

Ministério da Saúde
Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP
Mestrado em Saúde Pública
Sub-Área Saúde, Trabalho e Ambiente

ALCOOLISMO: TRABALHO E VIOLÊNCIA.
UM ESTUDO A PARTIR DO PROGRAMA DE
ATENDIMENTO AO TRABALHADOR
ALCOOLISTA DA UFRJ

Mestranda: Terezinha de Jesus de Almeida Ramos

Orientadora: Marilena Cordeiro Villela Corrêa

Ano: 2002

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
SUB-ÁREA SAÚDE, TRABALHO E AMBIENTE**

**ALCOOLISMO: TRABALHO E VIOLÊNCIA.
UM ESTUDO A PARTIR DO PROGRAMA DE
ATENDIMENTO AO TRABALHADOR
ALCOOLISTA DA UFRJ**

**Por
Terezinha de Jesus de Almeida Ramos**

Abril de 2002

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
SUB-ÁREA SAÚDE, TRABALHO E AMBIENTE**

**ALCOOLISMO: TRABALHO E VIOLÊNCIA.
UM ESTUDO A PARTIR DO PROGRAMA DE
ATENDIMENTO AO TRABALHADOR
ALCOOLISTA DA UFRJ**

Mestranda: Terezinha de Jesus de Almeida Ramos

Orientadora: Professora Doutora Marilena Cordeiro Vilela Corrêa

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Escola Nacional de Saúde Pública-Fundação Oswaldo Cruz – Sub-área Saúde, Trabalho e Ambiente, como exigência parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde Pública.

Rio de Janeiro

Abril de 2002

ALCOOLISMO: TRABALHO E
VIOLÊNCIA. UM ESTUDO A PARTIR DO
PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO
TRABALHADOR ALCOOLISTA DA UFRJ

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Escola Nacional de Saúde Pública-Fundação Oswaldo Cruz – Sub-área Saúde, Trabalho e Ambiente, como exigência parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada por:

Professora Doutora Marilena Cordeiro Vilela Corrêa (orientadora)

Professor Doutor José Mauro Brás de Lima

Professora Doutora Jussara Brito

Ramos, Terezinha

Título: Alcoolismo: Trabalho e Violência

Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ/CESTEH, 2002-02-09

1. Alcoolismo 2. Saúde do Trabalhador 3. Mortes 4. Violência

I – Dissertação de Mestrado em Saúde Pública

II – Sub-área Saúde, Trabalho e Ambiente

Dedico este trabalho aos meus pais, **Gelson Vieira de Almeida e Iracema da Silva de Almeida**, pelo exemplo que me deram de amor ao próximo.

Aos meus filhos, **Carolina Ramos e Vitor Hugo Ramos**, pela luta em aprender a aprender.

AGRADECIMENTOS

1. À minha querida filha profissional, **Daphne Braga**: sem sua força não teria chegado aqui.
2. À Professora Doutora **Magda Vaissman**, pelas brigas de amor por nosso crescimento na temática do alcoolismo e pelos estímulos no decorrer destes anos.
3. Ao Professor Adjunto da Faculdade de Medicina, **José Mauro Brás de Lima**, por ter sido o pioneiro em implantar um Programa de Atendimento aos Trabalhadores Alcoolistas da UFRJ. E por todos os ensinamentos que até aqui me vem trazendo, e estímulos ao meu crescimento. Obrigada!
4. A todos os professores da ENSP, por toda compreensão, sensibilidade, carinho e solidariedade que tiveram por mim, num momento de tantas angústias pessoais. Obrigada aos professores carimbados em minha vida: **Jussara Brito, Minayo-Gomez, Jorge Machado, Marcelo Firpo, Ary Carvalho de Miranda, Otávio Cruz Neto, Dina Czeresnia, Carlos Machado e Marilena Cordeiro Vilella** (minha orientadora).
5. Ao meu querido **Hamilton Miranda de Abreu**, por estar ao meu lado ensinando-me novamente a ter qualidade de vida e a sorrir com iluminação.
6. À **Alice Borges**, Diretora da Divisão de Saúde do Trabalhador, por toda confiança, amizade e companheirismo. Ao meu colega **Drº Mário Castro**, pela tradução.
7. **Aos colegas, amigos e companheiros da Divisão de Saúde dos Trabalhadores**, que tanto ajudaram diretamente e indiretamente ao desenvolvimento do Programa de Atendimento aos Trabalhadores Alcoolistas da UFRJ, como **Seguranças do Patrimônio, Serventes de limpeza, administrativos, Médicos, Psicólogos, Assistentes Sociais, Odontólogos, Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem, Nutricionista, Técnicos de Segurança do Trabalho e estagiários de diversas áreas de graduação da UFRJ**.
8. Aos **profissionais da UFRJ, do Laboratório de Análises Clínicas da Faculdade de Farmácia, do Instituto de Psiquiatria, de toda SR-4, do Hospital Universitário e do Instituto Deolindo Couto**.
9. À estagiária **Andréa Xavier Carvalho** e a mais nova companheira, **Bebel**, da ASCB-Petrópolis, pela ajuda na digitação.
10. Aos meus amigos e queridos **Nilo, Bethy, Cristina Kalil, Rodrigo Albuquerque, Cainha, Deise Giglio, Reveca Pikenlaizen, Fátima Duarte, Maria Aparecida Lago, Geralda do Colégio Pedro II, Silene, Ana Saad e Aninha da Petrobrás** por ter conhecido vocês.

11. Em especial, à médica tão competente e sensível do Hospital Evandro Chagas da FIOCRUZ, ***Maria Clara Galhardo***, por todo o seu cuidado e firmeza com a minha família. E, claro, a todo apoio técnico deste mesmo hospital.

12. ***Aos alunos do mestrado 2000 da ENSP***, por tantas trocas de espiritualidade.

13. ***Às organizações não-governamentais, ABEAD e ABRAD***, pelas lutas na área de Dependência Química.

14. À professora do IAG MASTER da PUC, ***Sylvia Constant Vergara***, por ter me ensinado novas visões em minha vida profissional.

15. ***À vocês, Maria Helena Pinheiro e Ricardo Krause***, que resgatou comigo a aprendizagem do brilho de meu olhar e o significado de novas portas para a minha vida.

“(...) todo o ser humano, até a sua morte, pode ser considerado como um reservatório, um estoque, um capital de conhecimento que nunca acaba de crescer”.

Pierre Lévy e Michel Anthier

RESUMO

Nesta dissertação estudamos, com destaque, as mortes ocorridas no período de 1995 a 1999, de trabalhadores alcoolistas atendidos no Programa de Atendimento aos Trabalhadores Alcoolistas, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, localizado no subsistema da Divisão de Saúde do Trabalhador, SR4.

Foram identificados dez casos de morte no período estudado. O interesse por esses casos se deve à hipótese de que se trata de mortes determinadas direta ou indiretamente por causas violentas. Nesse sentido, foram reconstituídas as trajetórias de vida e trabalho destes trabalhadores na Universidade, desde sua admissão. Foram utilizadas ferramentas como a história oral, entrevistas e informações documentais obtidas pelo prontuário médico social e a parte funcional.

Estando o Programa de atendimento ao trabalhador alcoolista voltado para a recuperação do trabalhador do setor público, discute-se o limite de sua intervenção *vis-à-vis* o evento legal. Essa preocupação tem em seu horizonte a política de prevenção, promoção à saúde e de tratamento com vistas a uma melhor qualidade de vida no trabalho.

ABSTRACT

In this essay, we studied all deaths that happened between 1995 and 1999 in the group of patients attending to our program caring for alcoholic workers, a program of the Workers Health Division at the University Federal do Rio de Janeiro.

Ten cases were identified in the period under study. Our interest in these cases is due hypothesis that they are directly or indirectly related to violent causes. In this way of thinking, we reconstructed their life stylus and job perfomance since their admission at the university. Our methodology involved the acquisition of informations that might be relevant.

Being this program caring for alcoholic workers directed toward the recuperation of the civil servants, we discuss the limits of its interventios vis-à-vis on the legal fact. This worryness has in its range of perception the acquisition of a prevention policy, and the health and treatment institution searching for a better quality of life work.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| 1. INTRODUÇÃO | 14 |
| 2. OBJETIVO GERAL | 16 |
| 2.1. Objetivos Específicos | 16 |
| 3. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS | 17 |
| 3.1. Alcoolismo | 17 |
| 3.2. Trabalho | 22 |
| 3.3. Saúde do Trabalhador | 23 |
| 3.4. Violência uma Transversal no alcoolismo | 27 |
| 4. CAMPO DE ESTUDO | 35 |
| 4.1. A Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ | 35 |
| 4.2. A Divisão de Saúde dos Trabalhadores – DVST | 37 |
| 4.3. O Programa de Apoio ao Trabalhador Alcoolista – PAT/AL | 40 |
| 4.3.1. O Modelo de Tratamento aplicado no PAT/AL/DVST/UFRJ | 45 |
| 5. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS | 47 |
| 6. MEMÓRIAS SOBREVIVENTES: EXATIDÃO E INEXATIDÃO DAS HISTÓRIAS | 50 |
| 6.1. Trajetórias Individuais | 52 |
| 6.2. Características e Circunstâncias de uma morte indeterminada de um Alcoolista | 55 |
| 6.3. Mortes Alcoolizadas? | 69 |
| 6.4. Com a palavra: a revelação, uma história | 81 |
| 6.5. Duas mortes ocorridas no mesmo local de trabalho | 88 |
| 6.6. Violência como marco de sua história | 92 |
| 6.7. Conseqüências físicas do Alcoolismo | 96 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 101 |
| 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 105 |
| 9. ANEXOS | 110 |
| Anexo 1: Organograma da SR4 | 112 |
| Anexo 2: Dados coletados nas declarações de óbito | 113 |
| Anexo 3: Entrevista com os colegas de trabalho | 114 |
| Anexo 4: Entrevista com os familiares | 115 |
| Anexo 5: Termo de Consentimento Informado | 116 |

1. INTRODUÇÃO

A partir de nossa experiência na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), no cargo de Assistente Social da Divisão de Saúde do Trabalhador (DVST), subsistema da Sub-Reitoria de Pessoal (SR-4), há aproximadamente dez anos, observamos, nos primeiros quatro anos, que muitos trabalhadores da instituição possuíam licenças médico-sociais por alcoolismo. Eminentemente, os afastamentos do trabalho por alcoolismo eram configurados no modelo biomédico e pouco analisados como indicadores psicossociais.

A prática cotidiana do serviço de perícia médico-social, onde nos inserimos, fez surgir uma necessidade de compreender o alcoolismo não apenas como uma doença, tal como priorizada nas análises médicas. Na análise deste problema, deve-se levar em consideração os aspectos bio-psicossociais do sujeito.

Como atora, juntamente com uma equipe interdisciplinar, contando com profissionais das áreas de Medicina, Enfermagem, Técnico de Segurança do Trabalho, Administrativa, Psicologia e Reabilitação, tivemos a chance de tentar na criação de uma nova forma de olhar e tratar o trabalhador alcoolista da UFRJ. Portanto, é neste cenário que se desenha o nosso objeto de pesquisa, na relação álcool, trabalho e violência.

A partir desta prática, propusemos desenvolver uma pesquisa, para analisar dez mortes de trabalhadores que freqüentavam o Programa de Atendimento ao Trabalhador Alcoolista da Divisão de Saúde do Trabalhador da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PAT/AL/DVST/UFRJ).

Como dito, a motivação que nos levou ao estudo deste objeto está ligada à experiência de seis anos junto a uma equipe, hoje conhecida por sua ação integradora de interdisciplinaridade, que dirige um olhar particular aos sujeitos trabalhadores. Esse olhar leva em consideração a vida laborativa, familiar, convívio social e sua subjetividade.

Em nossa participação cotidiana no programa, passamos a observar que, quando os trabalhadores chegavam ao óbito, a equipe nunca era comunicada oficialmente da ausência desses trabalhadores na linha de tratamento, vindo a informação da chamada “rádio-corredor”. Procedimento inverso às formas de entrada ao PAT/AL/DVST/UFRJ, na qual um dos principais critérios de elegibilidade para freqüência ao tratamento é administrativo, tendo

sempre como referência de maior relevância o Departamento Pessoal das unidades que compõem as Decanias da Universidade.

Assim, nós, também trabalhando na PAT/AL/DVST/UFRJ, percebemos que sofríamos, assim como os outros colegas, um processo de alienação em relação a um evento tão importante na vida daquele trabalhador em acompanhamento, como a sua morte.

Desta forma, pretendemos discutir as seguintes questões: como o local de trabalho, através das chefias e colegas que conviviam com o trabalhador alcoolista que chegou ao óbito, e como seus familiares compreendiam o sofrimento e o adoecimento por alcoolismo desses trabalhadores? Como interpretaram a morte desses trabalhadores?

Este estudo tem, portanto, como objetivo, compreender como trabalhadores alcoolistas da UFRJ que freqüentaram o Programa de Atendimento ao Servidor Alcoolista morreram. Para isso, como indicador, serão exploradas, na medida do possível, as relações desse trabalhador com o próprio trabalho (sua equipe), com seus colegas de trabalho e suas relações familiares.

Os dados coletados se referem ao período de 26 de junho de 1995 (data do primeiro atendimento ao trabalhador alcoolista no PAT/AL/DVST/UFRJ) a 26 de junho de 1999, perfazendo quatro anos de base para análise dos óbitos ocorridos. Os dez trabalhadores falecidos faziam parte de um total de 116 atendidos pelo PAT/AL/DVST/UFRJ.

Pretendemos, com os resultados deste estudo, contribuir para o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos profissionais que lutam contra a dependência química, buscando assim fornecer novos elementos para análise do sujeito, levando-se em consideração os aspectos objetivos e subjetivos do adoecimento pelo álcool no local de trabalho.

2. OBJETIVO GERAL

Levantar e analisar a história de vida e de trabalho de trabalhadores alcoolistas da UFRJ, já falecidos, que passaram pelo Programa de Atendimento ao Trabalhador Alcoolista da Divisão de Saúde do Trabalhador da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no período de 1995 a 1999.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar as fontes de informações que contribuíram para análise da história de vida dos trabalhadores alcoolistas falecidos e de sua trajetória em trabalho na UFRJ.
- Analisar os dados obtidos pela aplicabilidade das técnicas de pesquisa empregadas, visando a contribuir para novos conhecimentos no campo da dependência química.
- Discutir a saúde dos trabalhadores numa proposta de programa de recuperação de trabalhadores alcoolistas da UFRJ.

3. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

Para investigar as repercussões do alcoolismo na morte dos trabalhadores da UFRJ que passaram pela linha de tratamento do Programa de Atendimento ao Trabalhador Alcoolista, algumas questões devem orientar nosso caminho, entre as quais destacamos: alcoolismo, saúde do trabalhador e violência, conforme descreveremos a seguir.

3.1. Alcoolismo

O alcoolismo é uma doença crônica que ainda não tem respostas únicas e certas de tratamento a partir do modelo puramente biomédico.

Muitas pesquisas estão em andamento, através de dissertações de mestrado e teses de doutorado em diversos centros acadêmicos, mas há uma carência de estudos prospectivos de longa duração, que podem fornecer uma resposta confiável.

Esses estudos, segundo VAILLANT (1999), poderiam trazer à luz melhores interpretações para o acompanhamento mais preciso do desenvolvimento da doença. Ainda segundo o mesmo autor, os estudos longitudinais, nos quais as pessoas são selecionadas para uma análise antes de desenvolverem problemas como o alcoolismo e de conviverem com eles durante muitos anos, são pouco explorados por pesquisadores. Análise mais precisa seria necessária para entendermos e planejarmos meios mais racionais de abordagens daqueles que sofrem por alcoolismo.

Esta pesquisa também não vai nessa direção. Trata-se, aqui, de um estudo de corte transversal, objetivando apreender as características do alcoolismo em um determinado período da vida de sujeitos trabalhadores da UFRJ, que revelará muito pouco sobre como chegaram a essa doença. Mas ela poderá contribuir com um olhar mais particularizado dos aspectos sociais e intersubjetivos das relações sociais de trabalho na família e na empresa.

Sabe-se que o alcoolismo, dependendo de como é abordado, tem conseqüências nas relações sociais, tanto do indivíduo alcoolista como de seus familiares, amigos de trabalho e do convívio comunitário.

Nos Estados Unidos, os estudos epidemiológicos sobre essa temática mostram que, em algum momento da vida de todos os americanos, o alcoolismo irá apresentar-se em 3 a 10% da população. Será *“responsável por 15% das internações em hospitais gerais e constitui uma das quatro causas mais comuns de morte masculina no intervalo entre 20 a 40 anos de idade: suicídio, acidentes, homicídio e cirrose hepática”* (VAILLANT, 1999:13).

Conforme as *Normas e Procedimentos na Abordagem do Alcoolismo*, do Ministério da Saúde, de 1994, o Brasil, em estudo epidemiológico realizado em três áreas urbanas brasileiras, no período de 1990 a 1991, demonstrou uma prevalência de 8% a 10% para o abuso e dependência do álcool. Alguns trabalhos desenvolvidos em hospitais gerais, de várias regiões do país, reportaram, ainda, que 9% a 32% dos óbitos de pacientes estão relacionados ao abuso e consumo de bebidas alcoólicas.

Em nosso país, devemos considerar, ainda, que o alcoolismo não é diagnosticado corretamente nas consultas e internações, prejudicando, portanto, interpretações mais precisas quanto a esse tipo de adoecimento. Na realidade, é possível falar na falta de capacitação dos profissionais como algo a ser pensado e repensado nas propostas políticas e de efetivação na Saúde Pública.

Estudos traçados pela Associação dos Estudos do Álcool e outras Drogas mostraram que, em 1990, a taxa de prevalência do alcoolismo variava de 3 a 10% da população adulta, e que o alcoolismo seria o terceiro motivo de absenteísmo no trabalho. Ela é, assim, a causa principal de saída do mercado produtivo, indicada por aposentadorias precoces e acidentes de trabalho, e a oitava causa para a concessão de auxílio-doença do Ministério de Previdência Social (VAISSMAN, 1998).

Nos primórdios da análise do alcoolismo, Thomas Trotter, numa fala exclusivamente médica, escreveu que a considerava uma doença estritamente produzida por causa remota, que originava ações e movimentos em um organismo que perturbava as funções de saúde.

Em 1952, segundo estudo do modelo de fases, de Jellinek, a história do beber dos alcoolistas é enfocada como uma doença inserida, progressiva e que, se não interrompida, poderá acabar em morte.

Outro estudo, de DEW (1968), apontou que os indivíduos, depois de cinquenta anos de idade, possuem mais dificuldades para submeter-se a uma linha qualquer de tratamento. Torna-se, portanto, mais fácil o retorno à ingestão de bebida. Como diferenciar um alcoolista que pode se controlar, de um bebedor social, sobretudo quando aquele passa a tomar atitudes

de autocontrole que comumente se expressam por afirmações como “eu bebo por que quero e paro quando quero”, ou seja, a abstinência espontânea. Esse autor minimiza, além disso, a morte.

Muitos estudos surgem nos dias atuais, nos quais à concepção médica da doença alcoolismo, acresce-se uma análise de multicausalidade. Isso ocorre, também, no caso de outras drogas. Consideram-se hoje, portanto, os fatores de vulnerabilidade genética, biológica, psicológica, social, cultural, política e ideológica que podem estar, numa visão sistêmica, interagindo ou não, na realização de um diagnóstico do alcoolismo.

O alcoolismo como doença é uma toxicomania ou fármaco-dependência, postulado pela Organização Mundial de Saúde (OMS,1994:8) como:

“Um estado psíquico e algumas vezes também físico, resultante da interação entre um organismo vivo e uma substância caracterizada por um comportamento e outras reações que incluem sempre compulsão para ingerir a droga, de forma contínua ou periódica, com a finalidade de experimentar seus efeitos psíquicos e às vezes para evitar o desconforto de sua abstinência. A tolerância pode existir ou faltar e o indivíduo pode ser dependente de mais de uma droga”.

A confirmação diagnóstica está ligada à necessidade do aumento progressivo das doses e o aparecimento da síndrome de abstinência, quando da interrupção brusca da substância.

A definição de alcoolismo pela OMS (1994:10) indica *“uma doença de natureza complexa, na qual o álcool atua como fator determinante sobre causas psicossomáticas, preexistentes no indivíduo e para cujo tratamento é preciso recorrer a processos profiláticos e terapêuticos de grande amplitude”.*

A palavra alcoolismo foi empregada pela primeira vez por Magnus-Huss para designar os sinais e sintomas físicos e psíquicos surgidos pela excessiva ingestão de doses elevadas e por tempo prolongado de bebidas alcoólicas.

Pela Organização Mundial de Saúde, os termos alcoolismo e alcoólatra ou alcoolista são usados habitualmente pelos estudiosos da área, substituindo os do senso comum, como bêbado, cachaceiro, bebum e outros.

Como conceituação por essa Organização, os alcoólatras ou alcoolistas são bebedores excessivos, cuja dependência do álcool chega a ponto de acarretar-lhes perturbações mentais evidentes, manifestações que afetam a saúde física e mental, suas reações individuais, seu comportamento socioeconômico ou pró-danos de perturbações do gênero, que, por isso, necessitam de tratamento (MS, 1994:13).

Quanto aos aspectos físicos, é verdade que beber pode causar danos a quase todos os tecidos e sistemas orgânicos, com conseqüente deficiência de longo prazo ou doenças crônicas, mortalidade excessiva, configurando um desvio dispendioso dos recursos de saúde (LIEBER, 1982). Aqui se incluem os danos que afetam o sistema nervoso e causam lesões cerebrais de vários tipos e neurite periférica, (VITOR et al., 1989); pressão sanguínea alta, doenças cardíacas e derrame cerebral (SAUNDERS et al., 1981; PREEDY & RICHARDSON, 1994); complicações abdominais, como pancreatite crônica (BENJAMIM et al., 1997; Shermam & WILHIAMS, 1994); e cânceres de orofaringe, laringe, esôfago, estômago, fígado, reto e de mama (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CÂNCER, 1988).

Evidências têm demonstrado que problemas com o álcool também podem estar presentes de forma mascarada: doenças de pele (HIGGINS et al., 1992), disfunção endócrina (MARKS, 1981; VAN THIEL & GAVALER, 1990), doenças reumáticas (SPENCER et al., 1986) e disfunções no sistema imunológico (DUNNE, 1989) são alguns problemas presentes em uma lista que continua crescer.

No plano conceitual, também em 1991, GITLLOW & PEYSER afirmaram que o alcoolismo é uma doença caracterizada pela ingestão repetitiva e compulsiva de quaisquer drogas sedativas, sendo o etanol apenas uma deste grupo. Resulta na interferência em algum aspecto de vida do indivíduo, seja ela a saúde, o estado civil, a carreira, os relacionamentos interpessoais, ou outras adaptações sociais necessárias. Como qualquer doença, o alcoolismo representa uma disfunção ou uma inadaptação às necessidades da vida cotidiana. Esse ponto é relevante para esta pesquisa; pois um de nossos interesses é verificar em que medida a morte dos trabalhadores atendidos no PAT/AL/DVST/UFRJ pode ser caracterizada ou foi efetivamente descrita como morte violenta.

EDWARDS et al. (1994:20-21), ao pesquisarem diversos autores, chamam a atenção para o fato que existe uma extensão e diversidade de conseqüências adversas agudas do ato de beber, tais como traumas resultantes de acidentes de trânsito ou outros tipos de acidentes,

lesões por brigas, complicações médicas agudas (pancreatite aguda ou hepatite alcoólica, por exemplo, e assim por diante) (ALCOHOL HEALTH AUD RESEARCH WORLD, 1993; KLINGEMANN et al., 1993). O álcool também pode causar a morte por overdose (POIKOLAINEN, 1997). Em alguns países ou regiões, complicações agudas podem representar a maior parte de todas as conseqüências físicas adversas do consumo de álcool.

Em relação às questões psicológicas, o mesmo autor destaca ainda a violência contra outras pessoas, suicídios, falha de memória, podendo-se até mesmo chegar a um quadro de demência, desequilíbrio do controle emocional e prejuízos da função psicomotora e cognitiva. Outras conseqüências são as síndromes como *delirium tremens*, alucinação alcoólica ou convulsões pela abstinência e retirada do álcool.

Ainda de acordo com EDWARDS et al. (1994), as questões sociais podem se apresentar em vários contextos, onde exista a convivência diária ou até mesmo eventual do ator social alcoolista. Os cenários que destacaremos e que se encontram também em nossa proposta de estudo são: o trabalho – podendo estar com prejuízos ao desempenho na profissão, faltas ao trabalho, demissão, exoneração de cargos de confiança, desemprego, atrasos, agressões verbais e físicas, trazer desequilíbrio nas relações de trabalho, não cumprir normas e regras de segurança do trabalho, colaborar para que colegas sofram as conseqüências em acidentes de trabalho relacionados ao álcool e ficar desatento aos processos de trabalho. O alcoolismo pode resultar em endividamento, problemas habitacionais ou, num ponto extremo, indigência. (BAUMHOL, 1987; NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM, 1989:21).

Neste ponto, cabe levantar a questão dos crimes e da violência que cercam o alcoolista (sofridos ou praticados por ele). É uma questão complexa de se analisar apenas numa relação de causa e efeito, estando o abuso do uso da substância etílica como justificativa na causalidade.

Na família, destacamos os sofrimentos que possam surgir devido um membro ser atingido com o adoecimento crônico do uso da substância etílica, trazendo impactos mais diretos sobre o cônjuge e os filhos, em termos físicos, psicológicos e de imagem social dos papéis onde desempenham suas ações. Os prejuízos poderão ainda se apresentar através das questões financeiras, rendimento escolar, entre outros.

Na sociedade, as pessoas que recebem o diagnóstico de alcoolismo também deixam lastros, no que diz respeito aos custos de previdência social, serviços ambulatoriais e

hospitalares de saúde, o não-cumprimento das leis que regem, em cada cultura, as regras de convivência social. Isso traz custos adicionais associados à bebida, além dos prejuízos resultantes da perda da produtividade.

Poderíamos ficar discorrendo sobre os problemas que o álcool traz, através de diversas análises que incluem os planos bio-psicossociais. Entretanto, o que nos preocupa é entender que a dependência crônica do álcool já é um problema para o próprio indivíduo, sua família, organizações de trabalho e para a sociedade, que gera outros transtornos em torno da doença.

3.2. Trabalho

Neste estudo, o trabalho é compreendido como um processo ao longo da história da realização do trabalhador como ser humano, que atinge a produção e sua reprodução em suas ações. Através do trabalho, em seu dia-a-dia, o homem/trabalhador torna-se ser social, distinguindo-se, portanto, das demais vidas existentes no planeta (ANTUNES, 1999).

Conforme GRAMSCI (apud ARRUDA, 1987:68):

“o trabalho é a própria forma de o ser humano participar ativamente na vida da natureza a fim de a transformar e a realizar. Daí sua proposta de uma” escola inicial única de cultura geral, humanística, formativa, que considere de forma manual (técnica, industrialmente) e o de potencialidade do trabalho intelectual”.

Já na área da ergonomia, o trabalho tem uma relação com o objeto e o objetivo, ou seja, o trabalho tem que ser compreendido para ser transformado. Aqui também, compreende-se que

“o trabalho é uma atividade finalizada, realizada de maneira individual e coletiva num tempo dado, por um homem ou uma mulher, situados em um contexto particular que faça as limitações imediatas da situação. Esta atividade que não é neutra, que compromete e transforma, a si mesmo, e que realiza” (TEIGER, 1998:144).

