

O alcoolismo e os reflexos sociojurídicos sobre as relações de trabalho

Zéu Palmeira Sobrinho

O autor é Juiz do Trabalho do TRT-RN. Professor da UFRN. Mestre e doutor em Ciências Sociais (área de Sociologia do Trabalho). Coordenador do GESTO (Grupo de Estudos Seguridade Social e Trabalho, da UFRN, e autor de vários livros, dentre os quais: *Acidente do trabalho: crítica e tendências* (Ed. LTr); *Terceirização e reestruturação produtiva* (Ed. LTr); *Estabilidade* (Ed. LTr); *Contrato coletivo de trabalho* (Ed. FGD), etc.

Resumo: O alcoolismo e os seus reflexos sobre as relações de trabalho é o objeto central do presente artigo. Além da ênfase referente a aspectos da prevenção, diagnóstico e tratamento dos acidentes ocupacionais envolvendo o alcoolista, o texto contém debate sobre a caracterização do nexos causal em casos de SDA (Síndrome de Dependência ao Álcool).

Palavras-chave: Trabalho. Doença ocupacional. Alcoolismo.

Sumário: 1 Considerações iniciais – 2 Conhecendo o problema do uso do álcool: informações gerais e estatísticas – 3 Em que consiste a Síndrome de Dependência ao Álcool (SDA)? – 4 Efeitos do alcoolismo no meio ambiente do trabalho – 5 O que é importante saber sobre o diagnóstico e o tratamento da Síndrome de Dependência ao Álcool (SDA)? – 6 Os exames admissionais ou periódicos do empregado para fins de confirmação de sinais de alcoolismo – 7 Tratamento – 8 Nexos causal e alcoolismo – 9 A posição da jurisprudência – 10 Prevenção – 11 Uma política organizacional de combate ao alcoolismo – Considerações finais – Referências

1 Considerações iniciais

A dependência química consiste na recorrente relação de carência que se estabelece a partir do desejo compulsivo de uma pessoa em atingir um estágio sensorial pela mediação do consumo de droga ou de substâncias provocadoras de estímulos neurológicos.

No presente estudo não há o propósito de se abordar sobre todas as drogas possivelmente ingeridas pelos trabalhadores. O objetivo da análise é

identificar a possível existência de nexos causais entre o alcoolismo e os fatores ocupacionais e suscitar questões, sem a pretensão de conferir respostas a todas.

Várias perguntas são levantadas diante da relação existente entre o alcoolismo e a seara trabalhista. Assim, apenas para ilustração, o conhecimento sobre o tema pode representar o enfrentamento de inúmeras dúvidas, tais como: pode o patrão exigir algum exame, admissional ou demissional, para saber se o empregado é alcoólatra? A mídia e a indústria cultural têm alguma responsabilidade em relação à prevenção e ao combate ao alcoolismo? O uso excessivo e habitual de álcool pode ser sempre e necessariamente presumido como sintoma da SDA (Síndrome de Dependência ao Álcool)? É possível a repercussão trabalhista da conduta obreira decorrente do uso abusivo do consumo de bebidas alcoólicas, mesmo quando se refere a um fato isolado no histórico de vida do trabalhador? O trabalho pode servir como terapia no processo de recuperação do trabalhador acometido de SDA? O que fazer diante do absenteísmo provocado pela doença? Quais os reflexos decorrentes do presenteísmo do trabalhador doente? A SDA está associada a uma causa única ou a fatores multicausais? As condições de trabalho podem ser fatores estressores que impelem o trabalhador ao consumo de bebida alcoólica? É possível a aplicação de uma política pública de combate ao alcoolismo no ambiente do trabalho? É cabível ao empregador investigar se um dos seus empregados está abusando do consumo de bebida alcoólica?

Muito do que se dirá sobre o alcoolismo é algo que paira sobre um campo de incertezas e de respostas inconclusas. O que se sabe em princípio é que o problema do alcoolismo no âmbito das relações de trabalho, além de respingar para as esferas relacionais da sociedade e da família, demanda questionamentos a serem enfrentados com sabedoria e sensibilidade.

2 Conhecendo o problema do uso do álcool: informações gerais e estatísticas

A prática do consumo de álcool não se confunde nem leva necessariamente ao alcoolismo. Este é o nome que se utiliza para designar o quadro doentio decorrente de um dos possíveis desdobramentos do uso abusivo de bebidas alcoólicas.

Observe-se, antecipadamente, que o termo alcoólatra tem conotação pejorativa, uma vez que o vocábulo está relacionado à idolatria, isto é, serve para designar alguém como venerador ou adorador de álcool, alcoófilo ou

dipsomaníaco. Ademais, está vinculada a uma percepção pseudomoralista que se aproxima de uma postura mais discriminatória e menos eficaz do ponto de vista da recuperação.

A terminologia corrente na ciência médica recomenda que o doente seja tratado como alcoolista, termo este que confere destaque apenas a prática reiterada do consumo, sem o escopo de estigmatização ou zombaria. Alcoolista é termo mais abrangente para designar não apenas o dependente, mas quem ao abusar do álcool situa-se em estágio de iminente dependência, razão pela qual se justifica separar as diferentes espécies de bebedores, isto é, o moderado, o exorbitante e o dependente.

As drogas podem ser estimulantes (ex: cocaína), alucinógenas (ex: haxixe) ou depressoras (ex: álcool). O uso do álcool pode ser experimental, esporádico e habitual.

O álcool atua como um depressor do sistema nervoso central. Em regra, as bebidas contêm uma quantidade de álcool puro cujas médias são as seguintes: cerveja e chope – 4% a 6%; vinho – 12%; licores – 15% a 30%; destilados (pinga, vodka, conhaque, whisky) – 45% a 50%.

O organismo humano está apto a absorver normalmente uma quantidade de 16 a 20 gramas de álcool por dia. O álcool etílico, após ingerido, é jogado na corrente sanguínea e em seguida metabolizado no fígado, que é o órgão produtor da enzima acetoaldeído desidrogenase, cuja função é catabolizar o aldeído acético, produto altamente tóxico contido no álcool, e transformá-lo em acetato. O tempo de duração do ciclo completo de tal metabolismo pode demorar pouquíssimos minutos ou pode ficar próximo de uma hora, dependendo da quantidade de álcool ingerida, das condições orgânicas do indivíduo, da velocidade da ingestão, do teor alcoólico da bebida, etc.

