

Carlos Henrique dos Santos

Cap. QOBM/Comb.

Dedico este trabalho à minha família, que sempre me deu apoio e incentivo durante todos os desafios da carreira bombeiro militar.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a Deus, pelo sopro de vida, sempre iluminando meu caminho e renovando minhas forças e minha fé.

À minha querida esposa, pelo amor incondicional, por todo o incentivo e compreensão. Seu companheirismo neste momento foi fundamental.

Aos meus amados filhos, pela compreensão por todos os momentos em que estive ausente, pelo amor que sempre me inspirou e me incentivou a lutar.

Aos meus pais, por todo amor, elogios e carinho que sempre me deram em toda a minha vida.

Aos meus irmãos, por todo amor, amizade e companheirismo.

Aos meus irmãos de farda, companheiros do CFO e do CAO, por nossa união. Juntos, nos motivamos sempre nesta linda jornada.

Ao meu orientador, por toda paciência, dedicação e auxílio durante a elaboração desta monografia.

“As pessoas esqueceram como contar uma história. As histórias não têm mais um meio ou um final. Elas normalmente têm um início que nunca para de começar.”

Steven Spielberg

RESUMO

Esta monografia analisou a percepção e atitude do Comandante, Subcomandante e Dia à Prontidão dos Grupamentos de Bombeiro Militar (GBM) do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF) a respeito da necessidade de internação de militares para tratamento de dependência química. Esta pesquisa analisou a participação dos militares que exercem função de comando, chefia e liderança nas unidades operacionais multiemprego do CBMDF (que são responsáveis pelo atendimento das ocorrências diárias de combate a incêndio, salvamento e atendimento pré-hospitalar no Distrito Federal) no processo de identificação da dependência química entre militares no ambiente de trabalho, no encaminhamento para o Centro de Assistência Bombeiro Militar (CEABM), em uma possível internação e no processo de readaptação dos militares dependentes químicos ao ambiente de trabalho. Neste prisma, foi realizada uma revisão de literatura, uma coleta de dados provenientes do CEABM, uma pesquisa de campo por meio de questionários aplicados aos Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM do CBMDF, entrevistas com militares que trabalham no CEABM, e possuem formação e expertise sobre o tema, além de entrevistas com militares que estão em processo de tratamento para dependência química, obtendo-se informações sobre a relação do tratamento com seus comandantes e chefes. Neste cenário, verificou-se a necessidade de uma capacitação destinada aos militares que exercem função de comando, chefia e liderança nos Grupamentos do CBMDF, para que estejam preparados para identificar sinais de alerta do desenvolvimento da dependência química em militares no ambiente de trabalho, como abordar o problema, como realizar um encaminhamento precoce ao CEABM, como orientar em casos de internação e como lidar com o retorno do militar ao GBM e com casos de recaídas, em razão de serem profissionais que podem auxiliar o trabalho do CEABM por terem maior proximidade, convívio diário e possuírem responsabilidades no GBM. Dessa forma, foi proposta a inclusão de uma disciplina que trata sobre o tema no Curso de Altos Estudos de Praças (CAEP), no Curso de Formação de Oficiais (CFO), no Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais (CAO) e no Curso de Altos Estudos de Oficiais (CAEO), com o objetivo de instrumentalizar sobre o tema os militares que exercerão função de comando e chefia nas unidades do CBMDF. Além disso, foram recomendadas ações para divulgação do serviço realizado pelo CEABM para tratamento da dependência química a todos os militares da corporação, realização de programas e atividades com foco em conscientização e prevenção da dependência química, capacitação de equipes de atendimento pré-hospitalar para casos de intervenção em recaídas e publicação de norma específica sobre o tema para orientar e amparar as decisões dos militares do CBMDF.

Palavras-chave: Centro de Assistência Bombeiro Militar. Comandante. Dependência química. Dia à Prontidão. Grupamento de Bombeiro Militar. Subcomandante.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Padrões de consumo	26
Figura 2– Organograma do CEABM	34
Figura 3 – Percentual de diagnósticos por clínica nas internações	37
Figura 4 – Custo Médio e Absoluto das internações	38
Figura 5 – Custo Total e Médio em Hospital-Dia	39
Figura 6 – Organograma do GBM	40
Figura 7 – Pergunta 3	51
Figura 8 – Pergunta 5	53
Figura 9 – Pergunta 6	54
Figura 10 – Pergunta 8	56
Figura 11 – Pergunta 9	57
Figura 12 – Pergunta 10	58
Figura 13 – Pergunta 14	59
Figura 14 – Pergunta 15	60
Figura 15 – Pergunta 16	62
Figura 16 – Pergunta 17	63
Figura 17 – Pergunta 18	64
Figura 18 – Pergunta 19	66
Figura 19 – Pergunta 21	67
Figura 20 – Pergunta 22	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
AMA	Associação Médica Americana
APH	Atendimento Pré-Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
ART	Artigo
CAEO	Curso de Altos Estudos de Oficiais
CAEP	Curso de Altos Estudos de Praças
CAO	Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais
CAP	Curso de Aperfeiçoamento de Praças
CAP	Capitão
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CBMDF	Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal
CEABM	Centro de Assistência Bombeiro Militar
CFO	Curso de Formação de Oficiais
CFP	Curso de Formação de Praças
CHO	Curso de Habilitação de Oficiais
CID	Classificação Internacional de Doenças
COMB	Combatente
COMPL	Complementar
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CPL	Capelão
CPMED	Centro de Perícias Médicas
CSU	Curso de Socorros de Urgência
DIREN	Diretoria de Ensino
DISAU	Diretoria de Saúde
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)
EUA	Estados Unidos da América
GAEPH	Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar
GBM	Grupamento de Bombeiro Militar
GSV	Gratificação por Serviço Voluntário

MDMA	3,4-metilenodioximetanfetamina, êxtase
MED	Médico
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPC	Projeto Pedagógico de Curso
QBMG	Quadro de Bombeiro Militar Geral
QOBM	Quadro de Oficial Bombeiro Militar
QTS	Quadro de Trabalho Semanal
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
SDA	Síndrome de Dependência de Álcool
SASMO	Seção de Assistência à Saúde Mental e Ocupacional
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
TEN	Tenente
TEN-CEL	Tenente Coronel
TIB	Triagem e Intervenção Breve

LISTA DE SÍMBOLOS

§	Parágrafo
%	Por cento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Definição do problema	16
1.2 Justificativa	17
1.3 Objetivos	18
1.3.1 Objetivo Geral.....	18
1.3.2 Objetivos Específicos	19
1.4 Definição de termos.....	19
2 REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1 Histórico da utilização de substâncias psicoativas	21
2.2 Classificação das Drogas	22
2.3 Drogas Depressoras	23
2.3.1 Álcool.....	23
2.3.1.1 Alcoolismo	24
2.3.2 Barbitúricos	27
2.3.3 Benzodiazepínicos	27
2.3.4 Opióides	28
2.3.5 Solventes ou inalantes.....	28
2.4 Drogas estimulantes	29
2.4.1 Anfetaminas	29
2.4.2 Cocaína	30
2.5 Drogas perturbadoras.....	30
2.5.1 Maconha.....	31
2.5.2 Ecstasy.....	31
2.5.3 Anticolinérgicos	32
2.6 Outras drogas.....	32
2.7 Consumo de drogas	33
2.8 Atenção e tratamento	33
2.8.1 Centro de Assistência Bombeiro Militar do CBMDF	34
2.8.2 Programa de atenção à dependência química do CBMDF	35
2.8.3 Custos das internações para tratamento de dependência química	37
2.9 O comando e chefia do GBM.....	39

2.9.1 O processo de formação e capacitação do comando e chefia do CBMDF.....	40
2.9.2 A percepção e atitude do comando e chefia	44
3 METODOLOGIA.....	47
3.1 Classificação da pesquisa	47
3.1.1 Quanto à natureza	47
3.1.2 Quanto ao método	47
3.1.3 Quanto aos objetivos	47
3.1.4 Quanto à abordagem.....	48
3.1.5 Quanto aos procedimentos técnicos	48
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
4.1 Questionário respondido pelos Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM	50
4.1.1 Experiência de já ter trabalhado com militares com dependência química que necessitaram de tratamento	50
4.1.2 Consideração dos Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão sobre a origem da dependência química entre os militares do CBMDF	52
4.1.3 Capacitação institucional sobre dependência química oferecida aos militares questionados.....	55
4.1.4 Consideração do Comandante, Subcomandante e Dia à Prontidão de GBM sobre tratamento para dependência química	60
4.1.5 Convivência com militares dependentes químicos nas unidades e o conhecimento sobre o trabalho e apoio do CEABM	65
4.2 Entrevistas realizadas.....	70
4.2.1 Entrevista realizada com a Comandante do CEABM em exercício e Assistente Social do CEABM	71
4.2.2 Entrevista realizada com a Chefe da Seção de Assistência à Saúde Mental e Ocupacional do CEABM	72
4.2.3 Entrevista realizada com o Psiquiatra do CEABM	73
4.2.4 Entrevista realizada com o Psicólogo Clínico do CEABM	74
4.2.5 Entrevista realizada com o Psicólogo Organizacional do CEABM e instrutor da disciplina Psicologia Organizacional no CFO	76
4.2.6 Entrevista realizada com a Psicóloga Clínica do CEABM e instrutora da disciplina Psicologia Organizacional no CFO	77

4.2.7 Entrevista realizada com o Padre Capelão do CBMDF.....	78
4.2.8 Entrevista realizada com militar em tratamento para dependência química...	79
4.2.9 Entrevista realizada com militar em tratamento para dependência química...	81
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
5.1 Recomendações.....	84
REFERÊNCIAS	86
APÊNDICES	90
APÊNDICE A – Questionário aplicado	91
APÊNDICE B – Entrevistas Realizadas.....	95
Entrevista realizada com a Comandante do CEABM em exercício e Assistente Social do CEABM	96
Entrevista realizada com a chefe da Seção de Assistência à Saúde Mental e Ocupacional do CEABM	99
Entrevista realizada com o Psiquiatra do CEABM.....	101
Entrevista realizada com o Psicólogo Clínico do CEABM	104
Entrevista realizada com o Psicólogo Organizacional do CEABM e instrutor da disciplina Psicologia Organizacional no CFO	107
Entrevista realizada com a Psicóloga Clínica do CEABM e instrutora da disciplina Psicologia Organizacional no CFO.....	111
Entrevista realizada com o Padre Capelão do CBMDF	114
Entrevista realizada com militar em tratamento para dependência química	119
Entrevista realizada com militar em tratamento para dependência química	122
APÊNDICE C – Proposta de ampliação da disciplina Psicologia Organizacional do Projeto Pedagógico do CFO para ser incluída também no Projeto Pedagógico do CAEO, CAO e CAEP.....	125
ANEXO	138

1 INTRODUÇÃO

Os profissionais de segurança pública são expostos diariamente ao estresse, vivenciando situações no cotidiano que podem prejudicar sua saúde mental (DE OLIVEIRA; DOS SANTOS, 2010). Os bombeiros militares, integrantes da segurança pública, lidam diariamente com vidas em situações de perigo eminente ou com riscos de morte de vítimas, de colegas e da própria vida. A ingestão de bebidas alcoólicas ou outras substâncias após a jornada de trabalho pode tornar-se uma estratégia coletiva de defesa psicológica, ou seja, uma espécie de mecanismo de esquecimento dos perigos, riscos e ameaças ocupacionais (DEJOURS, 1985).

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o uso de álcool e drogas pelos profissionais resulta em 50% de faltas e pode levá-los a acidentes durante o serviço (FERNANDES; DIAS, 2016). Dessa forma, preocupados com o bom andamento do serviço, os militares que exercem função de chefia e liderança nos Grupamentos de Bombeiro Militar (GBM), a exemplo do Comandante, Subcomandante e Dia à Prontidão, estão em posição estratégica para colocarem em prática programas de prevenção e tratamento oferecidos pela Diretoria de Saúde (DISAU) por meio do Centro de Assistência Bombeiro Militar (CEABM).

O comando e chefia do GBM, possuindo sensibilidade e conhecimento, podem garantir o bom funcionamento de programas institucionais para a prevenção e tratamento da dependência química, em virtude da proximidade e convivência. Podem ser, dessa forma, um braço do CEABM, executando os programas preventivos e reativos em um contexto mais cotidiano, próximo e pessoal.

Para assumir funções de comando, subcomando e chefia de Grupamentos, equipes ou alas de serviço, o CBMDF prepara os militares por meio de cursos de formação e aperfeiçoamento. De todo modo, estes militares que exercem função de comando e chefia muitas vezes podem não se sentir preparados para situações muito específicas que envolvem problemas de saúde dos bombeiros de sua unidade ou de convívio mais próximo.

Considerando que a dependência química pode resultar em situações que prejudicam a qualidade do atendimento prestado pelo Corpo de Bombeiros Militar do

Distrito Federal (CBMDF), o conhecimento e a correta intervenção em relação ao problema são relevantes para a Corporação.

Dessa forma, a preparação na formação e ao longo da carreira dos comandantes e chefes para entender o processo de dependência química, as razões de surgimento, os impactos gerados no aspecto pessoal e suas implicações, em caráter familiar, financeiro e na qualidade do trabalho, pode tornar estes agentes em personagens fundamentais para o enfrentamento do problema e auxílio no trabalho do CEABM.

1.1 Definição do problema

O CBMDF possui um Centro de Assistência Bombeiro Militar (CEABM) capaz de executar um programa de atenção à dependência química e recebe militares e familiares para tratamento e assistência para a recuperação dos pacientes e a diminuição dos impactos gerados pela dependência química à corporação.

No entanto, o CEABM não consegue alcançar todos os bombeiros que podem estar desenvolvendo a dependência química, por muitas vezes serem casos velados que não admitem a necessidade de ajuda, e que apenas os militares de convívio mais próximo podem identificar alguns sinais de alerta.

A prevenção e o encaminhamento precoce para a realização de tratamento poderiam evitar que os militares desenvolvam um quadro de dependência química mais grave, evitando-se a necessidade de internações, problemas diversos decorrentes da dependência química, overdoses e até mesmo a morte. Os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão poderiam apoiar o CEABM nestes casos, em razão da proximidade e da relação de autoridade e responsabilidade.

Uma política de prevenção não é privilégio de grandes companhias, nem está necessariamente atrelada ao volume de recursos financeiros disponíveis. Ela depende do reconhecimento, por parte dos dirigentes e dos trabalhadores da empresa, de que o consumo de drogas existe e pode afetar a produtividade, a segurança e as relações interpessoais no ambiente de trabalho. (BRASIL, 2008).

Estas ações de prevenção e cuidado que podem ser adotadas pelos Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão para a identificação,

encaminhamento, manejo em casos de necessidade de internação, recaídas e readaptação ao ambiente de trabalho, podem ser dificultadas em razão de não haver capacitação específica sobre o tema nos cursos de formação e aperfeiçoamento dos militares que exercerão estas funções em GBM, dessa forma, não estarão preparados para lidar com este tema tão complexo.

A dependência química pode tornar-se um problema institucional em razão da possibilidade de resultar em redução de rendimento do militar ou absenteísmo, reduzindo o efetivo nas unidades, e provocando desdobramentos disciplinares, o que sobrecarrega a administração com a abertura de procedimentos de apuração preliminar, sindicâncias e inquéritos policiais militares.

Assim, o problema de pesquisa proposto traduz-se na seguinte pergunta: **Em virtude da existência do transtorno de dependência química, muitas vezes encontrado nos Grupamentos de Bombeiro Militar (GBM), como preparar os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão para identificar militares dependentes químicos no ambiente de trabalho e tomar atitudes que podem propiciar o encaminhamento precoce para tratamento, internação, recuperação e reinserção do militar à plena atividade?**

1.2 Justificativa

O Comandante, Subcomandante e Dia à Prontidão de GBM podem ter que lidar com bombeiros de seu ambiente de trabalho que passam pelo problema de dependência química (álcool e/ou drogas). Alguns militares, ou familiares, podem buscar ajuda do comando ou chefias da unidade para obterem informações sobre quais seriam os melhores procedimentos a serem adotados para a tentativa de recuperação do quadro de dependência química.

Por outro lado, os dependentes químicos ou seus familiares podem não procurar ajuda por diversos motivos (vergonha, ignorância da existência do problema ou de possibilidade de tratamento). Mesmo o Comandante da unidade não percebendo que seu subordinado possa estar passando por este tipo de problema, os bombeiros que convivem diariamente com os dependentes químicos, a exemplo do

Dia à Prontidão da sua ala de serviço, podem ter uma percepção mais precisa do problema pelos sinais observados.

A internação também poderia ser evitada caso houvesse uma adequada percepção do quadro de dependência química de militares ainda na etapa inicial do problema, por parte dos Comandantes, Subcomandantes ou Dias à Prontidão, pois poderia proporcionar um tratamento precoce através CEABM.

Dessa forma, evitando-se a necessidade de internação, a corporação teria uma economia de gastos, além de evitar também que os militares fiquem ausentes por longos períodos para a realização do tratamento em clínica de recuperação, resultando em redução de efetivo. A dependência química não identificada no ambiente de trabalho pode resultar também em uma redução da qualidade do trabalho e da qualidade de vida dos profissionais e familiares.

Uma capacitação adequada aos militares que exercem função de comando, chefia e liderança nas unidades, poderia torná-los participantes do processo de percepção, encaminhamento e manejo nos casos de dependência química no ambiente de trabalho. Dessa forma, poderiam dar auxílio ao trabalho desempenhado pelo CEABM de modo a prevenir o desenvolvimento do transtorno e a necessidade de internações, além de outros desdobramentos negativos (violência doméstica, acidentes, absenteísmo, crimes ou morte).

1.3 Objetivos

Os objetivos da pesquisa dividem-se em geral e específicos. Conforme Marconi e Lakatos (2010, p. 202), o objetivo geral “está ligado a uma visão global e abrangente do tema” enquanto que os objetivos específicos “apresentam caráter mais concreto”. Os objetivos específicos são passos intermediários que permitem atingir o objetivo geral e aplicá-lo a situações particulares.

1.3.1 Objetivo Geral

Analisar o processo de percepção e atitude do Comandante, Subcomandante e Dia à Prontidão de GBM para a identificação de militares com dependência química

no ambiente de trabalho, para o devido encaminhamento para tratamento e/ou internação, para fins de readaptação no serviço.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Analisar os procedimentos adotados pelos Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM nos casos em que identificam militares que possam necessitar de tratamento e/ou internação para dependência química;
- Verificar a necessidade de capacitação para os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM para aprimorar a percepção para identificação de militares dependentes químicos no ambiente de trabalho e para o encaminhamento e acompanhamento do processo de tratamento e retorno ao serviço;
- Verificar a necessidade de melhorias no processo de conscientização, identificação e manejo do problema de dependência química no CBMDF.

1.4 Definição de termos

Dependência química: envolve o desejo pronunciado de tomar a substância, a dificuldade de controlar o uso, estados de supressão fisiológica, tolerância, descaso de outros prazeres e interesses e uso persistente não obstante os danos causados à própria pessoa e aos outros (OMS, 1993).

Incolumidade: isenção de perigo, de dano; segurança (BRASIL, 2009).

Síndrome de abstinência: sintomas desagradáveis que ocorrem com a redução ou com a interrupção do consumo da substância (BRASIL, 2008).

Substância psicoativa: substâncias químicas que agem no sistema nervoso central de quem as consomem e causam alterações na função cerebral. Essas alterações interferem temporariamente no humor, consciência, comportamento e percepção do indivíduo (BRASIL, 2008).

Uso nocivo: falta de controle do uso de alguma droga, sendo que o uso de modo contínuo é o sintoma característico da dependência química (SILVEIRA, 2017).

2 REVISÃO DA LITERATURA

As drogas são utilizadas há milhares de anos em toda a história da humanidade. Este comportamento ocorre por questões culturais, religiosas, recreação, ou para enfrentar problemas. O ser humano sempre conviveu com as drogas, seduzido pela possibilidade de transcendência, ou para permitir uma socialização ou um isolamento (BRASIL, 2008).

Ames e Cunradi (2004) observaram que o estresse pode ser considerado um fator de risco para o consumo excessivo de substâncias químicas e o número de casos de uso de abusivo de álcool é maior entre militares comparando-se com jovens adultos civis de mesma faixa etária.

Os bombeiros militares executam atividades de combate a incêndio, atendimento pré-hospitalar e salvamento, de modo que convivem com situações de emergência em casos de sinistro, inundações, desabamentos, catástrofes, calamidades públicas e outros em que seja necessária a preservação da incolumidade das pessoas e do patrimônio (BRASIL, 2009).

Por todas essas atividades desempenhadas pelos bombeiros militares, o estresse está sempre presente neste meio em razão da exigência de respostas rápidas, dos riscos eminentes presentes na profissão e da experiência recorrente com situações extremas com sofrimento de vítimas, acidentes fatais e cenas catastróficas (LIMA *et al*, 2015).

Ocorre que o uso de substâncias psicoativas pode ser adotado como um mecanismo de fuga para atenuar o estresse, o que pode resultar em dependência química, com padrões de utilização altamente disfuncionais, acarretando em prejuízos biológicos, psicológicos e sociais, o que se considera um dos maiores problemas de saúde pública que afeta, direta ou indiretamente, a qualidade de vida de todo ser humano (BRASIL, 2008).

2.1 Histórico da utilização de substâncias psicoativas

A utilização de plantas medicinais que provocam alterações psíquicas ocorre desde a Antiguidade conforme relatos históricos. Na Idade Média a Igreja Católica começou a condenar o uso de certas plantas, considerando-as “diabólicas” e sua utilização era considerada prática de feitiçaria, mesmo a utilização para fins terapêuticos, que era tratada como heresia. O álcool, presente no vinho, era a única droga permitida naquela época, pois trazia o simbolismo da santa ceia (PRATTA; DOS SANTOS, 2009).

Com os avanços científicos, após surgimento de novas doenças, ao longo dos anos as drogas foram sendo estudadas e sintetizadas em laboratórios, com conhecimentos sistematizados através da ciência moderna. A biologia desenvolveu-se juntamente com a ciência moderna, mudando a atuação e percepção dos médicos a respeito da saúde e das doenças, e tais substâncias passam a ser produzidas e distribuídas para tratamento, chegando ao alcance de cada vez mais pessoas (PRATTA; DOS SANTOS, 2009).

O consumo de drogas sempre ocorreu ao longo dos anos, mas o conceito e a moralidade sobre este comportamento sofreram transformações ao longo da história. A preocupação com a saúde dos usuários é algo recente, com discussões sobre o assunto apenas nos últimos dois séculos, já que antes disso, eles eram considerados como possuídos ou pessoas de mau caráter, ou até mesmo pessoas sem força de vontade para vencer o vício (BRASIL, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) buscou no século passado melhorar o diagnóstico e a classificação de transtornos mentais, por meio de um programa de saúde mental, convocando encontros com representantes de escolas de pensamento em psiquiatria de diferentes países. Dessa forma, houve um estímulo para a pesquisa possibilitando um estabelecimento de critérios de classificação e diagnósticos, com procedimentos mais confiáveis para avaliação de transtornos mentais, servindo de apoio para revisar a Classificação Internacional de Doenças (CID) (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007).

Em 1841 o Brasil construiu o primeiro hospital psiquiátrico e o ensino regular em Psiquiatria aos médicos iniciou-se em 1886. Os Alcoólicos Anônimos (AA)

exerceram grande influência na OMS e na Associação Médica Americana (AMA), constituídos por grupos de ajuda no século XX, influenciados pelo cientista E. M. Jellinek nos EUA, que estudou e divulgou assuntos sobre alcoolismo (SOUZA; MENANDRO; MENADRO, 2015).

No Brasil, o consumo de álcool apresentou crescimento de 70,44% entre as décadas de 1970 e 90, demonstrando que, apesar de não ser um país com alto consumo de bebidas alcóolicas, este hábito vem aumentando rapidamente, e esta prática traz ao país uma série de problemas sociais e de saúde, como acidentes fatais de trânsito, homicídios, afogamentos, crimes (BRASIL, 2008).

2.2 Classificação das Drogas

De acordo com a Organização Mundial de Saúde droga é qualquer substância não produzida pelo organismo com propriedade para atuar sobre um ou mais sistemas, alterando seu funcionamento. Pode ser considerada um medicamento quando produz efeitos benéficos ao ser utilizada para tratamento de doenças, assim como, às vezes a mesma substância, pode ser considerada tóxica ou venenosa em outras situações (BRASIL, 2008).

As drogas, abordadas nesta pesquisa, são utilizadas para alterar o funcionamento cerebral com o objetivo de modificar o estado mental, por isso são denominadas drogas psicotrópicas e são conhecidas como substâncias psicoativas. A Classificação Internacional de Doenças (CID), quando se refere a transtornos mentais de comportamento, possui a classificação CID-10, e inclui a seguinte lista de substâncias que podem provocar dependência:

- álcool;
- opióides (morfina, heroína, codeína, diversas substâncias sintéticas);
- canabinóides (maconha);
- sedativos ou hipnóticos (barbitúricos, benzodiazepínicos);
- cocaína;
- outros estimulantes (como anfetaminas e substâncias relacionadas à cafeína);
- alucinógenos;
- tabaco;
- solventes voláteis (BRASIL, 2008).

Elas podem ser classificadas como lícitas, quando são comercializadas de forma legal (álcool, por exemplo, com venda proibida para menores de 18 anos, e

medicamentos, que podem ser adquiridos com prescrição médica), ou drogas ilícitas, que são proibidas por lei (BRASIL, 2008).

Didaticamente, elas podem ser classificadas conforme suas ações aparentes que provocam no Sistema Nervoso Central, ao serem observadas as alterações que provocam na atividade mental e do comportamento. Neste modelo, as drogas são classificadas como depressoras, estimulantes ou perturbadoras da atividade mental (ALMEIDA; SILVA, 2000).

A seguir, serão descritas, de acordo com esta classificação, as substâncias citadas e seus efeitos para os usuários e como se dá o processo de desenvolvimento da dependência química.

2.3 Drogas Depressoras

Nesta categoria estão incluídas as substâncias que provocam diminuição da atividade global ou de sistemas específicos do Sistema Nervoso Central, desse modo há uma redução da atividade motora, da ansiedade e da reatividade à dor, com efeito comum de euforia no início, mas posteriormente aumento de sonolência (BRASIL, 2008).

2.3.1 Álcool

Os álcoois são compostos orgânicos derivados de hidrocarbonetos, sendo o álcool etílico, ou etanol, o principal ingrediente psicoativo encontrado nas bebidas alcoólicas, e é uma droga depressora do sistema nervoso central, pois causa euforia e desinibição ao ser consumido em pequena quantidade, mas que pode resultar em coma para grandes quantidades consumidas (BERTOLOTE, 2006).

O álcool está presente na história humana como elemento fundamental em rituais religiosos e em momentos de confraternização. Sempre possuiu um simbolismo significativo e faz parte do hábito diário de famílias em todo o mundo, pois serve de alimento e laço de comunhão entre as pessoas (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

Com as transformações econômicas e sociais ao longo da história, principalmente após a revolução industrial, aumentaram as concentrações urbanas de

maneira significativa e as indústrias multiplicaram a produção e a disponibilidade de bebidas, reduzindo os preços, o que levou ao aumento do consumo (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

Conforme o glossário de álcool e drogas da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), o álcool é uma substância sedativa e hipnótica e possui efeito similar aos medicamentos utilizados para tratamento de ansiedade e agitação de pacientes, principalmente com problemas psiquiátricos (barbitúricos). Além disso, pode resultar em intoxicação provocando envenenamento e morte. Seu uso prolongado e excessivo pode resultar em transtornos orgânicos, mentais e dependência (SENAD, 2010).

Por se tratar de uma droga lícita, o álcool pode ser encontrado em uma diversidade de bebidas alcóolicas disponíveis em supermercados, distribuidoras de bebidas, bares, restaurantes, hotéis, casas noturnas. Pelo acesso facilitado a esta droga, a dependência alcóolica é mais recorrente e torna-se um problema para o sistema de saúde, além de provocar violência doméstica, no trânsito e crimes (LARANJEIRA; DUAIBI; PINSKY, 2005).

2.3.1.1 Alcoolismo

Após o crescimento da produção e comercialização do álcool destilado, em razão da revolução industrial, surge o conceito de alcoolismo no século XVIII. O psiquiatra Benjamin Rush citou naquela época a célebre frase: “Beber inicia num ato de liberdade, caminha para o hábito e, finalmente, afunda na necessidade”. Naquele mesmo período, o psiquiatra Thomas Trotter foi o primeiro a referir-se ao alcoolismo como doença quando o usuário apresenta tolerância, abstinência e perda de controle (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

Os psiquiatras Griffith Edwards e Milton Gross propuseram a Síndrome de Dependência do Álcool (SDA), que foi definida como um transtorno que se constitui ao longo da vida e não uma enfermidade estática. Na SDA os sintomas de abstinência são significativos, indicando que o usuário busca ingerir bebidas alcóolicas mais para aliviar os sintomas, desenvolvendo assim o processo de dependência (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

Griffith Edwards e Milton Gross relatam como se dá todo o processo que leva o usuário de álcool a adquirir SDA:

1) Estreitamento do repertório

No início, o usuário bebe com flexibilidade de horários, de quantidade e até de tipo de bebida. Com o tempo, passa a beber com mais frequência, até consumir todos os dias, em quantidades crescentes, ampliando a frequência e deixando de importar-se com a inadequação das situações.

Nos estágios avançados, o indivíduo consome de modo compulsivo e incontrolável para aliviar os sintomas da abstinência, sem importar-se com os danos orgânicos, sociais ou psicológicos. Sua relação com a bebida torna-se rígida e inflexível, no padrão de tudo ou nada.

2) Saliência do comportamento de busca do álcool

Com o estreitamento do repertório do beber, há uma tentativa do indivíduo de priorizar o ato de beber, mesmo em situações inaceitáveis (por exemplo, dirigindo veículos, no trabalho). Em outras palavras, o beber passa a ser o fulcro da vida do usuário, acima de qualquer outro valor, saúde, família e trabalho.

3) Aumento da tolerância ao álcool

Com a evolução da síndrome, há necessidade de doses crescentes de álcool para obter o mesmo efeito conseguido com doses menores, ou a capacidade de realizar atividades apesar de altas concentrações sanguíneas de álcool.

4) Sintomas repetidos de abstinência

Quando há diminuição ou interrupção do consumo de álcool, surgem sinais e sintomas de intensidade variável. No início, eles são leves, intermitentes e pouco incapacitantes, mas, nas fases mais severas da dependência, podem manifestar-se os sintomas mais significativos, como tremor intenso e alucinações.

Os estudos descritivos identificaram três grupos de sintomas:

-físicos: tremores (desde finos de extremidades até generalizados), náuseas, vômitos, sudorese, cefaleia, câibras, tontura.

-afetivos: irritabilidade, ansiedade, fraqueza, inquietação, depressão.

-sensopercepção: pesadelos, ilusões, alucinações (visuais auditivas ou tácteis).

5) Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo aumento da ingestão da bebida

Este é um sintoma importante da SDA, sendo difícil de ser identificado nas fases iniciais. Torna-se mais evidente na progressão do quadro, com o paciente admitindo que bebe pela manhã para sentir-se melhor, uma vez que permaneceu por toda noite sem ingerir derivados etílicos.

6) Percepção subjetiva da necessidade de beber

Há uma pressão psicológica para beber e aliviar os sintomas da abstinência.

7) Reinstalação após a abstinência

Mesmo depois de períodos longos de abstinência, se o paciente tiver uma recaída, rapidamente restabelecerá o padrão antigo de dependência.

Essa sistematização da SDA, proposta por Edwards, teve sua validade clínica comprovada por inúmeros estudos e modificou a compreensão dos problemas relacionados ao álcool pela medicina, influenciando as classificações posteriores (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

Edward e Gross consideram o alcoolismo como uma doença com graduações de gravidade de quadros. Neste raciocínio, pode-se trocar o álcool por qualquer outra droga com potencial de abuso, estabelecendo-se padrões de consumo, conforme o gráfico a seguir:

Figura 1 – Padrões de consumo



Fonte: (BRASIL, 2008).