Para Marx, o trabalho é a atividade produtiva. Em *O Capital*, Marx

“diferencia o pior arquiteto da melhor abelha (...) Aquele obtém um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador, e, portanto, idealmente. Este não apenas efetiva uma transformação da forma da matéria natural, realiza, ao mesmo tempo, na matéria material de seu objeto, que ele sabe que determina, como lei, espécie e o modo de sua atividade e o qual tem de subordinar sua vontade” (ANTUNES, 1999:121).

Assim, conforme CASTRO & DIAS (1991), o trabalho é um processo entre a natureza e o homem, processo em que este realiza, regula e controla, mediante sua própria ação, seu intercâmbio com a natureza. Nesse processo o homem se defronta, como um poder natural, com a matéria da natureza. Põe em ação as forças naturais que formam o seu corpo, seus braços e pernas, cabeça e mãos, para poder assim assimilar, de forma útil, para sua própria vida, a matéria oferecida pela natureza. E, ao mesmo tempo em que atua sobre a natureza externa e a transforma, transforma igualmente sua própria vida, a matéria oferecida pela natureza.

Segundo ARRUDA (1987:69), encontram-se as seguintes definições dadas à concepção trabalho: primeiro, sublinhar a natureza relacional do trabalho; segundo, o próprio modo de ser do homem no mundo, envolvendo, portanto, não apenas sua relação com a natureza – sua atividade produtiva social – mas também as outras dimensões sociais, políticas, culturais, estéticas, artísticas, etc; terceiro, o fato de, por meio do trabalho, o homem produzir também sua subjetividade – e, quanto, tal concepção de trabalho envolve uma percepção não-compartimentalizadora nem reducionista de ser humano. Ao contrário, este deve ser concebido com um ser em processo, plenidimensional, que vai se construindo por meio do seu viver e fazer e que vive, ao mesmo tempo, as várias dimensões da sua realidade corpórea, mental, intelectual, intuitiva, afetiva e espiritual.

3.3. Saúde do Trabalhador

As relações entre trabalho¹-saúde-doença passam a ter uma abordagem diferenciada, a partir de estudos realizados por diversos autores na linha da Medicina Social latino-

¹ Segundo Marx, o trabalho é um processo consciente por meio do qual o homem se apropria da natureza para transformar seus materiais em elementos úteis para a sua vida.

americana, quando passa a incorporar, no bojo das análises, as questões do social e o processo de trabalho.

Neste panorama, surge a Saúde dos Trabalhadores, como um objeto específico, e a importância do entendimento de investigações sobre a saúde do trabalhador. Passamos a ter uma nova problematização da relação trabalho e saúde, destacando-se, portanto, o caráter social do processo saúde e doença e a necessidade de sua articulação com o processo de produção.

Ao longo dos anos, a relação entre trabalho, saúde e doença nem sempre constituiu foco de atuação de estudos. Afinal, através das formas de trabalho escravo ou servil, pouco havia de preocupação com o homem trabalhador. Este era de fácil substituição quando não mais correspondia às necessidades de quem os tinha como poder de dominação. Não eram trabalhadores, mas sim peças comerciais e de uso temporário.

Com a nova fase da Revolução Industrial, tendo o homem trabalhador a liberdade de ser o próprio negociador da sua força produtiva, por ser “livre”, passou-se a ter uma nova página de análise. Livre de danos, mas preso a um novo modelo de tecnologia — as máquinas — onde atendiam à acumulação rápida de capital e ao maior aproveitamento possível dos equipamentos.

Algumas novas questões surgem desse mundo moderno do uso das tecnologias, que passam a sobrecarregar ao homem trabalhador com agravo à sua saúde: o crescimento das cidades; jornadas de trabalho exageradas para a capacidade física, psicológica e social, incorporação da mão-de-obra de mulheres e crianças no mesmo ritmo do gênero masculino adulto; mortes e mutilações causadas pelas máquinas, onde não havia mecanismos de proteção; surgimento de novas doenças contagiosas.

Tal quadro, no consumo da força de trabalho, tornando muitas vezes desumana a própria forma de produção, gerou um novo pensar, e houve intervenção no interior das fábricas, com a presença de um médico.

Neste contexto, coloca MINAYO & THEDIRU-COSTA (1997:22):

“A presença de um médico no interior das unidades fabris representava, ao mesmo tempo, um esforço em detectar os processos danosos à saúde e uma espécie de braço do empresário para recuperação do trabalhador, visando ao seu retorno à linha de

produção, num momento em que a força de trabalho era fundamental à industrialização emergente”.

Através da historicidade temos, quando Robert Dernham, proprietário de fábrica têxtil, segue orientações de seu médico Dr. Robert Baker:

“Coloque no interior da sua fábrica o seu próprio médico, que servirá de intermediário entre você, os seus trabalhadores e o público. Deixe-o visitar a fábrica, sala por sala, sempre que existam pessoas trabalhando, de maneira que ele possa verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. E se ele verificar que qualquer dos trabalhadores está sofrendo a influência de causas que possam ser prevenidas, a ele competirá fazer tal prevenção. Dessa forma você poderá dizer: meu médico é a minha defesa, pois a ele dei toda a minha autoridade no que diz respeito à proteção da saúde e das condições físicas dos meus operários; se algum deles viera sofrer qualquer alteração da saúde, o médico unicamente é que deve ser responsabilizado” (MENDES, 1991:341).

Surge assim, desde 1830 até aos dias atuais, um modelo de Medicina do Trabalho, numa visão de preocupações apenas unicausal, biológico e individual quanto às doenças e acidentes de trabalho, que reproduz o papel do médico nos locais de trabalho, onde só se agia sobre as conseqüências dos adoecimentos.

Com o tempo, a Medicina do Trabalho não mais deu conta, em sua compreensão unívoca, das questões surgidas dos diversos problemas causados da relação saúde, doença e trabalho. Assim, abre-se espaço para um novo conceito – a Saúde Organizacional, que vem numa nova proposta de ação multi e interdisciplinar, com ênfase na Higiene Industrial.

Mesmo assim, este modelo conceitual também não deu conta da intervenção necessária no processo de trabalho, através do controle dos riscos ambientais nos locais de trabalho mediante a introdução de outras disciplinas e profissões.

Repetindo as práticas da Medicina do Trabalho nas intervenções realizadas de forma pontual, nos riscos considerados mais evidentes, esse modelo torna-se mecanicista; as proteções de equipamentos coletivos não são priorizadas. Permanece uma ação de proteção individualizada, a manutenção da Saúde Ocupacional no trabalho, em detrimento da saúde. As transformações do processo de trabalho não caminham de comum acordo com a capacitação

de recursos humanos, com o conhecimento e tecnologias surgidas para intervenção da melhor qualidade de vida no trabalho. Permanecem ligados ao trabalhador todos os ônus por acidentes de trabalho e doenças, colocando-os numa categoria de plenos responsáveis por suas “negligências” ou mesmo “ignorâncias” (MACHADO & MINAYO, 1995; MENDES & DIAS, 1991; LACAZ, 1997; MINAYO & THEDIM, 1997).

Na verdade, a Saúde Ocupacional passa ao nível de concepção, tendo o homem trabalhador como um “hospedeiro” do processo saúde e doença.

Abre-se, aqui, um novo campo conceitual, por não darem mais conta, nem a Medicina do Trabalho nem a Saúde Ocupacional, dos anseios dos trabalhadores. Surge de uma fase de mudança de um intenso processo social, através dos movimentos sociais: a Saúde do Trabalhador no campo de Saúde Pública, que tem como objeto de estudo o processo de saúde e doença em relação ao trabalho frente aos trabalhadores. Rompe-se, portanto a concepção de vínculo causal entre doença e agente específico, fatores de risco e passa-se a considerar a subjetividade (MENDES & DIAS, 1991:321):

“A saúde do trabalhador busca explicação sobre o adoecer e morrer das pessoas, dos trabalhadores em particular, através do estudo dos processos de trabalho, de ficar articulada com o conjunto de valores, crenças e idéias, as representações sociais, e a possibilidade de consumo de bens e serviços, na “moderna” civilização urbano-industrial”.

Segundo MINAYO & THEDIM (1999:25), compreende-se a Saúde do Trabalhador como:

“Um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum (...) Enquanto campo de conhecimento é uma construção que combina em alinhamento de interesses, em determinado momento histórico, onde as questões, politicamente colocadas, adquirem relevância e há condições intelectuais para discuti-las e enfrentá-las sob os pontos de vista científico e epistemológico”.

Em Saúde do Trabalhador, o processo de trabalho é uma categoria central para as investigações. Ele conduz a uma nova forma de entender e analisar a saúde e doença no trabalho de forma coletiva. Leva-se em conta a organização e divisão do trabalho, os fatores do alto ritmo da produção, o tempo da jornada de trabalho, a forma de como agem os superiores, a periculosidade, o ruído o calor.

LAURELL & NORIEGA (1989) assinalam que, além das imaterialidades visíveis diretas e específicas da ocupação do trabalho que poderão incidir sobre a saúde, temos também a materialidade psíquica, que vai se apresentar através da corporeidade humana, mediante manifestações somáticas, tais como: situações de tensão prolongada, a consciência da periculosidade do trabalho, a perda do controle sobre o trabalho, subordinação ao ritmo das máquinas, a desqualificação do trabalho, a monotonia e repetitividade como conseqüências da parcelização do trabalho (sintetizando-se na reação para implicações de alienação, sobrecarga ou subcarga e determinante de desgaste). Assim, nota-se que muitos casos de doenças, acidentes, insônia, estresse, fadiga, tensão nervosa e mal-estar resultam de desequilíbrio entre o nexos biopsíquico. Entretanto, devemos também analisar as dimensões econômicas e políticas de onde se desenvolve o trabalho.

A colocação teórica conceitual de Saúde do Trabalhador aqui descrita adquire importância no contexto de saúde, trabalho e doença, a partir também do horizonte de visibilidade da classe dos trabalhadores ou mesmo numa ação individual do próprio trabalhador. Deixa-se, portanto, de lado, a visão do trabalhador passivo como hospedeiro. Este passa a ser agente de mudanças, por ser parte de conhecimentos sobre a sua saúde e por ter experiência para permitir a compreensão verdadeira da sua realidade de trabalho, através de saberes e vivências. Entretanto, não esqueçamos que tal abordagem também propõe um conhecimento científico das relações sociais e os danos que poderão incidir sobre a saúde dos trabalhadores.

3.4. Violência: uma transversal no alcoolismo

Conforme a etimologia, *vis* significa força. Violência implicaria, aqui, em grau de superioridade física, na ação do homem sobre outro(s) homem(s). Colocado dessa forma, o conceito contribui muito pouco para uma reflexão sobre o nosso trabalho em trabalhadores

alcoolistas. Entretanto, quando descortinamos a história da vida do alcoolista, a violência sempre está presente nos cenários da família, do trabalho e do convívio comunitário.

Assim sendo, a violência não pode ser mais compreendida em uma perspectiva linear, ou seja, da busca de uma causa ou uma origem, pois está associada a outros fenômenos. Pressupostos baseados na relação direta de causa e efeito perdem sentido quando os atos de violência são multifacetários:

“Cada uma de suas facetas tem sua fecundidade própria e se engendra a si mesma. Porém, cada manifestação particular se articula com as outras. Só se podem entender suas formas mais brutais e atroz, em rede, com situações menos escandalosas que escondem e são protegidas por ideologias e instituições respeitáveis como, às vezes, a justiça ou a família. A violência em indivíduos e dos pequenos grupos deve ser relacionada com a violência do Estado: a violência dos conflitos com a ordem estabelecida” (MINAYO, 1990:24).

O alcoolismo é, hoje, uma questão de Saúde Pública, e, como mencionado, transversal à violência. Essa visão não poderia assim estar, se o tema da violência não estivesse no campo de saúde.

Segundo MINAYO (1990), a violência não entrou no setor saúde de forma natural, já que era uma questão de exército, das polícias e dos aparatos da justiça criminal. Somente na década de 60, começa a mudar essa visão, pela Pediatria americana, quando esta passa a estudar, diagnosticar e medicar a chamada Síndrome do Bebê Espancado, ligada a sérios danos ao desenvolvimento da criança.

A partir de então, surge também a tematização da violência contra a mulher, pelo movimento feminista, incluindo aqui agressões domésticas, mutilação, abusos sexual e psicológico e homicídios.

Na década de 80, a violência adentra o campo da saúde e, particularmente no Brasil, o tema da violência se consolida na década de 90. Em 2001, é traçada a Política de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências, através da portaria MS/GM n.º 737, de 16/05/01, instrumento orientador da atuação do setor saúde no conjunto das ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde.

Entretanto, o termo violência encontra-se na Classificação Internacional das Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS), sob a denominação “*Causas Externas*” nos códigos V01 – Y98, em sua 10^a revisão, utilizada nas análises de mortalidade e eventos violentos. O conceito de mortalidade por causas externas engloba homicídios, suicídios e acidentes fatais, e o de morbidade recobre as lesões, envenenamentos, ferimentos, fraturas, queimaduras e intoxicações por agressões interpessoais, coletivas, omissões e acidentes (MINAYO, 1990).

A violência é um fenômeno de conceituação complexa e a Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências compreende o evento da violência como

“representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio e/ou a outros. Nesse sentido, apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos. Há diversas formas de expressão da violência: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional” (MINAYO & SOUSA, 1998).

Portanto, a violência, como já descrita, evidencia-se nos segmentos da vida cotidiana, e tem se apresentado na contemporaneidade como uma das principais preocupações sociais. Porém, quando um ato de natureza violenta não é contextualizado, tornando-se fragmentado em sua análise, a realidade da exposição à violência muitas vezes tende a ser esvaziada, gerando uma banalização ou naturalização da mesma.

Nesse quadro, os homens sofrem mais violências que levam ao óbito, tornando-se visíveis nos índices de mortalidade. Em outros segmentos da população — criança, adolescente, mulher e idoso — os atos de violência aparecem ligados a uma morbidade, com impacto sobre a saúde.

Conforme dados na POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS (2001:9):

“Na ampla faixa etária dos 5 aos 39 anos de idade, as causas externas ocupam o primeiro lugar como causa morte. Os acidentes de trânsito e os homicídios – estes em franca ascensão, ultrapassando os primeiros, desde 1990, em termos proporcionais – são os dois

*subgrupos responsáveis por mais da metade dos óbitos por acidentes e violências (Souza, 1994). Assinala-se que, na população jovem, em 1997, para cada mulher de 20 a 29 anos de idade, morreram 15 homens da mesma faixa etária por projétil de arma de fogo. A população masculina, além de armas de fogo (SIM/MS – 1997), está também mais exposta a outros fatores de risco, como uso de **álcool e de drogas**”.*(grifos nossos).

Estudos apontados por VAILLANT (1999) já demonstravam que o alcoolismo crônico nas salas de emergência e em equipes de unidades médicas parece levar ao óbito os dependentes em uma idade precoce, através de cirrose, da violência, do suicídio e da degeneração neurológica com base nutricional. VAILLANT (1999:163) prossegue suas considerações apresentando dados de outros pesquisadores americanos que reforçam o fato de a violência estar imbricada com o uso, abuso e dependência do álcool:

“Goodwin (1973) e Kessel & Grossman (1961) sugeriram que 10 à 30% de todos os suicidas são alcoolistas e que 21% dos alcoolistas podem cometer o suicídio. É verdade que as quatro maiores causas de morte dos indivíduos americanos de sexo masculino entre 20 à 40 anos – cirrose, homicídio, suicídio e acidentes – estão relacionadas ao álcool. Em Nova Yorque, 90% das mortes causadas por cirrose são vinculadas ao álcool (Haberman & Baden, 1974) e semelhante causa tem sido usada há muito tempo como uma estimativa incipiente da extensão do alcoolismo na população em geral. É verdade que aproximadamente 50% de todos os assassinatos (Goodwin, 1973), suicídios (James, 1964) e as mortes por acidentes automobilísticos (Haberman & Baden, 1974; Waller & Turkel, 1996) estão associados ao alcoolismo. Semelhantes estatísticas, porém, são enganadoras. Como James et al.(1963) e Goodwin (1973) sugeriram que, talvez, a maioria desses indivíduos intoxicados até a morte não sejam alcoolistas. Existem importantes diferenças entre intoxicação (embriaguez) e alcoolismo. Por fim, é importante se ter em mente que, apenas 25% das mortes masculinas ocorreram entre os 20 e os 40 anos”.

Na nossa sociedade, a violência ligada ao uso de drogas assume um caráter de marginalidade, pois correlaciona o uso à agressividade do homem, levando, assim, ao preconceito. Para outros, está relacionada à total submissão do dependente à droga, igualando-se, como em tempos atrás, à nomenclatura escravidão, pois ao atingir completa abstinência, o dependente urge os caminhos da felicidade, o que, para ele, seria a própria liberdade. Os arquétipos construídos dificultam a compreensão da função da droga nas sociedades contemporâneas e o entendimento do que representa para um determinado usuário de droga, ou até mesmo para o uso em grupo.

Para GARCIA (1996:11):

“Como um 'coringa' as drogas podem estar em qualquer posição, cumprindo sempre uma função específica, seja para quem as usa, seja para quem as observa à distância, seja para aqueles mais dispostos a exorcizar nelas os seus demônios interiores, aumentando as fileiras de cidadãos marginalizados, animalizados e todos como doentes”.

O uso de drogas lícitas ou ilícitas se torna problema de Saúde Pública que parece atingir de forma abrangente diferentes segmentos da sociedade. Não há dúvidas quanto ao consumo de álcool ter um efeito nocivo sobre a saúde física. Mas, além da saúde física, este consumo está ligado a danos sociais. EDWARDS (1998:81-82) menciona:

“a bebida aumenta o risco de fatalidades e problemas sociais, e o maior consumo de álcool eleva ainda mais os riscos. A maioria das evidências quanto às fatalidades e problemas sociais não apresenta qualquer indício claro de risco menor”.

VAISSMAN apud EDWARDS & GROSS (1976) aponta que o alcoolismo crônico instala-se nos indivíduos de forma gradual ao longo de, em média, 15 anos de uso contínuo, diariamente ou quase, numa quantidade acima de 40 gramas de álcool absoluto por dia, de acordo com a Organização Mundial de Saúde.

VAISSMAN (1998:3-4) analisa, ainda, que o alcoolista inicia sua carreira como bebedor social na idade em torno dos 20 anos, em média. E que, aproximadamente aos 30 anos, evolui uso contínuo para bebedor pesado ou bebedor-problema,

"quando apresenta conseqüências físicas ligadas ao álcool (cerca de 75% das pancreatites crônicas são atribuídas ao álcool, assim como os casos de cirroses hepáticas, além do trauma. Salienta-se, a alta freqüência de: problemas conjugais, sociais, legais, financeiros, de relacionamento, acidentes de trânsito, psicológicos e psiquiátricos (violências, homicídios, suicídios, brigas, embriaguezes freqüentes)".

No âmbito das relações de trabalho, não existem pesquisas que venham comprovar que a dependência química seja um fenômeno ligado à ocupação do trabalhador. VAISSMAN (1998) coloca que as ocupações e situações de trabalho podem permitir caracterizar situações de risco mental, que estão associadas somente ao alcoolismo. Assim, é preferível pesquisar se há associação entre a questão do álcool e a ocupação, sem uma relação direta de causa e efeito.

SELIGMANN-SILVA (1994:14-15), através do estudo da Psicopatologia do Trabalho do pesquisador Christophe Dejours, compreende que essa abordagem está preocupada com a dinâmica

"que se refere e às transformações do sofrimento mental vinculadas à organização do trabalho. Não obstante, problemas especiais, como a fadiga, têm sido objeto de atenção, assim como a questão do uso de bebidas alcoólicas em sua relação a curtas vivências do trabalho, nas quais esse uso se configure estratégia defensiva muitas vezes de caráter coletivo".

VAISSMAN apud DEJOURS (1998:4)

"aponta que o alcoolismo é um comportamento alimentar e não uma defesa mental, sendo que o consumo de álcool pode ser uma confrontação com a organização do trabalho por parte dos trabalhadores, em relação às ideologias defensivas do ofício. Assim, essas ideologias coletivas e profissionais podem ser a resposta às organizações do trabalho uma vez que implicam em riscos importantes à integridade corporal do trabalhador, e por conseguinte, forcem tensões psíquicas particulares".

Assim, o desafio da Psicodinâmica de Trabalho é desvendar a real distância entre organização prescrita e a organização real do trabalho, *“levando em conta todos os perigos que tal distância atualmente representa para a saúde, para a segurança e para a qualidade do que é produzido”* (SELIGMANN-SILVA, 1994:19).

Entretanto, nós, profissionais da área de Saúde Pública, não podemos deixar de registrar que em determinadas ocupações de trabalho o alcoolismo encontra-se presente, devido à própria forma violenta das atividades do trabalho. SELIGMANN-SILVA (1995) afirma que a análise das situações de trabalho associadas a algumas ocupações permite identificar e compreender os aspectos que explicam as verificações do cruzamento entre atividades do cargo do trabalhador, o uso e o abuso do álcool e situações de risco da própria saúde mental.

Para melhor ilustração, a autora apresenta o alcoolismo surgindo em determinadas ocupações como distúrbio mental mais típico:

“1) Atividades socialmente desprestigiadas e mesmo determinantes de certa rejeição, por envolverem atos ou materiais consideradas desagradáveis ou desocupantes;

2) Atividades em que a tensão gerada é constante e elevada. São numerosas as situações em que isto ocorre. Destacamos:

2.1) Trabalho perigoso (trabalhadores que necessitam em seu dia-a-dia de confronto violento, associados a questão da violência, como por exemplo: transportes de coletivos, área de segurança, trabalhadores de área externa a empresa que desenvolveu sua atividades em área geográfica de eternos conflitos de violência);

2.2) Trabalho em que a tensão resulta de altas exigências cognitivas, correlacionando a necessidade de atividade mental (trabalhadores que lidam com o público em atendimento contínuo; as atividades de responsabilidade com a vida humana; equipamentos caros ou mesmo com certo valor de moeda);

2.3) O trabalho monótono;

2.4) *Atividades em que o trabalhador trabalha isolado (seriam, por exemplo, as ocupações em plataformas marítimas; vigias);*

2.5) *Atividades que envolvem necessidade prolongada de afastamento do lar” (SELIGMANN-SILVA,1995:304-305).*

Estas atividades estão associadas não somente ao desenvolvimento de dependência química mas podem, também, desencadear outros problemas associados à saúde mental. O abuso de álcool, um diagnóstico mal definido, baixa incorporação de uma conduta de recuperação e reabilitação podem levar não apenas à perda de capacidade social e produtiva de um trabalhador, mas uma perda definitiva no trabalho, na família e no plano social mais amplo, ligada à sua morte.

A morte é, evidentemente, uma consequência muito séria, a mais grave, que pode resultar do consumo de álcool. EDWARDS (1994) analisa que se investigássemos as mortes nas quais o consumo de álcool é considerado fator de risco, as perspectivas de estabelecer o impacto total do consumo seriam maiores e envolveriam doenças como psicose alcoólica, pancreatite, cânceres do trato digestivo superior e do pâncreas.

EDWARDS (1994:113) relaciona o álcool e a violência

“como um fenômeno de expressão externa de um repertório mais de comportamentos autodestrutivos e agressivos que, ou não foram registrados, ou foram precariamente registrados, e, assim, não são possíveis de análises estatísticas, mas que, não obstante, provavelmente são influenciados pelo álcool”.

4. CAMPO DE ESTUDO

4.1. A Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Falar em alcoolismo e no mundo do trabalho constitui uma formulação muito geral para o estudo que pretendemos desenvolver. Portanto, visando a maior precisão, delimitamos a Universidade Federal do Rio de Janeiro, através da Sub-reitoria de Pessoal, e a Divisão de Saúde do Trabalhador, através do Programa de Atendimento ao Trabalhador Alcoolista, como o campo da pesquisa em álcool e trabalho.

A Universidade foi criada na década de 20, fase rica em movimentos culturais, políticos e sociais, sendo a primeira universidade do país. Atualmente, vinculada ao Ministério de Educação, pauta-se por normas e legislações federais, para o funcionamento dos seus elementos constitutivos enquanto equipamento do Estado:

“[Em] 7 de setembro de 1920, por Epiácio Pessoa, por meio do Decreto nº 14.343 sob a denominação de Universidade do Rio de Janeiro, era na ocasião, tão somente a agregação das seculares Escolas de Direito – resultante da fusão da Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais com a Faculdade de Direito em 31 de outubro de 1981 – de Faculdade de Medicina e de Escola Politécnica, esta última derivada dos cursos da Academia Real Militar” (UFRJ – 75 anos, 1995:5)

Em meados do ano de 1937, seu nome é mudado de Universidade do Brasil para Universidade do Rio de Janeiro, através do Decreto-Lei nº 8.393, de 17 de dezembro. Entretanto, conquista sua autonomia em 1945, em relação aos aspectos administrativos, financeiros, didáticos e disciplinares.

“A partir dos anos 50, no contexto do processo nacional desenvolvimentista, institucionaliza-se, definitivamente, a pesquisa na Universidade. Nesse período são organizados diversos institutos específicos e se estabelecem os convênios com agências de fomento

nacionais e internacionais, propiciando o surgimento de importantes quadros para a ciência e a cultura no Brasil” (UFRJ –75 anos,1995:9).

Somente em 1965, a Lei nº 4.831, de 5 de novembro, passa a denominá-la Universidade Federal do Rio de Janeiro. Esta tem e sempre teve o objetivo de atender às demandas da sociedade em sua formação educacional, desde a primeira fase do ensino fundamental até o terceiro grau. Entretanto, a formação educacional concentra-se no ensino superior, com 150 cursos de graduação que são totalmente subsidiados com verbas próprias do Ministério da Educação, como já referido.

Cabe ressaltar que, atualmente, a UFRJ possui também cursos de especialização *lato sensu* e *stricto sensu*, doutorado e pós-doutorado em diversas áreas das ciências, com intercâmbios com universidades do cenário nacional e internacional. Alguns desses cursos são pagos pelo usuário, de acordo com a procura pela área de interesse.

A UFRJ é a maior universidade pública federal do Brasil e sua construção física ocupa a Ilha do Fundão. Além de receber alunos do espaço geográfico citado, também possui em seu quadro estudantes e trabalhadores, atores sociais de “muitos Brasis” e estrangeiros. Ocupando uma área útil de 4.500.000 m², está localizada em dois *campi*, na Ilha do Fundão e na Praia Vermelha, tendo ainda unidades isoladas pela cidade. Possui unidades suplementares, como o Centro de Ciências da Saúde, que conta com sete unidades hospitalares, e uma unidade Pericial (DVST), esta destinada à população de trabalhadores da UFRJ que necessitam regularizar os afastamentos do trabalho, quando considerados impossibilitados para atividades laborais.

Atualmente, a UFRJ tem as suas unidades alocadas em seis Decanias e 1 Fórum de Ciência e Cultura, contando em seu quadro funcional com aproximadamente 22.000 servidores, entre ativos (os que estão trabalhando) e inativos (os que estão aposentados). Dos ativos, quase 15.492 (3.347 docentes e 12.145 servidores do quadro técnico administrativo), quanto à distribuição de gênero, a maior prevalência é do sexo masculino, com pequeno distanciamento com relação ao feminino. Tem ainda uma população flutuante de alunos dos diversos cursos, de aproximadamente 40.000, sem contar com os usuários de diversos projetos que se desenvolvem no âmbito acadêmico.