Não existem estudos categóricos sobre as fases da embriaguez, mas a doutrina reconhece que o ato de beber comumente está associado a uma fase de excitação, de confusão e de sonolência.

a) Fase de excitação. Olhar animado; loquacidade; vivacidade motora; associação de ideias superficial. Mostra o ébrio o que realmente é: alguns alegres e zombeteiros; outros, sentimentais e confidentes; outros, ainda, valentes e rixentos; outros, finalmente, deprimidos ou melancólicos. Pupilas dilatadas; respiração e pulsos acelerados; pele úmida; e euforia.

b) Fase de confusão. Predominam a incoordenação motora e a confusão psíquica. Perturbações sensoriais: visão dupla; zumbido de ouvido; obtusidade tátil e dolorífica. Ilusões (percepções erradas). Incapacidade de atenção voluntária; fuga de ideias. Impulsividade. Palavra difícil, pastosa; disartria. Inconveniências de atitudes. Movimentos sem coordenação. O indivíduo é incapaz de andar em linha reta e de permanecer em equilíbrio em pé, de olhos fechados (sinal de Romberg). Geralmente impotência sexual.

c) Fase de sono. Estado paralisiforme. Não consegue manter-se em pé; e às vezes, nem sentado. Pupilas contraídas; pele pálida; respiração e pulsos lentos; queda da pressão sanguínea. Inconsciência mais ou menos completa. Só reage a estímulos muito violentos. Depois de algumas horas de sono, desperta dominado pelo mal-estar e fadiga, com a cabeça pesada, sede e mau paladar. (COSTA JÚNIOR, 1978, p. 3)

O consumo de álcool, segundo estudos da OMS, não reflete por si um problema de indivíduos consumidores, mas uma impactante sequela que afeta o corpo social, a ponto de tornar-se numa pandemia e num problema de saúde pública. Há uma estimativa da OMS, divulgada em 2004, no sentido de que no mundo existem em torno de 2 bilhões de consumidores de bebidas alcoólicas. Reproduzem-se a seguir alguns dados estatísticos coletados e apresentados por Carvalho (2005, p. 1847) em relação ao problema do uso de álcool:

- 7% das pessoas sofrem de alcoolismo no mundo;
- O Brasil tem cerca de 12 milhões de alcoolistas;
- É a segunda causa de internações psiquiátricas e responde por 80% das internações por dependência química;
- É a quinta causa de atendimentos ambulatoriais;
- A cirrose alcoólica é a sétima causa de óbitos em população acima de 15 anos (SUS/1996);
- Está envolvido em 50% dos acidentes de trânsito (...);
- Está diretamente envolvido em 30% dos divórcios, 40% das ocorrências policiais, 60% dos casos de espancamento praticados contra mulheres e crianças e 49% dos casos de prisão;
- O índice de suicídios é 15 vezes maior entre os abusadores de álcool;
- Aumenta em três vezes a utilização de diárias hospitalares.

Mais especificamente em relação ao efeito deletério do álcool sobre o mundo do trabalho, Carvalho (2005, p. 1854) apresenta os seguintes dados:

- 70% das pessoas com problemas com álcool são trabalhadores;
- 45% dos trabalhadores bebem frequentemente e 20% bebem diariamente;
- O alcoolismo é a terceira causa de absenteísmo médico e a oitava de auxílio-doença;
- O alcoolismo é o motivo de 50% das licenças psiquiátricas;
- O alcoolismo aumenta em cinco vezes a incidência de acidentes do trabalho;
- Os usuários de álcool faltam três vezes mais ao trabalho e recorrem três vezes mais aos benefícios das empresas;
- Os custos para as empresas (absenteísmo, acidentes, retrabalho, queda de produtividade e tratamento) podem atingir 15% das suas despesas anuais.

Os números coletados em 2005 nas 108 maiores cidades brasileiras (SENAD/SEBRID, 2005), por ocasião do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas”, revelam que o álcool é a substância psicoativa mais consumida pelos brasileiros. No Brasil, segundo dados divulgados pelo Governo Federal, a chamada Síndrome de Dependência do Álcool (SDA) atinge diretamente 12,3% da população brasileira com idade entre 12 e 65 anos, sendo que entre os jovens de 12 a 17 anos, a taxa de alcoolismo é de 7% (BRASIL, 2010).

Conforme dados da OMS (Organização Mundial de Saúde), o consumo *per capita* de álcool no Brasil cresceu 154,8%, entre 1961 e 2000, de sorte que o país está entre os 25 países do mundo que mais aumentaram o consumo de bebidas nas últimas décadas. No cenário mundial, o Brasil aparece entre os 80 maiores países consumidores de álcool puro por habitante (BRASIL, 2010).

3 Em que consiste a Síndrome de Dependência ao Álcool (SDA)?

O Alcoolismo somente foi cientificamente reconhecido como doença em 1956, conforme ato da Associação Médica Americana. Somente 20 anos depois, em 1976, Griffith Edwards e Milton Gross caracterizaram e descreveram a chamada Síndrome de Dependência ao Álcool (SDA), a qual foi identificada como um transtorno que, ao conjugar dinamicamente elementos de ordem biológica e culturais, revela-se na perda de controle do indivíduo sobre o consumo de álcool, acarretando-lhe, por um lado, a maior tolerância

às substâncias alcoólicas e conseqüentemente a necessidade de ingerir crescentemente maiores quantidades de bebida e, por outro, a falta de consumo ou abstinência que lhe causa problemas de mal-estar físico (ex: tremores, náuseas, sudorese, cefaleia, etc.), afetivo (ex: irritabilidade, ansiedade, depressão, etc.) e sensorial (pruridos, zumbidos, alucinações, etc.).

O uso abusivo do álcool, segundo a Classificação Internacional de Saúde (CID-10), código F10, está associado a transtornos mentais e de comportamento, observando-se as seguintes categorias adiante transcritas:

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

A SDA está especificada da CID F10.2. Registre-se que nem todo uso habitual ou excessivo de álcool causa a dependência. Alguém pode ser usuário habitual sem ser dependente, desde que o seu uso seja em espaços temporais intermitentes e em quantidades moderadas. Também não será considerada como dependente a pessoa que ingeriu uma quantidade excessiva de álcool apenas uma vez ou esporadicamente.

A SDA se caracteriza necessariamente no contexto de uma processualidade temporal em que a conduta de recorrente ingestão é permeada de crises de abstinência, de crescente tolerabilidade ao álcool e de impactante mudança comportamental do usuário. Isso significa que uma pessoa pode fazer uso nocivo do álcool sem ser dependente deste. Assim, se um indivíduo, mesmo que não seja consumidor habitual de álcool, resolver dirigir embriagado, a sua atitude não será decorrência de uma relação compulsiva, isto é, não pode ser interpretada como efeito da dependência em relação à droga, mas deve ser vista como resultado de uma postura consciente quanto ao perigo provocado. Dito de outro modo: há diferentes caracterizações das relações travadas entre os indivíduos e o consumo de álcool. Porém, em todas as relações estabelecidas entre o trabalhador e o álcool há sempre a probabilidade do risco. Embora se afirme que o ato de beber, fora do ambiente de trabalho,

não ocasiona sempre e necessariamente sequelas à saúde humana, é salutar afirmar-se que a mera probabilidade de a bebida acarretar distúrbios ocupacionais já demonstra a sua plena incompatibilidade para o desempenho de determinadas atividades laborativas.

Dentre alguns dos grandes enigmas da condição humana, dois são particularmente intrigantes: o primeiro consiste em se saber em que momento um homem passa a não controlar a sua relação com as drogas, e em especial com o álcool; o segundo diz respeito à metodologia para se identificar os fatores que interferem decisivamente para a configuração da dependência química.

