

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

**ÁLCOOL E TRABALHO:
Uma Experiência de Tratamento de
Trabalhadores de uma Universidade
Pública do Rio de Janeiro.**

KAREN CARVALHO DE CASTRO

Março de 2002

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

**ÁLCOOL E TRABALHO:
Uma Experiência de Tratamento de
Trabalhadores de uma Universidade
Pública do Rio de Janeiro.**

Mestranda: Karen Carvalho de Castro

Orientadora: Professora Doutora Marilena Cordeiro Dias Vilela Corrêa

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

Rio de Janeiro

março de

2002

ÁLCOOL E TRABALHO:

Uma Experiência de Tratamento de Trabalhadores de uma Universidade Pública do Rio de Janeiro.

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

Aprovada por:

Professora Doutora Marilena Cordeiro Dias Vilela Corrêa (orientadora)

Professor Doutor Jorge Machado

Professora Doutora Magda Vaissman

Castro, Karen

Título: **ÁLCOOL E TRABALHO: Uma Experiência de Tratamento de Trabalhadores de uma Universidade Pública do Rio de Janeiro.**

Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ/CESTHE, 2002

1. Alcoolismo 2. Saúde do Trabalhador 3. Terapia Cognitivo-comportamental

I- Dissertação de Mestrado em Saúde Pública

II- Sub-área: Saúde, Trabalho e Ambiente

Dedico este trabalho aos meus amados pais Januário e Ivane, pelo apoio, compreensão e estímulo aos meus projetos. Ao meu amor Morgan pela paciência e pela espera durante minha longa ausência.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Marilena Corrêa pelo apoio, orientação e estímulo.

Ao professor Doutor Bernard Rangé por me orientar no trabalho de TCC e mostrar que o mundo não é feito só de psicanálise.

À amiga Jane Martinez Campos pelo apoio psicológico, sempre minimizando as grandes dificuldades.

À amiga Francis Sodré pelo apoio técnico sempre testemunhando momentos difíceis deste trajeto e de outros.

Aos alunos do mestrado Saúde, Trabalho e Ambiente, turma 2000, que fizeram de nossas aulas e da internet um local mais divertido.

À Terezinha Ramos pelo apoio e cuidado maternal.

À professora Doutora Magda Vaissman pela sua tese de Doutorado, pelo seu conhecimento e sua alegria.

Ao professor Doutor José Mauro Brás de Lima e à enfermeira e diretora da Divisão de Saúde do Trabalhador da UFRJ, Alice Borges, que permitiram minha inclusão na DVST ainda como estagiária.

À equipe profissional da DVST sem os quais não seria possível a concretização deste trabalho.

Às minhas sobrinhas Raissa e Raiane por compreenderem, apesar da pouca idade, a importância deste trabalho.

Aos pacientes do grupo de TCC pela confiança que depositaram em mim como psicóloga e pesquisadora.

Ao professor Doutor Jorge Machado pela orientação e objetividade.

À CAPES, enquanto bolsista de mestrado, o que possibilitou minha dedicação integral ao projeto.

À psiquiatra Alice Lacerda, às psicólogas Margarete de Pinho, Mônica Barboza e à assistente social Sheila Matos pelo apoio e compreensão da importância deste trabalho, e pelas reuniões semanais de quarta-feira, ensinando-me novas perspectivas em minha vida profissional.

RESUMO:

CASTRO, Karen. *ÁLCOOL E TRABALHO: Uma Experiência de Tratamento de Trabalhadores de uma Universidade Pública do Rio de Janeiro*. Orientadora Prof. Marilena Cordeiro Dias Vilela Corrêa. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ/CESTHE, 2002. Dissertação de Mestrado

O alcoolismo é mundialmente considerado um problema de saúde pública, sendo a terceira causa de absenteísmo no trabalho e a oitava causa para a concessão de auxílio-doença pela Previdência Social no Brasil. Este estudo consiste na discussão e análise do discurso de 23 trabalhadores indicados a participar do Grupo de Tratamento em Terapia cognitivo-comportamental, do Programa de Apoio ao Trabalhador Alcoolista, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Para orientar nossa discussão, temos como tema Alcoolismo e Trabalho, e o processo e organização do trabalho, tanto como categoria explicativa para as recaídas, quanto para as abstinências. Utilizamos como referência: a abordagem da Saúde do Trabalhador, seu olhar sobre a relação do processo de trabalho com o processo saúde-doença e do trabalho como organizador da vida social; o conceito de saúde para Canguilhem; a análise de Dejour da Psicodinâmica do Trabalho e a definição da adição segundo o modelo cognitivo-comportamental.

Como fonte de dados, contou-se com depoimentos dos trabalhadores, através de entrevistas individuais e análise de prontuários. Tal estudo possibilitou que questões relevantes fossem assinaladas como: a importância da conscientização do trabalhador e de sua rede de apoio (família e ambiente de trabalho) para uma melhor aderência ao programa de tratamento; as interfaces do trabalho como local de apoio e recuperação mas também de pressão social para beber e fonte de estresse psíquico; a qualidade das relações de trabalho como razão prioritária de satisfação no local de trabalho; o papel do álcool no local de trabalho como socializador e relaxante.

ABSTRACT:

Alcoholism is worldwide considered a problem of public health. It is the third cause of absenteeism at work and the eighth cause of concession of sick pay for the Social welfare in Brazil.

This study consists of the discussion and analysis of the speech of 23 workers who were indicated to take part in the group of treatment in cognitive-behaviorist therapy, from the program that supports alcoholic workers, of The Federal University of Rio de Janeiro.

Guiding our discussion, we have as subject Alcoholism and Work, and the process and organization of work, not only as an explanation to relapses but also to abstinences. We had as reference: the approach to the worker's health, their point of view about the work-process and health-sickness relation and work as their social life organiser; the concept of health for Canguilhem; the Dejours' analysis of the Psychodynamic of Work; and the definition of the addiction according to model cognitive-behaviorist.

“Tudo neste mundo tem o seu tempo; cada coisa tem sua ocasião. Então entendi que nesta vida tudo o que a pessoa pode fazer é procurar ser feliz e viver o melhor que puder. Que todo homem coma e beba, e goze do bem de todo o seu trabalho Isso é um presente de Deus.”

ECLESIASTES 3: 1,12 e 13

SUMÁRIO

Agradecimentos	vi
Resumo	vii
Abstract	viii
Introdução	01
METODOLOGIA	04
CAPÍTULO I - SAÚDE E TRABALHO: NOVAS PERSPECTIVAS PARA A COMPREENSÃO DO ALCOOLISMO	
1.1. A Saúde do Trabalhador.....	07
1.2. Carga de Trabalho.....	08
1.3. Saúde e Normalidade.....	10
1.4. O Processo de Trabalho.....	11
1.5. A Psicodinâmica do Trabalho.....	13
1.6. Modelos Teóricos da Adição	18
1.6.1. Modelo de Doença	19
1.6.2. Modelo Cognitivo-comportamental	19
CAPÍTULO II - ALCOOLISMO E TRABALHO: UMA ABORDAGEM PSICOSSOCIAL	
2.1. O Grupo de Terapia Cognitivo-comportamental	25
2.2. Sessões de Terapia Cognitivo-comportamental	26
CAPÍTULO III - DISCUSSÃO	
Apresentação dos dados	47
3.1. Faixa Etária	44
3.2. Herança Genética.....	45

3.3. . Problemas de Saúde	47
3.4. Comorbidade	49
3.5. Álcool e Gênero	50
3.6. Religião.....	51
3.7. Situação Familiar	52
3.8. Função Exercida	54
3.9. Adesão ao Tratamento	57
3.10. Acidentes de Trabalho	59
3.11. Crenças com Relação ao Álcool	60
3.12. Recaídas e Lapsos	61
3.13. Trabalho e Recuperação	62
3.14. Consumo de Álcool no Local de Trabalho	62
3.15. O Papel da Chefia	64
3.16. Satisfação no Local de Trabalho	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS	
Anexo I: Critérios Diagnósticos Para Dependência de Substância	81
Anexo II: Roteiro de entrevista.....	83
Anexo III: Resumo de prontuários e entrevistas.....	84

INTRODUÇÃO

E' sabido que as substâncias psicoativas-químicas que afetam o sistema nervoso central, alterando os pensamentos e comportamentos, serviram para muitas funções individuais e sociais. No plano individual, proveram estimulação, alívio para estados emocionais adversos, alterando estados de consciência. No plano social, facilitaram rituais e cerimônias religiosas, e com o desenvolvimento dos psicofármacos, essas substâncias ganharam grande destaque, passando a constituir uma ferramenta médica fundamental. O álcool, por exemplo, vem sendo utilizado desde a era Paleolítica, e a civilização mesopotâmica forneceu as primeiras descrições clínicas de intoxicação e “cura por ressaca” (Marlatt & Gordon, 1993).

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde incluiu o alcoolismo propriamente dito como um item diferenciado da intoxicação alcoólica ou de psicoses alcoólicas, na Classificação Internacional de Doenças (CID). Atualmente, o alcoolismo encontra-se classificado pela CID, na sua 10^A revisão, no capítulo referente aos transtornos mentais e de comportamento.

Na concepção médico-psiquiátrica, a Síndrome de Dependência do Álcool instala-se lenta e insidiosamente ao longo de em média 15 anos de uso contínuo, diário ou quase, numa quantidade acima de 40 gramas de álcool absoluto por dia. Tipicamente, o alcoolista inicia sua carreira como bebedor social na idade jovem (em torno de 20 anos, em média). Ao redor da terceira década de vida evolui para a condição de bebedor pesado ou bebedor problema, quando apresenta conseqüências físicas e alta freqüência de problemas sociais, legais, conjugais, financeiros, psicológicos/psiquiátricos e ocupacionais, ligados ao álcool. Em torno da segunda metade da terceira década de vida, em alguns casos, e em outros a partir da quarta década, instala-se a Síndrome de Dependência Alcoólica (Laranjeiras & Nicastri, 1996 apud Vaissman, 1998).

O uso nocivo e a dependência de álcool são relacionados a problemas clínicos e psiquiátricos e o uso do álcool por pessoa acima de 40 anos de idade, independentemente da quantidade, está associado a um aumento da mortalidade. Verificou-se que na faixa etária entre 35 a 55 anos, os problemas relacionados ao consumo regular do álcool levam a problemas físicos, como o dano hepático e as mudanças psiconeurológicas (Fauske, 1997 apud Vaissman, 1998).

Em relação à origem da dependência química, encontram-se opiniões divergentes, porém admite-se atualmente a multicausalidade do alcoolismo e de outras drogas de abuso,

ou seja, há fatores de vulnerabilidade genética, biológica, psicológica e sócio-cultural, que interagem em diferentes graus, na determinação e na instalação do alcoolismo crônico.

O álcool é considerado a substância de abuso mais comum, tanto na perspectiva da saúde pública como, particularmente, na saúde do trabalhador (Normand et al., 1994). No Brasil, a Associação dos Estudos do Álcool e Outras Drogas estimou, em 1990, que o alcoolismo é o terceiro motivo de absenteísmo no trabalho, sendo a causa mais freqüente de aposentadorias precoces e acidentes de trabalho, e a oitava causa para a concessão de auxílio doença pela Previdência Social.

Fillmore (1984) refere que a aceitação do uso de drogas no local de trabalho mudou, como resultado da Revolução Industrial e do movimento em favor da abstinência e moderação do consumo de álcool. Ressalta que, apesar da desaprovação do trabalhador alcoolizado, especialmente por parte dos puritanos, beber no local de trabalho era considerado de certa forma um comportamento normal. Segundo o autor, a condenação do uso de drogas no local de trabalho é uma ação relativamente recente, tendo crescido nos últimos cem anos.

De acordo com Seligman e Silva (apud Vaissman, 1998) as ocupações que envolvem situações de risco mental, expressas pelo alcoolismo, estariam associadas sobretudo a atividades desprestigiadas socialmente com possibilidade de qualificação ou ascensão profissional restrita, envolvendo atos ou materiais considerados desagradáveis ou repugnantes. Outras pesquisas (Richman e cols., 1996) mostram, porém, que ocupações consideradas de alto *status* social, como a medicina, também desencadeiam um consumo maior de álcool, pelos seguintes motivos: um treinamento exaustivo, relações interpessoais e estressantes no trabalho. Sendo assim, fatores de risco ligados ao trabalho poderiam ser inerentes à especificidade da ocupação, às condições em que um determinado trabalho é efetuado, ao tipo de agentes estressores e como eles atuam física e psicologicamente no trabalhador. Por outro lado, as características e a vulnerabilidade daquela personalidade diante do ambiente de trabalho favorecerão ou não o consumo abusivo de álcool e drogas como forma de atenuar conflitos, tensões ou mesmo como uma estratégia de sociabilidade entre seus pares (Vaissman, 1998).

Dejours (1990) considera que o consumo de álcool possa, de alguma forma, ser promovido ao *status* de defesa coletiva, praticamente indissociável da profissão, contra outros sofrimentos que são difíceis de combater de outro modo. Aponta que o alcoolismo pode ser uma confrontação com a organização do trabalho por parte dos trabalhadores.

Diante deste quadro, perguntamos: como o processo de trabalho e sua organização influenciam o consumo de álcool/ou a retomada desse comportamento em trabalhadores alcoolistas?

O interesse pelo presente tema parte de experiência no atendimento de trabalhadores dependentes de álcool, de 1996 a 1999, na Divisão de Saúde do Trabalhador/UFRJ. O trabalho se mostrava presente em seus discursos, não sendo possível desconsiderá-lo e até mesmo não relacioná-lo ao uso da bebida. Considerando-se assim o trabalho como organizador da vida social, viu-se na prática este universo, onde a temática central era o tratamento do abuso/dependência do álcool. No entanto, os atores/trabalhadores traziam em seus discursos o dia-a-dia no trabalho. Nos fatores estressantes e frustrantes, o álcool atuava como relaxante; nas realizações, atuava muitas vezes como estimulador em situações comemorativas e positivas. Nas opções de lazer, em muitos casos, o consumo de álcool se apresenta como a única forma de lazer para estes indivíduos.

Tais trabalhadores, funcionários da UFRJ dependentes de álcool, participaram de um grupo de tratamento de base cognitivo-comportamental, abordagem que utiliza técnicas consideradas por inúmeros estudos efetivas no tratamento da dependência química (Feedberg e Johnson, 1978; Monti et al., 1981; Beck et cols., 1983; Marlatt e Gordon, 1993). Neste programa desenvolvido na DVST, grande ênfase foi dada aos fatores psicossociais, tanto na causa como na perpetuação e reabilitação da dependência química, sobretudo naqueles aspectos ligados à saúde do trabalhador. O fator trabalho foi considerado importante, tanto na identificação quanto no tratamento e sua reabilitação.

O objetivo geral deste trabalho foi discutir e analisar, através dos discursos dos trabalhadores alcoolistas que foram indicados a participar do Grupo de Tratamento em Terapia Cognitivo-comportamental da DVST/UFRJ, o processo e organização do trabalho, tanto como categoria explicativa para as recaídas, quanto para a manutenção da abstinência.

Como objetivo específico buscou-se analisar, através do discurso dos trabalhadores, suas condições de trabalho e sua visão da organização do trabalho; analisar os últimos episódios de lapso e recaída, verificando-se a relação com situações no trabalho e discutir de que forma um programa de tratamento pode se beneficiar das presentes análises.

METODOLOGIA

O Universo

O presente estudo tem como universo de investigação pacientes que foram indicados a participar do Grupo de Tratamento Cognitivo-Comportamental, desenvolvido na Divisão de Saúde do Trabalhador (DVST) da UFRJ, no período de 1996 a 1999. O tratamento de grupo de terapia cognitivo-comportamental surgiu de uma demanda da DVST direcionada ao Instituto de Psicologia e à equipe de terapia cognitivo-comportamental da UFRJ, tendo como professor orientador o Professor Doutor Bernard Rangé (UFRJ). A idéia era adicionar ao atendimento da DVST mais esta estratégia, considerada muito eficaz no tratamento da dependência química. Iniciamos o primeiro grupo de TCC em 1996, num trabalho que foi desenvolvido até 1999, como parte de aperfeiçoamento técnico, tendo o apoio da FAPERJ (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro).

População

Trabalhadores da Universidade Federal do Rio de Janeiro encaminhados pela equipe do Programa de Apoio ao Trabalhador Alcoolista (PAT)/DVST. Tais trabalhadores já estavam em atendimento no programa da DVST pelo período de um ano a seis meses e foram indicados ao grupo através de critérios estabelecidos pela equipe interdisciplinar (médicos clínicos, assistentes sociais, enfermeiros, psiquiatras). Foram considerados pelos técnicos como amadurecidos no processo de recuperação do alcoolismo, portanto em condições de participar de aquisição de novas habilidades sociais (característica do modelo cognitivo-comportamental). Dentre os critérios usados pela equipe interdisciplinar, temos:

- Estar freqüentando assiduamente o regime ambulatorial na linha de assistência e perícia médica-social.
- Estar freqüentando assiduamente o grupo semanal do Serviço Social.
- Demonstrar interesse e motivação para a recuperação e retorno ao processo de trabalho.

Dentre os pacientes encaminhados, foram considerados aptos pela equipe de psicólogos cognitivo-comportamental os dependentes de álcool, através dos critérios diagnósticos do DSM-IV (anexo I). E em seguida, a estes, foram aplicados instrumentos de avaliação:

Entrevista Estruturada para Transtornos da Ansiedade para o DSM-IV (ADIS-IV)

Entrevista Estruturada para Transtornos da Personalidade para o DSM-IV (SCID-TP)

Inventário Beck de Ansiedade (BAI)

Inventário Beck de Depressão (BDI)

Inventário Hamilton de Ansiedade (HAMA)

Inventário Hamilton de Depressão (HAMD)

Inventário de Assertividade

QOLI (Quality of Life)

Questionário de História de Uso de Substâncias Psicoativas (QHUSP)

Questionário sobre Consumo de Álcool (QCA)

Inventário de Ansiedade para Fobia Social (SPAI)

Os pacientes eram em sua maioria do sexo masculino (só havendo duas mulheres), com idade variando entre 40 e 62 anos, com nível de escolaridade variando desde o analfabetismo até o terceiro grau, sendo a maioria trabalhadores de nível de apoio. Dentre eles considerou-se os que não aderiram e/ou não deram continuidade ao grupo de TCC, num total de 23 trabalhadores.

Coleta de Dados

- Como fonte de dados, contou-se com depoimentos destes trabalhadores, através de entrevistas individuais e do levantamento de prontuários médicos da DVST (anexo III). Considerou-se também seus depoimentos durante a realização dos grupos de Terapia Cognitivo-comportamental.
- Como referência para análise, foi feito um levantamento bibliográfico acerca desta temática, envolvendo a organização, a psicodinâmica do trabalho e o processo de recaída, assim como estudos e publicações sobre o tema.

Estratégias de Ação

- Análise de prontuário, com objetivo de identificar os trabalhadores que foram indicados a participar do grupo de terapia cognitivo-comportamental no período de 1996 a 1999, assim como identificar quais se encontram desempenhando suas atividades laborativas.
- Investigar, através dos relatos dos demais profissionais da equipe do Programa de Atendimento ao Trabalhador da Divisão de Saúde do Trabalhador da UFRJ, como ocorreu e foi descrito pelo trabalhador o momento da recaída, assim como o relato dos mesmos (se houver) sobre o trabalho no mesmo período.

- Entrevista individual com tais trabalhadores, tendo como enfoque a organização do trabalho e sua relação com o consumo (anexo II).

CAPÍTULO I

SAÚDE E TRABALHO: NOVAS PERSPECTIVAS PARA A COMPREENSÃO DO ALCOOLISMO

Tendo como tema Alcoolismo e Trabalho para orientar nossa discussão, algumas questões serão abarcadas. Pretendeu-se fazer uma referência à noção de Saúde do Trabalhador e à relação do processo de trabalho com o processo saúde-doença. Utilizamos o conceito de saúde para Canguilhem e a análise dinâmica dos processos psíquicos desenvolvida pelos estudos da Psicodinâmica do Trabalho. Partimos da definição de processo de trabalho e do conceito de carga; da relação das mesmas com o processo e organização do trabalho que podem gerar desgaste. Buscou-se também definições dos modelos teóricos sobre a adição, mais especificamente o modelo Cognitivo-comportamental, e sua visão psicossocial da dependência química.

1.1. *A Saúde do Trabalhador*

Uma maneira diversa de abordagem das relações trabalho-saúde/doença surge a partir das contribuições de vários autores filiados à Medicina Social latino-americana. Questiona-se o deslocamento do perfil de morbidade causada pelo trabalho e produz-se discussão sobre a determinação social desse processo e a importância da incorporação do conceito de processo de trabalho para o estudo dessa determinação. Um novo olhar sobre o processo de trabalho em sua relação com a saúde surge por influência destas escolas: discute-se a saúde do trabalhador.

Além das conseqüências mais visíveis diretas e específicas da ocupação do trabalho sobre a saúde, também importaria desvendar a nocividade do trabalho, com todas as suas implicações como causador de alienação, sobrecarga e/ou subcarga e determinante de desgaste (Mendes e Dias, 1991). Pode o seu desequilíbrio provocar doenças, acidentes, mal-estares e incômodo. Tal enfoque coloca uma perspectiva de interação entre o biológico e o psíquico.

De acordo com Noriega (1993), no campo da Saúde do Trabalhador se faz necessária a investigação do trabalhador como agente exposto a algumas relações sociais e pessoais potenciais lesivas à saúde, que podem levar ao desgaste do corpo e mente, além da ação patogênica de determinadas substâncias físicas, químicas e biológicas. Essa ação pode desencadear doenças específicas ou mesmo latentes, como no caso do comportamento aditivo e

da doença mental, visto que grande número de novos padecimentos, como transtornos psíquicos, doenças psicossomáticas e fadiga patológica estão estreitamente vinculados ao trabalho e vêm aumentando progressivamente.

O trabalhador não é mais um hospedeiro passivo mas, sim, agente de mudanças com saberes e vivências, podendo interferir em sua própria realidade de trabalho, através de reivindicações, participações no controle da nocividade do trabalho. Tal abordagem propõe um conhecimento científico das relações sociais e suas conseqüências para a saúde e maiores níveis de consciência política e organização do saber, para que novas ações sociais e técnicas se desenvolvam neste campo.

A Saúde do Trabalhador assume um posicionamento histórico para o estudo da relação saúde-doença e prevê a participação do indivíduo-trabalhador em todas as instâncias sociais (Lacaz, 1996). De acordo com Mendes e Dias (1991), destaca-se por ser um campo em construção na área da saúde pública, cujo objetivo é o estudo do processo saúde-doença dos grupos humanos em sua relação com o trabalho e desenvolvimento de alternativas de intervenção (Mendes e Dias, 1991).

Segundo Noriega (1993), no nível coletivo não interessa analisar separadamente saúde e doença, devendo ser priorizada a obtenção de um maior controle dos trabalhadores sobre os elementos que determinam seu perfil de saúde-doença. Sendo assim, os afetados teriam a possibilidade de dirigir seu processo de vida e a maneira de se reproduzir em sociedade. No caso dos aditos, acreditamos também que possam dirigir e ser atores ativos também no processo aditivo, ou seja, em sua reabilitação, não encarando de forma passiva o alcoolismo mas obtendo controle da situação com objetivo da abstinência.

1.2. Carga de Trabalho

No estudo da relação trabalho-saúde há a influência de duas vertentes. A primeira, relacionada à higiene e segurança do trabalho (fortemente pautada no conceito de risco ocupacional), é orientada por uma visão monocausal entre um agente de risco particular e a patologia por ele desencadeada. A análise de risco seria baseada na identificação e isolamento de um agente de risco específico e na medição dos níveis de concentração no ambiente deste agente numa dada situação de trabalho. Assim, a noção de risco pode se referir tanto a localização concreta de um agente de risco quanto a uma situação perigosa num dado processo de trabalho.

A segunda vertente, associada à ergonomia, é organizada em torno do conceito de carga de trabalho. Este conceito vem sendo incorporado e contribui para a construção da área de Saúde do Trabalhador. Através da carga de trabalho se busca sintetizar a idéia de que a saúde dos trabalhadores é uma consequência da relação complexa e dinâmica entre o trabalhador e a sua atividade de trabalho, gerando processos de adaptação que se traduziriam em desgaste, sendo os acidentes e doenças só uma parcela destes. A noção de carga permite o reconhecimento de condições particulares, de situações de risco menos aparentes e da maneira como interagem os vários fatores agressivos. Ela se aproxima de vivências dos trabalhadores, incluindo os componentes psíquicos e afetivos, vinculados à organização do trabalho (Brito e Porto, 1992).

De acordo com Laurell e Noriega (1987), o corpo humano tem a capacidade de responder de formas diferentes diante de condições diversas. Sendo assim, nem sempre a adaptação significa um processo fisiológico normal, podendo levar à sobrevivência precária ou destruição da integridade corporal. O estresse seria o exemplo de experiência no qual o organismo está alerta para o perigo, mas cuja repetição torna-se destrutiva.

Os processos de adaptação se dão nos indivíduos, porém as condições que o produzem são sociais, derivadas do modo como o homem se apropria da natureza por meio de uma determinada organização social. As cargas de trabalho são movimentos dinâmicos dos elementos do processo de trabalho que, ao interagirem entre si e com o corpo do trabalhador, geram processos de adaptação e, em consequência, desgaste. As cargas, segundo Laurell (1987), podem ser definidas como:

- As que possuem uma materialidade externa ao corpo, resultantes da interação do corpo do trabalhador e sua atividade e ambiente de trabalho, tornando-se processos intercorporais complexos. Tais cargas seriam físicas (ruído e calor...); químicas (vapor, fumaça, pó...); biológicas (microorganismos); mecânicas (pesos, esforços...).
- As que não têm uma materialidade visível externa ao corpo humano e que adquirem materialidade no corpo ao se expressarem em transformações em seus processos internos: as cargas fisiológicas e psíquicas. A carga fisiológica traduz-se em ruptura dos ritmos fisiológicos básicos e dessincronização. Um exemplo é a mudança de turnos. A carga psíquica abrangendo tudo o que provoca uma sobrecarga psíquica, como situações de tensão prolongada, atenção constante, ou uma subcarga psíquica, ou seja, a impossibilidade de desenvolver e fazer uso da capacidade psíquica (monotonia, repetitividade, parcerização do trabalho, hipotrofia da criatividade...)

No processo de investigação, deve-se agrupar e decompor as cargas e reconstruí-las através da análise da interação entre elas. O desgaste advém das transformações negativas pela

interação de cargas nos processos biopsíquicos, um problema para o trabalhador e para o capital. Laurell (1987) assinala ainda que as técnicas de aumento da produção da mais valia relativa são provocadoras de situações de estresse e de fadiga, assim como desgastes do operário relacionados aos efeitos a longo prazo, dando origem a diferentes tipos de patologias dominantes.

Identificar os problemas de saúde num dado processo de trabalho significa localizar as situações onde os riscos e as cargas se materializam, para que tanto os riscos possam ser eliminados ou controlados quanto as cargas de trabalho possam ser readequadas a um padrão de vida saudável (Brito e Porto, 1992).

1.3. Saúde e Normalidade

Mas o que é saúde? Precisamos nos questionar qual o padrão de vida saudável que pretendemos definir e analisar, no que se refere à saúde desses trabalhadores.

Segundo Canguilhem (2000), o homem é sadio na condição que ele seja normativo com relação às flutuações de seu meio, sendo que as constantes fisiológicas teriam, dentre todas as constantes vitais possíveis, um valor propulsivo. O estado patológico, ao contrário, traduz a redução de normas de vida toleradas pelo vivente, a precariedade do normal estabelecido pela doença. O normal é viver em um meio em que as flutuações e novos acontecimentos são possíveis. Os erros de codificação genética seriam determinantes ou não da existência de patologias, de acordo com as demandas que o meio impõe aos sujeitos; porém, não há vida sem normas de vida e o estado mórbido é sempre uma certa forma de viver.

Para o autor, a saúde não pertenceria à ordem dos cálculos, e sim a um conceito que pode estar ao alcance de todos e pode ser enunciado por qualquer ser vivo. Ao falarmos de uma saúde deficiente, estaríamos falando da restrição da margem de segurança, da limitação do poder de tolerância e de compensação às agressões do meio ambiente. Não haveria então a ciência biológica do normal; existiria uma ciência de situação e de condição biológica ditas normais. Esta ciência seria a fisiologia.

Se existem normas biológicas é porque a vida, sendo não somente submissão ao meio mas instituição de seu próprio meio, impõe valores não apenas no meio mas sim no próprio organismo. É o que o autor denomina de normatividade biológica.

Caponi (1997), ao citar as idéias do autor, refere que saúde é possuir uma capacidade de tolerância ou de segurança que é mais que adaptativa. As infidelidades do meio, os fracassos, os erros e o mal-estar são parte constitutiva de nossa história porque nosso mundo é um mundo

de acidentes possíveis. E é a partir de nossa capacidade - que não é unívoca, senão diversa - de tolerar essas infrações que devemos pensar no conceito de saúde. A saúde então não pode ser reduzida a um mero equilíbrio ou capacidade adaptativa; deve ser pensada como essa capacidade que possuímos de instaurar novas normas em situações que nos resultam adversas. Saudável é aquele que tolera e enfrenta as infrações e institui novas normas, sendo a capacidade de tolerância para enfrentar as dificuldades diretamente vinculada a valores não só biológicos como também sociais.

Por outro lado, existem condições de vida impostas, convivência com um meio com determinadas características que não são nem poderiam ser escolhidas como a alimentação deficiente, o analfabetismo, condições desfavoráveis de trabalho. Todas essas características, somadas às diferenças existentes em relação às condições de saneamento básico, constituem o conjunto de elementos que precisa ser considerado no momento de programar políticas de saúde e intervenções com tendência a criar estratégias de transformação das desigualdades que se definem como causas predisponentes para diversas doenças (Caponi, 1997).

A cura então é a reconquista de um estado de estabilidade de normas fisiológicas. Porém, em todo o caso, nenhuma cura é um retorno à inocência biológica, visto que curar é se dar novas normas de vida, às vezes superiores às antigas, existindo uma irreversibilidade da normatividade biológica (Canguilhem, 2000).

Podemos considerar o tratamento do alcoolismo dentro desta visão: novas normas serão estabelecidas e novas modificações de vida propostas, assim como defende a Teoria Cognitivo-comportamental que será abordada mais adiante. Dejours (1986), seguindo a mesma linha argumentativa, relata que a saúde é a liberdade de dar ao corpo a possibilidade de repousar, comer e dormir quando se tem necessidade, é a liberdade de adaptação, podendo ser normal ter algumas doenças e justamente anormal não poder cuidar das doenças.

Referindo-se ao trabalho, o autor afirma, que é justamente a variedade e a variação ligadas às mudanças que serão favoráveis ao próprio trabalho, ressaltando a capacidade do indivíduo de se adaptar a situações diversas e influenciar o próprio processo de trabalho.

1.4. O Processo de Trabalho

O processo de trabalho, portanto, é uma categoria central no estudo da saúde dos trabalhadores, pois sua organização e divisão determinarão vários fatores, sejam eles a duração

da jornada, o ritmo em que se reproduz, os mecanismos de supervisão do trabalhador, o controle do processo, sua complexidade e periculosidade.

Para Marx (1983), o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, em que aquele vise a apropriar-se da matéria natural de forma útil para sua própria vida. Atuando sobre a natureza, o homem então modificaria a si mesmo. O processo de trabalho é uma atividade orientada para um fim, para produzir valores de uso e apropriação do natural para satisfazer as necessidades humanas.

Todo o processo de trabalho, segundo a visão marxista, é constituído de três elementos básicos: o objeto de trabalho - principal elemento a ser transformado no processo, a partir das matérias-primas e que resulta no produto principal, assumindo um valor de troca que permite fazer parte das relações econômicas; os meios de trabalho - coisas que o trabalhador coloca entre si mesmo e o objeto de trabalho, e que incluem todas as ferramentas, máquinas, equipamentos, infra-estrutura; e o trabalho vivo, através dos diversos trabalhadores que realizam tarefas no processo.

Além dos objetos e meios de trabalho, a atividade dos trabalhadores (o trabalho propriamente dito) e os processos de trabalho se compõem de uma forma de organização e divisão. Da maneira como se combinam esses elementos dependerão, em grande parte, as características da saúde e doença dos trabalhadores (Noriega, 1993). Do ponto de vista da saúde do trabalhador, entender um processo de trabalho significa entender como e em que condições as pessoas trabalham, entender a base técnica do processo, bem como a organização do trabalho que a estrutura. O processo de trabalho é a concretização das relações capital/trabalho, que produz e define a exposição da população aos riscos à saúde, de acordo com o lugar que se ocupa na estrutura social, política e econômica em que se vive.

Com a Revolução Industrial e o desenvolvimento do capitalismo, o trabalhador passa a não mais controlar os meios de produção, não produzindo para si, mas para o capital. Ao se falar do processo de trabalho no capitalismo, a definição de mais valia nos direciona de forma clara à sua melhor compreensão, sendo inerente ao mesmo a exploração da força de trabalho. O processo de trabalho no capitalismo se organiza para criar o máximo da mais valia, ou seja o lucro.