A avaliação de cada paciente tem por objetivo diagnosticar se há um quadro de dependência ou de uso nocivo, além de pesquisar o padrão de consumo e o nível de gravidade de uso do álcool. Dessa forma, a classificação F10 do CID-10 da SDA foi estabelecida, de acordo com os diversos graus e formas que ela se apresenta, conforme a descrição a seguir:

- F10.0 – Intoxicação aguda
 - F10.1 – Uso nocivo
 - F10.2 – Síndrome de dependência
 - F10.3 – Estado de abstinência
 - F10.4 – Estado de abstinência com delirium
 - F10.5 – Transtorno psicótico
 - F10.6 – Síndrome amnésica
 - F10.7 – Transtorno psicótico residual e de início tardio
 - F10.8 – Outros transtornos mentais e de comportamento
 - F10.9 – Transtorno mental e de comportamento não-especificado
- (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

Verifica-se que a SDA é um transtorno psiquiátrico com quadro clínico com critérios diagnósticos claros, mas que ainda é um desafio para a saúde pública pela dificuldade de tratamento e, principalmente, pela dificuldade de identificação dos casos iniciais ou até mesmo dos quadros mais avançados. O diagnóstico e o tratamento precoce são ideais para interromper o curso desta enfermidade que avança lentamente e consegue devastar uma vida (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

No ano de 2013, a Associação Americana de Psiquiatria publicou a 5ª edição

do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5*), no qual o transtorno do uso de álcool foi classificado como leve, moderado e grave, criando-se também o termo fissura pelo consumo de álcool.

2.3.2 Barbitúricos

Substâncias sintetizadas artificialmente, com efeitos semelhantes ao álcool e tranquilizantes, destinados para o tratamento de insônia, causando diminuição de capacidade de raciocínio e concentração, sensação de calma, sonolência e relaxamento, tornando os reflexos mais lentos. Em doses maiores, os sintomas são similares à embriaguez, ou seja, dificuldade de marcha, fala pastosa, lentidão de movimentos (BRASIL, 2008).

As doses tóxicas podem provocar aumento de sonolência, descoordenação motora, coma ou até mesmo morte por parada respiratória. Caso essas drogas sejam utilizadas com frequência, podem causar tolerância e síndrome de abstinência ao serem retiradas, com aumento da agressividade, ansiedade, insônia ou convulsões. Clinicamente, são utilizadas para indução anestésica (tiopental) e anticonvulsivantes (fenobarbital) (DE SOUZA *et al.*, 2019).

2.3.3 Benzodiazepínicos

Substâncias utilizadas na medicina por possuírem efeitos similares aos barbitúricos, mas que oferecem maior segurança, já que para serem considerados tóxicas a dose utilizada precisa ser muitas vezes maior que a dose medicinal, prescrita em tratamento médico. Podem potencializar as ações do ácido gama-amino-butírico (substância química produzida pelos neurônios), neurotransmissor inibitório do Sistema Nervoso Central (BRASIL, 2008).

Caso sejam utilizados com outras drogas depressoras da atividade mental, como por exemplo, o álcool e barbitúricos, podem ocasionar intoxicações, com quadro de sintomas muito semelhante ao citado para os barbitúricos. Podem ser encontrados na farmácia nos seguintes medicamentos: lexotan, clonazepam, flunitrazepam, midazolam, bromazepam, lorazepam, diazepam (ORLANDI; NOTO, 2005).

2.3.4 Opióides

São consideradas “drogas naturais”, pois são derivadas da papoula do oriente, mas podem ser encontradas na forma sintética e semissintética por terem sido obtidas por meio de modificações químicas em produtos naturais. Neste grupo, as drogas mais populares são a heroína, a codeína e a morfina, podendo incluir também a metadona e meperidina que são sintetizadas totalmente em laboratório (BRASIL, 2008).

Essas drogas depressoras atuam imitando os efeitos de substâncias que são produzidas naturalmente pelo organismo, como, por exemplo, a encefalina e a endorfina, provocando contração pupilar, efeito sedativo com prejuízo na capacidade de concentração, sonolência e diminuição da motilidade do trato gastrointestinal. Podem deprimir de maneira significativa o centro respiratório, induzindo a uma respiração lenta e superficial, podendo causar parada respiratória e morte (KRAYCHETE *et al.*, 2014).

A abstinência de opióides causa náuseas, cólicas intestinais, lacrimejamento, vômitos, corrimento nasal, câimbra, diarreia e arrepios. Medicamentos com opióides são utilizados no controle de tosse, como analgésico potente e em casos de diarreia (BRASIL, 2008).

2.3.5 Solventes ou inalantes

Esse tipo de droga depressora pode ser utilizado por inalação e alguns exemplos são o tolueno, o acetato de etila, o xilol, o triclorotileno, o n-hexano, a cola de sapateiro, o éter etílico e o clorofórmio. A mistura destes dois últimos é conhecida como “loló”, “lança-perfume” ou “cheirinho” (PEDROZO; SIQUEIRA, 1989).

Essas substâncias podem ser inaladas involuntariamente por trabalhadores, por isso a necessidade de utilização de equipamentos de proteção respiratória para quem as manipula profissionalmente. Estas drogas possuem efeito com início rápido, mas com curta duração, levando o usuário a inalar repetidas vezes, o que pode levar a consequências graves. (PEDROZO; SIQUEIRA, 1989).

A princípio, ao inalar essas substâncias, o usuário tem uma sensação de euforia

e diminui a inibição, a seguir ocorre a depressão do Sistema Nervoso Central, confusão e desorientação, podendo ocorrer também alucinações visuais e auditivas. A depressão aumenta, reduzindo o estado de alerta, com descoordenação motora e ocular, e sintomas semelhantes à embriaguez. Na última fase de seus efeitos há uma depressão tardia, pode ocorrer inconsciência, convulsões, coma e morte (BRASIL, 2008).

2.4 Drogas estimulantes

As drogas deste grupo são aquelas que aumentam a atividade de sistemas neuronais, provocando estado de alerta exagerado, aceleração dos processos psíquicos e insônia. A seguir serão mencionadas algumas drogas mais comuns com esses efeitos característicos.

2.4.1 Anfetaminas

As anfetaminas são drogas sintéticas e possuem esse nome por pertencerem a um grupo de drogas com efeitos similares à anfetamina, como por exemplo, o fenproporex, a dietilpropiona, a metanfetamina, o manzidol, o metilfenidato. Como efeito principal, essas drogas aumentam a liberação e prologam a atuação de neurotransmissores utilizados pelo cérebro, que são a noradrenalina e a dopamina (DE OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Sua utilização provoca rapidez na fala, elevação da pressão arterial, taquicardia, dilatação da pupila, menos fadiga e sensação de mais energia (mesmo após a realização de excessivo esforço), falta de sono e de apetite. Ao utilizar doses tóxicas, o usuário enfrenta todos os efeitos de modo acentuado, podendo ficar mais irritado e agressivo, muitas vezes com delírios de estar sendo perseguido, alucinações e convulsões (BRASIL, 2008).

Estudos indicam que seu consumo induz tolerância, de modo que a abstinência pode resultar em sintomas depressivos como desânimo, falta de energia, e perda de motivação (DE OLIVEIRA *et al.*, 2015).

2.4.2 Cocaína

A cocaína é uma droga extraída da coca (*Erythroxylon coca*), uma planta encontrada na América do Sul. Ela é consumida como cloridrato de cocaína (em pó) e pode ser aspirada ou dissolvida em água para ser injetada. Há também o *crack*, na forma de base que pode ser fumada, além da *merla*, pasta de coca, que é menos purificada, mas pode ser fumada (FERREIRA *et al.*, 2018).

A cocaína atua no sistema nervoso central de modo similar às anfetaminas, porém consegue atuar na serotonina, além da dopamina e da noradrenalina. Após o consumo, o usuário dessa droga sente seus efeitos rapidamente e com breve duração, sendo mais intenso quando é usado o *crack* ou se a droga é injetada na corrente sanguínea (BRASIL, 2008).

O uso de cocaína pode provocar estado de excitação, sensação de poder e euforia, hiperatividade, falta de apetite, perda da sensação de cansaço. O uso do *crack* pode desenvolver dependência rapidamente, mesmo consumindo em poucas semanas. Para doses maiores, o usuário pode apresentar irritabilidade, delírios, alucinações, às vezes um estado psicótico, denominado de psicose cocaínica, levando à morte caso se prolonguem os sintomas (FERREIRA *et al.*, 2018).

Dilatação pupilar, taquicardia e elevação de pressão arterial são outros sintomas para o uso de cocaína em doses altas, podendo evoluir para uma parada cardíaca por fibrilação ventricular, e morte (BRASIL, 2008).

2.5 Drogas perturbadoras

Trata-se de um grupo de drogas com efeito preponderante de provocar fenômenos psíquicos anormais, ou seja, alucinações e delírios, por isso essas drogas podem ser chamadas de alucinógenos. Essas drogas provocam distorções do funcionamento cerebral, resultando alterações psíquicas ou depressão da atividade cerebral (BRASIL, 2008).

Substâncias alucinógenas podem ser obtidas de algumas plantas, por exemplo, a jurema (*Mimosa hostilis*) e alguns cogumelos, além de outras plantas que são utilizadas em chás e bebidas (BRASIL, 2008).

Outra substância alucinógena muito comum é a Dietilamida do Ácido Licérgico (LSD) que é sintetizada artificialmente e possui ação psicotrópica muito potente com efeitos prolongados, com 4 a 12 horas de duração. Entre seus efeitos, destacam-se as distorções de percepção de cores e formas, a fusão de sentidos (som adquire cor ou forma, por exemplo), a redução da capacidade de percepção de tempo e espaço, alucinações auditivas e visuais variando entre sensações agradáveis ou capazes de amedrontar, e os estados de exaltação (BRASIL, 2008).

2.5.1 Maconha

A planta *Cannabis sativa* recebe o nome de Maconha no Brasil, e suas folhas secas podem ser ingeridas ou fumadas. A pasta, obtida submetendo as inflorescências da planta a uma grande pressão, é chamada de haxixe, possuindo alta concentração de tetrahydrocannabinol, substância responsável pelas alucinações (CRIPPA *et al.*, 2005).

Os efeitos da maconha podem proporcionar ao usuário a sensação de calma, relaxamento e bem-estar, com diminuição da fadiga, mas também podem provocar angústia, ansiedade, medo de não conseguir se controlar, sudorese e tremores, com percepção comprometida de espaço e tempo e redução de atenção e memória. Para doses maiores o psiquismo pode sofrer perturbações acompanhadas de alucinações e delírios (BRASIL, 2008).

Quando há o uso contínuo começa-se a ter uma redução na capacidade de memorização e aprendizado, podendo deixar o usuário sem vontade de realizar suas tarefas diárias, pois tem a sensação de que tudo perdeu a importância e ficou sem graça (BRASIL, 2008).

Fisicamente podem ser notados no usuário alguns sinais tais como olhos avermelhados, taquicardia, boca seca, problemas respiratórios, redução de produção de testosterona, podendo provocar infertilidade (CRIPPA *et al.*, 2005).

2.5.2 Ecstasy

O 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA, êxtase) é um alucinógeno

relacionada quimicamente às anfetaminas com propriedades estimulantes e é muito utilizado por jovens em boates e danceterias. Esta droga aumenta a sensação de sede e estimula a hiperatividade, com suspeitas de toxicidade para um grupo de neurônios responsáveis pela produção de serotonina (XAVIER *et al.*, 2008).

Mortes entre usuários desta droga já foram relatadas em razão de um aumento da temperatura corporal (hipertermia maligna) (BRASIL, 2008).

2.5.3 Anticolinérgicos

Os Anticolinérgicos são substâncias que podem ser encontradas em plantas, assim como também podem ser sintetizadas em laboratório, e atua bloqueando a acetilcolina, neurotransmissor do sistema nervoso periférico e central. Essas substâncias causam delírios e alucinações e, em casos de intoxicação, o usuário costuma ter visões de animais e pessoas ou se sentem perseguidos (MOTA *et al.*, 2010).

Provocam efeitos intensos, com duração de até três dias. Dentre eles, pode-se citar a dificuldade para urinar, boca seca, dilatação da pupila, aumento da frequência cardíaca e diminuição da motilidade intestinal. Para altas doses, podem provocar aumento de temperatura corporal com possibilidades de convulsões, pele seca e quente e congestão sanguínea no pescoço ou no rosto (BRASIL, 2008).

As drogas deste grupo podem ser encontradas em espécies de plantas, como na espécie zabumba, trombeteira ou saia-branca, ou seja, do gênero *Datura*. Este gênero de plantas produzem a atropina e escopolamina. Em medicamentos, os anticolinérgicos podem ser encontrados na diciclomina, no biperideno e no trihexafenidil (MOTA *et al.*, 2010).

2.6 Outras drogas

Algumas drogas, que são muito utilizadas na sociedade e que podem ser encontradas facilmente no cotidiano, são responsáveis por malefícios para a saúde, podendo causar dependência química nos usuários e causam problemas no sistema de saúde pública. Dentre essas drogas, as mais conhecidas são o tabaco, a cafeína

e os esteroides anabolizantes (BRASIL, 2008).

2.7 Consumo de drogas

O abuso de drogas é o padrão de uso que aumenta o risco de consequências prejudiciais ao usuário. A Classificação Internacional de Doenças (CID) utiliza o termo “uso nocivo”, que representa a falta de controle do uso de alguma droga, sendo que o uso de modo contínuo é o sintoma característico da dependência química (SILVEIRA, 2017).

O uso habitual de alguma droga pode ser motivado pela busca de alívio de tensões, ansiedades, medos ou sensações físicas desagradáveis, mas o usuário pode não conseguir controlar o consumo, e pode passar a consumir de forma compulsiva (SILVEIRA, 2017).

Cerca de 90% dos dependentes químicos apresentam outro transtorno mental associado ao diagnóstico de dependência, como, por exemplo, depressão, quadros do espectro bipolar, transtornos de ansiedade, transtornos cognitivos, transtornos de personalidade e psicoses, problemas comuns entre agentes da segurança pública em razão do alto nível de estresse da profissão (DE OLIVEIRA; DOS SANTOS, 2010).

2.8 Atenção e tratamento

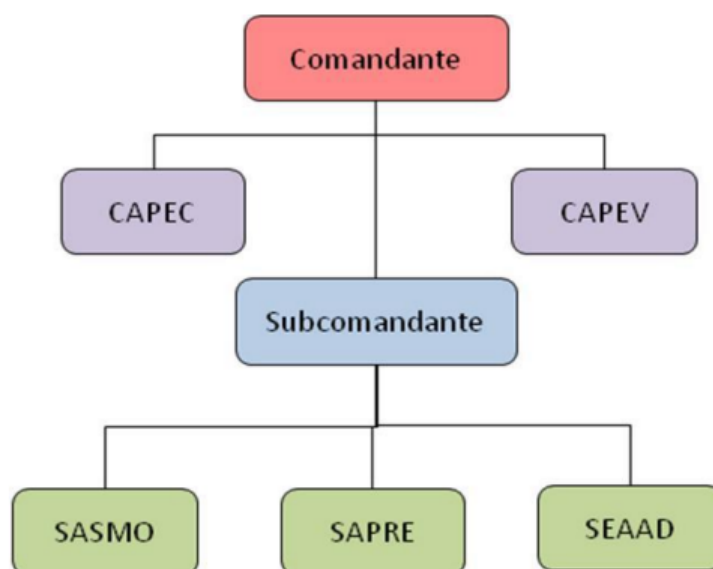
Conforme diretrizes nacionais e internacionais, a Atenção Primária à Saúde (APS) deve adotar estratégias permanentes de Triagem e Intervenção Breve (TIB). Os casos de dependência química de comprometimento mais severo devem ser encaminhados a centros de especialidade, que proponham estratégias estruturadas de assistência e sistemas de acompanhamento contínuo. Dependendo do caso, há o recurso da internação para desintoxicação e medicações que minimizem a compulsão e os sintomas de síndrome de abstinência (SOUZA; MENANDRO; MENADRO, 2015).

Foram criados no Brasil os Centros de Atenção Psicossocial – álcool e drogas (CAPS-ad) para o tratamento de dependentes químicos com estratégias no paradigma de redução de danos (BRASIL, 2008).

2.8.1 Centro de Assistência Bombeiro Militar do CBMDF

No CBMDF, subordinada à Diretoria de Saúde (DISAU), o CEABM foi criado com o propósito de oferecer aos bombeiros militares e seus dependentes uma assistência social, com a seguinte estrutura:

Figura 2– Organograma do CEABM



Fonte: CBMDF, 2020-1

O CEABM foi criado conforme o Decreto nº 31.817, de 21 de junho de 2010:

Seção XIV DO CENTRO DE ASSISTÊNCIA BOMBEIRO MILITAR

Art. 18. Compete ao Centro de Assistência Bombeiro Militar do CBMDF, órgão incumbido do assessoramento aos usuários do Sistema de Saúde da Corporação no atendimento às contingências sociais e às necessidades básicas, com vistas à garantia dos mínimos sociais, além do previsto no artigo 4º deste decreto:

I – planejar, coordenar, controlar, fiscalizar e executar atividades que busquem o bem-estar físico, mental, espiritual e social do pessoal, por intermédio da prestação de serviços assistenciais;

II – auxiliar na fixação da política de assistência no âmbito da Corporação;

III – assegurar um serviço assistencial abrangente, com prioridade de atenção ao idoso, à pessoa portadora de deficiência, bem como àquelas em situação de risco pessoal e social;

IV – desenvolver, executar e controlar programas e projetos para:

a) atender às necessidades habitacionais do pessoal;

b) educação e prevenção na área de saúde, destinadas à família bombeiro militar;

c) preparação para a inatividade dos bombeiros militares.

V – desenvolver ações em articulação com as políticas públicas para assegurar aos usuários o acesso a benefícios, serviços, programas, projetos e direitos usufruídos pelos demais segmentos da população;

VI – subsidiar iniciativas que garantam aos grupos em situação de risco pessoal e social, meios para melhoria das condições gerais de subsistência,

elevação da qualidade de vida, preservação do meio ambiente e sua organização social.

VII – identificar, diagnosticar e eliminar ou minimizar as causas ou focos de desajustes psicológicos, sociais e conjugais bem como do alcoolismo;

VIII – proporcionar assistência religiosa e espiritual ao pessoal da Corporação e respectivas famílias, bem como, complementar a educação moral e cívica da tropa (BRASIL, 2010).

O artigo 362 do Regimento Interno do CBMDF, publicado no Suplemento do Boletim Geral 223, de 1º de dezembro de 2020, traz a seguinte redação:

Art. 362. Ao Centro de Assistência Bombeiro Militar, além das atribuições constantes no art. 232, compete:

(...)

VIII - identificar, diagnosticar, eliminar ou minimizar as causas ou focos de desajustes psicológicos, sociais, conjugais e de dependência química (CBMDF, 2020-2).

Percebe-se que o CEABM buscou editar o rol de competências orgânicas, modificando também o inciso VII, evidenciando que a assistência não se resume ao problema de alcoolismo, mas também ao uso de outros tipos de drogas, de modo que o termo dependência química passou a ser utilizado na redação no inciso VIII do artigo 362.

Além disso, o Regimento Interno do CBMDF detalha as competências das Seções do CEABM, e declara, em seu artigo 363 inciso V, que compete à Seção de Assistência à Saúde Mental e Ocupacional (SASMO) identificar, diagnosticar, eliminar ou minimizar as causas ou focos de desajustes psicológicos, sociais, conjugais e de dependência química.

No artigo 366, inciso III, deste Regimento, verifica-se que compete às Capelarias do CBMDF colaborar para identificar, diagnosticar, eliminar ou minimizar as causas ou focos de desajustes psicológicos, sociais, conjugais e de dependência química (CBMDF, 2020-2).

2.8.2 Ações de atenção à dependência química do CBMDF

O CEABM possui atualmente um programa de atenção à dependência química com o objetivo de estabelecer no CBMDF um serviço de referência para atuação em prevenção primária ao uso abusivo de álcool e outras drogas, além de acolher, orientar e encaminhar adequadamente os bombeiros militares acometidos pelo transtorno.

Neste sentido, o CEABM, através da SASMO, busca ampliar a rede de cuidados em saúde mental em consonância com as políticas públicas de saúde mental, como descrito na Lei Federal nº 10.216/2001 que determina a utilização de meios menos invasivos possíveis para a realização do tratamento em saúde mental.

Para que isto seja possível, as ações de prevenção e intervenção realizadas pelo CEABM atendem ao dispositivo legal no sentido de minimizar os agravos à saúde dos militares do CBMDF e seus familiares, possibilitando maiores chances de recuperação e a diminuição dos custos com o serviço de saúde.

O artigo 2º da Lei Federal nº 10.216/2001 traz os seguintes direitos para o paciente e seus familiares:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001).

Todos esses direitos previstos em lei são obedecidos pelo programa de atenção à dependência química do CEABM, e, considerando também as diretrizes previstas na Lei Federal nº 11.343/2006, que trata sobre o cuidado através da prevenção, o programa busca orientar e sensibilizar gestores e chefias imediatas do CBMDF, através de palestras e oficinas de sensibilização.

Além disso, o programa busca acolher os bombeiros militares, realizar avaliações individualizadas e oferecer suporte e encaminhamento para a rede credenciada ou para Centros tais como os CAPS-ad. O CEABM também supervisiona toda a rede credenciada e acompanha o tratamento dos militares internados.

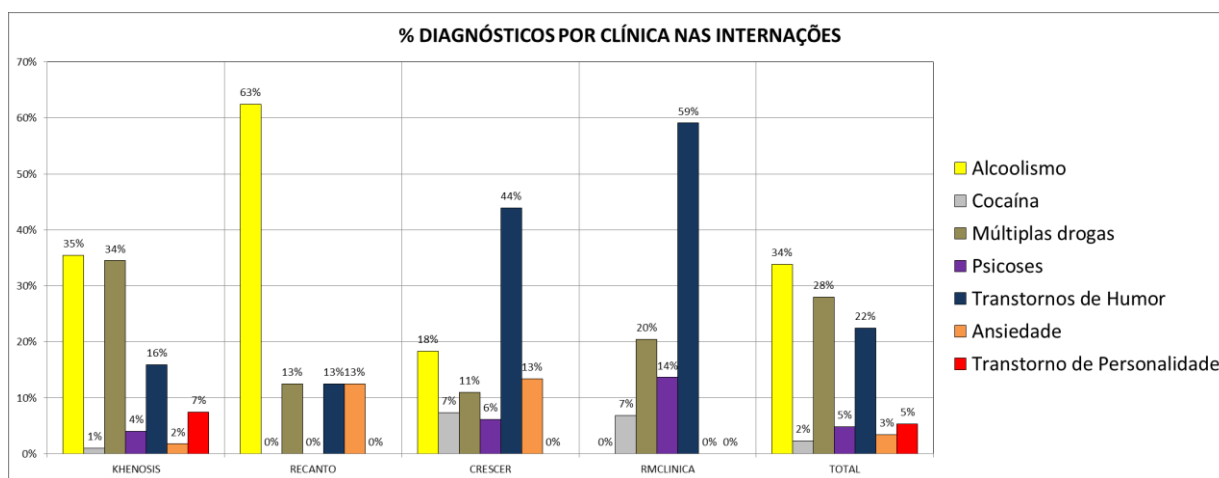
As ações de atenção à dependência química possuem como Atenção Primária as ações educativas para sensibilização dos militares do CBMDF a respeito do uso nocivo de drogas, buscando a promoção de hábitos saudáveis. Já na Atenção Secundária e Terciária há a assistência direta ao paciente, com identificação, acolhimento, avaliação interdisciplinar, encaminhamento e acompanhamento.

Há a captação de militares identificados em exames de rotina realizados em militares do CBMDF (bienal) para assistirem à palestra Psicoeducação – Alcoolismo, com o objetivo de melhorar a percepção sobre o alcoolismo e a identificação de sinais de alerta no local de trabalho para uma intervenção adequada. Esta ação busca também uma intervenção precoce de modo a prevenir a progressão do adoecimento, e o reconhecimento dos recursos oferecidos pelo CEABM para o cuidado aos militares dependentes químicos (FARIA, 2020).

2.8.3 Custos das internações para tratamento de dependência química

A SASMO contabilizou entre o mês de maio de 2019 e o mês de julho de 2020 um total de 565 internações, sendo possível realizar uma análise do perfil epidemiológico dos militares, conforme o gráfico a seguir:

Figura 3 – Percentual de diagnósticos por clínica nas internações



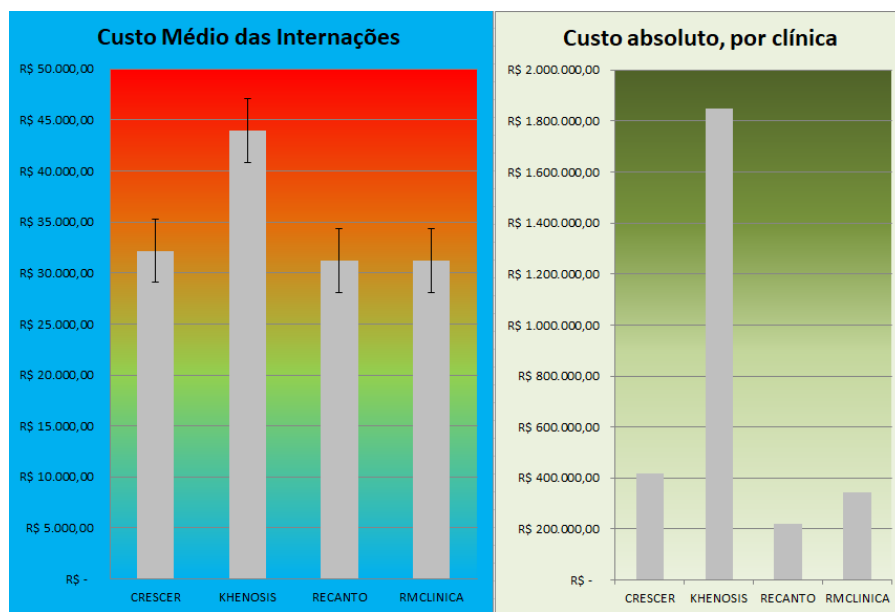
Fonte: SASMO/CEABM

Verifica-se que, no total de internações realizadas pelas clínicas credenciadas à Diretoria de Saúde do CBMDF para tratamento de saúde mental, 34% das internações são em decorrência do alcoolismo e 28% por múltiplas drogas, com 2%

pelo uso de cocaína, totalizando 64% de internações por motivo de dependência química.

Os custos dessas internações podem ser verificados nos gráficos a seguir:

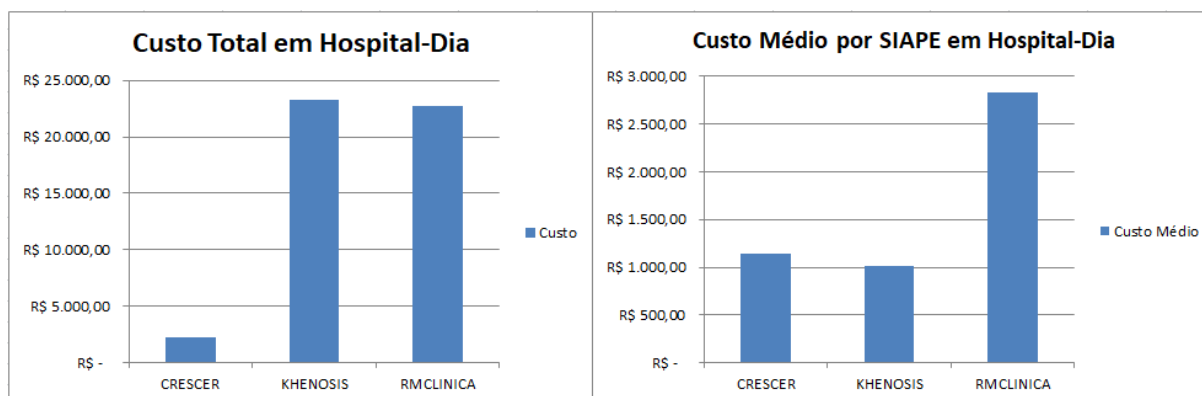
Figura 4 – Custo Médio e Absoluto das internações



Fonte: SASMO/CEABM

Em 14 meses o CBMDF arcou com o custo absoluto de mais de 2,7 milhões de reais relacionado aos pagamentos para clínicas nos casos de internação. Como a maior parte dessas internações relaciona-se ao quadro de dependência química, infere-se que é o principal motivo para o surgimento desta despesa.

Essa expressiva soma de recursos utilizados para pagamento de internações deve-se aos custos diários cobrados pelas clínicas, conforme pode ser verificado no gráfico a seguir:

Figura 5 – Custo Total e Médio em Hospital-Dia

Fonte: SASMO/CEABM

Dessa forma, ações de prevenção para casos de dependência química podem ajudar a reduzir gastos com o sistema de saúde do CBMDF, tendo em vista que são responsáveis por 64% das internações e que poderiam ser evitadas com um tratamento precoce (BRASIL, 2008).

2.9 O comando e chefia do GBM

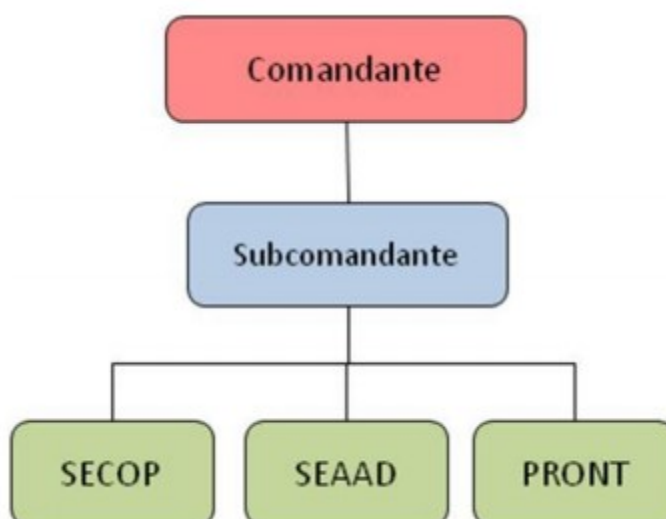
De acordo com a Lei nº 8.255, de 20 de novembro de 1991, que dispõe sobre sua organização básica, o CBMDF é uma instituição organizada com base na hierarquia e na disciplina, em conformidade com as disposições contidas no Estatuto dos Bombeiros Militares da Corporação (BRASIL, 1991).

Em sua estrutura militar, a corporação possui comandantes que exercem, conforme o Regimento Interno, artigo 2º, funções que correspondem à soma de autoridade, deveres e responsabilidades de que o bombeiro militar é investido legalmente quando conduz pessoas ou dirige uma Organização do CBMDF. O Regimento Interno discorre ainda sobre demais funções de assessoramento, assistência e auxílio (CBMDF, 2020-2).

O Comando Operacional do CBMDF possui na sua estrutura organizacional, subordinados ao Subcomando Operacional, os Grupamentos de Bombeiro Militar (GBM) que são denominados no Plano de Emprego Operacional do CBMDF como Grupamentos Multiemprego por serem responsáveis pelos diversos tipos de atendimentos do CBMDF na Região Administrativa em que se encontra (CBMDF, 2020-3).

Atualmente o CBMDF possui 25 Grupamentos de Bombeiro Militar (GBM) ativados, e seus militares são empregados para a missão fim do CBMDF, pois atuam prestando o socorro para a sociedade de sua Região Administrativa. Em cada GBM há um Comandante, um Subcomandante e em cada ala de serviço há um Dia à Prontidão (4 alas de serviço, ou seja, 4 Dias à Prontidão em cada GBM), conforme organograma a seguir (CBMDF, 2020-1; CBMDF, 2020-3).

Figura 6 – Organograma do GBM



Fonte: CBMDF, 2020-1

A função de Comandante e Subcomandante de GBM é de competência do Oficial Combatente, que ingressou no CBMDF por meio do Curso de Formação de Oficiais (CFO). O Dia à Prontidão, que exerce função de chefia na ala de serviço que ocupa, é o cargo ocupado pelo militar QBMG-1 mais antigo dentre as Praças de cada ala de serviço do GBM (CBMDF, 2020-3).

2.9.1 O processo de formação e capacitação do comando e chefia do CBMDF

O CBMDF busca formar e preparar os comandantes e chefes por meio de cursos de formação e aperfeiçoamento. No currículo do Curso de Formação de Oficiais (CFO), por exemplo, há o seguinte entendimento:

Para que o futuro Oficial possa trabalhar nessa linha, é necessário que compreenda e aprenda como lidar com as pessoas mediando conflitos, negociando e agindo com inteligência emocional. Hamel (2000, p.250) afirma que “Precisamos não de uma economia de mãos e cérebro, mas de uma economia de corações. Todo empregado deve saber que está contribuindo

para algo que de fato fará uma diferença genuína e positiva.” Considerando isso, o Cadete como, futuro gestor, deve estar comprometido com a missão do Bombeiro – Vidas alheias e riquezas salvar – e liderar sua(s) equipe(s) (CBMDF, 2017-1).