O consumidor de bebida alcoólica tende a sentir euforia e ou depressão. O reflexo do consumo inadequado reflete-se na capacidade de a pessoa embriagada oscilar entre comportamentos de prazer, euforia, e tristeza. O álcool tende a estimular o homem a romper com o princípio da realidade, ora coincidindo com a conduta de recalque, ora revelando-se pela transgressão dos padrões comportamentais. O excesso de tristeza ou de alegria, de amabilidades ou de irreverência, de choro ou de risos, de silêncio ou de emudecimento são apenas alguns dos ambíguos e possíveis comportamentos apresentados por aqueles que se encontram em estado de embriaguez.

Quadros de embriaguez patológica podem se desdobrar em comportamentos esquizoides e ou desordens mentais capazes de gerar, por exemplo, o *delirium tremens* e a epilepsia alcoólica. O delírio alcoólico foi muito bem retratado no filme *Farrapo Humano*, obra cinematográfica que narra — dentre outras episódios — a cena em que Don Bird tem um surto agudo de intoxicação alcoólica que o leva a apresentar tremores na face e nas mãos, além de alucinações nas quais o alcoolista visualiza ratos, morcegos e outros bichos.

O uso inconveniente e inoportuno das bebidas alcoólicas vai além das consequências fisiológicas e da confusão mental alcoólica.

O modo como álcool é metabolizado pelo organismo pode afetar o cérebro, a coordenação motora, os reflexos, a visão, a audição e a fala. A pessoa embriagada costuma apresentar um id acentuado, tem a sua autocrítica reduzida, afetando a capacidade de discernimento em relação ao perigo. O superego do indivíduo embriagado pode ser afetado pela propulsão à irreverência e pela maior fragilidade emocional, tornando-o mais agressiva e portador de incontinência verbal.

4 Efeitos do alcoolismo no meio ambiente do trabalho

O trabalhador acometido de SDA tende a cometer falhas operacionais involuntárias, tendo em vista o comprometimento de seus sentidos e a irregularidade de sua capacidade motora. Há relatos médicos de que entre os portadores da síndrome há crescentes possibilidades de se apresentarem as seguintes condutas: absenteísmo; abandono de serviço ou ausência do posto de trabalho; crescente endividamento, insolvência, problemas com agiotas e bancos; desajuste familiar; sentimento de perseguição; maior irritabilidade; maior resistência à utilização dos EPI; maior dificuldade de adaptação à disciplina produtiva e ao cumprimento de prazos e horários; maior propensão a acidentes de trânsito; ansiedade; depressão; apatia; desleixo na apresentação e asseio pessoal (ex: farda suja ou rasgada, cabelo despenhado, hálito alcoólico etc.).

O quadro de embriaguez habitual e a síndrome de abstinência, a qual leva a pessoa a ingerir recorrentemente certa quantidade de álcool como meio para tentar superar os estados de mal-estar e de ansiedade, apresentam sinais exteriores ou comportamentais do alcoolismo. Além de tais evidências, a doutrina médica também cita, como outro sintoma exterior da patologia, a conduta compulsiva do indivíduo que secundariza ou abandona as suas atribuições cotidianas em face da recorrente necessidade de consumir o álcool. Em tal situação, o ato de beber passa a ser uma prioridade incontornável que afeta ou prejudica os compromissos sociais, familiares, econômicos e profissionais do indivíduo. Sob tal aspecto, a vida deste passa a gravitar tão somente em torno do consumo.

Há estudos médicos que afirmam inexistir um reflexo automático do estágio de dependência física sobre o corpo e dos efeitos do ato de beber sobre as relações socioprofissionais do indivíduo. Há, porém, alguns sinais de afetação de tais relações que apresentados em seu conjunto aproximam de um diagnóstico conclusivo sobre a processualidade da doença. Assim, por exemplo, são sintomas comportamentais objetivos do aparecimento da doença o fato de o indivíduo beber sozinho, em crescentes quantidades, em horário reputado culturalmente inconveniente (ex: no momento do café da manhã ou durante o expediente de trabalho) e em locais ou situações considerados como socialmente inadequados (ex: no local de trabalho ou enquanto dirige).

Há um limiar entre o prazer convencionalizado e a prática inadequada que leva o indivíduo à dependência provocadora de distúrbios nas relações interpessoais.

O consumo de bebida alcoólica é um hábito difundido culturalmente na sociedade ocidental, envolvendo esportistas, religiosos, trabalhadores, homens de negócios, donas de casa, etc. Há, porém, uma visível oscilação entre os distintos padrões educativos em relação ao modo, ao lugar e ao momento para se consumir a bebida alcoólica. A erosão da disciplina em relação ao consumo de álcool tem levado à banalização das práticas culturais cimentadas na utilização da bebida alcoólica.

5 O que é importante saber sobre o diagnóstico e o tratamento da Síndrome de Dependência ao Álcool (SDA)?

A caracterização da condição de alcoolista é resultado de uma observação empírica por meio do qual o profissional da área de saúde toma como parâmetro, num primeiro momento, o exame físico e comportamental dos consumidores de bebida alcoólica.

A doutrina médica tende a presumir que o fato de o trabalhador ingerir bebida alcoólica durante o horário de trabalho pode ser um sinal de evidência da SDA, razão pela qual é imprudente tomar-se o estado de embriaguez como autorizador imediato da rescisão contratual. Por outro lado, a jurisprudência continua a fazer a distinção entre as situações em que o empregado ingere bebida alcoólica ou se apresenta em estado de embriaguez e as situações em que ele manifesta-se como portador da SDA.¹ Em cada situação concreta, torna-se prudente ao julgador pesquisar sobre a possibilidade de presença da SDA, bem como sobre a oportunidade de o empregador afastar o empregado das suas funções, mormente se a medida for adotada por razões de segurança, do próprio trabalhador e de terceiros, e como forma de possibilitar a promoção da saúde no ambiente ocupacional.

A despeito dos avanços nas pesquisas e estudos realizados a partir da segunda metade do século passado, o diagnóstico e a caracterização do quadro patológico que afeta o alcoolista é objeto de acendrada polêmica na seara médica. Sob esse aspecto, o Conselho Federal de Medicina, respondendo a requerimento formulado pelo CRM do Distrito Federal, nos autos

¹ “JUSTA CAUSA. MOTORISTA. BEBIDA ALCOÓLICA. Constatada pela Polícia Federal através do teste do bafômetro a ingestão de bebida alcoólica por motorista profissional em limite superior ao permitido pelo CTB, ainda que não tenha levado à embriaguez, representa grave descumprimento das obrigações contratuais e enseja a ruptura motivada do contrato de trabalho” (TRT 3ª Região, 5ª Turma, RO: 01149-2007-073-03-00-4-RO, pub.: 27/05/2008, Relatora: Lucilde D’Ajuda Lyra de Almeida).

do Processo Consulta nº 1.755/92, deu publicidade a decisão no PC/CFM/Nº 29/94, relatado pelo Conselheiro Tarcísio de Almeida Pimentel, cujo teor é o seguinte:

O diagnóstico da doença alcoolismo não é tão fácil. Necessário se faz que a relação médico-paciente seja plena de confiança mútua, pois é raro que a queixa inicial de um paciente, o motivo da consulta seja o álcool ou o alcoolismo. É preciso que se conheça bem a história de vida do examinando, pois a doença alcoolismo apresenta as seguintes fases diagnóstico-evolutivas: 1ª fase – prodômica; 2ª fase – crucial ou básica; 3ª fase – crônica.