Historicamente, a mais-valia absoluta, produzida pelo prolongamento da jornada de trabalho na produção capitalista, é substituída pela redução do tempo de trabalho necessário para a produção de determinada quantidade de mercadorias. Encurta-se parte da jornada durante a qual o trabalhador trabalha para si mesmo - por meio de mudanças tecnológicas ou

intensificando o trabalho - e prolonga-se a jornada durante a qual pode trabalhar gratuitamente para o capitalista obter seu lucro.

O processo de trabalho enquanto processo de consumo de forças de trabalho pelo capitalismo mostra dois fenômenos peculiares: o trabalhador trabalha sob o controle do capitalista a quem pertence o seu trabalho; o produto é propriedade do capitalista, sendo assim um valor de uso que, conseqüentemente, é portador de valor de troca. Tem-se como objetivo produzir um artigo destinado a venda, uma mercadoria, e se quer que a mercadoria produzida tenha um valor mais alto que a soma dos valores das mercadorias exigidas para produzi-la (Marx, 1983). Ao lidarem com objetos e instrumentos de trabalho, os trabalhadores realizam trabalho físico e mental, e esses componentes são dimensionados genericamente pela organização do trabalho. E diante de tantas modificações no mundo do trabalho que os países de capitalismo avançado presenciaram, associadas ao avanço da produção e economia, buscase, ainda assim, o equilíbrio das contradições que o próprio processo provoca na vida do trabalhador. Como conseqüência destas contradições e inadequações, podem ser desencadeados processos patológicos na vida do trabalhador (Laurell e Noriega, 1987).

1.5. A Psicodinâmica do Trabalho

Sendo o trabalho um dos pontos-chave da constituição da identidade, segundo Dejours (1990), reconhecer o ofício é uma maneira fundamental de reconhecer o espaço mesmo da construção de saberes, o que é uma condição necessária para que eles se reproduzam e se transformem. Quando não se reconhecem, as pessoas se desengajam e os problemas práticos começam a surgir. O trabalho não deveria ser reduzido às pressões físicas, químicas, biológicas, psicossensoriais e cognitivas, denominadas de “condições de trabalho”. Para o autor, é necessário além disto, considerar a dimensão organizacional do trabalho, ou seja, divisão de tarefas e as relações de produção; as causas de problemas de saúde mental e de equilíbrio psíquico estariam especificamente ligadas a esta organização.

Fundada ao final da II Guerra Mundial por um grupo de médicos pesquisadores liderados por L. Le Guillant, a “psicodinâmica das situações de trabalho”, ou simplesmente “psicodinâmica do trabalho”, inicialmente denominada psicopatologia do trabalho, tem por objetivo o estudo clínico e teórico da patologia mental decorrente do trabalho. Nessa evolução da disciplina, a questão do *sofrimento* passou a ocupar uma posição central, visto que, segundo Dejours (1999), o trabalho tem efeitos poderosos sobre o sofrimento psíquico: ou bem contribui para agravá-lo, levando progressivamente o indivíduo à loucura, ou bem contribui

para transformá-lo, ou mesmo subvertê-lo em prazer, a tal ponto que, em certas situações, o indivíduo que trabalha preserva melhor a sua saúde do que aquele que não trabalha.

A organização do trabalho para Dejours

A organização do trabalho toma especificamente por alvo o funcionamento psíquico. O autor afirma que, quando o rearranjo da organização do trabalho não é mais possível e a relação do trabalhador com a organização é bloqueada, o sofrimento começa: a energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão. Sendo assim, a relação do homem com a organização do trabalho é a origem da carga psíquica do trabalho (Dejours, 1980).

O trabalho torna-se perigoso para o aparelho psíquico quando se opõe à sua livre atividade, pois o bem-estar, em matéria de carga psíquica, não advém só da ausência de funcionamento mas, pelo contrário, de um livre funcionamento. O prazer do trabalhador resultaria da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza, o que corresponde a uma diminuição da carga psíquica do trabalho. Sendo assim, se um trabalho permite uma diminuição da carga psíquica, ele é equilibrante; se se opõe a esta diminuição, é fatigante. Em geral a carga psíquica de trabalho aumenta quando a liberdade de organização do trabalho diminui.

Segundo o mesmo, não parece possível que se possa pensar em organizações do trabalho isentas de sofrimento. O problema está antes em saber como as trocas intersubjetivas operam em torno da questão do trabalho e permitem ou não subverter a relação com o sofrimento para lhe dar sentido. O importante é saber como este sofrimento pode adquirir sentido na transformação da organização do trabalho. Existem, portanto, muitas situações em que o sofrimento das pessoas produz transformação da organização do trabalho e é dessa forma que o trabalho encontra sentido no registro da construção da identidade e da história singular.

Para transformar um trabalho fatigante em um equilibrado, seria necessário flexibilizar a organização do trabalho, de modo a deixar maior liberdade ao trabalhador para encontrar e rearranjar os gestos capazes de lhe fornecer mais prazer. Seria preciso uma reorientação profissional que levasse em conta as aptidões do trabalhador, as necessidades de sua economia psicossomática, se possível de todas as suas aptidões, visto que o pleno emprego das aptidões parece ser uma condição de prazer do trabalho.

Segundo o autor, temos, de um lado, a "boa saúde", um estado de bem-estar psíquico de outro, as doenças mentais, isto é, as formas principais da loucura. Entre a boa saúde e as

doenças mentais, encontra-se um espaço, um intervalo, que é o sofrimento, concebido fundamentalmente como um estado de luta. Neste espaço, às pessoas chegam a adequar-se as normas mais ao preço de uma luta, o que permite que se fale de uma normalidade sofredora.

As Estratégias Defensivas

Na verdade, sejam quais forem as qualidades da organização do trabalho e da concepção, é impossível, nas situações comuns de trabalho, cumprir os objetivos da tarefa respeitando-se escrupulosamente as prescrições, as instruções e os procedimentos. Muitas vezes os trabalhadores não têm como saber se suas falhas se devem à sua incompetência ou a anomalias do sistema técnico. E essa fonte de perplexidade é também a causa de angústia e de sofrimento, que tomam a forma de medo de ser incompetente, de não estar à altura ou de se mostrar incapaz de enfrentar situações incomuns ou incertas (Dejours, 1999).

Outra causa freqüente de sofrimento no trabalho, para Dejours, é quando o trabalhador sabe o que deve fazer e não pode fazê-lo, porque o impedem as pressões sociais do trabalho. Colegas criam-lhe obstáculos, o ambiente social é péssimo, cada qual trabalha por si, enquanto todos sonegam informações, prejudicando assim a cooperação etc. Ser constrangido a executar mal o seu trabalho, ou a agir de má-fé é uma fonte importante e extremamente freqüente de sofrimento no trabalho, seja na indústria, nos serviços ou na administração.

Se o sofrimento não se faz acompanhar de descompensação psicopatológica (ou seja, de uma ruptura do equilíbrio psíquico que se manifesta pela eclosão de uma doença mental), é porque contra ele o sujeito emprega defesas que lhe permitem controlá-lo. Existem então defesas construídas e empregadas pelos trabalhadores coletivamente. Trata-se de “estratégias coletivas de defesa” marcadas pelas pressões reais do trabalho, podendo contribuir para tornar aceitável aquilo que não deveria sê-lo.

O sujeito manifesta procedimentos defensivos que evitam a descompensação. O campo de investigação é redirecionado da doença mental para o sofrimento e, em seguida, para as estratégias defensivas. Estas, suscitadas pelo sofrimento, levam à modificação da percepção que sempre os trabalhadores têm da realidade que os faz sofrer. De vítimas passivas, os trabalhadores colocam-se na posição de agentes ativos de um desafio. Estas estratégias funcionam como regras. A estratégia coletiva de defesa não se sustenta, a não ser por um consenso, dependendo, assim, de condições externas, diferentes das individuais, que persistem mesmo sem a presença física de outros.

Necessárias à proteção da saúde mental contra os efeitos deletérios do sofrimento, as estratégias defensivas podem também funcionar como uma armadilha que insensibiliza contra

aquilo que faz sofrer. Além disso, permitem às vezes tornar tolerável o sofrimento ético não mais apenas psíquico, entendendo-se por tal não o sofrimento que resulta de um mal padecido pelo sujeito, e sim o que ele pode experimentar ao cometer, por causa de seu trabalho, atos que condena moralmente (Dejours, 1999).

São estas as formas de condutas aparentemente aberrantes de tomada do risco, de comportamento insólito e perigoso, de alcoolização, de impedimentos de falar de tudo o que é relativo ao medo e à angústia no trabalho. Demonstra-se assim aos outros que não se tem medo, o que é uma boa maneira de persuadir a si próprio. No caso da estratégia coletiva defensiva, a negação é coletivamente produzida e, ao proteger os trabalhadores da percepção dolorosa da realidade, protege-os da loucura. A função da ideologia defensiva é a ocultação do medo.

Uma das maneiras de pensar a constituição do coletivo é entender a construção de estratégias de defesa, que fazem sofrer grupos de trabalhadores. A idéia de estratégias de defesa é importante, porque implica tanto os coletivos como as defesas, pois, se as defesas não funcionam mais, o coletivo se dissolve. A convivialidade, portanto, seria um aspecto fundamental do trabalho. Os lugares da convivialidade, para discutir o trabalho, são lugares fundamentais de sua reorganização, o que mostra o aspecto intercomprensivo, intersubjetivo e interlocutor da organização do trabalho em si.

Assim, as organizações do trabalho se caracterizam pelo caráter evolutivo no qual as regras do trabalho produzidas pelo coletivo mudam. Isso mostra que a organização real do trabalho não cessa de diversificar-se, visto que os trabalhadores constroem maneiras de trabalhar diferentes.

O autor complementa que, não podendo gozar os benefícios do reconhecimento de seu trabalho nem alcançar assim o sentido de sua relação para com o trabalho, o sujeito se vê reconduzido ao seu sofrimento e somente a ele. Sofrimento absurdo, que não gera senão sofrimento, num círculo vicioso e dentro em breve destruturante, capaz de desestabilizar a identidade e a personalidade e de levar à doença mental, pois não há crise psicopatológica que não esteja centrada numa crise de identidade. O reconhecimento do trabalho, ou mesmo da obra, pode depois ser reconduzido pelo sujeito ao plano da construção de sua identidade, pois a identidade constitui a armadura da saúde mental.

O alcoolismo segundo a psicodinâmica do trabalho

O alcoolismo, para Dejours (1990), não pode ser explicado em sua totalidade pelo sofrimento mental ocasionado pelo trabalho, visto que se as pressões psíquicas do trabalho agem sobre o alcoolismo é porque as mesmas aproveitam-se das falhas existentes desde o início

no indivíduo contra a angústia e o sofrimento. Complementa, no entanto, que o consumo de álcool seja de alguma forma promovido ao *status* de defesa coletiva, praticamente indissociável da profissão, contra outros sofrimentos que são difíceis de combater de outro modo. Aponta que o alcoolismo 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 riscos importantes à integridade corporal do trabalhador e, por conseguinte, geram tensões psíquicas particulares.

O autor ressalta que o álcool tem várias virtudes e seu valor psicofarmacológico é em geral subestimado: é energético, ansiolítico e desinibidor (facilita a liberação da palavra, do contato e ação), acalma a angústia, desinibe as defesas individuais contra o trabalho e, perigosamente, desinibe também os homens nas relações coletivas, facilita os contatos, é euforizante e antidepressor, e contribui sobretudo a tornar possível as relações de grupo. O álcool tem papel na coesão, manutenção e reconstituição do coletivo, ao apagar os conflitos interindividuais, recriando uma secreta euforia propícia às relações superficiais e fáceis necessárias à existência do grupo. Desta forma, o álcool ocupa um lugar na ideologia defensiva do trabalho, por sua ação em favor do grupo, a tal ponto que com frequência o consumo de álcool é posto integralmente na ideologia defensiva, e é ligado aos valores de virilidade, sendo a abstinência facilmente encarada pelo grupo¹ como posição típica feminina.

O álcool é um poderoso medicamento que guarda um segredo, que é o medo. Mas o que funciona como estratégia de defesa no trabalho nem sempre seria substituída ao chegar em casa. Se o trabalhador não possui defesas mentais suficientes, ele se utiliza do modo mais simples que estiver à sua disposição e que ao seu ver tem sido eficaz: o álcool. Da consumação do álcool para fins estritamente profissionais, passa-se ao consumo abusivo e até mesmo ao alcoolismo.

Em muitos casos, tais trabalhadores preferem se encontrar em bares com o grupo: é a coletividade para lutar coletivamente contra o sofrimento. O salto entre o consumo e o alcoolismo é feito pelos sujeitos cuja estrutura mental é composta de certas particularidades, pois o alcoolismo não é uma defesa mental, é um comportamento alimentar. Um circuito curto e pouco elaborado para lutar contra a angústia e utilizado por aqueles que possuem um sistema de defesa mental mal organizado (Dejours, 1990).

¹ O estudo citado de Dejours sobre alcoolismo baseia-se em observação de operários da construção na região da Bretanha/França.

O álcool é então de alguma forma proposto de início a esses sujeitos para a confrontação da organização do trabalho e a participação as ideologias defensivas da profissão. Supondo-se que a organização do trabalho controle este risco a ponto de anulá-lo, é provável que as ideologias de defesa desapareceriam, assim como o consumo “normal” e banal de bebidas alcoolizadas. Mas isto não fará desaparecer as falhas do funcionamento mental que existe em certos sujeitos candidatos ao alcoolismo. Na ausência do álcool, serão forçados a lutar de outra forma e seria provável, no entanto, que outras doenças apareçam, como podemos observar nos países onde o álcool é proibido.

Dejours conclui que as estratégias de defesa respondem às organizações do trabalho que implicam riscos importantes para a integridade corporal e criam então ameaças psíquicas particulares. Com o tempo, uma ideologia de defesa pode se tornar uma verdadeira tradição que se perpetua e se transmite de geração a geração, sendo possível que o consumo de álcool se enquadre em uma delas.

Não podemos então desconsiderar as tradições sólidas formadas ou associadas ao consumo do álcool, tanto relacionadas a certas atividades quanto à vida cotidiana, reforçando o uso contínuo e até mesmo abusivo de tal droga.

1.6. Modelos Teóricos da Adição

O tratamento e compreensão dos comportamentos aditivos, de acordo com Marlatt e Gordon (1993), foram vistos de maneiras diversas através do tempos, sendo possível encontrá-los ainda hoje em exercício.

Baseado na moralidade cristã que dominava o pensamento na área até poucos anos atrás, de acordo com o modelo moral, o comportamento adictivo é um problema de controle do impulso devido a uma falta de “fibra moral” para resistir à tentação. Os adictos são considerados responsáveis tanto pelos problemas quanto pelas soluções e acredita-se que necessitam apenas de motivação apropriada. Neste modelo as pessoas são levadas a sentirem culpa por terem desenvolvido o problema e a pensarem que lhes falta força de vontade caso não consigam alterar com sucesso seu comportamento. Apesar de inúmeras críticas quanto a este modelo, ainda existem indivíduos em nossa sociedade que acreditam que o alcoolismo é resultado de uma falha moral.

1.6.1. Modelo de Doença

Menos rigoroso, este modelo, ainda muito propagado no tratamento do alcoolismo, os comportamentos aditivos têm como causa subjacente fatores fisiológicos predisponentes, que se presume serem geneticamente transmitidos. Os adictos são vistos como inevitavelmente suscetíveis às propriedades aditivas do álcool e o uso de substâncias é considerado primariamente dirigido por fatores fisiológicos. Temos como exemplo o tratamento no programa dos 12 Passos usado pelos AAs (Alcoólicos Anônimos). Nele, o objetivo é evitar “o primeiro gole” e os adictos não são considerados responsáveis, no sentido de autocontrole da situação, devido à influência de forças internas tais como as compulsões.

1.6.2. Modelo Cognitivo-comportamental

Uma terceira abordagem emerge nesses últimos anos, o Modelo de Comportamento Adictivo, no qual a abordagem cognitivo-comportamental se baseia na compreensão do alcoolismo.

A Psicoterapia Cognitiva foi desenvolvida por Aaron T. Beck no início da década de 60. É uma abordagem ativa, diretiva e estruturada, usada no tratamento de uma ampla variedade de problemas psiquiátricos. Busca produzir a mudança cognitiva (mudanças nos pensamentos e no sistema de crenças do paciente) visando a promover uma mudança emocional e comportamental duradoura.

"As técnicas predominantes em Terapia Comportamental (TC) são antigas porém, ...a TC tem muitas origens e nenhum fundador ou ponto de partida único" (Caballo, 1996). As pedras angulares da Teoria Comportamental são: o trabalho de Pavlov sobre condicionamento clássico; o de Watson, sobre comportamentalismo; o de Thorndike, sobre aprendizagem; e o de Skinner, sobre condicionamento operante. Finalmente, na década de 60, as terapias comportamentais começaram a incorporar progressivamente os aspectos cognitivos, com o consequente desenvolvimento de uma abordagem cognitivo-comportamental.

Derivado dos princípios da teoria da aprendizagem social, da psicologia cognitiva e da psicologia social experimental, para o modelo cognitivo-comportamental (modelo de comportamento adictivo), os comportamentos aditivos consistem em padrões de hábitos hiperaprendidos (adquiridos) e mal-adaptativos, na medida em que levam a consequências negativas em termos de saúde, estado social e auto-estima, mesmo que a longo prazo. Poderiam, portanto, ser analisados e modificados do mesmo modo que outros hábitos. A

atenção nesse modelo é voltada para o estudo dos determinantes dos hábitos adictivos (antecedentes situacionais e ambientais, crenças e expectativas, história familiar e individual, experiências de aprendizado anterior com a substância) e das conseqüências desses comportamentos (visando a um melhor entendimento, tanto dos efeitos reforçadores que podem contribuir para aumentar o uso, quanto das conseqüências negativas que podem servir para inibir o comportamento). As pessoas não são consideradas responsáveis pelo desenvolvimento da adicção, mas são capazes de compensar suas dificuldades, assumindo a responsabilidade de mudança de comportamento.

Segundo esse modelo, o uso de álcool é reforçado positiva e negativamente de várias maneiras e a probabilidade de um comportamento ser repetido aumenta quando ele é seguido:

A) por uma conseqüência agradável (reforço positivo).

Ex: uso de álcool → sensação de relaxamento.

B) Pela retirada de uma conseqüência desagradável (reforço negativo).

Ex: uso de álcool → redução, alívio de tensão, solidão, tristeza.

O alcoolista apresenta sentimentos de perda quando a substância que é reforçadora para ele é retirada. O uso da substância é feito a princípio em uma situação específica e, através de um processo de generalização de estímulos, passa a responder com desejo a um leque maior de opções. Ou seja: se, por exemplo, a princípio o álcool era utilizado como forma de relaxar apenas em momentos de estresse, pouco a pouco este comportamento pode ser generalizado para outras situações difíceis de se lidar, sendo utilizado cada vez mais em diversas situações diferentes, passando a fazer parte integral na vida deste indivíduo. A probabilidade de consumo de álcool então poderá ser reduzida pelo controle dos estímulos, minimizando a exposição a situações de risco, que levam ao comportamento de beber.

Distorções cognitivas e expectativas também desempenham papel fundamental na manutenção do comportamento de beber. A urgência, “fissura” para beber é freqüentemente acompanhada por crenças irracionais e expectativas positivas quanto ao resultado dos efeitos da substância (gratificação imediata). No tratamento, as crenças irracionais devem ser identificadas e substituídas por outras mais racionais e adaptativas. As crenças disfuncionais mais freqüentes (e que fornecem base para a recaída), de acordo com Marlatt e Gordon (1983), são:

→“Necessito da substância para manter o equilíbrio emocional”.

→“A substância melhorará meu funcionamento intelectual e social”.

→“Terei prazer e excitação com o uso”.

→“A droga me proporcionará um aumento de energia e poder”.

→“A droga terá um efeito calmante”.

→“A droga amenizará a ansiedade, tensão, tédio e a depressão”.

→“Mesmo que se faça alguma coisa para satisfazer o desejo ou neutralizar o sofrimento, estes continuarão indefinitivamente e, possivelmente, piorarão”.

É necessário ressaltar que as expectativas sociais e regras para o comportamento adictivo são também culturalmente transmitidas por modelação (Bandura, 1979), ou seja, através da observação do comportamento de outra pessoa na família, nos relacionamentos interpessoais, na mídia, tendemos a repetir o que nos parece reforçador. Quando um filho, por exemplo, vê o pai chegar em casa do trabalho e tomar um *drink* para “relaxar”, ele “aprende” que um *drink* é relaxante e é provável que tente imitar este comportamento em suas brincadeiras de criança, e até mesmo futuramente, como adulto.

O tratamento baseado na abordagem cognitivo-comportamental é concebido como um processo gradual de novo aprendizado no qual velhos hábitos (comportamentos antigos e bem enraizados) são “desaprendidos” (inibição de padrões de respostas antigos e já dominantes, hiperaprendidos ao longo de anos de experiência anterior) e novos comportamentos adaptativos são adquiridos para substituir a resposta problemática anteriormente dominante. Vários estudos mostram que as influências sócio-culturais são criticamente importantes no desenvolvimento do alcoolismo na maioria dos indivíduos geneticamente predispostos. Isto sugere que mudanças no comportamento e atitudes sociais dos indivíduos em alto risco podem alterar o curso e a prevalência do Abuso de Álcool e Alcoolismo (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoolism, 1983). Daí a indicação de um programa de treinamento de habilidades.

Como fundamento para este programa, duas categorias de fatores devem ser consideradas como predisponentes ao uso de álcool: fatores interpessoais - apoio social, relações conjugais e familiares, relações de trabalho; e fatores intrapessoais - cognições, percepções, expectativas e humor. A identificação dos fatores e a habilidade de lidar com eles são desenvolvidas no tratamento de grupo, envolvendo, em sua base, um processo de descondicionamento, reestruturação cognitiva e treinamento/aquisição de novas habilidades inter e intrapessoais.

O programa de tratamento do alcoolismo baseado na abordagem cognitivo-comportamental de maior eficácia nos últimos anos é o de Marlatt e Gordon, denominado

Programa de Prevenção da Recaída. Baseado no que foi citado anteriormente, julga como primordial fazer a distinção entre a recaída e o lapso.

Recaída → reverter; sucumbir; recorrência dos sintomas de uma doença após um período de melhora (dicotomia do preto/branco → abstinência/recaída).

Lapso → leve equívoco; deslize; queda temporária. Um lapso pode ser acompanhado ou não por uma recaída dependendo, em grande parte, das expectativas pessoais do indivíduo e das reações cognitivas e afetivas. Pode ser visto como um aprendizado através da análise dos estímulos que o levaram a beber; dessa forma, não considerando o evento como uma condenação total ou uma derrota, o indivíduo se sente mais confiante a retornar à abstinência vendo o episódio como uma fase da sua recuperação.

Como meio de resumir o que foi apresentado, segue figura que revisa as principais diferenças entre os dois modelos:

Modelo Cognitivo-comportamental	Modelo de Doença
• O indivíduo é capaz de autocontrole	• O indivíduo é uma vítima de forças além de seu controle
• Possibilidade de se objetivar a abstinência ou a moderação	• A abstinência é o unico objetivo
• O alcoolismo é um comportamento que pode ser modificado	• O alcoolismo é uma doença
• Trata as adições da mesma forma, como um comportamento	• Cada adição é unica e esta baseada em processos fisiológicos
• Estimula o treino de habilidades sociais, a reestruturação cognitiva para o enfrentamento de situações relacionadas ao comportamento de beber	• Utiliza grupos de apoio e de confrontação estimulando a evitar o primeiro gole

Neste programa de automanejo utilizado na terapia cognitivo-comportamental, visa-se melhorar o estágio de manutenção do processo de mudança de hábitos ensinando o indivíduo a prever e lidar com o problema da recaída. Foi com base neste modelo que se desenvolveu o trabalho de grupo na UFRJ direcionado a trabalhadores alcoolistas de 1996 a 1999. Esta visão não desconsidera o fator fisiológico mas direciona o indivíduo a uma postura ativa no processo de recuperação englobando não so sua relação com o álcool mas também suas relações de vida seja no trabalho ou na família. Acreditando que se estes indivíduos mantem o comportamento de beber, é devido a uma falta de habilidade em lidar com várias questões que se apresentam em suas vida de forma geral. Esta abordagem nos deu a oportunidade de trabalhar interdisciplinarmente, o que é uma das proposta do Progrma da DVST.

Tratamentos

De acordo com o Committee on Treatment of Alcohol Problems (1990), no que se refere ao tratamento do alcoolismo, pode-se incluir:

- Nenhuma abordagem de tratamento é efetiva para todas as pessoas com problemas com álcool.
- Modalidades de tratamento apropriadas e específicas podem melhorar substancialmente os resultados.
- Intervenções breves podem ser muito efetivas, se comparadas ao não-tratamento e podem ser menos dispendiosas do que um tratamento mais intensivo.
- O tratamento de outros problemas de vida relacionados ao beber podem melhorar os resultados em pessoas alcoólicas.
- As características do terapeuta são determinantes parciais do resultado.
- Os resultados são determinados em parte pelos fatores do processo de tratamento, fatores de ajustamento pós-tratamento, características dos indivíduos, características de seus problemas e interação entre estes fatores.
- Aqueles que reduzem significativamente seus níveis de consumo de álcool ou se tornam totalmente abstinente normalmente apresentam melhoras em outras áreas da vida, sobretudo quando o período de consumo reduzido se torna mais extenso.

Uma abordagem de modelo tradicional de doença pode ser mais efetiva para clientes que acreditam firmemente que seu problema de adição é primariamente uma adição física, envolvendo um comportamento compulsivo, além do controle volicional. No entanto, os clientes que rejeitam a noção de serem incapazes de exercer controle sobre seu comportamento, e que preferem aprender habilidades e atitudes necessárias para a modificação de seus hábitos de estilo de vida, poderiam estar mais adequados e mais apropriados para a abordagem de prevenção da recaída (Marlatt e Gordon, 1993).

A adição permanece um problema de etiologia desconhecida, com evidências apontando para múltiplos determinantes, sendo eles psicossociais, orgânicos e a predisposição genética. As taxas de recaída permanecem muito altas, independentemente da orientação do tratamento. Segundo Emerick (1974 apud Vaissman, 1998), no tratamento do alcoolismo, em 1/3 dos casos há remissão, em 1/3 há estabilização e o outro terço evolui para a fatalidade.

Muitas crenças e representações foram reveladas no grupo, não só em relação ao trabalho ou ao álcool mas também em relação ao uso do álcool como fator desestressante ou

aliviador de sensações negativas (depressão, solidão, raiva, angústia, baixa autoestima...). Pode-se identificar, através desta experiência de tratamento, que apesar de a vida social e familiar desses indivíduos se encontrar comprometida, o que os conduziu ao tratamento foram os problemas ocorridos no local de trabalho, tendo por consequência o comprometimento deste. Percebe-se inclusive que as relações de trabalho estavam presentes em seus discursos, por vezes em maior intensidade que as demais, o que faz com que o trabalho seja de importância considerável no tratamento e em sua construção.

Hartz (1997) ressalta que a melhor aproximação sobre o modelo de tratamento é o modelo sistêmico, que abrange a assistência por uma equipe interdisciplinar com grande ênfase em fatores psicossociais importantes, tanto na causação como na perpetuação e na reabilitação do dependência química, sobretudo naqueles aspectos ligados à saúde do trabalhador - considerando-se as relações de trabalho, sua organização, a família, a sociedade e o próprio paciente.

Tem-se observado que os programas de avaliação para o tratamento de alcoolismo, realizados no local de trabalho em nível mundial, sejam eles de qualquer abordagem, têm contemplado como indicador de um bom tratamento a velocidade com que se puder colocar o trabalhador em abstinência e, em consequência, na ativa. O processo de trabalho começa a ser considerado fator de importância para melhor análise desta problemática relacionada ao alcoolismo e é só através do reconhecimento de seu papel que poderemos de alguma forma intervir, impedindo ou diminuindo a probabilidade de recaídas. É necessário, no entanto, contemplar o processo de trabalho e sua organização, verificando até que ponto ambos podem provocar desgaste e estimular as mesmas.

Face à importância do assunto, viu-se a necessidade de uma maior investigação de tal tema, visto sua relevância e a escassez de estudos (no âmbito internacional e nacional) relativas à relação do trabalho como agente influenciador do consumo abusivo de álcool e/ou facilitador na reabilitação do trabalhador alcoolista, partindo-se da visão proposta e anteriormente citada.

CAPÍTULO II

ALCOOLISMO E TRABALHO: UMA ABORDAGEM PSICOSSOCIAL

2.1. O Grupo de Terapia Cognitivo-Comportamental

O programa de tratamento em questão teve como objetivo desenvolver um tratamento em grupo para dependentes de álcool, com base numa abordagem cognitivo-comportamental. Esta abordagem tem como pressuposto teórico no tratamento da dependência de álcool o desenvolvimento de um processo de descondicionamento, reestruturação cognitiva e treinamento, identificação de fatores interpessoais (apoio social, relações conjugais e familiares, relações de trabalho), fatores intrapessoais (cognições, percepções, expectativas e humor) e a habilidade de lidar com eles. Consistiu de aproximadamente trinta sessões, com duração de noventa minutos cada e frequência de duas vezes por semana. Em cada uma delas foi trabalhada uma habilidade específica. A estrutura das sessões foi baseada no modelo de tratamento construído por Monti, (1981), terapeuta cognitivo-comportamental, adaptado pelos terapeutas do grupo de TCC do Programa de Atendimento ao Trabalhador Alcoolista/DVST. Cada sessão foi estruturada da seguinte forma :

- Discussão de experiências relevantes ocorridas entre as sessões.
- Breve revisão da sessão anterior e discussão das atividades a serem realizadas fora da sessão. No final de cada encontro, o paciente recebe uma folha com os pontos que foram discutidos e alguns exercícios referentes à habilidade treinada na sessão, a serem praticados durante a semana.
- Introdução do tópico da sessão, deixando claro seu objetivo.
- Orientações sobre o tema.
- Modelação/dramatização: envolvem situações de alto risco para o uso de álcool que ocorrem no cotidiano dos pacientes. Cada um revive situações passadas ou prováveis de acontecer, para as quais ainda não possui habilidade para responder eficazmente. Com as dramatizações, as respostas são modeladas pelos terapeutas e pelos próprio grupo, até serem consideradas eficazes.

Os grupos foram compostos por trabalhadores com idade variando entre 30 e 60 anos, com nível de escolaridade desde o analfabetismo ao terceiro grau, sendo a maioria trabalhadores de nível de apoio. Todos foram considerados dependentes de álcool, através dos critérios diagnósticos do DSM-IV (anexo I). Os pacientes eram em sua maioria do sexo masculino, só havendo duas mulheres, que não aderiram até à proposta de tratamento. Três grupos foram realizados, cada um composto em média de oito pacientes considerados aptos a participar. Contudo nem todos aderiram à proposta, muitos participaram de algumas sessões porém apenas oito realmente compareceram as 30 sessões. A terapia cognitiva-comportamental se adequaria somente a certos perfis específicos de pacientes? Por insuficiência de dados não podemos hipotetizar o por quê deste número reduzido de pacientes. Esta questão, no entanto, poderá servir de sujeito a investigações futuras.

Os temas abordados pelos pacientes que fizeram parte do grupo de tratamento Cognitivo-comportamental serviu de inspiração ao nosso tema de tese. Porém, o resumo das sessões foi produzido, apenas com o intuito de acompanhar o desenvolvimento dos grupos. Sem pretensão de abarcar questões relativas ao trabalho, visto que todos os grupos foram realizados e concluídos antes da idealização desta tese. Deve-se considerar que o objetivo na época, foi estudar e aplicar um tratamento de terapia cognitiva-comportamental e confirmar a hipótese de que o mesmo realmente se mostra eficaz para o tratamento de alcoolismo, como afirma a literatura.

2.2. Sessões de Terapia Cognitivo-comportamental

Segue um resumo das sessões com seus objetivos principais. Somente as sessões nas quais as questões relativas ao trabalho se fizeram presentes serão comentadas. Tentou-se resumir o discurso dos pacientes que se manifestaram nos três grupos, incluindo-os na sessão respectiva.

- Sessão 1:

→ Esta primeira sessão deve ser dedicada a fazer com que os pacientes se sintam confortáveis, interajam uns com os outros e sejam orientados a respeito dos princípios gerais, objetivos, procedimentos e regras do grupo.

Orientação: exercícios de construção do grupo, para que os pacientes pensem sobre o que os motiva ao tratamento; exercício de identificação de problemas, solicitando-se que as áreas problemáticas de suas vidas sejam identificadas; verificação do entendimento dos pacientes sobre o que foi discutido na sessão a respeito do modelo cognitivo-comportamental.