4.2. A Divisão de Saúde dos Trabalhadores – DVST

Até 1992, a atual DVST era denominada Divisão de Assistência Médica-Social (DAMS), destinada inicialmente às atividades periciais e de assistência aos trabalhadores da UFRJ. Nela prevalecia uma prática muito mais paternalista do que técnica junto aos trabalhadores, no que diz respeito às questões de saúde e doença.

O organograma da Superintendência de Planejamento de Desenvolvimento de Pessoal é composto de três divisões, sendo a primeira de Recrutamento e Controle de Pessoal, tendo como subsistema as Seções de Cadastro de Pessoal, de Avaliação e Desempenho, de Planejamento e Acompanhamento de Admissão, e de Movimentação de Pessoal. A segunda, de Benefícios, tem como subsistema as Seções de Administração de Benefícios e a de Treinamento; por último, a Divisão de Saúde do Trabalhador, composta pelas Seções de Saúde e Segurança do Trabalho, Programas Especiais e Perícias Médico-sociais. A Superintendência prevê também em sua estrutura a creche universitária, que atende a um pequeno número de filhos de servidores.

A atual DVST, antes de 1992, era conhecida há cerca de 50 anos entre os servidores como Divisão de Assistência Médica e Social (DAMS). Caracterizava-se por uma prática “policial” com metodologia médico-social definida com propriedades em julgamentos e valores arraigados nos procedimentos técnicos. A DAMS tinha também uma prática assistencialista que perdurou por anos, onde se prescreviam medicamentos e prestava-se assistência odontológica.

As dimensões espaciais da DAMS eram precárias, até a mudança de prédio: um casebre, cercado pela Favela da Maré, de um lado, onde constantemente havia cenas de mortes na comunidade em frente, o que criava um desconforto total aos usuários e aos servidores que ali desempenhavam seu trabalho. O atendimento a questões de Saúde dos Trabalhadores da UFRJ ficava limitado, consistindo muitas vezes de formalidades administrativas. Os servidores usuários apelidaram-na de “DANE-SE”. Esta leitura se dava não somente pelas características periciais, mas principalmente porque não atendia aos anseios do coletivo dos trabalhadores, por melhores condições de trabalho e saúde para si e seus familiares.

Com a chegada do Professor Nelson Souza e Silva e sua equipe, em 1989, novas atividades começaram a ser implantadas, vislumbrando-se uma outra forma de

desenvolvimento do trabalho, com propostas de execução de projetos voltados para a prevenção e à saúde dos trabalhadores.

Esta mudança de visão das propostas da DAMS tornou-se fundamental e trouxe novas aspirações de desenvolvimento de trabalhos, na busca de novos rumos à modernidade em Saúde do Trabalhador. Desde seus primórdios e por aproximadamente 35 anos, a DAMS tinha a responsabilidade por exames admissionais, licenças médicas, aposentadorias por doença, exames periódicos de COTAR-X, readaptações funcionais, licenças para acompanhar pessoas doentes da família, registro de acidentes de trabalho e serviços de referências para outros locais de assistência.

Quando iniciamos na UFRJ, na antiga DAMS, os casos dos trabalhadores que apresentavam qualquer diagnóstico reconhecido pelo, na época, CID IX, tinham uma análise eminentemente biomédica. Pouca importância era dada às suas representações e relações de trabalho e representações sociais em geral. Muito menos eram consideradas sua subjetividade, sua relação aos processos de trabalho, embora na linha pericial da DAMS contasse em sua composição com uma equipe multidisciplinar.

Assim, lembramos aqui MENDES & DIAS (1991:344), quando afirmaram que o *“modelo de Saúde Ocupacional foi desenvolvido para atender uma necessidade da produção e não conseguiu atingir os objetivos propostos”*. Ou seja, a DAMS pautava-se exclusivamente por não romper com um modelo mecanicista, que tinha ainda como referencial a Medicina do Trabalho; práticas que se justapunham ao olhar interdisciplinar no desenvolvimento do trabalho dos profissionais que se encontram na instituição. A falta de capacitação dos recursos humanos, de um planejamento estratégico, para novas ações e a ausência de propostas de análise das questões do coletivo dos trabalhadores reafirmavam uma visão hegemônica da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional.

Em 1994, durante a gestão do professor Pedro Gabriel Delgado, a então conhecida DAMS passa por um processo de transformação em suas possíveis ações. Ao mesmo tempo, sua denominação muda para Divisão de Saúde do Trabalhador. Passa a contar em sua estrutura com três Seções: Perícia Médico-Social; Programas Especiais e Saúde e Segurança do Trabalho.

Cabe aqui registrar que a instituição não possui registros históricos dos seus momentos de crescimento, nem de sua criação, ficando, portanto, restrita a memórias coletadas por alguns atores que estão no serviço, como referencial histórico.

Conforme observado, a DVST passou a representar um avanço, se comparada ao que predomina em muitas empresas, que ainda contam com serviços de Higiene do Trabalho ou de Segurança ou Medicina do Trabalho.

Ressaltamos que esta mudança veio também alterar aos poucos, em nossa trajetória, a concepção hegemônica que se estabeleceu por muitos anos, do modelo biomédico, trazendo portanto novas explicações para o morrer e adoecer dos trabalhadores da Universidade.

Tenta-se, a partir de então, romper com a visão do vínculo causal entre a doença e um agente específico, ou a um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho. O enfoque na determinação social se amplia, incluindo também a subjetividade (MENDES & DIAS, 1991: 347).

Da mesma forma, a partir de 1997 a DVST passou a ocupar um novo espaço físico, com dimensões espaciais adequadas, contando com vários consultórios e três salas para reuniões, o que facilitou um novo olhar dos trabalhadores para a UFRJ e sua credibilidade enquanto aos novos rumos à Saúde do Trabalhador. Principalmente pelas novas ações propostas, tal como descrito: seções de Saúde e Segurança do Trabalho e Programas Especiais.

A partir de então, a Saúde do Trabalhador passa a ser considerada, tanto do ponto de vista da gerência da Universidade (a Sub-Reitoria de Pessoal – SR4), como por um movimento interno, como uma das prioridades em aplicabilidade de passos teórico-metodológicos para a efetivação de novas abordagens. Essa reordenação é enfocada principalmente das áreas psicossociais da DVST. Passa-se a privilegiar o sujeito trabalhador, em suas questões, a forma como são vistas, percebidas e sentidas, integrando as análises técnicas às formas de viver e morrer desses trabalhadores.

Entretanto, os atores principais — trabalhadores da universidade — foram de certa forma excluídos da política de implantação e avaliação permanente das novas formas de abordagem em Saúde do Trabalhador no contexto do cenário da DVST, cenário no qual o padrão é o próprio governo.

Se considerarmos que os movimentos sindicais estão cada vez mais enfraquecidos e tentam garantir o posto de trabalho, mudando o eixo de sua luta, passamos a entender que o Sindicato dos Trabalhadores da UFRJ também se encontra no momento em dificuldades para priorizar a questão da Saúde dos Trabalhadores, como campo agnóstico na própria UFRJ.

Com a nova concepção de Saúde do Trabalhador, os profissionais da DVST encontram-se, até os dias atuais, em contínuo aperfeiçoamento e capacitação, através de discussões internas, participações em congressos, seminários, fóruns, cursos de pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*, doutorado, visando a contribuir com as conceituações mais modernas da área.

A I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1986:9), tem como revisão

“(...) a área de conhecimento e aplicação técnica que dá conta de entender múltiplos fatores que afetam a saúde dos trabalhadores e seus familiares, independente das fontes de onde provenham, das conseqüências da ação desses fatores sobre tal população (doenças) e das variadas maneiras de atuar sobre estas condições (determinantes e doenças), no sentido de prevenir e identificar sua ocorrência e reparar seus resultados, (ações terapêuticas, de reabilitação e de readaptação)”.

Isso nos dá um norteamento para implantação de um planejamento técnico-científico em Saúde do Trabalhador.

A interação das três seções — Saúde, Segurança do Trabalho, Programas Especiais e Perícias Médico-Sociais —, segundo a qual o trabalhador faz parte de um contexto social envolvendo trabalho, família e sociedade, vem trazendo nova credibilidade à dinâmica das propostas da DVST, junto à comunidade funcional da UFRJ. Entretanto, muito ainda precisa ser feito para efetuar-se uma prática consistente em Saúde do Trabalhador.

4.3. O Programa de Apoio ao Trabalhador Alcoolista – PAT/AL

O Programa de Atendimento ao Trabalhador Alcoolista (PAT/AL) nasceu de uma necessidade do serviço de Perícia Médico-Social/DVST, atrelado a um debate que fora desenvolvido no Instituto de Neurologia Deolindo Couto (INDC), através da criação do Centro de Estudos, Prevenção e Reabilitação do Alcoolismo (CEPRAL). Cabe ressaltar que esse Instituto já possuía uma tradição de pesquisa em neurotoxicologia, que resultou na publicação de alguns estudos sobre atrofia cerebral no alcoolismo e epilepsia alcoólica (LIMA, 1997).

Exatamente em 1994, com a aproximação do Professor José Mauro Brás de Lima da DVST, através do Serviço Social e em particular da autora deste trabalho, foi proposta uma parceria interna para serviços de atendimento ao trabalhador da UFRJ que estivesse acometido pelo alcoolismo. Essas primeiras ações se deram na gestão da direção da enfermeira Vânia Glória Alves de Oliveira.

Esta interação foi facilitada, pois a DVST já havia contestado, por estatísticas internas, que havia real necessidade da implantação de um programa que atendesse à demanda dos servidores que procuravam este subsistema com problemas de alcoolismo.

A DVST, através das áreas do Serviço Social, e a Enfermagem preocuparam-se em conhecer mais de perto a realidade dos servidores com problemas de alcoolismo. Foi então empreendido um estudo das aposentadorias por invalidez que ocorreram no período de maio de 1992 a maio de 1994. Foram encontradas, como primeira causa de afastamentos do processo de trabalho dos servidores da UFRJ, as doenças cardiovasculares (32%), seguidas por doença psiquiátrica (23%); em terceiro, por causas diversas (19%) e a quarta causa tinha como diagnósticos oncologia e alcoolismo (9% cada).

Neste mesmo levantamento realizado por técnicos da DVST (RAMOS & OLIVEIRA, 1995), constatou-se ainda que 70% das aposentadorias eram definidas pericialmente como integrais e 30% por tempo proporcional. Constatou-se que dentro do quadro funcional as licenças por alcoolismo, de 60 a 70%, eram de servidores de nível de apoio; entre 20 a 30%, de nível médio, e 5% de nível superior. Neste estudo, ainda, verificou-se que o tempo médio de afastamento do trabalho por licença médica ficou em torno de 20% para o alcoolismo. Aqui, os servidores ficavam afastados de 30 a 50 dias, 38% entre 60 e 89 dias e 45% acima de 90 dias. Destes, predominantemente 90% entre os funcionários de apoio.

Conforme análise de VAISSMAN (1998:98):

“é digno de nota que as licenças médicas por alcoolismo associadas à outras patologias foram acima de 90 dias, o que significa que o alcoolista, ao ficar doente, permanece mais tempo afastado do que os outros funcionários, principalmente entre os de nível de apoio. A faixa etária predominante de licenciados por alcoolismo associado a outras patologias ou patologias em alcoolistas e aposentados por alcoolismo foram de 40 – 49 anos. O sexo masculino ficou em torno de 90% para as licenças por

alcoolismo, alcoolismo associado a outras patologias, outras patologias em alcoolistas e naqueles aposentados por alcoolismo, enquanto as mulheres ficaram com os seguintes percentuais respectivamente: 5%, 30%, 40% e nas aposentadas de 10%.”

Podemos afirmar que, a partir desse levantamento, surgiu o primeiro trabalho na UFRJ² voltado para atender ao trabalhador acometido pelo alcoolismo, uma doença evolutiva, crônica e grave questão em Saúde Pública. Ao mesmo tempo, no Instituto de Neurologia Deolindo Couto (INDC), da UFRJ, juntamente com a DVST, foi criado o Centro de Estudos, Prevenção e Reabilitação do Alcoolismo (CEPRAL), em 1995, sob a coordenação geral do Professor José Mauro Braz de Lima. Com o atendimento ao primeiro servidor em 26 de junho daquele ano, integram-se as ações assistenciais e periciais da Universidade.

Essa proposta aplicou em seus atendimentos uma metodologia também diferenciada dos demais programas de tratamento na área, já que a equipe que se constituiu como planejadora de desenvolvimento e avaliação de tratamento não adotou o Modelo Minnesota (12 passos) como regra. Esta metodologia é hegemônica nos serviços que prestam assistência na área. Ou seja, passamos a criar nossa própria metodologia para o trabalho, contando com a diversidade de formação dos membros da equipe, adotando-se um pensamento sistêmico e uma visão holística da doença alcoolismo no eixo do trabalho.

Nesse contexto universitário, a responsabilidade da equipe multidisciplinar (formada por médicos peritos, clínico, neurologista, psiquiatra, psicólogo, administrativo, assistentes sociais e enfermeiro) passou também a desdobrar-se em uma visão acadêmica. Passou-se a abrir campos de estágios, recebendo alunos das áreas citadas, dar aulas, dar treinamentos, publicar artigos, apresentar trabalhos em congressos, seminários e realizar consultorias.

Outro ponto que destacamos diz respeito ao Centro de Estudos, Prevenção e Reabilitação do Alcoolismo (CEPRAL)³, o Programa de Atendimento ao Trabalhador Alcoolista (PAT/AL) da UFRJ que era o “carro forte” da proposta. Entretanto, em alguns momentos também atendemos a cidadãos da cidade do Rio de Janeiro, pelo fato de o Instituto de Neurologia Deolindo Couto ter sido credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como centro de referência na temática do alcoolismo. Com o passar do tempo e a adesão dos servidores da UFRJ à proposta de tratamento, visando à reabilitação dos trabalhadores,

² Na gestão administrativa da Enfermeira Alice Borges na DVST.

³ Primeiro programa criado no âmbito da UFRJ para tratamento dos trabalhadores alcoolistas.

tornou-se impossível para a equipe atuar também na comunidade. Define-se, assim, um investimento no tema álcool e trabalho na UFRJ, o que leva a equipe, a partir de 1998, a atender exclusivamente aos trabalhadores dessa organização, dissociando-se do CEPRAL.

Destacamos, ainda, que com a disjunção do PAT/AL do CEPRAL, a equipe que iniciou este trabalho também se modificou, tendo ficado basicamente com dois médicos psiquiatras, uma clínica geral, duas assistentes sociais e uma técnica administrativa. Não se deixou, entretanto, de contar com profissionais agregados ao suporte do desenvolvimento das ações no campo clínico, psicológico, segurança do trabalho e com nutricionista, enfermeiro, dentista, administrativo, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e alunos de graduação, além dos recursos intra-institucionais, através de parcerias que passamos a criar, objetivando o desenvolvimento do programa.

Cabe destacar que a equipe, ao se constituir num primeiro momento, era denominada de multidisciplinar, conforme definido por TANTSCH (1972, apud FILHO, 1997)⁴:

“um conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, problema ou assunto (digamos, uma temática) sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico”.

Entretanto, com a passagem definitiva do PAT/AL para a DVST, a equipe passou de multidisciplinar para interdisciplinar, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Essa abordagem exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação destes conceitos. Desta forma geram-se uma fecundação e uma aprendizagem mútua, que não se efetuam por simples adição ou mistura, mas por uma reconstrução dos elementos internos (idem:13).

É exatamente na última forma disciplinar de ação integradora que o PAT/AL/DVST/UFRJ vem medrando até aos dias atuais. Há rotinas, como reunião semanal de equipe, objetivando avaliar e traçar estratégias de tratamento dos pacientes, atendimentos, planejamento e re-planejamento das ações em um nível macro de atuação a serem tomados para a continuidade do PAT/AL/DVST/UFRJ. São reuniões constantes para avaliação do

PAT/AL/DVST/UFRJ; atendimentos aos pacientes de forma integrada (médico e assistente social ou outro profissional que se fizer necessário); reflexão com a chefia da seção de Programas Especiais e direção da DVST. E, por fim, os casos são discutidos, também, quando necessários, com os profissionais das demais seções.

A proposta é desenvolvida na própria organização (UFRJ), ou seja, o próprio local de trabalho usufrui seu tratamento, objetivando a sua recuperação, tendo como prioridade atendimento ambulatorial. A internação só ocorre em casos de grande necessidade. E, quando ocorre, sempre se dá no Instituto de Psiquiatria da UFRJ, tendo acompanhamento do Serviço Social do PAT/AL/DVST/UFRJ.

Um dos diferenciais da proposta de recuperação do PAT/AL/DVST/UFRJ dos demais modelos existentes de tratamento pauta-se pelo objetivo de não retirar, na medida do possível, o trabalhador de seu convívio social, procurando resgatar sua cidadania, sempre respeitando sua saúde e aspectos de seu adoecimento. Na verdade, o maior peso na determinação dos caminhos de recuperação é do próprio trabalhador.

A equipe que vem efetivando a proposta do PAT/AL/DVST/UFRJ percebe, através dos relatos dos trabalhadores visitados pelo Serviço Social no ambiente de trabalho, que o processo de trabalho é hierarquizado e fragmentado na UFRJ. Nessa visita, a chefia acompanha o trabalhador e o assistente social. Em função da divisão de trabalho entre cargos ditos mais significativos, como o de professor, para o resultado final da missão de universidade – a educação – os demais trabalhadores, de nível de apoio e técnico, são considerados intermediários. Pelo fato de esses níveis não estarem muitas vezes atuando diretamente no desempenho de seus cargos, ficam “abstraídos” da complexidade numérica no processo educacional dos alunos. Com isso a representação dos resultados dos seus trabalhos mediante as atividades que desempenham passa a reduzir o seu próprio trabalho a momentos simples, como não-integradores na relevância dos resultados educacionais dos alunos universitários.

LAURELL (1981:10) coloca-nos que nesta análise podemos entender que o processo de trabalho capitalista possui características próprias deste modo de produção que podem desqualificar o trabalho humano, deixando de haver a conversão de um fator subjetivo de produção em um fator objetivo.

⁴ 1997, p:11, *Ciência & Saúde Coletiva II* (1/2), Rio de Janeiro.

Assim sendo, quando pretendemos analisar, através da técnica de entrevista, os colegas de trabalho e familiares, vislumbramos através da fala e também de dados coletados nos prontuários e pastas funcionais, elementos constitutivos do processo de trabalho que são o próprio trabalho, de que forma este é prescrito administrativamente como ocupação e como era realizado de acordo com o cargo do trabalhador falecido.

Os instrumentos ou os meios de trabalho podem ser determinados como expressão de determinadas relações sociais. A autora coloca, para compreendermos o espaço físico, o quanto é necessário, na execução do trabalho, avaliar o risco envolvido na interação entre o trabalhador, o instrumento e o objeto e grau de controle que esse trabalhador exerce sobre o instrumento. Prossegue, analisando que os instrumentos de trabalho criados sob o capitalismo, por exemplo, têm como característica impor aos trabalhadores uma forma especial de trabalhar.

A análise do objeto de trabalho perpassa a transformação de um objeto da ótica de como ele é socialmente determinado. Portanto, quando estudamos o objeto de trabalho, devemos levar em conta as suas propriedades físicas, químicas, biológicas e organizacionais.

Não é possível afirmar ainda que o adoecimento pelo alcoolismo está interligado unicamente ao trabalho. A vida familiar, a violência urbana, a própria história de vida que antecede o início de ingestão de bebida devem ser levadas em conta. Deste modo, vamos estudar as mortes da população trabalhadora do Programa de Atendimento ao Servidor Alcoolista descritas nas fontes dos atestados de óbitos, buscando entender as condições da morte e tentar correlacionar como o trabalho e formas distintas de consumo da força de trabalho e o desgaste desse trabalhador já devem estar implicadas nessa morte.

4.3.1 O Modelo de Tratamento Aplicado no PAT/AL/DVST/UFRJ

A primeira questão que levantamos no programa PAT/AL/DVST/UFRJ, aqui analisado, é que ele apresenta as seguintes diferenças em relação aos demais programas em dependência química: os modelos dos doze passos, o Modelo Minnesota, de comunidade Terapêutica, de Prevenção de Recaídas, de Terapia de Redes (Network Therapy) de Terapia Breve, de Terapia Familiar e de outras terapias, que classicamente possam ser aplicadas

(GALLANTER & KEBLER, 1994; HESTER & MILLER, 1995; BURS, 1997 apud VAISSMAN, 1998:100).

Essa diferença se traduz pelo desenvolvimento de uma tecnologia própria, onde a formação acadêmica de cada profissional envolvido é importante, assim como uma visão holística do indivíduo e o modelo sistêmico (LIMA, 1995; SENGE, 1990; BOOG, 1994)⁵.

⁵ Nessa proposta o PAT-AL recebeu em 1999, no 13º Congresso Brasileiro de Alcoolismo e outras Dependências e no 1º Congresso de Extensão da UFRJ, Menção Honrosa com o Trabalho *Alcoolismo como Problema de Saúde no Trabalho: Avaliação de um Programa de Tratamento para funcionários de uma Universidade – UFRJ/SR4/DVST*.

5. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

O presente projeto de pesquisa tem como universo de investigação o PAT/AL. Esse programa tem sua localização na DVST/UFRJ, cuja clientela é formada pelos servidores ativos e inativos da Universidade.

Sendo assim, buscaremos identificar as mortes dos servidores que freqüentaram o programa pelo menos uma vez, no período de 1995 a 1999. Esse universo é composto de 116 atendimentos ocorridos tanto quando ainda vinculados ao Centro de Estudos, Prevenção e Reabilitação do Alcoolismo (CEPRAL), como após desvinculação, ficando apenas na Divisão de Saúde do Trabalhador (DVST).

Pretende-se investigar o processo de entendimento pelo local de trabalho através da fala dos colegas e chefia, assim como dos familiares mais próximos, aqueles que acompanharam o adoecimento e a morte do servidor que freqüentava a proposta de tratamento do PAT/AL/DVST/UFRJ.

Utilizaremos a fala para coleta de informações, pelo fato de esta ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles), como representação de um fato social vivido, levando-se em consideração as condições históricas, socioeconômicas e culturais (MINAYO, 1999).

Destacando o que Bakhtin considerava a fala como uma forma privilegiada de intervenção. Transcrevemos o que MINAYO (1999:110) destacou deste autor:

“A palavra é o modo mais puro e sensível de relação social”.

“Existe uma parte muito importante da comunicação ideológica que não pode ser vinculada a uma esfera ideológica particular: trata-se da comunicação da vida cotidiana. O material privilegiado de comunicação na vida cotidiana é a palavra”.

Portanto, as coletas dos dados terão como fonte primária os depoimentos dos atores sociais já citados nas relações interpessoais que mantiveram com o trabalhador morto, através de entrevistas semi-estruturadas e individuais.

Apoiaremos-nos no referencial teórico nesse momento da pesquisa, na fala e seu contexto, através da categoria de representações sociais de saúde/doença aplicados pela análise teórica de MINAYO (1999).

Como fonte secundária, pretende-se realizar pesquisa documental, utilizando-se atestados de óbitos, pasta funcional e prontuários de atendimento do período que estiveram na DVST. São dados que LUNDBERG (1946) chama de “objetivos”, PARGA NINA (1983) denomina “concretos” e GURVITCH (1955, apud MINAYO, 1999:108) os qualifica como pertencentes ao nível “ecológico ou morfológico” da realidade.

Pretendendo reconhecer a multiplicidade de fatores que compõem a realidade desses trabalhadores que morreram, utilizaremos também a técnica de história oral, como possibilidade de investigar a forma como se construiu a realidade, tal como ela se apresentou no período de 1995 a 1999, nas vidas dos pacientes atendidos. Para isso, iremos percorrer a realidade através das entrevistas aplicadas junto às relações dos atores em questão no trabalho e família.

Segundo MENDES (1999:153), a História Oral é uma alternativa para se recuperar o tempo presente, através do desvendamento crítico do real, buscando-se priorizar e selecionar, na densidade desse tempo, suas circunstâncias históricas e materiais. Problematizando esse real, intercambiando experiências, vivências e lógicas para se reposicionar o sujeito no cenário histórico, a História Oral apresenta uma oportunidade estratégica e metodológica de se compreender essa realidade.

MENDES (1999:153), em sua tese de doutorado, intitulada *Verso e o Anverso de uma História: o acidente e a morte no trabalho*, transcreve, de M. I. Queiroz, a seguinte conceituação sobre a História Oral:

“recobre tipos variados de relatos obtidos através de fontes orais, a respeito de fatos não registrados por outro tipo de documentação, de fatos cuja documentação se quer completar, ou se que abordar por ângulo diverso. A História Oral registra a experiência vivida ou o depoimento de um indivíduo ou de vários indivíduos de uma mesma coletividade”.

FRISCH (2000) coloca, sob o título da técnica de pesquisa, que tem a ver com a cristalização de novos entendimentos da capacidade e do potencial que são exclusivos deste modo de documentação. Ressalta, ainda, que a História Oral enfoca, geralmente, contextos

específicos com grande detalhamento, apóia-se na fugidia evidência da memória e distingue-se das metodologias históricas. Ronald Grele há muito observou tal fato, porque através do formato das entrevistas, o entrevistador é profundamente envolvido na geração, no presente, dos próprios dados que serão estudados, em seguida, como evidência do passado. Em termos convencionais, cada um desses fatos pareceria estar em contradição com o estudo formal da história, que busca entendimentos mais gerais apoiados em evidência objetiva solidamente embasada no passado.

Esse mesmo autor segue seus pensamentos compreendendo que o sentido de minúcia e o interesse pela construção individual, social, cultural e política da memória, pela natureza das formas narrativas e pela construção inevitavelmente dialógica do passado no presente “— *que a entrevista de história oral tão vividamente representa – promovem a História Oral a uma posição central no que há de mais vital e excitante em teoria cultural e estudos históricos de nossos dias*”.

Compreendemos a História Oral sendo aplicada em nosso objeto de estudo como Ronald J. Grele a define, conforme mencionado por Alistair THOMSON (2000:51): “*entrevistas com participantes, testemunhas oculares dos eventos do passado, visando a reconstrução histórica*”.

Ela nos permitirá acessar a experiência por nós documentada – inclusive sentimentos das vidas dos próprios trabalhadores alcoolistas percebida por eles e avaliada pelos seus colegas de trabalho e seus familiares, que não tiveram suas autobiografias e, mais importante, as “histórias ocultas” desses mesmos trabalhadores que muitas vezes desconsideraram suas posições de cidadão, obtendo o rótulo popular de “bebum”, sem “força de vontade” e outros.

Esperamos que as entrevistas venham nos permitir explorar aspectos de experiência histórica entre trabalho — família — equipe e tratamento, onde experiências raramente são registradas, tais como relações pessoais, vida doméstica, as atividades laborais e a forma de como era percebido e sentido o tratamento.

6. MEMÓRIAS SOBREVIVENTES: EXATIDÃO E INEXATIDÃO DAS HISTÓRIAS

A morte, tal como abordada em nossa sociedade, representa uma perda. O caminho dessa perda foi, contraditoriamente, o estímulo principal da demanda do nosso estudo de pesquisa.