Para fins médico-legais, o alcoolismo agudo ou embriaguez deve ser determinado pela alcoolemia de rotina, associada ao exame clínico do paciente, podendo usar-se o eletroencefalograma para complementar. O uso crônico do álcool modifica o metabolismo humano e os exames laboratoriais clínicos mostram alterações dos lipídios, hidrato de carbono e ácido úrico que podem surgir precedendo as alterações somáticas do fígado e pâncreas. Quando já existem lesões hepáticas graves há um aumento da reserva alcalina e da ureia no sangue. No alcoolismo crônico, poderão estar alteradas as enzimas séricas: transaminase: glutâmico-oxalacética (TGO) e glutâmico piruvica (TGP), bem como a fosfatase alcalina, as bilirrubinas e a eletroforese de proteínas. Podemos ainda encontrar alterados: a atividade de protombina, os números de leucócitos e plaquetas, a glicose e amilase sanguínea e os 17 cetosteróides.

Os testes psicométricos para o diagnóstico do alcoolismo se distribuem em três grupos: escalas de inteligência; testes psicomotores; e testes projetivos de personalidade. A investigação da psicomotricidade é mais importante para o diagnóstico do alcoolismo do que para aferição da personalidade e da inteligência. Nestes casos, um dos testes ideomotor mais indicado é o MIOCINÓTICO (PMK) de Mira Y Lopez. Como testes projetivos de personalidade utiliza-se com bons resultados, para o diagnóstico de alcoolismo, os testes projetivo (TAT; Rosenzweig e 16 PF), além do psicodiagnóstico de RORSCHACH e o MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). No entanto, os resultados dos testes psicológicos devem ser correlacionados com os exames médicos e, principalmente, neurológicos. Uma conclusão de suma importância para o estudo das lesões orgânicas e análise projetiva da personalidade não deverá basear-se em

resultados psicoclínicos de um só instrumento. As correlações clínico-neurológicas e as de uma bateria de testes fazem-se necessárias para uma visão global do alcoolista.

O diagnóstico eletroencefalográfico deve ser feito rotineiramente em casos de alcoolismo. O estudo do alcoolista se completa com a anamnese minuciosa, rigoroso exame físico e bem cuidado exame psíquico. Em alguns casos poderá ser complementado com os seguintes exames subsidiários: 01- alcoolemia; 02- eletroencefalografia; 03- liquor cefaloraquidiano; 04- pneumocefalografia e ou tomografia cerebral computadorizada; 05- testes psicológicos; 6- outros exames laboratoriais, já citados anteriormente.

O diagnóstico caracterizador da Síndrome de Dependência ao Álcool é confirmado, em relação ao usuário, sempre que estiverem presentes pelos menos três dentre os critérios abaixo identificados, conforme explicita Carvalho (2005, p. 1850):

- Tolerância ao álcool;
- Síndrome de abstinência fisiológica quando o uso da substância cessou ou foi reduzido;
- Dificuldade de controle no tocante à quantidade e ao momento de iniciar ou parar o consumo;
- Negligência e ou desinteresse em relação às suas atividades e obrigações ou abandono progressivo de outros prazeres em função do uso da substância;
- Manutenção do ato de beber mesmo ciente dos prejuízos físicos e psíquicos;
- Uso compulsivo da bebida.

Exames complementares podem ser solicitados do paciente para fins de comprovação do uso nocivo do álcool ou da SDA, tais como: gama GT, volume corpuscular médio das hemácias, eletrólitos (cálcio, magnésio, sódio e potássio), hemograma, transaminases (TGO e TGP), função hepática (tempo de protrombina, albumina e proteínas totais), função renal (ureia e creatinina); glicemia de jejum, colesterol e triglicerídeos, eletrocardiograma, radiografia de tórax, exame de urina. O processo de tratamento, a despeito da necessidade de abstinência total em relação à ingestão de substância alcoólica, tem demandado a prescrição de três medicamentos: dissulfiram, naltrexona e topiramato (CARVALHO, 2005).

6 Os exames admissionais ou periódicos do empregado para fins de confirmação de sinais de alcoolismo

A empresa não tem o direito de exigir exames do empregado para fins de constatação da SDA, tendo em vista que tal postura fere a dignidade do trabalhador e a sua privacidade. A rigor, o consumo de álcool pelo trabalhador, sem qualquer evidência das repercussões para as suas atividades laborativas, não autoriza a interferência do empregador.

Consigne-se que os exames admissionais e periódicos visam identificar a aptidão do trabalhador para o exercício da função que está ocupando ou que vai passar a ocupá-la. Os exames não podem servir de critério de seleção com base em opções ou práticas sociais lícitas, a exemplo do gosto por bebidas alcoólicas e o seu uso ainda que habitual. Frise-se que a exigência de exames direcionada a um empregado supostamente acometido de alcoolismo não deve ser incumbência da empresa, mas deve ser um procedimento limitado à autoridade médica responsável pelo tratamento do trabalhador. Mesmo que a empresa esteja convencida da existência de um quadro patológico e queira — por escopo altruístico — auxiliar no tratamento do trabalhador, ainda assim não lhe é dado obrigar o seu subordinado a realizar exames, posto que isso fere a liberdade pessoal do empregado. Ademais, evita-se que o empregador, a pretexto de preocupar-se com a saúde dos seus trabalhadores, estabeleça o exame como mecanismo para a adoção de postura discriminatória.

Por outro lado, tudo aconselha que os profissionais do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional da empresa sugiram ao empregador a adoção de política preventiva e o encaminhamento para tratamento do trabalhador doente. Isso não impede que o próprio superior hierárquico do empregado, ante sinais razoáveis da doença, requisite o auxílio do serviço social e ou do setor de saúde da empresa.

7 Tratamento

No tocante ao diagnóstico da Síndrome de Dependência do Alcool (SDA) observa-se notável avanço da ciência médica. Todavia, no que diz respeito às modalidades de tratamento os estudos científicos ainda carecem de resultados mais promissores. Isso ocorre porque não há apenas uma causalidade na origem da doença e também não há um tratamento considerado razoavelmente como de alta eficácia para a cura do alcoolista.

Ainda em relação aos tratamentos, a quimioterapia, a psicoterapia e as motivações de ordem religiosa ou afetiva têm demonstrado resultados, mas sempre com limitada margem de probabilidade quanto à eficácia.

As recaídas do indivíduo sob tratamento, diante do seu retorno ao consumo de bebidas alcoólicas, também batizadas nos bastidores hospitalares de “síndrome da porta giratória” ou “síndrome do ioiô”, revelam a sua face mais cruel diante da imperiosa necessidade de constantes reinternamentos de alcoolistas.

O tratamento tende a ser algo difícil e doloroso tanto para o alcoolista quanto para os seus parentes, profissionais de saúde, empregadores e colegas de trabalho. A eficácia e o sucesso das políticas públicas de tratamento serão mais prováveis à proporção que estejam também presentes o carinho, a compreensão, o afeto, a responsabilidade social, o sacrifício e a solidariedade das pessoas envolvidas no cotidiano do alcoolista.