De modo geral, os pacientes relatam que foram indicados ao tratamento pela própria chefia e admitem que o fato se deve à diminuição do rendimento produtivo no trabalho. Como são servidores públicos federais e se consideram de certa forma estáveis, não receiam a demissão mas sentem-se ameaçados a entrarem em licença médica ou aposentadoria, devido ao consumo abusivo do álcool. Consideram o fato de serem impedidos de trabalhar como humilhante, pois estariam sendo considerados inaptos socialmente, ou melhor, “inúteis”. Alguns trabalhadores, licenciados, como B. (sexo masculino, 48 anos) e K. (sexo masculino, 47 anos), referem-se à ociosidade e ao desejo de retorno ao trabalho e à convivência com seus colegas, apresentando uma postura de desânimo em seus discursos. F. (sexo masculino, 47 anos) fala de sua saúde comprometida devido à dependência, relata que sua única opção é parar de beber ou morrer, refere-se ao temor de ser obrigado a se licenciar por problemas de saúde. Complementa que não tem família e que o trabalho, ainda que “puxado”, é sua vida. I. (sexo masculino, 42 anos) e H. (sexo masculino, 45 anos) são os únicos que procuraram o tratamento por iniciativa própria. Referem a realização que sentem em seu trabalho e o temor de não crescerem profissionalmente, devido ao consumo abusivo de bebida.

- Sessão 2:

Conhecer e identificar pensamentos nos tornam capazes, com a prática, de interromper a cadeia de pensamentos e sentimentos associados e que nos tem levado ao comportamento de beber.

→ Objetivos da sessão: identificar pensamentos e sentimentos que levam ao beber.

Orientação: estimular a utilização de pensamentos substitutos ao de beber; ressaltar os benefícios de não beber; lembrar experiências passadas com a bebida; desenvolver a capacidade de deixar ou mudar a situação, quando necessário.

Sugere-se que os pacientes façam uma lista de motivos (ordenados pelo critério de importância) do que acontece normalmente quando bebem e o por que de estarem evitando beber atualmente. O trabalho se mostra presente em todas as listas mesmo que em ordem de importância variada. H. (sexo masculino, 45 anos) refere que o maior motivo de continuar em abstinência é o fato de conseguir trabalhar mais e assim aumentar sua renda, podendo cumprir seus compromissos e evitando as faltas. É necessário ressaltar que sua maior fonte de renda

vem de “biscates”. Os demais referem-se ao “trabalhar com mais ânimo, sem os efeitos da ressaca”.

- Sessão 3:

Uma situação difícil se torna um problema quando não se tem uma resposta efetiva disponível para lidar com ela. A maioria dos dependentes tende a agir impulsivamente para achar uma rápida e fácil solução dos problemas através do beber, porém existem outras alternativas.

→ Objetivos da sessão: desenvolver estratégias de resolução de problemas.

Orientação: Reconhecer que problemas existem, através de estímulos que os induzam (estímulos corporais, pensamentos, sentimentos e comportamentos); saber identificar o problema; considerar a possibilidade de resolver e selecionar a mais promissora alternativa.

Tendo como exemplo de situação-problema um desentendimento com a esposa devido ao uso de álcool, dedicar-se ao trabalho para diminuir o tempo disponível para o álcool coloca-se como uma opção de alguns, principalmente I. (sexo masculino, 42 anos), funcionário que mostra muita realização profissional e que desde sua abstinência tem tido apoio da chefia e auxílio em seu crescimento profissional e técnico. Ao final, após considerar-se cada opção, concluem que o trabalho muitas vezes é utilizado como forma de fuga, o que não vem auxiliando na resolução de seus problemas.

- Sessão 4:

Ser pressionado a beber é a situação de alto risco² mais comum para alcoolistas; ter a capacidade de recusar a bebida requer mais do que a simples decisão de parar de beber.

→ Objetivo da sessão: desenvolver estratégias de recusa do álcool.

Orientações: Aprender a expressar sentimentos e posições de modo direto, honesto e adequado, falando de forma clara, firme e decidida, de modo a evitar questionamentos a respeito da decisão tomada; aprender a dizer “não” e a sugerir alternativas; aprender a requerer uma mudança de comportamento da pessoa, caso insista no convite: dizer para ela não oferecer mais bebida alcóolica; aprender a evitar discussões sobre o tema, mudando de assunto após a recusa do convite; aprender a evitar usar desculpas para justificar o comportamento de abstinência.

Nesta sessão alguns pacientes relatam a dificuldade de recusar bebida no local de trabalho. Referem-se ao fato de o beber estar associado à masculinidade, principalmente nas

² Qualquer situação que abale o senso de controle e aumente o risco potencial de recaída.

funções que ocupam, onde a força e a resistência são os principais requisitos. Os demais profissionais que possuem funções mais relacionadas a atividades intelectuais concordam que o mesmo se aplica a eles. Referem-se também a episódios em que a própria chefia faz o convite de beber considerado como gesto de gratificação e reconhecimento do trabalho. Consideram estas situações que pressionam muito mais do que as ocorridas em eventos sociais não relacionados ao trabalho. Relatam a dificuldade de estar em abstinência e no entanto quererem confraternizar-se com os demais após um dia de trabalho exaustivo nos bares, ainda que improvisados, que se encontram nas proximidades da universidade.

- Sessão 5:

O estresse e a ansiedade podem resultar em tensões, insônia, dificuldade em relaxar, dores etc., situações de alto risco para muitos alcoólicos que têm no álcool um anti-estressor.

→ Objetivo da sessão: uso de técnicas de relaxamento para controle de tensão, estresse e ansiedade.

Orientações: aprender a estar ciente da tensão e relaxar, tencionando e relaxando oito grupos específicos de músculos; treinar exercícios de relaxamento em grupo; treinar exercícios de técnicas respiratórias; treinar exercícios de técnicas imaginárias.

Uma das crenças principais associadas ao álcool é seu efeito relaxante. Nesta sessão os pacientes surpreendem-se com as técnicas que aprenderam e com os resultados obtidos na própria sessão. Referem-se ao álcool como forma típica de relaxar após um dia cansativo, o *happy hour* cotidiano logo após o horário de saída do trabalho, quando os aborrecimentos do dia são esquecidos e atividades do dia seguinte são planejadas em grupos de amigos.

- Sessão 6:

Normalmente não percebemos as mensagens corporais que emitimos, porém a comunicação é muito mais eficaz quando há uma congruência entre o verbal e o não-verbal.

→ Objetivo da sessão: desenvolver um comportamento não-verbal/corporal eficaz, ou seja, uma correspondência entre o comportamento verbal (o que é dito) e o não-verbal (como é dito).

Orientações: discussões a respeito dos diferentes componentes do comportamento não-verbal: postura, espaço (distância) entre uma e outra pessoa, contato visual, sinais, expressão facial, gestos e tom de voz.

- Sessão 7:

Muitos alcóolicos relatam que bebem quando se sentem frustrados ou com raiva de certas pessoas. Sentem que não conseguem se expressar e até criticar sem antes tomar uma dose de bebida. Outros relatam que bebem justamente para evitar um comportamento agressivo ao criticar alguém, pois não possuem habilidades de criticar construtivamente.

→ Objetivo da sessão: criticar, apresentando o juízo crítico como uma habilidade de comunicação construtiva que pode produzir resultados positivos para ambas as partes envolvidas.

Orientações: relaxar antes de criticar; aprender a criticar em termos de seus próprios sentimentos e não em termos de fatos ou julgamentos sobre o outro; usar um tom de voz firme, mas não irritado; dirigir a crítica para o comportamento específico da pessoa e não para ela como um todo, solicitando uma mudança neste; aprender a negociar e a estabelecer acordos viáveis para ambas as partes; aprender a iniciar e encerrar a conversa com uma observação positiva.

Os pacientes compreendem o objetivo e muitos, durante a semana, o exercem em casa com amigos e familiares. No entanto, referem que no local de trabalho isto seria inviável, principalmente com relação a seus superiores, que na maioria das vezes seguiam também ordens sem consciência dos motivos (sem consciência do trabalho que exerciam como um todo) e por isso sentiam-se ameaçados ao serem questionados. Os pacientes mostram a dificuldade em perceber seu papel no processo de trabalho e a importância de suas funções, como se fossem algo isolado. M. (sexo masculino, 49 anos) refere que tem ocupado a função de guardar carros e que, devido a um acidente (o carro de um dos usuários foi arranhado), foi considerado culpado. Demonstra sentir-se em posição de inferioridade devido a seu cargo; considera que sempre será desacreditado se confrontado com alguém que ocupe um cargo superior ao seu. Outros demonstram desconhecer a importância de suas funções, considerando que quanto maior o salário, maior sua importância para o funcionamento da universidade.

- Sessão 8:

A dificuldade em responder de forma efetiva a uma crítica provoca conflitos interpessoais, raiva e outros sentimentos negativos, considerados situações de alto risco, principalmente se toda crítica é vista como destrutiva.

→ Objetivo da sessão: aprender a receber críticas, sendo receptivo a ouvir o ponto de vista do outro, de modo a evitar discussões desnecessárias.

Orientações: não se colocar numa posição defensiva, não iniciar uma discussão, não contratar atacar com suas críticas; questionar o outro, a fim de clarificar e detalhar o conteúdo e o objetivo da crítica; propor um acordo viável; rejeitar educada e firmemente críticas infundadas.

Quanto a receber críticas, os pacientes demonstram dificuldade em aceitar que uma crítica possa ser construtiva segundo a forma como é feita. Referem que as piores provêm do ambiente de trabalho, dependendo do tipo de chefia. Relembram críticas feitas por seus chefes de forma inapropriada, na frente dos demais e utilizando uma postura agressiva, que muitas vezes os induziu a realizar o trabalho de forma desinteressada e pouco produtiva: “o chefe reclamou sem razão, agora vai reclamar com razão”. Referem-se também às relações de luta de poder, onde chefias em situações específicas disputam o poder e a realização de certas atividades fazendo com que ordens diferentes sejam dadas ao mesmo trabalhador, que por sua vez fica confuso e aparentemente obedece àquele que poderá constrangê-lo mais em caso de desobediência.

- Sessão 9:

Muitas pessoas que apresentam problemas com o álcool relatam que bebem quando sentem raiva ou são provocados por alguém. A raiva é uma reação humana normal, no entanto deve-se fazer distinção entre o sentir raiva e algumas conseqüências da raiva, como agressão e comportamentos impulsivos.

→ Objetivos da sessão: aprender a discriminar estímulos que provoquem raiva.

Orientações: definir o que é raiva e salientar seus efeitos positivos e negativos; discriminar quais situações provocam raiva, direta e indiretamente, e quais respostas a manifestam (reações internas).

- Sessão 10:

Uma grande parte dos alcoólicos tem dificuldade em identificar, expressar e manejar a raiva, muitas vezes devido a experiências anteriormente vividas, nas quais o uso da bebida exacerbou a emoção.

→ Objetivos da sessão: desenvolver técnicas para controle da raiva, a partir da consideração de que esta não é causada diretamente por eventos desencadeadores, mas sim por pensamentos ou crenças sobre estes eventos.

Orientações: examinar situações que provoquem raiva; discutir as opções existentes para lidar com ela; exercitar soluções do problema; ensinar o grupo a produzir pensamentos positivos alternativos.

Os pacientes mostram-se conscientes do comportamento impulsivo e agressivo que apresentam ao alcoolizar-se; referem-se a episódios de uso de álcool para auxiliar a “resolver” alguns problemas no trabalho, nos quais acreditavam necessitar ser mais agressivos para expressar o que queriam. Quando questionados sobre o perigo de trabalhar alcoolizados, a maioria mostra ter pouca consciência da periculosidade, tendo como base o fato de conseguirem realizar seu trabalho de forma satisfatória, em condições e com materiais precários.

- Sessão 11

→ Objetivos da sessão: Treino de relaxamento progressivo para aprender formas de controle de excesso de tensão, quando ocorrem na “vida real”.

Orientações: aprender a relaxar sem tensionar os músculos; abreviar o processo de relaxamento a ponto de utilizá-lo em quaisquer posições e/ou durante atividades não estressantes.

Nesta sessão os pacientes recebem instrução para aplicar a nova técnica em situações cotidianas, principalmente no local de trabalho, onde a maioria de seus músculos são trabalhados, não havendo gasto desnecessário de energia.

- Sessão 12:

A forma como pensamos influencia o modo como nos sentimos e nos comportamos. Pensamentos negativos podem levar a emoções negativas e tensões, que por sua vez podem conduzir à recaída.

→ Objetivo da sessão: aprender a identificar pensamentos negativos e a estar mais aptos a perceber como influenciam nossos sentimentos.

Orientações: aprender a identificar pensamentos negativos; aprender a reestruturar os pensamentos negativos, substituindo-os por outros mais realistas.

Nesta sessão recordamos o modelo cognitivo no qual os pensamentos levam a sentimentos e comportamento, sendo discutidos alguns exemplos cotidianos dos pacientes.

- Sessão 13:

Após a identificação dos pensamentos negativos, que geralmente são distorções das situações existentes que nos levam ao estado de humor negativo, é possível contestá-los e substituí-los por pensamentos mais racionais.

→ Objetivos da sessão: aprender maneiras de interromper os pensamentos negativos e substituí-los por pensamentos positivos.

Orientações: provocar discussão em grupo para surgimento de exemplos de como mudar pensamentos; aprender a perceber pensamentos negativos o mais rápido possível; interrompê-los abruptamente e substituí-los; tentar mudar crenças irracionais e irrealistas.

Q. (sexo masculino, 50 anos) refere-se ao seu atraso no primeiro dia que assumirá uma função diferente. Relata que perdeu o ônibus e fazemos uma análise de seus pensamentos negativos: “vão achar que estou bebendo outra vez”, “vão me substituir”, “sou um incompetente, um idiota”, “antes eu tivesse bebendo, pelo menos iria ser chamado atenção com razão”. O grupo analisa a cadeia de pensamentos, identificando-a como a de alto risco caso não seja interrompida. Uma das formas encontradas para impedir a cadeia foi questionar os pensamentos: “Pode ser que não acreditem em mim mas tenho o resto da semana para chegar no trabalho cedo, compensar o atraso e mostrar que sou capaz”, “posso ao menos tentar explicar o atraso e sugerir que me descontem o dia”, “não adianta voltar pra casa ou ficar no bar, ao menos vou tentar chegar ao trabalho”. Desta forma, através do questionamento, interrompe-se a cadeia de pensamentos que levaria a sentimentos negativos.

- Sessão 14:

Durante os períodos iniciais de abstinência, a crítica ao beber pode ser freqüente, visto que é necessário um tempo determinado para que os amigos e familiares realmente acreditem na mudança comportamental. É importante estar pronto a responder de forma adequada a tais críticas.

→ Objetivo da sessão: aprender a responder assertiva e efetivamente às críticas sobre o comportamento aditivo.

Orientações: as mesmas desenvolvidas na sessão “Receber Críticas”, enfocando a questão do alcoolismo.

Pacientes referem a dificuldade em ouvir acusações infundadas. P. (sexo masculino, 47 anos) refere-se ao dia em que estava com conjuntivite e foi considerado, a princípio pela chefia, que teria bebido. P relata que normalmente ficaria irritado e provavelmente agressivo, o que poderia inclusive induzi-lo a “beber para relaxar”. Refere-se às habilidades que aprendeu nas sessões anteriores, o que o auxiliou a reverter a situação, não exaltando-se e sim explicando o que acontecera.

- Sessão 15:

Muitos bebedores abusivos utilizam o álcool como fator de socialização com os demais, por se considerarem tímidos ou sem atrativos. Uma das principais crenças relacionadas ao álcool é que ele proporciona uma interação social maior, sendo muito comum entre os diagnosticados como fóbicos sociais o consumo abusivo de álcool.

→ Objetivos da sessão: desenvolver a habilidade básica de comunicação, a partir da consideração de que a conversação é o primeiro passo no estabelecimento das relações interpessoais.

Orientações: identificar os obstáculos que dificultam o estabelecimento da comunicação; como tornar mais fácil o início de uma conversa; técnicas de comunicação; iniciar a conversa com um tópico que permita uma resposta fácil e confortável; falar sobre si mesmo; desenvolver a escuta e a observação; mostrar para o outro seu desejo de estabelecer a comunicação; usar questões abertas; checar a recepção da comunicação; encerrar a conversa deixando o outro com o sentimento de que foi um momento agradável.

D. (sexo masculino, 46 anos) refere que o seu uso abusivo de álcool iniciou-se na adolescência pela dificuldade em relacionar-se com os demais. Prefere que o mesmo se dá atualmente no trabalho, onde o único momento que se “tornava normal” era no bar após o expediente. Relata que o mesmo se dá nas festas de confraternização, que tem evitado. Sugerimos que tenha sessões individuais nas quais estas habilidades serão especificamente treinadas, visto que os demais do grupo já a possuem.

- Sessão 16:

Os problemas de alcoolização geralmente vêm acompanhados por problemas nos relacionamentos. Diferentes pessoas podem estar contribuindo para a manutenção da abstinência do alcoolista, e permitir que saibam que estão ajudando aumenta a probabilidade de que continuem.

→ Objetivo da sessão: aprender a aceitar elogios e a elogiar quando desejar, o que leva a uma maior satisfação nos relacionamentos.

Orientações: elogiar baseando-se em seus próprios sentimentos; especificar o que está sendo elogiado; aceitar elogios, não negá-los ou rejeitá-los; reconhecer que tem mérito e merece o elogio; mesmo discordando da opinião do outro, responder gentilmente e indicar sua apreciação do *feedback* positivo.

O. (sexo masculino, 51 anos) refere o apoio que seu chefe tem dado e como isto vem sendo importante na sua recuperação. Refere ainda que o mesmo não o julga pelo passado e

leva em consideração que agora tem sido um bom funcionário. Relata a dificuldade em elogiá-lo, por receio de ser considerado “puxa-saco”. N. (sexo masculino 49 anos) relata sentir o mesmo.

- Sessão 17:

→ Objetivo da sessão: aumentar o senso de controle de situações estressantes.

Orientações: aprender a utilizar o processo de relaxamento após, durante ou antes de situações estressantes; imaginar situações estressantes para aplicar relaxamento, a título de exemplo.

Focaliza-se a aplicação das técnicas de relaxamento aprendidas em sessões anteriores em situações tensas do cotidiano. Os pacientes referem que isso vem sendo útil para situações no trabalho nas quais anteriormente provocavam efeitos negativos corporais por conta do esforço repetitivo e de momentos de estresse.

- Sessão 18:

Expressando-se de forma adequada, pode-se mais facilmente resolver sentimentos desagradáveis que de outra maneira poderiam acumular-se. Agindo assertivamente, as chances de os objetivos serem alcançados são maiores do que agindo agressiva ou passivamente.

→ Objetivo da sessão: desenvolver uma atitude assertiva, adaptando o comportamento de modo adequado a cada situação. Reconhecer seu direito de decidir, o que fará em certa situação reconhecendo também os direitos alheios que devem ser respeitados .

Orientações: pensar antes de agir; expressar-se de forma direta e específica; ajustar os comportamentos verbal e não-verbal; estar disposto a estabelecer acordos, empenhando-se por um senso de igualdade em seus relacionamentos; ser persistente e consistente para ser bem compreendido; ter consciência de suas reações habituais, esforçando-se para mudar e agir mais assertivamente.

Os pacientes dão como exemplo os tipos diferentes de chefia; referem que a agressiva aparentemente consegue o que, quer porém, devido à humilhação e ou estresse que sofrem no momento, tendem a descontar na queda de produção. Propositadamente, acabam não fazendo por vezes suas tarefas da melhor forma possível. Quanto à passiva, referem que são chefias que não inspiram confiança tendo sempre alguém que passa por cima de seu comando. Relatam que muitas vezes não se sentiram constrangidos a trabalhar alcoolizados com esse tipo de chefia. No entanto, identificam algumas chefias “assertivas”, aquelas que, por se utilizarem de

tais habilidades, conseguem aumentar o estímulo do trabalhador, fazendo com que o mesmo não queira decepcioná-las, auxiliando inclusive na manutenção da abstinência: “é aquele chefe que sabe como pedir e chamar nossa atenção sem humilhar, aí a gente acaba fazendo tudo de boa vontade”. Referem-se a pensamentos que já tiveram no momento em que sentiam desejo de beber: “é melhor não, logo agora que o chefe tem me apoiado, vou morrer de vergonha se decepcioná-lo”.

- Sessão 19:

Os sentimentos de ressentimento, perda da auto-estima, raiva, dentre outros, que são construídos quando o indivíduo não possui habilidade de dizer não, são as emoções negativas mais comuns que normalmente levam à recaída.

→ Objetivo da sessão: desenvolver a habilidade de recusar pedidos de outros, quando estes não forem compatíveis com suas prioridades.

Orientações: estabelecer suas prioridades; recusar de forma clara e firme, decidindo, de acordo com a situação, quando deve justificar a recusa; saber negociar, estabelecendo acordos quando for conveniente; ajustar os comportamentos verbal e não-verbal; manter a decisão, mesmo com a insistência do outro.

Pacientes se referem a pedidos feitos no local de trabalho, o que caracterizaria desvio de função. G. (sexo masculino, 50 anos) fala de sua insatisfação em ter que ceder a certos favores, sem nem mesmo ter o material necessário para seu trabalho. U. (sexo masculino, 41 anos) refere a pressão em ter que fazer trabalhos de informática em certas situações de entrega de relatório, nas quais tem que trabalhar até após o expediente. Ressalta que ao solicitar um horário por semana para especializar-se em um curso da área, foi informado pela chefia que esta não é sua atribuição na instituição, e então o pedido não se justificaria.

- Sessão 20:

Muitas pessoas tendem a deixar de demonstrar suas emoções por considerarem que os outros já sabem o que estão sentindo, o que pode dificultar o relacionamento interpessoal.

Muitos dependentes referem-se a sentimentos de solidão e alegam que usam a bebida para ajudar a lidar com esta situação; por outro lado, a solidão pode ser resultado do próprio beber. Aprender a expressar-se e a compartilhar sentimentos com os amigos ou familiares auxilia no crescimento de relacionamentos, diminuindo o sentimento de solidão.

→ Objetivo da sessão: compartilhar sentimentos, opiniões e atitudes com outros indivíduos.

Orientações: falar com outros sobre seus sentimentos, tanto positivos quanto negativos; desenvolver uma escuta ativa do outro, tentando compreender o que está sendo comunicado (utilizando um comportamento não-verbal adequado, reconhecendo o que os comportamentos não-verbais do locutor indicam, compartilhando experiências e/ou sentimentos similares com o outro).

Alguns pacientes referem o uso do álcool para conseguirem expressar seus sentimentos, inclusive no local de trabalho. N. (sexo masculino, 49 anos) refere que tem se aborrecido quando trabalha em companhia de um de seus amigos mais próximos, que tende a sobrecarregá-lo. Pensou por várias vezes em se alcoolizar para poder dizer o que pensa mas receia tornar-se agressivo. O mesmo relata que sempre considerou que era evidente que a situação o incomodava, mas até então, nunca havia questionado se o amigo realmente sabe sobre seus sentimentos, uma vez que nunca os expõe.

- Sessão 21:

A maioria dos alcoólicos, ao procurarem tratamento, estão com problemas familiares, dentre outros, e se queixam principalmente de dificuldades para se relacionarem com seus cônjuges. A falta de comunicação efetiva traz problemas para a intimidade; o beber e a recaída se tornam menos prováveis quando o indivíduo possui uma alternativa efetiva para responder a estas dificuldades.

→ Objetivos da sessão: desenvolver habilidades para lidar com as dificuldades e conflitos que surgem no contexto dos relacionamentos íntimos; desenvolver estratégias, combinando a aplicação de habilidades (assertividade; dar e receber críticas; elogiar; escuta ativa) para o estabelecimento de uma comunicação efetiva.

Orientações: fazer críticas construtivas a respeito dos comportamentos do outro que incomodam, antes que sentimentos negativos se acumulem; saber receber as críticas, a fim de evitar discussões desnecessárias; expressar sentimentos positivos; ser um ouvinte dinâmico, o que ajuda a construir proximidade, afeto, apoio e compreensão; conversar diretamente com o parceiro sobre sexo para que ele possa saber o que você pensa, sente e quer.

- Sessão 22: Revisão

Revisão das sessões anteriores. Discutiui-se todos estão acompanhando o andamento do tratamento.

- Sessão 23:

Pesquisas mostram que atividades prazerosas estão diretamente relacionadas ao modo como o indivíduo se sente. É importante haver um equilíbrio entre o que se *deve fazer* e o que se *quer fazer*, e tentar retomar as atividades prazerosas que praticavam antes do uso abusivo da bebida.

→ Objetivo da sessão: estimular tempo de lazer e atividades que dão prazer, como forma de aumentar as opções, não sendo somente o beber a única fonte de prazer.

Orientações: desenvolver um “menu” de atividades prazerosas; desenvolver planos de atividades prazerosas; identificação de obstáculos que impeçam de colocá-las em prática.

Os pacientes referem-se à dificuldade de ter algum lazer. Relatam que a bebida é a de mais fácil acesso, principalmente nas comunidades carentes, das quais fazem parte: “*só tem botequim, mais nada*”, afirma T. (sexo masculino, 62 anos). Referem-se ao beber após o trabalho como principal lazer e que seu tempo disponível, sempre que possível, é utilizado para “biscates” e ajuda de amigos na construção de suas casas. G. (sexo masculino, 50 anos) relata que seu único lazer, além de se encontrar com seus amigos de trabalho após o expediente no bar é jogar cartas mas esta atividade envolve a bebida. Relembra que antes de ser dependente andava muito de bicicleta. I. (sexo masculino, 42 anos) coloca a possibilidade de praticar esportes na universidade gratuitamente e se refere à época em que fazia natação, acrescentando que procurará retornar a tal atividade. O. (sexo masculino, 51anos) e N. (sexo masculino, 49 anos) relatam que durante os finais de semana seu único lazer é trabalhar na obra de suas casas. Contam que seus amigos do trabalho são convidados a ajudá-los e que ao final há um grande almoço; falam da capacidade de agora poderem recusar bebidas nesses eventos.

- Sessão 24:

As chances de o indivíduo lidar efetivamente com situações estressantes e crises pessoais são maiores se houver uma rede consistente de suporte social, principalmente aquelas associadas com o beber.

→ Objetivo da sessão: desenvolver e manter relacionamentos interpessoais que possam fornecer o suporte necessário para que o indivíduo sinta mais confiança em suas habilidades, manejando-as em sua vida para saber como lidar com seus problemas.

Orientações: identificar modos específicos em que interações possam ser uma fonte de suporte, considerando: quem pode fornecer ajuda; que tipo de suporte é desejado: ajuda na solução de problemas, apoio moral, ajuda nas tarefas, informações, ajuda de emergência; como

conseguir a ajuda de que precisa: pedir ajuda específica e direta, acrescentar novos ajudantes em sua rede, oferecer suporte a outros.

Os pacientes analisam seus possíveis suportes. Relatam que atualmente podem contar com a ajuda do Programa de Apoio ao Trabalhador e contam episódios de lapsos que poderiam tornar-se recaídas se não fosse tal apoio. Referem sentir-se à vontade para procurar ajuda, mesmo se estiverem alcoolizados, pois sabem que serão ouvidos por algum profissional da equipe e não serão vistos como “sem esperanças”. Relatam como é importante saber que no local de trabalho tem-se apoio e que o lapso é visto como um aprendizado e não como o final de todas as tentativas.

- Sessão 25:

Nem todos os eventos estressantes são necessariamente negativos. Mudanças positivas de vida podem também apresentar riscos e provocar recaídas, visto que o álcool está associado também a situações comemorativas.

→ Objetivo da sessão: traçar plano de emergência com número de possíveis situações estressantes que possam surgir inesperadamente e incluir estratégias para resolvê-las.

Orientação: discussão, em grupo, de planos e estratégias.

Foram discutidas algumas situações de alto risco que podem acontecer e foi pedido que cada paciente produzisse um plano. Dentre as situações, incluíram-se problemas econômicos e mudanças drásticas no local de trabalho, como mudança de chefia e, conseqüentemente, da organização do trabalho. Incluíram-se também as situações positivas de promoções e mudança de funções associadas ao receio de não superarem as expectativas e serem rapidamente substituídos. Todos incluíram em seu plano a busca de apoio no programa, além de outras fontes de suporte.

- Sessão 26:

Cada paciente deve estar ciente de que continuará a enfrentar problemas significativos, porém agora possuem estratégias que antes desconheciam.

→ Objetivo da sessão: considerar as mudanças ocorridas desde o começo do grupo e considerar também os problemas que ainda persistem.

Orientações: identificação de experiências de sucesso; revisão de problemas remanescentes.

- Sessão 27:

A maioria das escolhas que são feitas diariamente parece não estar associada ao beber. Não envolvendo uma escolha direta, elas podem, porém, passo a passo, através de uma série de pequenas decisões, conduzir à confrontação com a escolha maior, a de beber.

→ Objetivo da sessão: conscientização de que decisões aparentemente irrelevantes podem estar interligadas a outras decisões menores, que ajudarão gradualmente a traçar o caminho para a bebida.

Orientações: desenvolver capacidade de pensar sobre cada escolha, antecipando riscos; analisar as últimas recaídas e decisões aparentemente irrelevantes que levaram a isto.

Referem-se à recaída de I. (sexo masculino, 42 anos) e às pequenas decisões aparentemente irrelevantes que teve, dentre outros episódios individuais pelos quais passaram. Analisamos as últimas recaídas, avaliando as decisões aparentemente irrelevantes que estavam envolvidas.

- Recaída de I.

Segundo o paciente, tudo começou com uma viagem. Decidira então cortar o cabelo, porém como teve que esperar sua vez e estava sem cigarros foi comprá-los no bar da esquina: “aí deu vontade de tomar um conhaque”. I. já havia, em outras situações sociais bebido, dois chopes, sem que houvesse nenhuma alteração. Relembramos o modelo cognitivo, de que antes do comportamento há um pensamento e uma emoção. I. não compreende o que o impulsionou, visto que tudo anda muito bem em sua vida. Porém, após analisar o ocorrido, conclui que o sucesso que tem obtido no trabalho o tem assustado e o tornado ansioso. Suas responsabilidades aumentaram e está empenhando funções de um profissional de 3º grau. Discutimos no grupo como não só os problemas e o fracasso podem levar ao beber mas também o sucesso, visto que as exigências aumentam: não só por parte dos outros, que estão nos dando uma oportunidade e por isso esperam o melhor, mas de nós mesmos, que nos cobramos a perfeição. Referimo-nos às decisões aparentemente irrelevantes, como ir cortar o cabelo, comprar cigarros num bar e conseqüentemente tomar a primeira dose. A recaída teve duração de uma semana, quando I. resolveu pedir ajuda ao Programa. I. refere o temor do retorno ao trabalho, sendo estimulado a relatar o ocorrido à chefia de forma clara e sincera. Relata que a chefia não o puniu nem o deixou abandonar suas novas funções, o que estimulou I. a dar continuidade ao tratamento e a manter-se abstinente.

- Sessão 28:

→ Objetivo: Análise do tratamento e despedida do grupo.

Orientações: *feedback* para os membros do grupo; *feedback* para os terapeutas; despedidas e sugestões.

CAPÍTULO III

DISCUSSÃO

Apresentação dos Dados

O resumo da análise dos prontuários no qual constam relatos da equipe do programa será colocado em anexo (anexo III). A equipe multidisciplinar que oferecia tratamento no programa era composta de assistentes sociais, médicos clínicos e psiquiatras. Incluem-se em tais relatos as visitas feitas ao local de trabalho pelo serviço social, assim como os atendimentos feitos aos familiares. O Programa de Atendimento ao Trabalhador Alcoolista, após 1999, passou à coordenação geral da Divisão de Saúde do Trabalhador (DVST), Subsistema da sub-reitoria de Pessoal da UFRJ, identificando-se como PAT/ÁLCOOL. O Grupo de Terapia Cognitivo-comportamental fazia parte deste programa, recebendo os trabalhadores indicados por aquela equipe.

Dentre os 23 trabalhadores citados, quatro foram aposentados proporcionalmente com diagnóstico de alcoolismo, visto que excederam 730 dias de licença, um faleceu quando ainda fazia parte do programa, oito foram considerados desligados do programa, um demitido, cinco receberam alta e quatro permanecem no programa.

Após cada resumo da análise de prontuários é apresentado um resumo dos pontos principais da entrevista feita com cada trabalhador (anexo III). Conseguimos entrar em contato com 11 pacientes, que aceitaram participar da entrevista. Não foi possível contactar os pacientes que se aposentaram, visto estes não possuírem mais vínculo com a instituição, sendo alguns não mais residentes no município do Rio de Janeiro e outros com novo endereço não especificado. As entrevistas foram realizadas na DVST no período de abril a junho de 2001.