Na busca das histórias dessas mortes, pesquisamos os fatos que as antecederam e precederam, para assim nos aprofundarmos mais na história funcional e pessoal de cada sujeito desta pesquisa e estabelecermos um vínculo com a vida no trabalho na UFRJ. Este exercício de retorno foi, muitas vezes, difícil de se realizar, não somente pelo fato de a pesquisadora ser também uma trabalhadora inserida no contexto da UFRJ, mas pelo que representa refazer a história de vida dos trabalhadores a partir do evento das mortes. Sobretudo por tratar-se de mortes de trabalhadores, que tiveram a oportunidade de tratamento do alcoolismo em determinado momento de suas vidas no contexto de seu local de trabalho. Finalmente, retomar essas histórias de vida nos fez em alguns momentos sair do âmbito apenas técnico e científico.

Este estudo implicou um esforço de racionalidade, através do qual procuramos conhecer os fatos vividos e sentidos por colegas. Para isso iniciamos pela localização de cada trabalhador, em seu espaço de trabalho, de modo a reconstituir a forma singular com que cada uma das histórias se apresenta. A morte de cada trabalhador nos levou a compreender como se deu, no ambiente de trabalho, a perda de um profissional que fazia parte do desenvolvimento da UFRJ, bem como os sentimentos que passaram a representar para os depoentes de nosso estudo.

Outra questão que nos despertou foi como a Divisão de Saúde do Trabalhador, sendo patrocinadora do Programa de Atendimento ao Trabalhador Alcoolista da UFRJ e estando inserida no organograma da Sub-Reitoria de Pessoal da UFRJ, não obteve a informação administrativa do falecimento do trabalhador ou, muitas vezes, tomou conhecimento por terceiros.

Retratar a história de vida a partir da morte dos trabalhadores alcoolistas da UFRJ tem o mesmo sentido indicado por MENDES (2000:173):

“A reconstituição dessas experiências, ao mesmo tempo em que permite conhecê-las e denunciá-las, passa a ser também, a

garantia de reconstrução das memórias e das palavras comuns, pois apesar de todas as desagregações sociais existentes, conforme diz Benjamin (1986), acreditamos que sempre é tempo de se restituir a verdade às histórias vividas”.

Nosso estudo tem como universo dez casos de morte, ocorridos entre os anos de 1995 e 1999, de trabalhadores que freqüentaram o programa de tratamento. O ponto convergente das mortes neste estudo é a dependência do álcool. Só conseguimos, porém, analisar oito mortes. A impossibilidade de localização, pela área administrativa, dos atestados de óbito dos trabalhadores, impediu que aquela fosse estudada na sua totalidade.

Ao retomarmos o passado recente, através das lembranças dos colegas de trabalho, da pasta funcional e do prontuário médico-social da DVST, nos deparamos com recordações de um pedaço do mosaico da história da vida de cada trabalhador. Esse passado, envolvendo sentimentos de alegria, angústias e dificuldades, são as relações estabelecidas entre as situações vivenciadas e o próprio trabalho.

Durante o período que estivemos em nosso campo de pesquisa, percebemos, através da linguagem verbal dos colegas trabalhadores, que a presença da pesquisadora significava o retorno do trabalhador falecido à corporação. Estas foram situações expressas nas narrativas dos sujeitos que colaboraram para o resgate de parte de nossa memória e que nos permitiram compreender como era o trabalhador, através de respostas aos questionamentos com vistas à reconstrução de circunstâncias ligadas à morte dos colegas.

Nosso compromisso de pesquisador envolveu a preocupação de, na medida do possível, manter um distanciamento e o respeito pelos relatos, aceitando-os como verdades. Quando apresentamos o roteiro de nossa entrevista (Anexo 1), procurávamos não interferir nas interpretações dos narradores, sabendo que aquilo seria considerado de maior importância nos fatos compartilhados na relação de trabalho.

Sabendo que a memória sobrevivente é sempre cortada de exatidões e inexatidões, traçamos estratégias em três momentos:

a) Em um primeiro momento:

- Levantamento de todos os trabalhadores que freqüentaram o Programa de Atendimento ao Trabalhador Alcoolista da UFRJ entre 1995 e 1999.
- Identificação dos trabalhadores que faleceram entre os anos de 1995 e 1999.

b) Em um segundo momento:

- Localização dos atestados de óbitos dos trabalhadores.
- Localização da pasta funcional dos trabalhadores, visando a conhecer a situação real dos mesmos no período anterior, no trabalho.
- Localização dos prontuários médico-sociais do trabalhador, buscando conhecer como a perícia e a equipe de tratamento da DVST agiram durante o período em que ele foi atendido.

c) Em um terceiro momento, baseamo-nos:

- Na narrativa das histórias de vida no trabalho, através dos colegas de trabalho.
- Nos sentimentos dos colegas, que colaboraram nesta pesquisa, quando falavam de suas relações pessoais com o trabalhador falecido.

Desta forma, procuramos articular as memórias sobreviventes de cada trabalhador que passou pelo atendimento do programa de tratamento, dando transparência aos significados das histórias vividas com suas características e particularidades na família e no trabalho.

6.1. Trajetórias Individuais

Conforme exposto, a metodologia utilizada no trabalho de campo constitui a aplicação de entrevista, junto a no mínimo dois colegas de trabalho e no máximo três, tendo como critério o entrevistado ter trabalhado diretamente com o trabalhador falecido. Procuramos também localizar membros da família, para conhecermos seus relatos e ampliar nossos dados. Esperamos, assim, contemplar objetivos propostos de refazer a história destes trabalhadores, no período em que estiveram na UFRJ.

O panorama das mortes estudadas encontra-se na tabela abaixo, que constitui uma primeira consolidação da pesquisa. Foram levantados nesta fase os perfis dos trabalhadores falecidos que passaram pelo menos uma única vez pelo Programa de Atendimento do Trabalhador Alcoolista da UFRJ (Tabela 1).

Tabela 1: Óbitos relacionados entre os trabalhadores da UFRJ, que passaram pela equipe interdisciplinar do PAT/AL/DVST/UFRJ, entre 1995 e 1999.

| Caso | Idade | Data de Admissão na UFRJ | Atividade Exercida na UFRJ | Situação Funcional na data do Óbito | Causa do Óbito | Data do Óbito | Identificação da Perícia pelo alcoolismo | 1ª data de encaminhamento ao tratamento | Observações |
|---------|-------|--------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---|---------------|--|---|---|
| Carlos | 35 | 1989 | Servente de obras | Licença médica/645 dias | Ferimento perfurante de tórax com lesão transfixante do coração | 14/04/99 | 25/07/97 | 10/07/97 | Homicídio-amante assassinou |
| Cláudio | 31 | 1987 | Datilógrafo | Trabalhando | Asfixia mecânica por constricção do pescoço. Estrangulamento | 29/03/97 | 30/11/95 | 10/10/95 | Exercia processos de trabalho diferentes do cargo para o qual foi contratado.Faleceu por homicídio |
| Jorge 1 | 54 | 1990 | Pedreiro | Trabalhando | Contusão do tórax com lesão do pulmão- Hemorragia interna | 13/12/99 | 09/11/95 | 25/08/95 | Exercia processos de trabalho diferentes do cargo para o qual foi contratado.Faleceu em decorrência de violência (acidente de trânsito) |
| Jorge 2 | 46 | 1989 | Servente de obras | Licença médica/12 dias | Hemorragia interna | 26/07/97 | 29/09/94 | 25/08/95 | Faleceu por violência (briga em bar) Exercia processos de trabalho diferentes do cargo para o qual foi contratado. |
| Ribeiro | 64 | 1978 | Mecânico de Área | Trabalhando | Parada cardio respiratória. Distúrbio Desnutrição protéico calórica | 29/11/95 | 10/08/95 | 25/08/95 | Sempre trabalhou no mesmo local de trabalho |
| Silvio | 39 | 1978 | Laboratorista | Trabalhando | Edema agudo pulmonar Hipertensão arterial | 20/12/98 | 03/01/99 | 05/01/99 | Exercia processos de trabalho diferentes do cargo para o qual foi contratado. Sempre trabalhou no mesmo local de trabalho. Cursava Mestrado |
| Juliano | 50 | 1967 | Mecânico de Área | Licença Médica | Cirrose hepática Broncopneumonia Parada cardíaca | 02/97 | 09/93 | 07/95 | Sempre trabalhou no mesmo local de trabalho |
| Rodrigo | 57 | 1984 | Auxiliar de conservação e limpeza | Licença médica/532 dias | Indeterminada | 02/04/99 | 5/10/95 | 05/97 | Exercia processos de trabalho diferentes do cargo para o qual foi contratado. Sempre trabalhou no mesmo local de trabalho |

Nesta primeira fase, já constatamos que, em nenhuma declaração dos óbitos ocorridos, a causa de morte foi relacionada à dependência de álcool, embora houvesse diagnósticos indicativos de associação, além de óbitos por causa indeterminada.

Verifica-se que 2 casos faleceram por homicídio, 1 por acidente (atropelamento), 1 associado a desnutrição, 1 associado a hipertensão arterial, 1 por causa indeterminada, 1 por agressão física e 1 por cirrose hepática.

Levantamentos realizados por VAILLANT (1995:166) indicam que:

“nos Estados Unidos um número de mortes situado entre 70 mil e 110 mil, a cada ano, pode ser atribuída ao alcoolismo”. E, ainda, “que cerca de 25% dos óbitos excessivos estão diretamente relacionados ao abuso do álcool, por exemplo, cardiomiopatia alcoólica, envenenamento por álcool e cirrose alcoólica. Aproximadamente 20% das mortes são resultado secundário do abuso de álcool. Por exemplo, 50% do câncer pancreático, do câncer do trato gastrointestinal superior e do câncer de laringe, podem ser atribuídos a isso, e 50% dos óbitos está indiretamente associado a ele”.

Da mesma forma, estudos criteriosos sobre o excesso de mortalidade, conduzidos por STINSON & SEBAKEY (1992, apud VAILLANT, 1995) sugerem que o abuso do álcool é responsável por, talvez, 40% da maioria das mortes por acidentes, especialmente as relacionadas com veículos e com o jogo e por 25% do total de suicídios.

Ainda, conforme VAILLANT (1995), *“nos últimos 15 anos, pesquisas vêm apontando que o abuso do álcool vem contribuindo para a mortalidade em outros distúrbios comuns”.* Assim, as estimativas já mencionadas sobre a mortalidade devido ao abuso do álcool podem ainda ser muito baixas.

MCGREGOR (1986) apresenta extensa evidência de que o abuso deprime o sistema imunológico. Isso ajuda a explicar a bem conhecida contribuição indireta do abuso do álcool nos óbitos causados por pneumonia e por tuberculose. GILL et al. (1986) têm associado o abuso do álcool a uma elevada incidência de colisões, e LONGNECKER et al. (1988) a uma incidência aumentada de câncer de mama. LITHELE et al. (1987) têm evidenciado que períodos agudos de beber estão fortemente associados com um risco elevado de morte súbita após o enfarte do miocárdio. ASHLEY (1984), PELL & FAYERWEATHER (1985) e REGAN (1990) têm documentado a contribuição do abuso do álcool para a disfunção cardíaca ventricular esquerda, para a arritmia, assim como para a falha cardíaca. Provavelmente, os mecanismos de ação para os efeitos independentes do abuso do álcool

sobre a doença cardíaca também incluem o risco elevado de hipertensão previamente mencionado.

No estudo atual, ao analisarmos os casos de óbitos dos trabalhadores da UFRJ, percebemos que, nas causas de mortes, o abuso do álcool passa também a contribuir, mesmo não sendo a causa principal. Constatamos, também, uma ocultação da realidade da dependência química, ficando-nos a primeira leitura como mortes ocorridas por homicídios ou mesmo por doenças classificadas do CID10. Tomamos como eixo central dessa constatação onexo causal entre a morte e a descrição da própria morte nos atestados de óbitos, obtidos em sua maioria no próprio Departamento de Benefício da UFRJ ou com visita domiciliar, onde procuramos expor nossa pesquisa como contribuição na temática da dependência química.

6.2. Características e circunstâncias de uma morte indeterminada de um alcoolista

Recompor a história de vida, as características e circunstâncias de um alcoolista crônico diagnosticado por uma equipe interdisciplinar, pelos colegas de trabalho, por documentações próprias do sistema da organização UFRJ e por declarações de familiares, foram recursos de análise sobre a necessidade de avançarmos mais ainda nos estudos relacionados à dependência química. As estratégias utilizadas, ainda que seletivas e fragmentadas, nos permitem reflexões profundas. Pensamos, assim, contribuir para a temática do alcoolismo e trabalho, ainda que de forma limitada. Em particular, para uma discussão sobre mortes ocorridas por causa indeterminada.

Um de nossos objetivos é reconstituir a trajetória de um trabalhador público federal do Poder Executivo, cujo atestado de óbito indica causa de morte indeterminada. Assim, no levantamento de sua história, utilizamos as informações contidas no atestado de óbito, como ponto de partida para conhecimento desse trabalhador que se chamava Rodrigo.

Procuramos narrar desde o ingresso do trabalhador na UFRJ e sua permanência na organização, priorizando, entretanto, o período de 1995 a 1999, o qual se deu o PAT/AL/DVST/UFRJ.

Aos 22 dias de abril de 1999, exatamente às 19 horas e 51 minutos, na Comarca de São João de Meriti – Coelho da Rocha, na cidade do Rio de Janeiro, foi dado como

documento público, que a causa de morte do trabalhador em questão foi indeterminada, tendo como declarante sua esposa. Ao lermos a documentação e tomarmos conhecimento de fontes de pesquisa através de entrevistas e documentações, pudemos supor que o que o atestado de óbito afirmava encontrava-se em contradição com o que de fato havia acontecido.

Utilizando os dados contidos na pasta funcional de cada trabalhador, constatamos, em breve descrição, que o trabalhador Rodrigo, através do registro de empregados, fora admitido na Universidade Federal do Rio de Janeiro em 31 de dezembro de 1984, como auxiliar de conservação e limpeza. Suas atividades profissionais, conforme descrito no Plano de Cargos e Salários da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e que foram desenvolvidas na unidade do Museu Nacional, até sua morte, eram:

- varrer, lavar e encerar;
- remover o pó dos móveis, balcões de salas de aula, paredes, tetos, portas, janelas, etc.;
- limpar escadas, pisos, passadeiras, tapetes, balcões de sala de aula, laboratórios, carteiras e outros;
- arrumar e limpar banheiros, toaletes e copas;
- coletar o lixo;
- limpar e arrumar as salas de aula, salas de reuniões, auditórios, etc.;
- informar o chefe imediato das irregularidades encontradas nas instalações das dependências de trabalho;
- executar outras tarefas de mesma natureza e mesmo nível de dificuldade.

Constava ainda: nasceu em 1941, filiação apenas como o nome da mãe, sendo natural do Rio de Janeiro, solteiro, tendo cursado o antigo primário e atual 1ª fase do Ensino Fundamental em 1970. Em 1989, passou à condição de Servidor Público Federal, em seu vínculo com a UFRJ, com o cargo de servente de limpeza. Durante o período de sua admissão até o seu falecimento, passou por quatro avaliações, três por desempenho e uma por mérito.

A primeira avaliação⁶, ocorrida em 1990, buscou informações sobre os interstícios de 1987 a 89, não constando nada que viesse caracterizá-lo como um trabalhador “não

⁶ O instrumento de avaliação aplicado ao desempenho do servidor constava dos seguintes itens: nome; registro; cargo/emprego; vínculo; lotação; localização, na primeira parte. E o período de interstício: assiduidade

produtivo”. Em sua assiduidade não apresentou nenhuma falta, e seu comportamento disciplinar, nos itens advertências e suspensão, estavam assinalado “x”. Portanto, um trabalhador cumpridor de seus deveres, conforme atestado pelo encarregado de pessoal e por seu diretor na ocasião. Seu vínculo empregatício constava como CLT.

Na segunda avaliação, ocorrida em 1991, dos interstícios de 89 a 91, a assiduidade era também integral, porém no campo do formulário de avaliação do servidor técnico administrativo da UFRJ nada constava. Na avaliação do segundo biênio para o outro foi incluído mais um campo intitulado “*ocorrências de freqüências dentro do interstício, no qual também nada constava*”.

Em 1993, o trabalhador público foi avaliado do interstício de 91 a 93, por mérito. Aqui, no campo de assiduidade verificamos que teve três dias de faltas ao trabalho, sem nenhuma justificativa que norteasse para alguma análise. O item comportamento disciplinar permanecia sem advertência e suspensão. Entretanto, um novo campo fora incluído pela organização, para informações complementares, tendo como interesse o controle⁷.

Segundo FERREIRA (1979), a avaliação do mérito deve ter por finalidade averiguar a situação geral do trabalhador quanto às aptidões, procurando a revelação das possibilidades de desenvolvimento, que seriam a versatilidade, avaliação de qualidades e deficiências. Entende-se o último caso como indicativo para proporcionar acompanhamento e aconselhamento, em contínuo treinamento, a fim de garantir progresso dentro da organização.

O autor considera, ainda, que os fatores de avaliação devem também levar em conta a qualidade do trabalho (através dos elementos de clareza, perfeição, asseio e cuidados técnicos na execução do trabalho); a quantidade do trabalho (se está adoecendo com o cargo); versatilidade (seria a capacidade de fácil adaptação a novos trabalhos); saúde (considera a capacidade de resistência e disposição para o trabalho); cooperação (propriamente seu trabalho no trabalho de equipe); iniciativa (qualidade que revela a capacidade de conceber idéias, visualizar situações e encontrar, prontamente, recursos que solucionem irregularidades ou situações novas no trabalho); personalidade (conceitua no campo da organização como o

(ressaltando-se apenas o número de faltas) e o comportamento disciplinar, subdividido em advertências e suspensão, na segunda parte. Por fim, data e assinatura do encarregado de pessoal, servidor e diretor.

⁷ Ao formulário de avaliação de mérito, além dos itens já mencionados na nota anterior, acrescentaram-se as seguintes questões: licença ou suspensão de contrato para tratamento de saúde superior a dois anos; licença para acompanhar o cônjuge ou prestar assistência a familiar doente; licença ou suspensão de contrato para tratar de interesse particular e cumprimento de pena privativa de liberdade exclusivamente nos casos de crime comum. Essas inclusões se devem à institucionalização do Regime Jurídico Único (RJU), lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

efeito que uma pessoa possa exercer sobre as outras, ou sobre o grupo de trabalho, resultante de sua disposição, tato, entusiasmo, disciplina, aparência, simpatia natural) e, por fim, a segurança no trabalho. Esses conceitos não são aplicados na avaliação de mérito, pela Divisão de Recursos Humanos da UFRJ, que se limita muito mais a um controle.

Em maio de 1997, o trabalhador teve sua última avaliação, já de desempenho, com novos critérios na tabela de graduação para avaliação, sendo para as respostas aos questionamentos atribuídos os seguintes graus: sempre – 04; muitas vezes – 03; às vezes – 02; raramente – 01 e sempre – 00. O interstício avaliado foi de 1995 a 97, estando o trabalhador com 20 faltas ao trabalho.

Cabe ressaltar que nessa avaliação os itens avaliadores são: assiduidade, pontualidade; disciplina e dedicação ao trabalho; produtividade (da execução do trabalho e da qualidade do trabalho); responsabilidade (entendo-se dois itens: assumir com seriedade e responsabilidade suas tarefas, e zelo com materiais e equipamentos) e, por fim, a iniciativa para o trabalho. Nessa avaliação, o grau máximo de um trabalhador de nível auxiliar – cargo em que se enquadram suas atividades de servente de limpeza — é de no máximo 32 pontos. Aqui, o trabalhador recebeu total de 23 pontos na avaliação.

Chamou-nos a atenção que o seu supervisor registrou no campo das observações o seguinte texto: *“o funcionário possui sérios problemas de surdez, alcoolismo e se encontra constantemente adoecido”*. Em todo processo avaliativo, o servidor concordou com a sua avaliação de desempenho realizada pela sua chefia e assinou.

A partir de 14 de maio do mesmo ano, o administrador da sede do Museu Nacional passou a emitir, para a Direção da Unidade, memorandos solicitando que o trabalhador Rodrigo fosse encaminhado à antiga Divisão de Recursos Humanos ou à Divisão de Saúde do Trabalhador, para uma avaliação médica de suas condições físicas, alegando:

“este funcionário vem apresentando uma série de problemas de saúde estando constantemente doente e debilitado. Na opinião desta chefia o funcionário não está em condições físicas de continuar trabalhando, fazendo-se necessário a opinião médica para o caso”.

No trâmite burocrático da administração da unidade, a direção da unidade o encaminhou à Seção de Pessoal para as devidas providências.

Aos 28 dias de maio de 1997, o chefe de Seção de Pessoal encaminhou memorando à Divisão de Saúde do Trabalhador, com o seguinte texto:

“Que seja feita uma avaliação médica anterior do servidor Rodrigo, pois o mesmo vem apresentando sérios problemas de saúde seguidamente, mantendo-se constantemente afastado de suas tarefas junto a esta unidade, o que vem ocasionando prejuízos no rendimento em seu setor. Acreditamos que o referido servidor encontra-se no momento com graves problemas de saúde, sendo sugerido até por sua chefia imediata, sua aposentadoria...”

Ao iniciarmos a análise do prontuário, no arquivo da Divisão de Saúde do Trabalhador, referente ao trabalhador Rodrigo, detectamos que este, apesar de ser considerado um bebedor pesado há anos, só foi procurar a Divisão em outubro de 1995. Ou seja, de sua admissão até a primeira busca por ajuda, visando a um tratamento, passaram-se 11 anos. Denota-se que, por falta de uma política de pessoal na área de Saúde do Trabalhador, por parte da UFRJ, durante esse período, além de não ter sido realizado exame admissional, também não foi realizado nenhum exame periódico, quando poderia ter sido diagnosticada a dependência alcoólica, e o trabalhador ter sido redirecionado a um tratamento.

O que nos chama atenção em seu primeiro atendimento na DVST, pela consulta de enfermagem, é que o trabalhador relata que bebe desde 1975, e que já realizou dois tratamentos para manter-se abstinente em hospitais públicos. Neste mesmo dia, foi atendido por um médico perito, especialista em cardiologia. Aqui, o trabalhador foi acompanhado em ambas consultas por um colega de trabalho.

Na questão clínica, apresentou-se com todos os indicativos de um alcoolismo grave, como: tremores nas extremidades das mãos, taquicardia e melhora somente após ingestão da terceira dose de bebida pela manhã. O mesmo fez uso do álcool desde os 22 anos de idade e fumou desde os 14 anos. No ato da consulta não fazia uso de medicação e relatou que no ano de 1975 foi vitimado por um acidente vascular cerebral, tendo tido acompanhamento fisioterápico.

Destacamos precisamente ao registro do exame médico temos: *“Paciente emagrecido, lícido, orientado com grande limitação auditiva, hálito alcoólico... com atrofia muscular... alcoolismo crônico com comprometimento neuro-motor, surdez; doença pulmonar...”*

Foi encaminhado para o hospital para exames complementares, sendo licenciado por 60 dias com os CIDS 303.9, 438 e 491.9, como condutas iniciais pelas perícias na DVST. Ainda na mesma data, realizou consulta com o Serviço Social e foi encaminhado também ao Centro de Estudos, Prevenção e Reabilitação do Alcoolismo do Instituto de Neurologia Deolindo Couto, da UFRJ, que atuava em parceria com a DVST.

Nessa ocasião, o trabalhador era casado, tendo sido o matrimônio oficializado em 1985, com dois filhos nascidos em 82 e 83. Entretanto, ambos, conforme relato da esposa, eram filhos de outro relacionamento da mesma forma, e que foram reconhecidos como filhos legítimos. Estavam separados desde 1988, residindo nas proximidades do antigo lar (mesmo terreno), e a mulher administrava todo o salário dele.

Na análise social, mais uma atenção chamou-nos no relato: “(...) *atualmente trabalha na portaria do Museu Nacional. Nunca foi readaptado (...)*”. “*Servidor alega adorar o lugar onde trabalha*”. “*Servidor alega se dar bem com os colegas de trabalho e com a chefia*”.

De todos os encaminhamentos realizados pela DVST, o único que o trabalhador respondeu foi ao do Hospital Universitário. Retornou 13 dias após, não trazendo nenhuma documentação em que a perícia pudesse respaldar-se para definição de afastamento do trabalho.

Durante 1 ano e 10 meses, houve uma lacuna no atendimento pericial, também sem nenhum acompanhamento pela unidade do trabalhador. É interessante que, mesmo obtida a licença médica do período de setembro a novembro de 1995, não houve cumprimento das normas administrativas pela Seção de Pessoal de sua unidade. Isso nos leva a pensar que ele não trabalhou ou retornou a suas atividades laborais sem alta pericial.

É norma da Sub-Reitoria de Pessoal que todo trabalhador que está liberado do trabalho devido a licença para tratamento de saúde, quando estiver determinada a reavaliação, terá que realizá-la para assumir sua função no local de trabalho. Portanto, deduzimos que a quebra da norma administrativa pode ter prejudicado alguma possibilidade de tratamento do trabalhador.

Outro fator que nos chama a atenção é que a política de recursos humanos da UFRJ não atende às necessidades dos trabalhadores, deixando todas as questões sob responsabilidade do chefe de Departamento de Pessoal, que é o elo entre a Unidade e os trabalhadores da Sub-Reitoria de Pessoal. Cabe esclarecer que esse cargo é administrativo e exige no máximo a escolaridade do ensino médio. Deixa-se de lado um acompanhamento que atenda ao que toca a Saúde dos Trabalhadores da UFRJ no próprio local de trabalho. Outro

fator que destacamos foi a mudança de função do trabalhador de servente de limpeza para recepção do Museu Nacional, sem sequer ter passado por uma capacitação ou pelo Serviço de Perícia, para a avaliação da real necessidade de mudança de função, ou mesmo a readaptação, como postulado no RJU.

Conforme demonstrado, lançar mão de uma política de Recursos Humanos para os trabalhadores da UFRJ poderá desencadear ações em Saúde do Trabalhador envolvendo trabalhos transdisciplinares, preventivistas, de promoção à saúde e de qualificação contínua para melhoria de qualidade de vida, tanto dos trabalhadores quanto da vida organizacional.

Continuando a trajetória de vida de Rodrigo na UFRJ, constatamos em documentações oficiais, em sua pasta funcional, nos prontuários da Perícia Médico-Social e também da assistência que era desenvolvida pelo Instituto de Neurologia Deolindo Couto, solicitações, em maio de 1997, em memorandos da Unidade Museu Nacional, especificamente do chefe de Seção de Pessoal, sobre insistentes pedidos de socorro para a piora clínica do trabalhador. E ainda pelas constantes ausências ao trabalho, sem se saber exatamente como proceder, já que seus afastamentos “permitidos” pela unidade vinham “(...) ocasionando prejuízos no rendimento em seu setor (...)”.

Somente em 28 de agosto de 1997, o referido trabalhador se apresentou à DVST, novamente acompanhado por um colega de trabalho e sua comadre, para uma nova consulta de Enfermagem. Relatou que estava faltando ao trabalho desde 01 de julho de 1997, com grande indicativo de problemas com a dependência do álcool. Entretanto, sua consulta com a equipe especializada em tratamento do alcoolismo no CEPRAL só foi agendada para 03 de setembro de 1997, por falta de vaga para atendimento, mesmo sendo um caso grave.