O pouco que há de certeza consiste em se afirmar que as tentativas de tratamento devem ser tantas quanto possíveis, observando-se sempre a necessidade de parâmetros motivacionais e o respeito à dignidade da pessoa humana. Entre as maiores barreiras encontradas pelo alcoolista está o preconceito, a etiquetização do doente como um culpado pela sua própria ruína, como um fardo, a ser injustificadamente suportado pelos familiares e pela sociedade, ou como alguém desprovido de suficiente força de caráter para se livrar do vício.

“Por hoje eu não vou beber” ou “evite o primeiro gole” são palavras utilizadas pelos Alcoólicos Anônimos (AA) no processo de motivação do alcoolista à interrupção da sua relação com o álcool. O AA é um movimento de solidariedade e ajuda mútua criado nos EUA, em 1925, e que tem por missão estimular o indivíduo alcoolista à autoconsciência da sua condição de ser incurável, além da busca de alternativas que possibilitem a atenuação das consequências decorrentes do anterior consumo de álcool.

O tratamento não gera certeza de ruptura da relação do alcoolista com a bebida, mas cria expectativas, ainda que mínimas, de interrupção ou atenuação dos efeitos maléficos da relação de dependência, mormente quando o alcoolista passa a enxergar a necessidade e a oportunidade de motivar-se como condição para a reconstrução das suas relações afetivas e sociais e profissionais.

Conforme relatos médicos, nenhum tratamento tende a ser eficaz se não estiverem presentes as condições motivacionais, as quais não se restringem

à vontade do indivíduo alcoolista, mas envolve sobretudo os fatores afetivos e socioambientais que o estimulam ao enfrentamento do difícil e recorrente processo de abster-se da ingestão de bebidas alcoólicas.

8 Nexo causal e alcoolismo

O alcoolismo, por não ser resultado de uma causa única, não pode ser vinculado de forma simplista a um fato ou a uma relação intersubjetiva vivenciada de forma exclusiva pelo indivíduo. O que se sabe é que não há base científica para se estigmatizar a prática do alcoolismo como efeito de um desvio moral do alcoolista ou como resultado de uma determinação genética.

Embora existam estudos revelando que o fígado humano contém uma enzima geneticamente determinada, chamada acetoaldeído desidrogenase, que é responsável pela transformação do álcool em aldeído acético, ainda assim não há provas científicas de que os fatores genéticos estejam relacionados às causas que provocam a eclosão da prática do consumo de álcool.

A ciência médica já amadureceu o suficiente para desmistificar as teses deterministas, tais como a que simplifica a discussão ao afirmar que o alcoolista é viciado por razões atávicas ou por causa da arquetípica tortura psíquica supostamente representada pelo trabalho na vida do homem.

As causas que permeiam a SDA estão associadas a situações concretas. Desse modo é possível que atividades geradoras de perigo, solidão, segregação familiar, estresse e contato direto com a bebida demandem do trabalhador momentos de relaxamento que podem ser associados ao consumo de álcool.

Cada pessoa está submetida a processos sócio-históricos que condicionam o desenvolvimento ou não da prática do alcoolismo. A ciência já sabe que uma pessoa pode tomar a bebida alcoólica por diversas motivações, mas em sua decisão de beber sempre preponderam os fatores psicológicos, ambientais e sócio-históricos.

A síntese dos estudos sobre o alcoolismo revela cada vez mais a impertinência de explicações reducionistas, sejam no campo da biologia, da psicologia ou da sociologia. Dizer que o álcool é uma mera fuga é puro simplismo, tendo em vista que algumas pessoas associam o uso da bebida alcoólica a diferentes perspectivas, seja para comemorar um fato histórico em suas vidas, seja para celebrar uma data festiva ou a realização de um negócio. Urge distinguir, porém, entre o consumo de bebida alcoólica, como prática socialmente aceita, e o processo de perda do controle do indivíduo sobre a prática de ingestão do álcool.

A interdependência e a indivisibilidade do meio ambiente tendem a evidenciar — na proporção dos crescentes avanços da ciência — a erosão das muralhas que ilusoriamente separam os fatores ditos laborais dos fatores não laborais. A totalidade na qual se insere o fenômeno ocupacional estrutura-se numa realidade complexa e que somente pode ser conhecida eficazmente a partir das suas interconexões com os demais fenômenos sociais. Por outro lado, estes demandam dos estudiosos um enfoque integral e interdisciplinar.

Por ora, a Síndrome de Dependência ao Álcool (SDA) tem se revelado como causa de doença ocupacional apenas quando a atividade desempenhada pelo trabalhador implica no dever de consumir a substância alcoólica. Assim, será considerada como tecnopatía o chamado alcoolismo ocupacional, conforme o exemplo clássico da doença do mestre cervejeiro, tendo em vista que o ato de ingerir a bebida alcoólica é tarefa ínsita ao exercício da profissão. Em tal hipótese é possível apontar a prática do consumo de álcool como causalidade laboral pura, isto é, como causa principal da doença ocupacional denominada alcoolismo.

Fora a mencionada hipótese não há como se considerar o alcoolismo como sendo doença profissional ou como decorrência causal de um problema capaz de impelir o trabalhador à prática de consumo da bebida.

A prática de consumo imoderado do álcool pode levar a duas espécies de alcoolismo: o primeiro é o alcoolismo ocupacional, a exemplo da tecnopatía apresentada pelo cervejeiro; o segundo é aquele em que o consumo abusivo da bebida é a ressonância de uma conduta apresentada diante de elementos estressores relacionados ao trabalho, a exemplo do que ocorre com os operadores do mercado financeiro que procuram o álcool como desafio do estresse.

O Decreto nº 3.048/1999, em seu Anexo II, Lista B, inclui o alcoolismo entre os transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho (Grupo V da CID-10), reconhecendo a SDA (Síndrome de Dependência ao Álcool) como vinculada a dois tipos, um causal e o outro concausal. O tipo causal está associado a uma circunstância relativa às condições de trabalho (Y96), a exemplo do mestre cervejeiro que precisa provar a bebida no ambiente do trabalho. O tipo concausal diz respeito aos problemas relacionados com o emprego e com o desemprego, caracterizando o que o Regulamento da Previdência Social descreve como “condições difíceis de trabalho (Z56.5), cujos reflexos são projetados na vida extralaboral do trabalhador, influenciando a sua escolha pelo consumo de bebida alcoólica.

A prática de consumir bebidas alcoólicas, embora seja de difícil caracterização como de índole profissional, pode ser associada aos reflexos evidenciadores ou sintomáticos da existência de uma doença. Tais reflexos — quando vinculados ao surgimento da Síndrome de Dependência ao Álcool — podem ser o resultado provocado pelo consumo de bebidas alcoólicas, prática esta identificada como fato estressor que concorre ou se associa a uma causa principal. Em outras palavras; há que se distinguir a prática de consumir o álcool como inerente ao processo de trabalho do empregado e a prática de consumir o álcool como reflexo da pressão enfrentada por fatores estressores no ambiente de trabalho. Na segunda hipótese, a ingestão de álcool estará associada a uma causalidade mista, a qual poderá corresponder a um quadro de ansiedade, pressão, tensão e ou perigo no ambiente do trabalho.