Tendo como enfoque a organização do trabalho e sua relação com o consumo de álcool, e utilizando os dados encontrados na análise dos prontuários, na entrevista, foi considerado:

- identificação de função (se em desvio de função ou não);
- tipo de encaminhamento no programa de tratamento (se por iniciativa própria ou sugestão da chefia);
- consciência da dependência / abuso de álcool;
- horários mais freqüentes de consumo de bebida;
- Locais mais freqüentes de consumo (se dentro ou fora da universidade);

- facilidade de acesso ao consumo de bebida no local de trabalho;
- nível de satisfação no trabalho (consciência da importância de sua função pelo mesmo e pela chefia, reconhecimento, ambiente de trabalho, condições de trabalho);
- situação de vida no momento da última recaída / último consumo abusivo;
- relação entre trabalho com o consumo no local de trabalho;
- relação do apoio da chefia na aderência ao tratamento.

A partir dos dados encontrados nos prontuários e de informações complementares dos que participaram da entrevista, é possível traçar certas características deste grupo. Algumas questões se fizeram presentes e por sua vez geraram outros questionamentos, a serem aprofundados em oportunidade futura. Realizaram-se entrevistas e a análise de prontuário com o intuito de recuperar esses discursos, que se fizeram presentes nos anos anteriores, durante o trabalho de grupo realizado anteriormente: recuperar esses discursos com uma visão mais focalizada na saúde do trabalhador.

Os pacientes que compareceram à entrevista, de um modo geral, tinham como expectativa falar de seu estado atual de consumo e de seus problemas atuais, geralmente ligados ao estado de saúde conseqüente a um uso abusivo de álcool prolongado. A maioria se recordava do trabalho de grupo que tinha sido oferecido pela equipe de TCC, inclusive os que não aderiram a tal proposta. No momento em que foram contatados para a entrevista, reconheceram a terapeuta, o que permitiu que chegassem à entrevista esperando ser questionados sobre sua relação atual com o álcool. No entanto, dois pacientes compareceram com expectativas diferentes dos demais: L. (sexo masculino, 40 anos) comparece alcoolizado, esperando que ao ser entrevistado consiga uma resolução para seu problema de saúde; vê na entrevista a possibilidade de resolver seu problema de saúde, solicitando uma vaga para ser operado; e V. (sexo masculino, 53 anos) comparece à entrevista apresentando discurso confuso, relatando estar no local para solicitar atendimento médico, que não teria sido comunicado quanto à entrevista e se mostrando resistente a falar sobre assuntos referentes ao uso abusivo de álcool.

A seguir, são apresentados os dados encontrados, sendo os seis primeiros itens referentes a faixa etária, estado de saúde, religião e gênero. Os demais dados estão interligados a organização do trabalho e o consumo de álcool.

3.1. Faixa Etária

Primerio consumo

A idade mais vulnerável e os fatores de risco primários associados à iniciação às drogas precedem tipicamente a entrada do indivíduo na força de trabalho (Normand et al., 1994). De acordo com a OMS (1991), o alcoolismo instala-se lentamente ao longo de em média 15 anos, e o alcoolista geralmente inicia sua carreira como bebedor em torno dos 20 anos. Percebe-se que é na faixa etária de 15 a 19 anos que os primeiros usos do álcool são feitos entre grande parte dos funcionários. Dentre os pacientes dos quais foi possível obter tal informação, foram encontrados quatro casos de associação de álcool a outras drogas. Quanto a este aspecto, é necessário levar em consideração que muitos pacientes negam o uso de outras drogas, visto que são consideradas ilegais. A família é que muitas vezes traz esta informação, o que pode nos levar a pensar que este número pode ser superior ao demonstrado.

TABELA I - Estatísticas do Número de Funcionários Segundo Faixa Etária dos primeiros consumos de álcool

Faixa Etária	Número de Funcionários
10 a 14 anos	5
15 a 19 anos	9
20 a 24 anos	1
Não Informado	8
Total	23

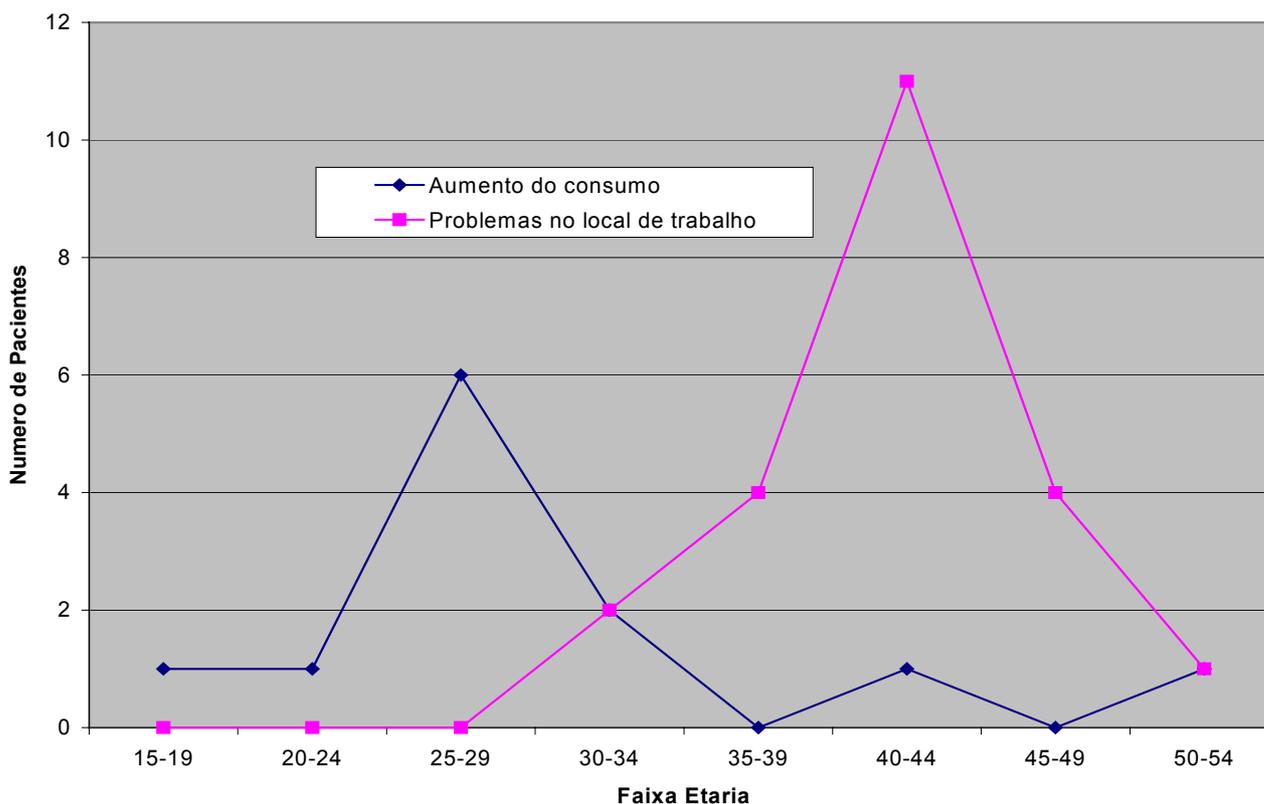
Primeiros Problemas no Local de Trabalho

De acordo com a literatura, ao redor dos 30 anos o bebedor evolui para a condição de bebedor pesado ou bebedor-problema e começa a apresentar problemas associados ao uso, sendo a partir dos 30 a 35 anos que a dependência é instalada (Laranjeiras e Nicastri, apud Vaissman, 1998). A faixa etária principal do aumento do consumo entre tais funcionários, como pode ser observado no gráfico a seguir, situa-se entre 25-29 anos. Alguns pacientes foram capazes de relacionar um evento de sua vida com o aumento do consumo, como: falecimento do cônjuge; separação da esposa; nascimento de filha; falecimento de um dos

familiares; associação do aumento de consumo devido a situação familiar, por viver com estranhos e não ter contato com a família; desilusão amorosa e dificuldade de compreender as relações que se estabelecem na universidade.

A faixa etária principal observada, na qual os pacientes começam a apresentar problemas no local de trabalho foi, entre 40 e 44 anos.

Estatísticas da Faixa Etária do Aumento de Consumo e dos Primeiros Problemas no Local de Trabalho



3.2. Herança genética

De 11 pacientes que participaram da entrevista prestaram informação sobre este assunto, oito possuíam um dos pais com este problema e três os demais familiares. Mas o que faz com que esse número seja elevado?

TABELA II - Estatísticas do Número de Funcionários Segundo Grau de Parentesco com familiares alcoolistas

Grau de Parentesco	Número de Funcionários
Um dos pais	8
Irmãos e /ou tios	3
Não Informado	13
Total	23

Merangas (2001) refere que os problemas de álcool têm tendência a se reproduzir nas famílias de geração a geração. Os parentes de primeiro grau de alcoólatras são de 2 a 7 vezes mais susceptíveis de desenvolver problemas com álcool ao longo de suas vidas. Uma das explicações possíveis é que o abuso do álcool poderia derivar de uma aprendizagem comportamental, levando alguns a imitar a conduta do bebedor.

Weinberg, juntamente com Mandel (1994) e colaboradores, realizaram estudo sobre a relação entre o que crianças apreendem a partir do modelo de beber de seus pais e seu abuso de álcool durante a adolescência. Um nível elevado de consumo de bebida pela mãe ou pai foi significativamente associado ao aumento de chances do abuso de álcool e uso pesado entre tais crianças. Igualmente, Orford e Velleman (1995) demonstrara em seus estudos que uma minoria de crianças com pais alcoólatras continua a ter problemas na idade adulta, porém estas, comparadas ao grupo de crianças de famílias não alcoólatras, apresentam um risco potencial mais elevado de consumo de álcool ou de droga.

Baseado no fato de que a herança genética não é suficiente para explicar o alcoolismo, no modelo cognitivo-comportamental leva-se em consideração que esse comportamento (alcoolismo) foi aprendido. Segundo Bandura (1977), é necessário ressaltar que as regras para o comportamento aditivo são também culturalmente transmitidas, através da observação do comportamento de outro familiar, o que é denominado pelo autor de modelação.

Segundo Cook (1995) os cientistas são unânimes em pensar que os fatores genéticos têm um papel que não deve ser negligenciado, porém a genética por si só não explica, as variações de frequência do alcoolismo de uma cultura a outra, ou de uma determinada época. A origem genética não pode por ela mesma determinar quem se tornará alcoólatra ou consumidor de risco: em suma, é a interação entre o meio e o fator genético que importa.

3.3. Problemas de Saúde

De acordo com o Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons (IREB, 2001), em seu documento de *consensus*, um forte consumo de álcool (maior que 39gr de álcool puro diariamente) é associado a um risco maior de hipertensão, acidente vascular cerebral hemorrágico e perturbações de risco cardíaco.

Alguns pacientes, a princípio, não apresentavam problemas no local de trabalho e/ou não tinham sido indicados pela chefia ao programa. Porém, ao se apresentarem ao setor médico da DVST, por problemas de saúde, foram reconhecidos com possibilidade diagnósticas de dependência alcóolica, devido a seus sintomas estarem associados a um uso abusivo e prolongado de álcool. Percebemos assim o importante papel da equipe médica na divisão de saúde dos trabalhadores, no que se refere ao diagnóstico do alcoolismo. Dos 23 pacientes, cerca de 50% apresentaram problemas de saúde:

TABELA III - Identificação dos Problemas de saúde associados ao uso abusivo de álcool

Identificação do Problema de Saúde	Funcionário
Apresentando hipertensão arterial e outros problemas associados ao uso abusivo de álcool, sendo por esta razão aposentada	J.
Apresentando problemas de varizes	T.
Pancreatite crônica, hipertensão arterial, diabetes, associados ao uso abusivo por longa data	F.
Apresentando distúrbios gastrointestinais devido ao abuso; em 1985, e aos 24 anos, alcoolizado, sofre atropelamento e perde o baço; em 2000 apresenta hérnia na cicatriz da última operação	L.
Obesidade, dislipidemia e hipertensão arterial sistêmica	I.
Apresentando problemas de saúde, associados ao uso abusivo, como queixas constantes de dor no tórax.	V.
Crises de bronquite contínuas, de acordo com o consumo	P.
Úlcera associada ao uso abusivo de álcool	A.
A partir de licenças médicas consecutivas por fraturas, após investigação médica foi encaminhada ao programa.	X.

Apresentando tonteados e dor no peito, foi encaminhado ao programa pelo setor médico. Refere em entrevista: <i>“eu estava com dor no peito e procurei o médico e ele me disse que eu precisava me tratar, parar de beber e me indicou pro tratamento”</i> .	Q.
Apresentando dor epigástrica, nervosismo, insônia, cefaléia, depressão, alucinações auditivas, foi indicado ao programa pela equipe médica, após avaliação, diagnosticado com transtorno psicótico decorrente do uso abusivo de álcool.	K.
Queixando-se de esquecimentos, foi então indicado pela chefia ao setor médico, que o indicou ao programa apresentando síndrome dismínésica com déficit atencional associado. Três anos mais tarde, O. apresenta seqüelas de AVC, devido ao não tratamento adequado de hipertensão. O. relata em sua entrevista: <i>“foi o médico que me indicou, na verdade fui me consultar sobre os esquecimentos e falei que já bebi muito”</i> .	O.

Foi possível também observarmos a importância de se atentar quanto à possibilidade de estigmatização desses pacientes feitas por nós, profissionais de saúde. R. (sexo masculino, 47 anos), na entrevista, queixa-se que os sintomas que apresentava (falta de ar e tonteados) nunca haviam sido diagnosticados anteriormente nos demais atendimentos: *“eu vinha aqui sempre, me examinavam mas só se preocupavam em me perguntar sobre a bebida, eu sempre falava que sentia tonteira e falta de ar”*. Relata que o desconhecimento de seu problema de hipertensão provocava muita angústia e nervosismo: *“eu tinha muito medo de ser alguma doença grave, muitas vezes bebia para parar de sentir aquilo, eu achava que estava ficando maluco”*. Complementa referindo-se a sua indicação para o programa: *“foi nessa época que o médico me iniciou pro tratamento do alcoolismo e acabou que acho que ele esqueceu do resto que eu sentia”*. Da mesma forma, N. (sexo masculino, 49 anos) complementa em entrevista: *“quando a gente é considerado alcoólatra, os médicos, quando tem consulta, logo perguntam, ‘tá bebendo? bebeu quando teve acidente?’; mas esquecem de perguntar sobre os elementos tóxicos do ambiente em que a gente trabalha”*.

Devemos nos questionar como profissionais de saúde. Pois, apesar de muitas de suas queixas quanto ao estado de saúde estarem relacionadas ao abuso de álcool, não devemos desconsiderar a investigação dos outros sintomas que estes indivíduos possam apresentar, assim como as demais queixas com relação ao local de trabalho, que fazem parte da realidade de trabalhadores sejam eles alcoolistas ou não. Muitas vezes tais queixas podem ser fruto de uma distorção da realidade devido aos efeitos do álcool, mas também podem se originar de uma visão coerente e realista do ambiente que os cerca.

3.4. Comorbidade

De acordo com Knapp (1999), a constatação de níveis elevados de comorbidades em indivíduos que fazem uso abusivo de substâncias faz pensar em uma “personalidade aditiva”. Quanto à comorbidade e os transtornos comumente encontrados em associação ao alcoolismo, estes são: depressão e transtorno de personalidade anti-social e *borderline*. Também podem ser encontrados narcisismo, impulsividade, dependência, ansiedade, hipocondria e ambivalência. Entretanto, essas associações tornam difícil saber qual dos transtornos é primário.

Um estudo realizado pelo ECA (Epidemiologic Catchment Area Study), em 1991, e citado pelo autor, mostrou que um terço das pessoas com um diagnóstico psiquiátrico tinha associado um segundo transtorno, enquanto que entre os alcoolistas essa proporção era bem maior (47%). O transtorno de personalidade anti-social foi a comorbidade mais associada à dependência de álcool. Quando a população examinada é de dependentes de álcool, o diagnóstico de comorbidade com depressão é mais comum, talvez porque a depressão motive a procura de tratamento. Com relação ao que começa antes, de acordo com o ECA, na maioria dos casos (78%), o alcoolismo precede a depressão. Quando a depressão precede ao alcoolismo, este é menos severo.

Dos 23 pacientes, 50% foram diagnosticados ou manifestaram suspeita de diagnóstico por parte da equipe psiquiátrica e psicológica, com relação a outros transtornos associados ao alcoolismo. Ver abaixo:

TABELA IV- Identificação dos Transtornos psiquiátricos de acordo com o DSM IV

Paciente	Transtorno Psiquiátrico
K.	Hipótese diagnóstica de transtorno psicótico decorrente do uso de álcool
D.	Transtorno de ansiedade fobia social
E.	Transtorno de personalidade anti-social
A.	Transtorno de personalidade esquizóide e/ou fobia social
Z.	Hipótese diagnóstica de transtorno de personalidade anti-social e fobia social
V.	Hipótese diagnóstica de transtorno de personalidade anti-social, episódios de depressã
B.	Hipótese diagnóstica de transtorno de personalidade histriônica

U.	Transtorno depressivo unipolar recorrente
J.	Transtorno depressivo unipolar recorrente
M.	Episódios depressivos
Q.	Transtorno depressivo unipolar recorrente
I.	Transtorno depressivo moderado
Total	12 pacientes

Dentre este grupo, cerca de 42% dos pacientes apresentaram diagnóstico de depressão e 16% apresentaram episódios depressivos; 50% apresentaram hipótese diagnóstica de transtorno de personalidade e/ou fobia social.

Araújo (1995), em estudo realizado no Brasil, refere que pacientes alcóolicos apresentam maior prevalência de história de alcoolismo na família, história de depressão na família e história pessoal de outras desordens psiquiátricas, quando comparados a um grupo controle. O autor pontua a importância de estudos em genética e fatores ambientais relacionados à dependência do álcool.

Devemos atentar para a possibilidade de comorbidade ao diagnosticarmos o alcoolismo, o que poderá mais bem direcionar uma proposta futura de tratamento.

3.5. *Álcool e Gênero*

Recentes estudos comparativos entre homens e mulheres acharam significativas diferenças de gênero no que se refere aos aspectos epidemiológicos, clínicos, farmacológicos e sócio-culturais da adição.

De acordo com a Association Nationale pour la Prévention de L'alcoolisme (ANPA, 2001), sabe-se que o organismo feminino é mais vulnerável ao álcool que o masculino - as mulheres apresentam maior sensibilidade ao álcool, pois a metabolização é alterada, por terem menos água corporal e mais tecido adiposo, podendo alterar o mecanismo de ação da substância. Sendo o alcoolismo feminino bem específico, começa mais cedo que nos homens, com picos de frequência aos 24 e aos 50 anos, agravando-se mais rapidamente. A proporção entre homens é mulheres de aproximadamente 3:1; no entanto, esta parece estar mudando, como foi visto no estudo feito entre estudantes de 1º e 2º graus em Porto Alegre (Knapp, 1999)

De acordo com W. Miller (1997), os homens apresentam intoxicação por bebida em idade inferior em relação às mulheres, bebem mais cerveja e menos vinho, indo beber mais

freqüentemente fora de casa e dirigindo mais após beber. Os homens mostram mais tempo de sua vida de problemas com álcool sem sinais de dependência e tiveram mais facilidade de aceitar o conceito de doença do alcoolismo. O autor afirma que índices similares foram encontrados entre homens e mulheres com relação ao cigarro e ao uso de outras drogas.

Mulheres alcoolistas apresentam deteriorização mais rápida, começam a beber com mais idade que os homens, mas comparecem ao tratamento aproximadamente com a mesma idade e com o mesmo nível de severidade de doença. Segundo L. Miller (1997), se faz necessário um tratamento direcionado a essas diferenças de gênero.

Dentre os pacientes, identificam-se dois do sexo feminino. Este número restrito e o tamanho de nosso universo não permitem considerações relevantes. Sabe-se porém, que a grande maioria dos trabalhadores inscritos no programa é do sexo masculino. De 1996 à 1999 somente três pacientes do sexo feminino foram inscritos no programa. Sugerimos que pesquisas futuras sejam realizadas abordando o que as impede de comparecerem a este tipo de tratamento e um estudo mais direcionado do alcoolismo feminino e sua representação social.

3.6. Religião

Um fator que nos pareceu importante considerar, manifestado em alguns discursos, é a questão religiosa/espiritual. A religião pôde servir como fonte de capacitação e ajuda para a abstinência por um período determinado, como no caso de L. (sexo masculino, 40 anos). Consta em prontuário que ele obteve redução de consumo em 1995 e 1997, atribuindo a abstinência de cinco meses à sua ida para a igreja. Ou por períodos consideráveis e remarcáveis, como O. (sexo masculino, 51 anos), que ficou abstinente oito anos, motivado pela religião, referindo em entrevista estar na igreja: “é isso que vem me dando apoio, lá ninguém bebe, é outro ambiente, lá ninguém me chama pra beber”. Atualmente bebe moderadamente nos finais de semana. Da mesma forma, F. (sexo masculino, 47 anos), abstinente há três anos, durante a entrevista associa o fato a sua conversão religiosa; e V. (sexo masculino, 53 anos), abstinente há três anos, refere: “*Fui curado por Jesus , foi na igreja que consegui a abstinência*”.

Okundaye (2001) refere-se ao papel potencial da espiritualidade no processo de recuperação de pacientes aditos, citando que tal perspectiva espiritual complementa o potencial integrativo dos passos 1 a 3, dos 12 passos do AA e do NA. O autor refere que o papel da espiritualidade no tratamento da adicção tem sido negligenciado na educação e no treinamento dos trabalhadores sociais.

Segundo Miller (1998), achados freqüentes indicam que envolvimento espiritual/religioso pode ser fator de proteção importante contra o abuso de álcool e outras drogas e a espiritualidade há muito tem sido enfatizada como importante fator de recuperação da adição. Surpreendentemente, no entanto, poucas pesquisas têm explorado a relação entre estes dois fenômenos. O autor conclui afirmando que pesquisas sobre a compreensão da adição deveriam incluir não somente fatores biomédicos, psicológicos e sócio-culturais mas também os aspectos espirituais do indivíduo. O autor comenta que os cientistas comportamentais (Miller, 1990) devem começar a conhecer o papel do complexo processo espiritual, moral e decisional no comportamento aditivo, pois o estudo científico do processo espiritual poderá fornecer nosso entendimento dos comportamentos adictivos e nossa habilidade para prevenir e tratar esses problemas.

Devemos considerar, também, que ao desenvolverem sua espiritualidade tais pacientes estão expostos a outros ambientes, encontrando-se com outros indivíduos que não fazem consumo de álcool, mudando seus hábitos e acrescentando outras alternativas ao beber, desta forma propiciando uma mudança de atitude com relação ao álcool.

3.7. Situação Familiar

É reconhecido na literatura que o consumo excessivo de álcool causa dificuldades não só para o bebedor mas também para sua família. De acordo com Steinglass (1988), para mensurar plenamente o impacto do álcool sobre a família é necessário perceber como uma consumação excessiva pode abalar a estrutura e o funcionamento de uma família, dentro de seu próprio sistema relacional. O sistema familiar, segundo o autor, comportaria :

- 1) os papéis familiares : o consumo excessivo é capaz de modificar a clássica divisão do trabalho. O bebedor pode deixar de assumir suas funções de chefe de família, ou bem não mais se ocupar da educação das crianças, da casa ou das atividades de lazer e tais funções serão assumidas por uma outra pessoa, geralmente seu cônjuge.
- 2) Mudança de hábitos de vida : seu comportamento pode se tornar imprevisível e perturbador, provocando uma mudança nos hábitos da família e em sua organização.
- 3) Mudança dos rituais familiares : sua ausência, ou por vezes sua presença, pode perturbar a continuidade de festas familiares.
- 4) Vida social : as ocupações familiares e a ligação com o mundo exterior tendem a se reduzir.

- 5) Finanças : o álcool pode reduzir ou até mesmo destruir os meios de existência do bebedor.
- 6) Comunicação intrafamiliar : o dito e o não dito podem dificultar a comunicação no seio familiar; mesmo que não se aborde diretamente em família o assunto alcoolismo, as conversas podem deslanchar discussões e recriminações sobre as conseqüências do mesmo.

Quanto ao estado civil, no Reino Unido (Velleman, 1993), constata-se que a taxa de divórcio é duas vezes mais elevada entre os casais que apresentam problemas com o álcool. Uma enquete americana (NICADI, 1995) conclui que o álcool é um índice importante de violência conjugal. Cerca de 50% dos pacientes encontram-se divorciados/separados.

Em alguns relatos do serviço social um grande comprometimento familiar relacionado ao uso abusivo. É comum que tais pacientes, quando questionados sobre o período em que o consumo aumentou, atribuam o aumento à separação e partida do cônjuge. Porém, através do relato de seus cônjuges, pode-se verificar que o mesmo já fazia consumo excessivo antes da separação e que esta está relacionada ao uso álcool. Durante o grupo de TCC, muitos conflitos conjugais relacionados ao uso abusivo foram citados por tais pacientes, incluindo-se episódios de violência familiar. Porém revelaram, durante o grupo e através dos relatos presentes nos prontuários, muita dificuldade de assumir que a separação está associada ao consumo; tendendo a fazer uma melhor análise de tal relação quando estão em abstinência e já reestruturaram suas vidas. Alguns dos trabalhadores perderam o contato com seus familiares, que tendem a afastar-se após anos de exposição à problemática do álcool. Tais pacientes chegaram ao programa com a vida familiar comprometida.

A presença dos familiares é importante para a maior compressão do que ocorre e para o seguimento do tratamento. Podemos perceber o importante papel da família influenciando no tratamento oferecido no local de trabalho, como no caso de L. (sexo masculino, 40 anos). Sua mãe informou que o mesmo fazia uso associado de outras drogas, o que auxilia a todos os profissionais da equipe de atendimento como melhor abordar sua problemática. A família pode servir de contato com a equipe em momentos de recaída, como no caso de I. (sexo masculino, 42 anos). Sua esposa entrou em contato com os terapeutas do grupo de TCC quando o mesmo encontrava-se em recaída, o que facilitou o trabalho dos mesmos para estimulá-lo ao retorno ao grupo. E de E. (sexo masculino, 45 anos), quando sua ex-esposa informou à equipe o momento real em que o paciente aumentou seu consumo e sua dificuldade em dar continuidade ao tratamento. A mesma, meses depois, entrou em contato com a equipe, uma vez que o paciente encontrava-se desligado do programa, para solicitar ajuda, visto que ele encontrava-se acamado, sem alimentar-se e talvez necessitasse de internação. Os familiares também podem ser fonte de apoio para comparecimento ao tratamento, como no caso de K.

(sexo masculino, 47 anos), cuja companheira o acompanhava no tratamento, pois devido a seu quadro psiquiátrico comprometido, não tinha condições de se locomover por si só. Ela prestou informações à equipe quanto ao consumo do mesmo, associado a situações de fobia social.

3.8. Função Exercida

TABELA VIII - Estatística do Número de Funcionários Segundo Cargo Exercido

Funcionário	Cargo exercido	Nível auxiliar	Nível Intermediário	Nível superior
C.	Encanador	X		
J.	Telefonista (tendo sido readaptada para auxiliar administrativo devido a problema auditivo)		X	
T.	Mecânico de área (desviado de função devido ao uso abusivo, passa a fazer entregas no setor administrativo)	X		
D.	Assistente administrativo (desviado de função não consta motivo no prontuário faz análise de pagamentos e digitação)		X	
E.	Técnico de eletrônica		X	
A.	Contínuo	X		
U.	Operador de computador		X	
B.	Revisor de textos (desviado devido ao uso abusivo, identifica obras raras no acervo INEP, com sua melhora foi remanejado para ocupar as funções do seu cargo, porém em outro setor devido à postura resistente da chefia)			X
X.	Auxiliar de enfermagem		X	
Z.	Marceneiro	X		
K.	Porteiro	X		
G.	Servente de obras	X		

O.	Pedreiro (readaptado devido a hérnia de disco e após desviado de função como vestuarista devido a esquecimentos e cefaléias constantes)	X		
P.	Porteiro	X		
H.	Assistente administrativo		X	
R.	Servente de limpeza	X		
M.	Pintor (pintor em desvio de função por iniciativa própria, exercendo atividade de porteiro)	X		
F.	Servente de obras	X		
N.	Marceneiro	X		
Q.	Eletricista	x		
L.	Auxiliar de Laboratório		X	
I.	Programador de computador		x	
V.	Pedreiro	X		
TOTAL	23 pacientes	14	8	1

Pode-se assinalar que os trabalhadores que fizeram parte da amostra foram principalmente os funcionários classificados de acordo com o plano de carreiras do serviço público nos níveis auxiliar e intermediário.

Crum et al. (1995), em seu estudo sobre o estresse ocupacional e o risco de desordens referentes ao álcool, referem que indivíduos trabalhando em ocupações de alto estresse, com alta demanda psicológica e baixo controle, ou com alta demanda física e baixo controle poderiam aumentar o risco do abuso e dependência de álcool com relação àqueles em funções com baixa demanda e alto controle. Com relação a trabalho de alto estresse, homens têm probabilidade 27,5 vezes maior de desenvolver abuso de dependência, se forem empregados em um trabalho de alto nível de estresse com alta demanda psicológica e baixo controle; apresentam 3,4 vezes mais alto risco para desordens do álcool se forem empregados em um trabalho de alto estresse com alta demanda física e baixo controle.

Com relação às evidências epidemiológicas, Normand et al. (1994) referem que o uso pesado de álcool tem sido relativamente estável nos últimos anos, mas as taxas de consumo

pesado de álcool têm sido notavelmente mais elevadas entre adultos jovens do sexo masculino, especialmente entre militares, trabalhadores da indústria de construção, transportes e atacadistas de mercadorias.

Anthony, Mandell et al. (1992), em seu estudo da prevalência entre funções específicas e desordens referentes a substâncias psicoativas, referem que em um subestudo cinco ocupações foram identificadas como de maior prevalência deste tipo de desordens: trabalhadores da construção, marceneiros, outras funções de construção, garçons e garçonetes, ocupações de transporte e mudança. Mostraram que o problema com álcool foi predominante entre os casos de desordens referentes a drogas psicoativas.

Os mesmos autores, em estudo sobre a relação do alcoolismo e ocupações, referem que mais de 1/4 da mão-de-obra receberam diagnóstico de acordo com o DIS/DSM-III, relativo a desordens associadas ao abuso de álcool. Na indústria de transporte, 1/6 dos motoristas de caminhões pesados e carregadores de material recebeu diagnóstico de alcoolismo. Análise dos dados de indivíduos correntemente empregados e não empregados em suas ocupações revela uma redução de riscos para aqueles que deixaram algumas ocupações e aumento para aqueles que deixaram outras ocupações. São apresentadas evidências de que estar empregado em algumas ocupações pode proteger da dependência.

Do todos os pacientes, apenas 17% possuíam 2º grau e 8% 3º grau. Não é unânime entre os cientistas a opinião que profissões de baixo *estatus* social estejam sujeitas ou não (devido a um maior nível de estresse e alienação) ao consumo excessivo. O que devemos nos questionar é por que motivo somente essa camada da população de trabalhadores é levada ou introduzida no programa.

Identifica-se no entanto, através dos relatos de tais pacientes, que outros trabalhadores, como os professores e chefes, não estão isentos de tais problemas com o álcool. Como nos relata P. (sexo masculino, 47 anos): “*o chefe bebia mais que eu, e eu que tinha que me tratar, ele era até um bom chefe mas fiquei indignado, só porque é professor que não precisa de tratamento?*”. Da mesma forma, consta em prontuário que N. (sexo masculino, 49 anos) acusou a chefia imediata de fazer uso abusivo de álcool no local de trabalho.

Kotshessa (1994, apud Vaissman, 1998) observa que, na prática, os programas de dependência química, embora dirigidos a todos os empregados, não atingem os estratos mais elevados da hierarquia. Webb (1993, citado pela mesma autora) conclui igualmente que tais trabalhadores menos qualificados são encaminhados aos programas de tratamento por serem mais facilmente identificados pelos supervisores e por isso são mais vigiados que os demais níveis de trabalhadores.

A maioria dos nossos pacientes foi indicada pela chefia, e outros pelo setor médico após consulta. A aceitação de fazer parte do programa é opção do paciente. Acreditando que os ocupantes de cargo de chefia também têm acesso ao setor médico e, por estes podem ser indicados. Fica a questão do que acontece ou o que impede uma aderência ao programa por parte desses trabalhadores.

3.9. Adesão ao Tratamento

Os pacientes encaminhados ao grupo de TCC recebiam, concomitantemente, atendimentos oferecidos pelo Programa. Sendo assim, pacientes que por qualquer motivo não aderiram ao grupo de TCC poderiam continuar a ser atendidos pelo programa por outros profissionais. Os pacientes que aderiram ao grupo de TCC continuaram vinculados ao programa, tendo acompanhamento dos demais profissionais, com frequência mais espaçada.

O grupo de TCC durou 30 sessões, nas quais após três faltas consecutivas sem comunicação o paciente era considerado desligado. No programa, no entanto, continuam inscritos todos os pacientes que comparecem para atendimento e, ou avaliação até o momento em que recebem alta. São igualmente desligados após não comparecimento a três convocações consecutivas sem explicação. Os dados recolhidos com relação ao nível de consumo são referentes ao período de coleta de dados, que teve como data final junho de 2001.