O currículo cita ainda que para os Oficiais que serão formados pela ABMIL, foram estabelecidos os seguintes parâmetros atitudinais:

Empatia – Habilidade para perceber o estado emocional (pensamentos e sentimentos) da outra pessoa, sem que ela necessariamente o diga, bem como compreender as razões que a levam a se comportar de determinado modo. Pode ser através da observação de comportamentos não-verbais, como expressões faciais, tons de voz e postura corporal.

(...)

Inteligência emocional – Consiste na capacidade de o indivíduo perceber, nomear, administrar e compreender a emoção em si e nos outros para utilizá-la de forma a favorecer sua adaptação no meio em que vive.

(...)

Liderança – Qualquer processo envolvido em liderar os outros, tais como: “organizar, direcionar, coordenar e motivar seus esforços para a realização de certos objetivos do grupo ou da organização” (CBMDF, 2017-1).

Por este motivo, há a disciplina “Comando, Chefia e Liderança” que é ministrada no 3º semestre do CFO. Neste sentido, o oficial combatente, que exercerá função de comando, prepara-se para liderar desde a formação. Há uma predisposição do comandante em tomar iniciativa e este pode exercitar a empatia para problemas de dependência química entre seus militares comandados, porém, há também a possibilidade de ser observada falta de preparo técnico para abordar o problema de maneira orientada, para ter o primeiro contato com o militar com dependência química e dar a melhor orientação técnica e o melhor encaminhamento para o problema.

Além da disciplina de “Comando, Chefia e Liderança”, está presente no currículo do CFO a disciplina “Psicologia Organizacional”, com o objetivo de proporcionar aos Cadetes o estudo das orientações teóricas e práticas da Psicologia Organizacional, de forma a favorecer o aperfeiçoamento pessoal e profissional, e buscar a compreensão de fenômenos psicológicos no âmbito do CBMDF (CBMDF, 2017-1).

A disciplina “Psicologia Organizacional” possui a seguinte ementa:

- Noções básicas sobre Psicologia Organizacional;
- Introdução ao conceito de Personalidade e da sua influência no ambiente de trabalho;
- Comportamento organizacional;
- **Saúde mental, psicopatologia e a questão psicológica no trabalho;**
- Qualidade de Vida no Trabalho (QVT);

- Constructos inerentes ao ambiente organizacional: Comunicação; Conflitos; Motivação, comprometimento e engajamento; Potencial e desempenho; Poder organizacional; Cultura e clima organizacional; Equipes de trabalho; Desenvolvimento de pessoas; Gestão da mudança. (grifo nosso) (CBMDF, 2017-1).

Além disso, espera-se que este curso ofereça aos Cadetes a aquisição das seguintes competências:

- Compreender as teorias da Psicologia Organizacional;
- Identificar os modelos e técnicas de motivação, comunicação, estimulando a visão crítica sobre a importância dos aspectos relativos ao nível socioemocional da eficiência, eficácia e afetividade organizacional;
- Compreender a formação da personalidade e suas relações com o ambiente social do trabalho;
- Refletir sobre os problemas típicos do comportamento humano e sua repercussão no ambiente de trabalho, através das diferentes abordagens teóricas;
- Ampliar a compreensão do comportamento humano dentro de uma perspectiva conceitual e humana;
- Adaptar e aplicar as teorias da Psicologia Organizacional para o ambiente CBMDF;
- Identificar a natureza do comportamento humano dentro do CBMDF;
- Preparar e executar avaliações de desempenho;
- Buscar métodos que garantam a implantação e a manutenção de ações de Qualidade de Vida no Trabalho;
- **Identificar os indícios de adoecimento mental no ambiente trabalho;**
- Investigar as formas de integração do indivíduo na organização social;
- Identificar a formação da personalidade e suas relações com o ambiente social do trabalho;
- Explicar os problemas típicos do comportamento humano e sua repercussão no ambiente de trabalho;
- **Implantar ações que promovam a prevenção do adoecimento dos trabalhadores no ambiente de trabalho;**
- Definir estratégias de monitoramento do clima organizacional na sua OBM;
- Implantar ações para controlar a produtividade dos trabalhadores e a qualidade do produto de entrega;
- Promover as mudanças necessárias ao ambiente de trabalho de forma a alcançar os objetivos propostos. (CBMDF, 2017-1).

Dessa forma, há a preocupação institucional de que os futuros comandantes e chefes da Corporação tenham a percepção de indícios de adoecimento mental dos militares de seu ambiente de trabalho, além de ter conhecimento de quais ações devem ser implantadas para promover a prevenção deste adoecimento.

Além dos oficiais, as praças mais graduadas assumem funções de comandantes de guarnições e chefias de alas de serviço. Tais funções demandam conhecimentos de estratégias de Chefia e Liderança que podem ser obtidos em cursos ao longo de suas carreiras militares.

O Projeto Pedagógico do Curso de Aperfeiçoamento de Praças Bombeiro Militar - PPC/CAP, que habilita o Terceiro Sargento Bombeiro para atuação nas áreas fim e meio da corporação de maneira técnico profissional e na doutrina militar, de modo a desempenhar as funções e atribuições que lhe cabe até a graduação de Primeiro Sargento Bombeiro Militar, traz em sua malha curricular a disciplina Chefia e Liderança, com carga horária de 8 horas-aula (CBMDF, 2020-4).

A disciplina de Chefia e Liderança, ministrada no CAP, tem como objetivo levar o militar a identificar e inferir princípios básicos de liderança no cumprimento das missões institucionais, responder às demandas institucionais e mobilizar recursos humanos, influenciar, motivar e fazer cumprir missões institucionais (CBMDF, 2020-4).

Outro curso que o CBMDF oferta para os militares é o Curso de Altos Estudos para Praça Bombeiro Militar (CAEP/BM) com o objetivo de manutenção da qualidade do atendimento prestado à população do Distrito Federal, habilitando os concludentes ao exercício das atribuições relativas à graduação de Subtenente Bombeiro Militar dos quadros de Praças do CBMDF (CBMDF, 2017-2).

A preparação para as funções peculiares à graduação de Subtenente Bombeiro Militar atende ao estabelecido pela Lei 12.086, de 6 de novembro de 2009 e projeta um perfil para o concludente do CAEP, como pode ser verificado a seguir:

- a) Competente para as funções de Subtenente de acordo com a legislação em vigor;
- b) Atualizado nas técnicas e táticas operacionais;
- c) Aplicado à disciplina militar e de sua capacidade de relacionamento com indivíduos e grupos sociais;
- d) Competente em aspectos morais, éticos, comportamentais, psicológicos necessários ao desempenho das atividades do Subtenente BM, inclusive, considerando ações em chefias e liderança;
- e) Compreendendo o Direito Penal e os outros aspectos jurídicos da legislação militar em sua nova realidade como Subtenente da Corporação;
- f) Capaz de contextualizar os procedimentos administrativos adotados no CBMDF e de compreender que o mundo a sua volta mudou e por isso é necessário apropriar-se dessas mudanças a fim de tornar-se um profissional mais completo e melhor, considerando a dimensão humana (BRASIL, 2009).

O Projeto Pedagógico do CAEP prevê no conteúdo programático da Unidade III aulas sobre as atribuições dos Subtenentes do Dia à Prontidão, previstas no Regulamento Interno e de Serviços Gerais e nas Normas Operacionais (CBMDF, 2017-2).

Não foi verificado, no entanto, uma instrução específica para assuntos de chefia e liderança, ficando implícito, portanto, que estes assuntos serão abordados na Unidade III. A respeito do tema de dependência química, não foi encontrado especificamente este assunto nos projetos pedagógicos e currículos dos cursos que formam chefes e comandantes da corporação.

2.9.2 A percepção e atitude do comando e chefia

Nos Grupamentos de Bombeiro Militar, os militares que coordenam o serviço são os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão das alas de serviço. Estes militares exercem função de chefia e comando em seus níveis de responsabilidade no GBM, buscando sempre posição de liderança para influenciar a sua tropa no caminho da retidão e do empenho na execução do serviço prestado à sociedade (CBMDF, 2020-3).

A liderança é a atividade de influenciar pessoas a cooperar na consecução de objetivos que considerem por si mesmo desejáveis. Neste sentido, estes comandantes e chefes militares precisam de constante preparo para buscar aperfeiçoar a liderança no seu trabalho, se colocando em posição de destaque, à frente de sua tropa para guiá-la, mostrar o caminho, dirigir ações para alcançar metas e cumprir o dever, preocupando-se com o bem-estar de todos (CAMPOS, 1989).

Campos (1989) afirma ainda que o líder possui comprometimento, se identifica com sua equipe, sente orgulho de pertencer à instituição e tem desejo de permanecer, identificando-se, portanto, com os objetivos e valores da corporação. Dessa forma, o líder comprometido com sua tropa participa ativamente nas missões e se envolve com os problemas do grupamento e de seus subordinados, principalmente daqueles que interferem na boa gestão do serviço e prejudicam o relacionamento interpessoal, como ocorre em casos de dependência química de algum militar sob seu comando.

Os comandantes e chefes são importantes na estrutura organizacional por poderem identificar alguns sinais de alerta que podem estar ligados à dependência química de militares que trabalham no GBM:

- Ausências durante o trabalho: os empregados geralmente costumam a se atrasar frequentemente após o almoço ou sair de seus postos de trabalho para ir ao banheiro, bebedouro, estacionamento, associações e etc.;
- Absenteísmo: podem ocorrer também faltas não autorizadas, licenças excessivas por doenças, faltas com ou sem comprovação médica e usualmente nas segundas ou sextas-feiras ou dias que antecedem ou sucedem feriados, faltas sucessivas por doenças vagas como resfriados, gripes, enxaquecas e etc.;
- Acidentes de trabalho: o mau uso dos equipamentos de proteção individual e os acidentes leves ou não relatados durante o trabalho e até fora do trabalho, podem ser sinais de alerta;
- Queda de produtividade: atrasos na execução de tarefas ou no atendimento dos compromissos, tarefas que levam mais tempo para serem cumpridas, desculpas ou dificuldades para reconhecer erros, dificuldades com tarefas um pouco mais complexas, descuidos e desperdícios de materiais, matéria-prima ou equipamentos;
- Relacionamento interpessoal: alternâncias no comportamento com colegas, reação exagerada a críticas ou sugestões, empréstimo de dinheiro e endividamento, discussões desnecessárias e irrelevantes;
- Hábitos pessoais: mudanças nos hábitos cotidianos como descuido com a higiene e aparência pessoal, apresentar-se bêbado ou cheirando a álcool logo pela manhã, mudança de comportamento ou confuso após o almoço. Uma vez identificados estes sinais suspeitos, cabe ao empregador encaminhar o funcionário para o médico do trabalho ou assistente social e, no contexto organizacional, oferecer ajuda (Castanha, 2012).

O comprometimento organizacional e com os subordinados é uma ferramenta poderosa de gestão de recursos humanos, principalmente no meio militar, em razão de ser uma atividade de risco e por toda a doutrina existente. A gestão de pessoas está em constante evolução e tem exigido novas condutas da liderança, com foco no indivíduo. O líder atual precisa conhecer, neste contexto, as limitações e vulnerabilidades dos subordinados, de modo a moldá-las para aperfeiçoar os resultados (OLIVEIRA, 2002).

Os comandantes e chefes militares são comprometidos também com a estrutura disciplinar militar e têm o dever de seguir normas e regulamentos. O Regulamento Disciplinar do Exército (R-4), aprovado pelo Decreto nº 4.346, de 26 de agosto de 2002, regulamento aplicado no CBMDF com finalidade de especificar as transgressões disciplinares e estabelecer normas relativas a punições disciplinares, comportamento militar das praças, recursos e recompensas, traz na relação de transgressões do seu Anexo I o seguinte:

109. Fazer uso, ter em seu poder ou introduzir, em área militar ou sob jurisdição militar, bebida alcoólica ou com efeitos entorpecentes, salvo quando devidamente autorizado;
110. Comparecer a qualquer ato de serviço em estado visível de embriaguez ou nele se embriagar (BRASIL, 2002).

Neste contexto institucional, os comandantes e chefes possuem o dever de apurar condutas que transgridam as normas militares e os dependentes químicos podem responder por transgressões disciplinares ou por crime militar, mesmo que por resultado de sua dependência química. Apesar de ter que aplicar a lei em seu ambiente de trabalho, o chefe também pode entender os casos de dependência química como doença e buscar ajudar o militar para que seja inserido em algum programa de recuperação institucional.

Os casos de dependência química demandam um tratamento pessoal complexo por se tratar de uma patologia multifatorial e é necessário considerar características pessoais do paciente durante o tratamento. Dessa forma, há um desafio para os comandantes e chefes da corporação, por estarem em uma posição estratégica para identificarem o problema e buscarem soluções, devendo adquirir ao longo da carreira, através de cursos de formação e aperfeiçoamento, habilidade e capacidade de compreensão do problema e da individualidade dos casos de dependência química.

3 METODOLOGIA

3.1 Classificação da pesquisa

Segundo Gil (2010) a pesquisa é definida como um procedimento racional e sistemático com o objetivo de proporcionar respostas aos problemas propostos, logo, é desenvolvida trilhando um caminho de conhecimentos, métodos, técnicas e procedimentos. Esta monografia foi classificada da seguinte maneira:

3.1.1 Quanto à natureza

Sobre a natureza, esta pesquisa pode ser classificada como aplicada, tendo em vista que foi verificada a necessidade de elaboração e implementação de um programa de capacitação para os comandantes e chefes da área operacional do CBMDF a respeito da percepção e atitude para tratar casos de militares com dependência química de suas unidades.

3.1.2 Quanto ao método

Segundo Santos (2000) o modo de utilização de recursos disponíveis com uma apresentação de objetivos e o procedimento usado para atingir o resultado é denominado de método científico.

O método aplicado no desenvolvimento deste estudo é o dedutivo, tendo em vista que foram analisados artigos, monografias, legislações, livros, pensamentos e doutrinas sobre o tema com o objetivo de particularizar conclusões sobre o assunto pesquisado.

3.1.3 Quanto aos objetivos

Quanto aos objetivos da pesquisa, este estudo utilizou-se de uma pesquisa exploratória descritiva com uso de consultas aos Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM do CBMDF. Gil (2010) discorre que a pesquisa exploratória descritiva busca avaliar um determinado problema após conhecê-lo, utilizando-se de observação dos fatos, entrevista, questionário. Dessa forma, justifica-se a utilização

desta metodologia considerando-se as características deste trabalho em relação à exploração das referências bibliográficas e das experiências pessoais dos militares entrevistados.

3.1.4 Quanto à abordagem

Busca-se verificar se para o CBMDF é relevante implementar, com a orientação técnica do CEABM, programas de treinamento para aprimorar a percepção dos comandantes e chefes da área operacional para identificação de militares dependentes de modo a orientá-los como agir e quais procedimentos devem ser adotados em todas as fases do problema. Portanto, após a coleta de dados, foi realizada uma análise qualitativa, uma vez que foram considerados na pesquisa aspectos subjetivos.

Gil (2010) entende que a análise qualitativa depende de muitos fatores, como, por exemplo, a natureza dos dados coletados, a extensão da amostra, os pressupostos teóricos que norteiam o estudo e os instrumentos de pesquisa.

3.1.5 Quanto aos procedimentos técnicos

Utilizou-se neste estudo a pesquisa bibliográfica (publicações científicas e livros) e documental (decretos, leis, relatórios estatísticos, regimentos, portarias, entre outros documentos).

Segundo Marconi e Lakatos (2010), o questionário é utilizado como um instrumento para coletar dados por meio de uma série ordenada de perguntas a serem respondidas por escrito sem que o entrevistador esteja presente.

Foram aplicados questionários a todos os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão dos Grupamentos de Bombeiro Militar do CBMDF com o objetivo de responder ao problema de pesquisa, analisando como agem os comandantes e chefes de GBM nos casos em que militares possam necessitar de internação por dependência química.

Dessa forma, universo da pesquisa, para a aplicação dos questionários, foi composto por 100% dos Comandantes nomeados ou Comandantes em exercício dos

GBMs, 100% dos Subcomandantes nomeados ou Subcomandantes em exercício dos GBMs e 100% dos Dias à Prontidão que estavam exercendo a função nas alas de serviço dos GBMs. Todos dos 25 GBMs que estavam ativados para o serviço operacional do CBMDF na ocasião da pesquisa.

Entrevista padronizada ou estruturada, segundo Marconi e Lakatos (2010), segue um roteiro previamente estabelecido e as perguntas são realizadas pelo entrevistador a pessoas selecionadas de acordo com um planejamento. Com a coleta de informações por meio dessas entrevistas, objetivou-se apreender seus pensamentos, experiências, conhecimentos, o que representam, fazem ou argumentam (SEVERINO, 2007).

Neste prisma, foi realizada uma entrevista com a Comandante do CEABM em exercício, uma entrevista com a chefe da Seção de Assistência à Saúde Mental e Ocupacional do CEABM, uma entrevista com um Capelão do CBMDF, uma entrevista com o psiquiatra e com psicólogos do CEABM. Além disso, foram realizadas entrevistas com militares que estão realizando tratamento para dependência e puderam compartilhar de suas experiências durante o processo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a obtenção de informações necessárias para viabilizar o trabalho, foram enviados questionários para todos os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão dos Grupamentos de Bombeiro Militar do CBMDF. Além disso, foram realizadas entrevistas com militares que exercem funções que dizem respeito ao assunto no CEABM.

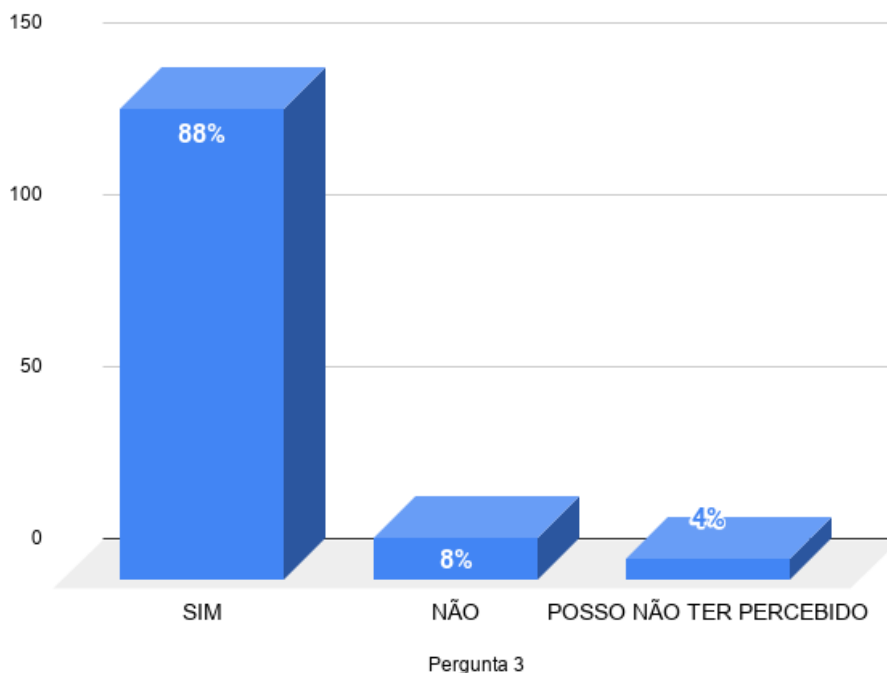
4.1 Questionário respondido pelos Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM

Os questionários foram respondidos por todos os militares que exercem a função de Comandante, Subcomandante e Dia à Prontidão em GBM do CBMDF. Dentre os Comandantes, 50% são Tenentes-Coronéis, 29% Majores e 21% Capitães. Dentre os Subcomandantes, 68% são Capitães e 32% 2º Tenentes. Dentre os Dias à Prontidão, 43% são Subtenentes, 37% 1º Sargentos e 20% 2º Sargentos.

4.1.1 Experiência de já ter trabalhado com militares com dependência química que necessitaram de tratamento

Ao serem perguntados se já trabalharam com militares com dependência química (álcool ou outras drogas) que necessitaram de tratamento, foi obtido o seguinte resultado:

Figura 7 – O(A) Sr(a). já trabalhou com militares com dependência química (álcool ou outras drogas) que necessitaram de tratamento?



Fonte: o autor

Verifica-se que 88% de todos os militares pesquisados já trabalharam com militares com dependência química que necessitaram de tratamento, sendo que 8% não trabalharam e 4% afirmam que podem não ter percebido.

Dentre os Comandantes, 100% afirmam terem trabalhado com militares com dependência química que necessitaram de tratamento. Dentre os Subcomandantes, 82% já trabalharam e 18% não trabalharam. Dentre os Dias à Prontidão, 87% já trabalharam, 7% não trabalharam e 6% afirmam que podem não ter percebido.

Fica evidente ser algo comum entre os militares que trabalham em GBM, pois uma parte considerável dos militares já conviveu com o problema de perto ao trabalharem com militares dependentes químicos e que tiveram que passar por tratamento. Todos os Comandantes de GBM já tiveram esta experiência, sendo, portanto, um problema que todos os Comandantes tiveram que enfrentar ao longo de suas carreiras e é algo comum na função.

Verifica-se também que a maioria dos Subcomandantes (82%) já trabalharam com militares dependentes químicos e talvez a justificativa de nem todos terem tido

esta experiência pode ser pelo fato de terem menos tempo de serviço, já que 32% são 2º Tenentes. Ainda assim, um número expressivo conviveu em seu ambiente de trabalho com militares com dependência química, o que é verificado também entre os Dias à Prontidão (87%), sendo, portanto, um assunto que precisa ser considerado no trabalho como Comandante, Subcomandante ou Dia à Prontidão de GBM.

4.1.2 Consideração dos Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão sobre a origem da dependência química entre os militares do CBMDF

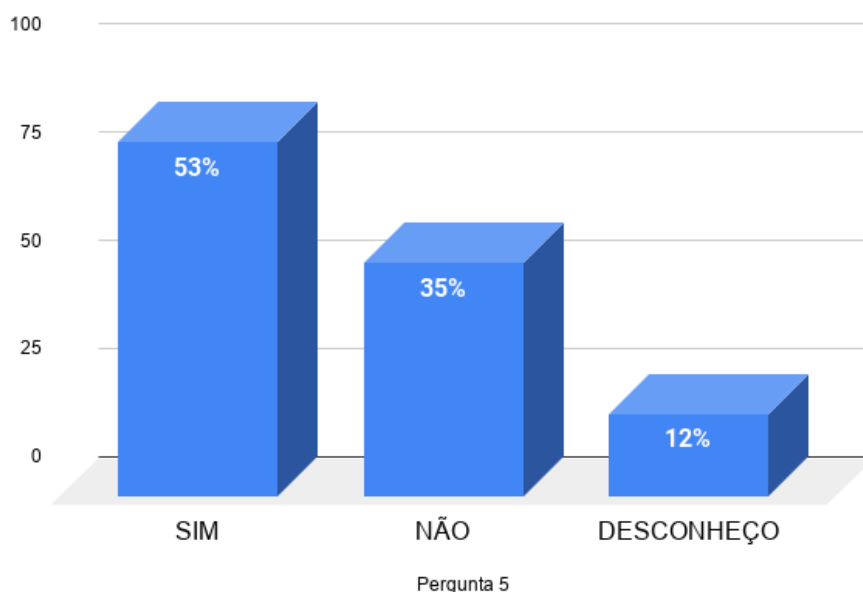
Ao serem perguntados se consideram a dependência química um transtorno psiquiátrico ou um desvio de caráter, 88% de todos os militares responderam que se trata de um transtorno psiquiátrico e 12% acreditam ser desvio de caráter.

Dentre os Comandantes questionados, apenas 4% acreditam ser desvio de caráter, assim como 17% dos Dias à Prontidão. Nenhum Subcomandante considera tratar-se de desvio de caráter. Dessa forma, verifica-se que a consideração da maioria dos militares questionados aponta para um problema de transtorno psiquiátrico, e dentre os que consideram ser um desvio de caráter, os Dias à Prontidão possuem essa consideração um pouco mais evidente (17%).

Percebe-se que entre os Subcomandantes, por grande parte já ter tido a disciplina de Psicologia Organizacional no CFO (todos os 2º Tenentes), o entendimento do problema é mais evidente, sendo que todos o consideram como um transtorno psiquiátrico. Ainda assim, observa-se que a grande maioria dos militares já reconhece o problema como transtorno psiquiátrico e que este conhecimento já está sendo difundido pela tropa.

Questionando os militares se consideram que o trabalho como bombeiro militar influencia para o desenvolvimento de dependência química, foi obtido o seguinte resultado:

Figura 8 – O(A) Sr(a). considera que o trabalho como bombeiro militar influencia para o desenvolvimento de dependência química?



Fonte: o autor

O que revela que 53% dos militares questionados consideram que a profissão bombeiro militar influencia para o desenvolvimento de dependência química, 35% não consideram e 12% desconhecem. Dentre os Comandantes, 79% consideram que a profissão influencia e 21% não consideram, já dentre os Subcomandantes, 68% responderam sim, 27% responderam não e 5% desconhecem.

Dentre os Dias à Prontidão a opinião foi mais dividida, sendo que 44% consideram que a profissão bombeiro militar influencia para o desenvolvimento da dependência química, 40% não considera e 16% desconhece.

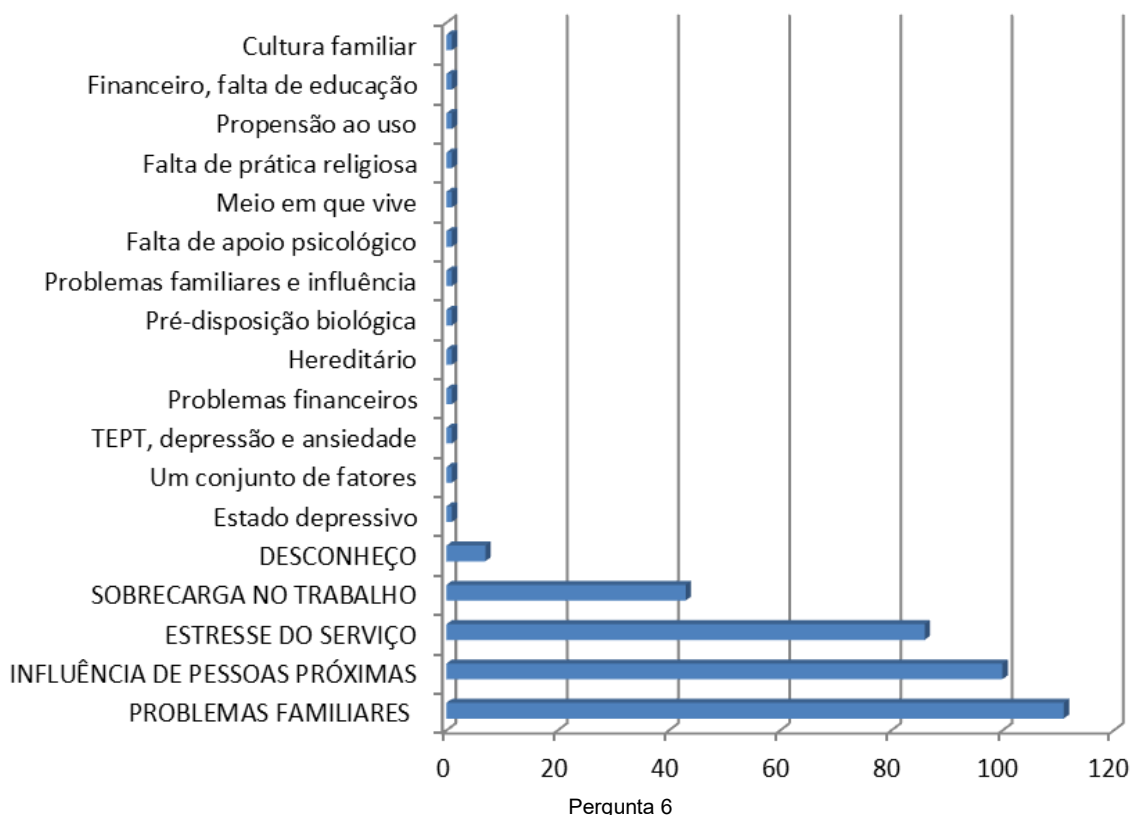
Estes dados demonstram que para os Comandantes e Subcomandantes está mais claro que a profissão é um fator que pode influenciar para o desenvolvimento do problema, mas para os Dias à Prontidão, isso não está muito claro além de que um maior percentual desconhece se a profissão exerce algum tipo de influência para o desenvolvimento da dependência química.

Dessa forma, percebe-se que há um desconhecimento em grande parte dos militares, principalmente entre os Dias à Prontidão, a respeito dos riscos da profissão bombeiro em relação à necessidade uma fuga para o estresse gerado na atividade, e muitas vezes ignoram que militares podem estar procurando alívio ao estresse no

álcool ou em outras drogas.

Ainda sobre a origem da dependência química, foi perguntado sobre os principais motivos para o seu desenvolvimento, sendo obtidas as seguintes respostas:

Figura 9 – Na opinião do(a) Sr(a)., quais os principais motivos para o desenvolvimento de dependência química?



Fonte: o autor

Verifica-se que a maioria (110 militares) considera que problemas familiares são os principais motivos para o desenvolvimento de dependência química, seguido de influência de pessoas próximas, estresse do serviço e sobrecarga no trabalho. Apenas 5 militares declararam que desconhecem os motivos e alguns citaram outros motivos, conforme relacionado no gráfico da Figura 9.

Isto demonstra que, pelas experiências vividas pelos militares questionados, verificaram que estes são os principais fatores para o surgimento da dependência química entre os militares do CBMDF, ou já leram ou ouviram a respeito. Percebe-se que há o entendimento de que é um transtorno multicausal, e que este conhecimento está bem difundido na tropa.

4.1.3 Capacitação institucional sobre dependência química oferecida aos militares questionados

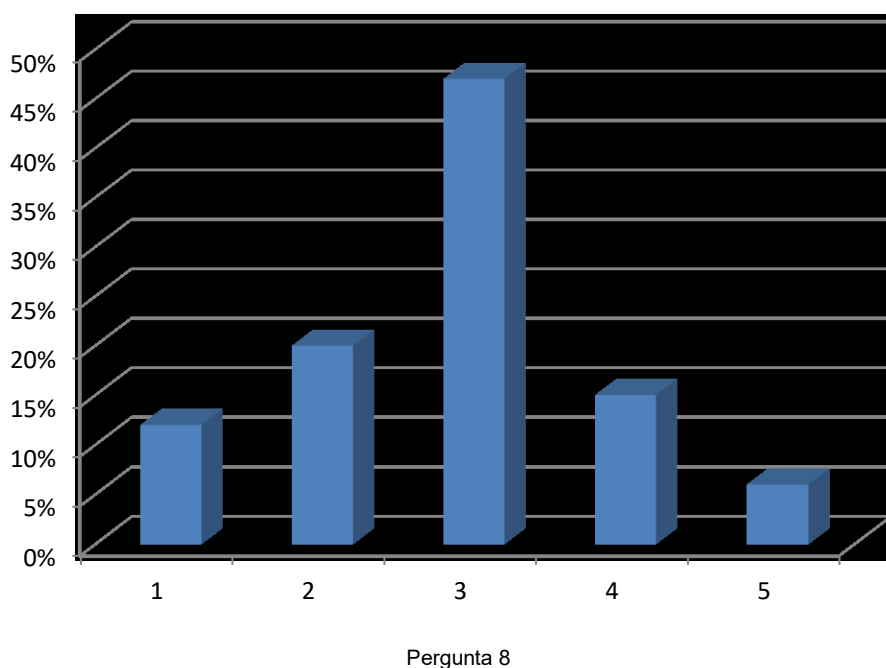
Ao serem questionados se tiveram algum tipo de treinamento no CBMDF (em curso de formação, aperfeiçoamento, altos estudos ou curso específico) sobre dependência química e como lidar com o problema no ambiente de trabalho (Pergunta 7 do questionário), 81% declararam que não e 19% declararam que sim. Dessa forma, a grande maioria afirma que o CBMDF não lhe ofereceu capacitação sobre o assunto.

Os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão responderam de modo semelhante, mantendo uma proporção similar à verificada no total, ou seja, cerca de 80% dos militares que ocupam cargo de comando e chefia nos Grupamentos declaram que não tiveram capacitação no CBMDF sobre o tema.

Sendo um problema frequente, e que gera impactos no efetivo e no sistema de saúde, é preocupante que os comandantes e chefes que podem ter que lidar com militares dependentes em suas unidades, ou que podem agir preventivamente, não tenham sido capacitados e não tiveram noção sobre o assunto em nenhum curso ao longo da carreira.