A causalidade laboral mista, conforme o adjetivo sugere, decorre da conjugação de fatores internos e externos à execução dos serviços que se manifestam como geratrizes do acidente do trabalho. Trata-se então de uma articulação entre as causas, principal e concorrente, que contribuem para a configuração do dano. Nesse sentido o art. 21, inciso I, contempla a hipótese de concausa na configuração do acidente do trabalho.

9 A posição da jurisprudência

É dever do empregador tratar com dignidade o alcoolista empregado, ou seja, ao invés de rescindir o contrato de trabalho deste, incumbe ao patrão encaminhar à Previdência Social o empregado acometido de alcoolismo para efetuar o tratamento ou possibilitar a concessão do benefício cabível, sob pena de vir a responder por danos morais. A jurisprudência brasileira, embora ainda oscilante, aponta para a possibilidade de responsabilizar o empregador se este se omitiu em adotar medida exigível para evitar a ruína do alcoolista.

A 1ª Turma, do TST condenou um empregador a pagar danos morais aos dependentes de um empregado alcoolista que cometeu suicídio após ser dispensado imotivadamente. A tese encetada no Acórdão era de que o empregador abusou do seu direito potestativo de dispensar, uma vez que — segundo o Relator — o trabalhador alcoolista era um doente, portanto, portador de estabilidade e não poderia ter sido demitido.²

² RECURSO DE REVISTA. DOENÇA GRAVE. ALCOOLISMO. DISPENSA ARBITRÁRIA. INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL. (...). 3. A dispensa imotivada, nessas condições, configura o abuso de direito do empregador que, em situação de debilidade do empregado acometido de doença grave, deveria tê-lo submetido a tratamento médico, suspendendo o contrato de emprego. 4. Desse

O STF decidiu que não cabe ao Ministério Público tomar a iniciativa de promover o internamento compulsório do alcoolista, se não há em relação a este a interdição precedida do devido processo legal (STF, REOX nº 496.718-9/RS, julg. 12.08.2008, Relator: Min. Marco Aurélio).

Enfim, a tendência da jurisprudência trabalhista é a de acatar definitivamente os estudos científicos que apontam para o posicionamento de que o alcoolismo é uma doença,³ e não um desvio moral dos trabalhadores. Porém, o longo debate travado no cotidiano forense que levou a comunidade jurídica a acolher o caráter de morbidade do alcoolismo parece, *mutatis mutandis*, repetir-se em relação à compreensão do nexo causal entre os fatores ocupacionais e o alcoolismo.

No tocante à imputabilidade urge que, com o auxílio da ciência médica, seja esclarecido no caso concreto se o alcoolista tem o livre discernimento para a prática de seus atos.

O Código Penal trata da questão especificamente em seu art. 28 e parágrafos:

Art. 28 Não excluem a imputabilidade penal:

I – a emoção ou a paixão;

modo, resta comprovado o evento danoso, ensejando, assim, o pagamento de compensação a título de dano extrapatrimonial ou moral. 5. O dano moral em si não é suscetível de prova, em face da impossibilidade de fazer demonstração, em juízo, da dor, do abalo moral e da angústia sofridos. O dano ocorre -in re ipsa-, ou seja, o dano moral é consequência do próprio fato ofensivo, de modo que, comprovado o evento lesivo, tem-se, como consequência lógica, a configuração de dano moral, exurgindo a obrigação de pagar indenização, nos termos do art. 5º, X, da Constituição Federal. Recurso de revista conhecido e provido (TST, 1ª Turma, acórdão unânime, processo RR nº 1957740-59.2003.5.09.0011, julgamento 15.12.2010, Relator: Ministro Waldir Oliveira da Costa).

³ AGRAVO DE INSTRUMENTO. RECURSO DE REVISTA. ALCOOLISMO CRÔNICO. JUSTA CAUSA. DA VIOLAÇÃO AO ARTIGO 482, F, DA CLT. A decisão do Regional, quanto ao afastamento da justa causa, não merece reparos, porquanto está em consonância com o entendimento desta Corte Superior, inclusive da SBDI-1, no sentido de que o alcoolismo crônico é visto, atualmente, como uma doença, o que requer tratamento e não punição. Incólume o artigo 482, alínea -f-, da CLT. Agravo de instrumento conhecido e não provido. (AIRR - 34040-08.2008.5.10.0007, Relatora Ministra: Dora Maria da Costa, Data de Julgamento: 14/04/2010, 8ª Turma, Data de Publicação: 16/04/2010) Em idêntico sentido há também os seguintes precedentes: ED-E-RR - 586320-51.1999.5.10.5555, Relator Ministro: João Oreste Dalazen, Data de Julgamento: 19/04/2004, Subseção I Especializada em Dissídios Individuais, Data de Publicação: 21/05/2004; TST, 1ª Turma, RR - 186400-95.2004.5.03.0092, julg. 13/02/2008, 1ª Turma, pub.: 28/03/2008, Relator Ministro: Lelio Bentes Corrêa; TST, 2ª Turma, AIRR e RR - 813281-96.2001.5.02.5555, julg.: 23/08/2006, pub. 22/09/2006, Relator Ministro: José Luciano de Castilho Pereira; TST, 3ª Turma, RR - 153000-73.2004.5.15.0022, julg. 21/10/2009, pub. 06/11/2009, Relatora Ministra: Rosa Maria Weber; TST, 7ª Turma, RR-132900-69.2005.5.15.0020, julg. 18.08.2010, Relator: Juiz Convocado Flavio Portinho Sirangelo.

II – a embriaguez, voluntária ou culposa, pelo álcool ou substância de efeitos análogos.

§1º É isento de pena o agente que, por embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força maior, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

§2º A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, por embriaguez, proveniente de caso fortuito ou força maior, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Por outro lado, nos termos do art. 61, do Código Penal, “são circunstâncias que sempre agravam a pena, quando não constituem ou qualificam o crime:” se o agente pratica o delito em estado de embriaguez preordenada. O Código de Trânsito Brasileiro considera como gravíssima a infração cometida por pessoa que dirige sob a influência de álcool (art. 165, CTB), bem como responsabiliza igualmente quem “confiar ou entregar a direção de veículo a pessoa que, mesmo habilitada, por seu estado físico ou psíquico, não estiver em condições de dirigi-lo com segurança.”

A legislação penal relativiza a falta praticada pelo alcoolista,⁴ todavia, deixando evidente que não se pode imputar um crime em caso de embriaguez proveniente de caso fortuito ou força maior.