No tratamento das adições, é importante considerar o nível de motivação, pois a maioria dos aditos é ambivalente sobre a mudança (Miller e Rollnick, 1991). A característica fundamental para aceitação e procura de tratamento é estar ciente de sua necessidade, que não pode ser imposta. Todos os pacientes são comunicados que participar do programa é uma opção e escolha pessoal. Podemos perceber que os pacientes que não se julgavam com problemas em relação ao álcool não deram continuidade ao programa, como no caso de F. (sexo masculino, 47 anos). Consta em seu prontuário, porém, que enquanto ele não se conscientizou da dependência, não aderiu ao programa, o que só ocorreu após acentuação de seu quadro de saúde. O mesmo aderiu em seguida ao grupo de TCC, apesar de não poder participar das atividades escritas (devido ao seu grau de instrução), porém participando ativamente. Aderindo ao programa, esteve em abstinência completa durante três anos e teve alta.

No que se refere à relação da consciência de sua problemática e adesão ao programa, percebe-se que 82% dos pacientes, uma vez que têm consciência de seu problema, seguem o

programa e quando não possuem tal consciência não aderem nem ao programa nem ao grupo de TCC.

Isto aponta que, no processo de tratamento, devemos trabalhar antes de tudo a conscientização do problema por parte do indivíduo. Mas esta conscientização pode partir igualmente de um trabalho com a família ou mesmo no local de trabalho (chefia, colegas), se necessário. Muitas vezes, os que cercam o alcoolista ainda não se conscientizaram da problemática, o que pode estimular o alcoolista a continuar resistente ao tratamento.

No que se refere à relação entre aderir ao programa e redução e/ou abstinência, pode-se perceber que 56% aderiram ao programa, dos quais todos reduziram o consumo ou estão em abstinência. No entanto, quanto aos restantes, que não aderiram ao programa somente 20% estão em redução de consumo: M. (sexo masculino, 49 anos) e T. (sexo masculino, 62 anos), que apesar de ter pertencido ao programa por três anos foi desligado, mantendo-se em uso moderado.

No que se refere à relação de adesão ao grupo de TCC e ao programa conjuntamente, percebe-se somente 34% dos pacientes se enquadram neste caso. No entanto, dentre eles todos, ou seja, 100% sofreram redução de consumo, bebendo eventualmente (50%) e estando em abstinência completa (50%). Isso não implica necessariamente que a adesão a um grupo de TCC e a um programa de apoio conjuntamente ofereça redução de consumo de 100%. É de importância significativa, no entanto, um programa que englobe a rede familiar e aspectos sociais laborativos e clínicos (interdisciplinaridade) e um treino de habilidades específicas para evitar o comportamento de beber abusivamente. Os pacientes restantes que não aderiram ao grupo, também acabaram sendo desligados do programa. O que nos faz pensar que talvez a não implicação em um grupo de curta duração incluído no programa pode mostrar que o paciente ainda não está implicado de modo geral a seu tratamento, seja ele qual for.

A importância do programa como local de apoio após a recuperação e o fim do tratamento foi manifestada nos grupos e pode ser percebida nos relatos dos prontuários. Neles percebemos a importância de um programa no local de trabalho, onde tais pacientes passam grande parte de suas vidas. O programa teve um papel de apoio nos momentos de recaída e/ou em situações em que o paciente se sentiu próximo desta possibilidade. Este fato pode ser remarcado na análise dos prontuários e entrevistas, e exemplificado na vigésima quarta sessão de grupo, na qual discutimos uma rede de suporte social. Nessa sessão, os pacientes analisaram seus possíveis suportes. Relataram que atualmente podem contar com a ajuda do Programa de Apoio de Trabalhador e contaram episódios de lapsos que poderiam tornar-se recaídas se não fosse tal apoio. Referiram sentirem-se à vontade para procurar ajuda, mesmo se estiverem

alcoholizados, pois sabem que serão ouvidos por algum profissional da equipe e não serão vistos como “sem esperanças”. Relataram como é importante saber que no local de trabalho tem-se apoio e que o lapso é visto como um aprendizado e não como o final de todas as tentativas.

3.10. Acidentes de Trabalho

Wuthrich (1987), em pesquisa sobre acidentes relacionados ao álcool no local de trabalho, refere que o abuso de álcool nesses locais é favorecido por certas condições, como acesso fácil, falta de supervisão, pressão social para beber e condições extremas de trabalho (barulho, poeira etc.). No caso de acidentes, relata que o álcool é geralmente consumido durante as horas de trabalho, pausas ou almoço, e a negligência é mais evidente entre os casos de acidentes relacionados ao uso de álcool que os demais tipos de acidentes de trabalho.

Através da consulta de prontuários, somente dois pacientes sofreram acidente de trabalho, não constando relação entre os acidentes e a ingestão de álcool. Em um dos casos, P. (sexo masculino, 47 anos) consta, no entanto, condições inadequadas de trabalho, desvio de função desconhecimento da função, por parte do funcionário, ausência de EPI. O mesmo teve dificuldade para conseguir autorização para operar-se, comparecendo muito angustiado às sessões, queixando-se de falta de assistência adequada por parte da universidade, o que o impediu de dar continuidade aos grupos de terapia cognitivo-comportamental: *“tive que parar o grupo pra resolver o problema(...)muito problema, burocracia, ia e vinha e nunca era atendido e ninguém me explicava nada. Aí dá vontade de jogar tudo pro ar e encher a cara”*. No momento segue bebendo moderadamente, porém mostrando-se desmotivado em entrevista, devido ao problema físico decorrente do acidente.

É necessário observar que o servidor não tem em sua legislação previdenciária nada que o obrigue a comunicar o acidente de trabalho. Entretanto, a DVST registra internamente: se não consta acidente de trabalho poderá ser porque não aconteceu ... ou se aconteceu, nem o servidor e nem o local de trabalho consideraram. Podemos considerar também uma possibilidade de minimização dos acidentes por parte dos funcionários como estratégias defensivas. Segundo Dejours (1991), estas estratégias funcionam como regras segundo as quais os trabalhadores, pelo sofrimento, levam à modificação da percepção que têm da realidade que os faz sofrer. Colocam-se na posição de agentes ativos, ao invés de vítimas passivas, e não consideram o fato como um acidente de trabalho mas, como alguns já relataram à equipe de serviço social, “uma coisinha de nada”.

O abuso de álcool não está associado apenas a acidentes de trabalho, mas também a outros acidentes, violência e mortes. A taxa de mortalidade ligada ao alcoolismo corresponde à soma de mortes diretamente ligadas ao abuso (doenças e desordens relacionadas ao abuso e uso prolongado) e às mortes indiretas causadas por este abuso (cânceres, vítimas de acidentes, acidentes de modo geral e suicídios). No nosso grupo encontramos G. (sexo masculino, 50 anos), que ao ingerir grande quantidade de álcool inicia discussão, é agredido violentamente na cabeça, o que lhe provoca um aneurisma e em seguida seu falecimento.

Glucksman (1994), em sua pesquisa sobre o papel do álcool em acidentes e mortes no Reino Unido, refere que mais de 40% de todas as hospitalizações têm relação direta ou indireta com o álcool, que contribui para 50.000 mortes e 500.000 hospitalizações anuais. Considera-se o álcool um grande fator de risco a relacionados a acidentes de modo geral. No entanto, não nos foi possível avaliar se houve ou não acidentes relacionada ao seu uso no local de trabalho.

3.11. Crenças com Relação ao Álcool

Marlatt e Gordon (1993) referem que beber está frequentemente acompanhado por crenças e expectativas positivas quanto ao resultado do efeito da substância (no nosso caso, o álcool). Dentre as crenças mais frequentes, encontram-se as relacionadas com o álcool como equilibrador emocional, intelectual, social, fonte de prazer e excitação; de aumento de energia, calmante, anti-estressante e antidepressor. Já Dejours (1990), discutindo o alcoolismo, refere-se a virtudes do álcool, como: energético, calmante, desinibidor, antidepressor, facilitador dos contatos, dentre outras.

No que se refere ao nosso grupo de trabalhadores, podemos constatar crenças associadas aos efeitos positivos do álcool, tais como:

- Socializador: alguns pacientes iniciaram o consumo devido à dificuldade de se relacionar; dificuldade de expressar sentimentos (inclusive no local de trabalho); necessidade de sentir-se mais seguro e corajoso, ou timidez, como no caso de D. (sexo masculino, 46 anos) que durante a décima quinta sessão de grupo referiu que o uso abusivo de álcool iniciou-se na adolescência pela dificuldade em relacionar-se com os demais. Referiu ainda que o mesmo se dá atualmente no trabalho, em que o único momento em que se “tornava normal” era no bar após o expediente, relatando que o mesmo se dá nas festas de confraternização, as quais tem evitado.

- Anti-estressor e relaxante, após o dia cansativo de trabalho, e como alívio para dores musculares. Na quinta sessão, por exemplo, os pacientes referem como forma típica de relaxar

após um dia cansativo, o *happy hour* cotidiano logo após o horário da saída do trabalho. O mesmo se vê no relato de P. (sexo masculino, 47 anos): “... já bebi muito depois do trabalho, então quando me aborrecia era ainda pior, aí que eu bebia mesmo, eu carregava muito peso e e beber depois do trabalho até ajudava a relaxar o corpo”.

- Antidepressor: provocando melhora do estado de ânimo, remédio contra o sentimento de solidão e provocando “esquecimento” de fatos desagradáveis.

Sabendo-se que tal substância está relacionada a vários efeitos e que não há uma crença específica mas um conjunto delas, não podemos desconsiderar o grande poder e virtude do álcool para esses indivíduos.

3.12. *Recaídas e Lapsos*

Em uma análise de episódios iniciais de recaída em 311 clientes dependentes, sendo 70 alcóolicos (Cummings Gordon e Marlatt, 1980), identificam-se três situações primárias de alto-risco: estados emocionais negativos (35%); conflitos interpessoais (16%); pressão social (20%).

Apesar de no seguinte comentário não termos feito distinção entre os motivos de recaída ou de lapso, temos como base a idéia daquela a partir do programa de prevenção da recaída de Marlatt e Gordon (1993), no qual um lapso pode ou não ser acompanhado de uma recaída. Depende, em grande parte, das expectativas pessoais dos indivíduos e do modelo subjacente ao processo de mudança de hábitos. O que I. (sexo masculino, 42 anos) pôde explicar em sua fala:

" é aquilo que a gente falava no grupo de TCC, se você vê o fato de voltar a beber como o fim, aí você não pára e recai mesmo, se você encara como algo que aconteceu mas que você pode vencer, vira um escorregão, lapso".

Foi possível identificarmos as situações que, de acordo com os próprios trabalhadores, foram consideradas, em grau decrescente de importância, de alto-risco e levando ao consumo após período de abstinência: conflitos familiares relacionados a problemas conjugais, financeiros e familiares; conflitos relacionados ao trabalho em condições inadequadas (sic) ou pressão exercida por aumento de responsabilidade no trabalho (citado em recaída de I., sexo masculino, 42 anos); problemas de saúde e pressão social para beber, seja ela no local de

trabalho ou não, estimulada pelos colegas de trabalho e/ou chefes, como demonstração de reconhecimento.

3.13. Trabalho e Recuperação

A grande maioria dos funcionários em questão não tinha participado de tratamento anteriormente e foi através do local de trabalho que eles tiveram este acesso. Podemos perceber o papel do trabalho estimulando a busca de recuperação por parte de muitos trabalhadores, através de seus relatos, da própria equipe e certos familiares. O retorno ao trabalho é considerado como terapêutico. Este fato foi observado também na primeira e terceira sessões de grupo, nas quais os pacientes mostravam sentir-se de certa forma estáveis, não receando a demissão, mas sentindo-se ameaçados a entrar em licença médica ou aposentadoria, devido ao consumo abusivo do álcool. Consideram o fato de serem impedidos a trabalhar como humilhante, pois estariam sendo considerados inaptos socialmente, ou melhor, “inúteis”.

Alguns trabalhadores licenciados, como B. (sexo masculino, 48 anos) e K. (sexo masculino, 47 anos), referem-se à ociosidade e ao desejo de retorno ao trabalho e à convivência com seus amigos de trabalho. Apresentam uma postura de desânimo em seus discursos. Na terceira sessão, dedicar-se ao trabalho para diminuir o tempo disponível para o álcool coloca-se como uma opção de alguns, principalmente de I. (sexo masculino, 42 anos), funcionário que mostra muita realização profissional e que desde sua abstinência tem tido apoio da chefia e auxílio em seu crescimento profissional e técnico.

Contraditoriamente, o trabalho ou o retorno ao mesmo também se manifestaram de forma a estimular um maior consumo. O trabalho mostra suas diferentes faces, segundo Q. (sexo masculino, 50 anos): *“quando eu trabalhava de noite era 12/36 então eu tinha a manhã toda livre, sem compromisso com o trabalho, podia então beber à vontade sem medo de ressaca. Acho que este horário de 8 horas de trabalho por dia ajudou um pouco”*; K. (sexo masculino, 47 anos), que refere ter receio de retornar ao local de trabalho e conviver com seus antigos amigos e ser induzido a uma recaída; e J. (sexo feminino, 58 anos), que refere que o afastamento de seus colegas de trabalho que bebem auxiliou a diminuir o consumo.

3.14. Consumo no Local de Trabalho

Quando questionados em entrevista sobre o horário e local mais freqüente de consumo, grande parte dos funcionários negou a possibilidade de trabalharem alcoolizados. No entanto sabemos, através dos relatos contidos nos prontuários, que um dos motivos principais que os

levou a serem encaminhados ao programa pela chefia foi o fato de comparecerem alcoolizados ao local de trabalho. O horário e local principal de consumo, segundo os mesmos, seria após o expediente, juntamente com os demais colegas de trabalho e/ou no bar mais próximo de casa.

Nas Sessões de TCC podemos perceber também esta relação entre bebida e local de trabalho. Aqui transparecem diferentes aspectos, tais como:

- A influência do meio na continuidade desse comportamento, assim como a associação do álcool à masculinidade, que podemos observar na quarta sessão de grupo, onde alguns pacientes relatam a dificuldade de recusar bebida no local trabalho. Referem-se ao fato de o beber estar associado à masculinidade, principalmente nas funções que ocupam, em que força e resistência são os principais requisitos da função. Os demais profissionais que possuem funções mais relacionadas a atividades intelectuais concordam que o mesmo se aplica a eles. Referem-se também a episódios nos quais a própria chefia convida a beber, o que é considerado gesto de gratificação e reconhecimento do trabalho. Estas situações, para eles, pressionam muito mais do que as ocorridas em eventos sociais não relacionados ao trabalho. Relatam em seguida dificuldade de estar em abstinência; no entanto querem confraternizar-se com os demais após um dia de trabalho exaustivo nos bares, ainda que improvisados, que se encontram nas proximidades da universidade.

- O álcool como fonte de lazer mais viável. Observado na vigésima terceira sessão, onde os pacientes referem-se à dificuldade em ter algum lazer, relatando que a bebida é o de mais fácil acesso, principalmente nas comunidades carentes de que fazem parte: “*só tem botequim, mais nada*”, afirma T. (sexo masculino, 62 anos). Referem-se em seguida ao beber após o trabalho como principal lazer.

- A falta de conscientização do perigo de se trabalhar alcoolizado. Exemplificado na décima sessão, onde se referem a episódios de uso de álcool para auxiliar a “resolver” alguns problemas no trabalho, quando acreditavam necessitar ser mais agressivos para expressar o que queriam. Quando questionados quanto ao perigo em trabalhar alcoolizado, a maioria mostra ter pouca consciência da periculosidade, tendo como base o fato de conseguirem realizar seu trabalho de forma satisfatória, em condições e com materiais precários.

Podemos perceber, em grande parte dos relatos, que o local de trabalho também muitas vezes é o local de consumo. É através dos locais de venda nas proximidades que se torna possível o consumo durante o trabalho e a confraternização após o mesmo. De acordo com Dejours (1981), os lugares da convivalidade, para discutir o trabalho, são lugares fundamentais de reorganização do mesmo, o que mostra o aspecto intercompreensivo, intersubjetivo e interlocutor da organização do trabalho em si.

Quando iniciamos o grupo de TCC, os pacientes de certa forma já se conheciam: mesmo não trabalhando na mesma unidade, freqüentavam o mesmo local de confraternização, os bares e lá trocavam e discutiam idéias. Quando em abstinência, sabiam mais rapidamente do que a própria equipe quem teria recaído, pois ao saírem do trabalho podiam ver os funcionários que ainda se encontravam ou que voltavam a se encontrar nos bares da universidade.

Mangione et al. (1999) referem que bebedores de moderados a pesados apresentam mais problemas em sua performance no trabalho. Sugerem que empregadores deveriam desenvolver políticas/programas mais claros, limitando a bebida no local de trabalho e empregando programas de assistência para bebedores problemáticos, desenvolvendo intervenções educacionais no ambiente profissional para informar a todos os trabalhadores sobre a relação entre o comportamento de beber e sua performance. Já Hagihara et al. (2000) referem que poucos estudos em adicção examinaram o efeito potencial do "abafamento" do estresse ao beber com colegas e propõem que tal tema seja mais bem explorado.

A partir de 1999, em função dos resultados de pesquisa de Vaissman (1998) sobre o Programa de Tratamento, foi proibida a venda de bebidas alcóolicas na cidade universitária. Os funcionários demonstram em seus relatos que houve redução significativa dos locais de venda de bebidas ao redor da universidade e possível redução de consumo por parte dos funcionários, como refere O. (sexo masculino, 51 anos): *"ainda tem boteco dentro da cidade universitária, apesar de muitos terem fechado, o pessoal hoje em dia bebe menos por falta de opção, mas ainda bebe"*. No entanto, alegam ainda existir a venda, ainda que discreta, nesta região, segundo F. (sexo masculino, 47 anos): *"não sei como estão as coisas hoje, se mais difícil de achar bebida pra comprar. Só sei que muita gente bebe no horário de trabalho e muito chefe sabe e finge que não vê, pois não querem se aborrecer"*.

Através de tais relatos, percebe-se que o acesso mais difícil pode de alguma forma reduzir o consumo no local de trabalho. No entanto, há ainda a possibilidade de se comprar bebidas. Isto propõe um questionamento: de onde são os *"lugares escondidos"*? O que realmente significa *"sempre se dar um jeito"*? Até onde o local de trabalho/programa pode intervir quanto a esse aspecto?

3.15. O Papel da Chefia

52 % dos pacientes foram encaminhados ao programa pela chefia, devido aos problemas que os mesmos apresentaram no local de trabalho: seja por ausências, faltas injustificadas, trabalhar alcoolizado ou agressividade e comportamento inadequado, devido à ingestão de

álcool. Através das entrevistas e da análise dos prontuários, pôde-se observar o importante papel da chefia e sua implicação no processo de tratamento dos funcionários, seja ela positiva ou negativa.

O apoio que algumas chefias prestaram aos funcionários teve papel importante e estimulante no processo de participação no tratamento. Como refere em entrevista V. (sexo masculino, 53 anos): *“acho que isso influenciou, de repente se ele não tivesse insistido (referindo ao chefe, que insistiu que o mesmo participasse do tratamento), eu nem ia aceitar, qualquer problema que ele colocasse pra eu não participar do programa era desculpa pra eu acabar não indo”*; e P. (sexo masculino, 47 anos), referindo-se a sua chefia: *“ela (a chefia) até me deu apoio e o pessoal do programa também, isto sempre ajuda né, dá mais confiança na gente ter alguém que acredita na gente”*.

No entanto, o fato de colocar o funcionário à disposição de seu cargo deve ser analisado cuidadosamente pela chefia, como nos conta F. (sexo masculino, 47 anos) *“...O meu chefe a princípio não quis nem saber, me colocou à disposição mas uma chefe de outro departamento disse que não era assim, que eu devia ter uma chance de me tratar, ela então se responsabilizou por mim e aí eu entrei pro programa e não fiquei à disposição, continuei trabalhando. Hoje tenho o mesmo chefe; ele, quando viu que eu estava melhorando no programa, começou a me apoiar”*.

A não-estigmatização do trabalhador alcoólista pelo chefe é notadamente positiva no seu tratamento e no prosseguimento do programa, como podemos observar em discursos como o de N. (sexo masculino, 49 anos), que relata o prazer que tem em trabalhar com a atual chefia e como se sente mais realizado, afirmando que a chefia não o vê como um alcoólatra: *“mesmo se eu me atrasar ou faltar ele vai pensar que no máximo arrumei um biscate, se ele pensa que bebi pelo menos não fala ...Ele me chamou no canto e conversou, não ficou dando esporro, ele é muito sério, me trata como gente, ele me respeita e respeita meu trabalho”*.

Enfim, é notório o papel da chefia nesse processo de recuperação, papel participativo que estimula o trabalhador à mudança. Isto pode ser resumido no relato de I. (sexo masculino, 42 anos): *“é preciso ter vontade própria (se o apoio da chefia é importante no tratamento), é uma decisão pessoal mas o apoio dos que estão ao seu redor é super importante pra te dar mais força de continuar. Quando eu fui internado deprimi, estava com a estima baixa, envergonhado. Meu chefe foi me visitar, isso foi muito importante pra mim, me levantou o moral, ele me apoiou e me disse que estava esperando minha recuperação. Poxa, me senti útil e importante, senti que podia ter esperança de novo, que eu poderia melhorar e sair dessa e não recomeçar mas continuar o que eu já tinha construído”*.

No entanto, nos deparamos também com o papel da chefia agindo negativamente no processo de recuperação. A paternidade da chefia que abona a falta do funcionário, alcoolizado, não comunica o fato oficialmente ou permite que este trabalhe alcoolizado é um exemplo disto. Uma postura utilizada pela chefia com a intenção de proteger o funcionário mas que em médio e até curto termo tem efeito contrário. Percebe-se pelos dados do prontuário que tais chefias, sempre que identificadas, têm sido orientadas pela equipe quanto ao seu comportamento inadequado e são estimuladas a tomar as devidas providências.

O despreparo da chefia ou a falta de informação com relação ao alcoolismo e até mesmo ao tratamento oferecido pela universidade podem dificultar ou “não estimular” o processo de recuperação. Uma vez que o paciente é encaminhado ao programa, a chefia é visitada e informada mais detalhadamente sobre o processo. No entanto, a ida semanal ao programa pode se tornar impecilho para algumas chefias, mesmo que estas não declarem oficialmente à equipe. Como podemos notar no caso de U. (sexo masculino, 41 anos), constata-se em prontuário que foi encaminhado diretamente após sua internação por depressão. A chefia relata que o mesmo ficou perdido por não se adequar às inovações tecnológicas, o que provocou perda do entusiasmo. O paciente não foi treinado para tal, ao mudar de setor e de chefia a mesma não o libera para o curso de informática e solicita que o mesmo reduza as idas semanais ao programa, *“agora que me sinto motivado não recebo apoio”*.

Juntamente, pode ocorrer a estigmatização que faz com que o trabalho da equipe se torne mais difícil, como no caso de B. (sexo masculino, 48 anos), em cujo prontuário consta que a chefia o considera doente. Ela se mostrou resistente e preconceituosa, recusando qualquer tipo dinâmica com a equipe para maior conscientização. Tal funcionário, após período de licença médica para tratamento, foi transferido para outro departamento.

Na décima oitava sessão, na qual discutiu-se a assertividade, percebeu-se a relação estabelecida pelos trabalhadores entre a postura da chefia e suas posturas quanto ao consumo de álcool. Nesta sessão, os pacientes deram como exemplo os tipos diferentes de chefia, referindo que a agressiva aparentemente consegue o que quer, porém, devido a humilhação e ou estresse que sofrem no momento, tendem a descontar na queda de produção, propositadamente acabam não fazendo por vezes suas tarefas da melhor forma possível. Quanto à passiva, referem que são chefias que não inspiram confiança, tendo sempre alguém que passa por cima de seu comando. Relatam que muitas vezes não se sentiram constrangidos a trabalharem alcoolizados com esse tipo de chefia. No entanto, identificam algumas chefias “assertivas”, aquelas que por utilizarem de tais habilidades conseguem aumentar o estímulo do trabalhador, fazendo com que o mesmo não queira decepcioná-las, auxiliando inclusive na manutenção da abstinência: “é

aquele chefe que sabe como pedir e chamar nossa atenção sem humilhar, aí a gente acaba fazendo tudo de boa vontade". Referem-se a pensamentos que já tiveram no momento em que sentiam desejo de beber: *"é melhor não, logo agora que o chefe tem me apoiado, vou morrer de vergonha se decepcioná-lo"*.

Constata-se a importância da chefia como aliada do tratamento e a necessidade de investimento de conscientização, orientação e informação, sempre que necessário. Durante as discussões sobre assuntos diversos, ocorridas no grupo de terapia, foi possível avaliar como a chefia serve de referência negativa ou positiva, sendo a relação chefia-funcionário mais citada que as demais relações presentes na vida desses trabalhadores.

3.16. Satisfação no Local de Trabalho

Não foi utilizada uma escala específica para mensurar o nível de satisfação no local de trabalho, o objetivo foi traçar o que seria satisfação para estes trabalhadores através dos dados coletados durante a entrevista. Nos grupos de TCC a grande maioria dos funcionários queixava-se, de modo geral, do trabalho. Alguns pacientes manifestam sua dificuldade de reconhecer e perceber-se ativamente no processo de trabalho, como pode ser visto na sétima sessão, onde os pacientes apresentaram a dificuldade em perceber seu papel no processo de trabalho e a importância de suas funções, como se fossem algo isolado. M. (sexo masculino, 49 anos) refere que tem ocupado a função de guardar carros e que devido a um acidente (o carro de um dos usuários foi arranhado) foi considerado culpado. Demonstra sentir-se em posição de inferioridade devido a seu cargo, e considera que sempre será desacreditado se confrontado com alguém que ocupe um cargo superior ao seu. Outros demonstram desconhecer a importância de suas funções, considerando que quanto maior o salário, maior sua importância para o funcionamento da universidade.

Já na oitava sessão, referem-se também às relações de luta de poder, nas quais chefias em situações específicas disputam o poder e a realização de certas atividades, fazendo com que ordens diferentes sejam dadas ao mesmo trabalhador, que por sua vez fica confuso e aparentemente obedece àquele que o poderá constranger mais em caso de desobediência. E na décima nona sessão se referiram a pedidos feitos no local de trabalho, o que caracterizaria desvio de função. G. (sexo masculino, 50 anos) fala de sua insatisfação em ter que ceder a certos favores sem nem mesmo ter o material necessário para seu trabalho. U. (sexo masculino, 41 anos) refere a pressão em ter que fazer trabalhos de informática em certas situações de entrega de relatório, quando tem que trabalhar até após o expediente. Ressalta que, ao solicitar

um horário por semana para especializar-se em curso da área foi informado pela chefia de que esta não é sua atribuição na instituição, e que o pedido então não se justificaria. Percebemos então a luta de poder, os desvios de função e a falta de treinamento adequado.

Na Saúde do Trabalhador se faz necessária a investigação do trabalhador enquanto agente exposto não apenas à ação patogênica de determinadas substâncias físicas, químicas e biológicas mas também a determinadas relações sociais e pessoais potenciais lesivas à saúde, que podem levar ao desgaste do corpo e da mente, ou desencadear doenças, como o comportamento aditivo dentre outros (Noriega, 1993). A saúde dos trabalhadores é uma conseqüência da relação complexa e dinâmica entre o trabalhador e a sua atividade de trabalho, gerando processos de adaptação que se traduziriam em desgaste. Segundo Laurell (1987), os acidentes e doenças seriam apenas uma parcela desses desgastes. Essas noções são consideradas aqui na análise do que significa para estes trabalhadores a satisfação no local de trabalho.

E notório que a realização profissional, auto reconhecimento e reconhecimento dos demais, bom ambiente, material adequado e organização adequada são fatores de peso para a satisfação no trabalho. Tais fatores foram identificados na fala de I. (sexo masculino, 42 anos): *“estou coordenando cursos e tenho feito trabalhos fora da universidade, estou feliz, realizado, ocupo funções de nível superior e estou sempre aprendendo, sem contar os trabalhos que faço fora da universidade”*. Complementa sobre as condições e ambiente de trabalho: *“todos me respeitam, principalmente meu chefe e as condições são boas, tenho o que necessito pra trabalhar, eles sabem dos problemas que tive e me recepcionaram super bem quando eu voltei da minha internação, me senti bem à vontade”*.

Por vezes o respeito dos demais e o reconhecimento, a oportunidade de aprendizado e a boa organização de suas tarefas estão relacionados à sua satisfação. No entanto, nem todos estes fatores são identificados no discurso dos demais; muitas vezes apenas um fator foi necessário para que se sentissem satisfeitos no local de trabalho. Podemos perceber que, na maioria dos discursos, o papel do ambiente de trabalho, definido como um bom nível de relacionamento com os demais trabalhadores e com a própria chefia, foi o fator mais considerado e associado a esta realização.

No discurso de N. (sexo masculino, 49 anos), percebemos que suas queixas (baixo desenvolvimento da criatividade, condições ambientais inadequadas) com relação às condições de trabalho continuam, porém seu nível de satisfação aumenta no momento em que ao mudar de chefia não apresenta mais os mesmos desentendimentos e as relações se mostram mais equilibradas. Consta em prontuário que N. sentia-se sem motivação, referindo não poder ter

liberdade de criar, trabalhar em condições precárias, sem banheiro e em ambiente com temperatura alta. Apresentava desentendimentos com a chefia imediata, relatando porém sentir-se motivado ao tratamento pela sua chefia indireta. Em entrevista, refere estar mais satisfeito em seu local de trabalho, mas quanto às condições do local: *“continua o mesmo, não dá pra tomar banho ou me lavar, mas só em não ter mais aquela perturbação do encarregado, dá pra agüentar, isto é o de menos, o ambiente é que conta”*.

Em seguida, temos como fator importante para a satisfação no trabalho, o reconhecimento de seu trabalho pela chefia e colegas e, em terceira posição, a forma adequada de organização de suas suas tarefas, de seu trabalho. Como pode ser exemplificado na fala de V. (sexo masculino, 53 anos): *“me vêem com respeito, estou há três anos sem beber...eu mudei, sou respeitado e contribuo, acabo gostando do serviço, quando tem injustiça mostro ao chefe e ele me escuta, isto me dá satisfação... tudo vai bem, quando agente gosta do que faz da um jeito, o material é bom”*.

Na fala de Q. (sexo masculino, 50 anos), constata-se que ele realiza uma atividade que não o satisfaz, apresenta problemas associados ao material de trabalho, sente-se neste momento dentro de um ambiente de controle por parte de chefia indireta, porém se sente reconhecido por seu chefe direto e os demais colegas, o que para ele está associado à sua satisfação no local de trabalho.

Mas mesmo não havendo um auto-reconhecimento do seu papel no processo de trabalho e não se sentindo respeitado em sua função pelos demais, foi possível considerar-se satisfeito, devido ao reconhecimento de seu chefe e o bom relacionamento no local de trabalho com este e com seu colegas. É o caso de O. (sexo masculino, 51 anos).

Contrário aos demais, R. (sexo masculino, 47 anos), apesar de em sua visão não se encontrar em um bom ambiente profissional, uma melhor organização e reconhecimento de seu trabalho e valor, o fazem sentir-se satisfeito atualmente. Complementa: *“agora estou satisfeito, acordo e sei o que tenho para fazer, eu mesmo me organizo. Trabalho dirigindo o trator e sei o que tenho que limpar e retirar com ele. Fico mais no sol que antes, mas vale a pena. Antes trabalhava com a turma eu chegava no trabalho e era aquela bagunça e tititi aí todo o mundo se separava para fazer o que tinha que ser feito, limpar as coisas, mas era tudo desorganizado, tinha muita fofoca e ninguém vinha pra mandar e orientar sobre o trabalho. A gente se espalhava e começava a limpar. Isto me deixava muito nervoso, até passava mal, uns falavam dos outros ou da reclamação que a chefia tinha feito no outro dia”*.

Webb (1994), em estudo sobre a relação entre problemas com a bebida e alto consumo e resultados como acidentes no trabalho e faltas, refere que os sujeitos acidentados tiveram

quase duas vezes mais chances de ter dois ou mais acidentes, se houvesse altos números de eventos estressantes de vida recentemente, e baixos níveis de satisfação no trabalho. Sujeitos com baixo nível de satisfação no trabalho tiveram 2,2 vezes mais probabilidade de ter acidentes e ausências relacionadas ao uso do álcool que os demais.

Segundo Frone (1999), pesquisas sustentam claramente a relação entre fatores estressantes no trabalho (como demandas, controle e complexidade do trabalho) e consumo elevado de álcool. E o paradigma da alienação/estresse sugere que o uso de álcool por trabalhadores pode ser uma resposta direta ou indireta de qualidades físicas e psicossociais do ambiente de trabalho.