Ao serem questionados se acreditam estarem preparados para, através de sinais de alerta no comportamento de algum militar, perceber se este está desenvolvendo dependência química e necessita de tratamento (Numa escala de 1 a 5, na qual 1 significa nada preparado e 5 significa totalmente preparado), foi obtido o seguinte resultado:

Figura 10– O(A) Sr(a). se considera preparado para, através de sinais de alerta no comportamento de algum(a) militar, perceber se este(a) está desenvolvendo dependência química e necessita de tratamento? (Numa escala de 1 a 5, na qual 1 significa nada preparado e 5 significa totalmente preparado)



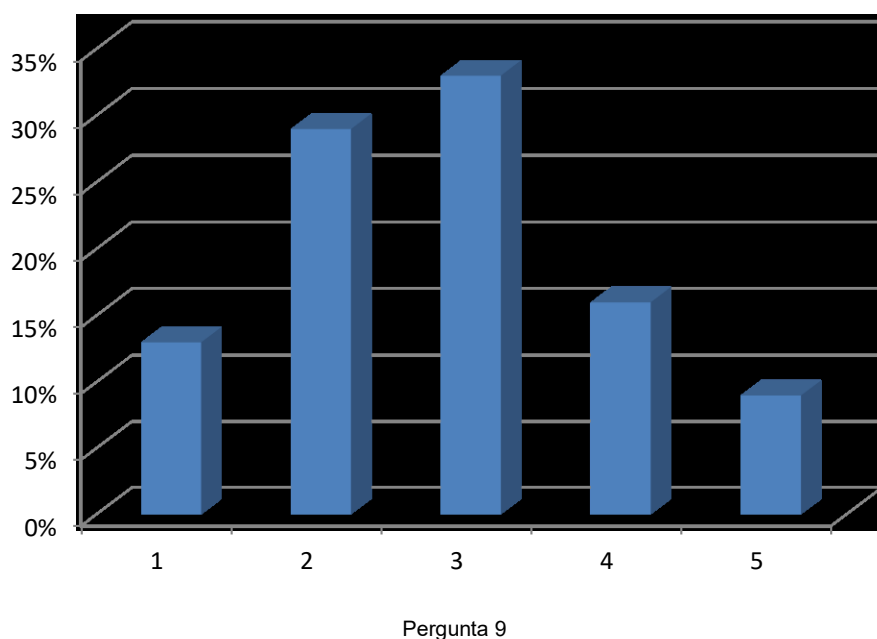
Fonte: o autor

Verifica-se que grande parte (47%) dos militares questionados responderam de forma neutra, enquanto que 20% consideram-se pouco preparados para identificar sinais de alerta no comportamento de militares que possam estar desenvolvendo dependência química e 12% nada preparados. Dos militares questionados, 15% acreditam estarem muito preparados para identificar os sinais de alerta e 6% consideram-se totalmente preparados.

Considerando-se cada função dos militares individualmente (Comandante Subcomandante e Dia à Prontidão), verifica-se que o percentual é muito semelhante a este gráfico geral com todos os militares. Cabe ressaltar que, por estarem em posição de chefia e liderança em seus Grupamentos, pode ser preocupante que haja um número considerável de militares que se considera pouco ou nada preparado para perceberem ou lidarem com militares com dependência química.

Para identificar os casos em que militares sob seu comando com dependência química que necessitem de internação para tratamento, o número de pouco ou nada preparados aumentou, ao passo que os que se consideram preparados diminuiu, conforme se pode verificar no gráfico a seguir:

Figura 11 – O(A) Sr(a). se considera preparado para identificar os casos em que os(as) militares com dependência química necessitam de internação para tratamento? (Numa escala de 1 a 5, na qual 1 significa nada preparado e 5 significa totalmente preparado)



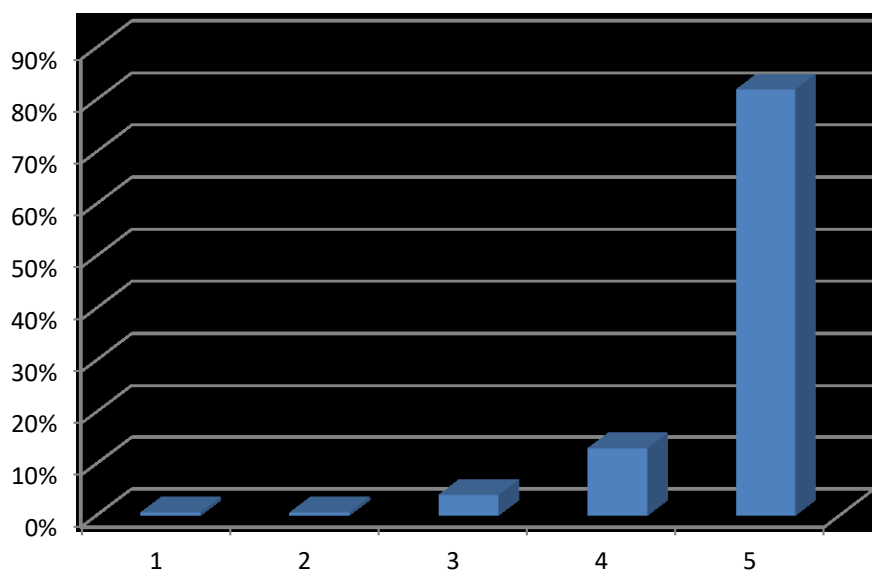
Fonte: o autor

Podendo-se inferir que os militares questionados podem conseguir detectar muitas vezes sinais de alerta para o desenvolvimento da dependência química nos militares que trabalham em seu GBM, porém não se sentem preparados para identificar casos que a internação poderia ser utilizada no tratamento.

Dessa forma, em muitos casos, os comandantes e chefes podem não procurar uma intervenção do CEABM ou de alguma clínica da rede credenciada, por se considerarem nada ou pouco preparados para perceberem o problema em suas unidades.

Ao questionar sobre a importância dos Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM estarem preparados para identificar sinais de desenvolvimento de dependência química dos militares sob seu comando, além disso, devendo saber como agir para ajudar na recuperação dos militares, foi obtido o seguinte resultado:

Figura 12 – O(A) Sr(a). considera importante que os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM estejam preparados para identificar sinais de desenvolvimento de dependência química dos(as) militares sob seu comando, além disso, devendo saber como agir para ajudar na recuperação dos(as) militares? (Numa escala de 1 a 5, na qual 1 significa nada importante e 5 significa extremamente importante)



Pergunta 10

Fonte: o autor

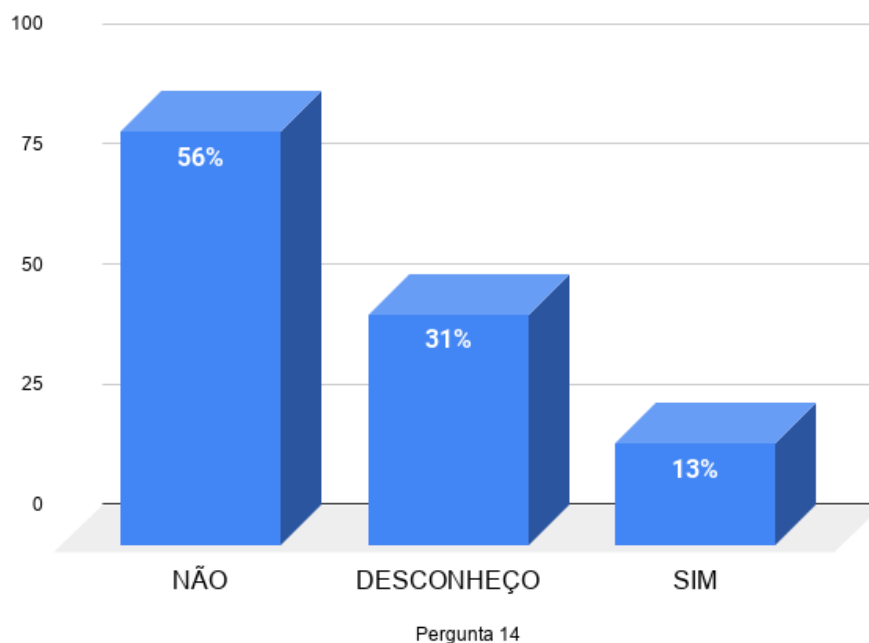
Ao dividir a pergunta para cada função específica (Comandante, Subcomandante ou Dia à Prontidão) os resultados foram iguais, portanto, um número elevado de militares (82%) considera que é extremamente importante e 13% consideram muito importante estarem preparados para identificar sinais de desenvolvimento de dependência química dos militares sob seu comando, além disso, devendo saber como agir para ajudar na recuperação dos militares.

Verifica-se que há essa preocupação entre os militares que exercem função de comando, chefia e liderança em GBM, pois quase todos os militares questionados declararam que é extremamente ou muito importante que estejam preparados para identificar e saber como agir em casos de dependência química em suas unidades.

Levando em consideração a importância destes militares pesquisados estarem preparados para lidarem com casos de dependência química em suas unidades, foi questionado também se eles consideram que o CBMDF oferece algum tipo de capacitação para os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM

lidarem com casos de militares com dependência química sob seu comando e que possam necessitar de internação, foi obtido o seguinte resultado:

Figura 13 – O(A) Sr(a). considera que o CBMDF oferece treinamento para os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM lidarem com casos de militares com dependência química sob seu comando e que possam necessitar de internação?



Fonte: o autor

Esta informação complementa o que foi verificado na pergunta 7, na qual 81% dos militares declararam não terem tido treinamento no CBMDF para lidar com militares com dependência química. Nesta pergunta 14 verifica-se que 56% dos militares consideram que o CBMDF não oferece treinamento sobre o tema e 31% desconhecem se há algum tipo de treinamento. Apenas 13% consideram haver esta capacitação no CBMDF sobre o tema.

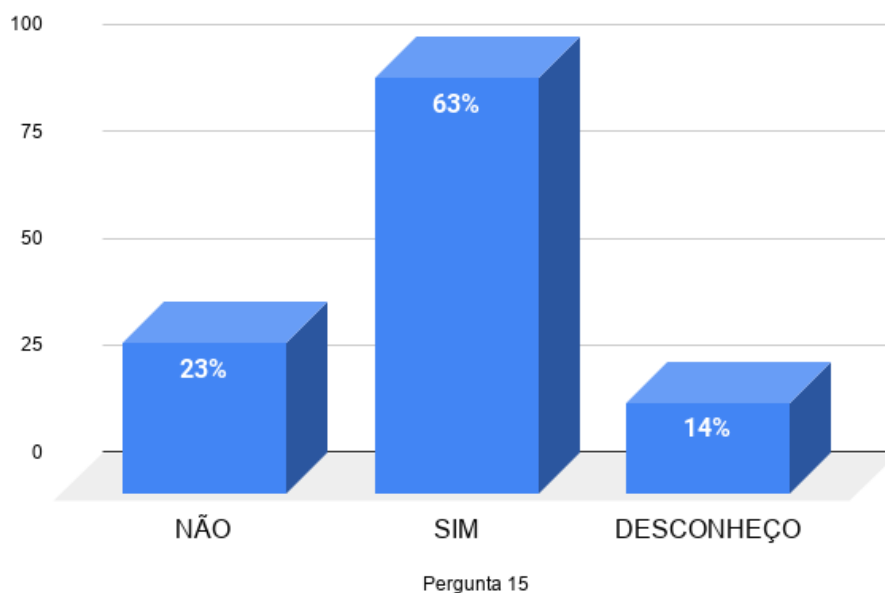
Dentre os Comandantes, 71% consideram que não há treinamento, 25% desconhecem e 4% afirmam que sim. Dentre os Subcomandantes, 64% acham que não, 23% desconhecem e 13% acham que sim. Dentre os Dias à Prontidão, 51% acham que não, 34% desconhecem e 15% acham que sim. Portanto no quadro geral a maioria considera que não há capacitação ou desconhecem, principalmente entre os Comandantes.

Dessa forma, mesmo considerando a relevância do tema para os militares que exercem função de comando, chefia e liderança em GBM, eles declaram em sua maioria que não há uma capacitação específica na formação ou ao longo da carreira.

4.1.4 Consideração do Comandante, Subcomandante e Dia à Prontidão de GBM sobre tratamento para dependência química

Com o objetivo de verificar o conhecimento e opinião dos Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM a respeito do tratamento de militares com dependência química, foram questionados na Pergunta 15 se acreditam que os militares com dependência química podem receber tratamento sem a necessidade de uma internação, sendo obtido o seguinte resultado:

Figura 14 – O(A) Sr(a). acredita que os militares com dependência química podem receber tratamento sem a necessidade de uma internação?



Fonte: o autor

Verifica-se que a maioria (63%) dos militares acredita que os militares com dependência química podem receber tratamento mesmo que não sejam internados, sendo que 23% acham que a internação é a melhor opção e 14% desconhecem.

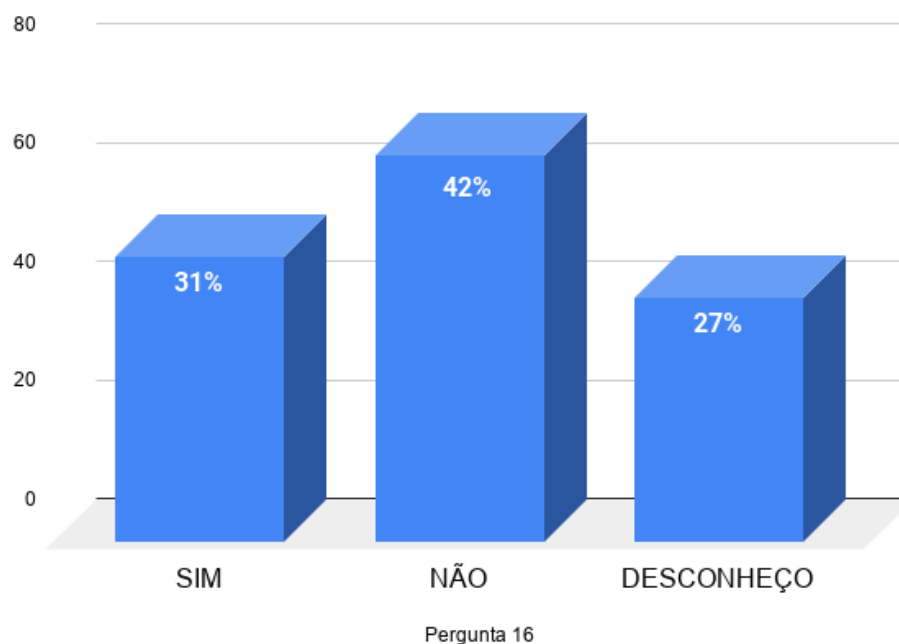
Dentre os Comandantes, 63% responderam sim, um maior percentual (25%) desconhece sobre a necessidade de internação e 12% responderam não. Dentre os Subcomandantes, 77% responderam sim, 14% responderam não e 9% desconhecem. Dentre os Dias à Prontidão, 60% responderam sim, 27% não e 12% desconhecem.

Isto revela que há um entendimento da maioria que os militares dependentes químicos podem realizar o tratamento sem necessariamente enfrentarem uma internação, no entanto, dentre os Comandantes, 25% desconhece e 12% não acredita no tratamento sem internação, um percentual considerável que ainda não sabe que o tratamento pode começar sem que se chegue ao ponto da necessidade de internação ou que acha que a internação é o melhor caminho para o tratamento.

Dentre os Dias à Prontidão há também um percentual considerável (27%) de militares que acredita que a internação é o melhor para os militares dependentes químicos, que o tratamento sem internação não funcionaria, sendo que 12% desconhecem. Verifica-se que, mesmo que a maioria tenha compreensão que os militares dependentes químicos podem começar o tratamento sem a necessidade de internação, há uma quantidade considerável que não acredita nisso ou que desconhece sobre o assunto.

Ao questionar se acreditam que a internação para tratamento de dependência química é a melhor opção para a recuperação do militar, o seguinte resultado foi observado:

Figura 15 – O(A) Sr(a). acredita que a internação para tratamento de dependência química é a melhor opção para a recuperação do(a) militar?



Fonte: o autor

Verifica-se que 42% não acreditam que a internação é a melhor opção, ao passo que 31% acreditam que sim e 27% desconhecem. Dessa forma, mesmo observando que um maior percentual considera que a internação não é a melhor opção, com o entendimento que se trata de uma medida para casos de urgência e emergências psiquiátricas somente, ainda assim a maioria acredita que a internação é a melhor opção ou desconhece sobre o assunto, que, somando-se, são 58% dos militares questionados.

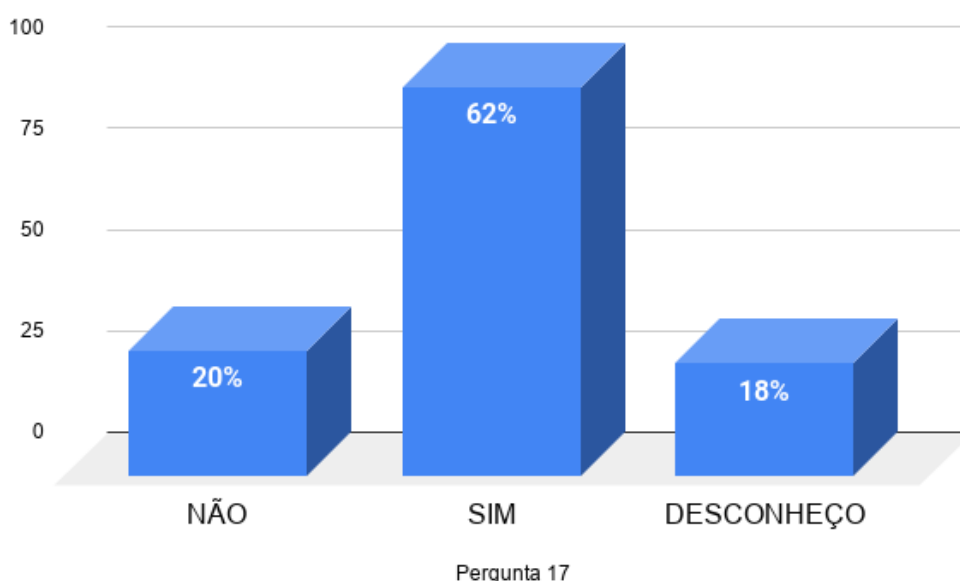
Dentre os Comandantes, 37% desconhecem, 37% responderam não e 26% responderam sim. Dentre os Subcomandantes, 50% responderam não, 32% desconhecem, e 18% responderam sim. Dentre os Dias à Prontidão, 42% responderam não, 35% sim e 23% desconhecem.

Dessa forma, analisando-se separadamente por funções, há uma opinião dividida sobre a internação ser a melhor opção para casos de militares com dependência química e há uma clara divergência entre opiniões dos Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão. Verifica-se também que um percentual considerável desconhece sobre o tema. Portanto, verifica-se que não há uma

orientação geral para os militares que exercem função de comando, chefia e liderança em GBM sobre a necessidade de internação para os casos de dependência química, ou seja, muitos pensam que somente a internação funciona e muitos desconhecem.

A respeito da internação involuntária, os militares foram questionados se consideram que, caso o militar com dependência química não aceite o tratamento, esta seria a melhor opção, caso haja a aceitação de algum familiar próximo e de convívio pessoal (cônjuge, filhos, pais), obtendo-se as seguintes respostas:

Figura 16 – O(A) Sr(a). considera que, caso o(a) militar com dependência química não aceite o tratamento, a melhor opção é a internação involuntária, com a aceitação de algum familiar próximo e de convívio pessoal (cônjuge, filhos, pais)?



Fonte: o autor

Fica evidente que, na situação em que o militar com dependência química não aceita o tratamento, a maioria dos militares questionados (62%) optariam pela internação involuntária, com a aceitação de algum familiar próximo e de convívio pessoal (cônjuge, filhos, pais), sendo que 20% responderam que não e 18% desconhecem.

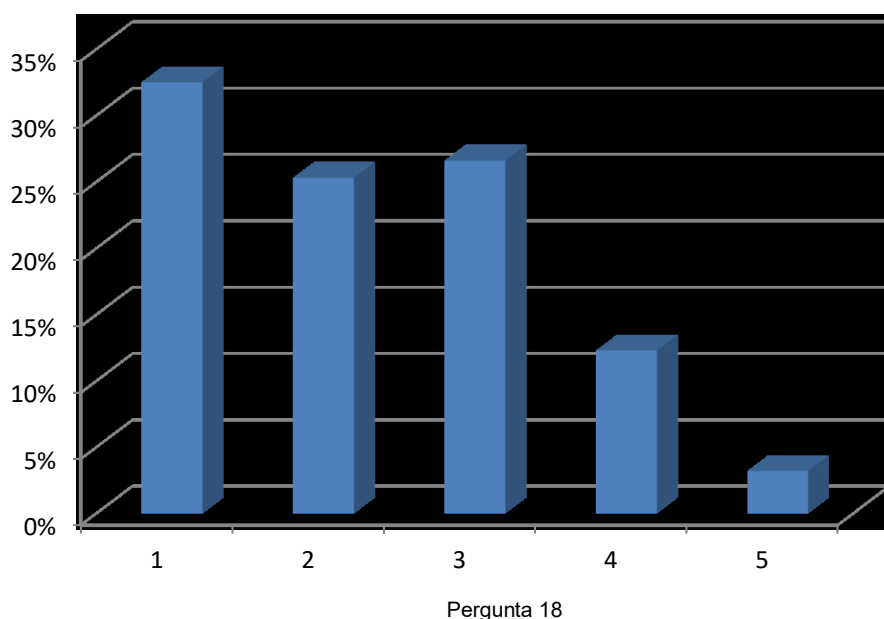
Dentre os Comandantes, 46% responderam sim, 29% não e 25% desconhecem. Dentre os Subcomandantes, 36% responderam sim, 36% responderam não e 28% desconhecem. Dentre os Dias à Prontidão 70% responderam sim, 15% não e 15% desconhecem. Assim, analisando separadamente por função, a opinião ficou mais dividida entre os Subcomandantes entre sim e não. Fica notório

também que uma boa parte desconhece.

Dessa forma, um percentual considerável aconselharia que, se a família concordasse com a internação involuntária, essa seria, portanto, a melhor opção, principalmente entre os Dias à Prontidão, com 70% das respostas. Fica evidente que não há uma conduta semelhante entre os militares que exercem função de comando, chefia e liderança nos casos em que a família solicita uma internação involuntária, sendo que a grande maioria concordaria com a família.

Ainda sobre a internação involuntária, os militares foram questionados se, caso fosse decidido, juntamente com os familiares do militar dependente químico, pela internação forçada para tratamento e recuperação, eles se consideram preparados para tomar todas as medidas necessárias para o encaminhamento do militar para um centro (clínica) de reabilitação, e, após o término do tratamento, para o seu retorno ao GBM, obtendo-se o seguinte resultado:

Figura 17 – Caso o Sr(a). e os familiares do(a) militar com dependência química decidam pela internação forçada para tratamento e recuperação, o Sr(a). se considera preparado para tomar todas as medidas necessárias para o encaminhamento do militar para um centro (clínica) de reabilitação, e, após o término do tratamento, para o seu retorno ao GBM? (Numa escala de 1 a 5, na qual 1 significa nada preparado e 5 significa totalmente preparado)



Fonte: o autor

Dessa forma, nota-se que a maioria dos militares (33%) se considera nada

preparada para tomar medidas necessárias para o encaminhamento do militar dependente químico e para ajudá-lo em seu retorno ao GBM. 25% dos militares se consideram pouco preparados, 27% preparados, 12% muito preparados e 3% totalmente preparados.

Somando-se, 58% dos militares se consideram pouco ou nada preparados para lidarem com casos em que militares são submetidos à internação involuntária e retornam ao GBM após o tratamento. Eles não se consideram preparados sobre como proceder para o encaminhamento adequado para uma clínica da rede credenciada nem como seria o processo de readaptação dos militares dependentes químicos após seu retorno ao GBM.

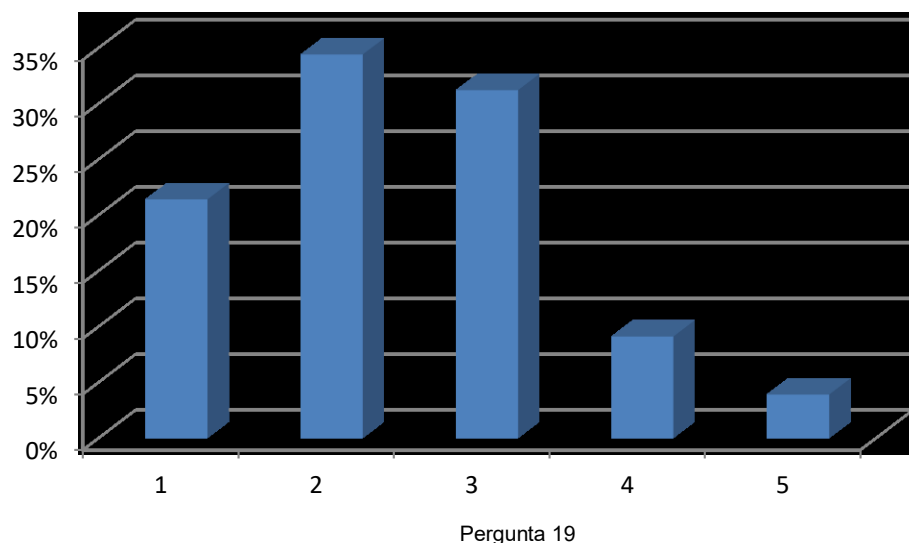
Dentre os Comandantes, 30% se consideram nada preparados, 14% pouco preparados, 30% preparados e 26% muito preparados, sendo que ninguém respondeu que se considera totalmente preparado. Dentre os Subcomandantes, 4% responderam estarem nada preparados, 41% pouco preparados, 41% preparados e 14% muito preparados sendo que ninguém respondeu que se considera totalmente preparado. Dentre os Dias à Prontidão 39% responderam nada preparados, 25% pouco preparados, 23% preparados, 9% muito preparados e 4% totalmente preparados.

Mesmo analisando-se separadamente por funções, pode-se verificar que há um percentual considerável de militares que não se sentem preparados para lidarem com este problema pessoalmente, mesmo sendo algo comum e que a maioria já presenciou em suas unidades.

4.1.5 Convivência com militares dependentes químicos nas unidades e o conhecimento sobre o trabalho e apoio do CEABM

Com o objetivo de verificar o sentimento de preparo, dos militares que exercem função de comando, chefia e liderança no GBM, para lidarem com militares dependentes químicos que apresentam recaídas que podem levá-los a faltar serviços ou apresentarem-se com sinais de utilização de substâncias químicas, foi solicitada a resposta na Pergunta 19, com o seguinte resultado:

Figura 18 – O(A) Sr(a). se considera preparado para lidar com militares com dependência química que apresentam recaídas com frequência, levando-os(as) a faltar serviços ou apresentarem-se ao trabalho com sinais de utilização de substâncias químicas? (Numa escala de 1 a 5, na qual 1 significa nada preparado e 5 significa totalmente preparado)



Fonte: o autor

Verificando-se que, de modo similar à Pergunta 18, a maioria se considera pouco ou nada preparada para lidarem com esta situação, com 22% nada preparados e 34% pouco preparados. 31% se consideram preparados, 9% muito preparados e 4% totalmente preparados.

Dentre os Comandantes, 18% se consideram nada preparados, 22% pouco preparados, 34% preparados, 22% muito preparados e 4% totalmente preparados. Dentre os Subcomandantes, 10% se consideram nada preparados, 42% pouco preparados, 33% preparados, 15% muito preparados e nenhuma resposta para totalmente preparado. Dentre os Dias à Prontidão, 25% se consideram nada preparados, 35% pouco preparados, 30% preparados, 5% muito preparados e 5% totalmente preparados.

Percebe-se que, analisando-se separadamente por funções, as considerações são similares, com maioria declarando estar pouco preparada para lidar com militares com dependência química que apresentam recaídas, principalmente entre os Subcomandantes. Ficando evidente a sensação de pouco preparo entre os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão para um problema frequente.

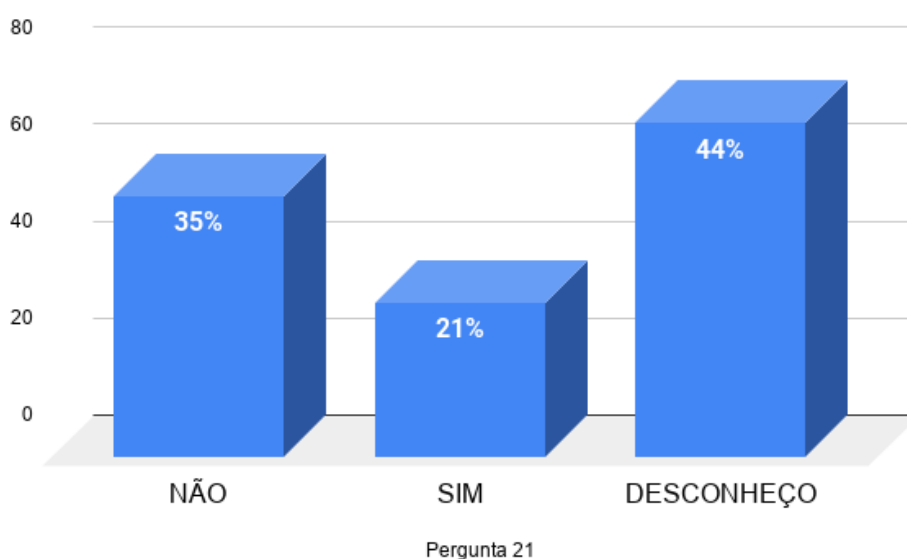
Para verificar se os militares pesquisados conhecem o trabalho desenvolvido

pelo CEABM para tratamento de militares com dependência química, foi realizada a Pergunta 20, na qual 67% responderam que não e 33% sim. Dessa forma, no geral, a maioria dos militares, que exercem função de comando, chefia e liderança em GBM, não conhecem o trabalho do CEABM para o tratamento de dependência química.

Dentre os Comandantes, 58% responderam não e 42% sim. Dentre os Subcomandantes, 48% responderam não e 52% sim. Dentre os Dias à Prontidão, 73% responderam que não e 27% sim. Ficando evidente que os Comandantes e Dias à Prontidão são os que menos conhecem o trabalho do CEABM para tratamento de dependentes químicos. O que leva à compreensão de que o trabalho do CEABM sobre o tema não foi apresentado para estes militares.

Ainda sobre o trabalho do CEABM, ao serem questionados se consideram que o CEABM possui capacidade de realizar o tratamento de todos os militares com dependência química que procuram por ajuda ou são encaminhados, o seguinte resultado foi obtido:

Figura 19 – O(A) Sr(a). considera que o Centro de Assistência Bombeiro Militar (CEABM) possui capacidade de realizar o tratamento de todos(as) os(as) militares com dependência química que procuram por ajuda ou são encaminhados(as)?



Fonte: o autor

Verificando-se que a maioria dos militares questionados (44%) desconhecem se o CEABM é capaz de realizar o tratamento de todos os militares com dependência

química que procuram por ajuda ou são encaminhados. 35% consideram que o CEABM não possui condições e 21% acreditam que sim.

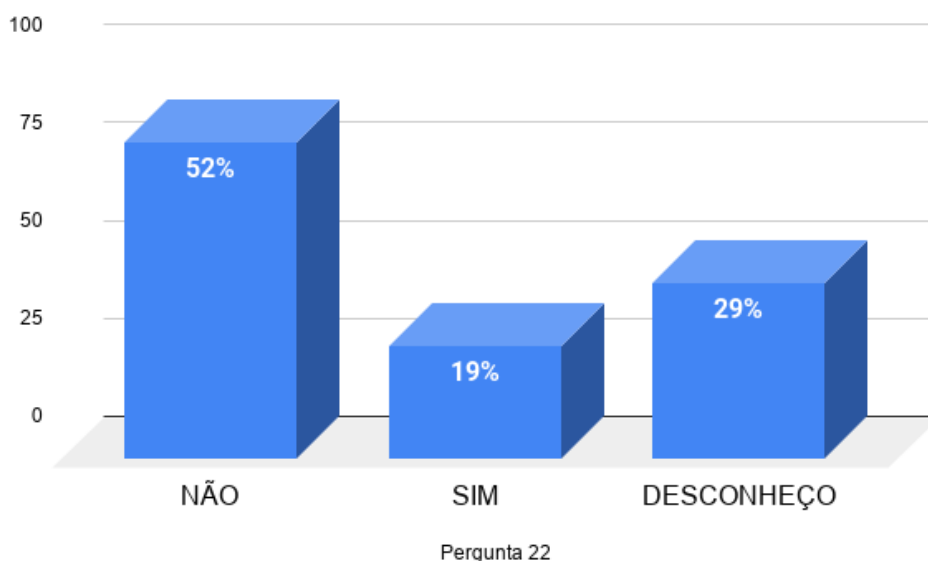
Dentre os Comandantes, 50% responderam que não, 33% desconhecem e 17% sim. Dentre os Subcomandantes, 41% responderam que não, 32% desconhecem e 27% sim. Dentre os Dias à Prontidão, 30% responderam que não, 50% desconhecem e 20% sim.