Nesta mesma data, um médico psiquiatra perito da DVST atendeu ao trabalhador, segundo relato da comadre. Foi diagnosticado tanto problema clínico como alcoolismo: “*alcoólatra em estado de embriaguez...*”.

Embora o médico, consciente do quadro da doença, tenha registrado o prontuário desde 1995, ficou esperando a burocracia administrativa para a Licença de Tratamento de Saúde, pelo fato de o trabalhador ter apresentado apenas “... *um atestado de três dias, datado de 01 de agosto de 1997, de um médico clínico geral que o atendeu por estar 'passando mal' em sistema hospitalar fora da UFRJ*”.

Em sua conclusão do atendimento, relata ainda: “... *não há como cobrir-lhe as faltas do mês de julho, mas as deste mês poderão ser abonadas desde que comece um tratamento no CEPRAL*”.

Aos 22 dias de setembro de 1997, o mesmo médico perito volta a fazer outro atendimento do caso, relatando que o trabalhador não fora ao CEPRAL para tratamento e, conforme sua unidade, está desaparecido desde o início desse mês. Portanto foi dada licença por 30 dias, até que se descubra seu paradeiro com licença para tratamento de saúde por alcoolismo.

O interessante é que em análise da pasta funcional disponível, a unidade Museu Nacional recorre de forma “desesperadora” à Divisão de Recursos Humanos da Sub-Reitoria de Pessoal, solicitando

“providências para ser encontrada uma solução para o problema causado pelo abandono de emprego do trabalhador Rodrigo. Desde o dia primeiro de setembro do corrente ano, não comparece ao trabalho, já tendo mais de 60 faltas intercaladas em 1997. Informamos que diversos telegramas foram enviados ao endereço do trabalhador em questão. Por se tratar de pessoa com sérios problemas de Saúde física e psicológica, em duas ocasiões a Seção de Pessoal desta Unidade, procurou o trabalhador em sua residência a fim de constatar a veracidade do seu estado de saúde debilitado, numa delas, inclusive, o mesmo foi conduzido até a Divisão de Saúde do Trabalhador para um início de tratamento, mas não houve por parte do trabalhador interesse em fazê-lo”.

Assim sendo, esta unidade encontra-se incapacitada para solucionar o problema e ao mesmo tempo não pode manter em seus quadros um trabalhador que não comparece ao trabalho. Portanto, solicitamos a essa Divisão providências, juntamente com a DVST para a solução do caso, não apenas no que diz respeito à Unidade como também quanto à resistência do funcionário em submeter-se a um tratamento médico adequado...” (Assinado pela direção do Museu Nacional).

Em 13 de outubro de 1997, a DVST, diante da situação em que se encontrava o trabalhador e das solicitações das unidades, realizou visita domiciliar, tendo indicado através do médico perito, a busca de atendimento pelo CEPRAL. Isso ocorreu em 14 de outubro de 1997; ficou internado no Instituto de Psiquiatria da UFRJ, com acompanhamento da proposta do Programa de Atendimento ao Trabalhador Alcoolista da UFRJ para observação e desintoxicação alcoólica. Numa avaliação, diagnosticou-se polineuropatia alcoólica. Obteve alta hospitalar em 23 de outubro de 1997.

Em 20 de novembro de 1997, apresentou indicativo de retorno ao trabalho, uma vez ter tido apoio de ex-esposa para sua recuperação, que cuidou da higiene de seu lar e de sua alimentação. A melhora, visível, foi registrada pelos profissionais nos prontuários.

Em 02 de dezembro de 1997, conforme anotações médicas do PAT/AL/DVST/UFRJ, o trabalhador Rodrigo retornou a suas atividades laborais no Museu Nacional, o que se confirmou pela Junta Médica da DVST.

Em 08 de dezembro de 1997, encontramos um memorando da Unidade Museu Nacional, solicitando à Chefia de Recursos Humanos da Sub-Reitoria de Pessoal a reinclusão em folha de pagamento e ressarcimento de

“faltas emitidas indevidamente no mês de setembro e há 30 faltas no mês de outubro do corrente ano. Tal pedido se deve ao fato de sua licença para tratamento de saúde só ter chegado a esta seção muito tempo depois da frequência daqueles meses já terem sido fechadas. Porém, durante após 10 meses do trâmite burocrático foi possível receber os salários em atraso”.

Avalia-se, pelos resultados do nosso estudo, que se esse trabalhador tivesse tido um acompanhamento mais normalizado em sua unidade Museu Nacional, do ponto de vista de uma política de Recursos Humanos, poderíamos ter evitado, não somente a suspensão do pagamento salarial, mas também uma assistência mais precisa, o não-desvio de função. Deixamos como reflexão: ode um trabalhador com surdez trabalhar em uma recepção de uma Unidade? É possível agilizar uma licença médica com maior eficiência no sistema de comunicação interna entre as unidades da UFRJ?

Até 2 de dezembro de 1997, esse trabalhador adquiriu em seu vínculo funcional 92 dias de licença médica, tendo retornado ao trabalho sem nenhuma averiguação das reais

condições de seu trabalho. Portanto, foi natural ter retornado como servente de limpeza e labutado como recepcionista?

Em 22 de dezembro de 1997, passou a ser liberado do trabalho oficialmente pela Junta Médica da DVST, sendo considerado incapacitado para o trabalho. A já citada liberação, tanto pela própria DVST, como pela assistência do PAT/AL/DVST/UFRJ, reconsiderou a incapacidade do trabalhador devido a recaídas. A partir daí, as licenças foram subseqüentes até 1º de maio de 1999, perfazendo um total de 532 dias de afastamento do trabalho. Entretanto, seu falecimento ocorreu nesse percurso, não chegando à aposentadoria proporcional.

Durante esse período na descrição da perícia social, destacamos:

“Pode ser constatado pelos profissionais do Serviço Social, que acompanharam o caso que este 'núcleo familiar' desenvolveu uma forma de relacionar-se baseada na solidariedade. No tratamento a família desempenha um importante papel no processo de recuperação do paciente, podemos dizer que neste caso, o paciente pode contar com o apoio familiar para se recuperar e reabilitar do alcoolismo”.

O Serviço Social pericial da DVST acompanhou de perto o caso, sempre atento à questão das licenças médicas e contatos com a Seção de Pessoal do Museu Nacional. Solicitou mudança de localização do desempenho das atividades que vinha desenvolvendo na portaria, bem como providências do pagamento, objetivando alguma chance de recuperação. Numa busca das fontes das documentações, apontamos que, nesse caso, a Junta Médica da DVST, esteve sensível à situação, inclusive analisando-a em caráter de urgência, para que não prejudicasse mais ainda esse trabalhador.

Em 22 de dezembro de 1998, foi sinalizado à DVST por membro familiar a primeira tentativa de suicídio, quando o trabalhador alcoolizado *“enfiou-se debaixo de um caminhão”* conforme relatado para a médica psiquiátrica da assistência do PAT/AL/DVST/UFRJ.

Durante esse período, de forma irregular, comparecia ao tratamento, sempre acompanhado da ex-esposa, chegando a ficar em abstinência por um pequeno período em janeiro de 1999. Foi avisado da real indicação de sua aposentadoria por doença pela DVST.

Em março de 1999, faltou constantemente às consultas de assistência, estando sempre a ex-esposa informando aos profissionais que Rodrigo estava bebendo muito e sem fazer uso

das medicações prescritas, sem alimentar-se e com grande resistência em manter contato com a equipe de tratamento. Seu último comparecimento à DVST para realização de perícia foi no dia 22 de março de 1999.

Nessa mesma data, a assistência do PAT/AL/DVST/UFRJ o desligou do tratamento, devido à “*não demonstrar adesão à proposta, suas faltas são constantes tanto a perícia como a assistência e não identifique o uso contínuo de álcool como problema*”. Ou seja, sugeriu um acompanhamento apenas pericial. Precisamente em 23 de março de 1999, foi desligado oficialmente do programa de tratamento de alcoolismo da UFRJ.

Em 13 de abril de 1999, a ex-esposa compareceu à Divisão de Saúde do Trabalhador para comunicar o seu falecimento, ocorrido em 2 de abril de 1999.

Pela característica da morte do trabalhador Rodrigo, conforme informações contidas na declaração de óbito, que definiu as circunstâncias da causa morte como indeterminada, no PAM de São João de Meriti, sendo declarante sua esposa, e não como esta se colocava extra-oficialmente como ex-esposa, sentimos necessidade de um aprofundamento da questão. Assim, realizamos visita domiciliar à família visando a compreender como se deu o falecimento.

Em entrevista realizada com a esposa em março de 2001, relatou-nos que considerava Rodrigo adoecido de “bebida”, porque ele perdeu a fome e nada comia. Ao retornar à história de como ocorreu a sua morte, ela apresentou-se calma, aceitando muito bem a situação e contou:

“Ele não parava de beber. A gente ia lá na DVST, inclusive quando a gente foi na última consulta, aí eu cheguei atrasada e tava o Ricardo e ele (Rodrigo). Aí, no dia que ele morreu, meu filho disse: - não mãe, o médico disse que ele ia morrer mesmo, que ele não ia chegar na outra consulta. Ele morreu lá embaixo, no botequim...”

Nesse momento, seu filho Ricardo interrompeu e passou a narrar como soube da morte de seu pai, quando observava a entrevista à distância:

“O garoto chegou aqui e falou que o meu pai tava passando mal lá na barraca, eu fui lá. Ele, tava todo abatido: - pai, vamos embora para o hospital. Eu estava todo nervoso. O Sr. Zé tentou me ajudar. Falei que não precisava e o Sr. Zé falou: - ele já está morto.

Falei: - Vira essa boca pra lá, mas quando chegou aqui em cima ele já estava morto. A última vez que falei com ele foi à tarde. Depois que ele morreu, tem coisas que faz falta. Gostava dele pra caramba”.

Para a esposa, o comportamento social de Rodrigo quando bebia com a sua vizinhança era chato, enjoado, ficava rindo muito. Fora isso, quando abstinente era uma ótima pessoa.

A mesma, quando indagada pela pesquisadora, de como ele via o trabalho que desenvolvia na UFRJ, demonstrou vibração:

“O trabalho dele era bom! Ele falava que todo mundo gostava dele. Que tinha um professor que parecia que era pai dele. Ele gostava; só que depois que ele bebia, não ia trabalhar. O professor conversava com ele, chamava ele para conversar. Se ele precisasse de algum dinheiro o professor emprestava a ele. Também, não pedia de volta. Ele, falava assim: - que aquele professor era como se fosse um pai para ele. Dava conselho pra ele parar de beber; tinha o seu Raimundo que também falava pra ele parar de beber que era o encarregado dele. Depois, passou a ser o Sr. Vagner. O pessoal lá, todos gostavam dele. Mas, o problema dele era só a bebida”.

O que havíamos verificado nas fontes documentais da pesquisa era que Rodrigo encontrava-se desviado de função informalmente frente à organização, não se sabendo como houve tal procedimento e que também fora confirmado pelo relato de sua esposa: *“O trabalho dele no dia-a-dia era, primeiro varrer, dava comida a arara e ficava na portaria. Depois, ele passou a ficar na portaria direto”.*

Os sentimentos que Rodrigo demonstrou tanto para o médico da última perícia realizada como para a sua esposa, alguns dias antes, foram como um aviso que iria falecer; pois a última mencionou durante a entrevista:

“Acho que ele sabia que ia morrer, porque ele chegou aqui e falou: - Nanda, eu vou morrer. Mas, você vai ficar bem. Eu, estava indo trabalhar. Ai, eu falei para ele: - para de falar besteiras, Não vai morrer agora não! Ai, comecei a brincar com ele, sacanear ele ali, ai, pronto”.

A esposa e o seu filho mais novo são beneficiários da pensão por morte. Receberam os benefícios como o auxílio-funeral e PASEP. A mesma avalia que, após a morte, a renda familiar melhorou com o trabalho de faxineira que realiza.

Em abril de 2001, juntamente com as informações já citadas, realizamos entrevistas com colegas de trabalho na unidade Museu Nacional, procurando conhecer o relacionamento dos colegas de trabalho com Rodrigo. Lá, ao chegarmos, procuramos a chefia do Departamento Pessoal, que não se encontrava por estar na Sede Central da SR4. Perguntamos se havia alguém naquele setor que se lembrava do trabalhador. Imediatamente a colega de trabalho Deise disse que o conhecia. E passou a relatar suas observações:

“Nunca soube que ele freqüentou o Programa de Atendimento ao Trabalhador Alcoolista da UFRJ. O que eu observava era que ele conversava pouco, até mesmo porque ele tinha problemas de audição. Ele, não escutava bem, tinha que chegar perto dele e falar bem alto, pedir para ele varrer aqui ou ali. Ele, perguntava o que? Só porque não escutava direito, tinha problemas de bronquite, ele tossia o tempo todo. Com os colegas de trabalho o seu relacionamento era bom. Nunca soube de briga, nada disso. Ele tinha assim, um mau humorzinho. Mas eu nunca presenciei ele alcoolizado por aqui”.

Lembranças foram deixadas principalmente pelo resultado do desempenho do trabalhador no Museu Nacional como o relato da mesma colega: *“Trabalho aqui, há 22 anos e, ele varria os setores, passava uma espanadeira, mas uns três anos antes dele falecer, minto, dois anos antes dele falecer ele estava trabalhando na portaria, e também levava um papel aqui e outro ali”.*

Para essa colega de trabalho, no que diz respeito à percepção da satisfação de Rodrigo em trabalhar na Unidade do Museu Nacional, local em que sempre esteve desenvolvendo suas atribuições desde 1984 (portanto 15 anos de colaboração, na UFRJ, com sua força produtiva), disse-nos:

“Olha, pelo o que eu via, ele não era uma pessoa que faltava ao trabalho. Tava bastante presente. Pelo menos, quando eu presenciava tava sempre no setor, fazendo o serviço dele. Empenhado... Não era um mal trabalhador. Nunca teve reclamação contra ele, nada disso. Eu nem sabia que ele bebia. Fui saber

inclusive, quando ele faleceu. Contaram-me que ele teve uma queda, e que estava alcoolizado”.

Nas falas da colega de trabalho percebemos que, embora ela tenha ressaltado que em sua seção a chefia sempre encaminha algum trabalhador doente à DVST para tratar-se, não sabe como isso se passa em outras seções. Inclusive, no transcorrer de seu relato, deixou transparecer naturalmente que quando soube do falecimento de Rodrigo estava retornando de licença para tratamento de saúde.

Ela relatou com tristeza, mencionando que *“ele já era para estar aposentado, com o problema de saúde que tinha como audição, bronquite crônica. Ele fumava muito, fumava demais. Eu achava que ele não tinha nem mais condições de estar trabalhando”*. Encerrou sua entrevista com lembranças manifestadas através de sua fala. Apresentou, da sua ótica, experiências travadas no dia-a-dia da estrutura organizacional da Unidade Museu Nacional, onde de uma relação social de contingências cotidianas com Rodrigo posicionou-se para contribuir de forma entusiasmada com a história de vida desse trabalhador:

“Ele era uma boa pessoa. Eu trabalho aqui há 22 anos. Aliás, meu pai trabalhou aqui por 30 anos. Também conhecia ele. Ele não era uma má pessoa. Eu lamento a morte dele. Foi uma morte estúpida. Uma morte, que poderia ter sido evitada, se ele não estivesse embriagado. Se estivesse se tratando, fazendo um acompanhamento, talvez não tivesse chegado no estado que chegou. Ele estava muito magrinho. Ele era muito magrinho, muito franzino. Fiquei sabendo que ele tinha muitos filhos. Era só afastá-lo do trabalho”.

Ao buscarmos um novo relato para enriquecermos mais ainda a história de vida de Rodrigo, procuramos outro colega de trabalho de sua última localização – a recepção do Museu Nacional. Explicamos toda nossa pesquisa e a importância não somente dos resultados para a melhoria do Programa de Atendimento ao Trabalhador Alcoolista da Universidade mas, também, para uma gama de pesquisadores sociais que se preocupam e aprofundam seus estudos na temática. Este se negou, alegando que somente poderia nos responder com a autorização de sua chefia, que não se encontrava na Unidade. Caso fosse autorizado, poderia contribuir. Entretanto, afirmou que seu colega, que havia falecido, lá trabalhou atendendo a todos da Unidade e aos visitantes.

De qualquer forma, consideramos os colegas de trabalho protagonistas dos fatos sociais da relação de trabalho. Conforme diz MINAYO (1999:128): *“Por mais intangível que pareça, o ambiente é abstrato ou distante: é o que a gente sente. E o sentir constitui a base de seus atos”*.

6.3. Mortes alcoolizadas?

Sem testemunhas de como ocorreram as mortes dos trabalhadores Cláudio e Carlos, procuramos, através da pesquisa, montar um quebra-cabeça da reconstituição da vida de cada trabalhador, tendo conhecimento de que a morte se deu por homicídio.

Cláudio estava com 31 anos quando faleceu, em 29 de março de 1997, hora ignorada, em uma via pública, por asfixia mecânica por constrição do pescoço, estrangulamento, tendo sido como declarante a esposa. Deixou dois filhos menores e a esposa como dependentes de sua pensão na UFRJ.

Esse trabalhador ingressou na UFRJ em julho de 1987, tendo cursado o antigo 1º grau, sem ter realizado exame admissional. Seu cargo foi datilógrafo por prazo determinado, ou seja, sem vínculo como trabalhador público, estando sob a legislação previdenciária da CLT.

Do período que ingressou até ao seu falecimento, trabalhou por 8 anos e 1 mês, tendo tido faltas ao trabalho constantemente a partir do ano de 1992 (4), 1993 (3), 1994 (39) e 1995 (67). Houve um acidente de trabalho de trajeto, quando se deslocava de casa para o trabalho. Nessa ocasião, em 1988, procurou a Divisão de Saúde do Trabalhador, onde fora atendido pelo Serviço Social, relatando que sofrera um atropelamento. Seu afastamento fora considerado licença médica, devido aos trabalhadores da Universidade, nesse período, se encontrarem em greve. Alegou ainda que não registrou como acidente por não ter sido orientado pelo seu setor de trabalho.

Integrou, assim, as estatísticas oficiais brasileiras de acidente do trabalho, que vêm diminuindo a partir dos anos 70. Esta tem sido objeto de várias críticas, levando a controvérsias sobre a precária qualidade dos dados, já descritos em várias situações (ALVES & LUCESI; RIBEIRO & LACAZ, 1984).

Imediatamente o Serviço Social, através de registros e contatos pelo prontuário de perícia médico-social posicionou-se:

“Após solicitarmos a documentação necessária à complementação social, pedimos seu retorno a este serviço para estudarmos a possibilidade de transformar a licença por doença em acidente do trabalho, conforme parecer da junta médica desta Divisão considerando que o trabalhador em referência apresenta seqüela em decorrências do referido acidente.”

Entretanto, constatando as documentações que o trabalhador apresentou como comprovante de sua internação no Hospital Geral de Bonsucesso, no Rio de Janeiro, de 20 de novembro de 1982 a 19 de fevereiro de 1988, evidencia-se que ele sofreu internação cirúrgica, tendo o acidente deixado seqüelas graves. Assim mesmo, nada ficou caracterizado como acidente de trabalho, tendo o próximo atendimento pericial ocorrido em janeiro de 89 para alta, de acordo com o laudo do INSS.

Constatamos que, embora nessa ocasião estivesse com vínculo regido pela CLT, fora tratado na universidade como funcionário público governamental, quando se encontrava sob regime previdenciário próprio. Nesse caso, não fora notificado nem internamente na UFRJ e nem junto ao INSS, ficando, portanto, fora dos registros oficiais do Ministério da Previdência e, conseqüentemente, dos assentamentos do Ministério do Trabalho.

Segundo MENDES (1999:193):

“O quadro reveste-se de uma situação inusitada, pois ainda que os acidentes possam ser registrados, quando ocorrem com trabalhadores das organizações da administração do Estado, atendendo a normalizações dele próprio, em conformidade com os sistemas de informações peculiares a cada organização pública, municipal, estadual ou federal, eles não são tomados visíveis e formalmente. São reconhecidos e notificados internamente, mas localiza-se em um dos pontos que Thébàud-Mony (1991) denomina os ângulos mortos do sistema, pois contribuem para que a sociedade desconheça a grandiosidade do problema, engrossando a expressiva subnotificação dos acidentes de trabalho e contribuindo para a”
limpeza “oficial das informações, em um processo de construção social dessa invisibilidade”.

Em setembro de 1989, o servidor retornou ao Serviço Social da DVST, solicitando novas orientações de como regularizar seu acidente de trabalho para receber indenização, já que ficara com seqüelas, que o limitavam para o trabalho. Fora encaminhado ao posto de Benefício do INSS, não tendo sido caracterizado acidente de trabalho.

Em abril de 1992, o trabalhador retornou à DVST, por ter sido atropelado, apresentando “*escoriações no couro cabeludo, tórax e contusão do tórax*”, e foi licenciado do trabalho por 7 dias. Nessa ocasião, por mudanças na legislação, já estava configurado seu vínculo previdenciário como trabalhador público na UFRJ.

Em agosto de 1995, sofreu novo acidente, porém no âmbito familiar, quando virava massa para reforma de sua casa. Neste período fora licenciado por doença, pela DVST, já que agora era regido pelo sistema Previdenciário do Regime Jurídico Único.

Em outubro de 1995, foi encaminhado pela Divisão de Recursos Humanos para a DVST, visando a avaliação de sua capacidade laborativa. Esta constata, através de entrevistas, que o trabalhador é alcoolista e o encaminha ao CEPRAL, para tratamento.

Pelo diagnóstico realizado por enfermeiro, médico e assistente social, o trabalhador referiu que bebia há mais ou menos oito anos, tendo preferência por cachaça e cerveja. Já havia procurado o A.A. (Alcoólicos Anônimos) há um ano, sem adaptação. Nessa ocasião apresentou-se para as entrevistas com hálito etílico.

Em dezembro de 1995, retornou à DVST alcoolizado, com tremores nas extremidades, sem ter ido ao atendimento especializado do CEPRAL para tratamento de alcoolismo. Na ocasião foi licenciado e reencaminhado ao CEPRAL.

Cabe ressaltar que este trabalhou desde que ingressou na UFRJ, até a presente data, em cinco unidades, sendo a última a própria DVST, em caráter experimental⁸, onde lhe fora dada oportunidade de capacitação para atualizar-se, já que seu cargo de datilógrafo já estava ultrapassado, com a substituição de máquinas de escrever por computadores. Portanto, em parceria com a Divisão de Recursos Humanos lhe foi oferecido curso de digitação.

Cláudio, até aqui, não caminhou com as possibilidades dos benefícios que o sistema organizacional lhe ofereceu, tanto com relação ao tratamento do alcoolismo (freqüentou um

⁸ A política da Divisão de Recursos Humanos da UFRJ, neste período, adotou que trabalhadores colocados em disponibilidade poderiam trabalhar em caráter experimental em outras unidades, visando ao não afastamento total das atividades laborais, enquanto fosse capacitado para nova adoção.

único atendimento), como na sua capacitação profissional, ficando sempre às margens das possibilidades de inserir-se no trabalho.

Somente em junho de 1996, através de entrevista com o acompanhamento social em âmbito pericial, traduziu que sua dependência era cruzada: cocaína e álcool.

O ano de 1996 foi marcante para uma possibilidade de tratamento da dependência, pois passou por uma internação no Instituto de Psiquiatria da UFRJ e lhe foi oferecido outro tratamento no NEPAD/UERJ, tendo concomitantemente acompanhamento psicológico pela própria DVST. Mas, mesmo assim, permaneceu preferindo aposentar-se proporcionalmente quando do término das licenças, que já perfaziam 270 dias de licença, datada de 28 de março de 1997.

Ao pesquisarmos o seu ambiente de trabalho, a Escola de Educação Física, onde permaneceu por maior período, considerando que na DVST trabalhou por alguns dias, procuramos o setor de Departamento Pessoal da Unidade. As três funcionárias que se encontravam no local, embora tenham recebido muito bem a pesquisa, demonstraram não conhecer Cláudio, mas quando mostramos a foto imediatamente a chefe falou-nos: *“já sei: - era aquele datilógrafo que puxava a perna”*.

Nas três entrevistas realizadas, as colegas foram unânimes em relatar que o desempenho do servidor era satisfatório quando se apresentava a unidade. Entretanto, nos últimos meses estava sempre de licença médica.

Em seu local de trabalho – num projeto de pesquisa em que atuava, uma colega ressaltou: *“Cláudio era calmo, colaborador e tranqüilo. Dava-se muito bem com a professora coordenadora da época. Esta encontra-se aposentada. Mas, lembro-me que sempre estava colaborando”*. Quanto à sua dependência cruzada, nunca foi transparente a dependência nem do álcool e nem da cocaína.

As colegas relataram seus sentimentos quando souberam do falecimento do servidor:

“Eu soube através de uma notinha no jornal da associação. Eu estranhei. Mas, no jornal não mencionou do que morreu. Ele era uma pessoa nova. Ele não era agressivo. Eu percebia que ele não curtia o lado profissional dele aqui na UFRJ”.

“Eu estou sabendo agora! Estou penalizada. Ele era um ótimo trabalhador”.

Outros aspectos durante as entrevistas tiveram pontos em comum:

“O nosso relacionamento era normal. Trabalhávamos legal. Sem aborrecimento. Nós nos dávamos bem. Um ajudava o outro. Ele nunca estava alcoolizado”.

“Não sabia que ele bebia”.

“Ele era muito atencioso. Às vezes só faltava. Ele estava sempre pronto a atender quando precisava dele no setor. Nunca foi grosseiro. Nunca tratava mal ninguém. Comportava-se normalmente”.

Quanto ao relacionamento com os colegas e a chefia na relação de trabalho, também não se observou nenhum problema.

Entretanto, dois colegas de trabalho que desempenharam suas funções lado a lado relataram que, além de alguns trabalhos de datilografia, Cláudio realizava muitos trabalhos fora da Unidade, entregando correspondências e processos em outras unidades da UFRJ, bem como em outras instituições. Ou seja, atribuições não pertinentes ao seu cargo.

Trajetória diferente foi a vivida por Carlos, que iniciou seu vínculo com a UFRJ em 2 de janeiro de 1989, como servente de obras da Prefeitura Universitária, tendo como grau de instrução a primeira fase do ensino fundamental. Inicialmente, em caráter de experiência, firmou contrato pelo prazo de 90 dias. Mas seu mapa de tempo de serviço demonstrou que durante os 10 anos, 3 meses e 8 dias em que manteve vínculo com a UFRJ permaneceu na mesma localização até o seu falecimento.

Durante esse período, realizou uma avaliação de desempenho entre fevereiro de 1995^e março de 1997, tendo obtido pontuação 27 (máximo de 32 pontos). Nessa avaliação recebeu graduação máxima em três itens, que destacamos: responsabilidade, zelo com materiais e equipamentos, e capacidade de iniciativa de trabalho.

Em entrevista realizada com a chefia — uma arquiteta, que se encontra acima da avaliadora de desempenho — esta assim posicionou-se, quanto ao trabalhador, sobre como percebia a satisfação deste ao trabalhar na UFRJ: *“Acho que ele nunca teve satisfação, nunca*

vestiu camisa⁹ nenhuma. Ele fez disso aqui um bico. Transformou isso aqui em um bico. O trabalho dele efetivo era na birosca dele”.