Trice, citado por Roman (1990), refere que fatores que enfraquecem a integração ou a regulamentação da organização do trabalho, tal como ausência de supervisão ou baixa visibilidade de performance no trabalho, podem ser fatores de risco para o desenvolvimento de problemas relacionados ao álcool. Sugere-se que o treinamento de profissionais que fazem parte dos programas de tratamento possa proporcionar consulta especializada sobre intervenções e modificações eficazes no local de trabalho. Isso pode ter papel significativo na prevenção e ativa intervenção. Richman (1990) acredita que os programas de tratamento do alcoolismo devem focar as diferentes maneiras potenciais de alterar a organização do trabalho, para diminuir o estresse e aumentar o suporte interpessoal, visto que as características sociais do ambiente de trabalho, assim como os fatores psicossociais e pessoais afetarão os motivos ou condutas de beber.

Podemos refletir, a partir dos relatos dos funcionários, que talvez os aspectos que contribuam para uma melhor satisfação no trabalho e, conseqüentemente, uma melhor produção, incluindo nesta produção a capacidade de manter-se em abstinência, estejam associados a vários fatores de diferentes níveis de importância mas que necessitam ser mais bem investigados. Deve-se sempre ter em vista que quando o rearranjo da organização do trabalho não é mais possível e a relação do trabalhador com a organização é bloqueada, o sofrimento começa: a energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão (Dejours, 1980). Deve se considerar ainda nesta reflexão que o álcool, como pode ser visto, é um grande aliado para o alívio da tensão e do desprazer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo de nosso estudo foi discutir e analisar, através dos discursos dos trabalhadores alcoolistas que foram indicados a participar do Grupo de Tratamento em Terapia Cognitivo-comportamental, da DVST/UFRJ, em que medida o processo e a organização do trabalho poderiam explicar as recaídas e abstinências. Tivemos como objeto de estudo os 23 trabalhadores que passaram pelo Grupo de TCC, realizado no Programa de Apoio ao Trabalhador Alcoolista/DVST/UFRJ, de 1996 a 1999.

Com tais objetivos em vista, buscamos analisar, a partir do estudo dos prontuários e de entrevista individual, suas condições de trabalho e sua visão da organização do trabalho. Tais análises tiveram como base o olhar deste indivíduo segundo a Saúde do Trabalhador e do seu papel ativo no processo de trabalho, assim como do trabalho como organizador da vida social, sendo o trabalhador um agente ativo de mudança.

A adição foi definida como qualquer comportamento compulsivo que busque um estado de satisfação imediata e que tenha conseqüências negativas, sendo o alcoolismo um deles (Marlatt e Gordon, 1993). Muitos aspectos da relação álcool/trabalho se destacam, sendo marcados por suas diferentes faces. Seguem como questionamentos que poderão ser melhor explorados e desenvolvidos em estudos futuros.

Observamos, de acordo com o relato dos trabalhadores participantes do programa de tratamento, que muitas vezes esse comportamento (de beber) estava associado direta ou indiretamente a situações ocorridas no local de trabalho. Alguns episódios de recaída foram associados a tais situações pelos mesmos. Muitas crenças e representações foram reveladas no grupo, não só em relação ao trabalho ou ao álcool, mas também em relação ao uso do álcool no local de trabalho. O álcool mostrou-se como fonte socializadora e desestressante significativa no local de trabalho.

Com a queda da produção laborativa, indicando a necessidade de uma ajuda especializada, tem-se o local de trabalho como principal fonte de encaminhamento para tratamento, muitas vezes primeira e única. Sendo o mesmo o principal local de apoio em momentos difíceis de recaídas.

Podemos perceber a importância da conscientização da dependência ligada à aderência ao tratamento, conscientização necessária por parte do alcoolista mas também pelo meio que o cerca (chefia e familiares). Quanto a este meio, a orientação da chefia, quanto ao tratamento

proposto e quanto ao alcoolismo, influenciou na melhor aplicação do programa, assim como o paternalismo ou o preconceito da mesma dificultou o trabalho de equipe. A família mostrou seu papel importante como aliada do processo de recuperação mas também como estimuladora de comportamento adquirido de beber e/ou de herança genética.

A qualidade das relações mostrou-se prioritária para o bem-estar no trabalho, vindo em seguida os demais aspectos da organização e do processo de trabalho. O trabalho apresenta diferentes faces: terapêutico, estimulador da redução da ingestão, mas também, como meio de pressão social para beber. No entanto, podemos constatar que a dificuldade de acesso ao álcool no local de trabalho contribuiu para a redução do consumo durante o expediente, podendo reduzir conseqüentemente danos para o indivíduo e para a organização.

Contudo, constatamos que certas questões permanecem a serem estudadas. Dentre elas: como melhor controlar o acesso a bebidas no local de trabalho ou nas proximidades; por que nenhum acidente foi encontrado em nossa amostra apesar do que refere a literatura internacional e nacional sobre o grande índice de acidentes de trabalho, relacionados ao consumo de álcool; o que é necessário para que um programa de tratamento, no âmbito da universidade, atinja os estratos mais elevados da hierarquia visto que a maioria da amostra foi classificada de acordo com o plano de carreiras do serviço público nos níveis auxiliar e intermediário (apesar de constar em relatos que há chefias que fazem uso abusivo do álcool no local de trabalho); como gerenciar a possibilidade de estigmatização pelos profissionais de saúde com relação ao paciente alcóolico, não o vendo como um paciente que pode estar acometido de outras doenças associadas ou não ao consumo de álcool; levando-se em consideração que os servidores são regidos por normas diferentes daquelas do setor privado, no que se refere a demissão, aposentadoria e licença. Como se daria este tipo de abordagem ou programa, com relação a aderência por parte dos trabalhadores, os resultados seriam diferentes?

É de suma importância no trabalho com o alcoolista não deixarmos de priorizar que, antes de tudo, ele é um trabalhador acometido de uma desordem e exposto a outras problemáticas, assim como os demais trabalhadores. Devemos, no entanto, em nossa análise, considerar que, de acordo com Tambellini (1994), determinados grupos sociais compartilham das mesmas experiências e exposições a riscos semelhantes para a saúde. As condições de saúde e doença de cada grupo social refletem sua inserção na esfera política e o uso das condições de cidadania, estando intrinsecamente relacionadas ao processo produtivo no qual os trabalhadores estão inseridos.

Considerando as interfaces do alcoolismo, no combate ao mesmo, é necessário ter atualmente uma visão interdisciplinar e um tratamento envolvendo esta visão. Isto no sentido de auxiliar os trabalhadores a lidarem com os problemas ligados às esferas de abuso de tal droga e de outras substâncias, problemas emocionais, psiquiátricos e familiares, beneficiando tanto o empregador, que economiza recursos, evitando demissões, rotatividade, recolocação e treinamento de novos empregados, quanto trabalhadores.

A recuperação do alcoolismo e de outras drogas é um processo que pode levar meses e anos de cuidado contínuo. Por ser uma desordem crônica, as evidências sugerem que os programas de assistência devem propor um *follow-up* do paciente, essencial para uma recuperação em longo prazo (Normand, 1994). O mesmo autor refere que, com base nas evidências empíricas, o uso de álcool e outras drogas pela força de trabalho parece estar mais relacionado às qualidades pessoais dos indivíduos do que seu ambiente de trabalho. No entanto, a maioria dos estudos sobre o uso de drogas pelos trabalhadores apresenta várias falhas metodológicas. Sendo assim, o ambiente de trabalho não pode ser desconsiderado como contribuidor ou fator de interação no uso generalizado entre trabalhadores ou proteção de uso pelos mesmos.

Concordamos quando o autor sugere que mais estudos epidemiológicos e longitudinais são necessários para se ter acesso à magnitude e severidade do álcool e outras drogas usadas pela força de trabalho. Devemos considerar que o uso de álcool concerne à maior parte dos países mas não necessariamente a todos, e a maior parte dos dados científicos provêm de países industrializados e de culturas onde o consumo de álcool é aceito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ANTHONY, J.C.; EATON, W.W.; MANDELL, W.; GARRISON, R. *Psychoactive Drug Dependence and Abuse: More Common in Some Occupations than Others*. Journal of Employee Assistance Research, 1(1):148-186, 1992.
- ANTUNES, R. *Fordismo, Toyotismo e Acumulação Flexível, em Adeus ao Trabalho?*. São Paulo. Ed. Universidade Estadual de Campinas. 1995.
- ARAÚJO, N.P.; MONTEIRO, M.G. *Family history of alcoholism and psychiatric co-morbidity in Brazilian male alcoholics and controls*. Addiction, 90(9):1205-1211, 1995.
- BENNETT, J.B.; LEHMAN, W.E.K. *Workplace Drinking Climate, Stress, and Problem Indicators: Assessing the Influence of Teamwork (group cohesion)* Journal of Studies on Alcohol, 59(5):608-618,1998.
- BANDURA, A . *Modificação do Comportamento*, Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.
- CABALLO, V. *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. São Paulo. Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda., 1996.
- CANGUILHEM, G. *O Normal e o patológico*. 5ed. Rio de Janeiro:ForenseUniversitária. 2000.
- CAPONI, S. *Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud*. In: História, ciências, saúde. Vol IV. 1997.
- CESTEH/ENSP. *Política Nacional de saúde do trabalhador: Análises e Perspectivas*, Mimeo, Rio de Janeiro, 1986.
- COMITTEE ON TREATMENT OF ALCOHOL PROBLEMS, *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*, Institute of Medicine, 1990.
- COOK, C. *Genetic Aspects of Alcohol Related Problems*. Conférence & laquo; Alcohol Dependency - Meeting the Challenge. Edinburgh. Novembre, 1995.

- CRUM, R.M.; MUNTANER, C.; EATON, W.W.; ANTHONY, J.C. *Occupational Stress and the Risk of Alcohol Abuse and Dependence*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19(3):647- 655, 1995.
- DEJOURS, C. *Por um Novo Conceito de Saúde*. *Revista Brasileira de Saude Ocupacional*. Fundacentro. Abril, maio, junho/vol.14.(p.7-11) 1986.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do Trabalho. Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Trabalho, Sofrimento e Trabalho*. coordenação: Maria Irene Betiol. São Paulo: Atlas. 1994.
- DEJOURS, C. *A Banalização da Injustiça Social*. Rio de janeiro: FGV. 1999.
- DEJOURS, C. *A carga Psíquica do Trabalho*. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. 1994. *Psicodinâmica do Trabalho. Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Trabalho, Sofrimento e Trabalho*. coordenação: Maria Irene Betiol. São Paulo: Atlas. 1980.
- DEJOURS, C. *Contribuição da Clínica e da Psicopatologia do Trabalho pra a Definição de Trabalho*. Extraído de: Séminaire “*Culture, Travail e Technique*”, L’Homme dans le travail, le travail dans la Societé. Les Cahiers du Mires/Actes du Sémin. Centre de Recherche sur les mutations Industrielles er les Rapports Sociaux. 1981.
- DEJOURS, C. *Contribuition de la psicopatologia del trabajo al estudio do alcoolismo*. In Talleres gráficos Litodar (Ed.), *Trabajo y Desgaste Mental*. (pp.235-242). Buenos Aires: Editorial Humanitas. 1990.
- FAUSKE,S. ILO/WHO/UNCP. *Model Programmes for Alcohol and Brug Abuse/Prevention among Workers and their Families*. In: VAISSMAN, M. *Alcoolismo como Problema de Saúde no Trabalho: Avaliação de um Programa de tratamento para Funcionários de um a Universidade*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB/PROPSSAM. 1998.

- FILLMORE, K.M. *Research as a Handmaiden of Policy: An Appraisal of Estimates of Alcoholism and its Cost in the workplace*. Journal of Public Health Policy. March;40-64. 1984.
- FLEURY , A C. E VARGAS, N. *Aspectos Conceituais da Organização do Trabalho. A obra de Taylor e a Administração Científica do Trabalho e a obra de Ford e a linha de Montagem*. In: Organização do Trabalho. São Paulo, ed. Atlas, 1983.
- FRONE, M.R. *Work Stress and Alcohol Use*. Alcohol Research and Health, 23(4):284-291, 1999.
- GLUCKSMAN, E. *Alcohol and accidents*. British Medical Bulletin, 50(1):76-84, 1994.
- HARTZ, Z. *Explorando Novos Caminhos da Pesquisa Avaliativa*. In: HARTS, Z.M. A, Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. pp.19-28. Rio de Janeiro: FioCruz. 1997.
- HARVEY, D. *Do Fordismo à Acumulação Flexível, em Condição Pó-moderna* . São Paulo, Edições Loyola. 1994.
- HAGIHARA, A.; TARUMI, K.; NOBUTOMO, K. *Work Stressors, Drinking with Colleagues After Work, and Job Satisfaction Among White-collar Workers in Japan*. Substance Use and Misuse, 35(5):737-756, 2000.
- HARVEY, D. ,1992. In: ANTUNES, R. *Fordismo, Toyotismo e Acumulação Flexível, em Adeus ao Trabalho?*. São Paulo. Ed. Universidade Estadual de Campinas. pp.21. 1995.
- KNAPP,P. *Transtornos Mentais e do Comportamento Decorrentes do uso de Substâncias Psicoativas: Dependência Química*. 1999.
- IREB - Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons. 2001. Disponível na internet via: http://www.ireb.com/html/form_fr.htm

- LARANJEIRAS, R.; NICASTRI, S. *Abuso e Dependência de Alcool e drogas*. In: ALMEIDA, O. L.; DRACU, L.; LARANJEIRAS, R. *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. pp.83-112. 1996.
- LAURELL, A. C. *Processo de Trabalho e Saúde*. Revista Saúde em Debate N0 11. Rio de Janeiro. ED. Muro, 1981.
- MANDELL, W.; EATON, W.W.; ANTHONY, J.C.; GARRISON, R. *Alcoholism and Occupations: A Review and Analysis of 104 Occupations*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 16(4):734-746, 1992.
- MANGIONE, T.W.; HOWLAND, J.; AMICK, B.; COTE, J.; LEE, M.; BELL, N.; LEVINE, S. *Employee Drinking Practices and Work Performance*. Journal of Studies on Alcohol, 60(2):261-270, 1999.
- MARLATT, G.A.; GORDON, J.R. *Prevenção da Recaída: Estratégias de Manutenção no Tratamento de Comportamentos Aditivos*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993.
- MARX, K. *O Capital*, livro I, seção III, capítulo V. São Paulo, ed. Abril Cultural, 1983.
- MARX, K. *O Capital*, livro I, seção IV, capítulo X. São Paulo, ed. Abril Cultural, 1983.
- MENDES, R. E DIAS, E.C. *Da medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 1991.
- MENDES, R.; DIAS, E.C. *Saúde do Trabalhador*. Cap XIV. 1991.
- MERANGAS. *L'Alcool, Source de problèmes Familiaux*. 2002. Disponível na internet via: <http://www.health.org/catalog/catalog.htm>
- MINAYO-GOMEZ, C & THEDIM-COSTA, S. M.F. *Precarização do Trabalho e Desproteção Social: Desafios para a Saúde Coletiva*. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 4 (2) 1999.

- MILLER, L.J. *Treatment of Addictive Disorders in Women*. In: MILLER N.S., GOLD M.S., AND SMITH D.E., Eds., *Manual of Therapeutics for Addictions*, New York, N.Y.: Wiley-Liss, 1997. (pp. 181-186).
- MILLER, W.R. *Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems*. *Addiction*, 93(7):979-990, 1998.
- MILLER, W.R.; CERVANTES, E.A. *Gender and patterns of alcohol problems: Pretreatment responses of women and men to the comprehensive drinker profile*. *Journal of Clinical Psychology*, 53(3):263-277, 1997.
- MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, NY: Guilford Press, 1991.
- MILLER, W.R. *Spirituality: The Silent Dimension in Addiction Research*. The 1990 Leonard Ball oration. *Drug and Alcohol Review*, 9(3):259-266, 1990.
- MILLER, W.R. *What is a Relapse? Fifty Ways to Leave the Wagon*. *Addiction*, 91:S15-S27, 1996.
- MONTI, P. M. *Treating Alcohol Dependence*. New York : The Guilford Press, 1981.
- NORMAN, J. ; LEMPERD, R. ; O'BRIEN, C. *Under the Influence? Drugs and the American Work Force*. National Academy press, washington dc, 1994.
- RICHMAN, J.A. *Microsocial processes impacting on alcohol problems over work careers*. In: P.M. Roman (Ed.), *Alcohol Problem Intervention in the Workplace: Employee Assistance Programs and Strategic Alternatives*, New York, NY: Quorum Books, (pp 67-76), 1990.
- OKUNDAYE, J.N.; SMITH, P.; LAWRENCE-WEBB, C. *Incorporating Spirituality and the Strengths Perspective Into Social Work Practice with Addicted Individuals*. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1(1):65-82, 2001.

- ORFORD, J. ; VELLEMAN, R. *Childhood and Adults Influences on the Adjustment of Young Adults with and without Parents with Drinking Problems*. Addiction Research, 1995.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10/ Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993.
- RICHMAN, J.; FLAHERTY, J. & ROSPENDA, K. *Perceived Workplace Harassment Experiences and Problem Drinking Among Physicians: Broadening the Stress/Alienation Paradigm*. . In: VAISSMAN, M. *Alcoolismo como Problema de Saúde no Trabalho: Avaliação de um Programa de tratamento para Funcionários de um a Universidade*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB/PROPSSAM. 1998.
- SELIGMAN-SILVA, E. *Psicopatologia e Psicodinâmica do Trabalho*. In: MENDES, R. *Patologia do Trabalho*. pp. 287-310. Rio de Janeiro: Atheneu. 1995.
- STEIGLASS, P. et al : *The Alcoholic Family*. Hutchinson Education .1988
- TRICE, H.M. *Implications for intervention and prevention in three streams of EAP- related research*. In: P.M. ROMAN, Ed., *Alcohol Problem Intervention in the Workplace: Employee Assistance Programs and Strategic Alternatives*, New York, NY: Quorum Books, (pp 339-359),1990.
- VAISSMAN, M. *Alcoolismo como Problema de Saúde no Trabalho: Avaliação de um Programa de tratamento para Funcionários de um a Universidade*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB/PROPSSAM. 1998.
- VELLEMAN, R.: *Alcohol Problems in the Family*. IAS.1993.
- WEBB, G.R., REDMANS; HENNRİKUS, D; ET AL. *The prevalence and sociodemographic correlates of high risk and problem drinking at an industrial worksite*. British Journal of Addiction, pp. 495-507. 1990.

WEBB, G.R.; REDMAN, S.; HENNRİKUS, D.J.; KELMAN, G.R.; GIBBERD, R.W.;
SANSON-FISHER, R.W. *Relationships Between High-risk and Problem Drinking and the
Occurrence of Work Injuries and Related Absences*. Journal of Studies on Alcohol,
55(4):434-446,1994.

WEINBERG N.Z.; DIELMAN, T.E.; MANDELL, W.; SHOPE, J.T. *Parental Drinking and
Gender Factors in the Prediction of Early Adolescent Alcohol Use*. International Journal of
the Addictions, 29(1):89-104, 1994.

WUTHRICH-P. *Alcohol-related Accidents in the Workplace, and Their Consequences*.
Drogalkohol, 11(1):43-55, 1987.

ANEXOS

ANEXO I

- Critérios Diagnósticos Para Dependência de Substância (DSM-IV)

Um padrão mal-adaptativo de uso de substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três ou mais dos seguintes critérios, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:

(1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

(a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado.

(b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.

(2) abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:

(a) síndrome de abstinência característica para a substância (consultar os Critérios A e B dos conjuntos de Critérios para Abstinência das substâncias específicas).

(b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.

(3) a substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que intencionado.

(4) existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.

(5) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., consultas a múltiplos médicos ou fazer longas viagens de automóvel), na utilização da substância (por ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos.

(6) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.

(7) o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (por ex., uso atual de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela, ou consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo de álcool).

Especificar se:

Com Dependência Fisiológica: evidências de tolerância ou abstinência (isto é, presença de Item 1 ou 2.)

Sem Dependência Fisiológica: não existem evidências de tolerância ou abstinência (isto é, nem Item 1 nem Item 2 estão presentes).

Especificadores de curso

Remissão Completa Inicial

(usado se, por pelo menos 1 mês, mas por menos de 12 meses nenhum Critério para Dependência ou Abuso foi satisfeito)

Remissão Parcial Inicial

(usado se, por pelo menos 1 mês, mas menos de 12 meses, um ou mais Critérios para Dependência ou Abuso foram satisfeitos, mas os critérios completos para Dependência não foram satisfeitos)

Remissão Completa Mantida

(usado se nenhum dos critérios para Dependência ou Abuso foi satisfeito em qualquer época durante um período de 12 meses ou mais.

Remissão Parcial Mantida

(usado se não foram satisfeitos todos os critérios para Dependência por um período de 12 meses ou mais; entretanto, um ou mais critérios para Dependência ou Abuso foram atendidos).

Em Terapia com Agonista

(usado se está em uso de um medicamento agonista prescrito e nenhum critério para Dependência ou Abuso foi satisfeito para esta classe de medicamento pelo menos durante o último mês (exceto tolerância ou abstinência do agonista)

Em Ambiente Controlado

(usado se o indivíduo está em um ambiente onde o acesso a substâncias controladas é restrito e se nenhuma critério para Dependência ou Abuso foi satisfeito pelo menos no último mês).

- **Critérios Diagnósticos para Abuso de Substâncias (DSM IV)**

A. Um padrão mal-adaptativo de uso de substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um ou mais dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:

- (1) uso continuado resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, escola ou em casa
- (2) uso recorrente em situações de risco físico
- (3) problemas legais recorrentes associados à substância
- (4) uso continuado apesar de problemas sociais ou interpessoais recorrentes causados ou exacerbados pelo uso da substância

B. Os sintomas jamais satisfizeram os critérios para Dependência de Substância para esta classe de substância.

ANEXO II

Roteiro de Entrevista

- 1 Qual sua função na universidade?
- 2 Desde quando?
- 3 Você está em desvio de função? Por que?
- 4 Como foi sua introdução ao Programa? Qual a sua relação com o álcool neste momento? Você se considera dependente? Por que?
- 5 Quais os horários normalmente em que você bebe (bebia)?
- 6 Em que locais normalmente voce bebe (bebia)?
- 7 Se você tiver (teve) desejo de beber, no local de trabalho, é (foi) difícil ter acesso a bebida?
- 8 Como é o seu trabalho?
- 9 Como é o ambiente de trabalho?
- 10 Para você, é importante o que faz? e para os demais?
- 11 O que é estar satisfeito no trabalho, pra você? você se sente satisfeito com seu trabalho? O que falta para que você esteja satisfeito?
- 12 Como foi sua ultima recaída? Como estava sua vida neste momento? E o trabalho?
- 13 Como é sua chefia? Como ela age em relação ao seu tratamento? Isso te influenciou a participar do programa?
- 14 Qual a sua situação atual no programa?

ANEXO III

Trabalhadores que não Participaram da Entrevista:

1) C.

Prontuário

44 anos (1957), sexo masculino, tendo cursado o 1º grau. Foi admitido na universidade em 1989 como encanador. Casado, dois filhos, o mais novo excepcional. Faz uso de bebida alcoólica desde os 18 anos de idade. Refere que seu pai era alcoólatra. Em 1992 tem sua primeira licença médica¹ associada ao uso abusivo de álcool. Em 1993 é colocado à disposição por dificuldade em exercer suas funções, devido ao abuso da substância. Refere que quando abstinente irrita-se, queixa-se de insônias e muitas dívidas. Encaminhado ao CEPRAL em 1995 pela chefia, quando reinicia suas funções laborativas, ano no qual reinicia períodos repetidos de licença médica devido ao uso abusivo de álcool, o que provoca duas internações no IPUB por alucinação alcoólica. Mostra-se resistente quanto ao acompanhamento psiquiátrico, não fazendo uso correto da medicação indicada e não freqüentando o programa constantemente. Em 1996 apresenta períodos de abstinência que duram em média dois meses cada. Apresenta-se ao Serviço Social alegando como motivo de sua última recaída a insatisfação no setor de trabalho, condições inadequadas de trabalho e problemas conjugais. Relata dificuldade em manter-se abstinente, devido a dependência alcoólica de sua esposa e de seus familiares e vizinhos consumirem grande quantidade durante todo o final de semana (sic). Sua esposa comparece ao programa e informa que a dificuldade de adesão do mesmo está associada às dificuldades financeiras, por conta dos cuidados especiais necessários ao filho mais novo. De acordo com relato do serviço social, a mesma mostra não ter consciência do alcoolismo como doença crônica. Em 06/1996 em visita familiar C. atribui ao alcoolismo fatores externos, ainda não fazendo uso adequado das medicações e insistindo ao retorno ao trabalho “para ajudar a parar de beber”. Em 1997 foi colocado em disponibilidade devido ao seu baixo desempenho causado pelo uso abusivo de álcool. Foi indicado ao grupo de TCC, porém, só compareceu às primeiras entrevistas. Após muitas tentativas da equipe em estimulá-lo à continuidade do tratamento, C. foi desligado¹ do programa em 07/1997 devido a sua falta de comprometimento, ausências, não comparecimento às convocações e alguns comparecimentos aos atendimentos alcoolizado. Aposentado³ por invalidez em 1998, diagnóstico, dependência de álcool.

¹ Quando em licença médica não há redução do salário mas perda do auxílio transporte e alimentação.

² Todos os pacientes considerados desligados são orientados quanto a possibilidade de retorno ao programa, a qualquer momento que decidirem.

³ Se estiver licenciado por mais de 730 dias para tratamento e não conseguir recuperar-se sendo considerado apto ao retorno ao trabalho, será aposentado proporcionalmente.

2) J.***Prontuário***

58 anos (1943), sexo feminino, admitida na universidade em 1983. Viúva, dois filhos. Readaptada em 1995 de telefonista para auxiliar administrativo após problemas auditivos. Portadora de transtorno depressivo associado à dependência de álcool licenciou-se por vezes devido a tal quadro. Em 1994 refere problemas familiares, solidão e episódios de tentativa de suicídio após falecimento do esposo, momento em que seu consumo aumentou significativamente. Em visita ao local de trabalho, as condições físicas do local são consideradas adequadas pela equipe porém a chefia indica baixa produtividade de J. . Encaminhada pela chefia ao CEPRAL em 1996, inicia atendimentos individuais mostrando-se resistente em participar do grupo de TCC, alegando ser a única mulher. Mostra-se satisfeita com seu trabalho, e refere que o afastamento de seus antigos colegas de trabalho, que fazem uso de álcool, facilitou sua abstinência. Em 1997 é diagnosticada com artrose, queixando-se de problemas de saúde, sendo licenciada por isto por vários períodos. Em 1998 apresenta-se com hipertensão arterial, mostrando-se preocupada com a redução de sua renda após a aposentadoria. É indicada para o grupo de TCC porém não dá continuidade devido ao processo de aposentadoria que se inicia por invalidez em 1999. Segundo informa o relato do serviço social, J. foi aposentada com diagnóstico de dependência de álcool, porém encontrando-se em abstinência e estando com a saúde comprometida devido ao uso abusivo ao correr dos anos.

3) T.

Prontuário

62 anos (1939), sexo masculino, admitido na universidade em 1970 como mecânico de área. Separado, 17 filhos de vários relacionamentos, tendo cursado a 3º série do 1º grau. Encaminhado em 1998 ao CEPRAL pela chefia, que refere que o mesmo é um ótimo funcionário, apresentando porém problemas associados ao uso abusivo de álcool desde 1996. Encaminhado em 1998 ao grupo de TCC, momento no qual refere perda de seu filho em acidente e problemas de moradia devido a guerra de quadrilhas na favela onde reside. Comparecendo a 50% das sessões do grupo de TCC, participando ativamente porém sempre referindo o objetivo de fazer uso controlado bebida e não a abstinência completa. Não dá continuidade as sessões seguintes e não responde às convocações. Desviado de função, recebe e faz entregas em setor administrativo desde que iniciou problemas relacionados ao uso de álcool. Relata situação de conflito com colega de trabalho, solicitando sua transferência. Não se considera alcoolista, mas relata buscar tratamento pois percebe que inicia a ter problemas com o consumo. Em 1999 inicia processo de separação, referindo que sua esposa é dependente química. Em 06/1999 opera hérnia apresentando problemas de varizes, fazendo uso moderado de álcool, mas não apresentando problemas no local de trabalho. Em visita ao local de trabalho, o serviço social refere uma visão paternalista da chefia e despreparo por parte da direção com relação à questão do alcoolismo. Apresentando descompromisso com o tratamento e não comparecimento as sucessivas reconvoções, T. foi desligado em 2001 do programa. Não compareceu a entrevista, não respondendo as convocações

4) D.**Prontuário**

46 anos (1955), sexo masculino, separado, duas filhas. Assistente administrativo tendo concluído o 2º grau. Desviado de função, faz análise de pagamentos e digitação, mostrando-se muito orgulhoso de sua função. Refere aumento da ingestão após separação. Encaminhado pela chefia ao CEPRAL em 02/1996 com episódios de depressão, relata a confiança que a chefia passou a ter após sua introdução ao programa. Em 06/1996 foi encaminhado ao grupo de TCC. Comparece às entrevistas individuais do grupo de TCC e às primeiras sessões em grupo, tendo preenchido os critérios diagnósticos para fobia social², mostrando dificuldade em interagir com os demais. Foi indicado a participar de acompanhamento terapêutico na Divisão de Psicologia Aplicada da UFRJ, para tratamento individual da fobia social e melhor aceitação da separação. O mesmo não mostra interesse em iniciar tal tratamento e em seguida não dá continuidade ao grupo de TCC, sendo desligado do mesmo. Em 08/1996 foi avaliado positivamente, porém refere que as dificuldades em se relacionar afetivamente e socialmente persistem. Em 1997, em visita ao local de trabalho, o serviço social informa que a chefia desconhece a cronicidade do alcoolismo, as condições físicas do local de trabalho se mostram adequadas. Em 1998 retorna a ter faltas ao trabalho. É desligado do programa em 07/1999 por falta de reconhecimento da problemática e dificuldade de adesão. Considera seu caso diferente dos demais. Desligado da universidade após processo administrativo do qual se encontrava. Não compareceu a entrevista, não respondendo as convocações.

² fobias sociais: Medo de ficar exposto à observação atenta de outrem e que leva a evitar situações sociais. As fobias sociais graves se acompanham habitualmente de perda de auto-estima e de medo de ser criticado. As fobias sociais podem se manifestar por rubor, tremor das mãos, náuseas ou desejo urgente de urinar, sendo que o paciente por vezes está convencido de que uma ou outra destas manifestações secundárias constitui seu problema primário. Os sintomas podem evoluir para um ataque de pânico (CID-10, F40.1).

5) E.

Prontuário

45 anos (1956), sexo masculino, admitido em 1975 na universidade como técnico em eletrônica. Separado, tendo cursado o 2º grau. Fazendo uso de bebidas desde os 18 anos, relata que seu pai era alcoolista. Refere aumento do consumo desde que a esposa o deixou em 1995. Em 07/1995 é encaminhado ao CEPRAL, pela chefia, devido a faltas consecutivas e atrasos, tendo sido colocado várias vezes à disposição. Apresentando situação laborativa e familiar comprometida. A ex-esposa refere que o mesmo faz uso abusivo desde 1987 com episódios de agressividade, já tendo iniciado outros tratamentos, não tendo dado continuidade a nenhum. Em 02/1996 em licença médica, reduziu o consumo tendo em seguida recaída associada a não aceitação da separação (sic). Aderindo ao tratamento, porém sem mostrar interesse por voltar ao trabalho, em 07/1996 foi indicado ao grupo de TCC. Nas entrevistas iniciais identifica-se a possibilidade de transtorno de personalidade anti-social³, associado à dependência de álcool. Não dá conclusão ao grupo de TCC, participando somente das primeiras sessões. Alega não ter dado continuidade por não se identificar com os demais integrantes, e saber que os profissionais não teriam condições de avaliar seu estado mental. Desligado do grupo de TCC em 03/1997. Em 07/1997, não respondendo as convocações da equipe, foi desligado do programa devido a não aderência. Em 1999 sua ex-esposa procura a equipe, pois E. estaria acamado, sem alimentar-se, trêmulo, sem sentir pernas e braços. A equipe faz visita ao local após uma semana com o intuito de interná-lo para cuidados adequados, mas o mesmo mostrase em boas condições, sem nenhum dos sintomas indicados. Não compareceu a entrevista não respondendo as convocações.

³Transtorno da Personalidade anti-social: Caracterizado por um desprezo das obrigações sociais, falta de empatia para com os outros. Há um desvio considerável entre o comportamento e as normas sociais estabelecidas. O comportamento não é facilmente modificado pelas experiências adversas, inclusive pelas punições. Existe uma baixa tolerância à frustração e um baixo limiar de descarga da agressividade, inclusive da violência. Existe uma tendência a culpar os outros ou a fornecer racionalizações plausíveis para explicar um comportamento que leva o sujeito a entrar em conflito com a sociedade (CID-10, F60.2).