Portanto, analisando-se separadamente por funções, verifica-se que a maioria dos Comandantes e Subcomandantes não considera que o CEABM é capaz de tratar todos os militares com dependência química, já a maioria dos Dias à Prontidão desconhecem a capacidade do CEABM, assim como um percentual considerável nas outras funções.

Talvez pela impressão de que necessariamente os dependentes químicos possam ser internados para a realização do tratamento, a maioria desconhece se o CEABM possui estrutura e efetivo para este trabalho. Ficando evidente, todavia, que há um percentual alto de militares que não sabe como é desenvolvido o trabalho do CEABM e como os militares que são encaminhados para o Centro são recebidos, o que pode ocasionar em uma falta de incentivo para a realização de encaminhamentos precoces para casos de dependência química em processo de desenvolvimento.

Por fim, para verificar se os militares pesquisados consideram que encaminhar o(a) militar com dependência química para o CEABM é suficiente para que ele(a) receba o tratamento adequado que necessita, obteve-se o seguinte resultado:

Figura 20 – O(A) Sr(a). considera que encaminhar o(a) militar com dependência química para o Centro de Assistência Bombeiro Militar (CEABM) é suficiente para que ele(a) receba o tratamento adequado que necessita?



Fonte: o autor

De modo que a maioria (52%) considera que não é suficiente apenas encaminhar o(a) militar com dependência química para o CEABM para que ele(a) receba o tratamento adequado que necessita. 19% considera que sim e 29% desconhece. Isso demonstra que há uma percepção que devem tomar outras atitudes além de apenas realizar o encaminhamento.

Dentre os Comandantes, 58% responderam que não, 21% sim e 21% desconhecem. Dentre os Subcomandantes, 64% responderam que não, 13% sim e 23% desconhecem. Dentre os Dias à Prontidão, 49% responderam que não, 19% sim e 32% desconhecem. Assim, analisando-se separadamente por funções, todos consideram que não é suficiente, principalmente os Subcomandantes, assim como há um percentual considerável de militares que desconhecem, principalmente entre os Dias à Prontidão.

Dessa forma, mesmo que muitos dos militares questionados se sintam pouco ou nada preparados para lidarem com casos de militares dependentes químicos em suas unidades, que possam necessitar de internação ou que apresentem recaídas frequentes, ainda assim consideram que não é suficiente apenas encaminhar os militares para o CEABM.

Dessa forma, verifica-se que eles entendem que, pelo fato de estarem em uma posição de comando, chefia e liderança, devem estar prontos para tomar atitudes que possam ajudar no processo de tratamento, pois não confiam que apenas o encaminhamento seria suficiente, mas que podem ser parte da solução.

4.2 Entrevistas realizadas

Para obter informações específicas sobre o trabalho do CEABM a respeito do tratamento oferecido aos militares com dependência química e capacitações oferecidas pelo CEABM aos militares do CBMDF, foi realizada uma entrevista com a Comandante em exercício do Centro e Assistente Social, Ten-Cel. QOBM/Compl. Edyane, com a Subcomandante do Centro e Chefe da SASMO/CEABM, Ten-Cel. QOBM/Compl. Cláudia Abreu Amorim Corrêa.

Foram entrevistados também o Psiquiatra, 1º Ten. QOBM/Saúde/Med. Siciliano, o Psicólogo Clínico, 1º Ten. QOBM/Compl. Pinho, a Psicóloga clínica da SASMO/CEABM e instrutora da disciplina Psicologia Organizacional no CFO, 1º Ten. QOBM/Compl. Schirmer e o Psicólogo Organizacional e instrutor da disciplina Psicologia Organizacional no CFO, 1º Ten. QOBM/Compl. Ademário.

A respeito do tratamento e acompanhamento oferecido pelas Capelanias do CBMDF, subordinadas ao CEABM, aos militares dependentes químicos, foi entrevistado o Padre Capelão, Ten-Cel. QOBM/Cpl. Fernando, não sendo possível entrevistar o Pastor Capelão por este estar de férias durante o período de elaboração deste trabalho e não estar acessível ao autor.

Com o objetivo de conhecer como se deu a experiência de militares que passaram pelo problema de dependência química, como se deu a internação, como foi a participação de seu Comandante, Subcomandante e Dia à Prontidão durante o processo de percepção do problema e tratamento, foram entrevistados dois militares que declaram serem dependentes químicos e estarem em processo de tratamento.

4.2.1 Entrevista realizada com a Comandante do CEABM em exercício e Assistente Social do CEABM

Verifica-se que a entrevistada, Ten-Cel. QOBM/Compl. Edyane, assistente social do CEABM por 23 anos, respondendo pelo Comando do Centro periodicamente, podendo compartilhar de sua vivência e conhecimento técnico sobre o tema. Conforme pesquisa realizada na revisão de literatura, a entrevistada corrobora que a profissão bombeiro militar, por expor os militares a situações rotineiras de estresse, é um fator que contribui para o desenvolvimento de dependência química, não sendo, porém, determinante, por se tratar de um problema multicausal.

A entrevistada afirma que a dependência química é um problema frequente em nossa sociedade, e, a respeito do uso do álcool, a população masculina é mais afetada, levando a induzir ser frequente no CBMDF por ser instituição militar, com maioria masculina. Porém a entrevistada desconhece se os casos de dependência química no CBMDF têm aumentado ou diminuído.

De acordo com a entrevistada, a capacitação para os militares que exercem função de chefia pode ajudar na identificação de sinais de uso abusivo possibilitando uma intervenção precoce, dar mais opções de ações, além de medidas disciplinares, mas que não extrapolem suas competências.

Esta capacitação poderia ajudar pelo fato de dar um maior entendimento do transtorno, capacitando a oferecer suporte ao tratamento e identificando precocemente, além de ajudar no grau de motivação do paciente. O apoio que estes militares podem oferecer é interessante, por estarem em função de liderança e são respeitados em suas unidades em razão da função que ocupam.

Verifica-se que a avaliação prévia do CEABM para casos de internação para tratamento de dependência química ocorre nos casos em que o paciente tenha iniciado o tratamento por este Centro. Nos casos em que os familiares se reportam diretamente a uma das clínicas credenciadas, a responsabilidade passa a ser do médico da instituição, podendo decidir pela internação involuntária. Porém, ressalta que as políticas de saúde privilegiam a internação voluntária em razão da baixa eficácia das internações involuntárias, além de terem custo elevado. Trata-se de uma importante informação, para que militares na função de chefia e liderança possam

repassar aos familiares dos militares com transtorno que possam estar decididos pela internação involuntária.

A entrevistada considera a importância de qualquer disciplina sobre liderança e temas congêneres, mas enfatiza a importância da educação continuada para o aprimoramento institucional. Dessa forma, ao longo da carreira de oficiais e praças, este assunto poderia ser abordado, promovendo a educação continuada aos militares que assumirão funções de chefia e liderança em suas unidades.

Como demonstrado nesta pesquisa, 67% dos militares que exercem função de comando e chefia em GBM do CBMDF não conhecem o trabalho do CEABM. A entrevistada enfatiza a importância de desmistificar o trabalho desenvolvido pelo CEABM e levá-los à compreender o objetivo de sua existência, um espaço de referência e cuidado à saúde psíquica, social e laboral dos bombeiros militares, dependentes legais e pensionistas. Dessa forma, há uma necessidade real de divulgação do serviço do CEABM aos militares do CBMDF.

Segundo a entrevistada, o suporte de pronto emprego é dado pela rede credenciada em razão de não haver no CEABM efetivo e estrutura física para este tipo de atendimento. Em casos específicos podem ser realizadas visitas domiciliares. Esta equipe de suporte aos Comandantes, Subcomandantes e Dia à Prontidão para uma orientação de pronto emprego poderia ajudar ainda mais em razão de conhecerem a realidade institucional e não terem conflito de interesse, pois podem discordar de uma decisão de clínica credenciada por internação involuntária, por exemplo, por não ter interesse financeiro que estas internações geram.

4.2.2 Entrevista realizada com a Chefe da Seção de Assistência à Saúde Mental e Ocupacional do CEABM

Verifica-se que a entrevistada, Ten-Cel. QOBM/Compl. Cláudia, Subcomandante há aproximadamente 13 meses e Chefe da Seção de Assistência à Saúde Mental e Ocupacional (SASMO) desde abril de 2014, possui ampla experiência como Chefe da SASMO, podendo assim compartilhar de sua vivência e conhecimento técnico sobre o tema. Ela afirma que os militares que exercem função de comando e chefia no CBMDF podem contribuir como um agente não adaptativo de

regulação do estresse por geralmente não possuírem formação na área, mas mesmo assim, para se posicionarem desta forma requer uma capacitação específica.

Com resposta objetiva, a entrevistada concorda, portanto, que os militares que exercem função de Comando, Subcomando e Dia à Prontidão no GBM, podem contribuir com o trabalho do CEABM para o sucesso no tratamento dos militares com dependência química sob seu comando caso tivessem capacitação ou treinamento fornecido por este Centro.

Verifica-se que, mesmo a lei facultando aos familiares e médico pela internação forçada em situações de risco, analisando tecnicamente, a entrevistada discorda da internação forçada e também discorda dos chefes decidirem sobre isto, em razão de ser a pior opção, pois, para o tratamento, é melhor possibilitar a escolha do paciente.

A entrevistada considera que deve haver uma capacitação continuada para os militares que exercem função de comando e chefia, além de orientar que para, casos pontuais, os profissionais de saúde mental do CEABM devem ser consultados, portanto, o conhecimento da estrutura e funcionamento do Centro é essencial para militares que exercem função de chefia e comando.

Mesmo não respondendo se há uma equipe de pronto emprego no CEABM para suporte, a entrevistada considera ser fundamental uma atuação conjunta e colaborativa do Centro com os comandantes e chefes, dessa forma, conclui-se que, caso houvesse capacitação, esta colaboração poderia ser mais eficiente.

4.2.3 Entrevista realizada com o Psiquiatra do CEABM

Verifica-se que o entrevistado, o 1º Ten. QOBM/Saúde/Med. Siciliano, possui formação em Psiquiatria e atua na função há 3 anos no CBMDF. Com toda a sua experiência como Psiquiatra na corporação, considera que a dependência química é um problema mais comum entre as praças mais antigas, tendo em vista que havia uma cultura nos quartéis operacionais de se fazer uso de álcool, até mesmo durante o horário de serviço, além de que, por ser uma doença de origem multifatorial, parece ter relação direta com o grande endividamento financeiro.

O entrevistado considera que a dependência química, principalmente o

alcoolismo, é um dos problemas de saúde mental mais frequentes no CBMDF, mas que há a impressão de que vem diminuindo conforme o ingresso de novas gerações de militares e com mudança na cultura institucional.

Preocupados com o envolvimento dos Comandantes em relação ao problema de dependência química nas unidades, o CEABM chegou a elaborar uma capacitação específica, mas não foi executado por dificuldades de logística. Isto demonstra a importância do envolvimento institucional do CBMDF para que esta capacitação possa se tornar realidade na corporação.

O entrevistado declara que a internação involuntária em situações de emergência ou urgência em casos de dependência química, o CEABM não consegue realizar uma avaliação prévia, mas que a internação prolongada não previne novas recaídas e prejudicam a saúde mental do paciente, além de onerar o sistema de saúde.

Há uma percepção por parte do entrevistado de que, ao ser iniciada a disciplina Psicologia Organizacional para o CFO, os oficiais desta primeira turma com a disciplina já estão encaminhando militares ao CEABM ainda em estágio inicial do adoecimento. Dessa forma, acredita que a capacitação de todos os oficiais facilitaria muito esse tipo de encaminhamento e evitaria muitas internações.

Ele entende que, para iniciar um projeto de capacitação neste tema, o público mais adequado seriam os militares que exercem função de comando. Estes poderiam realizar encaminhamentos e ajudar a propagar informações na corporação.

Por fim, o entrevistado considera suficiente o encaminhamento de urgência e emergência psiquiátrica à rede credenciada, pois são eventos esporádicos e imprevisíveis, não sendo necessária uma escala diária para este fim. Até porque considera que não há proveito em atender o militar quando intoxicado.

4.2.4 Entrevista realizada com o Psicólogo Clínico do CEABM

Verifica-se que o entrevistado, o 1º Ten. QOBM/Compl. Pinho, possui formação em Psicologia Clínica e já atua na função há 2 anos no CBMDF. O entrevistado afirma que, apesar da existência de outros fatores, há correlação com o

estresse da atividade de bombeiro e o favorecimento do desenvolvimento de problemas com dependência química.

Ele considera ser um problema recorrente no CBMDF, que sempre existiu, mas que está tendo mais evidência atualmente e, analisando o cenário mundial, com aumento dos casos, pode-se inferir que deve ser uma realidade no CBMDF também, mesmo não possuindo dados para comprovar isso.

O entrevistado concorda que, com capacitação, os militares que exercem função de chefia e comando em GBM podem contribuir para o tratamento de militares com dependência química sob seu comando.

Ele informou que o CEABM não possui instalações e equipe preparada para intervir em emergências psiquiátricas e que o ideal é o acompanhamento de um psicólogo ou psiquiatra, de modo que o mais recomendável é a internação voluntária se houver recomendação profissional.

Informou ainda que há nas clínicas ou hospitais conveniados, que possuem emergência psiquiátrica, equipe de remoção preparada para dar este suporte, que a informação chega aos profissionais do CEABM, que farão visitas periódicas para acompanhar o processo de recuperação do militar.

O entrevistado afirma que a capacitação continuada sobre o tema ao longo da carreira dos militares que exercem função de comando e chefia nos Grupamentos seria muito importante e não necessitaria de um conteúdo programático extenso, mas que fosse realizado de tempos em tempos. Uma forma de inserir esta capacitação ao longo da carreira seria utilizando o momento que os militares estão inscritos em cursos de carreira, tais como o Curso de Formação, Curso de Habilitação, Curso de Aperfeiçoamento, Curso de Altos Estudos.

Relatou por fim que o CEABM não possui uma equipe de pronto emprego para dar suporte aos militares com dependência química, mas que o médico de dia pode prestar as informações necessárias. De toda forma, declara que os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão poderiam, caso tivessem capacitação, tomar medidas pertinentes, e terem maior amparo para tomar decisões.

4.2.5 Entrevista realizada com o Psicólogo Organizacional do CEABM e instrutor da disciplina Psicologia Organizacional no CFO

Verifica-se que o entrevistado, o 1º Ten. QOBM/Compl. Ademário, possui formação em Psicologia Organizacional e já atua na função há 2 anos no CBMDF. Ele afirma que, em sua experiência como Psicólogo Organizacional no CBMDF, verifica o aspecto cultural como um fator de risco, com presença frequente de álcool em confraternizações ou a automedicação frente a angústias, estresses ou ansiedades.

O medo de ser rotulado como “frouxo” ou fraco, diante da necessidade de ajuda profissional para cuidar da saúde mental ainda é uma realidade na cultura dos militares que convivem com situações de tragédia, sofrimento e miséria humana, com potencial de afetar a saúde psíquica.

Através de comparação com a realidade da população brasileira, o entrevistado supõe que há um número considerável de militares no CBMDF com este transtorno, ainda mais se tratando muitas vezes de um problema velado, e enfatiza que o assunto é de grande relevância, pois traz consequências na vida do militar e no desempenho de sua função.

Informa que estudos apontam que aproximadamente 12% da população brasileira faz uso problemático de álcool e aproximadamente 5% de outras drogas. Além disso, estudo recente da Fiocruz estimou 1,5% da população como dependente de álcool e 0,8% como dependente de outras drogas.

Assim, conclui que se pensássemos em 5.000 bombeiros, teríamos, em tese, 600 com uso problemático de álcool e 75 dependentes dessa substância, além de 250 com uso problemático de outras drogas e cerca de 400 dependentes dessas outras substâncias (aqui excluído o tabaco). Isto posto, a prevalência estima desse transtorno e suas consequências na vida do militar e no desempenho de sua função tornam a questão deveras relevante.

O entrevistado considera que uma capacitação para os militares que exercem função de gestão poderia beneficiá-los, pois possibilitaria que adquirissem conhecimentos relativos ao manejo da tropa e saúde mental, além de conhecerem melhor o trabalho realizado pelo CEABM. Esta capacitação, segundo o

entrevistado, possibilitaria também que ampliassem fatores protetivos e reduzissem fatores estressores relacionados ao trabalho do bombeiro militar.

Verifica-se que o entrevistado afirma que a decisão por uma internação involuntária cabe aos profissionais de saúde em interlocução com a família, não podendo ser tomada pelo comando ou chefe do militar diretamente, porém, caso estejam capacitados para isto, podem favorecer a visualização de alternativas menos invasivas e atuarem na prevenção ao agravamento da situação. Isto poderia ajudar, portanto, na melhoria dos índices de recuperações de militares dependentes químicos, em virtude de serem baixos os índices de recuperação em internações involuntárias.

Segundo o entrevistado, a disciplina Psicologia Organizacional ofertada ao CFO é muito importante para ajudar o oficial no desempenho de suas funções, enfatizando que a capacitação contínua ao longo da carreira do oficial possibilita o desempenho adequado da função além de auxiliar na preservação de sua saúde e de seu desenvolvimento profissional.

Verifica-se que, segundo o entrevistado, a aproximação daqueles que exercem função de comando e chefia com o CEABM traz benefícios no sentido de conhecerem quando e como acioná-lo, além do que podem retroalimentar o serviço do Centro com informações que favorecem o desenvolvimento de intervenções adequadas.

Fica claro que, ainda que não exista estrutura para realização de intervenção emergencial no CEABM, há o potencial para a realização de instrumentalização dos grupamentos em primeiros socorros psicológicos com potencial de ampliação do alcance da eficiência da equipe especializada.

4.2.6 Entrevista realizada com a Psicóloga Clínica do CEABM e instrutora da disciplina Psicologia Organizacional no CFO

A entrevistada, 1º Ten. QOBM/Compl. Schirmer, psicóloga clínica da Seção de Assistência à Saúde Mental e Ocupacional (SASMO/CEABM) há 2 anos, considera que, por apresentar uma série de fatores estressores, a profissão bombeiro militar pode contribuir para o desenvolvimento ou agravamento da dependência

química, em razão do uso de álcool ou outras drogas em muitos casos ser uma estratégia de defesa.

Segundo ela, trata-se de um problema frequente no CBMDF e que o CEABM pode ter a ajuda dos Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão para sucesso do tratamento dos militares dependentes químicos caso fossem devidamente capacitados.

Segundo a entrevistada, caso os militares que exercem funções de liderança fossem capacitados, estariam aptos para identificar com mais facilidade e de forma mais precoce os sinais de alerta, podendo prestar auxílio com mais eficiência, já que a intervenção precoce e o suporte psicossocial oferecido há uma maior probabilidade de evitar o agravamento do quadro e maior chance de sucesso do tratamento.

Como instrutora da disciplina Psicologia Organizacional no CFO, considera muito importante este tema para cargos de chefia e liderança, porém não consegue alcançar questões mais complexas, como dependência química, por exemplo. Completa que considera imprescindível que haja uma capacitação continuada ao longo da carreira de oficiais e praças para um adequado manejo deste assunto no CBMDF. Dessa forma, poderão ter conhecimento dos recursos fornecidos pelo CEABM a fim de dar orientações e encaminhamentos adequados aos militares que possam necessitar deste recurso.

4.2.7 Entrevista realizada com o Padre Capelão do CBMDF

Verifica-se que o Padre Capelão do CBMDF, Ten-Cel. QOBM/Cpl. Fernando, há 12 anos na função, mas que já ajudava o Padre Ivan desde 2006 na Capelania Católica do CBMDF, possui ampla experiência na função, e declara que a profissão bombeiro militar influencia demais para o desenvolvimento da dependência química.

Ele declara que, devido a constantes descargas de adrenalina e convivência com o estresse, os bombeiros militares muitas vezes buscam uma fuga existencial saindo do serviço e indo ingerir bebidas alcoólicas, pois o álcool relaxa, muitas vezes por conta de um casamento que não deu certo, influência de amigos, busca pelo prazer.

O entrevistado tem visto que a dependência química tem aumentado no CBMDF, e os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão devem encaminhar o militar dependente químico devidamente, reconhecendo os fatores que podem gerar o transtorno e acionando o CEABM e a Capelania, que precisam ser colocados no circuito.

Ele considera que a apresentação do CEABM à tropa está desorganizada, e considera as Capelanias como as “ilustres esquecidas” em razão de não serem chamados para se apresentarem em cursos de formação e de carreira no CBMDF. Que há, por esse motivo, uma ignorância do que o CEABM e as Capelanias podem oferecer e que os oficiais não estão sensibilizados para isso.

O Padre Capelão declara que circulou pela tropa e descobriu que o CEABM era considerado o manicômio da corporação, e ninguém queria se aproximar do Centro porque isso poderia significar perder GSV, ser taxado de doido, bombeiro problemático, perder o porte de arma.

O entrevistado considera que o serviço do CEABM deve ser divulgado continuamente aos militares do CBMDF, a começar na raiz, no Curso de Formação de Praças (CFP), com tempo em Quadro de Trabalho Semanal (QTS) para que o CEABM e as Capelanias possam se mostrar, para os militares entenderem que estão à disposição e isto tem que estar na mente dos comandantes. Dessa forma, palestras, *workshops*, semana da saúde mental, capacitação em cursos de carreira, serviriam para esta divulgação.

Declara ainda que a capacitação para comandantes e chefes ajudaria na identificação de sinais de alerta e na conscientização, ensinando como abordar, entenderem que não se trata de “frouxura”, que precisam de compaixão, empatia e misericórdia. Aprender a tratar o problema com profissionalismo. Os Comandantes e chefes devem estar atualizados sobre o tema por meio de protocolos ou normativas, interagindo com o CEABM, ligando para o Capelão, participando de reuniões.

4.2.8 Entrevista realizada com militar em tratamento para dependência química

O entrevistado, militar com 30 anos de serviço, mais de 20 anos de serviço apenas como socorrista, declara que desenvolveu a dependência química quando

começou a trabalhar como socorrista, muitas vezes trabalhando 24 horas de serviço dentro de uma ambulância, e sentia a necessidade de ir para os bares como uma maneira de aliviar o estresse. Essa rotina de ir para bares saindo do serviço era como uma válvula de escape para as cenas que encontravam no serviço, e dessa forma foi se acostumando com o álcool.

Não considerava procurar o CEABM porque achava que não funcionava, mas quando viu que o consumo estava saindo do controle, chegando a se envolver em um acidente de trânsito, decidiu procurar o CEABM em 2012, ocasião em que foi internado. Durante o tratamento, já foi internado 3 vezes, todas as vezes quando percebia que estava passando dos limites no consumo de álcool.

O militar relata que não tinha muito a compreensão dos Dias à Prontidão quando tinha recaídas, apenas escreviam memorandos, dessa forma respondia sindicâncias e cumpria punições. Declara que chegou a procurar o Comandante e o Subcomandante, mas não o encaminhavam para o CEABM, apenas o encaminhavam para realizar avaliação de sua capacidade de trabalho no Centro de Perícias Médicas (CPMED). O que o levou a procurar o CEABM por conta própria.

Ele passou a tomar a postura de conversar com todos os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão sobre seu problema e tratamento, percebendo que, mesmo que se interessassem pelo seu problema, se tivessem conhecimento sobre o tema, poderiam tê-lo ajudado mais. Não considera que ser internado a força ajuda no seu tratamento, nem ficar recebendo folga no trabalho ou voz de prisão. Por esse motivo, acha que se fossem realizadas palestras nos quartéis, muitos militares poderiam reconhecer e lidar melhores com dependentes químicos.

Considera o Dia à Prontidão como peça chave para ajudar a identificar o desenvolvimento do problema nos militares de sua ala pela convivência mais próxima, o que não é possível muitas vezes para o Comandante e Subcomandante. Dessa forma poderão ser encaminhados de imediato e precocemente ao CEABM. Não considera que os comandantes e chefes de GBM possuem conhecimentos suficientes para lidarem com o seu problema, percebe que muitos só querem transferir o problema e não querem se envolver.

Dessa forma, relata que se os comandantes e chefes passassem por uma

capacitação, saberiam com lidar, como usar palavras certas, como conversar com o militar ou com a família, como se portar caso decidam visitar a residência e falar com a família, isso ajudaria por se sentirem importantes e incluídos. Isso é importante, porque, pela proximidade, a família do militar cria uma relação de confiança com os militares da unidade, e, muitas vezes, procura por ajuda no GBM, dessa forma o envolvimento da família com o GBM é muito mais fácil, pois há essa proximidade.

4.2.9 Entrevista realizada com militar em tratamento para dependência química

O entrevistado, militar com 27 anos de serviço, declarou que o serviço no CBMDF influencia demais para o desenvolvimento da dependência química, em razão de lidarem com muita mazela e, como antigamente havia preconceito em relação à psicologia e psiquiatria, usavam o álcool como fuga, não somente o álcool, mas cocaína e maconha também, mas que acaba viciando, mesmo com a falsa impressão que se está mantendo o controle da situação.

No caso do entrevistado, o tratamento iniciou por decisão judicial, e, mesmo considerando que não precisava, percebeu na internação que de fato estava precisando ser tratado. A Capelania Católica, através da Pastoral da Sobriedade, tem ajudado neste processo, com encontros semanais e acompanhamento pessoal do Padre ao seu caso.

Como ele escondia que utilizava outras drogas de todos de seu convívio pessoal, inclusive de sua esposa, o militar declara que todos desconfiavam do alcoolismo, mas considera que não havia sido encaminhado precocemente ao CEABM por medo dos colegas em o prejudicarem. Há ainda a cultura de que estão ajudando o militar dependente químico o ajudando a esconder o problema, permitindo que fiquem no alojamento ou fazendo vista grossa, de modo que o Comandante ou o Subcomandante não fique sabendo.

Ele não considera, portanto, que os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão possuam conhecimentos ou prática para abordar a situação no quartel. Declara que, caso eles recebam capacitação, poderiam ajudar bastante, pois saberiam como abordar os militares, entender o problema, saber conversar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho monográfico teve como objetivo analisar o processo de percepção e atitude do Comandante, Subcomandante e Dia à Prontidão de GBM a respeito da necessidade de tratamento e internação de militares sob seu comando com dependência química.

Considerando os objetivos específicos da pesquisa e a metodologia adotada, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o tema proposto. Além disso, de modo a coletar informações dos militares pesquisados, realizou-se a aplicação de um questionário para todos os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM do CBMDF, além de entrevistas com profissionais do CEABM com expertise na área e que atuam diretamente no setor e entrevistas com militares que estão realizando tratamento para dependência química.

Dessa forma, verificou-se a complexidade do tema e que as soluções possíveis dependem de esforços conjuntos entre os órgãos do CBMDF e demandam, principalmente, uma participação colaborativa dos militares que exercem cargo de comando, chefia e liderança nos Grupamentos, com o trabalho realizado pelo CEABM para a recuperação de militares dependentes químicos.

Diante das informações coletadas, pode-se afirmar que os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão são militares que possuem função importante no processo de identificação, e encaminhamento para o CEABM, de militares com dependência química em suas unidades, porém, eles não consideram que foram preparados pelo CBMDF para identificar, lidar com o problema na unidade, acompanhar o tratamento e tomar medidas que possam auxiliar no tratamento e recuperação dos militares dependentes químicos.

Como verificado na pesquisa, a identificação e o encaminhamento precoce facilita o trabalho do CEABM, propiciando ao militar dependente químico maiores chances de recuperação, o que pode evitar internações, que geram grande impacto na vida do militar e de seus familiares, além de altos valores pagos pelo sistema de saúde institucional.

Dessa forma, percebeu-se a necessidade de que o tema seja abordado nos cursos ministrados ao longo da carreira dos militares do CBMDF, oficiais e praças, que exercerão funções de comando e chefia nas unidades, possibilitando assim que haja uma capacitação continuada a todos sobre o assunto.

Além disso, esta capacitação possibilita a divulgação do trabalho do CEABM aos bombeiros militares, profissão esta que demanda cuidados contínuos com a saúde mental em razão das atividades exercidas, que podem gerar transtornos decorrentes do estresse e ansiedade.

Esta capacitação poderá preparar os militares que irão assumir funções de comando, chefia e liderança nos Grupamentos do CBMDF para lidarem com militares com quadro de dependência química, com percepção mais apurada e entendimento do problema.

Permitirá também um maior preparo para a realização de aconselhamentos e encaminhamentos, perceber se há necessidade de internação ou de outras medidas mais simples e que muitas vezes podem ajudar mais, além de buscar alternativas para internações involuntárias. Podem também auxiliar mais o CEABM com o fornecimento de informações importantes para a retroalimentação do serviço.

Além de tudo isso, a capacitação pode servir também para a conscientização da tropa sobre os riscos do consumo abusivo de álcool ou outras drogas, sobre a assistência à saúde mental que é oferecida pelo CEABM a todos os militares do CBMDF e que todos os militares podem procurar ajuda sem sofrerem prejuízos profissionais ou preconceitos.

Dessa forma, como possível contribuição do estudo, foi desenvolvida uma proposta de acrescentar aos projetos pedagógicos de cursos oferecidos pelo Centro de Formação e Aperfeiçoamento de Praças (CEFAP), pela Academia de Bombeiro Militar (ABMIL) e pelo Centro de Estudos de Política, Estratégia e Doutrina (CEPED), a disciplina Psicologia Organizacional que é ministrada atualmente ao CFO, mas com algumas modificações, de modo a contemplar o assunto abordado nesta monografia e a apresentação dos serviços do CEABM aos militares.

Desse modo, propõe-se a ampliação da disciplina Psicologia Organizacional, que atualmente é ministrada para o CFO, acrescentando à carga horária da disciplina e ao seu conteúdo programático o tema desta monografia, e que esta disciplina seja ministrada no Curso de Altos Estudos de Praças (CAEP), no Curso de Formação de Oficiais (CFO), no Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais (CAO) e no Curso de Altos Estudos de Oficiais (CAEO), com adaptações a serem definidas pelos instrutores da disciplina conforme o nível de competências almejado para cada curso.

5.1 Recomendações

Em decorrência das conclusões levantadas e considerando-se os resultados alcançados na presente monografia, foi apresentada no Apêndice C uma proposta de ampliação da disciplina Psicologia Organizacional, que atualmente é ministrada para o CFO. Dessa forma, recomenda-se que esta disciplina, além de ser ampliada conforme modelo proposto, seja ministrada também no CAEP, CAO e CAEO, sendo, portanto, incluída no Projeto Pedagógico de cada curso citado.

A presente pesquisa apresenta ainda as seguintes recomendações:

- Promoção e maior divulgação de campanhas anuais sobre a importância do cuidado com a saúde mental do bombeiro militar, para conscientização sobre os malefícios do uso nocivo de álcool ou outras drogas, prevenção ao suicídio ou transtornos diversos frequentes no CBMDF;
- Implementação de projetos de saúde ocupacional abordando o tema de preservação de saúde mental, com atividades que podem reduzir o estresse e ansiedade (por exemplo, meditação, massagem, *yoga*, *Tai Chi Chuan*, grupos de oração, palestras, atividades físicas, esportes, etc.), alcançando todos os militares dos Grupamentos do CBMDF.
- Estabelecer uma agenda anual para que todos os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM do CBMDF sejam recebidos no CEABM por Psiquiatra, Psicólogo ou Assistente Social para conversarem sobre saúde mental, sobre dificuldades da função,

dependência química entre militares no ambiente de trabalho, além de outros assuntos inerentes à função de comando, chefia e liderança.