Seu colega de trabalho, servente de limpeza, porém desviado de função e que trabalha na mesma sala que a chefia, ao responder o mesmo item do grau de satisfação do trabalhador, nos disse: *“Se ele tinha, nunca demonstrou, porque eu continuo dizendo para você: - o que ele fazia era muito pouco, por causa do tratamento que ele tava vivendo atualmente”.*

Já um outro colega, também servente, mas que labutava diretamente no campo, mencionou: *“Ele sempre gostava. Ele falava que o trabalho era bom”.*

Em sua primeira entrevista realizada pela DVST para encaminhamento ao tratamento de alcoolismo junto ao CEPRAL, precisamente em 10 de julho de 1997, o trabalhador definiu o seu relacionamento com a chefia como bom e com seus colegas de trabalho como regular.

Aqui, pelos relatos das entrevistas e análises das fontes secundárias, o trabalhador realmente queixava-se muito de seu cargo e de seu salário. Em registros da Perícia Social, ressaltava, inclusive, que era preferível dedicar-se ao seu bar.

MORGAN (1996:158) nos fez refletir sobre a importância de coalizão na organização e da construção desta como uma importante dimensão de quase toda a vida organizacional. Afirma: *“As coalizões surgem quando grupos de indivíduos ficam juntos para cooperar em relação a assuntos específicos, eventos ou decisões ou então propor valores específicos e ideológicos”.*

Tal posicionamento teórico nos levou a reflexões do início da entrevista sobre a vida de Carlos no local de trabalho, quando, antes de qualquer pergunta, sua chefia posicionou-se sobre as contratações efetivadas em 1989 e de como ocorreram e nomeou seus sentimentos:

“Comentando como acontecem os adoecimentos de alguns trabalhadores por esse local de trabalho, digo que são trabalhadores contratados por algumas firmas que trabalhavam para as mesmas e para a universidade. Isso foi em 1989 a 1990, eram praticamente trabalhadores da área de apoio. Foram contratados pela universidade. Nessa ocasião, as mulheres contratadas estavam vindo

⁹ Numa visão política da colocação da chefia, na metáfora “vestir a camisa”, destacamos, segundo MORGAN (1996: 158), que a visão de que as organizações são empreendimentos interligados e racionais que perseguem um objetivo comum direciona o encorajamento político a ver as organizações como redes de pessoas independentes com interesse divergentes que se juntam em função da oportunidade, por exemplo, de ganhar a vida, de desenvolver uma carreira, de perseguir um objetivo ou meta desejada.

com sérios problemas de coluna e tal. Nós procuramos tirá-las da enxada e colocá-las para fazerem recolhimento do lixo do caminhão (o lixo era produzido pela capina, ou seja, grama) (...) Eu estou nesse cargo desde 1992 ou 93, não me lembro bem e, daí elas vêm adoecendo, e conforme elas iam à DVST e vinham com documento dizendo que não podiam pegar serviço pesado, nós fomos transferindo para dentro do Horto, que seria um serviço mais leve. Muitas são rebeldes e, não querem ficar aqui dentro. O negócio delas é ir para a rua e ficar lá porque elas formam uma turma delas. Elas não querem abrir mão das amigas delas aí da rua. É uma confusão. Mas, nós fazemos o que podemos para poupar e não ter grandes problemas”.

Verifica-se que em seu sentimento de chefia e trabalhadora pública as coalizões foram importantes e não construídas.

Em 7 de agosto de 1989, Carlos foi pela primeira vez procurar a Divisão de Saúde do Trabalhador para uma licença médica, alegando “queimação no estômago”. Como não apresentou nenhum comprovante de tratamento paralelo, sua licença foi negada. Porém, em outubro do mesmo ano, retornou com um pedido de licença, tendo obtido um dia, por ter apresentado “*ferida infestada no membro inferior direito*”.

Em seu currículo funcional, acidentou-se em janeiro de 1991, por volta do horário de almoço, em uma queda no assoalho molhado, causando entorse do tornozelo – assim relatou ao ser registrado seu acidente¹⁰ na consulta de Enfermagem. Entretanto, com o Serviço Social, relatou que se acidentou no horário de saída do trabalho, onde escorregou e caiu.

Em análise de seu prontuário médico, foi verificado que desde sua primeira solicitação para licença médica, em agosto de 1989, que havia sido negada, apresentou várias queixas clínicas, indicando sintomas como: dores no estômago, dor torácica, hemoptise, gripe, enxaqueca não especificada, cefaléia, hipertensão arterial, cansaço, tonteira, obesidade e insônia. Incluem-se aqui também licenças para acompanhar pessoa doente da família (sua esposa)¹¹.

¹⁰ O acidente é apenas registrado na UFRJ. Posteriormente foi encaminhado ao posto previdenciário do INSS, para notificação, por nesse período manter vínculo de prestador de serviços.

¹¹ De acordo com o RJU – Lei N° 8.112 do capítulo IV – Das Licenças – Seção II – Da Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família – art. 83, “*poderá concedida licença ao servidor por motivo de doença do cônjuge ou companheira...*”. Só poderá ser defendida se a assistência direta do servidor for indispensável e não perder seu prestador simultaneamente com o exercício do campo.

Em agosto de 1993, através de uma consulta na enfermaria, registrou-se em seu prontuário pericial, pela primeira vez, que o mesmo era etilista. Quando atendido seguidamente pelo médico, fora encaminhado ao Hospital Universitário para tratamento de suas queixas principais: dor em região torácica tipo constrictiva, falta de ar, cansaço, expectoração de características sanguinolenta, tabagismo e etilismo.

Cabe lembrar que a proposta de tratamento de alcoolismo pelo local de trabalho, através do Programa de Atendimento ao Trabalhador Alcoolista PAT/AL/CEPRAL, ainda não estava implementada nessa ocasião.

Verificamos, também, que o trabalhador esteve no ano de 1989 a 1997 de licença para tratamento de saúde, ou seja, afastado diretamente do local de trabalho, por impossibilidade de saúde, por 294 dias, devido às queixas já mencionadas.

Por outro lado, analisamos que a identificação da Perícia Médico-Social do CID 303.9 – Síndrome do Álcool – para encaminhamento ao PAT/AL/CEPRAL, ocorreu em julho de 1997, e que a demanda partiu do próprio trabalhador. A partir daí, este entrou de licença médica contínua até o seu falecimento, perfazendo-se 645 dias.

Em sua história de vida na relação com uso, abuso e dependência do álcool e outras drogas, verbalizou, através de atendimentos na DVST, que seu pai era alcoólatra e que iniciou sua ingestão aos oito anos de idade, tendo-a acentuado a partir dos 15 anos. Durante a infância, adolescência e fase adulta, vários problemas sociais ocorreram, como brigas físicas, acidente de automóvel e desentendimentos com vizinhos.

Na análise da assistência do CEPRAL, foi considerado na ocasião um dependente grave, constando os seguintes indicativos constantes em seu padrão de dependência:

- difícil tirar o pensamento de beber da cabeça;
- planejamento de como beber durante todo o dia;
- ingestão de bebida alcoólica em qualquer horário (manhã, tarde e/ou noite);
- ingestão de qualquer bebida na ausência de sua preferida e, quando iniciava, não conseguia se controlar;
- acorda sempre com tremores nas mãos, náuseas ou vômitos;
- bebe diariamente no mínimo 10 doses – padrão destilados (caipirinha, vodka, cachaça, traçado ou conhaque) e cervejas.

Em outubro de 1998, procurou o Serviço Social para relatar sua “dependência cruzada em cocaína, mas alegou predomínio do álcool”. Logo após a identificação deste quadro, o trabalhador passou a faltar continuamente ao tratamento. Devido a sua ausência, a equipe, por unanimidade, o indicou para uma aposentadoria proporcional. A Junta Médica da DVST acatou o posicionamento.

Carlos não estava plenamente satisfeito com o seu desempenho no cargo assumido na UFRJ, por ter capacitação de eletricitista e ter sido registrado como servente de limpeza. Relatou, em entrevista ao Serviço Social, que durante o horário de trabalho fazia ingestão de bebida alcoólica para encarar suas atividades quando iniciou na universidade, que eram limpeza de caminhão de lixo.

Através das entrevistas realizadas em sua última localização – Horto da Prefeitura da UFRJ – obtivemos um relato inicial de sua chefia, a qual demonstrou não saber como proceder diante da contratação de trabalhadores adoecidos e não capacitados, que se encontravam trabalhando na Prefeitura.

Os três entrevistados, quando indagados se sabiam como funcionava o PAT/AL/DVST da UFRJ, foram unânimes na resposta: não! Isso nos leva a pensar na relação da Saúde do Trabalhador com os objetivos tanto da equipe do programa, como da própria Divisão, onde estão inseridos. E fica a pergunta: como pode um trabalhador da Prefeitura-Horto estar se tratando e não saberem como se gerencia o PAT/AL da UFRJ? Entretanto, todos tinham conhecimento de que o trabalhador Carlos freqüentava a proposta de tratamento.

Quanto à avaliação do seu relacionamento com a chefia, eis o que foi falado em três análises:

“Eu digo que ele era um servidor que não queria nada. O interesse dele era ficar cuidando dos bares dele. Eu não podia contar com ele” (chefia).

“Ele vinha sempre para cá alcoolizado, agora trabalhar mesmo, do que eu conheço o Carlos, nunca trabalhou. Com a chefia o relacionamento foi pouco. Porque ele vinha aqui quando tinha exame marcado, vinha avisar, ficava 1 mês, 2, 3 meses, voltava para ser avaliado de novo, então o contato com a gente foi muito pouco” (colega de trabalho, que se encontra desviado de função não oficialmente, e que está trabalhando na parte administrativa).

Percebemos que o que este colega de trabalho queria dizer, realmente, era que não podia contar na Unidade com os serviços de Carlos, por este se encontrar sempre licenciado pela DVST. As falas transmitiam um sentimento sobre alguém afastado do trabalho por uma situação de saúde-doença, como se este não fosse mais membro de um processo de trabalho.

Já seu colega de campo, que externou seus pensamentos quanto ao companheiro Carlos, registrou sua fala da seguinte forma: *“Era bom. Era um cara bacana, trabalhador. Com os colegas de trabalho – mesma coisa. Com a chefia – bom também”*.

Nas narrativas do desempenho de trabalho de Carlos percebemos que a do colega que trabalhava diretamente com ele no campo era diferente daquela da chefia e do colega que trabalhava na área administrativa. Seguem-se as falas, nessa ordem:

“Era bom. Ele trabalhava direitinho. Quando ele veio trabalhar aqui no Horto, ele capinava, varria, essas coisas que ele fazia”.

“Sem resultados. Sempre abaixo das expectativas”.

“A desejar. A única atividade que ele fazia era colher lixo e que eu soubesse e nada de atividade pesada”.

Realmente, pelo prontuário da perícia médico-social, ocorreu restrição das atividades de seu cargo, devido às queixas de seu quadro clínico, já descrito. Mas, se observarmos, coletar lixo também requer desgaste físico do trabalhador em atividades do dia-a-dia. Portanto, não houve uma avaliação da área de Recursos Humanos visando a melhores condições de trabalho, de acordo com o perfil profissional do trabalhador.

Assim os entrevistados percebiam a satisfação de Carlos em trabalhar na Universidade Federal do Rio de Janeiro:

“Acho que ele nunca teve satisfação, nunca vestiu camisa nenhuma. Ele fez disso aqui um bico. Pensou e, prosseguiu: Transformou isso aqui em um bico e, o trabalho dele efetivo era na birosca dele” (chefia).

“Se ele tinha nunca demonstrou. Eu continuo dizendo para você (a entrevistadora): o que ele fazia era muito pouco, devido o tratamento que ele fazia” (colega da área administrativa).

Os sentimentos que demonstraram os dois últimos entrevistados são de que, embora o trabalhador tivesse ingressado em janeiro de 1989, apenas consideravam o período que esteve de licença até ao seu falecimento como resultados de trabalho. Ora, diante da pesquisadora, ficou claro que o trabalhador de bom desempenho é aquele que não adoece.

O enquadramento das condições de trabalho da unidade através da Universidade Federal do Rio de Janeiro, do ponto de vista de cada fala dos entrevistados sobre Carlos, quanto à percepção de como a organização oferece a seus trabalhadores capacitação, equipamentos, segurança do trabalho, material, ambiente de trabalho e outros, ficou assim caracterizado:

“Na medida do possível há condições, sim. A gente sempre procurou dar uniformes para os trabalhadores que trabalham em máquinas agrícolas e aqueles tampões de ouvidos, luvas de raspas, botas. A gente, sempre que possível, procurou olhar esse lado do trabalhador. Na verdade, a gente passa por fases mais complicadas ou menos por causa da verba fornecida pelo governo” (chefia).

Já o colega de trabalho administrativo colocou: *“O material, eu acredito que sim”*. Esquece-se de que as condições de trabalho envolvem outros aspectos, que até mesmo Carlos queixava-se constantemente em suas entrevistas quando em tratamento: *“Eu quero mudar de local de trabalho. Lá nós não temos chances de crescimento”*. E na avaliação da terceira entrevista, o colega de campo assim considerou: *“É bom”*.

Os três entrevistados, quanto à indagação se a Unidade atende às necessidades dos trabalhadores quando estão tendo algum problema no ambiente de trabalho, direcionaram suas respostas ao fato de que quando alguém adoece, a Divisão de Saúde do Trabalhador está sempre pronta a atender as solicitações. Exaltaram que a atual direção da DVST é que vem transformando essa forma de atender aos trabalhadores do Horto.

Foi elaborada a seguinte pergunta, relacionada diretamente à morte do trabalhador Carlos, a sua ausência às relações de trabalho, a sua ausência afetiva com os companheiros de trabalho: como e quando você soube do falecimento do trabalhador?

“Logo após. Vieram aqui reivindicar logo a pensão dele. A esposa, sei lá, amante, aquela coisa, que foi uma confusão de assassinato. Não me lembro se foi a esposa ou amante por ter sido

pego com a outra. E, logo as pessoas trataram de vir aqui resolver os seus problemas de bolso... entre tapas e beijos” (chefia).

“A gente ficou sabendo da morte do Carlos, eu acho que foi praticamente quase um mês depois. Primeiro por boato e depois a gente teve certeza com a vinda, eu acho, da mulher dele que falou que o Carlos havia falecido. Pelo o que ele falou, parece que foi a amante dele que matou” (colega da área administrativa).

“Passaram-se uns 3 dias e ficamos sabendo. Ficamos sabendo pela mulher dele, que parece que foi a amante que matou ele” (colega de trabalho de campo).

Quanto à forma como percebeu o falecimento do trabalhador, a chefia de uma forma objetiva, posicionou-se:

“Sinceramente, tenho servidores aqui que eu tenho muita afinidade, muito afeto, muito carinho. O Carlos era uma pessoa que eu via fazendo tantas coisas, que não é que eu não suportasse. Na verdade, não vou mentir porque morreu não. Era uma pessoa meio que indiferente, entendeu? Eu não tinha nenhuma ligação mais afetiva. Embora, esteja nesse cargo a muitos anos com ele porque (pausa) aquilo dele me incomodava muito. Aquela coisa que ele fazia, me sentia impotente para poder resolver. Então, era complicado para mim, Morreu... morreu, mais um que morre e, eu não posso fazer nada. E, tenho que sentir muito? Não, não é verdade!”

Já, o colega da área administrativa respondeu: *“A perda de qualquer ser humano é difícil. Ainda mais aquele que trabalha com você, mesmo que deixe a desejar”*. De forma bem mais sentida pela ausência definitiva de Carlos do trabalho, seu colega da área de campo falou-nos: *“Todo mundo sentiu, porque ele era um cara bacana. Um amigo”*.

Assim, as narrativas descritas partiram das experiências e expressões individuais dos trabalhadores da Unidade Prefeitura/Horto da UFRJ, para a reconstrução, na medida do possível, da vivência de cada um com Carlos, entre o local de trabalho e a morte ocorrida de forma tão agressiva como é o homicídio.

A perda dos trabalhadores Carlos e Cláudio e de tantos outros que ocorrem no Brasil por homicídio têm se configurado como um grave problema social, com repercussões em diversas áreas, incluindo-se, aqui, a Saúde Pública. Neste cenário também se inserido uma das veias do nosso estudo: o uso, abuso e dependência de drogas lícitas e ilícitas, destacando-se as questões do alcoolismo.

Percebemos que as mortes decorrentes da dependência química, além do sofrimento da vítima, vitimizam as famílias, relacionamentos, locais de trabalho e acarretam gastos no âmbito psicossocial. Isso se deve, também, aos óbitos por causas violentas, que consomem recursos nas modalidades dos atendimentos médicos nas emergências, internações, medicações, exames complementares e tratamentos intensivos (CORDEIRO & DONALISIO, 2001).

Uma das formas de óbito encontra-se correlacionada diretamente com os estudos sobre a violência urbana, bem como “assaltos seguidos de morte e acidentes de trânsito – como importantes fatos de morte de trabalhadores” na cidade de Porto Alegre (BINDER et al., 200:917 apud BARROS & MENDES, 1997).

Finalmente, cabe salientar que tantos outros Cláudio e Carlos, quando partiram da vida, também tiraram o direito de viver, principalmente pela idade de cada um quando do óbito.

Há, portanto, necessidade de mais estudos objetivos que possam demonstrar de forma mais profunda as correlações das causas de mortes externas com a dependência química, para que estas sejam transparentes, deixando-se de serem mortes surdas, não e ouvidas.

6.4. Com a palavra: a revelação, uma história

Este é um caso de revelação de dados para a própria pesquisadora do Programa de Atendimento ao Trabalhador Alcoolista da UFRJ, uma nova história dentro da história que supostamente já era conhecida.

Jorge 1 tinha 54 anos, faleceu em conseqüência dos ferimentos de um atropelamento, quando saía da casa de um amigo, conforme relato de sua sobrinha, tendo em seu estado de óbito como causa de morte: contusão do tórax com lesão do pulmão – hemorragia interna – em 13 dezembro de 1999. Jorge 1 estudou até a primeira fase do Ensino Fundamental. Era

viúvo e deixou um filho maior de idade. Ingressou na Universidade Federal do Rio de Janeiro em 20 de outubro de 1990, como prestador de serviços na função de pedreiro. Nesse mesmo ano, em dezembro, passou a integrar o quadro de servidores da UFRJ, como trabalhador público do Poder Executivo. Nos períodos que antecederam ao seu ingresso na UFRJ, desempenhou diversas ocupações, como: ajudante de serralheria, ajudante de oficial, ajudante de motorista, polidor, serralheiro, cobrador, embalador, ajudante de entrega, ajudante de caminhão e ajudante de segurança.

O tempo de serviço de maior desempenho em sua vida profissional foi de 4 anos, 5 meses e 5 dias. E, nos demais trabalhos, uma média de dois meses em cada empresa, nas 19 pelas quais passou. Na UFRJ mudou de unidade por três vezes, sendo sua última localização na Escola de Química. Foi readaptado na função, em agosto de 1997, por ter recebido da Junta Médica da Divisão de Saúde do Trabalhador diagnósticos de cirrose hepática e tuberculose pulmonar, com a seguinte restrição: “*deverá exercer funções que não exijam carregar e ou empurrar peso*”. Deixou, portanto, de exercer o cargo de pedreiro e passou a trabalhar no Laboratório de Tecnologia Ambiental como auxiliar de laboratório de área. As atividades deste cargo têm como um dos requisitos necessários a experiência através de provas específicas e treinamento comprovado, o que Jorge 1 não possuía.

Em uma das avaliações de readaptação funcional pela Divisão de Recursos Humanos da UFRJ, quanto ao cargo de auxiliar de laboratório de área, sua chefia apontou que, mesmo após três meses na Unidade:

“o trabalhador Jorge 1 vinha atendendo às necessidades do Laboratório, apesar de não possuir uma formação qualificada para tal. Este se mostrava interessado e receptivo às informações quanto às atividades do novo cargo. Entretanto, sinalizou constantemente que seria necessário treinamento através do próprio laboratório e de cursos apropriados para melhorar sua formação”.

Constatamos, nas histórias já descritas de Rodrigo, Cláudio, Carlos, Jorge 1 e também nas dos demais trabalhadores, que estes tiveram desvio das funções para os quais foram contratados, com o conhecimento das chefias, colegas de trabalho, da Divisão de Saúde do Trabalhador e, muitas vezes, da Divisão de Recursos Humanos. Entretanto, esse conhecimento não foi acompanhado de oficialização junto ao Ministério da Educação.

Podemos perguntar: quem são esses trabalhadores no sistema organizacional de UFRJ, já que foram contratados para um cargo e exerceram outro?

Retornando a própria história de Jorge 1 na UFRJ, através de seu prontuário na Divisão de Saúde do Trabalhador, verificamos que esteve inúmeras vezes de licença médica a partir do ano de 1992 até a sua morte, por diversas indicações médicas, entre elas: hérnia em bolsa escrotal, perda de pelos na face inferior do queixo, acidente de trabalho (por trajeto), ferimentos infectados, contusão e hematoma no olho, tremores no corpo e alteração de comportamento, solicitando internação para parar de beber, contusão na mão direita, hepatite C, dor torácica, febre, dispnéia, tuberculose, icterícia, quadro de recaída após um período de abstinência do abuso de substância química, lombalgia e insônia.

Assinalamos que, somente em agosto de 1996, tivemos a revelação da história real de Jorge 1 frente a sua dependência cruzada: cocaína, álcool e medicamentos. A fala de sua esposa, quando em contato com o Serviço Social, sinalizou que este trabalhador, além de não participar dos problemas da vida doméstica, não utilizava os medicamentos prescritos em seu tratamento desde outubro de 1995, quando fora encaminhado ao CEPRAL, pela Divisão de Saúde do Trabalhador da UFRJ. E que sempre era agressivo em casa. O comportamento era inverso no trabalho. Só a partir de então a equipe interdisciplinar do Programa de Atendimento ao Trabalhador Alcoolista da UFRJ passou a trabalhar com propostas mais direcionadas ao tratamento, resultando inclusive em Junta Médica para retorno ao trabalho.

Com certeza, a equipe interdisciplinar do PAT/AL/DVST/UFRJ apontou várias possibilidades para recuperação do trabalhador Jorge 1, mesmo sabendo do não uso adequado das orientações dadas do ponto de vista clínico, psíquico e social, constatado pelas recaídas após um período de abstinência do uso das drogas lícitas e ilícitas.

No seu ambiente de trabalho, entrevistamos colegas que relataram a convivência com o trabalhador: a Chefe do Setor de Pessoal da Universidade, uma pesquisadora, sua chefe e professora, ambas do Laboratório de Tecnologia Ambiental da Escola de Química. Todos afirmaram conhecer a existência do PAT/AL/DVST/UFRJ na Universidade, porém não compreendiam a operacionalização da proposta de tratamento. Entretanto, todas sabiam que Jorge 1 participava do PAT/AL/DVST/UFRJ, pois recebiam comunicados da equipe do Programa, e também porque ele sempre pedir para ausentar-se do trabalho para ser atendido no Programa, que exigia sua presença às consultas.

A relação de Jorge 1 no local de trabalho foi vista pela Chefe do Setor de Pessoal como:

“Não tinha problemas com ele não, a não ser o problema da bebida dele, que chamava atenção, falava-lhe que deixasse de beber, procurar um tratamento, mas ele nunca foi agressivo aqui, sempre aceitou as opiniões da gente, o que a gente achava ou deixava de achar”.

Pela pesquisadora, a relação com o trabalhador foi assim colocada:

“Muito boa, relação muito aberta. A gente era amigo. Estávamos sempre juntos todos os dias. Éramos amigos mesmo. Todo dia ele estava aqui com a gente. Cumpria o seu horário, quando ele não faltava...”

E por sua chefia:

“Era muito boa. A gente se dava bem. O problema dele era faltar, né? Era receber, e logo após o pagamento ele já começava a faltar, mas o ambiente de trabalho a gente nunca teve problema com ele. Era mais a parte de assiduidade, né? Porque ele faltava bastante”.

Nas observações das colegas de Jorge 1, sobre o relacionamento com os demais colegas de trabalho de sua equipe do Laboratório, todas foram categóricas em dizer que gostavam dele. A Chefe de Departamento Pessoal ressaltou que *“quando ele bebia, ele procurava se isolar do convívio com os colegas devido a achar que fazia tudo errado”.*

Todas as colegas de trabalho entrevistadas posicionaram-se como sendo bom o relacionamento do trabalhador com a chefia, e que esta sempre se preocupava com Jorge 1, mesmo com ele faltando ao trabalho.

As atividades que o trabalhador realizava no novo cargo, como auxiliar de laboratório de área, correspondiam, de uma forma geral, às definidas no Plano de Cargos e Salários da UFRJ, sendo descritas como:

- fazer a assepsia do material do laboratório em geral, lavando-os e secando-os;
- limpar instrumentos e aparelhos, para conservá-los e permitir seu uso imediato;

- realizar o enchimento, embalagem e rotulação dos materiais e equipamentos, valendo-se de procedimentos aconselháveis, para acondicioná-los conforme determina a ordem de serviço;
- conservar e manter a limpeza do laboratório;
- proceder à limpeza e/ou desinfecção de utensílios e instalação de laboratório;
- auxiliar no preparo de material de laboratório para auxiliar as pesquisas;
- controlar o estoque de material usado no laboratório.

Por falta de qualificação ao cargo, Jorge 1 não realizava atividades como coletar amostras utilizando técnicas e instrumentos especializados, pesagens, misturas e filtrações de materiais para análise, segundo os processos recomendados. Entretanto, sua chefia destacou:

“Na verdade a função dele era de pedreiro, mas como ele estava com problemas de saúde sérios, problema de coluna, então ele não poderia exercer mais a função dele. Então, ele veio para a Escola para ficar com uma função mais leve, que ele pudesse exercer. No laboratório, como ele não era nem auxiliar, nem técnico e nem químico, então só ajudava a lavar a vidraria, uma arrumação que a gente precisava ele fazer, uma limpeza. Só isso. Quase como um auxiliar de laboratório”.

As atividades desempenhadas por Jorge 1 no laboratório foram consideradas por sua chefia e pela pesquisadora como satisfatórias. Entretanto, a Chefe do Departamento Pessoal ressaltou um quadro de reação quando de ingestão de bebida: *“Um pouquinho fraco devido à bebida. Quando ele estava bem desempenhava numa boa, mas quando ele vinha assim carregadinho, havia bebido no dia anterior, ficava lento, não prestava atenção”.*

Embora estivesse precisando de treinamento para melhorar o desempenho necessário ao cargo de auxiliar de laboratório, Jorge demonstrava sempre, às três entrevistadas, que se sentia satisfeito em trabalhar com a equipe desse laboratório, composta de uma professora, uma pesquisadora, quatro alunos de mestrado, cinco de iniciação científica e um auxiliar de laboratório contratado, na Escola de Química.

Nas entrevistas de acompanhamento do tratamento pelo PAT/AL/DVST/UFRJ, Jorge também sempre demonstrou estar bem inserido no clima organizacional (LUR, 1995)¹² do laboratório. Tal fato muito colaborou na sua permanência na relação de trabalho e em períodos de abstinências das drogas utilizadas.