Além do pronunciamento médico, nada impede que o juízo adote outras provas para a formação da sua convicção quanto ao nível de discernimento do alcoolista, conforme bem leciona Venosa (2006, p. 142):

De fato, a dependência de álcool e tóxicos pode ser tal que iniba totalmente a compreensão dos fatos de vida, de molde a implicar

⁴ O art. 14 da LCP (Lei de Contravenções Penais) qualifica de perigosa a pessoa condenada por contravenção praticada em estado de embriaguez: “Art. 14. Presumem-se perigosos, além dos indivíduos a que se referem os ns. I e II do art. 78 do Código Penal: I – o condenado por motivo de contravenção cometido, em estado de embriaguez pelo álcool ou substância de efeitos análogos, quando habitual a embriaguez.” O legislador da LCP também procurou combater a impunidade das pessoas que instigam a prática do alcoolismo a pessoas em estado de vulnerabilidade social. Nesse sentido, o art. 63, da LCP, dispõe: “Art. 63. Servir bebidas alcoólicas: I – a menor de dezoito anos; II – a quem se acha em estado de embriaguez; III – a pessoa que o agente sabe sofrer das faculdades mentais; IV – a pessoa que o agente sabe estar judicialmente proibida de frequentar lugares onde se consome bebida de tal natureza: Pena – prisão simples, de dois meses a um ano, ou multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis.”

incapacidade absoluta. Desse modo, há que ser entendida a disposição. Pela mesma razão, nem sempre a situação de ebriedade ou toxicomania será tal que implique qualquer “capitis deminutio”. Decidirá o juiz, com os meios de prova cada vez mais técnicos e sofisticados de que dispõe, bem como pelo conjunto probatório, inclusive seu contato pessoal com o sujeito, contato esse importantíssimo para a conclusão do magistrado. O interrogatório do interditando é peça fundamental para sua decisão (art. 1.181 do CPC). O Código Civil refere-se expressamente a essa necessidade de exame pessoal do interditando pelo juiz (art. 1.783).

O atual Código Civil diz em seu art. 3º, inciso II, que são absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil as pessoas que, “por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos”.

O art. 4º, inciso II, também do CCB, considera ainda como incapazes, “relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer”: “os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido”.

Observa-se que o Código Civil trata de uma distinção que é basicamente de grau, mas a depender deste as consequências jurídicas advindas de um ato praticado pelo alcoolista podem ser tratadas de forma diversa.

10 Prevenção

Não raramente, o médico é levado a se limitar aos agravos associados ao uso do álcool, sem se preocupar em adotar ou recomendar um processo terapêutico que contemple o problema principal que é o alcoolismo. Tal postura pode estar relacionada ao tímido espaço que a questão do alcoolismo ocupa no contexto das políticas preventivas de saúde pública.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) reconhece que a prevenção e o tratamento nos ambientes de trabalho exigem o envolvimento de governos, sociedade, empregadores e empregados no desenvolvimento e na execução de políticas integrais de prevenção e tratamento dos danos à saúde e ao bem-estar, causados pelo consumo de bebidas alcoólicas, respeitados os direitos individuais, a privacidade, e a cidadania dos trabalhadores. O órgão ministerial afirma ainda que “os ambientes de trabalho devem ser vistos como locais privilegiados para iniciativas de prevenção do uso prejudicial de bebidas alcoólicas.”

Beber moderadamente ou não beber? Eis a questão. Esta pergunta perturbou sensivelmente o debate sobre o *ethos* social puritano que marcou a colonização da sociedade norte-americana. Alguns cristãos estadunidenses, entre os séculos XVIII e XIX, reuniram forças em torno de um “movimento nacional de temperança” que, em seu auge, tentou estigmatizar uma correlação entre o consumo de álcool com a prostituição, a corrupção e o atraso econômico.

A primeira experiência prevencionista norte-americana fracassou por dois motivos: primeiro, a sua forte feição moralista, o que era suficiente para estigmatizar os alcoolistas, mas não era eficaz para retirá-los da condição de dependentes químicos; segundo, a adoção de uma “Lei Seca”, como a que foi aprovada em 1920, para proibir a fabricação e a venda de bebidas alcoólicas, demonstrou que a lei por si não é suficiente para extinguir um problema de saúde pública da magnitude do alcoolismo.

A política da empresa em estabelecer exame para detectar a presença de problemas de saúde relacionados ao alcoolismo tem gerado intensa polêmica, principalmente pelos riscos de etiquetização do alcoolista e ofensa aos direitos personalíssimos do empregado, tais como a imagem, a vida privada, a liberdade pessoal, etc. A despeito do “custo” representado para a empresa e das possíveis consequências éticas, a doutrina médica está dividida quanto à exigência de exame admissional ou periódico para detectar a possibilidade de problemas de alcoolismo. A despeito da polêmica existente, a medida pode ser importante para se proteger a saúde do trabalhador e simultaneamente para se evitar a responsabilização patronal em decorrência de atos dos empregados alcoolistas. Um exemplo de testagem de álcool no ambiente de trabalho ocorre nos EUA no contexto do modelo denominado EAP.

11 Uma política organizacional de combate ao alcoolismo

O envolvimento da empresa com o planejamento e execução da política de saúde pública de combate ao alcoolismo demanda a estruturação interna de práticas educativas que resultem na conscientização de todas as pessoas, seja qual for o cargo hierárquico ou a função que estas mesmas ocupam ou desempenham na empresa. A política interna de saúde não pode limitar-se ao plano discursivo, mas é imprescindível que a empresa desenvolva habilidades para detectar e investigar o problema, efetuar investimentos, orientar todos no tocante às medidas preventivas, primar pelo tratamento

humanizante do doente, recomendar o engajamento e a corresponsabilidade dos trabalhadores pela mediação de mecanismos de compensação e de progressão das condições socioambientais.

Cabe ao médico da empresa agir com discrição, rigor ético e tirocínio para prevenir, abordar e detectar os casos de dependência ao uso do álcool, bem como lhe cabe apontar alternativas propositivas. Recomenda-se que a sua avaliação contemple a análise do prontuário, a solicitação de exames ao trabalhador, a participação em atos educativos, a entrevista com familiares, mas tudo sempre num contexto de prevenção ou de recuperação, não podendo o seu conhecimento ser instrumentalizado como meio para a empresa desconstruir o vínculo laboral com o trabalhador adoentado.

O fato de a SDA ser considerada como doença ou transtorno mental não cancela a importância do debate democrático, envolvendo o próprio alcoolista, haja vista que este não é um objeto a ser diagnosticado e tratado, mas uma pessoa humana a ser considerada e conscientizada numa relação respeitosa.

Conforme a ciência médica, o retorno do alcoolista ao saudável convívio com seu meio ambiente de trabalho constitui-se num dos fatores que contribuem decisivamente para o processo de reabilitação, mormente se no local de trabalho houver a aplicação cooperativa de técnicas ou programas de incentivo à recuperação.

A reintegração e a reconstrução da convivialidade permitem a redução do absenteísmo, retirando o alcoolista do isolamento e permitindo-lhe recompor a sua autoconfiança.

Na escalada de evidenciamento da SDA urge ser considerado o trajeto histórico do contato entre o alcoolista e a bebida alcoólica, ainda que de forma meramente probabilística, tendo em vista que o vício pode estar vinculado a um complexo de fatores sociais, culturais, psíquicos, etc.