- Realização de visitas (previstas em QTS) por todas as turmas do CFP, CFO e CHO ao CEABM e às Capelanias, com o objetivo de conhecerem a estrutura e o serviço realizado para preservação e cuidados com a saúde mental dos bombeiros militares, ocasião em que serão ministradas palestras por militares do CEABM e pelos Capelães.
- Publicação de Portaria de Assistência ao Bombeiro Militar com problemas decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas, conforme Minuta de Portaria elaborada no trabalho monográfico do Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais do CBMDF pelo Cap. QOBM/Comb. Fábio Faria, incluída no Anexo A, com o objetivo de amparar as ações dos Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão, voltadas ao manejo adequado em situações encontradas no ambiente de trabalho. Esta publicação servirá como complementação para a capacitação recebida em cursos do CBMDF.
- Realização de palestra do CEABM em cursos de especialização em APH promovidos pelo GAEPH (Curso de Socorros de Urgência em Atendimento Pré-Hospitalar – CSU/APH) de modo que os socorristas possam receber capacitação para o correto manejo para intervenção em casos de recaídas de militares em tratamento para dependência química, auxiliando o comando e chefia do GBM com suporte e primeiro atendimento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. P. DE; SILVA, M. T. A. **Histórico, efeitos e mecanismo de ação do êxtase (3-4 metilenodioximetanfetamina)**: revisão da literatura. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 8, n. 6, p. 393–402, 2000.

AMES, G.; Cunradi C. **Alcohol use and preventing alcohol-related problems among young adults in the military**. Alcohol Research & Health, 2004.

BERTOLETE, J.M. **Glossário de álcool e drogas**. Secretaria Nacional Antidrogas, Brasília. 2006.

BRASIL. **Decreto nº 4.346, de 26 de agosto de 2002**. Aprova o Regulamento Disciplinar do Exército (R-4) e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4346.htm. Acesso em: 05 de outubro de 2020.

BRASIL. **Decreto nº 31.817, de 21 de junho de 2010**. Regulamenta o inciso II, do artigo 10-B, da Lei nº 8.255, de 20 de novembro de 1991, que dispõe sobre a Organização Básica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. Disponível em: <https://www.cmdpii.com.br/images/legislacao-pdf/decreto-n31817-de-21-de-junho-de-2010.pdf>. Acesso em: 06 de outubro de 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.225, de 20 de novembro de 1991**. Dispõe sobre a organização básica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8255.htm. Acesso em: 10 de outubro de 2020.

BRASIL. **Lei nº 12.086, de 6 de novembro de 2009**. Dispõe sobre os militares da Polícia Militar do Distrito Federal e do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12086.htm. Acesso em: 13 de dezembro de 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 15 de dezembro de 2020.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. 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: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm. Acesso em: 15 de dezembro de 2020.

BRASIL. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: Conhecer para ajudar**. 2008. Disponível em: <https://www.uniad.org.br/wp->

content/uploads/2013/11/Curso_SEAD_UFSC_SENAD_SESI.pdf.. Acesso em: 15 de dezembro de 2020.

CAMPOS, Wagner Estelita. **Chefia - sua técnica, seus problemas**. São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, 16a.ed.,1989.

CASTANHA, Priscilla Folgosi. **A dependência química e as relações de trabalho**. Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 17, n. 3215, 20 abr. 2012. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/21560>. Acesso em: 10OUT2020.

CBMDF. **Quadro de Distribuição do efetivo e organograma do CBMDF**, publicado no Boletim Geral 072, de 16 de abril de 2020-1.

CBMDF. **Projeto Pedagógico do Curso de Formação de Oficiais - CFO -** Aprovado no Boletim Geral 170, de 6 de setembro de 2017-1.

CBMDF. **Regimento Interno do CBMDF**, publicado no Suplemento do Boletim Geral 223, de 1º dezembro de 2020-2.

CBMDF. **Plano de Emprego Operacional do CBMDF**, publicado no Suplemento do Boletim Geral 188, de 06 de outubro de 2020-3.

CBMDF. **Projeto Pedagógico do Curso de Aperfeiçoamento de Praças Bombeiro Militar - PPC/CAP**, publicado no Boletim Geral 094, de 20 de maio de 2020-4.

CBMDF. **Projeto Pedagógico do Curso de Altos Estudos para Praças Bombeiro Militar - CAEP/BM**, publicado no Boletim Geral 143, de 28 de julho de 2017-2.

CRIPPA, J. A. *et al.* **Efeitos cerebrais da maconha**: resultados dos estudos de neuroimagem. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 27, n. 1, p. 70–78, 2005.

DE OLIVEIRA, K. L.; DOS SANTOS, L. M. **Percepção da saúde mental em policiais militares da força tática e de rua**. Sociologias, n. 25, p. 224–250, 2010.

DEJOURS, C. **Psychopatologie du travail**. Paris. Entreprise moderne D'édition. 1985.

DE OLIVEIRA, L. G. *et al.* **Occupational conditions and the risk of the use of amphetamines by truck drivers**. Revista de Saude Publica, v. 49, 2015.

DE SOUZA, W. G. *et al.* **Uma Abordagem Sobre Casos De Intoxicação Por Medicamentos Anticonvulsivantes Barbitúricos: Fenorbabital**. Revista Científica FAEMA, v. 10, n. 1, p. 131–138, 2019.

FARIA, Fábio Lopes. **Análise do atendimento ao alcoolismo no âmbito do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal no atual programa de atenção à dependência química**. Monografia apresentada no Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais, CEPED/CBMDF, 2020.

FERNANDES, F. C.; DIAS, J. A. **Álcool e drogas no trabalho**: Conhecimento do

candidato ao título de especialista em medicina do trabalho em relação ao tema. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v. 14, n. 2, p. 89–93, 2016.

FERREIRA, B. A. DE M. *et al.* **O uso e abuso da cocaína:** Efeitos Neurofisiológicos. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit*, v. 4, n. 2, p. 359–370, 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. A. **Síndrome de Dependência do Álcool:** critérios diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, n. Supl I, p. 11–13, 2004.

KRAYCHETE, D. C.; GARCIA, J. B. S.; SIQUEIRA, J. T. T. DE. **Recommendations for the use of opioids in Brazil:** Part IV. Adverse opioid effects. *Revista Dor*, v. 15, n. 3, p. 215–223, 2014.

LARANJEIRA, R.; DUAILIBI, S. M.; PINSKY, I. **Álcool E Violência:** a Psiquiatria E a Saúde Pública. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, n. 3, p. 176–177, 2005.

LIMA, E.P.; ASSUNÇÃO, A.A.; BARRETO, S.M. **Prevalência de depressão em bombeiros.** *Caderno Saúde Pública*; 31(4):733-743; Ed. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil, 2015.

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

MOTA, D. M. *et al.* **Use abusive of benzydamine in Brazil:** An overview in pharmacovigilance. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 15, n. 3, p. 717–724, 2010.

NUNES, L. M.; JÓLLUSKIN, G. **O uso de drogas:** breve análise histórica e social. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, n. 4, p. 230–237, 2007.

OLIVEIRA, D. P. R. de. **Planejamento estratégico:** conceitos, metodologia e práticas. 18. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10.** Porto Alegre: Artmed; 1993.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. **Uso indevido de benzodiazepínicos:** um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. *Revista latino-americana de enfermagem*, v. 13 Spec No, p. 896–902, 2005.

PEDROZO, M. de F.M. & SIQUEIRA, M.E.P.B. de. **Solventes de cola:** abuso e efeitos nocivos à saúde. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 23:336-40, 1989.

PRATTA, E. M. M.; DOS SANTOS, M. A. **O processo saúde-doença e a dependência química:** Interfaces e evolução. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 25, n. 2, p. 203–211, 2009.

SANTOS, Antônio Raimundo dos. **Metodologia científica:** a construção do conhecimento. 3ª ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

SENAD. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Glossário de álcool e drogas**. Tradução e notas: J. M. Bertolote. Brasília: 2010.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23. Ed. revisada e atualizada. São Paulo: CORTEZ, 2007.

SILVEIRA, DARTIU XAVIER DA. **Padrões de uso de drogas**: eixo, políticas e fundamentos. Senad, 2017.

SOUZA, L. G. S.; MENANDRO, M. C. S.; MENADRO, P. R. M. **O alcoolismo, suas causas e tratamento**. Physis - Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1335–1360, 2015.

XAVIER, C. A. C. *et al.* **Êxtase (MDMA)**: Efeitos farmacológicos e tóxicos, mecanismo de ação e abordagem clínica. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 35, n. 3, p. 96–103, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário aplicado

Questionário sobre percepção e atitude do Comandante, Subcomandante e Dia à Prontidão de GBM a respeito da necessidade de internação de militares para tratamento de dependência química (álcool ou outras drogas).

Olá! Este questionário tem por objetivo a coleta de dados para o Trabalho de Conclusão do Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais sobre “percepção e atitude do Comandante, Subcomandante e Dia à Prontidão a respeito da necessidade de internação de militares para tratamento de dependência química.”

Trata-se de um questionário sigiloso, e não serão divulgados nomes ou informações pessoais que possibilitem a identificação dos participantes.

Desde já agradeço a participação do(a) senhor(a)!

Cap. Carlos – CAO/2020

1. Qual função que o(a) Sr(a). exerce no Grupamento em que trabalha? (Resposta: COMANDANTE, SUBCOMANDANTE ou DIA À PRONTIDÃO)
2. Qual é o posto ou graduação do(a) Sr(a).?
3. O(A) Sr(a). já trabalhou com militares com dependência química (álcool ou outras drogas) que necessitaram de tratamento? (Resposta: SIM, NÃO ou POSSO NÃO TER PERCEBIDO)
4. O(A) Sr(a). considera a dependência química um transtorno psiquiátrico ou acha que trata-se de um desvio de caráter? (Resposta: TRANSTORNO PSQUIÁTRICO ou DESVIO DE CARÁTER)
5. O(A) Sr(a). considera que o trabalho como bombeiro militar influencia para o desenvolvimento de dependência química? (Resposta: SIM, NÃO ou DESCONHEÇO).
6. Na opinião do(a) Sr(a)., quais os principais motivos para o desenvolvimento de dependência química? (Resposta: ESTRESSE DO SERVIÇO, PROBLEMAS FAMILIARES, SOBRECARGA NO TRABALHO, INFLUÊNCIA DE PESSOAS PRÓXIMAS, DESCONHEÇO, outros “escrever”).
7. O(A) Sr(a). teve algum tipo de treinamento no CBMDF (em curso de formação, aperfeiçoamento ou altos estudos) sobre dependência química e como lidar com o problema no ambiente de trabalho? (Resposta: SIM ou NÃO)

8. O(A) Sr(a). se considera preparado para, através de sinais de alerta no comportamento de algum(a) militar, perceber se este(a) está desenvolvendo dependência química e necessita de tratamento? (Resposta: de 1 a 5 – nada preparado a totalmente preparado)
9. O(A) Sr(a). se considera preparado para identificar os casos em que os(as) militares com dependência química necessitam de internação para tratamento? (Resposta: de 1 a 5 – nada preparado a totalmente preparado)
10. O(A) Sr(a). considera importante que os Comandantes de GBM estejam preparados para identificar sinais de desenvolvimento de dependência química dos(as) militares sob seu comando, além disso, devendo saber como agir para ajudar na recuperação dos(as) militares. (Resposta: de 1 a 5 – nada importante a extremamente importante)
11. O(A) Sr(a). considera importante que os Subcomandantes de GBM estejam preparados para identificar sinais de desenvolvimento de dependência química dos(as) militares sob seu comando, além disso, devendo saber como agir para ajudar na recuperação dos(as) militares. (Resposta: de 1 a 5 – nada importante a extremamente importante)
12. O(A) Sr(a). considera importante que os Dias à Prontidão de GBM estejam preparados para identificar sinais de desenvolvimento de dependência química dos(as) militares sob seu comando, além disso, devendo saber como agir para ajudar na recuperação dos(as) militares. (Resposta: de 1 a 5 – nada importante a extremamente importante)
13. O(A) Sr(a). considera importante que o CBMDF promova treinamento em cursos de formação, aperfeiçoamento, altos estudos ou curso específico para que os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM estejam preparados para identificar sinais de desenvolvimento de dependência química dos militares sob seu comando, além disso, para saberem como agir para ajudar na recuperação dos militares? (Resposta: de 1 a 5 – nada importante a extremamente importante)
14. O(A) Sr(a). considera que o CBMDF oferece treinamento para os(as) militares que exercem função de comando e chefia nas unidades para lidarem com casos de militares com dependência química sob seu comando e que possam necessitar de internação? (Resposta: SIM, NÃO ou DESCONHEÇO).

15. O(A) Sr(a). acredita que os militares com dependência química podem receber tratamento sem a necessidade de uma internação? (Resposta: SIM, NÃO ou DESCONHEÇO).
16. O(A) Sr(a). acredita que a internação para tratamento de dependência química é a melhor opção para a recuperação do(a) militar? (Resposta: SIM, NÃO ou DESCONHEÇO).
17. O(A) Sr(a). considera que, caso o(a) militar com dependência química não aceite o tratamento, a melhor opção é a internação involuntária, com a aceitação de algum familiar próximo e de convívio pessoal (cônjuge, filhos, pais)? (Resposta: SIM, NÃO ou DESCONHEÇO).
18. Caso o Sr(a). e os familiares do(a) militar com dependência química decidam pela internação involuntária para tratamento e recuperação, o Sr(a). se considera preparado para tomar todas as medidas necessárias para o encaminhamento do militar para a clínica, e, após o término do tratamento, para o seu retorno ao GBM? (Resposta: de 1 a 5 – nada preparado a totalmente preparado)
19. O(A) Sr(a). se considera preparado para lidar com militares com dependência química que apresentam recaídas com frequência, levando-os a faltar serviços ou apresentarem-se ao trabalho com sinais de utilização de substâncias químicas? (Resposta: de 1 a 5 – nada preparado a totalmente preparado)
20. O(A) Sr(a). conhece o trabalho desenvolvido pelo Centro de Assistência Bombeiro Militar (CEABM) para tratamento de militares com dependência química? (Resposta: SIM ou NÃO)
21. O(A) Sr(a). considera que o Centro de Assistência Bombeiro Militar (CEABM) possui capacidade de realizar o tratamento de todos(as) os(as) militares com dependência química que procuram por ajuda ou são encaminhados. (Resposta: SIM, NÃO ou DESCONHEÇO).
22. O(A) Sr(a). considera que encaminhar o(a) militar com dependência química para o Centro de Assistência Bombeiro Militar (CEABM) é suficiente para que ele(a) receba o tratamento adequado que necessita? (Resposta: SIM, NÃO ou DESCONHEÇO).

APÊNDICE B – Entrevistas Realizadas

Entrevista realizada com a Comandante do CEABM em exercício e Assistente Social do CEABM

Questões desenvolvidas na entrevista:

Pergunta: Qual o posto, nome, função de Vossa Senhoria no CEABM e por quanto tempo está nesta função?

Resposta: Ten-Cel. QOBM/Compl. Edyane, assistente social do CEABM por 23 anos, respondendo pelo Comando do CEABM no mês de dezembro de 2020.

Pergunta: Com toda a experiência de Vossa Senhoria lidando com militares do CBMDF com problema de dependência química, considera que a profissão de bombeiro militar pode contribuir para o desenvolvimento do problema? Se não contribui de maneira significativa, quais seriam os principais motivos que Vossa Senhoria tem identificado como origem da dependência química nos militares?

Resposta: Inicialmente é importante esclarecer que a dependência química é multicausal, ou seja, variáveis diversas contribuem para seu desenvolvimento, sendo inegável (porém não determinante) a influência do meio ambiente. A profissão bombeiro militar nos expõe a situações rotineiras de estresse, o que pode impactar em nossa saúde mental, física ou ocupacional, resultando em adoecimentos.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que a dependência química é um problema frequente no CBMDF? Do ponto de vista de Vossa Senhoria, este problema tem diminuído ou aumentado entre os militares do CBMDF?

Resposta: Eu diria que é frequente em nossa sociedade em razão da aceitação sociocultural do consumo do álcool, por exemplo. Considero que o imediatismo característico do mundo contemporâneo, também induz a busca por "soluções mágicas" para os problemas rotineiros bem como pelo prazer instantâneo. Ainda no que concerne ao uso do álcool, se considerarmos que é maior na população masculina e as instituições militares ainda são constituídas majoritariamente por homens, em tese esta característica nos induz a crer que há um uso mais significativo nesses espaços institucionais. No CBMDF desconheço

haver dados específicos que possam afirmar aumento ou redução do uso de substâncias psicoativas.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que os militares que exercem função de Comando, Subcomando e Chefe de Ala de Serviço (Dia à Prontidão) nos Grupamentos de Bombeiro Militar (GBM) poderiam contribuir com o trabalho do CEABM para o sucesso no tratamento dos militares com dependência química sob seu comando caso tivessem capacitação ou treinamento fornecido por este Centro?

Resposta: Acredito que sim. Identificar os sinais de uso abusivo e intervir precocemente é um dos benefícios que poderia advir de um treinamento desta natureza. Considero que a restrita adoção de medidas disciplinares não seja suficiente para um resultado efetivo. É importante que as chefias conheçam os limites legais para intervenção a fim de que não extrapolem suas competências diante de situações desta natureza.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que a implementação de uma capacitação ou treinamento para os militares que exercem função de Comando, Subcomando e Dia à Prontidão de GBM poderia ajudá-los a conseguir identificar os militares em processo de desenvolvimento da dependência química? Esta percepção poderia ajudar no tratamento e evitar casos de internações?

Resposta: Conforme dito na pergunta anterior, acredito que sim. Um maior entendimento deste transtorno poderia ajudar, não exatamente no tratamento, mas no suporte ao tratamento por meio do trato adequado ao militar, encaminhamento precoce para tratamento, etc. Considero válido salientar que outros fatores são essenciais quando se fala em tratamento, dentre os quais destaco o grau de motivação do paciente.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM podem decidir, juntamente com familiares dos militares com dependência química pela internação forçada do militar, sem uma avaliação prévia do CEABM, apenas com a avaliação do Psiquiatra ou Psicólogo de uma clínica credenciada pelo CBMDF? A internação forçada é a melhor alternativa para os casos de dependência química com quadro mais avançado?

Resposta: A internação é uma das possibilidades de tratamento cuja prescrição deve ser feita apenas por profissional da área médica. A participação de terceiros é prevista em lei quando se trata de internação involuntária. Neste caso, após avaliação e indicação médica e frente a recusa do paciente, um terceiro (via de regra, familiar) assume a responsabilidade legal pela internação. No CBMDF, a avaliação prévia no CEABM ocorre quando o paciente inicia o tratamento pelo nosso serviço. Nas situações nas quais o paciente se reporta diretamente a uma das clínicas credenciadas ou hospital, compete a médico da referida instituição proceder a avaliação e indicações terapêuticas para o caso. Não obstante existir previsão legal para internação involuntária, o caráter voluntário é privilegiado pelas políticas de saúde, pois internações involuntárias costumam ter baixa eficácia e alto custo.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que na disciplina que é ministrada para o Curso de Formação de Oficiais sobre Psicologia Organizacional, é suficiente para capacitar os futuros oficiais para lidarem com casos de militares com dependência química nos Grupamentos de Bombeiro Militar? Vossa Senhoria considera que há a necessidade de capacitação, treinamento ou atualização ao longo da carreira (em cursos de formação, aperfeiçoamento, altos estudos ou curso específico) do oficial ou praça que exerce função de chefia e liderança nas unidades?

Resposta: Qualquer disciplina cujo conteúdo programático contemple o desenvolvimento de habilidades de liderança e temas congêneres é importante. Para além de uma disciplina ou atividades pontuais, a educação continuada é condição sine qua non para o aprimoramento institucional.

Pergunta: Vossa Senhoria considera importante que os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM conheçam o trabalho e os programas realizados pelo CEABM para o tratamento de dependência química dos militares do CBMDF? Vossa Senhoria acredita que os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM podem auxiliar este trabalho?

Resposta: Não apenas o programa de atenção à dependência química, mas todos os serviços oferecidos pelo CEABM. Conhecer os serviços do Centro possibilita desmistificá-lo e leva a compreensão do seu real objetivo que é ser o

espaço de referência e cuidado à saúde psíquica, social e laboral dos bombeiros militares, dependentes legais e pensionistas.

Pergunta: O CEABM possui uma equipe de pronto emprego para dar suporte aos Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM para prestar informações e enviar equipe para casos em que militares com dependência química apresentem recaídas e que possam necessitar de assistência residencial? Os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM poderiam ajudar de que maneira nestes casos?

Resposta: A equipe técnica do CEABM realiza atendimentos eletivos. Atendimentos de caráter emergencial são oferecidos em nossa rede credenciada. Isto em razão de não dispomos de efetivo profissional e estrutura física para realizar este tipo de atendimento. Eventualmente são realizadas visitas domiciliares em situações específicas.

Entrevista realizada com a chefe da Seção de Assistência à Saúde Mental e Ocupacional do CEABM

Questões desenvolvidas na entrevista:

Pergunta: Qual o posto, nome, função de Vossa Senhoria no CEABM e por quanto tempo está nesta função?

Resposta: Ten-Cel. QOBM/Compl. Cláudia Abreu Amorim Corrêa, Subcomandante há aproximadamente 13 meses e Chefe da Seção de Assistência à Saúde Mental e Ocupacional (SASMO) desde abril de 2014.

Pergunta: Com toda a experiência de Vossa Senhoria lidando com militares do CBMDF com problema de dependência química, considera que a profissão de bombeiro militar pode contribuir para o desenvolvimento do problema? Se não contribui de maneira significativa, quais seriam os principais motivos que Vossa Senhoria tem identificado como origem da dependência química nos militares?

Resposta: Pode contribuir em conjunto com outros fatores biopsicossociais. Em particular como agente não adaptativo de regulação do estresse, em razão de ausência de conhecimentos e estratégias eficientes.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que a dependência química é um problema frequente no CBMDF? Do ponto de vista de Vossa Senhoria, este problema tem diminuído ou aumentado entre os militares do CBMDF?

Resposta: Não tenho dados para dizer se é mais ou menos frequente que na população geral, ou em outras corporações bombeiro militares.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que os militares que exercem função de Comando, Subcomando e Chefe de Ala de Serviço (Dia à Prontidão) nos Grupamentos de Bombeiro Militar (GBM) poderiam contribuir com o trabalho do CEABM para o sucesso no tratamento dos militares com dependência química sob seu comando caso tivessem capacitação ou treinamento fornecido por este Centro?

Resposta: Sim.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que a implementação de uma capacitação ou treinamento para os militares que exercem função de Comando, Subcomando e Dia à Prontidão de GBM poderia ajudá-los a conseguir identificar os militares em processo de desenvolvimento da dependência química? Esta percepção poderia ajudar no tratamento e evitar casos de internações?

Resposta: Sim.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM podem decidir, juntamente com familiares dos militares com dependência química pela internação forçada do militar, sem uma avaliação prévia do CEABM, apenas com a avaliação do Psiquiatra ou Psicólogo de uma clínica credenciada pelo CBMDF? A internação forçada é a melhor alternativa para os casos de dependência química com quadro mais avançado?

Resposta: Não. Do ponto de vista técnico não. Contudo a lei faculta aos familiares e médicos tais condutas em situações de risco. Chefes, em nenhuma

situação. Considero a internação forçada a pior situação. Mesmo nas situações de risco, se houver condições, melhor ajudar o paciente a escolher.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que na disciplina que é ministrada para o Curso de Formação de Oficiais sobre Psicologia Organizacional, é suficiente para capacitar os futuros oficiais para lidarem com casos de militares com dependência química nos Grupamentos de Bombeiro Militar? Vossa Senhoria considera que há a necessidade de capacitação, treinamento ou atualização ao longo da carreira (em cursos de formação, aperfeiçoamento, altos estudos ou curso específico) do oficial ou praça que exerce função de chefia e liderança nas unidades?

Resposta: A disciplina é fundamental, mas talvez insuficiente. Considero ideal treinamento e atualização ao longo da carreira, além da busca ativa por orientação dos profissionais de saúde mental do CEABM para casos pontuais.

Pergunta: Vossa Senhoria considera importante que os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM conheçam o trabalho e os programas realizados pelo CEABM para o tratamento de dependência química dos militares do CBMDF? Vossa Senhoria acredita que os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM podem auxiliar este trabalho?

Resposta: Fundamental.

Pergunta: O CEABM possui uma equipe de pronto emprego para dar suporte aos Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM para prestar informações e enviar equipe para casos em que militares com dependência química apresentem recaídas e que possam necessitar de assistência residencial? Os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM poderiam ajudar de que maneira nestes casos?

Resposta: Considero fundamental a atuação conjunta e colaborativa das duas partes.

Entrevista realizada com o Psiquiatra do CEABM

Questões desenvolvidas na entrevista:

Pergunta: Qual o posto, nome, função de Vossa Senhoria no CEABM e por quanto tempo está nesta função?

Resposta: 1º Ten. QOBM/Saúde/Med. Siciliano - Psiquiatra - 3 anos.

Pergunta: Com toda a experiência de Vossa Senhoria lidando com militares do CBMDF com problema de dependência química, considera que a profissão de bombeiro militar pode contribuir para o desenvolvimento do problema? Se não contribui de maneira significativa, quais seriam os principais motivos que Vossa Senhoria tem identificado como origem da dependência química nos militares?

Resposta: Tenho a impressão de ser um problema mais comum entre as praças mais antigas da corporação. Ouço falar que, antigamente, existia uma cultura nos quartéis operacionais de se fazer uso álcool, até mesmo durante o horário de serviço. Vejo a dependência química como uma doença de origem multifatorial. Entretanto, parece ser muito comum a sua ocorrência concomitante com grande endividamento financeiro.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que a dependência química é um problema frequente no CBMDF? Do ponto de vista de Vossa Senhoria, este problema tem diminuído ou aumentado entre os militares do CBMDF?

Resposta: A dependência química, principalmente o alcoolismo, é um dos problemas de saúde mental mais frequentes no CBMDF. Tenho a impressão de que esse problema vem diminuindo com a entrada de novas gerações de bombeiros e com mudanças na cultura institucional.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que os militares que exercem função de Comando, Subcomando e Chefe de Ala de Serviço (Dia à Prontidão) nos Grupamentos de Bombeiro Militar (GBM) poderiam contribuir com o trabalho do CEABM para o sucesso no tratamento dos militares com dependência química sob seu comando caso tivessem capacitação ou treinamento fornecido por este Centro?

Resposta: Com certeza. Inclusive, tem sido cada vez mais frequente o encaminhamento de militares subordinados com problemas de dependência química ao CEABM.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que a implementação de uma capacitação ou treinamento para os militares que exercem função de Comando, Subcomando e Dia à Prontidão de GBM poderia ajudá-los a conseguir identificar os militares em processo de desenvolvimento da dependência química? Esta percepção poderia ajudar no tratamento e evitar casos de internações?

Resposta: Certamente. A equipe técnica do CEABM já chegou a elaborar uma capacitação específica para militares que exercem funções de comando. Por dificuldades na logística da organização dessa capacitação, este projeto não foi executado.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM podem decidir, juntamente com familiares dos militares com dependência química pela internação forçada do militar, sem uma avaliação prévia do CEABM, apenas com a avaliação do Psiquiatra ou Psicólogo de uma clínica credenciada pelo CBMDF? A internação forçada é a melhor alternativa para os casos de dependência química com quadro mais avançado?

Resposta: A internação involuntária pode ser necessária em situações de urgência ou emergência envolvendo a dependência química. Nesses casos não há como ser feita uma avaliação prévia pela equipe do CEABM. Por outro lado, internações prolongadas não previnem novas recaídas e são prejudiciais à saúde mental do paciente. Algumas vezes, a clínica e os familiares decidem prolongar a internação involuntária pelo maior tempo possível, onerando muito o nosso sistema de saúde.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que na disciplina que é ministrada para o Curso de Formação de Oficiais sobre Psicologia Organizacional, é suficiente para capacitar os futuros oficiais para lidarem com casos de militares com dependência química nos Grupamentos de Bombeiro Militar? Vossa Senhoria considera que há a necessidade de capacitação, treinamento ou atualização ao longo da carreira (em cursos de formação, aperfeiçoamento, altos estudos ou curso específico) do oficial ou praça que exerce função de chefia e liderança nas unidades?

Resposta: Começamos essa disciplina com o CFO 35, e já percebemos que os oficiais dessa turma frequentemente nos encaminham militares ainda em estágio

inicial de adoecimento. Acreditamos que a capacitação de todos os oficiais facilitaria muito esse tipo de encaminhamento e evitaria muitas internações.

Pergunta: Vossa Senhoria considera importante que os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM conheçam o trabalho e os programas realizados pelo CEABM para o tratamento de dependência química dos militares do CBMDF? Vossa Senhoria acredita que os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM podem auxiliar este trabalho?

Resposta: Acredito que os militares em função de comando são o melhor público para iniciarmos um projeto de capacitação nesse assunto. Temos contato com alguns militares que sabem fazer muito bem esse tipo de encaminhamento e acredito que podemos propagar essa prática na corporação.

Pergunta: O CEABM possui uma equipe de pronto emprego para dar suporte aos Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM para prestar informações e enviar equipe para casos em que militares com dependência química apresentem recaídas e que possam necessitar de assistência residencial? Os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM poderiam ajudar de que maneira nestes casos?

Resposta: Casos de urgência e emergência devem ser encaminhados à rede credenciada. Como esses eventos são esporádicos e imprevisíveis, não seria eficiente para o serviço destacaremos diariamente um militar para cumprir esse tipo de escala. Além disso, não há nenhum proveito em atender o militar no momento em que ele se encontra intoxicado. Desta forma, acredito que seria uma medida muito dispendiosa e pouco eficaz.

Entrevista realizada com o Psicólogo Clínico do CEABM

Questões desenvolvidas na entrevista:

Pergunta: Qual o posto, nome, função de Vossa Senhoria no CEABM e por quanto tempo está nesta função?

Resposta: 1º Ten. QOBM/Compl. Pinho, Psicólogo Clínico, 2 anos.

Pergunta: Com toda a experiência de Vossa Senhoria lidando com militares do CBMDF com problema de dependência química, considera que a profissão de bombeiro militar pode contribuir para o desenvolvimento do problema? Se não contribui de maneira significativa, quais seriam os principais motivos que Vossa Senhoria tem identificado como origem da dependência química nos militares?

Resposta: Atividades estressantes ou de alto risco de periculosidade, comuns na carreira do bombeiro, costumam favorecer problemas com dependência química. Não são os únicos fatores, mas são fatores que existe correlação.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que a dependência química é um problema frequente no CBMDF? Do ponto de vista de Vossa Senhoria, este problema tem diminuído ou aumentado entre os militares do CBMDF?

Resposta: É um problema frequente no CBMDF e na carreira militar. É um problema que sempre existiu, mas que agora estamos dando mais atenção. No mundo é um problema que vem aumentando, então provavelmente no CBMDF também está. Mas faltam dados dentro da corporação para afirmar isso.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que os militares que exercem função de Comando, Subcomando e Chefe de Ala de Serviço (Dia à Prontidão) nos Grupamentos de Bombeiro Militar (GBM) poderiam contribuir com o trabalho do CEABM para o sucesso no tratamento dos militares com dependência química sob seu comando caso tivessem capacitação ou treinamento fornecido por este Centro?

Resposta: Com certeza! Bastante.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que a implementação de uma capacitação ou treinamento para os militares que exercem função de Comando, Subcomando e Dia à Prontidão de GBM poderia ajudá-los a conseguir identificar os militares em processo de desenvolvimento da dependência química? Esta percepção poderia ajudar no tratamento e evitar casos de internações?

Resposta: Com certeza.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM podem decidir, juntamente com familiares dos militares

com dependência química pela internação forçada do militar, sem uma avaliação prévia do CEABM, apenas com a avaliação do Psiquiatra ou Psicólogo de uma clínica credenciada pelo CBMDF? A internação forçada é a melhor alternativa para os casos de dependência química com quadro mais avançado?

Resposta: O CEABM não conta com instalações e equipe auxiliar preparada para intervir em emergências psiquiátricas, como no caso de internação involuntária. O ideal é sempre sugerir a internação voluntária, quando algum profissional (psicólogo ou psiquiatra) recomende. Caso não seja possível, chamar a equipe de remoção de alguma clínica de internação ou de hospital que possua emergência psiquiátrica. Assim o militar já estará fazendo uma avaliação completa antes de uma possível internação. Se o militar for internado em clínica psiquiátrica, a informação chegará para os profissionais do CEABM, que farão visitas periódicas na clínica de internação para acompanhar o processo de recuperação do militar. A internação involuntária (forçada) não é a melhor alternativa para recuperar o dependente químico, mas torna-se necessária quando não é possível aderir a um tratamento eletivo. É a última alternativa, usada em casos mais graves.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que na disciplina que é ministrada para o Curso de Formação de Oficiais sobre Psicologia Organizacional, é suficiente para capacitar os futuros oficiais para lidarem com casos de militares com dependência química nos Grupamentos de Bombeiro Militar? Vossa Senhoria considera que há a necessidade de capacitação, treinamento ou atualização ao longo da carreira (em cursos de formação, aperfeiçoamento, altos estudos ou curso específico) do oficial ou praça que exerce função de chefia e liderança nas unidades?