Indagadas como vêem a Universidade atendendo a seus servidores quanto a suas necessidades quando estão com algum problema no ambiente de trabalho, assim responderam:

“Não. Veja bem, o trabalho que vocês hoje empregam sobre o alcoolismo, a DVST hoje, toma conhecimento na maioria das vezes quando o trabalhador é encaminhado. Vocês comunicam que existe um exame de rotina, mas eu acho que a DVST deveria fazer visitas periódicas as unidades. Eu não digo todo mês, mas pelo menos 2 vezes por ano procurar ver com a chefia imediata, com os colegas, com a própria direção. Às vezes o problema do trabalhador está em casa ou vice-versa e, às vezes, não está apto para exercer aquela função. Têm trabalhadores que não se identificam em trabalhar sentado o tempo todo, então isso mexe muito com a personalidade do profissional” (chefe do Departamento Pessoal).

“Não sei. Eu acho que atende sim. Pelo o que eu sei, pelo Departamento Pessoal, pelas informações deles, eu acho que atende” (chefia imediata).

A pesquisadora, por não pertencer ao quadro funcional da UFRJ, preferiu abster-se de responder.

O falecimento do trabalhador Jorge 1 só foi ao conhecimento da Escola de Química pelo estranhamento e procura dos colegas de trabalho. A ausência dele no laboratório foi sentida também por necessitarem de seus serviços e pelo hábito da convivência. Cabe descrever que o ambiente físico do laboratório, aos olhos da pesquisadora, é bem agradável, diferenciando-se de muitos outros já visitados, tendo plantas ornamentais, boa claridade, música ambiente, espaço e organização do material utilizado.

O sentimento da equipe do PAT/AL/DVST/UFRJ, de perda da informação do falecimento dos trabalhadores, também ficou caracterizado pelas seguintes falas:

¹² Por Clima Organizacional compreende-se, aqui, o reflexo do estado de espírito ou do âmbito das pessoas, que predomina numa organização, em um determinado período.

“Soube bem depois, porque ele estava no treinamento. Ele queria uma licença, eu disse que não, que era melhor ele continuar trabalhando, porque em casa ele ia entrar em estado de depressão, por causa do filho. Ele não se entendia muito bem com o filho e a esposa tinha falecido a mais ou menos uns 3 anos. Ele saiu daqui para ir para casa e foi atropelado. A gente não sabia. Não sei te dizer ao certo onde e porque eu comecei a procurar. Porque a chefe dele imediata veio falar comigo que ele estava faltando. Eu disse que ia procurar saber direitinho, pois ele além de assinar o ponto assistia às aulas práticas com ela. Aí que eu fui saber. Consegui ligar para o filho dele para saber o que tinha acontecido. Aí que eu fiquei sabendo. 1 mês depois. Primeiro fiquei sabendo que ele sofreu um acidente. Fui falar com o diretor para ver se conseguia transferir de onde ele estava para cá. Não sei o que o filho dele resolveu. Levou a carta e também não deu satisfação nenhuma, se havia conseguido ou não, qual era o estado do pai dele, esse negócio todo. Aí eu comecei a ligar para o filho dele, para saber como ele estava, para trazer a licença para a gente dar entrada. Foi aí que eu fui saber que o pai dele havia falecido, depois de muito tempo. Eu ainda chamei a atenção dele: disse que isso não se faz, ele tinha colega de trabalho, tinha esse negócio todo, que ele não tinha o direito de chegar e ter feito isso” (chefe do Departamento Pessoal).

“Eu soube algum tempo depois do ocorrido, porque a família não veio comunicar aqui na Escola. A gente soube já tinha umas 2 ou 3 semanas. Acho que foi até o Departamento de Pessoal que descobriu primeiro” (chefia imediata).

A pesquisadora, entre choro e pausas, lembra em seu relato:

“A gente soube no Laboratório que ele tinha sofrido um acidente em dezembro, mas a gente soube que ele morreu em janeiro, bem depois, a gente foi procurá-lo no hospital, mas ninguém sabia onde ele estava. Fomos no Hospital do Fundão, mas ele não estava lá. Aí, a gente não tinha nem idéia de onde procurá-lo. Depois o filho

dele esteve aqui para pegar uma carta... não sei o quê? E, falou que ele havia morrido".

Todas as entrevistadas demonstraram, por palavras e atitudes, que sentiram muito quando receberam a notícia que Jorge 1 havia falecido. Destacamos uma fala do cargo de chefe do Departamento Pessoal, que mais atua junto aos servidores da Universidade, como representante da área de Recursos Humanos da UFRJ:

“As pessoas vêem que só o trabalhador está bebendo, dando trabalho, faltando. Colocam em disponibilidade e não procuram saber se estão passando por algum problema, se é aquela função mesmo que quer desempenhar, se aquele local de trabalho é onde ele quer realmente estar. Na realidade, as pessoas colocam em disponibilidade porque não está atendendo as expectativas da unidade agora, mas não procuram remanejar dentro da própria unidade ou procuram saber o que está se passando com o trabalhador e depois que você pensa tudo, chega no fulano e diz, está acontecendo isso e isso, você não se adaptou, vamos te colocar em disponibilidade para ver se você acha outro lugar que você se adapte e melhore as suas funções. O que acontece muito na Universidade é isso: não procuram ver com sinceridade o que está se passando com o trabalhador e o colocam em disponibilidade. Existem aqueles que querem trabalhar e existem aqueles que não querem, né? Aqueles que realmente gostam de trabalhar se sentem úteis, valorizados, se tornam trabalhadores inadimplentes, problemáticos” (Chefe do Departamento Pessoal).

6.5. Duas mortes ocorridas no mesmo local de trabalho

Evidenciam-se, no presente estudo, contribuições marcantes dos trabalhadores, Silvio e Ribeiro, aos seus locais de trabalho no Instituto de Biofísica, cada um com sua trajetória de vida e atividade profissional. Relatos através de colegas de trabalho, prontuários e pastas funcionais, revelaram como Silvio e Ribeiro participaram na estruturação dos laboratórios, aos quais estavam vinculados, até a data do óbito.

Ambos faleceram em decorrência do abuso excessivo de ingestão de bebida alcoólica, estando registrada no atestado de óbito, como já observado, a não evidência de alcoolismo. Ambos já tinham apresentado sinais, na Divisão de Saúde do Trabalhador, através de perícias realizadas, bem como pela assistência desenvolvida pelo PAT/AL/DVST/UFRJ, das indicações clínicas que os levaram à morte.

Ribeiro, aos 64 anos, casado, cursou o ensino médio e foi admitido na UFRJ em 1978, para o cargo de mecânico de área. Faleceu de parada cardiorespiratória, distúrbio metabólico e desnutrição protéica em 1995. Silvio tinha 39 anos, era solteiro e foi admitido na UFRJ no ano de 1978, para o cargo de Laboratorista. Cursou o ensino superior em Biologia e, na data de seu falecimento, encontrava-se terminando o mestrado na área de sua formação acadêmica. Faleceu em 1998, tendo como causa de morte edema agudo pulmonar e hipertensão arterial.

Ambos trabalhadores públicos gozaram de licença médica em algum período de sua vida no Instituto de Biofísica, devido ao uso e abuso de bebida alcoólica. Entretanto, destacam-se, no prontuário de Ribeiro, dois acidentes fora do horário de trabalho, em consequência de excesso de bebida alcoólica.

Em toda vida profissional de Silvio na UFRJ, constatamos ter sido este considerado um trabalhador de sucessos e responsabilidades, diante da proposta de pesquisa do laboratório, ao qual estava vinculado. Embora tenha sido admitido como laboratorista, com o decorrer dos anos destacou-se em suas atividades, tendo sido permanentemente estimulado a progredir em seus conhecimentos. A partir de então, fez curso superior, tendo participado ativamente, não mais como laboratorista, mas como pesquisador, portanto desviado de função. Em suas pesquisas publicou artigos juntamente com o Coordenador do Laboratório.

Segundo o professor responsável pelo laboratório, a pesquisa de que Silvio participava vinha sendo desenvolvida nos

“últimos 40 anos com retinas de pinto, porque a retina é o único tecido nervoso que fica fora da caixa craniana e tem toda a complexidade do sistema nervoso. Eu (o professor) tenho uma preparação do sistema nervoso única, que vem sendo utilizada ao longo dos anos aqui e em muitos países do mundo”.

Prosseguiu o professor, relatando o desempenho do trabalhador Silvio:

“Ele era considerado aplicado, muito interessado e sem preocupação com o horário. Ele ficava, comigo, o tempo que precisava no laboratório. Nunca tive problemas nenhum com o Silvio. Ele vibrava com o trabalho que fazia. Então, um 1 antes dele morrer, ele chegou a publicar um trabalho junto comigo que teve repercussão internacional”.

Da mesma forma, os dois demais colegas de trabalho entrevistados avaliaram o desempenho de Silvio como excelente para o desenvolvimento do laboratório.

Já Ribeiro, através de sua colega e subchefe de trabalho, era visto assim:

“Ótimo. Ele executava todos os trabalhos que a gente pedia e que estivessem à altura do seu conhecimento de mecânica. Ele, realmente, trabalhava. Soldava, porque aqui, tem pouco soldador. Ele fazia a parte de solda. Ele montava todo o aparelho no maquinário para tornear. Coisas que ele aprendeu fora da Universidade. Ele já veio para cá com esse potencial e para a gente, isso, foi ótimo” (subchefe).

“Eu acabo sendo suspeita por ter tido tanto carinho por ele. Ele, no meu laboratório, sempre fez tudo com tanta eficiência...” (chefe).

Mesmo com todas estas falas, destacamos no prontuário pericial de Silvio parte de uma entrevista com o Serviço Social do DVST, quando este foi encaminhado ao tratamento da equipe do PAT/AL/DVST/UFRJ, expressando o grau de insatisfação do trabalhador por ser desviado de função, em 1996:

“O trabalhador descreveu sua trajetória no interior da Universidade, crescendo no seu setor significativamente, passando de técnico à biólogo. Entretanto, relatou dificuldades pelas quais passou durante uma fase no seu ambiente de trabalho, em que não recebia o reconhecimento que considerava merecer. Após, entretanto, dialogar com seus colegas e chefia, colocando suas insatisfações, o trabalhador afirmou ter melhorado seu relacionamento no local de trabalho”.

Em outro ponto a ser destacado, reporta-se à forma como foram buscar ajuda para tratamento no PAT/AL/DVST/UFRJ. Ambos foram estimulados pelos colegas e chefias de trabalho, vislumbrando a possibilidade de uma vida mais saudável. Entretanto, encontravam-se em estado bem avançado de dependência. E nenhum dos dois aderiu à proposta de tratamento oferecida pela UFRJ, através do PAT/AL/DVST/UFRJ.

Muito chamou-nos a atenção, a partir das falas dos entrevistados, a enorme afetividade nas relações travadas por Silvio e Ribeiro. Destacáramos os seguintes comentários quanto ao seu falecimento:

Sobre Silvio, um colega de trabalho afirmou:

“Foi uma grande perda, porque ele, pra mim, me ensinou tudo o que eu aprendi aqui dentro, na parte de laboratório. Todos os truques, porque no laboratório você não aprende só lendo. Aprende mais no dia a dia e na convivência. Sempre tem uma forma mais fácil de fazer as coisas e esses detalhes ele sempre passava”.

“O falecimento do Silvio deixou todo mundo consternado de uma forma geral. Aqui, todo mundo gostava muito dele” (chefia).

Da mesma forma, um relacionamento muito mais que cordial, afetivo, ficou marcado nas falas destacadas, sobre Ribeiro:

“Foi muito triste. Lamentável. Foi realmente uma perda muito difícil, porque hoje eu me coloco aqui numa situação difícil. Com a morte do Ribeiro, o outro rapaz pediu para ser mandado embora. Ficaram dois. O outro cara que trabalhava conosco, que também era o chefe imediato de Ribeiro, se aposentou. Então, ficou um vazio muito grande. Até, porque a nossa amizade era muito grande. Conversávamos muito. Íamos almoçar juntos. Uma perda tanto para a Biofísica, e especialmente para mim como amigo. Sem palavras” (subchefia).

Fica aqui manifestado o sentimento mais revelador da linguagem utilizada no laboratório, quando um trabalhador cresce fora do cargo que ocupa, pela chefia de Silvio, na sua relação entre trabalhador e chefia: *“Eu não era chefe. Ele era cria minha... Só isso”.*

Os trabalhadores, Silvio e Ribeiro, deixaram lembranças saudosas, confirmadas nas emoções de cada entrevistado, a despeito de conhecerem sua dependência ao álcool. Sobretudo pelos resultados de sua atuação no trabalho, pelo alto valor técnico cuja ausência marcou na produção do departamento.

Nas histórias relatadas, observou-se, mais uma vez, como em outras histórias até aqui descritas, que embora o PAT/AL/DVST/UFRJ seja uma proposta institucional, não está instituído pelos canais de informações da Universidade, deixando de ter um aproveitamento melhor. Aqui foi relatado pelos entrevistados, com exceção de um, que não sabiam que a DVST tinha uma proposta de tratamento quanto à questão do alcoolismo, e muito menos que os trabalhadores frequentaram o PAT/AL/DVST/UFRJ.

Observou-se uma contradição entre as falas e o material de fontes escritas, pois ao se pesquisarem os dados, verifica-se que existem encaminhamentos das unidades de ambos os trabalhadores, o que se faria em problemas de alcoolismo.

Em nosso diário de campo, ressaltamos uma característica comum aos dois locais de trabalho de Silvio e Ribeiro: até chegarmos aos laboratórios, passamos pelos corredores e encontramos, em comum, esses espaços físicos sendo utilizados como depósitos de equipamentos que não cabem mais no interior dos laboratórios. Até mesmo, esses corredores servem de pequenos locais para se fazer as refeições. Logo, nos veio à cabeça a seguinte indagação: seriam tão normais assim essas condições de trabalho?

6.6. Violência como marco de sua história

Jorge 2 faleceu aos 46 anos de idade, em consequência de brigas e agressões em um bar próximo a sua casa.

A violência pessoal é considerada, neste trabalho, como ligada de forma essencial à violência urbana. Este é entendido como *“um processo que direta ou indiretamente causa sérios danos às pessoas, comprometendo temporária ou definitivamente suas vidas”* (KOWARICK & ANT, 1982:32). Não é, portanto, dada ênfase à individualização ou à culpabilização como uma *“conduta violenta”*.

Jorge 2 residia com uma companheira há 24 anos, com quem teve seis filhos, estando o mais velho com 21 anos. Em sua vida familiar, Jorge 2 apresentou, durante o período de

tratamento no PAT/AL/DVST/UFRJ, diversos episódios de atos de agressão física e psicológica a seus familiares, fato corroborado nos resultados da avaliação psicológica aplicada pelo PAT/AL/DVST/UFRJ:

“O trabalhador experimenta sentimentos de raiva intensos, expressando-os em algumas situações e exprimindo-os em outras, podendo manifestá-los através de comportamentos agressivos dirigidos a outras pessoas ou objetos do meio. Apresenta um temperamento explosivo. É freqüentemente impulsivo e sente-se extremamente injustiçado pelos outros. É também altamente sensível a críticas e avaliações negativas, tendo um baixo nível de controle de seus sentimentos”.

EDWARDS (1994:81) coloca que *“a bebida aumenta o risco de fatalidade e problemas sociais, e o maior consumo de álcool eleva ainda mais os riscos”*. Uma evidência no decorrer do processo de tratamento fora trazida pelo local de trabalho quando encaminhado ao PAT/AL/DVST/UFRJ, através da justificativa: *“O trabalhador veio à disposição por ter agredido e desrespeitado diversas pessoas na Escola de Enfermagem Anna Néri/UFRJ, após uso de bebida alcoólica, inclusive a Diretora”*.

E também pelo próprio trabalhador no âmbito familiar, quando em entrevista pelo Serviço Social:

“Sua filha de 15 anos, grávida de 2 meses . Sendo ele (o Jorge 2) o último a saber do fato. Após ter conhecimento, bebeu e agrediu a filha sendo detido na delegacia. Desde então, voltou a beber duas doses de cachaça. Relatou que, em um episódio ocorrido em 1996, foi acender um cigarro e provocou um incêndio que destruiu dois cômodos de sua casa”.

Durante o período em que Jorge 2 esteve em tratamento, notamos que, quando conseguia ficar em abstinência da bebida, defrontava-se com a tarefa sempre mais complicada de fazer o balanço entre o seu potencial de sofrimento e seu impulso na direção de beber. Bebia desde os 16 anos, tendo como bebida preferencial a cachaça.

Jorge 2 sempre relatava para a equipe do PAT/AL/DVST/UFRJ que não se encontrava satisfeito no trabalho, pois era contratado desde janeiro de 1989, como servente de obras, mas também exercia o cargo de bombeiro. Essa atitude organizacional de desvio de função,

considerada “normal” pela posição das chefias e da própria área de Recursos Humanos da UFRJ, que por diversas vezes no âmbito da Perícia em Saúde do Trabalhador ouvimos como queixa do trabalhador, prejudica, nesse caso, a própria organização. Fica aqui uma observação para que esse ponto seja objeto de discussão mais aprofundado na prática do Serviço de Perícia Médico-Social da UFRJ e do setor de Recursos Humanos para uma vigilância.

MACHADO (1997:37) afirma:

“uma intervenção em vigilância tem um potencial de superação das restrições técnicas das abordagens disciplinares. Os componentes tecnológicos, epidemiológicos e sociais, dessa ação interdisciplinar, atuam como mediadores, da relação entre processo de trabalho e saúde...”.

Componentes sociais, como a situação econômica, organização e consciência dos trabalhadores, fazem parte da análise do processo de trabalho, tão fortemente quanto as avaliações de risco e do tipo de tecnologia utilizada em determinado processo de produção. Estes se configuram como os principais componentes tecnológicos, por sua vez, no entendimento das condições de saúde e dos próprios indicadores que serão utilizados para sua avaliação. A relação entre processo de trabalho e saúde é essencial para a construção de ações de intervenção, bem como para a avaliação dos resultados das intervenções visando à saúde dos trabalhadores.

Contudo, ao realizarmos entrevistas com a chefia e com mais dois colegas de trabalho de Jorge 2, verificamos que a existência do PAT/AL/DVST/UFRJ, para atender aos trabalhadores acometidos de alcoolismo, não chegou ao conhecimento deles. Compreendem, no entanto, que o alcoolismo é algo sério que interfere tanto na vida do trabalho como na família.

“O alcoolismo deixa a pessoa sem discernimento do trabalho. Interfere na metodologia do trabalho, e acaba prejudicando tanto o funcionário como os seus companheiros do dia-a-dia. As pessoas que acabam convivendo com o alcoolista, tentando ajudar de alguma forma, às vezes não conseguem; até por não terem conhecimento, o que atrapalha bastante” (chefia).

Tanto a chefia como um colega de trabalho sabiam que Jorge 2 freqüentava o tratamento de alcoolismo na UFRJ, mas que muitas vezes faltava, mesmo sendo liberado das

atividades que exercia em seu ambiente de trabalho na UFRJ. Entretanto, ao indagarmos como era o relacionamento do trabalhador Jorge 2 no ambiente de trabalho, ficou assim visto pela chefia:

“Sem problemas fora às vezes quando ele chegava alcoolizado, mas nunca deu alteração do serviço. Nunca fez nada que desabonasse ele... Quando ele chegava embriagado, não era dada nenhuma tarefa para não prejudicar a ele”. (Chefia)

Já, pelo colega de trabalho, Ismael, pedreiro, o relacionamento de Jorge 2 com sua chefia se estabelecia da seguinte forma: *“Acredito que não era muito bom, porque às vezes o chefe ia reclamar de alguma coisa, e ele podia estar naqueles dias, ficava, às vezes, muito agressivo”*. O outro colega de trabalho, Alves, também pedreiro, procurou dar resposta quanto ao relacionamento de Jorge 2 com a chefia, sem detalhes, avaliando-o como normal.

Entretanto, Jorge 2, durante o processo de tratamento, sempre trouxe queixas desse relacionamento. Principalmente incompreensão, porque ganhava para ser servente de obras e trabalhava como bombeiro. Sua insatisfação de trabalhar na UFRJ era transparente.

Quanto ao relacionamento com colegas de trabalho, assim foi reproduzido pelos entrevistados:

“Sem problema nenhum. Só aquele modo de ele estar pegando no serviço quando estava alcoolizado. Medo dele fazer algo errado e ele ficava um pouco de fora. Cuidávamos da integridade dele”(chefia).

“Ele trabalhava regularmente. Tinha dia que era meio agressivo. Era uma pessoa razoável” (colega Ismael).

A dependência do álcool pelo trabalhador Jorge 2 era visível, tanto na família quanto no trabalho. Isso terminaria num processo de encurtamento de vida deste trabalhador.

O desempenho das tarefas do trabalho de Jorge 2 foi avaliado como razoável. Entretanto, segundo depoimento da chefia, quando chegava alcoolizado *“não tinha condições de fazer nada”*.

A insatisfação do Jorge 2 com a UFRJ assim ficou definida pela chefia: *“Parecia que não estava satisfeito. Mas, todos os outros também não estão”*. Da mesma forma posicionaram-se os colegas de trabalho.

A perda do trabalhador Jorge 2, com sua morte, se fez presente de diferentes maneiras. Se ela não pode ser evitada, por diversas situações, como a dependência crônica do álcool, desestruturação familiar, insatisfação no trabalho, agressividade como fator marcante no comportamento social, pelo menos, assim foi interpretada por seus colegas de trabalho: a perda de uma vida pelo alcoolismo, através da violência, em consequência de uma briga na porta de um bar.

Sobre Jorge 2, concluímos que quando o setor de saúde se aproxima da questão da violência,

“não pode torná-lo como um objeto próprio. Pelo contrário, a violência é um problema da sociedade, que desde a modernidade o tem tratado no âmbito da justiça, da segurança pública, e também como objeto de movimentos sociais. No entanto, dois fatores motivos tornam o assunto preocupação da área de saúde, tudo o que significa agravo e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais, e à qualidade da existência, faz parte do universo da Saúde Pública. Em segundo lugar, a violência, num sentido mais restrito, afeta a saúde e freqüentemente produz a morte” (MINAYO, 1999:234).

6.7. Conseqüências físicas do alcoolismo

Como indicado em seção anterior, com base na literatura especializada, evidencia-se um enfoque crescente de mortalidade associada ao consumo de bebida alcoólica, a partir de dados empíricos disponíveis. Um exemplo clássico encontra-se em acontecimentos externos, como, por exemplo, acidentes ou prisões por se dirigir sob a ação do álcool. Uma outra atribuição seria o diagnóstico de cirrose alcoólica, dependência do álcool ou morte coronária súbita, apesar de a evidência ainda ser insuficiente para determinar uma relação de dose-resposta (EDWARDS, 1994).

Juliano, natural do Amazonas, trabalhador da UFRJ, com cargo de mecânico de área, morreu aos 50 anos de idade, conforme relatado por familiares através de telefonema, de cirrose hepática, broncopneumonia e parada cardíaca.

Obter as informações da causa do óbito de Juliano junto aos seus familiares nos trouxe alguns momentos de dificuldade, pela resistência por parte deles, uma vez terem seguido as exigências administrativas para a comunicação do óbito ao setor de benefícios da UFRJ. Entretanto, ao explicarmos os motivos de nossa pesquisa e o desaparecimento da documentação na própria UFRJ, prontificaram-se a nos fornecer os dados necessários.

Juliano ingressou na UFRJ em 2 de agosto de 1967, na Divisão de Transportes, onde permaneceu até sua morte. Bebia desde os 12 anos de idade, tendo preferência por cerveja e cachaça. Iniciou sua trajetória de pedidos de licenças médicas na DVST em fevereiro de 1978, com queixas que poderiam ser associadas à dependência do álcool, como: cefaléia, passando mal do estômago, feridas pelo corpo, quedas de diversos tipos, tonturas, náuseas, desmaios, internações em hospitais públicos. Em setembro de 1993, foi identificado pelo psiquiatra, perito da DVST, como:

”Alcoólatra desde a infância. Ingere uma garrafa de aguardente por dia (sic), já fez tratamento ambulatorial no Hospital Pedro Ernesto, mas interrompeu. Nunca foi internado por causa do alcoolismo (sic). Tem 46 anos de idade, 26 de serviço, é solteiro e mora com a mãe...”

Neste momento, reiniciou o tratamento no Hospital Pedro Ernesto e A.A. (Alcoólicos Anônimos), pois a UFRJ só tinha como proposta o encaminhamento a outras instituições. Mesmo com a possibilidade de se tratar, interrompeu o tratamento dois meses após a primeira consulta direcionada à recuperação do abuso do álcool.

Após identificação do alcoolismo, pelo serviço de Perícia Médico-Social da UFRJ, apresentou outros diagnósticos subseqüentes, como: tuberculose, escaras, crises convulsivas, epilepsia e depressão.

Em fevereiro de 1995, foi pela primeira vez encaminhado pela Divisão de Transportes da UFRJ para avaliação médico-social à DVST, com a seguinte justificativa: *”Na sexta-feira, dia 17 de fevereiro de 1995, estava totalmente embriagado, rebelde e agressivo, voltou o que era antes, alcoólatra... encaminhado para o Hospital Universitário e fugiu do mesmo”*.

A DVST procurou atendimento no Programa de Saúde Mental, que se encontrava em implantação em parceria com o Instituto de Psiquiatria da UFRJ, com a seguinte observação, dada pelo Serviço Social, em 21 de fevereiro de 1995: *”... sempre bebendo durante o expediente...”*. Ao ser atendido pela médica psiquiátrica, no dia seguinte, confirmou o uso

abusivo e dependência do álcool, com os seguintes sintomas de comprometimento físico pelo álcool:

“tremores matinais, dormência nas pernas, lesões visuais”.
Chegando a seguinte avaliação: *“Trabalhador alcoólatra. Necessita de tratamento e referiu que deseja se tratar. No momento não apresenta alterações psicopatológicas que comprometam o desempenho de suas atividades laborativas... Conduta: Retorno para encaminhamento em dois de março de 1995. Orientações verbais.”*

Quinze dias depois, a mesma médica relata: *“Eu não havia visto que o trabalhador tinha sido encaminhado pela chefia com a justificativa de que era alcoólatra”.*

A partir de então, foi encaminhado para tratamento no Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Com a implantação do Centro de Estudos Prevenção e Reabilitação do Alcoolismo (CEPRAL), no Instituto de Neurologia Deolindo Couto, da UFRJ, passou também a ser paciente deste serviço.

Em 25 de março de 1996, voltou a ser atendido pelo CEPRAL, pois estava ingerindo seis garrafas de cerveja e quatro doses de cachaça diariamente. *“Bebe a partir do horário de almoço”.*

Durante o ano de 1996, é constatado através deste estudo que o trabalhador Juliano teve acompanhamento pelo Instituto de Psiquiatria, Instituto de Neurologia e Divisão de Saúde do Trabalhador da UFRJ de forma sistemática, bem como seus familiares. Entretanto, o grau de dependência era tão crônico, que pouco permitiu sua recuperação, e acabou ficando afastado do trabalho durante 665 dias. Faleceu em fevereiro de 1997. A partir de então, procuramos os trabalhadores do ambiente de trabalho, que pudessem reconstituir a vida de trabalho de Juliano. A narrativa desses sujeitos testemunha a história de Juliano.