6) A .**Prontuário**

44 anos (1957), sexo masculino, admitido na universidade em 1993 como contínuo, tendo concluído o 1º grau completo. Vivendo maritalmente. Iniciou uso de álcool aos 13 anos. Relata que sua irmã e mãe faleceram de alcoolismo. Em 1995 o mesmo solicita que sua chefia o encaminhe a tratamento visto que quando bebe, falta ao trabalho. Apresentando úlcera devido ao uso abusivo de álcool. Nesta data foi encaminhado ao CEPRAL, sem aderir, porém ao tratamento após inúmeras tentativas da equipe. Expõe preocupação com a referência de alcoolismo em sua pasta funcional, embora prossiga com a ingestão. O serviço social, em visita ao local de trabalho, identifica a chefia com uma postura paternalista, abonando por vezes suas faltas, visto que a mesma refere ter tido familiar alcoolista. A. não faz uso regular das medicações indicadas pela equipe médica, apresentando possibilidade diagnóstica de Transtorno de Personalidade Esquizóide⁴ ou Fobia social. Entre 1996 e 1997 ocorrem vários períodos de licença médica. Em 1996 foi encaminhado ao grupo de TCC, participou das primeiras entrevistas sendo desligado deste após inúmeras faltas injustificadas. Apresentando várias recaídas e não comparecendo as reconvocações da equipe. Em 10/1996 há um mês em abstinência e em licença, refere que precisa retornar ao trabalho, e inicia uso correto da medicação indicada. Em 12/1996, após comemorações natalinas, interna-se no Hospital Phelippe Pinel para desintoxicação. Em 1997 refere sentir-se hostilizado por seus colegas de trabalho, devido às suas ausências, o que obriga aos mesmos o substituírem quando necessário. Aposentado em 09/1998 com diagnóstico de dependência de álcool, o mesmo ao ser comunicado não mostra resistência.

⁴ Personalidade Esquizóide: Transtorno da personalidade caracterizado por um retraimento dos contatos sociais, afetivos ou outros, preferência pela fantasia, atividades solitárias a reserva introspectiva, e uma incapacidade de expressar seus sentimentos e experimentar prazer (CID-10, F60.3).

7) U.

Prontuário

41 anos (1960), sexo masculino, admitido na universidade como operador de computador. Separado, um filho. Iniciou ingestão de bebidas alcoólicas aos 19 anos, com aumento considerável do consumo a partir dos 25 anos. Iniciou tratamento em 1995 quando foi internado no IPUB, devido a quadro depressivo, e internado novamente em 1996 para desintoxicação. Em 1997, em licença médica, foi indicado a retornar ao trabalho como parte da terapêutica de tratamento, encontrando-se em processo de separação de sua esposa. Apresentando baixa produtividade laborativa a partir de 1998, em 07/1999, sofre recaída e quadro depressivo. Solicita tratamento, bebendo desde então ocasionalmente. Em 11/1999 a família refere ansiar por sua volta ao trabalho, devido ao estado de consumo contínuo em que se encontra. A chefia é visitada pelo serviço social, com objetivo de informação e sensibilização sobre a problemática. A chefia refere que U. não vem se enquadrando às necessidades da universidade, chegando a ausentar-se por 30 dias sem justificativa. Neste caso a própria chefia teve a iniciativa de procurar sua irmã (que também trabalha na universidade), para ter notícias do mesmo. A chefia relata que U. ficou “meio perdido” por não se adequar às inovações tecnológicas o que provocou perda de entusiasmo no mesmo. De acordo com o relatório do serviço social, U. precisaria ser capacitado através de cursos. Em 12/1999 U. solicita retorno ao trabalho, mostrando-se receoso em aposentar-se por invalidez. Em 01/2000, após não comparecer às renovações de licença, refere querer retornar ao trabalho. Não comparecendo aos atendimentos marcados pela equipe e não mostrando interesse aos atendimentos em reciclar-se. Foi indicado ao grupo de TCC em 01/2000 estando em abstinência há 40 dias. Interna-se no IPUB em seguida por 10 dias, por iniciativa própria, e em 04/2000 comparece a atendimento psiquiátrico alcoolizado, dizendo-se frustrado por ter tido que tirar férias do trabalho por questões administrativas. Comparecendo ao grupo de TCC assiduamente, U. nega, porém episódio de alcoolização. U. refere que tendo mudado de setor, sua chefia atual não o libera para o curso de informática e solicita que o mesmo só vá aos atendimentos do programa uma vez por semana. U. mostra-se muito angustiado com tal problemática nas sessões seguintes do grupo referindo que agora que se sente motivado não recebe apoio para seu tratamento. Em 08/2000, mantendo-se em abstinência por 3 meses, refere-se sobre conflitos em relação ao trabalho. Após 265 dias de licença, retorna ao trabalho. Após 3 dias inicia-se a greve de funcionários, o mesmo se mostra angustiado pois desejava votar ao trabalho imediatamente. U. Inicia em seguida curso de reciclagem, ao retornar ao trabalho muda de chefia, que compreende seu problema (sic). Refere ter feito ingestão moderada de álcool durante a greve. Para sua melhora, refere que seria necessário ver mais o filho e se aperfeiçoar profissionalmente. Em 09/2000 apresenta-se alcoolizado queixando-se da organização e pressão no trabalho. A chefia refere que o mesmo tem faltado e usado o nome do programa para justificar tais faltas (confirmada a acusação). U. então é colocado à disposição. Em 10/2000 sem aderir ao programa o paciente fica surpreso com a possibilidade de aposentadoria e solicita mais uma chance. A equipe decide dar 3 meses de prazo para o mesmo. Em 11/2000 U. vem ausentando-se do trabalho sem justificar-se, diz estar sem ânimo. Com 846 dias no total de afastamento ao trabalho, não tendo aderido ao programa, foi aposentado em 02/2001 por invalidez. Diagnóstico: dependência alcoólica.

8) B.**Prontuário**

48 anos (1953), sexo masculino, admitido na universidade como revisor de textos, tendo cursado o 3º grau completo. Em 1988 apresenta episódios constantes de depressão devido separação (sic). Elitista há mais de 20 anos, tendo aumentado o consumo a partir de 1983. Desviado de função devido ao uso abusivo de álcool, tendo como função identificar obras raras no acervo da INEP. A chefia o considera doente. Desde 1993 apresenta várias licenças por motivos de saúde. Em 1996 inicia abstinência com o apoio da chefia que espera sua reestabilização para que o mesmo possa voltar a função anterior. Em 08/1996 é indicado para o grupo de TCC, preenchendo os critérios diagnóstico para transtorno da personalidade histriônica⁶. B. manifesta sentimentos de irrealização, devido a sua formação e o cargo que ocupa. Refere a dificuldade em recusar bebida no local de trabalho. Comparece ao grupo de TCC sempre com atrasos de ao menos 40 minutos, não mostrando interação com os demais, devido a seu nível cultural muito elevado (sic). Em 09/1996 refere estar chateado com a chefia pois a mesma vem cobrando sua volta ao trabalho, não considerando sua necessidade de licença (sic). Em 11/1996 o serviço social refere resistência da chefia em recebê-lo, considerando-o alcoólatra em potencial e recusando qualquer tipo de dinâmica para uma maior conscientização. Apresentando uma postura preconceituosa, a chefia refere que o trabalho que deve exercer está aquém de suas possibilidades. Sendo assim, B. foi remanejado para ocupar as funções de seu cargo em outro setor. Desligado do grupo de TCC em 12/1996 devido às ausências injustificadas. Não comparece às convocações. Em 02/1997 é afastado por 90 dias, não comparecendo às convocações da equipe. Em 04/1997 apresenta recaída. Em 08/1997 apresenta-se recuperado em condições de voltar ao trabalho. Em 05/1997 em tratamento e abstinência é afastado por 90 dias. Afastado entre 08 e 09 de 1997. Desligado do programa em 06/1999 por não comparecer às convocações. Não compareceu a entrevista não respondendo as convocações.

⁶ Transtorno caracterizado por uma afetividade superficial e lábil, dramatização, teatralidade, expressão exagerada de emoções, sugestibilidade, egocentrismo, autocomplacência, falta de consideração para com o outro, desejo permanente de ser apreciado e de constiuir-se no objeto de atenção e tendencia a se sentir facilmente ferido (CID-10, F60.4).

9) X.

Prontuário

48 anos (1953), sexo feminino, admitida na universidade em 1977 como auxiliar de enfermagem. Viúva, uma filha. X. refere nunca ter tido problemas com álcool até o nascimento de sua filha, momento no qual aumentou muito o consumo. Em 1994 e 1995 são concedidas licenças médicas por fraturas, relatando no momento: “bebo até quanto puder”. Encaminhada ao CEPRAL em 05/1995 após ser examinada pelo setor médico da Divisão de Saúde do Trabalhador. Apresentando, segundo a chefia, faltas consecutivas desde 12/1994. Refere não beber durante o expediente, não considerando que sua dependência interfira em seu trabalho. Associa o beber à necessidade de “querer esquecer certos fatos”. Em 06/1996 indicada ao grupo de TCC, como alternativa à sua falta de adesão aos grupos de apoio oferecidos pelo programa. Comparece às primeiras entrevistas para o grupo de TCC não respondendo às demais convocações. Foi desligada do grupo de TCC em 08/1996. Em 03/1997 desmotivada e sem adesão as propostas do programa, ainda não se reconhece como alcoolista. Refere sentir dificuldade em conciliar os papéis da relação funcional e da condição de paciente, visto ser uma auxiliar de enfermagem. Desligada do programa em 03/1997. Não comparece à entrevista, não respondendo às solicitações.

10) Z.**Prontuário**

47 anos (1949), sexo masculino, admitido na universidade como marceneiro em 1989, tendo cursado o primário. Duas filhas. Refere ter irmão alcoólatra. Apresentando problemas conjugais e financeiros decorrentes ao uso abusivo de álcool, foi encaminhado pela chefia por apresentar-se alcoolizado freqüentemente no local de trabalho. Em 06/1995 internado no Instituto de psiquiatria de 28/08/1995 a 23/09/1995, passando a fazer parte do CEPRAL desde então. Nesta época, refere perda do irmão. Colocado em disponibilidade por estar indo trabalhar alcoolizado, com freqüência irregular e pouca participação no programa, queixa-se de não ter as ferramentas adequadas à sua função. A psiquiatria refere possibilidade de preenchimento dos critérios diagnósticos para transtorno de personalidade anti-social. Em 08/1995, sem consciência dos comprometimentos familiares e laborativos, devido ao uso abusivo de álcool, refere estar em disponibilidade por ter queixado-se das condições de trabalho. Nega beber em serviço “quanto mais em disponibilidade mais eu bebo”. Não comparecendo regularmente aos atendimentos. Em 10/1995 apresentando uma aparência melhorada, ainda ingerindo etílicos, refere estar fazendo “biscates”; reiniciando então sua presença de forma mais assídua ao programa. Em 07/1996 apresenta diminuição no consumo retornando ao trabalho. Relata: “bebo muitas vezes pra fazer parte do grupo, se não beber me sinto envergonhado”. Acrescenta que por vezes utiliza a bebida quando tem que assinar cheques e falar em público. De acordo com a psiquiatria apresenta também a possibilidade diagnóstica de Fobia Social associada à dependência. Em 08/1996 fazendo uso de etílicos, durante o horário de trabalho, a esposa refere melhora do mesmo. No entanto inicia em seguida faltas e entra novamente em licença. Em 10/1996 é internado no Hospital Phelippe Pinel por 17 dias, não dando continuidade a nenhum tipo de tratamento após a internação, não mostrando ter desejo em tratar-se, e não cumprindo as prescrições médicas. Em 11/1996 mostra interesse em recomeçar o tratamento sendo licenciado. Em 04/1997 separando-se, passa a viver com amigos e refere que a chefia não sabe “mandar”. Queixa-se de falta de material adequado. Em 07/1997 apresentando dificuldade de adesão a qualquer tratamento, fica licenciado até a aposentadoria. Aposentado em 09/1998 por invalidez com diagnóstico de dependência alcóolica.

11) K.**Prontuário**

47 anos (1954), sexo masculino, admitido na universidade em 1989 como porteiro. Tendo cursado o 1º grau. Divorciado, um filho, vivendo maritalmente. Faz uso de etílicos desde os 14 anos. Aos 20 anos já consumindo grande quantidade, tendo agravado consumo após falecimento de sua mãe em 1997 (a mesma fazia uso abusivo de álcool), refere que o seu local de residência facilita o consumo devido ao convívio direto com os pescadores da região. Em 1995 apresenta-se na DVST com dor epigástrica. De 10/1997 a 11/1997 é internado no IPUB para desintoxicação. Após alta abandona o tratamento ambulatorial em 01/1998 com agravo de seu quadro, queixando-se de nervosismo, insônia, cefaléia e temores, apresenta-se apático e deprimido, sendo licenciado por três meses. Em 03/1998 é encaminhado ao CEPRAL pela equipe médica da DVST e a partir de 07/1998 não comparece às diversas convocações. Em 08/1998 comparece aos atendimentos, afirmando estar em abstinência, porém sentindo-se agitado, insone e ouvindo vozes, inicia então medicação indicada pela psiquiatria. Em 09/1998, mantendo-se em abstinência, queixa-se de dormência nas pernas e cefaléia. Sua companheira relata que K. sempre foi muito tímido, tendo receio de falar e assinar documentos em público, assim como comer. O mesmo refere que em sua juventude usava o álcool para iniciar conversas. Em 10/1998 inicia o grupo de TCC apresentando sintomas depressivos, porém, após algumas semanas apresenta melhora. Compareceu às entrevistas e às primeiras sessões e em 12/1998, apresentando algumas faltas relata que só consegue sair de casa com a presença da companheira, que nem sempre pode acompanhá-lo. Refere temor em retornar ao trabalho e ter que conviver com os antigos amigos, podendo ser induzido a uma recaída. Foi desligado do grupo de TCC em 01/1999, devido ao não comparecimento às convocações após longo período de ausência. Em 01/1999, informa lapso no natal tendo ingerido etílicos somente por um dia. De 01 a 03/1999 apresenta cinco lapsos. Refere que após ingestão de medicação sente-se mais comunicativo e não apresentando mais as alucinações visuais; A equipe de psiquiatria questiona a possibilidade de transtorno psicótico decorrente de uso de álcool. Em 05/1999 volta a beber não comparecendo às convocações. Em 11/1999 acumula 646 dias de licença, sem melhora do quadro, é aposentado em 02/2000 por invalidez. Diagnóstico: alcoolismo.

12) G.**Prontuário**

50 anos (1951), sexo masculino, admitido na universidade em 1989 como servente de obras. Casado, seis filhos (sendo um deles epilético e deficiente mental). Faz uso de etílicos desde os 16 anos, tendo aumentado o consumo de forma considerável a partir dos 31 anos. Em 09/1994 comparece à DVST em estado emocional alterado, tendo ingerido bebida alcoólica, solicitando atendimento devido contusão ocorrida no cotovelo e antebraço após queda de altura. Encaminhado pela DVST ao CEPRAL em 08/1995, estando à disposição por ter agredido e desrespeitado diversas pessoas do local de trabalho, após ingestão de álcool. Já tendo sido remanejado cinco vezes, apresentando atrasos e faltas, assim como baixa produtividade. Em 12/1995, tendo reduzido o consumo diário, e comparecendo aos atendimentos do programa, foi considerado apto a retornar ao trabalho. Em 01/1996 relata ter estado em abstinência por um mês porém, ter recaído após falecimento da mãe. Em 02/1996, bebendo moderadamente e participando ativamente do tratamento, refere última ingestão na quarta-feira de cinzas durante comemoração do título de campeã de sua escola de samba. Em 03/1996 apresenta melhora e comparece assiduamente ao CEPRAL, evoluindo consideravelmente e apresentando melhor interação familiar. Em 06/1996 apresentando faltas ao programa, refere que o mesmo se dá pelo fato de estar em uma nova unidade. Em 07/1996 a chefia relata que G. não vem apresentando problemas de relacionamento com os colegas e que nestes últimos dois meses compareceu ao trabalho uma vez alcoolizado, mas foi permitido de trabalhar. O mesmo refere que se preocupa com o fato de G., no momento, estar trabalhando na reparação do telhado pois tal função seria de risco. Segundo relato da equipe de Serviço Social a chefia mostra não possuir informações sobre o alcoolismo, desconhecendo a existência do programa. Foi orientada a encaminhar G. à DVST quando comparecer alcoolizado ao trabalho, não lhe sendo permitido trabalhar nestas condições. Em 08/1996 G. foi avaliado como bebedor moderado, consumindo etílicos nos finais de semana somente. G. associa o uso abusivo de álcool com a problemática vivenciada por ele no aspecto funcional, principalmente. Em 10/1996 ausenta-se dos atendimentos e comparece alcoolizado à DVST para curativo na perna direita. Em 11/1996 é indicado para o grupo de TCC do qual participou de todas as sessões até seu término. Refere desacordo com sua função no trabalho, devido a falta de material adequado, e relata incidente no qual após ter feito uso de bebida, na tentativa de acender um cigarro, provocou incêndio acidental em sua casa atingindo dois cômodos. G. comparece a atendimento após sucessivas faltas, relatando recaída após conhecimento que sua filha de 15 anos está grávida. Agredindo-a em seguida e sendo detido na delegacia, relata aumento de consumo desde então. Foi colocado ao mesmo a possibilidade de licença médica, mas G. recusa, comparecendo uma semana após o incidente referindo melhora e abstinência. Em 03/1997 participando ativamente do grupo de TCC mantém ingestão controlada, com maior aceitação da gravidez da filha. Refere que seu genro está residindo em sua casa. Em 04/1997 G. refere insatisfação com sua atividade, relata desejo de voltar a estudar e terminar o 2º grau. A chefia comparece ao programa mostrando preocupação como risco da atividade que G. exerce e refere que o mesmo tem apresentado falta justificada através de atestados médicos não cumprindo corretamente suas tarefas. Em 05/1997 G. mostra-se aborrecido com sua situação no local de trabalho sentindo-se explorado tendo trabalhado nos finais de semana, em certas ocasiões. Queixa-se de ser maltratado pela chefia tendo recebido faltas em todos os dias que compareceu ao grupo de TCC, apesar de ter apresentado as devidas declarações. Em 07/1997 G. recaí após a ingestão de álcool, e inicia briga tendo sido muito agredido. Falece em seguida. Uma semana antes do episódio deixa mensagem às terapeutas do grupo de TCC solicitando

contato, porém, tal mensagem só foi recebida após o falecimento, visto que o comparecimento das mesmas ao programa se fazia somente duas vezes por semana.
Falecido antes da data de início das entrevistas. Morte associada a agressão sofrida durante momento de lapso.

Trabalhadores que participaram da entrevista:

13) R.

Prontuário

47 anos (1954), sexo masculino, admitido em 1989 como servente de limpeza, tendo como atribuições dentre outras, descarregar caminhões. Casado, dois filhos. Faz uso de álcool desde os 18 anos, apresentando consumo mais intenso a partir de 1996. Com horário mais provável de consumo após o expediente. Encaminhado ao CEPRAL em 10/1998 pelo clínico médico que o examinara por queixa de dispnéia e hipertensão. Bebedor de longa data, ausentando-se do trabalho desde 09/1998, com episódios anteriores de licença médica devido à apnéia e tonteira. Em 01/1999 refere insatisfação no trabalho devido a falta de condições adequadas (sic). Em 07/1999 queixa-se de nervoso e insônia, tendo voltado a beber de forma moderada. Após um mês, já em abstinência completa, refere estar ausentando-se do trabalho não mais devido a recaídas, mas para fazer biscates. Refere estar irritado com sua situação econômica e às perdas salariais dos servidores públicos. Queixa-se da cobrança da chefia que o vem impossibilitando de fazer seus biscates, porém refere ter bom relacionamento com a mesma. Em 01/2000 inicia grupo de TCC. Comparece de forma freqüente manifestando sua ansiedade e mostrando preocupação quanto a possível dependência de calmantes. Mantendo-se abstinente, recebeu alta do programa em 02/2001.

Entrevista

R. apresenta-se calmo e colaborativo. Refere ter tido alta do programa e estar há mais de um ano e meio em abstinência total. Mostra-se consciente de seu problema com relação ao álcool optando por não fazer nenhum tipo de ingestão de etílicos: *“se eu beber, perco o controle, aí começa tudo de novo”*. No momento relata problemas de hipertensão e está fazendo uso correto da medicação. Lembra que os sintomas que apresentava (falta de ar e tonteiras) nunca haviam sido diagnosticados anteriormente nos demais atendimentos: *“eu vinha aqui sempre, me examinavam mas só se preocupavam em me perguntar sobre a bebida. Eu sempre falava que sentia tonteira e falta de ar”*. Relata que o desconhecimento de seu problema de hipertensão provocava muita angústia e nervosismo: *“eu tinha muito medo de ser alguma doença grave. Muitas vezes bebia para parar de sentir aquilo. Eu achava que estava ficando maluco”*. Complementa referindo-se a sua indicação para o programa: *“foi nessa época que o médico me iniciou pro tratamento do alcoolismo e acabou que acho que ele esqueceu do resto que eu sentia”*.

Quanto aos horários mais freqüentes de ingestão, relata que sempre fez uso após o expediente. Complementa, porém que foi proibida a venda de álcool nos trailers da universidade: *“depois que foi proibido ficou mais difícil, mas sempre se dá um jeito, nem que tenha que se ir mais longe”*. R. mostra-se satisfeito em seu trabalho: *“agora estou satisfeito, acordo e sei o que tenho para fazer, eu mesmo me organizo. Trabalho dirigindo o trator e sei o que tenho que limpar e retirar com ele. Fico mais no sol que antes, mas vale a pena. Antes trabalhava com a turma eu chegava no trabalho e era aquela bagunça e tititi. Aí todo o mundo se separava para fazer o que tinha que ser feito, limpar as coisas (...) mas era tudo desorganizado, tinha muita fofoca e ninguém vinha pra mandar e orientar sobre o trabalho. Agente se espalhava e começava a limpar. Isto me deixava muito nervoso, até passava mal, uns falavam dos outros ou da reclamação que a chefia tinha feito no outro dia”*. R. sente-se reconhecido por seu trabalho a partir de tal mudança de função. Considera que desta forma não vem se envolvendo neste ambiente de trabalho no qual não se sente confortável: *“eu até pedi pra ir para outro setor onde*

meu cunhado trabalha mas é porque lá e sei que o horário é menos puxado, dá tempo de fazer biscates. Mas se não der tá bom do jeito que tá”.

Quanto a sua última recaída R. comenta: *“tem quase dois anos, nem lembro o que aconteceu. Mas era quando eu passava mal sem saber o motivo e ficava naquela perturbação de trabalhar com a turma da limpeza. Era muita coisa na minha cabeça”*.

Quando questionado sobre a importância do apoio de sua chefia R. relata que a mesma sempre o apoiou no comparecimento ao programa: *“eles nem lembram que já tive problema com álcool, me tratam como os outros. Na época que eu tava mal, ele me dizia pra me tratar, isso dá força pra gente achar que pode conseguir mudar”*.

Quanto a relação trabalho-consumo abusivo R. finaliza: *“sempre bebi pra esquecer os problemas, qualquer um, não interessa se no trabalho ou de casa. Hoje sei que posso dar um jeito sozinho. Com saúde tudo se arranja, até dinheiro agente dá um jeito”*.

14) M.

Prontuário

49 anos (1952), sexo masculino, admitido na universidade em 1988 como pintor. Solteiro. Em desvio de função por iniciativa própria, trabalhando no protocolo exercendo a atividade de porteiro. Faz uso de bebida alcóolica desde os 11 anos, sendo uma de suas irmãs e sua mãe alcoolistas também. Em 06/1997 M. solicita ajuda. Mostra-se sem estímulo ao trabalho, depressivo e angustiado, tendo uma recaída após dois anos e meio em abstinência (de 1995 a 1997). Associa a recaída ao uso de um fortificante que tomara e que teria estimulado o desejo em ingerir etílicos. Refere sentir-se desmotivado e afirma que ao ingerir álcool, ocorre melhora de seu estado. Em 10/1997 foi encaminhado pela chefia ao CEPRAL por suas faltas, devido ao uso abusivo de álcool. Mostra-se com sintomas depressivos. Refere dependência cruzada com outra droga no passado, tendo atualmente feito uso somente de álcool. M. não dá prosseguimento ao tratamento. Em 01/1998 inicia faltas consecutivas ao trabalho. Em 09/1998 é indicado para o grupo de TCC e um mês após inicia período de abstinência. No segundo mês de grupo o paciente inicia faltas e comparece após algumas semanas relatando ter tido uma recaída e sentir-se envergonhado. Em 02/1999, em abstinência, refere estar satisfeito com sua nova atribuição na biblioteca: “estou aprendendo algo novo”. Afirmado ter apoio e bom relacionamento com a chefia. Neste período não vem comparecendo ao grupo de TCC pois segundo o mesmo vai atrapalhar seu serviço. Apesar de estimulado a discutir com a chefia sobre o assunto, se necessário com o auxílio do serviço social, M. abandona o grupo. Em 05/1999, após recaída mostra interesse em participar do próximo grupo de TCC que se iniciara. Referindo manter relacionamento com companheira alcoolista. Em seguida, renuncia ao tratamento em grupo. Em visita a chefia, a mesma refere faltas porém reconhece a capacidade e qualidade laborativa de M. quando em abstinência. Em 01/2000 M. sofre episódio de violência durante assalto, provocando lesão em seu globo ocular. Em licença médica devido ao ocorrido, M. mostra-se deprimido solicitando retorno ao trabalho: “se eu voltar ao trabalho, melhora”. Concluindo 127 dias de licença médica ininterruptas em 1999. M. solicita desligamento em 01/2001 do programa não comparecendo as demais convocações.

Entrevista

M. comparece à entrevista respondendo de forma sucinta as solicitações, sem mostrar interesse pelo diálogo. Inicia a entrevista relatando que sempre esteve em desvio de função desde sua admissão: *“gosto de trabalhar na biblioteca, pego os livros para os alunos, é muito melhor que ser pintor. Arquivo as coisas. No início tive medo de não conseguir, mas acabei aprendendo”*.

Quanto a seu problema com relação ao álcool relata: *“é, acho que sou dependente mas às vezes consigo parar, não sei dizer”*.

Quando questionado sobre os episódios depressivos M. informa: *“já passou”*.

Quanto ao apoio da chefia: *“ele sempre me deu força”*.

Quanto a sua indicação para o programa relata: *“tá certo, eu faltava muito, ainda mais se bebo, aí ele me indicou, mas mesmo sem beber eu falto”*.

Quanto a seu desligamento do programa *“eu saí do programa porque não dava, sou muito cansado. Eu moro em Campo Grande, aí eu tenho que ir pra cidade, depois ir pro fundão (nas consultas), aqui é longe de tudo. Se tenho um atendimento em grupo toda a semana tenho então que sair da cidade até aqui (fundão). Depois, quando acabar o atendimento, umas 11:00, vou chegar na cidade 12:30 pra sair às 14:00. Se fosse mais perto seria diferente”*.

M. relata que sempre sente-se desmotivado, inclusive para o trabalho: *“sempre fui preguiçoso, às vezes falto só pra ficar em casa”*.

Quanto a abstinência refere: *“estou há um mês sem beber e quando estou assim, fico melhor, faltando menos ao trabalho”*.

Quanto ao horário e local de consumo complementa: *“nunca fui de beber no trabalho porque saio muito cedo, o pessoal que bebe junto é o das 5:00 ou 6:00 horas. Bebo perto de casa mesmo”*. Quanto ao acesso de bebida no local de trabalho acrescenta: *“estou por fora, só bebo perto de casa”*. E complementa quanto a relação do trabalho e consumo: *“bebo porque gosto, acho que é isso, nunca fui de me aborrecer com os outros ou mesmo no trabalho, bebo mesmo sem me aborrecer. Tem gente que bebe porque se aborrece, eu não”*.

M. não mostra em seu discurso consciência da importância de sua função. Durante toda a entrevista demonstra sua auto estima baixa com frases como: *“se eu não for não vão nem notar, vai ter outro pra fazer meu trabalho (...) devo fazer direito, a avaliação da chefia é boa”*. Quanto as condições e material refere *“pra mim tá tudo bem, tem tudo. Os alunos é que sofrem com a falta de livros”*.

Quanto ao ambiente de trabalho refere: *“sem problemas, ninguém me perturba, é simples, chego e pego os livros que os outros pedem”*.

Quanto a recaída M. refere que vem bebendo ininterruptamente, há muito tempo, sem associar um evento específico ao fato: *“não sei, me dá vontade aí eu bebo”*.

15) H.

Prontuário

45 anos (1956), sexo masculino, admitido em 1985 na universidade como assistente administrativo. Tendo ausentado-se da universidade por cinco anos, foi reintegrado em 1997. Casado, um filho, tendo concluído o 3º grau. Relata que seu irmão é dependente de álcool estando com quadro de cirrose hepática. Faz uso de álcool desde a adolescência, tendo consumido outros tipos de drogas por muitos anos, associando isto à sua dificuldade em relacionamentos sociais naquela época. Preocupado com sua produção no trabalho, inicia o grupo de TCC por iniciativa própria em 1996. Abstinente há 3 meses no momento de início do grupo, refere que seu trabalho fora da universidade vem sendo prejudicado devido a falta de confiança por parte de alguns com relação à sua recuperação. Conclui o grupo, permanecendo em abstinência desde então. Em 1998, queixa-se de cansaço, insônia, pressão no trabalho, insatisfação e sintomas depressivos. Em 02/1999 foi colocado à disposição devido a sucessivas faltas e licenças relacionadas a tais sintomas. Solicita acompanhamento psicológico para evitar recaída. Em 06/1999 é encaminhado para outro setor de trabalho, mostrando-se satisfeito com sua função, motivado e não apresentando faltas. Em 06/1999 recebe alta do programa.

Entrevista

H. refere estar trabalhando no Instituto de Psiquiatria, tendo como cargo assistente administrativo. Relata ter como função atual listar os usuários que utilizam a biblioteca, tendo que listá-los.

Quanto a satisfação no trabalho refere: *“não é estressante pois gosto de ler e com o que faço acabo lendo alguns livros. Chego no trabalho por volta de 12:00 horas e que fica no computador até as 14:00 listando os leitores da universidade”*.

Quanto ao seu desvio de função H. informa: *“a diretora do sistema integrado de bibliotecas pediu para um desvio de função pois ela sabia que eu tinha perfil para este tipo de trabalho. Então eu fui então cedido”*.

Quanto a sua inclusão no programa refere ter procurado tratamento por iniciativa própria não estando na ativa durante o tratamento. Refere ter solicitado sua reintegração na universidade em 1997, um ano após sua abstinência, que perdura até hoje.

Quanto a como é visto pelos demais relata: *“ninguém sabe do meu problema pois quando retornei a universidade já estava em abstinência”*;

Quanto a capacidade de controle de ingestão de álcool: *“sim, evito beber bebi um pouco de champanhe no reveillon de 2000”*. Quanto a última recaída relata: *“não me lembro, faz anos, mas deve estar associada a alguma situação onde me ofereceram e acabei dizendo sim. Sempre tive dificuldade com isto, hoje não”*.

Referente ao acesso a bebida no local de trabalho H. relata que onde trabalha, na urca não há venda de bebidas e que seus colegas tão pouco fazem consumo.

Quanto ao reconhecimento de seu trabalho, H. reconhece que suas atividades são de grande importância para a universidade, mas complementa: *“ninguém liga, mas não me incomoda, as pessoas ligam para os que tem um nome na universidade. Quando vem algum grandão de fora aí tem cafezinho e agrados, acho isto chato. Essa necessidade de que as pessoas da universidade tem de se sentir obrigado a puxar saco e de obrigar os outros a fazer o mesmo”*

Quanto ao apoio da chefia, estava afastado do trabalho no momento de tratamento: *“a atual chefia se sabe, não toca no assunto”*.

Quanto ao horário mais freqüente de consumo: *“nos ensaios que eu tinha quando trabalhava com música, principalmente na madrugada, o ambiente facilita, quase todo muito bebia ou usava outras drogas”*.

Refere ter feito terapia para evitar recaída: *“estava ansioso e fico assim sempre quando tenho várias coisas pra resolver. Quando estou sobre pressão e cobrança não consigo produzir. Então fui a DVST e pedi ajuda, uma terapia individual, ma eles não tinham este serviço, então tive que pagar uma mas parei por falta de grana”*. Refere que nesta época sentia-se deprimido *“em 1999, estava exercendo um trabalho muito estressante na escola de direito, não tinha nada a ver, então fui para o RH e então me encaminharam para onde estou”*.

16) O .