Resposta: A disciplina não é suficiente. Ela abre portas e é uma importante introdução ao tema, mas não suficiente. Considero que seria muito importante haver uma capacitação ao longo da carreira. Não é necessário algo muito prolongado, mas que seja focado na situação da dependência química na corporação. Um conteúdo programático de 4h de tempos em tempos seria suficiente.

Pergunta: Vossa Senhoria considera importante que os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM conheçam o trabalho e os programas realizados pelo CEABM para o tratamento de dependência química dos militares do

CBMDF? Vossa Senhoria acredita que os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM podem auxiliar este trabalho?

Resposta: Considero extremamente importante e ajudaria bastante.

Pergunta: O CEABM possui uma equipe de pronto emprego para dar suporte aos Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM para prestar informações e enviar equipe para casos em que militares com dependência química apresentem recaídas e que possam necessitar de assistência residencial? Os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM poderiam ajudar de que maneira nestes casos?

Resposta: O CEABM não possui uma equipe de pronto emprego. A equipe técnica do CEABM já tentou inserir uma função semelhante ao "médico de dia", mas sem sucesso. Então até hoje, nesses casos, o médico de dia pode ser acionado e prestará as informações. Os comandantes, subcomandantes e Dias à Prontidão, caso tivessem uma capacitação, poderiam direcionar para qual medida seria mais pertinente para cada caso, como: hospital, clínica de internação ou até mesmo a própria residência do militar para uma futura intervenção.

Entrevista realizada com o Psicólogo Organizacional do CEABM e instrutor da disciplina Psicologia Organizacional no CFO

Questões desenvolvidas na entrevista:

Pergunta: Qual o posto, nome, função de Vossa Senhoria no CEABM e por quanto tempo está nesta função?

Resposta: 1º Ten. QOBM/Compl. Ademário, Psicólogo Organizacional, ingresso em 2018.

Pergunta: Com toda a experiência de Vossa Senhoria lidando com militares do CBMDF com problema de dependência química, considera que a profissão de bombeiro militar pode contribuir para o desenvolvimento do problema? Se não contribui de maneira significativa, quais seriam os principais motivos que Vossa Senhoria tem identificado como origem da dependência química nos militares?

Resposta: O fenômeno da dependência é multifatorial, envolvendo aspectos biológicos, sociais, culturais e psicológicos. O trabalho como bombeiro militar tem vicissitudes vulnerabilizantes e protetivas ao desenvolvimento do uso problema de álcool e outras drogas. Dentre os fatores de risco estão elementos da cultura, que associam confraternizações à presença de álcool, ou que levam a tentativas de automedicação frente a angústias, estresses ou ansiedades ao invés de valorizarem busca de ajuda profissional frente a esses estressores (muitas vezes sendo interpretados como fraqueza ou “frouxura”). Ademais, o enfrentamento cotidiano a situações de tragédia, sofrimento e miséria humana tem potencial de afetar a saúde psíquica dos militares, sendo o quadro de dependência uma das resultantes possíveis desses impactos.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que a dependência química é um problema frequente no CBMDF? Do ponto de vista de Vossa Senhoria, este problema tem diminuído ou aumentado entre os militares do CBMDF?

Resposta: Por se tratar de algo velado, em que só se percebe as consequências quando há grande comprometimento do sujeito, fica difícil estimar a porcentagem de militares do CBMDF que tem esse quadro em comparação com a população geral. Mas, ainda que seja um problema congruente com os índices da população geral, sua gravidade segue inequívoca. Estudos apontam que aproximadamente 12% da população brasileira faz uso problemático de álcool e aproximadamente 5% de outras drogas. Estudo recente da Fiocruz estimou 1,5% da população como dependente de álcool e 0,8% como dependente de outras drogas. Assim, se pensássemos em 5.000 bombeiros, teríamos, em tese, 600 com uso problemático de álcool e 75 dependentes dessa substância, além de 250 com uso problemático de outras drogas e cerca de 400 dependentes dessas outras substâncias (aqui excluído o tabaco). Isto posto, a prevalência estima desse transtorno e suas consequências na vida do militar e no desempenho de sua função tornam a questão deveras relevante.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que os militares que exercem função de Comando, Subcomando e Chefe de Ala de Serviço (Dia à Prontidão) nos Grupamentos de Bombeiro Militar (GBM) poderiam contribuir com o trabalho do

CEABM para o sucesso no tratamento dos militares com dependência química sob seu comando caso tivessem capacitação ou treinamento fornecido por este Centro?

Resposta: Sem dúvida alguma aqueles na função de gestão se beneficiariam de conhecimentos relativos ao manejo da tropa e saúde mental. Tal capacitação seria possível por um estreitamento de laços com o CEABM.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que a implementação de uma capacitação ou treinamento para os militares que exercem função de Comando, Subcomando e Dia à Prontidão de GBM poderia ajudá-los a conseguir identificar os militares em processo de desenvolvimento da dependência química? Esta percepção poderia ajudar no tratamento e evitar casos de internações?

Resposta: Com certeza esse tipo de capacitação favoreceria a identificação e manejo mais adequado dos casos e tornaria possível inclusive ampliar fatores protetivos e reduzir fatores estressores relacionados ao trabalho do bombeiro militar.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM podem decidir, juntamente com familiares dos militares com dependência química pela internação forçada do militar, sem uma avaliação prévia do CEABM, apenas com a avaliação do Psiquiatra ou Psicólogo de uma clínica credenciada pelo CBMDF? A internação forçada é a melhor alternativa para os casos de dependência química com quadro mais avançado?

Resposta: A decisão por uma internação involuntária cabe aos profissionais de saúde em interlocução com a família. Todavia, o comando da unidade bem instrumentalizado pode favorecer a visualização de alternativas menos invasivas e, inclusive atuar na prevenção ao agravamento da situação. Em geral os tratamentos menos invasivos, que mantenham os laços sociais e que ocorram com o envolvimento do paciente tem resultados mais amplos e duradouros. Os índices de sucesso (abstinência) de internação involuntária no segmento posterior são baixos.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que na disciplina que é ministrada para o Curso de Formação de Oficiais sobre Psicologia Organizacional, é suficiente para capacitar os futuros oficiais para lidarem com casos de militares com dependência

química nos Grupamentos de Bombeiro Militar? Vossa Senhoria considera que há a necessidade de capacitação, treinamento ou atualização ao longo da carreira (em cursos de formação, aperfeiçoamento, altos estudos ou curso específico) do oficial ou praça que exerce função de chefia e liderança nas unidades?

Resposta: O desenvolvimento das habilidades necessárias à função de comando deve ser continuamente trabalhado, a referida disciplina traz elementos da psicologia que favorecem esse trabalho e instrumentalizam o oficial a exercer esse papel. Entendo que tal instrumentalização seja vital à função de comando e que toda a gama de conhecimentos, habilidades e atitudes inerentes à liderança e manejo de tropa para desempenho adequado de suas funções, mas com preservação de sua saúde, devem fazer parte continua do desenvolvimento do oficial.

Pergunta: Vossa Senhoria considera importante que os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM conheçam o trabalho e os programas realizados pelo CEABM para o tratamento de dependência química dos militares do CBMDF? Vossa Senhoria acredita que os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM podem auxiliar este trabalho?

Resposta: A aproximação com o CEABM e o conhecimento sobre quando e como acioná-lo é deveras importante para aquele que comanda outros homens e o *feedback* desses pode favorecer o desenvolvimento de intervenções adequadas.

Pergunta: O CEABM possui uma equipe de pronto emprego para dar suporte aos Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM para prestar informações e enviar equipe para casos em que militares com dependência química apresentem recaídas e que possam necessitar de assistência residencial? Os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM poderiam ajudar de que maneira nestes casos?

Resposta: A equipe, ainda que maior que outrora, ainda é pequena para o desenvolvimento dessa estrutura de intervenção emergencial. Todavia, suas ações em prevenção e instrumentalização dos GBM's em primeiros socorros psicológicos tem potencial de ampliação do alcance e eficiência da equipe especializada.

**Entrevista realizada com a Psicóloga Clínica do CEABM e instrutora da
disciplina Psicologia Organizacional no CFO**

Questões desenvolvidas na entrevista:

Pergunta: Qual o posto, nome, função de Vossa Senhoria no CEABM e por quanto tempo está nesta função?

Resposta: 1º Ten. QOBM/Compl. Schirmer, psicóloga clínica da Seção de Assistência à Saúde Mental e Ocupacional (SASMO/CEABM) há 2 anos.

Pergunta: Com toda a experiência de Vossa Senhoria lidando com militares do CBMDF com problema de dependência química, considera que a profissão de bombeiro militar pode contribuir para o desenvolvimento do problema? Se não contribui de maneira significativa, quais seriam os principais motivos que Vossa Senhoria tem identificado como origem da dependência química nos militares?

Resposta: Sim, considero que a profissão de bombeiro militar pode contribuir para o desenvolvimento e/ou agravamento da dependência química, uma vez que a atividade bombeiro militar apresenta uma série de fatores estressores que atuam sobre a saúde física e mental dos indivíduos, e que o uso de álcool e outras drogas pode ser visto em muitos casos como uma estratégia de defesa ou de "manejo" do estresse vivido no trabalho.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que a dependência química é um problema frequente no CBMDF? Do ponto de vista de Vossa Senhoria, este problema tem diminuído ou aumentado entre os militares do CBMDF?

Resposta: Sim, considero que a dependência química é um problema frequente no CBMDF, mas não tenho no momento os dados para afirmar se tem diminuído ou aumentado.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que os militares que exercem função de Comando, Subcomando e Chefe de Ala de Serviço (Dia à Prontidão) nos Grupamentos de Bombeiro Militar (GBM) poderiam contribuir com o trabalho do CEABM para o sucesso no tratamento dos militares com dependência química sob seu comando caso tivessem capacitação ou treinamento fornecido por este Centro?

Resposta: Sim, com certeza.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que a implementação de uma capacitação ou treinamento para os militares que exercem função de Comando, Subcomando e Dia à Prontidão de GBM poderia ajudá-los a conseguir identificar os militares em processo de desenvolvimento da dependência química? Esta percepção poderia ajudar no tratamento e evitar casos de internações?

Resposta: Sim, com certeza. Estando treinados/capacitados, os militares que exercem essas funções de liderança poderiam identificar com mais facilidade e de forma mais precoce os sinais de alerta e prestar o auxílio necessário de forma mais eficiente. Quanto mais cedo se intervém na situação e quanto mais suporte psicossocial o paciente recebe (inclusive no ambiente de trabalho), maior a probabilidade de evitar o agravamento do quadro e maior a chance de sucesso do tratamento.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM podem decidir, juntamente com familiares dos militares com dependência química pela internação forçada do militar, sem uma avaliação prévia do CEABM, apenas com a avaliação do Psiquiatra ou Psicólogo de uma clínica credenciada pelo CBMDF? A internação forçada é a melhor alternativa para os casos de dependência química com quadro mais avançado?

Resposta: Por lei, a internação involuntária só pode ser determinada pela família ou por via judicial. Os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM não tem autoridade legal para fazer essa determinação ou para interferir na decisão do paciente ou da família. Psiquiatras e psicólogos (sejam do CEABM ou de clínicas externas) podem, mediante avaliação clínica do caso, fornecer orientações ao paciente e sua família, mas apenas a título de recomendação, uma vez que a decisão final é do paciente (no caso de internação voluntária) ou da família (em caso de internação involuntária), ou em último caso por decisão judicial.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que na disciplina que é ministrada para o Curso de Formação de Oficiais sobre Psicologia Organizacional, é suficiente para capacitar os futuros oficiais para lidarem com casos de militares com dependência química nos Grupamentos de Bombeiro Militar? Vossa Senhoria considera que há a

necessidade de capacitação, treinamento ou atualização ao longo da carreira (em cursos de formação, aperfeiçoamento, altos estudos ou curso específico) do oficial ou praça que exerce função de chefia e liderança nas unidades?

Resposta: Considero que a disciplina que é ministrada no CFO é muito importante por introduzir as bases teóricas para várias questões ligadas à função de chefia e liderança, mas não é suficiente. Uma vez que o conteúdo é vasto e a carga horária é limitada, a disciplina não esgota a necessidade de aprofundamento em questões complexas como é o caso da Dependência Química. Considero imprescindível que a capacitação do oficial ou praça que exerce função de chefia e liderança nas unidades seja continuada ao longo da carreira (em cursos de formação, aperfeiçoamento, altos estudos ou curso específico) para o adequado manejo da questão da dependência química no âmbito do CBMDF.

Pergunta: Vossa Senhoria considera importante que os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM conheçam o trabalho e os programas realizados pelo CEABM para o tratamento de dependência química dos militares do CBMDF? Vossa Senhoria acredita que os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM podem auxiliar este trabalho?

Resposta: Sim, com certeza. Considero que estes militares que exercem funções de chefia e liderança devem ter conhecimento dos recursos fornecidos pelo CEABM e pelos demais setores do CBMDF a fim dar as orientações e os encaminhamentos adequados aos militares sob sua supervisão que possam precisar acessar esse tipo de recurso.

Pergunta: O CEABM possui uma equipe de pronto emprego para dar suporte aos Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM para prestar informações e enviar equipe para casos em que militares com dependência química apresentem recaídas e que possam necessitar de assistência residencial? Os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM poderiam ajudar de que maneira nestes casos?

Resposta: O CEABM não possui equipe de pronto emprego, uma vez que o Centro não trabalha com atendimento emergencial. Trabalhamos apenas com intervenções preventivas ou ambulatoriais (atendimento clínico eletivo). Casos que

necessitem de pronto atendimento devem ser encaminhados diretamente ao hospital de referência ou à clínica credenciada.

Entrevista realizada com o Padre Capelão do CBMDF

Questões desenvolvidas na entrevista:

Pergunta: Qual o posto, nome, função de Vossa Senhoria no CEABM e por quanto tempo está nesta função?

Resposta: Ten-Cel. QOBM/Cpl. Fernando, Capelão do CBMDF há 12 anos. Ajudava o Padre Ivan desde 2006 na Capelania.

Pergunta: Com toda a experiência de Vossa Senhoria lidando com militares do CBMDF com problema de dependência química, considera que a profissão de bombeiro militar pode contribuir para o desenvolvimento do problema? Se não contribui de maneira significativa, quais seriam os principais motivos que Vossa Senhoria tem identificado como origem da dependência química nos militares?

Resposta: A profissão bombeiro militar influencia demais para o desenvolvimento de dependência química. A começar do brado, que o bombeiro se levanta de madrugada sem saber o que vai enfrentar, e acordar de uma maneira muito brusca, com uma descarga de adrenalina, o bombeiro tinha que descer rapidamente, o medo de errar, de perder a própria vida, de estar completamente ligado. O ciclo circadiano é quebrado. Não se cumpre horário de refeição, não dorme direito, pelo arranjo familiar tem que se ocupar dos filhos o tempo todo, há muitas preocupações o tempo todo, ser PM e ser Bombeiro é muito estressante, está entre as cinco profissões mais estressantes.

A dependência química está relacionada à fuga existencial, ele sai do serviço e quer desestressar e vai tomar todas, o álcool relaxa, isso tudo começa pela fuga decorrente do estresse do serviço, de repente, o cara se acomodou com a profissão de bombeiro porque foi o concurso que ele passou e ele afoga isso na bebida, o casamento que não dá certo, pode procurar na bebida. Tem pessoas que começaram com a influência de amigos, e entraram não por fuga, mas por prazer, mas isso tudo que gera prazer pode viciar. A Teologia afirma que a virtude da temperança dá justa

medida, então tudo está ordenado por Deus, a comida, o sexo, quando se coloca as coisas fora do lugar, aí vemos os problemas.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que a dependência química é um problema frequente no CBMDF? Do ponto de vista de Vossa Senhoria, este problema tem diminuído ou aumentado entre os militares do CBMDF?

Resposta: Vejo que a dependência química tem aumentado no CBMDF, assim como todas as crises, tais como endividamento, depressão, tudo cresce em relação à saúde mental.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que os militares que exercem função de Comando, Subcomando e Chefe de Ala de Serviço (Dia à Prontidão) nos Grupamentos de Bombeiro Militar (GBM) poderiam contribuir com o trabalho do CEABM para o sucesso no tratamento dos militares com dependência química sob seu comando caso tivessem capacitação ou treinamento fornecido por este Centro?

Resposta: Eu acho que os Comandantes e Dias à Prontidão devem encaminhar devidamente, mas há outras questões, como é o caso do endividamento, que levam a fim de casamentos, não se sabe para onde o dinheiro está indo, não se sabe se ele está se drogando, se tem amantes, poderíamos ter uma estrutura para detectar o problema dos militares. Tem o DSM-5, o catálogo de doenças vigente, doença de compulsão, que pode ser por sexo, bebida, comida, malhação, por compras, o que pode levar ao endividamento. Sempre os vícios são fugas existenciais, a busca pelo prazer pelo vício de drogas, como serotonina, endorfina, tudo o que gera prazer, gera essa bioquímica pelo prazer o que gera uma síndrome de abstinência. Nossos apetites desordenados começam a comandar, e gasta-se cada vez mais tempo e dinheiro com isso, havendo uma âncora bioquímica, uma dependência bioquímica, entende?

Esses dias um militar Dia à Prontidão me ligou e me colocou no circuito de um militar com problema de alcoolismo em sua unidade que ele achava que poderia cometer suicídio ou alguma coisa contra sua esposa, mas fui até o militar e não havia este risco que ele supunha, a questão era outra, com exageros da esposa, mas teve uma atitude de preocupação do Dia à Prontidão, até falei para agradecer ao Dia à Prontidão e ele não achou ruim, porque podemos esclarecer e elucidar um monte de

coisa.

Um trabalho que temos feito aqui é salvar casamentos, porque a separação gera muitos problemas, como álcool, drogas, endividamento, etc.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que a implementação de uma capacitação ou treinamento para os militares que exercem função de Comando, Subcomando e Dia à Prontidão de GBM poderia ajudá-los a conseguir identificar os militares em processo de desenvolvimento da dependência química? Esta percepção poderia ajudar no tratamento e evitar casos de internações?

Resposta: Minha primeira observação é que está desorganizada a apresentação do CEABM à tropa, tudo o que ele pode oferecer aos militares. Não sei se sempre em todos os cursos do CEFAP eles chamam o CEABM para apresentar à tropa. O que eu sei é que as Capelarias são as ilustres esquecidas, 12 anos aqui como militar, poucas vezes fui chamado, das vezes que fui, foi insistência minha, e ainda assim esqueciam e não colocavam no QTS. Percebe-se que existe uma ignorância daquilo que tanto o CEABM quanto o que as Capelarias podem oferecer, que os próprios oficiais não estão sensibilizados para isso, e, como sou formado em Administração, o que a gente vê é a falta de capacitação, tem que se colocar na grade horária, pois o que isso demonstra é que a própria corporação não está dando valor que o CEABM tem no sentido da prevenção e remediação deste problema.

Fiz minha monografia do CAO sobre a atuação das Capelarias para a redução dos custos com tratamento e provei por A mais B isso, mas não vejo que há algum militar que fique a disposição de pegar as recomendações das monografias, que foram feitas com muito trabalho, para pegar as recomendações e despachar aos órgãos para que elas sejam aplicadas, a gente precisa sair da teoria para a prática. No meu CHO tive que escrever monografia, fiz um trabalho circulando na tropa e descobri que o CEABM era considerado o manicômio da corporação. Ninguém queria se aproximar do CEABM, pois isso significaria perder GSV, ser taxado de doido, bombeiro problemático, perder porte de arma, vejam até onde vai a ignorância.

Pergunta: Vossa Senhoria considera que Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM podem decidir, juntamente com familiares dos militares com dependência química pela internação forçada do militar, sem uma avaliação

prévia do CEABM, apenas com a avaliação do Psiquiatra ou Psicólogo de uma clínica credenciada pelo CBMDF? A internação forçada é a melhor alternativa para os casos de dependência química com quadro mais avançado?

Resposta: Quando os comandantes são procurados para uma internação involuntária ou compulsória, tem que se observar a lei e é interessante se fazer a pergunta para os psiquiatras. Os que os capelães fazem, no entanto, é ir até o militar para tentar convencê-lo, caso haja a necessidade mesmo de uma internação.

Pergunta: Vossa Senhoria considera importante que os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM conheçam o trabalho e os programas realizados pelo CEABM para o tratamento de dependência química dos militares do CBMDF? Vossa Senhoria acredita que os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM podem auxiliar este trabalho?

Resposta: Quando as Capelanias circulam nos quartéis, a gente fala do CEABM, o que ele pode oferecer, que podem usar e abusar da estrutura do CEABM, sobretudo agora que temos psiquiatras, psicólogos, assistente social, enfim, isso daí precisa começar na raiz, no CFP, tem que haver tempo para o CEABM se mostrar, para as Capelanias se mostrarem, como atuamos, o que está à disposição dos militares, e em todos os outros cursos relembrar, porque a sensibilização é isso, estar presente na mente dos comandantes, porque longe dos olhos, longe do coração, além disso, essa capacitação ajudaria a detectar o problema e eles aprenderiam a falar, porque existe uma cultura militar do grito, do arrocho, mas temos que entender que posso ser arrojado, mas que isso tem que ser o último recurso, pois temos outras formas de obter resultado. Sou a favor dos “ralas” inteligentes em cursos, porque bombeiros tem que estar acima do tempo, mas eles precisam entender que a profissão já é estressante, ter uma vida nas mãos, isso, a priori já é bastante estressante.

Então, para que não haja outros fatores estressantes, o clima e cultura organizacional deve ser menos estressante, devemos trabalhar com isso. A partir do momento que se fala sobre isso em todos os níveis, ajudaria muito. Isto é o trabalho excelente, pois aquele que estivesse na contra mão disso seria mal visto e poderia ser ajudado. A tropa está doente, precisa muito deste tipo de trabalho. Muitos não falam, mas que daqui a pouco a gente verá militares cometendo suicídio, o suicídio

tem aumentado aqui dentro, e alguns poderiam ter sido evitados. Houve um militar, por exemplo, que poderia ter o suicídio evitado, pois conversando depois do enterro com a tropa e família, nós descobrimos que ele estava dando bandeira, que a situação poderia ter sido evitada se a gente tivesse conseguido chegar nele e mostrado outras saídas para o problema, entendeu?

A DIREN precisaria ouvir o CEABM, para saber como serão realizadas as capacitações, com palestras, *workshops*, semana da saúde mental, capacitação em cursos de carreira, mas que muitas vezes é fogo de palha e vejo que fica apenas eu insistindo muitas vezes e uma andorinha só não faz verão. Conhecemos muitos palestrantes, pessoas muito capacitadas para isto.

Os Dias à Prontidão, Comandantes e Subcomandantes poderiam auxiliar muito o CEABM, mas não de maneira foçada, devemos evitar a perversão do sistema, como por exemplo, se os militares tiverem picuinha poderia ser levado ao CEABM por perseguição, mas ouvindo-se a família, esse terreno é muito pedregoso, são situações muito delicadas. É tão complexo que não pode ficar só na dependência química. A gente recebe tantas coisas aqui na Capelania, tem tantos transtornos de personalidade no meio da tropa, se conseguíssemos dar uma pincelada para outros transtornos também. Ao assistir uma palestra, os colegas poderiam levar a preocupação de terem identificado um colega com sinais de alerta, e de suspeitar do problema, levar até o comandante ou procurar ajuda do CEABM. Isso é muito positivo para o trabalho de prevenção.

Este trabalho de sensibilização não ajudará somente os comandantes e chefes, nem criar uma polícia de consciência ou rotulando os colegas, mas a ideia é explicar os benefícios de uma conscientização, como abordar, como chegar junto, mas os colegas entenderem que não é “frouxura”, precisa de mais compaixão, mais empatia, mais misericórdia. Tratar o problema com profissionalismo.

É muito importante mostrar nos cursos de formação a prática do que está acontecendo na tropa, não ficar em teorias, mas todos os problemas devem ser abordados, tais como a dependência química, mais outros problemas. Nisso eu entendo que devemos estar inseridos neste circuito. Devemos ser chamados para que essas disciplinas sejam desenvolvidas e ministradas nos cursos. Precisamos ter

humildade coletiva para aceitar os nossos desafios.

Mas vemos que os Comandantes não estejam preparados para lidar com os militares com dependência química. Eles precisam estar preparados para dar atribuições para eles de maneira que se sintam valorizados. Evitar que sejam rotulados, sofram preconceito da tropa. O trabalho das Capelarias não é divulgado, poucos órgãos possuem Capelão, CECAP, Policlínica e rede credenciada. Mesmo assim, o militar precisa se sentir plenamente amparado e amado pela corporação.

Pergunta: O CEABM possui uma equipe de pronto emprego para dar suporte aos Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM para prestar informações e enviar equipe para casos em que militares com dependência química apresentem recaídas e que possam necessitar de assistência residencial? Os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão de GBM poderiam ajudar de que maneira nestes casos?

Resposta: Os Comandantes e chefes devem estar ligados no assunto, através de POP ou normativas, deve-se haver uma interação maior, há casos em que médicos mandam militares para a Capelaria. Eles podem me ligar 24 horas por dia, temos uma equipe aqui na Capelaria. Vejo que tem demanda reprimida, de pessoas que não sabem que estamos aqui, muitas vezes só sabem quando participam de palestras. Temos a intenção de visitar todas as alas de cada quartel. Muitas vezes acho delicado que não há engajamento do comandante, vamos a todas as alas, mas o comandante não participa de nenhuma reunião. Ele muitas vezes não está junto com a tropa.

Entrevista realizada com militar em tratamento para dependência química

Questões desenvolvidas na entrevista:

Pergunta: Qual é o tempo de serviço do senhor? Quais funções o senhor desempenhou ao longo da carreira?

Resposta: 30 anos de serviço militar, mais de 20 anos de serviço como socorrista.

Pergunta: Como se deu o desenvolvimento da dependência química no senhor? O senhor considera que o serviço no CBMDF possa ter influenciado neste processo?

Resposta: Quando entrei no CBMDF não bebia, mas após ir para a Emergência Médica e cair no quartel da Ceilândia, com muito serviço e ocorrências a fio, trabalhando 24 horas dentro de uma UTE, passava noites sem dormir. Ao sairmos do serviço, já íamos para os bares porque queríamos desestressar daquela realidade que encontrávamos no serviço, com gente morrendo, crianças sofrendo.

Como todos os serviços a guarnição saía para beber, fomos nos acostumando com o álcool, porque era uma válvula de escape para as cenas que encontrávamos no dia a dia. Não acho que naquela época funcionava o CEABM, cheguei a procurar o CEABM em 2012 e comecei a perceber que estava me encaixando na classificação de alcóolatra. Não fui internado naquele período, mas pedi para sair do GAEPH porque achava que estava piorando a minha condição, mas não consegui sair. Até que a Psicóloga do CEABM fez um relatório para vir trabalhar perto da minha casa.

Pergunta: Como o senhor começou o tratamento para dependência química? O senhor chegou a ser internado? Como foi a decisão pela internação foi tomada?

Resposta: Já fui internado 3 vezes em até 3 meses cada internação. Em todos os casos percebi que estava exagerando e que precisaria de uma intervenção. Procurei o CEABM e disse que não aguentava mais e que precisaria ser internado.

Já fiquei internado na Clínica RM e o atendimento foi muito bom, com boas instalações, e percebi que lá poderia melhorar. Mas a Clínica Khenosis não presta, não é lugar para bombeiro, pra ninguém na verdade. O psiquiatra não aparece nunca, ela é desorganizada, as instalações são ruins, lá eu achei que não surtiu melhoras no meu tratamento.

Pergunta: O senhor considera que o Comandante, Subcomandante e Dia à Prontidão tiveram alguma participação importante no processo de internação e tratamento do senhor?

Resposta: Na época que trabalhava no GAEPH cheguei a conversar com o Dia à Prontidão sobre o meu problema, mas quando tinha recaídas eles só me

escreviam e respondia sindicâncias e ficava preso. Cheguei a conversar com Comandante e Subcomandante, mas só me encaminharam pra fazer teste laborativo, nunca me encaminhavam para o CEABM, eu mesmo que fui por conta própria. Fiquei sabendo que estava funcionando e fui depois de bater o carro porque tinha bebido e achei que estava passando dos limites.

Para todos os Comandantes com quem já trabalhei eu declaro minha condição de alcoolista para eles e Subcomandantes também, todos os Dias à Prontidão já sabem da minha condição, eu recebia conselhos de manter o foco no tratamento, via que se interessavam pelo meu problema e pela minha pessoa, mas percebo que eles poderiam ajudar mais caso tivessem conhecimento. Não internar o militar a força, que acho que isso não funciona, e não dar folga. Mas colocar alguém para acompanhar de perto, não escrever ou prender por embriaguez, isso só prejudica mais ainda, porque vai à força e sai pior do que estava. Caso palestras fossem realizadas nos quartéis, muitos poderiam reconhecer o problema e poderiam lidar melhor com os dependentes químicos.

Os Comandantes e chefes poderiam também ajudar a identificar, sem ficar segurando a onda do cara, nem escrever o militar como se fosse problema disciplinar, mas comunicar de imediato ao CEABM, e caso o militar faça adesão ao tratamento, fica claro que ele possui o transtorno, até seja necessária uma internação para o caso, que o militar nem sabe que está precisando. Como o comandante muitas vezes não pode estar presente na rotina do quartel e não convive com os militares, o Dia à Prontidão é uma peça chave. Ele, identificando o problema, pode procurar meios para uma intervenção e comunicar a necessidade ao Comandante e Subcomandante.

Pergunta: O senhor considera que o Comandante, Subcomandante e Dia à Prontidão possuem conhecimentos suficientes para lidarem com militares dependentes químicos em GBM? Como eles lidam ou lidaram com o senhor durante o tratamento?

Resposta: Não, eles não possuem conhecimento suficiente. Eles muitas vezes só querem escrever memorando e jogar o problema pra cima, não tomam atitudes de conversar com o militar e procurar ajudá-lo. Eles querem se livrar do problema, e acham que sanções administrativas e punitivas são a solução para o problema, mas

está prejudicando ainda mais, pois o militar vai ficar mais revoltado.

Pergunta: O senhor considera que o Comandante, Subcomandante e Dia à Prontidão poderiam participar no processo do tratamento do militar dependente químico de que forma? O senhor considera que eles podem ajudar na identificação de militares que estejam desenvolvendo o transtorno?

Resposta: Sim, acho que eles poderiam ajudar muito o CEABM, pois a gente convive diariamente com eles. Se criassem um curso ou palestra para que eles saibam lidar com a gente, usar as palavras certas, saber se podem ir na nossa casa e como se portar, saber o momento de chamar para conversar e o que dizer nos momentos difíceis, seria uma ajuda muito boa para o nosso tratamento, acabaríamos nos sentindo mais incluídos no convívio da tropa.

Acho muito importante que o Comandante, Subcomandante e Dia à Prontidão orientem a família do militar dependente químico, pois se cria uma relação de confiança, e a família muitas vezes prefere procurar o comandante ou os militares do GBM do que o CEABM diretamente. O envolvimento da família com o Comando e Chefia do GBM é muito mais fácil e eles conhecem de perto a situação do militar, possuem mais proximidade.

Entrevista realizada com militar em tratamento para dependência química

Questões desenvolvidas na entrevista:

Pergunta: Qual o tempo de serviço do senhor? Quais funções o senhor desempenhou ao longo da carreira?

Resposta: 27 anos de serviço no CBMDF, já trabalhei em várias funções no CBMDF, mas no geral na Prontidão, preferencialmente na UR.

Pergunta: Como se deu o desenvolvimento da dependência química no senhor? O senhor considera que o serviço no CBMDF possa ter influenciado neste processo?

Resposta: O serviço influencia demais, a gente pega muita mazela, o bombeiro resolvia tudo, chegava ao quartel com as mãos cheias sangue. A gente é de uma

época que psicologia e psiquiatria eram só para doidos. A gente usava então o álcool como fuga, e tem muita cocaína e maconha, acaba que era como um tratamento alternativo, mas que acaba viciando e perde-se o controle e continuamos insistindo que temos o controle.

Pergunta: Como o senhor começou o tratamento para dependência química? O senhor chegou a ser internado? Como foi a decisão pela internação foi tomada?