Sobre como a bebida alcoólica leva ao adoecimento, falaram conforme o entendimento: 3 colegas de trabalho e a chefia,

“A minha consideração vem em diversos sistemas; desde os maus companheiros e até mesmo os problemas particulares, como também o sistema psíquico. A pessoa acha que isso vai leva-lo a algum lugar. E, se ele não tiver um lugar seguro, a tendência é descambar para essa parte. Isso, a bebida, é coisa generalizada que

em tudo que é lugar você encontra. E, o maior fator no Campus Universitário, é que em qualquer lugar você encontra venda de bebida. Mesmo depois do decreto do reitor proibindo a venda, continuam vendendo”.

Apenas uma colega de trabalho conhecia a proposta e não sabia como funcionava o PAT/AL/DVST/UFRJ e nem que Juliano freqüentava o tratamento na UFRJ. Nas relações diárias de Juliano no local de trabalho, assim percebiam, o seu relacionamento com a chefia:

“Todos gostavam dele. Ele sabia mesmo fazer o trabalho dele legal” (colega da área mecânica).

“A chefia é aquela coisa, precisa da participação dele no trabalho. O que a chefia podia fazer foi isso, encaminha-lo para o tratamento. Agora, isso não adianta. Acho que a chefia devia detectar esse tipo de problema” (colega da área administrativa).

“Era muito bom, porque apesar da proibição, eu não proibia, apenas chamava atenção, e encaminhava para o tratamento. Mas acontece que a garagem não tinha só ele. Tinha outros problemas... meu desentendimento foi com a chefia em cima, porque eles não entendiam que eu fazia parte de um sistema, até de recuperação, porque a minha proibição era exatamente nesse sentido. Era, proteger o usuário, o trabalho e proteger nós próprios ali dentro, porque bebida não se dá bem com mecânica... a minha parte eu fiz, mas fui taxado como ditador” (chefia).

No relacionamento com os colegas de trabalho, foram unânimes em considerar Juliano como um ótimo companheiro de trabalho:

“Juliano passou a jogar futebol. Nós temos um troféu na garagem. Fomos campeões. Não havia cachaça nesta época. Mas, na sexta-feira, tinha churrasco com cerveja. Mas, nós víamos que o pessoal estava todo recuperado” (chefia).

Juliano demonstrava que tinha satisfação em trabalhar na UFRJ, bom relacionamento com todos os colegas de trabalho através do tempo que esteve no convívio da Universidade. Entretanto, segundo CHANLAT (1996:31):

“O tempo remete aos ritmos biológicos, psicológicos e sociais que marcam nossas atividades individuais e coletivas... Toda e qualquer coletividade de memória de um passado, tem um presente, terá um futuro e insere, ou não, suas atividades em um ciclo. Mas o tempo de uns não é o mesmo tempo de outros, pois é função da sociedade na qual se vive”.

Assim, destacamos na fala da chefia:

“A chefia era punitiva e não preventiva. A chefia devia mandar semestralmente uma característica de todos os seus funcionários, seu comportamento, e o que ele está fazendo. Não adianta mandar para um tratamento uma pessoa que não tem mais jeito. Precisa-se de um trabalho preventivo”.

Segundo LEYDESDORFF (2000:79):

“A história da experiência é também um ato de imaginação e negociação criativa. A história da experiência é também um ato de imaginação e negociação criativa. Estes relatos transformam o passado em presente e a memória em realidade”.

Nesse sentido, a partir de uma das nossas fontes, a oral – instrumento privilegiado para recompormos e compreendermos o processo social – que comporta a vivência das pessoas, com os aspectos objetivos e subjetivos da história de vida no trabalho, concordamos com o que diz MENDES (1999, :156-157):

“A história de vida como tem-se constituído um dos melhores métodos para se estudarem determinados assuntos – como processos de socialização, emergência de grupos, estruturas organizacionais, nascimento e declínio de certas relações sociais -, como também para se revelarem questões intangíveis relativas aos fatos sociais que ficam descartados da visão oficial dos setores dominantes”.

“Sentir e avaliar a história oral é estar com a qualidade do escutar. Esta qualidade exige níveis de diálogo e interação, para entender complexas transformações sociais, e para nos entender uns aos outros” (FRISCH, 2000:56).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por tudo o que foi apresentado, cabe agora reforçar que o alcoolismo não deve ser tratado apenas a nível individual, mas no coletivo com ações em Saúde do Trabalhador numa visão preventiva da Saúde Coletiva.

Neste trabalho, buscamos conhecer o contexto das mortes dos trabalhadores da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que estiveram em contato com o Programa de Atendimento ao Trabalhador Alcoolista da DVST/UFRJ, no período de 1995 a 1999. Conseguimos pesquisar oito casos em um universo de dez óbitos.

A idéia central que nos conduziu era a de buscar elementos para trazer a tona, o que estava obscuro no mosaico formado pelo alcoolismo, trabalho e violência. O estudo foi feito a partir do PAT/AL/DVST/UFRJ, que, em certa medida, mantinha aqueles elementos de invisibilidade nas histórias dos trabalhadores que freqüentaram o programa.

Como estratégia inicial foi demarcado através do período em que estiveram vinculados a UFRJ, a singularidade de cada trabalhador. Foram enfocados os aspectos, processos, relações pessoais de trabalho de forma interconectada. Por isso valorizamos os sentimentos que o óbito deixou entre os colegas, chefias e, quando possível, das anotações em prontuário de perícia médico-social, da pasta funcional e de seus familiares.

Passando da singularidade ao grupo, nos apoiamos naquilo que tinham em comum: a experiência do alcoolismo, e por terem sido vinculados ao programa de Atendimento ao Trabalhador Alcoolista da UFRJ como uma última alternativa de vida, antes da morte, se pudessemos dizer assim, da proposta de recuperação da dependência ao álcool.

A autora deste trabalho é parte aparente do programa e viveu, pessoalmente, muito daquilo que foi discutido aqui. Por isso algumas vezes, o texto peca pouca argumentação ao privilegiar uma narrativa linear da vida vivida na instituição (UFRJ) e no programa (PAT/AL).

Com este trabalho levantamos considerações que nos remetem para reflexões sobre as temáticas da violência, saúde do trabalhador e com destaque a prevenção.

As formas de expressões da violência urbana criam mecanismos perversos na vida dos trabalhadores na estreita inter-relação com a dependência do álcool, facilitando a possível exclusão do trabalhador alcoolista quando em situação avançada das conseqüências trazidas aos longos dos anos frente aos problemas relacionados com a droga lícita (álcool), tornando-o indesejável ao corpo do trabalho, onde quer que esteja desenvolvendo suas habilidades profissionais, devido trazer transtornos à produtividade afetando os resultados coletivos.

Percebemos em nossa pesquisa, que o trabalhador alcoolista é estigmatizado muitas vezes, dificultando as possibilidades de recuperação para a retomada de sua adaptação social ao trabalho. Portanto, um aspecto indicado para desenvolvimento na organização da Universidade Federal do Rio de Janeiro, para melhor dimensionamento da compreensão da doença alcoolismo.

Há necessidade de se rever na UFRJ, que qualquer trabalhador diagnosticado como alcoolista e que tenha a necessidade para o tratamento de se efetivar o afastamento da atividade laborativa, por não mais atender as necessidades de sua equipe, seja abordado através de seus direitos e deveres como trabalhador. Ou seja, deixar o olhar paternalista da chefia, dos colegas de trabalho e da própria organização como substitutivo da real responsabilidade do trabalho, onde o compartilhamento do significado do trabalho é um resultado final de todos.

Um primeiro destaque é dado aos procedimentos internos da UFRJ, quando um trabalhador após analisado pericialmente do ponto de vista da conceituação em Saúde do Trabalhador, seja atendido o diagnóstico final quando indicado para uma nova função, devido não mais poder exercer aquela para a qual foi qualificado, por limitações que a própria doença traz. Para isso, priorizamos, a capacitação desse trabalhador e o reconhecimento oficial de um novo cargo a ser desenvolvido por este trabalhador. Assim, compreendemos que as normas administrativas para a mudança de função devam ser cumpridas, evitando que o trabalhador alcoolista fique a margem de um modelo formal, e o que pode prejudicar as possibilidades de sua recuperação. Aqui, traduzimos, por não haver legalidade do reconhecimento de um novo cargo, devido uma nova função, fica o trabalhador com rótulo anterior de suas atribuições, uma vez que realmente não se pode por questões administrativas muda-lo de cargo, conforme orientação pericial.

Um segundo destaque, apontamos no âmbito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, a necessidade que seja traçada, implantada, desenvolvida e avaliada, através de um processo de educação e saúde uma Política prevencionista de problemas relacionados às drogas. A pesquisa apontou que a falta de comunicação sobre as propostas do Programa de Atendimento ao Trabalhador Alcoolista vem interferindo, prejudicando os resultados em termos da recuperação do trabalhador alcoolista. Outro ponto que destacamos, é que o programa ora apresentado, não é de domínio do conhecimento interno da comunidade funcional da UFRJ de como é feita a recepção, o tratamento e o acompanhamento dos trabalhadores que utilizam a proposta. Consideramos que tal posicionamento, dificulta uma melhor utilização da proposta.

Um terceiro destaque, percebe-se no discurso de Recursos Humanos da UFRJ, a idéia de que a chefia do Departamento Pessoal de cada unidade da universidade é quem tem de dar conta de uma gama de situações que acontecem no dia-a-dia das relações de trabalho; deixando, portanto de ter uma visão mais generalista e estratégica de Recursos Humanos. Os resultados da pesquisa indicam que os problemas relacionados as drogas, devem caber a Divisão de Saúde do Trabalhador, que atua com propostas pró-ativa e estratégicas, visando uma melhor qualidade de vida no ambiente de trabalho.

Assim, no transcorrer desse estudo, verificamos que para se interferir nesse quadro de saúde, adoecimento e morte dos trabalhadores alcoolistas da UFRJ, muito mais que uma proposta de Programa de Atendimento ao Trabalhador Alcoolista necessita ser desenvolvida. É necessário traçar e desenvolver uma política de trabalho de prevenção em problemas relacionados às drogas na área geográfica interna que compõe a organização UFRJ, para que possamos dar informações que levem a compreensão e participação dos trabalhadores.

A informação sobre a questão dos problemas relacionados às drogas deve ser passada de forma a que venha ser imbuída como informação significativa de aprendizagem, e que não seja o trabalhador alcoolista tratado como um dado quantitativo nas estatísticas.

A implantação de um trabalho de prevenção de problemas relacionados às drogas como política definida pelos gerentes da universidade e pela participação dos trabalhadores da UFRJ, deve pautar-se da compreensão por todos os trabalhadores que compõe a organização UFRJ do que significa essa doença tão ainda estigmatizante: o

alcoolismo. Ressaltamos, que o modelo sugerido em gestão participativa, também tenha outros atores da sociedade.

Conforme WURMAN (1991:45) “ *a compreensão da diferença entre dados e aqueles que podem ajudar na compreensão e aumentar o conhecimento, entre informação como coisa e informação como significado, tornará você como processador de informação mais competente. Maior competência lhe darão mais confiança e mais controle, permitindo-lhe relaxar. Sentindo-se mais relaxado e menos culpado, você chegará a compreensão.*”

Quando tratamos de questões que dizem respeito à dependência química, uma área tão complexa é necessário a contribuição de especialistas na temática da comunidade funcional da UFRJ, bem como de toda a sociedade em geral, visando a alcançarmos melhor qualidade de vida entre os homens.

Mortes de trabalhadores dependentes químicos ocorrem todos os dias, mas devemos refletir sobre a dor da perda, tanto para os familiares, como para o trabalho e para a sociedade, de vidas que seriam produtivas. A morte foi um ponto de partida para este estudo, que traduz a necessidade de prevenção às drogas no trabalho para a continuidade de vidas produtivas.

O sofrimento desses trabalhadores alcoolistas da UFRJ não pode ser esquecido rapidamente. Essa memória pode ser transformada na implantação urgente de uma política de prevenção e promoção à saúde com a linguagem holística de Saúde do Trabalhador na Universidade Federal do Rio de Janeiro, uma vez possuir em suas graduações todas as ciências necessárias ao desenvolvimento dessa temática. Percebemos, que além de estarmos contribuindo para um novo olhar interno à organização, estaremos também realizando um trabalho preventivo ao lado da academia, utilizando os recursos humanos dos alunos e trabalhadores, visando uma sociedade mais realística sobre a dependência química.

Sob esse prisma, esperamos que uma política relacionada às drogas seja institucionalizada na Universidade Federal do Rio de Janeiro, conforme descreve SENGE (1998:106) : “ *O compartilhamento de conhecimento ocorre quando as pessoas estão genuinamente interessadas em ajudar uma às outras a desenvolver novas capacitações para a ação; compartilhar conhecimentos é criar processos de aprendizagem.*”

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, R. *Adeus ao Trabalho: ensaio sobre a metamorfose e a centralidade do mundo do trabalho*. 6ª edição, São Paulo, ed. Cortez, 1999.

BINDER, M. C. P, WLUDARSKI, S. L. & ALMEIDA, J. M., 2001. *Estudo da evolução dos acidentes do trabalho registrados pela Previdência Social no período de 1995 a 1999, em Botucatu, São Paulo*. Cadernos de Saúde Pública, 4 (vol 17: 915-924).

BOOG G. G. *Manual de Treinamento e Desenvolvimento*. ABTD. São Paulo, Ed, Makron Books, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Normas e Procedimentos na abordagem do alcoolismo*. 2 ed. Brasília, 1994.

BRITO, J.C. & FIRPO, M. *Processo de Trabalho, riscos e cargas à Saúde*. Apostila desenvolvida para o curso de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, setembro, 1991.

CASTILHO, J. & VILLENA. J. *Ergonomia: Conceitos X Métodos*. Madri, Editorial Complutense S.A., 1998.

CASTRO & DIAS. *Introdução ao Pensamento Sociológico*. Rio de Janeiro, Ed. Eldorado, 1987, p.247.

CESTEH/ENSP, *Política Nacional de Saúde do Trabalhador: Análises e Perspectivas*, Mimeo, Rio de Janeiro, 1986.

CHANLAT, J.F. *Por uma Antropologia da condição humana nas Organizações. O indivíduo na Organização – Dimensões Esquecidas*. São Paulo, Editora Atlas, 1996.

COCCO, G. *Trabalho e Cidadania: produção e direitos na era da globalização*. São Paulo. Cortez Editora, 2000.

CORDEIRO, R. & DONALISIO, M. R., 2001. *Homicídios masculinos na região metropolitana de São Paulo entre 1979 e 1998: Uma abordagem pictórica*. Cadernos de Saúde Pública, 3 (vol 17): 669-647.

DA MATTA, R. *A Casa e a Rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora Rocco, 5ª edição, 1997.

DEJOURS, C. *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejourviana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. In: SELIGMANN-SILVA, E. *Da Psicopatologia à Psicodinâmica do trabalho: marcas de um percurso*. São Paulo, Ed. Atlas, 1994.

FERNANDES, E. *Qualidade de vida no Trabalho: como medir para melhorar*. Bahia, Casa da Qualidade Editora LTDA., 1996.

FERREIRA, P. P. *Administração de Pessoal: relações industriais*. J. ed. rev. e ampliada. São Paulo, Ed. Atlas, 1979.

FLEURY, A C. & VARGAS, N. *Aspectos Conceituais da organização do Trabalho. A obra de Taylor e Administração científica do Trabalho e a obra de Ford e a Linha de Montagem, em A Organização do Trabalho*. São Paulo, Editora Athus, 1983.

FRISH, M.H. *A Desindustrialização vista de baixo para cima e de dentro para fora: O desafio de se retratar a classe trabalhadora em palavras e imagens*. In: Ferreira, M (org). *História Oral: desafios para o século XXI*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz/Casa Oswaldo Cruz/ CPDOC – Fundação Getúlio Vargas, 2000 (167-177).

GARCIA, S.I. *Implicações Psicossociais do Uso de Drogas*. Dissertação de Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1996.

GIBSON, R. *Repousando o Futuro*. In: SENGE, P. *Pelo Buraco a Agulha*. São Paulo, Makron Books, 1998.

GOMES, C. M., ARRUDA, M. *A articulação Trabalho – Educação visando uma Democracia Integral. Trabalho e Conhecimento: Dilemas na educação do trabalhador*. São Paulo, Cortez editora/ autores associados. 1987 (61-74).

GORDON & MARLATT (1993). *Prevenção da Recaída: Estratégia e Manutenção no tratamento de comportamento adictivos*. Porto Alegre. Artes Médicas Sul.

GRIFFITH, E. A. *A Política do álcool e o bem comum*. Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1998.

HARVEY, D. *Do Fordismo à acumulação Flexível, em condição Pós-Moderna*. São Paulo, Edições Loyola, 1994.

INTERNET. http://www.sr4.ufrj/organograma_sr4.html. Arquivo consultado em 2000.

- LACAZ, F. A. C. *Saúde dos Trabalhadores: Cenário e desafios*. Cadernos de Saúde Pública, v. 13, p. 7-19, Rio de Janeiro, Ed. Suplementos, 1997.
- LATOUR, B & WOOLGAR, S. *A vida de Laboratório – a produção dos fatos Científicos.*, Rio de Janeiro, Editora Relume Dumará, 1997.
- LAURELL, A.C. *Processo de Trabalho e Saúde*. Revista Saúde em Debate, n. 11, p. 8-28, 1981.
- LEYDESDORFF, S. *Desafios do Transculturalismo. História oral: Desafios para o século XXI*. Editora FIOCRUZ/Casa Oswaldo Cruz/CPDOC – Fundação Getúlio Vargas, 2000.
- LIMA, J.M.B. *Alcoolismo, Saúde do Trabalhador e a Universidade*. Rev. Bras. Neurologia, 33, 1995 (p. 149-150).
- LUR, R. *Clima Organizacional*. Rio de Janeiro, Ed. Qualitymark, 1995.
- _____. *Da necessidade de uma nova Abordagem – Parte II*. Rev. Brasileira de Neurologia, 33, 171-172.
- MACHADO, J.M.H. *Processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador*. Cadernos de Saúde Pública, 13 (sup 2), p. 33-45, Rio de Janeiro, 1997.
- MACHADO, J. M. H. & MINAYO – GOMEZ, C. *Acidentes de Trabalho: concepções e Dados*. In: Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80 (M.C.S: Minayo, org.), São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995.
- MALLETA, R. V. & RAMOS, T. *O Serviço Social frente às relações de trabalho com o alcoolismo no Sistema Organizacional*. Parte 2, Revista Brasileira de Neurologia, p. 32, 183-185, 1996.
- MALLETA, R. V. & RAMOS, T. *Uma Nova Abordagem do Serviço Social do Alcoolismo*. Parte 1, Revista Brasileira de Neurologia, Rio de Janeiro 32 (4): 149-153, 1996.
- MARX, K. *O Capital – Crítica da Economia Política*. Rio de Janeiro, Editora Civilização Brasileira, 1971.
- MARX, K. *O Capital, livro I*. São Paulo, Editora Abril Cultural, 1983.
- MENDES, J. M. C. *O Verso e Anverso de uma história: o acidente e a morte no trabalho*. Tese de doutorado do Programa de Estudos Pós-graduados em Serviço Social. Puc/SP, 1999 (293. p).

- MENDES, R. *Patologia do Trabalho*. In: SELIGMANN-SILVA, E. *Psicopatologia e Psicodinâmica no Trabalho*. Rio de Janeiro, Ed. Atheneu, 1995.
- MENDES, R & DIAS, E. C. *Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador*. São Paulo, Revista de Saúde Pública, 1991.
- MINTZBERG, H. *Criando Organizações Eficazes: estruturas em cinco configurações*. São Paulo, Ed. Atlas, 1995.
- MORGAN, G. *Imagens da organização*. São Paulo, Ed. Atlas, 1996.
- MOTA, A E. (org). *A nova Fábrica de consensos: Ensaio sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas do Serviço Social*. São Paulo, Editora Cortez, 1998.
- MINAYO, M.C.S. (Coord.) *Bibliografia Comentada da Produção Científica Brasileira sobre Violência e Saúde*. Rio de Janeiro, 1990.
- MINAYO, M. C. S. *Os Muitos Brasis*. Saúde e população na década de 80. Rio de Janeiro, Editora HUCITEC – ABRASCO, 1995.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. Rio de Janeiro, Editora HUCITEC – ABRASCO, 6ª edição, 1999.
- MINAYO, M.C.S. & SOUZA, E.R. *É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da Saúde Pública*. Caderno de Saúde Coletiva, 4, 1999.
- MINAYO - GOMEZ, C. & THEDIM – COSTA. *A Construção do campo da Saúde do Trabalhador: percurso e dilemas*. Cadernos de Saúde Pública, v. 13, p. 21-32, Rio de Janeiro, ed. Suplemento, 1997.
- NOGUEIRA, R. P. *Perspectivas da Qualidade em Saúde*. Qualitymark editora, Rio de Janeiro, 1994.
- PONTES, B.R. *Administração de Cargos e Salários*. Editora LTR, 6ª edição, São Paulo, 1996.
- RAMOS, T. & OLIVEIRA, V. G. *Levantamento das principais causas de Aposentadorias e Licenças Médicas na UFRJ*. Divisão de Saúde do Trabalhador – Sr4 (mimeo), 1995.
- SENGE, P. M (1990). *A Quinta disciplina: Arte, teoria e prática da organização de aprendizagem*. São Paulo: Ed. Best Seller.

SEVERINO, A. J. *Metodologia do Trabalho Científico*. Editora Cortez, 20ª edição, rev. e ampl. , São Paulo, 1996.

TAKASHIMA, G. M. K. *O Desafio da Política de Atendimento à família: dar vida às leis – uma questão de postura*. In: KALOUSTIAN, S. M. (org). *Família brasileira, a base de tudo*. São Paulo, Cortez, Brasília: UNICEF, 1994 (77-92).

THOMSON, A. *Aos cinquenta anos: Uma perspectiva internacional da história oral*. In: FERREIRA, M (org). *História Oral: desafios para o século XXI*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz/Casa Oswaldo Cruz/ CP DOX – Fundação Getúlio Vargas, 2000 (47-65).

UFRJ. *Regime Jurídico Único: dispõe sobre o regime jurídico único dos servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais*. UFRJ/SR-4, 1991.

VAISSMAN, M. *Alcoolismo como Problema de saúde no Trabalho: Avaliação de um Programa de Tratamento para Funcionários de Uma Universidade*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências da Saúde/Instituto de Psiquiatria, 1998.


VERGARA, S.C. *Gestão de Pessoas*. Editora Atlas, São Paulo, 1999.

WURMAN, R.S. *Como transformar informação em compreensão*. Cultura Editores Associados, ao Paulo, 1991.


9. ANEXOS

Anexo 1 – Organograma da Sr4

- 📁 Sub-Reitoria de Pessoal e Serviços Gerais
- └─ 📁 Consultoria Jurídica
- └─ 📁 Assessoria da Superintendência
 - Superintendência de Planejamento de Desenvolvimento
 - └─ 📁 de Pessoal
- └─ 📁 Creche Universitária
- └─ 📁 Divisão de Saúde do Trabalhador
- └─ 📁 Divisão de Benefícios
- └─ 📁 Divisão de Recrutamento e Controle de Pessoal
 - Superintendência de Gestão e Controle de Sistemas de
 - └─ 📁 Pessoal
- └─ 📁 Secretaria da Superintendência
- └─ 📁 Secretaria de Controle Financeiro
- └─ 📁 Divisão de Remuneração de Pessoal
- └─ 📁 Divisão de Legislação

 Divisão de Apoio Gerencial

 Secretaria da SR-4

 Divisão de Comunicações

 Divisão Gráfica

Anexo 2 - Dados Coletados nas Declarações de Óbitos

Caso nº. _____ D.O.N.º _____

I- Identificação: Horário do óbito: _____ Município: _____

1- Nome: _____ Data do óbito: _____

2- Estado Civil:

 Solteiro () viúvo () desquitado () casado () Outro () ignorado ()

3- Sexo: masculino () feminino () 4- Nascimento: ___/___/___ 5- Idade: _____

6- Local de ocorrência:

 hospital () via pública () domiciliar () outro () ignorado ()

7- Ocupação: _____

8- Grau de instrução:

 analfabeto () alfabetizado () ensino fundamental () ensino médio () superior () ignorado ()

9- Recebem assistência médica:

 Sim () Não () ignorado ()

10- Médico que assina atendeu o falecido?

 Sim () Não ()

11- Causa da morte:

 a) _____

 b) _____

 c) _____

12- Outros estados patológicos: _____

13- Testemunha foi membro familiar:

 identificado () não identificado ()

14- CID _____

15- Prováveis circunstâncias de morte:

 homicídio () acidente () suicídio () situação clínica ()

16- Cemitério: _____

17- Cartório: _____

18- Na descrição do motivo do falecimento constava alguma coisa correlacionando com a ingestão de bebida alcoólica?

 Sim () Não ()

Anexo 3 – Entrevista com os Colegas de Trabalho

1. Você considera o alcoolismo como um fator de adoecimento para o trabalhador?
2. Você sabe como funciona o PAT/AL?
3. Você tinha conhecimento que o trabalhador falecido freqüentava o PAT/AL?
4. Como era a relação do servidor no local de trabalho com você? E com outros colegas?
E com a Chefia?
5. Você conhecia as atividades do servidor? Você pode descrevê-las?
6. Como era considerado o desempenho do servidor no seu trabalho?
7. Como você percebia o servidor quanto à satisfação de trabalhar na UFRJ?
8. Você considera que a UFRJ através de sua unidade atende as necessidades dos servidores quando estão tendo algum problema no ambiente de trabalho? Explique.
9. Como e quando você soube do falecimento do servidor?
10. Como você percebeu o falecimento do servidor?

Anexo 4- Entrevista com familiares:

1. Você considerava o trabalhador falecido adoecido de que? Explique os sintomas
2. Ele, o trabalhador, demonstrava estar preocupado com a sua saúde? Explique.
3. Você tinha conhecimento que ele procurou uma equipe de tratamento para as questões de seu adoecimento – alcoolismo em seu local de trabalho? Explique.
4. A que você atribui a dificuldade do servidor falecido não ter conseguido permanecer no Programa PAT/AL e tratar-se?
5. Como era sua relação afetiva com o servidor falecido?
6. Como era a relação do servidor falecido com seus vizinhos?
7. Ocorreu alguma vez, durante sua relação afetiva algum acidente em casa, devido o abuso da bebida (lesões, brigas, incêndio, quebra de pertences e outros)?
8. Como ele via o seu trabalho na UFRJ?
9. Descreva como ocorreu a morte do trabalhador.
10. Em que situação ficou a família com a morte do servidor?

Anexo 5- Termo de Consentimento Informado

Eu, _____ declaro para os devidos fins que concordo em ser entrevistado (a), para a pesquisa sobre alcoolismo/trabalho e família – “Alcoolismo, trabalho e violência. Um estudo a partir do Programa de atendimento ao Trabalhador da UFRJ”; desenvolvido pela Assistente Social Terezinha de Jesus e Almeida Ramos. Autorizo que lhe seja transcrita integralmente ou em partes, sem restrições de prazos e citações, a partir da presente data, ficando vinculado o controle das informações a profissional ora citada, que se encontra como pesquisadora do curso de Mestrado em Saúde, Trabalho e Ambiente do Trabalhador da Escola Nacional de Saúde Pública.

Fui informado (a) dos objetivos, metodologia de investigação proposta nessa pesquisa e, que os dados terão um caráter confidencial e só serão divulgados dados gerais dos participantes da pesquisa, sem identificação dos entrevistados ou observados.

Rio de Janeiro, _____

Entrevistado (a)