Não se pode perder de vista ainda as conclusões da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 2004, no sentido de serem implementadas medidas para desestimular os empresários que acumulam riquezas com a tragédia humana do alcoolismo. O item 19, da citada Conferência diz o seguinte:

19. Garantir ações de combate ao tabagismo, ao alcoolismo e a outras dependências químicas: I. exigindo-se o cumprimento da legislação vigente em relação à venda e ao consumo de álcool, cigarro e

drogas em geral e a proibição de propaganda de cigarros e bebidas alcoólicas em eventos esportivos, sociais e culturais; II. obrigando a indústria produtora de tabaco e de bebidas alcoólicas ao ressarcimento das despesas com tratamento no SUS prestados aos viciados pelos produtos causadores de dependência química, vinculando parcela dos tributos pagos pelos fabricantes para a formação de um fundo a ser usado no custeio do tratamento dos possíveis efeitos danosos desses produtos; III. obrigando a inscrição de advertência do Ministério da Saúde nos respectivos rótulos, exibindo fotos dos males provocados pelo consumo desses produtos.

O texto mencionado — a despeito de ser importante — não é suficiente, haja vista que as leis por si, ou o preço das mercadorias, não mudam as relações sociais se a própria sociedade e o Estado não estimulam as condições estruturadoras da transformação social. Cite-se como exemplo a experiência norte-americana.

Abolida a “Lei Seca”, o equívoco cometido pelo governo dos EUA foi o de acreditar que o preço da bebida poderia interferir na maior ou menor inclinação das pessoas às bebidas alcoólicas. Não demorou a se constatar que a elevação do preço da bebida alcoólica não tende a determinar a decisão do alcoolista, pois este não enxerga as barreiras que o impedem à manutenção do vício, de modo que a dificuldade de acesso a um tipo de bebida (ex: whisky) tende a incitá-lo à busca de outras alternativas, tais como o consumo de cachaças, artesanais ou industrializadas.

No Brasil, a chamada Lei Seca (Lei nº 11.705/2008) reporta-se a alterações do Código de Nacional de Trânsito no sentido de tornar punível, com multa, apreensão do veículo, suspensão do direito de dirigir o motorista que apresentar quadro de alcoolemia (taxa de álcool no sangue). Prevê-se ainda que será punido, com detenção de seis meses a três anos, o motorista que estiver dirigindo e apresentar concentração de álcool igual ou superior a 0,6 g/l de sangue.

Considerações finais

O debate sobre o alcoolismo e as relações de trabalho continuará aberto, sendo impossível retirar-se uma conclusão fechada sobre os seus diversos aspectos. Todavia, necessidades e desafios já identificados, quanto ao enfrentamento do problema, revelam algumas constatações que ajudam a construir algumas premissas qualitativas da discussão. Sob esse aspecto,

levando em conta os argumentos aqui delineados, é imperioso deduzir o seguinte: o alcoolismo não se constitui num problema individual do trabalhador, mas de todo corpo social, posto que se trata de um transtorno multicausal, contemplando a associação de fatores de ordem biológica, psicológica, econômica, social, etc.; na análise do alcoolismo não se deve desprezar a conexão entre os problemas relacionados ao trabalho e os distúrbios sociais, mormente envolvendo as relações familiares.

O alcoolismo como doença é algo pouco conhecido ainda pela ciência, o que demanda um maior aporte de estudos e pesquisas que revelem maior eficácia quanto ao diagnóstico e tratamento; em poucos menos de um século de estudos, um dos maiores avanços da ciência consistiu em desmistificar a percepção que associa a origem do alcoolismo a um fator determinista, a exemplo da hereditariedade; o fato de existir um déficit de conhecimento científico não pode ser motivo para empregadores, gestores e autoridades dispensarem a contribuição dos profissionais da área de saúde na tarefa de prevenir, diagnosticar e tratar a doença do alcoolismo.

A exigência de exames do trabalhador não pode ser imposto pelo empregador, mas deve ser um procedimento exclusivo da autoridade médica, preferencialmente situado no contexto do PCMSO da empresa, com a finalidade de apoiar o empregado no tocante à prevenção ou ao combate dos males causados pelo alcoolismo.

Qualquer tratamento a que o alcoolista estiver submetido deverá ser obrigatoriamente precedido de sua autorização e de planejamento, exigindo-se de todos os envolvidos o cumprimento dos seus deveres éticos, a convivialidade respeitosa, o respeito à dignidade do paciente e ao direito de informação dos interessados, evitando-se a etiquetização, a segregação, a violação da imagem e da vida privada do trabalhador.

Os afastamentos e as reinserções do alcoolista ao ambiente de trabalho devem ser planejados e monitorados, tantas vezes sejam necessárias, desde que sejam disponibilizados os meios, materiais e psicológicos, para a reconstrução das relações afetivas e socioprofissionais do trabalhador, sendo inaceitável sob os pontos de vista ético e jurídico a dispensa abusiva por parte do empregador.

A dependência do trabalhador demanda um diagnóstico detalhado, não podendo ser uma dedução simplista que associa a síndrome ao simples uso habitual do álcool; Na tentativa de identificar o nexos causal cabe ao profissional de saúde pronunciar-se sobre a possível existência de causa

laboral pura ou causa laboral mista (concausa), sopesando os fatores organizacionais e socioambientais que refletem sobre o trabalhador, investigando as possíveis conexões entre o hábito de beber e a pressão desencadeada pelo exercício de atividades que envolvem perigo, solidão, segregação familiar, estresse e contato direto com a bebida.

Campanhas de prevenção ao alcoolismo tendem ser eficazes na medida em que o meio ambiente do trabalho, em face da interdependência e indivisibilidade, seja concebido como relações entre os diferentes espaços e pessoas, tanto no plano interno das corporações, quanto no plano externo, laboral e extralaboral, no qual se complementa a totalidade do fenômeno ocupacional.

Concluído em 15.01.2012

Abstract: The alcoholism and its repercussions about work's relations are the main object of present article. Besides emphasis about prevention, diagnostic and treatment as to labor's accidents involving the alcoholics, this text discusses about the characterization of causal nexus in cases of ADS (Alcohol Dependence Syndrome).

Key words: Work. Occupational disease. Alcoholism.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2.ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Drogas: cartilha álcool e jovens / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas*. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

CARVALHO, Fernando Luiz Rocha de. A responsabilidade das empresas em reduzir e eliminar a nocividade do trabalho: contribuição ao manejo do problema do álcool... In: MENDES, René (Org.). *Patologia do trabalho*. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005. v. 2, p. 1846-1862.

COSTA JÚNIOR, José Baptista de Oliveira e. Alcoolismo. In: *ENCICLOPÉDIA Saraiva de Direito*, v. 6, p. 2-10. 1978. [Verbete].

LARANJEIRA, Ronaldo *et al.* Consenso sobre a síndrome de abstinência do álcool (saa) e seu tratamento. *Revista Brasileira Psiquiatria*, São Paulo, n. 22, s. 2, p. 62-71, 2000.

SENAD/CEBRID. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil*. Brasília: SENAD/UNIFESP, 2005.

VENOSA, Sílvio de Salvo. *Direito civil: parte geral*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006. v. 1.

Informação bibliográfica deste texto, conforme a NBR 6023:2002 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT):

PALMEIRA SOBRINHO, Zéu. O alcoolismo e os reflexos sociojurídicos sobre as relações de trabalho. *Revista Fórum Trabalhista – RFT*. Belo Horizonte, ano 1, n. 1, p. 167-191, jul./ago. 2012.