Resposta: Cheguei a começar o tratamento de maneira compulsória, no meu caso, por determinação judicial. Foi minha primeira internação, achava no início que não precisava, mas vi que precisava sim, houve a desintoxicação, conversas com terapeutas e psicólogos me ajudaram muito. Tinha um militar do exército que estava internado comigo que já estava na 15ª internação. Por esse motivo, aceitei que estava doente, que não queria ficar naquela situação e aceitei o tratamento, com medicações indicadas.

Através da Capelania Católica tenho tido acompanhamento, não há julgamentos, fui muito bem recebido lá. A Capelania possui a Pastoral da Sobriedade com encontros semanais e acompanhamento pessoal. O Padre vem muitas vezes na minha casa para conversarmos.

Pergunta: O senhor considera que o Comandante, Subcomandante e Dia à Prontidão tiveram alguma participação importante no processo de internação e tratamento do senhor?

Resposta: No meu caso, eles fizeram o que podiam, porque a gente mascara as coisas, mas acho que o pessoal mais próximo da prontidão tinha desconfiança da minha condição, pois era tão velado que nem minha esposa sabia que usava outras drogas, ela desconfiava do alcoolismo, aliás, todos desconfiavam do alcoolismo, mas de outras drogas eu guardava segredo. O Dia à Prontidão fica mais próximo, mas de certo, com medo de prejudicar o bombeiro, eles acham que estão ajudando o militar ajudando a esconder o problema, dizendo que podem ficar no alojamento ou fazendo vista grossa, para o comandante ou o subcomandante não ficarem sabendo.

Pergunta: O senhor considera que o Comandante, Subcomandante e Dia à Prontidão possuem conhecimentos suficientes para lidarem com militares

dependentes químicos em GBM? Como eles lidam ou lidaram com o senhor durante o tratamento?

Resposta: Não, eles não possuem conhecimentos, não possuem prática sobre como abordar esta situação no quartel. O CBMDF foi importantíssimo por reconhecer meu problema e me ter acolhido sem julgamentos. Mas os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão não teriam como me abordar para me ajudar, eles encaram como mais problema ou um bombeiro problemático.

Pergunta: O senhor considera que o Comandante, Subcomandante e Dia à Prontidão poderiam participar no processo do tratamento do militar dependente químico de que forma? O senhor considera que eles podem ajudar na identificação de militares que estejam desenvolvendo o transtorno?

Resposta: Sim, eles poderiam ajudar bastante. Como identificar, como abordar os militares, saber como fazer com que o militar se sinta útil, saber conversar, entender o problema. Porque muitas vezes a pessoa não tem noção de que é uma doença. Se tivesse essa capacitação no curso de formação seria uma via de mão dupla. O superior tem pouca ferramenta administrativa para tratar sobre isso, com muita cobrança.

**APÊNDICE C – Proposta de ampliação da disciplina Psicologia Organizacional
do Projeto Pedagógico do CFO para ser incluída também no Projeto
Pedagógico do CAEO, CAO e CAEP**



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
CURSO DE APERFEIÇOAMENTO DE OFICIAIS

Proposta - CBMDF/CEPED/ALUNOS/CAO

Assunto: Proposta de ampliação de ementa de disciplina e sua inclusão em cursos do CBMDF.

Ao Senhor Ten-Cel. QOBM/Comb. Diretor de Ensino do CBMDF,

Considerando a pesquisa realizada na monografia apresentada ao Centro de Estudos de Política, Estratégia e Doutrina como requisito para conclusão do Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, em anexo ao presente processo.

Verificou-se nesta pesquisa que o problema de dependência química (álcool e/ou outras drogas) é frequente nas unidades operacionais do CBMDF, e é responsável por transtornos diversos para a corporação, tais como absenteísmo, diminuição de produtividade, transgressões disciplinares, elevados custos em internações, problemas de saúde, entre outros. A pesquisa aponta que as soluções possíveis para este problema institucional dependem de esforços conjuntos entre os órgãos do CBMDF e demandam, principalmente, uma participação colaborativa dos militares que exercem cargo de comando, chefia e liderança nos Grupamentos de Bombeiro Militar, com o trabalho realizado pelo CEABM para a recuperação de militares dependentes químicos.

Comprovou-se que os Comandantes, Subcomandantes e Dias à Prontidão são militares que possuem função estratégica no processo de identificação e encaminhamento de militares com dependência química em suas unidades, para

receberem o tratamento adequado fornecido pelo CEABM ou por clínica da rede credenciada. Porém, a maioria dos militares pesquisados declarou que o CBMDF não os preparou para identificar, lidar com o problema na unidade, acompanhar o tratamento e tomar medidas que possam auxiliar no tratamento e recuperação dos militares dependentes químicos.

Dessa forma, percebeu-se a necessidade de que o tema seja abordado nos cursos ministrados ao longo da carreira dos militares do CBMDF, oficiais e praças, que exercerão funções de comando e chefia nas unidades, possibilitando assim uma capacitação continuada, além de possibilitar a divulgação do trabalho do CEABM aos bombeiros militares.

Esta capacitação continuada poderá preparar os militares que irão assumir funções de comando, chefia e liderança nos Grupamentos do CBMDF para lidarem com militares com quadro de dependência química, com percepção mais apurada e entendimento do problema, para aconselhamentos e encaminhamentos, podendo auxiliar o CEABM com informações importantes para a retroalimentação do serviço deste centro, para perceber se há necessidade de internação ou de outras medidas mais simples e que muitas vezes podem ajudar mais, além de buscar alternativas para internações involuntárias.

Além de tudo isso, a capacitação pode servir também para a conscientização da tropa sobre os riscos do consumo abusivo de álcool ou outras drogas, sobre a assistência à saúde mental que é oferecida pelo CEABM a todos os militares do CBMDF e que todos os militares podem procurar ajuda sem sofrerem prejuízos profissionais ou preconceitos. Tais conhecimentos poderão reduzir os casos de internações, diminuindo gastos, absenteísmo e problemas de saúde e administrativos entre os militares.

Do exposto, encaminho a Vossa Senhoria uma proposta de ampliação de ementa da disciplina Psicologia Organizacional, que atualmente é ministrada para o CFO, pois trata do tema de saúde mental, porém, na opinião de especialistas da área, não é suficiente para instrumentalizar os militares que exercem função de gestão nas unidades ao manejo em casos de dependência química. Portanto, propõe-se que seja incluído o tema “dependência química” na ementa da disciplina e que seja adicionada

uma carga horária de 5h/a na Unidade III, conforme modelo em anexo, para que o instrutor tenha a oportunidade de abordar o tema mais especificamente.

Além disso, esta pesquisa propõe que a disciplina Psicologia Organizacional, neste novo formato ampliado, seja incluída também no projeto pedagógico do Curso de Altos Estudos de Praças (CAEP), do Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais (CAO) e do Curso de Altos Estudos de Oficiais (CAEO), com adaptações a serem definidas pelos instrutores da disciplina conforme o nível de competências almejado para cada curso. Dessa maneira, todos os militares que estão sendo capacitados para a função de comando, chefia e liderança, poderão ter acesso a este assunto, que foi considerado na pesquisa, relevante para as funções que irão exercer.

Atenciosamente,

CARLOS HENRIQUE DOS SANTOS – Cap. QOBM/Comb.

Aluno Oficial do Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais

Matrícula 2909939

PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL

1. IDENTIFICAÇÃO

Estabelecimentos de Ensino: CEPED, ABMIL e CEFAP	
Cursos: CAEO, CAO, CFO e CAEP	
Ano de elaboração: 2021	Núcleo: Ciências Sociais
Disciplina: Psicologia Organizacional	Carga horária: 35 h/a

2. OBJETIVO

Proporcionar aos militares o estudo das orientações teóricas e práticas da Psicologia Organizacional, de forma a favorecer o aperfeiçoamento pessoal e profissional, e buscar a compreensão de fenômenos psicológicos no âmbito do CBMDF.

3. EMENTA

- Noções básicas sobre Psicologia Organizacional;
- Introdução ao conceito de Personalidade e da sua influência no ambiente de trabalho;
- Comportamento organizacional;
- Saúde mental, psicopatologia e a questão psicológica no trabalho;
- Dependência química (álcool ou outras drogas) no ambiente de trabalho: fatores para o surgimento da dependência química entre os bombeiros militares; drogas e seus efeitos, percepção do desenvolvimento do transtorno em militares no ambiente de trabalho; processo de encaminhamento para o CEABM; tratamento para dependência química; recaídas; estrutura e serviço do CEABM; internação (voluntária e involuntária); atitudes da chefia e liderança que favorecem para o sucesso do tratamento para dependência química de militares de seu ambiente de trabalho.
- Qualidade de Vida no Trabalho (QVT);
- Constructos inerentes ao ambiente organizacional: comunicação; conflitos; motivação, comprometimento e engajamento; potencial e desempenho; poder organizacional; cultura e clima organizacional; equipes de trabalho; desenvolvimento de pessoas; gestão da mudança.

4. COMPETÊNCIAS

- Compreender as teorias da Psicologia Organizacional;
- Identificar os modelos e técnicas de motivação, comunicação, estimulando a visão crítica sobre a importância dos aspectos relativos ao nível socioemocional da eficiência, eficácia e afetividade organizacional;
- Compreender a formação da personalidade e suas relações com o ambiente social do trabalho;
- Refletir sobre os problemas típicos do comportamento humano e sua repercussão no ambiente de trabalho, através das diferentes abordagens teóricas;
- Ampliar a compreensão do comportamento humano dentro de uma perspectiva conceitual e humana;
- Adaptar e aplicar as teorias da Psicologia Organizacional para o ambiente CBMDF;
- Identificar a natureza do comportamento humano dentro do CBMDF;
- Preparar e executar avaliações de desempenho;
- Buscar métodos que garantam a implantação e a manutenção de ações de Qualidade de Vida no Trabalho;
- Identificar os indícios de adoecimento mental no ambiente trabalho;
- Aprimorar a percepção a respeito do desenvolvimento de dependência química em militares no ambiente de trabalho;
- Adotar estratégias que sejam cientificamente embasadas para manejo em casos de militares com dependência química no ambiente de trabalho;
- Investigar as formas de integração do indivíduo na organização social;
- Identificar a formação da personalidade e suas relações com o ambiente social do trabalho;
- Explicar os problemas típicos do comportamento humano e sua repercussão no ambiente de trabalho;
- Implantar ações que promovam a prevenção do adoecimento dos trabalhadores no ambiente de trabalho;
- Definir estratégias de monitoramento do clima organizacional na sua OBM;
- Implantar ações para controlar a produtividade dos trabalhadores e a qualidade do produto de entrega;

- Promover as mudanças necessárias ao ambiente de trabalho de forma a alcançar os objetivos propostos.

5. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

UNIDADE I

Carga horária: 5h/a

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO	Modalidade
1. O Conceito de Psicologia Organizacional; 2. História da Psicologia Organizacional; 3. A construção social do sujeito;	Presencial ou EAD
4. Modelos mentais; 5. Personalidade e outros fenômenos psicológicos.	Presencial

UNIDADE II

Carga horária: 15h/a

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO	Modalidade
6. Introdução ao estudo do comportamento organizacional;	Presencial ou EAD
7. Grupos e equipes de trabalho; 8. Processos de comunicação e <i>feedback</i> ; 9. Motivação, comprometimento e engajamento no trabalho; 10. Avaliação de desempenho; 11. Treinamento e desenvolvimento pessoal; 12. Conflitos no ambiente organizacional; 13. Gestão de mudanças; 14. Poder organizacional; 15. Cultura e clima organizacional.	Presencial

UNIDADE III
Carga horária: 15h/a

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO	Modalidade
16. Saúde mental do trabalhador;	Presencial ou EAD
17. Psicopatologias relacionadas ao trabalho; 18. Dependência química no ambiente de trabalho; 19. Fatores para o surgimento da dependência química entre os bombeiros militares; 20. Drogas e seus efeitos; 21. Percepção do desenvolvimento da dependência química em militares do ambiente de trabalho; 22. Processo de encaminhamento de militares dependentes químicos para o CEABM; 23. Tratamento para dependência química e ocorrência de recaídas; 24. Internação (voluntária e involuntária) para tratamento de dependência química; 25. Estrutura e serviço do CEABM; 26. Atitudes da chefia e liderança que favorecem para o sucesso do tratamento para dependência química e reinserção de militares no seu ambiente de trabalho. 27. Violência psicológica no trabalho; 28. Qualidade de vida no trabalho.	Presencial

6. INSTRUÇÕES METODOLÓGICAS E RECURSOS MULTISSENSORIAIS

Os procedimentos de ensino devem incluir atividades que possibilitem a ocorrência da aprendizagem como processo dinâmico. Considerando isso, quanto mais atividades de demonstração e exemplificação por parte do Instrutor e atividades

práticas por parte dos alunos, melhor será para o processo de aprendizagem. Portanto, a partir do exposto, recomenda-se:

- Partir do universo conhecido, associando a informação nova aos padrões anteriormente convencionados;
- Usar linguagem direcionada à diversidade cultural que permeia a língua e a multiplicidade de tipos humanos que participarão da atividade;
- Realizar exercícios a partir de situações simuladas, estudo de casos ou exemplos, oportunizando ao aluno a vivência e a contextualização dos conteúdos apresentados;
- Estimular a troca de informações e a inter-relação instrutor/aluno, aluno/aluno;
- Associar a palavra falada ou escrita à projeção de imagens, objetivando a formação da imagem mental o mais próximo possível do real, facilitando a compreensão e fixação da informação;
- Apresentar os conteúdos de maneira dinâmica e interativa, estimulando a atenção e despertando o interesse;
- Aproveitar histórias e termos locais para ilustrar a informação;
- Estar atento à cultura local evitando constrangimentos;
- Aproveitar os recursos multimídia que a informática oferece, estimulando a memória visual e auditiva, objetivando melhor compreensão e maior fixação das informações novas e ainda não vivenciadas;
- Propiciar momentos de descontração alternados aos de atenção e tensão, objetivando simular a situação que será vivida pelos alunos em seu ambiente real de trabalho. Para a consecução das competências elencadas, poderão ser utilizadas, dentre outras abordagens:
 - Aulas expositivas empregando: quadro branco, projetor, *PowerPoint* e lousa digital interativa;
 - Seminários para apresentação de trabalhos de pesquisa;
 - Resolução de problemas;
 - Estudos dirigidos em sala de aula;
 - Estudos de caso;
 - Listas de tarefas;
 - Discussões em grupo;

- Discussões dirigidas;
- Investigação científica;
- Debate cruzado;
- Demonstração / aula prática;
- Simulados e simulacros;
- Visitas.

Realizar exercícios selecionados em função dos objetivos e ajustados aos conteúdos. Considerar a seguinte ordem de aplicação:

• **1º - Exercícios de aprendizagem:** realizados sob a orientação do instrutor/professor seguindo um passo a passo a partir do raciocínio mais simples ao mais complexo objetivando a compreensão e a aplicação prática. Cabe ao instrutor/professor esclarecer as dúvidas dos alunos, ajustar e/ou corrigir.

• **2º - Exercícios de fixação:** realizados com repetição que visam à memorização das variáveis e suas aplicações, a melhoria de desempenho, a redução do tempo de execução, ou ainda a melhoria da integração entre os elementos de uma equipe ou guarnição. Deve ser realizado pelo aluno individualmente ou em grupos conforme a natureza dos conteúdos. Ao professor/instrutor cabe supervisionar e interferir apenas naquilo que for indispensável. O aluno deve exercitar a autonomia.

• **3º - Exercícios de revisão:** Consistem num rol de atividades que o aluno ou grupo de alunos devem desenvolver sem consulta aos materiais informativos. Devem conter todas as variáveis estudadas. Ao instrutor/professor cabe observar e interferir apenas no essencial ou quando houver risco para o aluno/grupos de alunos.

• **4º - Exercícios de avaliação:** são as chamadas provas que têm por finalidade verificar a aprendizagem dos conteúdos ministrados. Estas devem seguir a Norma Geral de Avaliação e Medidas de Aprendizagem em vigor. Essa atividade é a penúltima etapa do processo sendo a última o feedback. Assim, depois de realizadas e corrigidas, o instrutor/professor deve aproveitar a aula seguinte para esclarecer possíveis dúvidas e até rever algum conteúdo de dificuldade comum à maioria antes de iniciar um novo conteúdo.

Recomenda-se o uso dos recursos abaixo listados e todos os outros que contribuam com a aprendizagem e auxiliem o ensino:

→ Recursos Humanos:

- Professor/Instrutor;
- Alunos;
- Pessoal escolar.

→ Recursos Audiovisuais:

- Projetor/*Data show*;
- Microcomputador com *software* de apresentação de *slides*, tipo *MS Power Point*, *softwares* que possibilitem a execução de vídeos e áudios;
- Aparelho de televisão;
- *Pen drive*, DVD/CD-ROM entre outros;
- Internet;
- Lousa interativa;
- Quadro branco e canetas adequadas.

→ Recursos Materiais:

- *Notebook*.

As aulas deverão ser expositivo-dialogadas, complementadas com dinâmicas de grupo; leituras dirigidas; apresentação de trabalhos em seminário. Deverá haver também análise de filmes, seriados, documentários, entre outros. O instrutor deverá, adicionalmente, propor trabalhos individuais e/ou em grupo sobre assuntos abordados em sala.

7. AVALIAÇÃO DE APRENDIZAGEM

A avaliação da aprendizagem ocorrerá de maneira:

1. Qualitativa: será realizada pelo docente ao final de cada uma das unidades ou módulos apresentados. Pode ser efetuada por amostragem da turma ou de maneira geral, tendo como foco a análise do alcance dos objetivos;

2. Quantitativa: será realizada pelo docente a intervalos regulares, considerando a carga horária da disciplina, sua natureza e necessidades específicas de verificação da aprendizagem. Poderão ser usadas provas escritas e práticas.

Todo o processo de avaliação deve estar em conformidade com as normas de avaliação em vigor na Corporação.

8. REFERÊNCIAS

REFERÊNCIA BÁSICA

BRASIL. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho:** Conhecer para ajudar. SEAD/UFSC/SENAD/SESI, 2008.

FERREIRA, Maria Cristina; MENDONÇA, Helenides (Orgs.). **Saúde e bem-estar no trabalho:** dimensões individuais e culturais. Casa do Psicólogo: São Paulo, 2012.

SIQUEIRA, Mirlene Maria Matias. **Medidas do comportamento organizacional.** Estudos de Psicologia. vol. 7, n. spe. Natal, 2002.

SOTO, Eduardo. **Comportamento Organizacional:** o impacto das emoções. Cengage Learning: São Paulo, 2010.

SILVEIRA, DARTIU XAVIER DA. **Padrões de uso de drogas:** eixo, políticas e fundamentos. Senad, 2017.

ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS, Antonio Virgílio Bittencourt (Orgs.). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil.** Artmed: Porto Alegre, 2004.

REFERÊNCIA COMPLEMENTAR

OLIVEIRA, Milton. **Emoção, conflito e poder:** líderes estão despreparados para lidar com as pessoas. C/ Arte: Belo Horizonte, 2009.

SIQUEIRA, Mirlene Maria Matias (Colaboradores). **Medidas com comportamento organizacional:** ferramentas de diagnóstico e gestão. Artmed: Porto Alegre, 2008.

9. EQUIPE TÉCNICA

A definir.

ANEXO

ANEXO A – Minuta de Portaria de Assistência ao Bombeiro Militar com problemas decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas (FARIA, 2020)

ATO DO COMANDANTE-GERAL
PORTARIA DE ASSISTÊNCIA AO BOMBEIRO MILITAR COM PROBLEMAS
DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS

Portaria nº X, de XX de XXX de 2020.

Regulamenta no âmbito do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal os procedimentos necessários à assistência ao bombeiro militar com problemas decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas.

O COMANDANTE-GERAL, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 7º, incisos II, III e VII, do Decreto Federal nº 7.163, de 29 de abril de 2010, que regulamenta o art. 10-B, inciso I, da Lei nº 8.255, de 20 de novembro de 1991, que dispõe sobre a organização básica do CBMDF, resolve:

Art. 1º Regularizar no âmbito do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal os procedimentos relativos à assistência ao bombeiro militar com problemas decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas.

Parágrafo Único - A presente portaria define as diretrizes e procedimentos a serem observados pela administração pública militar distrital, em especial os profissionais de saúde e bombeiros militares usuários dos serviços disponíveis no CBMDF.

CAPÍTULO I
CONCEITUAÇÃO

Art. 2º Para efeito desta portaria serão obedecidas as seguintes conceituações:

I - Álcool e drogas: substâncias químicas que agem principalmente no sistema nervoso central, alterando a função cerebral e temporariamente mudando a percepção, o humor, o comportamento e a consciência.

II - Dependência química ou síndrome de dependência: Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar

das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física.

III - Grupos de ajuda mútua: estruturados com base na ajuda mútua, identificação com usuário recuperado ou estabilizado, estimulando manutenção da abstinência, apoio relacional no grupo e na família.

IV - Intervenção breve: estratégia de atendimento que tem por objetivo identificar a presença de um problema, motivar o indivíduo para a mudança de comportamento e sugerir estratégias para que esta mudança seja possível.

V - Intoxicação aguda: Estado consequente ao uso de uma substância psicoativa e compreendendo perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas. As perturbações estão na relação direta dos efeitos farmacológicos agudos da substância consumida, e desaparecem com o tempo, com cura completa, salvo nos casos onde surgiram lesões orgânicas ou outras complicações.

VI - Prevenção de recaída: Conjunto de estratégias terapêuticas voltadas ao treinamento de habilidades de enfrentamento das situações de risco, promovendo o fortalecimento das mudanças no estilo de vida do indivíduo.

VII - Psicoterapia: Tratamento psicológico que tem por objetivo modificar pensamentos, sentimentos e comportamentos-problema, criando um novo entendimento dos pensamentos e sensações responsáveis pela dificuldade ou problema observado.

VIII - Serviço extra-hospitalar de atenção psicossocial: Oferece atendimento diário e tem como objetivos a reabilitação psicossocial e a reinserção social de seus usuários. Utiliza a redução de danos como referência para o tratamento de problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. É integrado ao meio cultural e a comunidade em que está inserido, facilitando ao indivíduo a restauração de suas funções em seu meio social. Ex: CAPS-AD.

IX - Síndrome de Abstinência: Conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras e cuja gravidade é variável, ocorrem quando de uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância psicoativa consumida de modo prolongado. Sintomas: nervosismo ou irritação, insônia, sudorese, diminuição do apetite e

tremores podendo chegar a um quadro grave em que se pode observar febre, convulsões e alucinações (*delirium tremens*).

X - Tratamento ambulatorial: Intervenção não intensiva, para pacientes com síndrome de abstinência leve/moderada, sem comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves. Inclui: tratamento farmacológico (medicamentoso), psicoterapia e grupos de ajuda mútua.

XI - Tratamento em regime de internação:

a. Tratamento Hospitalar: Tratamento estruturado e intensivo, voltado para pacientes com síndrome de abstinência grave, com comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves, com dependência grave que não se beneficiaram de outras intervenções;

b. Comunidades Acolhedoras: As comunidades ou fazendas para internamento possuem variadas orientações teóricas e, em geral, utilizam uma filosofia baseada em disciplina, trabalho e religião;

c. Internação Domiciliar: O usuário deve permanecer em casa e recebe visitas frequentes de profissionais de saúde. Possibilita vinculação e engajamento do indivíduo e sua família no tratamento.

XII - Uso de baixo risco: Menos que duas doses-padrão por dia ou não ultrapassa a quantidade de cinco doses-padrão em uma única ocasião. (1 dose-padrão= 14g de etanol puro).

XIII - Uso nocivo à saúde: Modo de consumo de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde, todavia não há sintomas de dependência.

CAPÍTULO II

DA IDENTIFICAÇÃO E ENCAMINHAMENTO

Art. 3º Ao identificar que o bombeiro militar apresenta problemas decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas, o comandante da Organização Bombeiro Militar (OBM) a que este pertence deverá encaminhá-lo, através de memorando, para acompanhamento psicossocial no Centro de Assistência Bombeiro Militar (CEABM), adotando as seguintes precauções:

I - Nos casos de intoxicação aguda, o bombeiro militar deverá ser encaminhado,

inicialmente, a um serviço de urgência médica.

II - Nos casos de síndrome de abstinência, o bombeiro militar deverá ser encaminhado, inicialmente, a um serviço de urgência psiquiátrica.

III - Na hipótese de recusa do bombeiro militar a ser submetido ao atendimento médico, o comandante da OBM deverá consignar tal recusa em termo de responsabilidade, assinado por duas testemunhas e deverá contatar um familiar para que este tenha conhecimento do acontecido e se responsabilize pela adoção das medidas necessárias.

Parágrafo Único - Será concedido, aos comandantes de OBM, um prazo de 60 dias, a contar da publicação desta portaria, para a adoção de tais medidas junto à tropa de sua unidade.

Art. 4º Ao ser apresentado no CEABM, o bombeiro militar será atendido pela equipe técnica, composta de psicólogos e assistentes sociais, que levantará as demandas de cunho psicológico e social e adotará as seguintes providências:

I - Caso o consumo de álcool e/ou outras drogas seja avaliado como de baixo risco, a equipe técnica realizará intervenção breve.

II - Caso o consumo de álcool e/ou outras drogas seja avaliado como de uso nocivo à saúde ou provável dependência química, a equipe técnica encaminhará o bombeiro militar, por escrito, para avaliação com médico psiquiatra, devendo constar no encaminhamento solicitação de relatório médico com diagnóstico e indicação de tratamento.

§ 1º O bombeiro militar ou responsável deverá apresentar o relatório médico na Junta de Inspeção de Saúde do Corpo (JISC), em um prazo de até 02 (dois) dias úteis a contar da emissão do documento.

§ 2º O relatório médico será anexado ao prontuário médico do bombeiro militar e deverá ser enviada cópia ao CEABM para conhecimento e monitoramento do caso.

§ 3º Nos casos de não consentimento do militar quanto ao encaminhamento para avaliação com médico psiquiátrica, o mesmo assinará termo de responsabilidade.

§ 4º Na eventualidade do bombeiro militar recusar-se a assinar o termo de responsabilidade, o profissional responsável pelo atendimento deverá constar tal

recusa no próprio, assinado por duas testemunhas.

§ 5º Em nenhum momento o bombeiro militar ficará à disposição do Centro de Assistência Bombeiro Militar ou da Diretoria de Saúde, mantendo sempre seu vínculo com a OBM de origem.

CAPÍTULO III

DO TRATAMENTO E AFASTAMENTO DO SERVIÇO

Art. 5º Serão consideradas modalidades de tratamento as apontadas pela doutrina técnico-profissional da área, devendo os profissionais de saúde se manterem atualizados quanto aos avanços e limitações da rede de atenção ao usuário de álcool e/ou outras drogas do Distrito Federal.

Art. 6º Diagnosticado o uso nocivo à saúde ou dependência química, o bombeiro militar será orientado pelos profissionais de saúde que o assistem quanto ao acesso ao tratamento indicado pelo médico psiquiatra, da seguinte forma:

I - Nos casos de bombeiros militares em tratamento ambulatorial:

a. A equipe técnica do CEABM agendará atendimentos psicossociais periódicos com vistas ao monitoramento do caso e convidará o bombeiro militar para participar das ações no âmbito de grupos de ajuda mútua e prevenção de recaídas desenvolvidas pelo Centro de Assistência Bombeiro Militar;

b. A participação nos grupos de atendimentos no CEABM será voluntária;

c. O bombeiro militar de serviço deverá ser liberado durante as horas necessárias para participação nas atividades referentes ao seu tratamento, devendo retornar para cumprimento do restante do serviço ao fim das atividades;

d. O bombeiro militar deverá apresentar na OBM declaração de comparecimento quando necessário ausentar-se do trabalho para participação em alguma atividade referente ao seu tratamento, devendo a declaração especificar horário de início e término do evento;

e. As dispensas médicas e Licenças para Tratamento de Saúde Pessoal (LTSP) serão publicadas em Boletim Geral (BG), conforme regulamentação específica vigente.

II - Nos casos de bombeiros militares em tratamento especializado em regime

extra- hospitalar de atenção psicossocial:

a. O bombeiro militar ou responsável deverá apresentar na JISC do CBMDF atestado médico ou declaração de que está em tratamento, em um prazo de até 02 (dois) dias úteis a contar da emissão do documento;

b. A JISC deverá informar ao CEABM para fins de acompanhamento e monitoramento do caso;

c. Ao receber alta, o bombeiro militar deverá solicitar declaração do local de tratamento e apresentá-la à JISC no primeiro dia útil subsequente para regularização de sua situação funcional;

d. Ao retornar às atividades na OBM, o comandante desta deverá encaminhar o bombeiro militar ao CEABM para acompanhamento continuado com vistas à prevenção de recaídas, conforme orientações constantes no inciso I deste artigo;

e. As dispensas médicas e LTSP serão publicadas em BG, conforme regulamentação específica vigente.

III - Nos casos de bombeiros militares em tratamento em regime de internação:

a. O responsável pelo bombeiro militar encaminhará à JISC declaração de baixa hospitalar, em um prazo de até 02 (dois) dias úteis a contar da emissão do documento;

b. Caso a baixa hospitalar seja igual ou superior a 30 dias, será concedida LTSP conforme regulamentação específica vigente;

c. A JISC informará ao CEABM para fins de acompanhamento e monitoramento do caso;

d. Ao receber alta, o bombeiro militar deverá solicitar declaração do local de tratamento e apresentá-la à JISC no primeiro dia útil subsequente para regularização de sua situação funcional;

e. Ao retornar às atividades na OBM, esta deverá encaminhar o bombeiro militar ao CEABM para acompanhamento continuado com vistas à prevenção de recaídas, conforme orientações constantes no inciso I deste artigo.

§ 1º Os bombeiros militares de que trata esta portaria deverão ser assistidos, preferencialmente, por profissionais da Corporação e, neste sentido, terão prioridade

no acesso às assistências médica, psicológica e social disponibilizadas no CBMDF, respeitadas as demais prioridades previstas em lei.

§ 2º O bombeiro militar não será obrigado a submeter-se a qualquer dos tratamentos a que se refere este artigo.

§ 3º Nos casos de não consentimento quanto ao tratamento indicado, o bombeiro militar assinará termo de responsabilidade.

§ 4º Na eventualidade do bombeiro militar recusar-se a assinar o termo de responsabilidade, o profissional responsável pelo atendimento fará constar tal recusa no próprio termo, assinado por duas testemunhas.

§ 5º A internação involuntária ou compulsória seguirá o disposto na Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Art. 7º O bombeiro militar somente deverá ser afastado do serviço por meio de atestado médico expedido por profissional de saúde.

§ 1º O psiquiatra ou psicólogo, se da corporação, deverá orientar a unidade quanto ao retorno do bombeiro militar às atividades laborais.

§ 2º Ao bombeiro militar afastado por psiquiatra ou psicólogo que não seja da corporação, aplicam-se as normatizações já vigentes sobre dispensa médica, afastamento, adição e retorno às atividades.

§ 3º Findo o atestado médico e apto o bombeiro militar, o comandante da OBM deverá retornar o bombeiro militar as suas atividades profissionais.

Art. 8º As situações que ensejam agregação ou reforma de bombeiro militar serão tratadas de acordo com as disposições constantes no Estatuto dos Bombeiros Militares do Distrito Federal e demais regulamentações vigentes no que tange às patologias previstas no CID-10.

CAPITULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES DA OBM

Art. 9º É responsabilidade do comandante da OBM quando tomar

conhecimento de algum subordinado com problemas decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas:

I - Encaminhar o bombeiro militar na forma do Art. 3º.

II - Monitorar a situação funcional do bombeiro militar, como dispensas médicas, LTSP e quaisquer situações administrativas que o envolvam.

III - Manter contato mensal, pelo menos, com o CEABM ou o órgão que esteja acompanhando o bombeiro militar encaminhado para tratamento, para o devido controle.

IV - Adequar, dentro das possibilidades da OBM, a escala de serviço para que o bombeiro militar não tenha prejuízo em seu tratamento.

V - Instaurar, conforme a legislação vigente, processo disciplinar ou procedimento administrativo se houver indícios de transgressão disciplinar e/ou crime militar, independentemente do que trata esta Portaria.

Parágrafo Único - É dever do subcomandante da OBM, bem como dos do dia à prontidão ou do militar no exercício de função de comando e chefia imediata informar o respectivo comandante de OBM da existência de subordinado com problemas decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10 A suspensão ou cassação do porte de arma de fogo do bombeiro militar seguirá o disposto na legislação vigente.

Art. 11 Os casos omissos serão resolvidos pelo Comandante-Geral da Corporação após consulta à Diretoria de Saúde e ao Centro de Assistência Bombeiro Militar.

Art. 12 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Comandante-Geral