Prontuário

51 anos (1950), sexo masculino, admitido na universidade em 1989 como pedreiro. Casado, 2 filhos. Coursou até a 3ª série do 1º grau tendo sido analfabeto até os 20 anos. Iniciou uso de bebida alcoólica aos 19 anos. Tendo sido impossibilitado de prosseguir na função devido à hérnia de disco, foi então readaptado na biblioteca. Em 1997 foi encaminhado a DVST pela chefia por episódios de esquecimento momentâneo, e de lá encaminhado ao CEPRAL tendo chegado ao programa bebendo moderadamente. Referindo episódios de blackout quando ingere álcool. Diagnóstico: Síndrome Disminésica com déficit Atentivo Associado. Refere ficar abstinente por 8 anos e ter sido motivado para prosseguir tratamento pela religião. Em 04/1997 após visita à chefia, conclui-se que a mesma não sabia que o trabalhador era alcoolista. Refere que o mesmo é um ótimo funcionário, sem faltas ou atrasos, e que seus amigos não percebiam que fazia uso de bebida após o horário de trabalho. Em 06/1997, após 6 meses em abstinência, apresenta lapso após discussão com pedreiro que estaria trabalhando em sua casa. Tendo feito consumo também após biscate que teria provocado forte dor na coluna. Em 1998, devido aos episódios de esquecimento que comprometiam sua nova função e cefaléias constantes, foi encaminhado ao setor de Educação Física como vestuarista. Em desvio de função, auxilia no projeto de visitação da rede pública municipal à instituição, toma conta do ginásio e fiscalizando a limpeza do banheiro. Mostra-se então mais satisfeito. Bebendo eventualmente sem episódios de recaída e encaminhado ao grupo de TCC. Mostra-se comprometido ao longo do tratamento, chegando à sua conclusão sem episódios de recaída e consumo eventual de bebida. Em 2000 apresenta seqüelas de AVC devido ao tratamento inadequado da hipertensão.

Entrevista

O. apresenta-se um pouco desanimado referindo-se a sua saúde: *“já estou melhor (com relação ao AVC), mas tento fazer fisioterapia na universidade mas nunca tem vaga”*. Quanto aos episódios de esquecimento relata: *“está mais ou menos”* e afirma que não tem tratado medicamentosamente sua hipertensão. No momento encontra-se trabalhando na portaria a pedido da chefia, pois segundo O. não há mais funcionários trabalhando no vestiário.

Quanto ao consumo de bebidas alcóolicas afirma: *“ainda bebo, mas só socialmente, quando encontro com meus amigos no botequim perto de casa, mais ou menos duas cervejas por semana”*. Quanto ao problema com o álcool complementa: *“não me considero dependente, sou equilibrado agora, bebo quando quero, antes tinha que beber muito, agora digo pra mim mesmo, que já tá bom”*.

Refere que seu último uso abusivo de bebida alcóolica foi em 1997: *“ não lembro bem, acho que era época em que estava fazendo obra em casa, estava muito nervoso e também sentia muita dor nas costas, aí acabei bebendo depois de estar 6 meses sem beber nada”*.

Quanto ao acesso a bebida no local de trabalho O. afirma: *“ ainda tem boteco dentro da cidade, universitária apesar de muitos terem fechado. O pessoal hoje em dia bebe menos por falta de opção, mas ainda bebem”*.

Quanto a sua função atual de porteiro que desenvolve desde 1995, as condições de trabalho e satisfação, refere: *“não tenho muito o que reclamar, no vestiário era bom, mas sempre dava problema com os alunos. Eles não respeitam a gente, a gente fala e eles nem escutam. Como porteiro também, mas é menos aporrinhação, é só não deixar entrar os mendigos que querem passar pra pedir comida”*.

Quanto ao apoio da chefia ao tratamento refere: *“na verdade ninguém nunca soube que eu bebia, não gosto de ficar bebendo por aqui pra depois ficarem falando de mim. A chefia só soube depois que eu comecei o tratamento, mas sempre me apoio. Me dizia que tinha mesmo é que me tratar”*. Complementa, referindo-se a sua indicação ao tratamento: *“foi o médico que me indicou, na verdade fui me consultar sobre os esquecimentos e falei que já bebi muito”*. Quanto a influência do apoio da chefia na aderência ao tratamento O. complementa: *“a chefia não muda em nada, agente tem que querer”*.

O. demonstra em seu discurso se sentir valorizado pela chefia mas tem pouca noção da importância de sua função: *“o pessoal do trabalho me respeita, não é porque eu sou importante, o que eu faço todo o mundo pode fazer, não precisa de estudo ou ser inteligente, é porque eu sou sério no trabalho”*.

Refere nunca ter bebido devido a aborrecimento no local de trabalho: *“mas porque sentia dor no trabalho”*.

O. conclui a entrevista relatando estar na igreja: *“é isso que vem me dando apoio, lá ninguém bebe, é outro ambiente, lá ninguém me chama pra beber”*.

17) P.

Prontuário

47 anos (1954), sexo masculino, admitido na universidade em 1987 como porteiro. Casado, um filho. Encaminhado ao CEPRAL pela chefia em 11/1998, negando que o álcool esteja interferindo em sua vida, porém alegando interesse em abster-se da bebida a pedido do filho e esposa. Refere que suas crises constantes de bronquite o tem estimulado a para de beber. Apresentando-se em abstinência com episódios de lapsos durante 1999, foi encaminhado ao grupo de TCC em 2000. Comparece aos grupos com assiduidade mantendo-se em abstinência. Em 02/2000, em desvio de função, sofre acidente de trabalho, devido a queda da caixa de marcha do micro ônibus sobre sua mão e perna direita. Segundo o técnico de segurança do trabalho a iluminação e o espaço físico foram considerados insuficientes, sendo identificado desconhecimento da função por parte do trabalhador e despreparo físico para a atividade. Não sendo fornecido qualquer tipo de EPI (Equipamento de Proteção Individual). Nas sessões seguintes do grupo de TCC, o paciente mostra angústia devido a sua problemática e à dificuldade que vem tendo em conseguir a autorização para operar-se. Refere não estar tendo assistência adequada quanto ao seu caso. Ficou impossibilitado de dar continuidade ao grupo de TCC devido às inúmeras marcações de consulta, e dificuldade de resolução da operação. Em 09/2000 refere beber socialmente, sentindo-se desmotivado com o seu problema físico decorrente do acidente. Tendo alta do programa em 01/2001.

Entrevista

P. comparece referindo que ingere cerveja nos finais de semana e sente-se muito bem, quanto ao problema de controle com relação ao álcool considera-se bebedor moderado: *“tive alta do programa, estou controlado, só bebo às vezes, só cerveja. Tem festas e churrasco na universidade que até evitei pra não ficar bebendo muito. Geralmente só bebo cerveja nos finais de semana, em casa.”*

Quanto a sua ocupação atual, refere-se ao acidente ocorrido em 2000: *“tive que parar o grupo pra resolver o problema, agora está tudo bem, tenho feito fisioterapia”*. P. refere que durante este período foi muito difícil manter-se em abstinência: *“muito problema, burocracia, ia e vinha e nunca era atendido e ninguém me explicava nada. Ai dá vontade de jogar tudo pro ar e encher a cara”*.

Por conta do acidente P. encontra-se trabalhando no almoxerifado onde cede ferramentas aos mecânicos. Sente-se bem exercendo esta função, quanto ao nível de satisfação refere: *“não posso mais fazer esforço, lá é bom o ambiente e as pessoas, tô satisfeito, quero voltar a estudar pra poder acompanhar meu filho que faz perguntas que não sei responder, e minha mulher que passou no vestibular”*.

Quanto a chefia, P. informa que esta sempre se preocupou mas que nunca o acusou por seus problemas com o álcool *“ele sempre fala que quando alguém tiver problema, é só procurar ele. Quando alguém começa a faltar muito ele até manda um ir buscar em casa”*.

Quanto a sua indicação ao programa, foi indicado pela chefia anterior. Relata que teve muita dificuldade em aceitar: *“o chefe bebia mais que eu, e eu que tinha que me tratar, ele era até um bom chefe mas fiquei indignado, só porque é professor que não precisa de tratamento?”*. Quanto ao apoio da chefia relata: *“ela até me deu apoio e o pessoal do programa também. Isto sempre ajuda né, da mais confiança na gente ter alguém que acredita na gente”*.

P. relembra que sua última recaída foi durante uma festividade: *“foi pra comemorar e acabei perdendo o controle”*.

Quanto à facilidade de acesso à bebida no local de trabalho e horários mais frequentes P. refere: “*ainda tem lugares escondidos pra beber cerveja na hora do almoço, quando eu bebia sempre achava um*”. Complementa referindo-se a relação entre trabalho e consumo no local: “já bebi muito depois do trabalho, então quando me aborrecia era ainda pior, ai que eu bebia mesmo, eu carregava muito peso e beber depois do trabalho até ajudava a relaxar o corpo”.

18) F.

Prontuário

47 anos (1954), sexo masculino, admitido na universidade em 1989 como servente de obras. Analfabeto. Solteiro, vivendo com um casal de amigos. Faz ingestão de bebida alcóolica desde os 12 anos, bebendo mais intensamente a partir dos 18 anos. Refere ter pai alcoólatra. Apresentando quadro de saúde comprometido (pancreatite crônica, hipertensão arterial, diabetes) devido ao abuso de álcool por longo período. Encaminhado para o CEPRAL pela chefia em 06/1995 devido risco de acidente de trabalho provocado pelo uso de álcool. É considerado pela chefia responsável no trabalho e sempre disposto a auxiliar os demais. Durante todo o ano de 1996 demonstra dificuldade em se identificar como alcoolista apresentando-se irregularmente ao programa. Após acentuação de seu quadro de saúde, mostra-se mais preocupado com o tratamento. Refere faltas ao programa por ausência de vale-transporte visto que não os recebe por viver na vila dos funcionários, situada no mesmo bairro do programa porém com dificuldade de locomoção de um ponto ao outro. Associa uso de álcool à sua vida familiar, visto viver com estranhos. Refere sentir-se motivado à abstinência devido ao sua saúde e ao trabalho. Encaminhado ao grupo de TCC em 06/1996. Em 07/1996 recebe apoio da chefia e apresenta bom rendimento produtivo. Conclui o grupo em abstinência em 08/1997 tendo apresentado alguns lapsos, mas sempre buscando apoio do programa. Em 09/1999 faz uso de álcool solicitando voltar ao programa. Em seguida segue em abstinência. Sente-se bem no local de trabalho e refere vontade de viver só, visto que o casal com o qual vive se apropria de todo seu vencimento (sic). Em 08/1999 apresenta-se bem, em equilíbrio econômico, vivendo só e fazendo parte do programa de diabetes/DVST. Em 01/2000 recebe alta do programa. Em 01/2000 o paciente refere que será curado de tudo por Deus não fazendo uso correto da medicação, mantendo-se em abstinência.

Entrevista

F. inicia a entrevista referindo estar exercendo a mesma função: servente de obras. Está em abstinência completa há três anos.

Quanto a indicação da chefia afirma: *“eu bebia muito, faltava, não tinha jeito. Fiquei um pouco contrariado, mas aceitei o tratamento. O meu chefe à princípio não quis nem saber, me colocou a disposição, mas uma chefe de outro departamento disse que não era assim, que eu devia ter uma chance de me tratar, ela então se responsabilizou por mim e aí eu entrei pro programa e não fiquei a disposição, continuei trabalhando. Hoje tenho o mesmo chefe, ele quando viu que eu estava melhorando no programa começou a me apoiar”*.

Quanto ao seu problema com relação ao álcool F. refere *“não me considero mais dependente de álcool, mas também nem quero provar, não bebo mais nada com álcool”*.

Referente a como é visto hoje informa: *“sou visto com respeito, afinal são três anos sem bebida”*.

Quanto a sua satisfação no trabalho relata: *“pra ficar melhor só falta eu estudar. Estou aprendendo a escrever e ler num curso aqui mesmo na universidade, e vou fazer um dia um curso de informática e melhorar. Pra Deus nada é impossível”*.

Quanto ao local, ambiente e organização de trabalho refere: *“é bom, bom ambiente. Meus colegas agora me respeitam e não me chamam mais pra beber. Cada um tem sua função. Chego e já sei logo o que vou fazer até o dia seguinte, o encarregado orienta”*.

Quanto a relação trabalho/consumo: *“sempre bebi, trabalhando ou não, nunca bebi mais por causa do trabalho que eu fazia. Sempre tinha motivo pra beber, ou porque tava feliz ou com raiva, ou triste”*.

Quanto aos horários e local mais freqüente de consumo relata: *“geralmente era depois do expediente ou até durante. Eu bebia sempre, todos os dias da semana”*.

Quanto à última recaída F. informa não se recordar muito, visto ter sido há três anos: *“eu vivia com problemas com aquela família onde eu morava, eles bebiam muito, isto às vezes facilitava que eu bebesse”*.

Quando questionado sobre a continuidade de seu tratamento de diabetes afirma: *“Deus vai me curar mas estou tomando remédio, e vou tomar até o dia em que o médico vai me dizer que estou curado”*.

19) N.

Prontuário

49 anos (1952), sexo masculino, admitido em 1989 na universidade como marceneiro. Casado, uma filha. Faz uso de bebida desde criança, tendo o apoio de seu pai e avô. Em 09/1996 apresenta-se na DVST com queixa de lesões e hálito alcóolico. Foi então orientado quanto ao programa de alcoolismo, não mostrando interesse. Encaminhado ao CEPRAL em 11/1996 através da chefia. Referindo estar há um mês em abstinência, N. considera seu trabalho atual sem oportunidades para criar: “meu trabalho é uma arte”. Queixa-se que muitos trabalhos que são realizados fora poderiam ser feitos na universidade. A chefia imediata (o encarregado), de acordo com parecer do serviço social, mostra-se despreparada quanto a coordenação do grupo ao qual é responsável. Em 02/1997 N. refere seis meses de abstinência. Em 06/1997 N. relata desentendimento com encarregado devido ao seu atraso, por ter acompanhado a esposa a uma marcação de exame. Encaminhado ao grupo de TCC em 11/1998, refere não sentir-se dependente, e os demais do grupo também o vêem da mesma forma. No entanto mostra muito interesse quanto ao tratamento. N. relata sentir-se motivado à abstinência completa pela chefia indireta e filha. Comparece à grande parte das sessões, ausentando-se sempre que consegue um “biscate”. O que provocou a impossibilidade do mesmo até o final do grupo devido a necessidade de mudança de horário das sessões. Em 05/1999 mantém-se em abstinência e prossegue com os “biscates”. Em 11/1999 refere desentendimento com a chefia imediata, o encarregado. Acusando-o de certo abuso de poder. Relata que tal encarregado era ajudante de pedreiro, não estando qualificado para sua função, utilizando também bebida alcóolica durante o expediente. N. queixa-se da temperatura do local de trabalho e de condições precárias do banheiro. Em seguida ocorre visita ao local de trabalho pelo serviço social que refere desconhecimento por parte da chefia indireta quanto à proposta do programa. Considerando N.: “100% melhor”, a chefia indireta relata haver problemas entre N. e sua chefia imediata, no caso, o encarregado. O mesmo concorda com N. que há possibilidade de abuso de poder por parte de tal encarregado. Em 03/2001 N. queixa-se de acordar com perna e mão esquerda trêmulas. Continua inscrito no programa.

Entrevista

N. comparece a entrevista referindo que pretende ser consultado em seguida pela equipe médica, com intuito de rever sua licença, devido a dormência na mão e pés. Quanto a tais sintomas, relata que foi internado no Hospital Universitário por uma semana, para avaliação médica: *“me examinaram, fiz exames mas não mandaram tomar remédio. Me explicaram que tive um pequeno derrame e que isto vai passar com o tempo”*.

N. queixa-se da terceirização do trabalho: *“eles pagam outros pra fazer as coisas e depois pedem agente pra consertar, isso me irrita”*. Com relação aos problemas de relacionamento que apresentava com o encarregado refere que o mesmo não é mais chefe. Quanto às condições do local de trabalho: *“continua o mesmo, não dá pra tomar banho ou me lavar, mas só em não ter mais aquela perturbação do encarregado, dá pra agüentar. Isto é o de menos, o ambiente é que conta”*.

Quanto ao seu problema com relação ao álcool relata: *“não sou dependente nem nunca fui, não sou alcoólatra”*.

Quanto ao seu encaminhamento ao programa N. refere que nunca teve problemas com álcool mas se irritava constantemente no trabalho: *“eu bebia normalmente mas se eu perdia o controle já me acusavam de estar bêbado. Nunca bebi porque me aborrecia, quando alguém bebe, tudo que acontece já associam logo à bebida. Vim fazer o tratamento pra provar a eles*

que sou sério, agora nem cachaça bebo mais, só cerveja”. N. complementa: “quando a gente é considerado alcoólatra, os médicos quando tem consulta logo perguntam, tá bebendo?, bebeu quando teve acidente?, mas esquecem de perguntar sobre os elementos tóxicos do ambiente que a gente trabalha”.

Quanto ao acesso de bebida no local de trabalho N. complementa *“não sei... fecharam uns lugares...deve estar mais difícil. Não bebo mais com os amigos do trabalho, só em casa, senão vão ficar fazendo fofoca, dizendo que estou enchendo a cara, agora só bebo fora do trabalho”.*

Quanto aos horários mais freqüentes e local N. relata: *“bebia às vezes no final do serviço e uma cerveja no almoço nos trailers da universidade, mas nunca fui trabalhar bêbado”.*

N. relata o prazer que tem em trabalhar com a atual chefia e como se sente mais realizado. Afirma que a chefia não o vê como um alcoólatra: *“mesmo se eu me atrasar ou faltar, ele vai pensar que no máximo arrumei um biscate. Se ele pensa que bebi pelo menos não fala. Um dia até errei, ao invés de falar com ele fui direto no chefe dele, passei por cima da autoridade dele. Ele me chamou no canto e conversou, não ficou dando esporro, ele é muito sério, me trata como gente, ele me respeita e respeita meu trabalho”.*

Quanto a relação do apoio da chefia na aderência ao programa N. relata *“ele me dá apoio, eu nunca precisei. Eu aceitei vir e pronto mas tem gente que tá muito doente, bebendo muito aí é preciso um empurrãozinho uma força da chefia. Porque se ficar botando impedimento, tudo é motivo pra desistir”.*

Quanto à última recaída N. refere *“nunca tomei porre de beber até cair, não sou como os outros do programa, pode perguntar”.*

20) Q.

Prontuário

50 anos (1951), sexo masculino, admitido como eletricitista em 1989, tendo cursado o 2º grau. Separado. Q. faz uso de etílicos desde os 18 anos, tendo aumento em seu consumo a partir dos 25 anos. Apresentando dor no peito e tonteados em 10/1998, após comparecer a exames, foi encaminhado ao CEPRAL por médico da Divisão de Saúde do Trabalhador. Em 11/1998 solicita que sua chefia não seja comunicada sobre sua inclusão no programa. Seu horário de trabalho é noturno porém nega fazer uso de bebida durante o expediente, alegando saber o risco que corre. Referindo que quando há problemas na universidade, há uma sobrecarga em seu trabalho. Q. relata ter grande dificuldade de recusar bebida de seus amigos. Em 12/1998, a chefia mostra-se flexível quanto a sua mudança de setor de trabalho. De eletricidade passa para telefonia, onde Q. já possui experiência anterior e receberá treinamento. Há três meses em abstinência, mostra satisfação de retorno ao trabalho. Em 04/1999 queixa-se da mudança de setor, alegando rigidez da chefia, e falta de tempo para "biscates". Aponta insatisfação com a conjuntura atual da universidade mas, sem problemas no trabalho devido ao alcoolismo de modo geral. Em 10/1999 há 8 meses em abstinência, queixando-se de problemas financeiros, refere medo de recaída. Em 01/2000 inicia grupo de TCC. Em 04/2000 apresenta-se deprimido, solicitando atendimento individual, desligando-se do grupo de TCC. Em 07/2000 recai. Licenciado em 09/2000 por 15 dias. Continua inscrito no programa.

Entrevista

Q. inicia a entrevista referindo beber moderadamente nos finais de semana e complementa no que se refere ao local mais freqüente de consumo: *"vivo só, não posso viver só de trabalhar, não gosto de sair de casa então de vez em quando bebo, em casa mesmo"*.

Quanto ao episódio depressivo, refere não encontra-se mais em depressão desde que começou tratamento medicamentoso.

Quanto ao seu problema com o álcool relata: *"tenho problema com álcool, às vezes perco o controle, estou no momento no controle"*.

Quando questionado sobre seu desejo inicial, de que a chefia não fosse comunicada sobre sua inclusão no programa, Q. relata: *"ele já está ciente desde a visita que a assistente social fez"*.

Quanto a postura atual da mesma refere: *"não tem perseguição, se eu vier trabalhar alterado vou logo pra DVST, pois senão vou fazer besteira no serviço, é perigoso"*. Complementa: *"sempre tive apoio pra me tratar, pois se eles não derem força fica difícil de continuar, quando se tem este problema (refere-se à dependência de álcool), tudo é motivo pra gente se desanimar"*.

Quanto a sua inclusão no programa refere: *"eu estava com dor no peito e procurei o médico e ele me disse que eu precisava me tratar, de parar de beber, e me indicou pro tratamento"*.

Comenta que não compareceu mais ao grupo de TCC pois sentia não precisar mais: *"eu já tinha parado de beber, aí achei melhor voltar a trabalhar e não ter que ir no grupo"*.

Quanto ao horário mais freqüente de consumo refere: *"quando eu trabalhava de noite era 12/36 então eu tinha a manhã toda livre, sem compromisso com o trabalho, podia então beber a vontade sem medo de ressaca. Acho que este horário de 8 horas de trabalho por dia ajudou um pouco"*.

Quanto a sua satisfação no trabalho refere: *"estou na telefonia mas não gosto, não posso fazer biscates. Tem gente de outras unidades que já mandaram me chamar, mas o chefe embarreirou"* e complementa: *"quando o profissional está bem, produz mais, eu estou bem"*.

Quanto as condições de trabalho e acesso a material adequado Q. refere: *“às vezes me irrita quando querem que a gente faça o trabalho, não dando o material. Eu sempre explico que o setor é quem fornece o material, aí eu vou e concerto. Isso me irrita, mas não vem prejudicando o trabalho não”*.

Quanto ao ambiente de trabalho relata que vem se sentindo vigiado *“tem um terceirizado que fica tomando conta da gente, mas eu não obedeço ele, só ao encarregado. Então ele pede pro encarregado pedir a gente. Ele quis até proibir que assistíssemos TV na hora do almoço. Nem sequer alguém chegou pra apresentar ele, ele simplesmente chegou e começou a trabalhar, ninguém foi comunicado (...) ele outro dia ficou vigiando se eu ia devolver as ferramentas. Até parece que sou de roubar, estou há tantos anos na universidade e agora tenho que passar por isto. É tudo um jogo político, isso tá acontecendo por causa da briga do prefeito com o diretor, e nós ficamos entre a cruz e a espada”*. Afirma porém que apesar de situação atual sente-se reconhecido por seu chefe e seu ambiente (os amigos de trabalho): *“é maravilhoso”*.

Quanto a sua última recaída, Q. relata que foi durante a comemoração do Ano Novo: *“eu estava em abstinência e resolvi comemorar, aliás sempre bebo quando estou feliz ou bem”* e complementa: *“nunca bebo por desgosto, a maioria faz o contrário, nunca bebi porque me aborreci no trabalho como muitos, bebo porque gosto muito de lá adoro a universidade o problema é só a politicagem”*.

Quanto ao acesso de bebida no local de trabalho Q. afirma: *“os próprios chefes bebem depois do expediente, dá-se um jeito... Eles fecharam alguns bares, mas dá pra ir mais longe quando se quer”*.

21) L.

Prontuário

40 anos (1961), sexo masculino, admitido na universidade em 1989 como auxiliar de laboratório. Responsável por limpeza de tubos de ensaio e ambiente físico. Coursou a 4ª série primária. Solteiro. Iniciou o uso de bebidas alcólicas aos 15 anos, aumentando o consumo aos 29 anos, quando seu irmão foi assassinato. L. refere ter pai e tio alcoólatras e relata já ter feito uso de outras substâncias. Em 1985 sofre atropelamento, estando alcoolizado no momento, e perde o baço. Em 1993 apresenta problemas no trabalho devido ao consumo abusivo de álcool. Em 1995 foi encaminhado ao CEPRAL, pela chefia, por faltas e ausências durante o expediente. Apresentando distúrbios gastrointestinais devido ao uso de álcool. Refere satisfação com o ambiente de trabalho e refere redução do consumo por influência religiosa. Em 06/1996 L. não adere ao CEPRAL não se sentindo motivado a parar de beber. Em 07/1996, tendo causado problemas no local de trabalho, é licenciado. Solicita a voltar ao trabalho, mostrando-se agressivo e não aceitando o fato de precisar se tratar: “vou voltar de qualquer jeito ao trabalho”. Em 09/1996 ainda licenciado, aceita iniciar o tratamento. Em 11/1996 sua mãe relata a equipe seu uso contínuo de álcool e outras drogas por L., e comportamento agressivo tendo o mesmo jogado fora os remédios indicados pelo médico. A mesma solicita internação do paciente ou retorno ao trabalho, acreditando que desta forma o consumo poderia diminuir. Não comparecendo às convocações desde 03/1997, sua mãe informa que o mesmo continua fazendo uso contínuo de drogas. Em 07/1997, durante visita ao local de trabalho, a chefia informa que o mesmo se isola dos demais, por vezes não respondendo à cumprimentos, tendo tido desentendimento com outro servidor seguido de agressão física. A chefia mostra interesse em conhecer o programa. L. retorna aos atendimentos do serviço social e em 08/1997 L. mantém-se em abstinência por cinco meses, relatando estar tendo suporte espiritual da igreja que vem freqüentando. Em 09/1997, em abstinência há seis meses, foi considerado apto a retornar ao trabalho. L. mostra-se muito satisfeito com o retorno e sente-se bem recebido pelos demais. Em 10/1997, em avaliação, a chefia refere que L. vem mantendo bom desempenho de suas funções e respeitando os horários. Em 12/1997 L. apresenta-se com corte no braço devido a discussão familiar. Em 1998 reinicia no programa. Em 03/1998 começa a ausentar-se do trabalho com freqüência. Em 10/1998 foi indicado para o grupo de TCC. Em 08/1999 foi desligado do CEPRAL devido a suas ausências injustificadas. Em 10/1998 volta a freqüentar os atendimentos do serviço social, após cinco meses de afastamento. Em 11/1998 ausenta-se do grupo de TCC, não dando continuidade ao tratamento, não comparecendo às convocações. Foi considerado desistente. Em 10/1999 procurou novamente a ajuda no programa referindo querer a abstinência, porém não dando continuidade ao mesmo. Em 08/2000, em disponibilidade, tendo apresentado “*comportamentos inadequados*” devido ao uso de álcool, reingressa ao programa motivado. A chefia solicita avaliação do mesmo. Em 09/2000 interna-se no IPUB para desintoxicação. Em 10/2000 relata que tem como prioridade em sua vida voltar a trabalhar, pois: “ficar parado não dá”. Não aceita ter sido colocado à disposição, referindo que ao beber não faz uso da medicação indicada pela equipe médica. Em 11/2000 foi comunicado quanto a possibilidade de aposentadoria. Em 01/2001 foi considerado apto a retornar ao trabalho. Em 03/2001 inicia exames pré operatórios decorrentes de hérnia circuncional. Apresenta-se alcoolizado e angustiado com as dores durante os atendimentos. A chefia refere que devido ao seu estado de saúde não é recomendado que continue trabalhando, visto a função que exerce. Em 04/2001 foi licenciado, permanece fazendo uso de etílicos. Ainda incluído no programa.

Entrevista

L. comparece a entrevista exaltado, alcoolizado, queixando-se de não conseguir uma vaga para sua operação. L. solicita ser aposentado devido a sua condição de saúde. Apresentando-se com crítica comprometida no momento. Mostra a hérnia que apareceu no local da cicatriz de operação de seu baço. Refere: *“bebo porque não agüento de dor, não consigo resolver essa situação. Sei que se continuar a beber vou morrer, mas não agüento. Serve de remédio. Eu tinha parado de beber, mas aí começou esse problema e eu tive que voltar”*. Choro, refere dificuldade de responder as solicitações. Retira-se em seguida.

22) I.

Prontuário

42 anos (1959), sexo masculino, admitido na universidade em 1978 como programador de computador. Casado, 3º grau incompleto. Iniciou uso de etílicos aos 20 anos, tendo utilizado o álcool como forma de socializar-se melhor (sic). Refere ser muito tímido e apresentar tartamudez desde criança, o que acentuava sua timidez e lhe causava depressão. Refere sempre ter sido: “uma criança triste”. Tendo feito uso de outras drogas dos 26 aos 28 anos procurou tratamento no IPUB, devido ao uso abusivo. Refere que ao cessar o uso de outras drogas aumentou o consumo de álcool. Refere ter tio e primo alcoólatras. Em 10/1988, devido ao uso abusivo de álcool após desilusão amorosa, desde fevereiro (sic), apresenta ausências freqüentes ao trabalho). Refere que quando não está sob os efeitos do álcool sente-se deprimido, choroso e insone, iniciando períodos de ausências ao trabalho. Em 1994 e 1993 reduz o consumo. Em 1995 mantém-se em abstinência completa. Apresentando necrose óssea, provocando cirurgia e licença médica. Em 04/1996 foi ao CEPRAL por iniciativa própria, reapresentando problemas com álcool após grande período de abstinência. Sente-se agressivo e ansioso. Apresentando bom relacionamento no local de trabalho tendo consciência do seu papel, ausentando-se somente quando em recaída. Segundo avaliação médica sofre de obesidade, dislipidemia e hipertensão arterial sistêmica. Em 06/1996 é encaminhado ao grupo de TCC, participando ativamente do grupo até seu término, apresentando uma recaída durante sua duração, porém mantendo-se em abstinência em seguida. Apresentando ótimo relacionamento no trabalho e contente em estar realizando trabalhos extras, retorna às suas atividades esportivas e ocupa cargo de nível superior no seu setor. Em 03/1997 apresenta lapso (discutido durante as sessões de TCC), associando o episódio a uma auto-cobrança com relação ao trabalho, devido a grande responsabilidade que tem e aos novos trabalhos que vem surgindo. Em 07/1997 refere lapso após consulta médica, sentindo-se angustiado, visto que o médico não teria precisado o diagnóstico referente a avaliação da cirurgia feita a cerca de um ano. Em 01/1998 muda de setor. Recebe alta do programa em 08/1998. Em 10/1998 refere sentir-se desanimado e deprimido, retorna o uso de etílicos sendo licenciado. Em 11/1998 diminui consumo, apresentando-se ansioso e insone. Em 12/1998 solicita retorno ao trabalho como terapêutico. Em visita ao local do trabalho a chefia apresenta grande flexibilidade frente a doença do servidor, abonando suas faltas, é orientada pelo serviço social a modificar seu comportamento. De 10/1998 a 01/1999 apresenta licenças médicas por 86 dias. Em 12/1998 interna-se no IPUB devido a recaída, permanecendo em seguida em abstinência e sentindo-se estimulado a voltar a praticar esportes. Em 01/1999 refere sentir-se melhor ao ter sido informado por seu psiquiatra, durante sua internação, que sua dependência estaria relacionada a problemas de depressão. Diagnóstico: transtorno depressivo moderado (de acordo com o CID 10). Durante a internação a chefia o visitou. I. refere que esta visita lhe trouxera grande ânimo e esperança em dar continuidade a seus planos futuros no trabalho e em sua vida de modo geral. I. relata que ao voltar ao trabalho ficou feliz de não ter sido estigmatizado em função de seu problema, ao contrário, todos se mostraram solidários. Sente-se satisfeito com o setor de trabalho e tem apoio da esposa, que sempre comparece às convocações da equipe. Reencaminhado ao programa em 03/1999. Em 08/1999 fazendo uso medicamentoso para a depressão, mostra-se consciente de sua situação: alcoolismo/depressão. Mantém-se em abstinência. Em 12/1999 apresentando grande crescimento profissional, sofre cirurgia ortopédica. Em 01/2000 permaneceu de licença médica por 247 dias devido à necrose aséptica da cabeça femoral. Em abstinência há mais de um ano, recebe alta do programa em 09/2000.

Entrevista

I. comparece a entrevista mostrando interesse em falar de seu consumo atual. Refere-se ao grupo de TCC e interessa-se em saber sobre o que ocorreu com os demais pacientes e terapeutas. Quanto a satisfação no trabalho, refere sentir-se bem profissionalmente: *“estou coordenando cursos e tenho feito trabalhos fora da universidade. Estou feliz, realizado. Ocupo funções de nível superior e estou sempre aprendendo. Sem contar os trabalhos que faço fora da universidade”* complementa sobre as condições e ambiente de trabalho: *“todos me respeitam, principalmente meu chefe, e as condições são boas. Tenho o que necessito pra trabalhar, eles sabem dos problemas que tive e me receberam super bem quando eu voltei da minha internação. Me senti bem à vontade”*.

Quanto a chefia complementa: *“ele sempre me deu força, mesmo a chefia anterior. Nunca me impediram de ir me tratar devido a quantidade de trabalho que as vezes eu tinha pra fazer. Sou um bom profissional, quando estou em abstinência, eles sabem disso”*. Com relação se o apoio da chefia é importante no tratamento I. relata: *“é preciso ter vontade própria, é uma decisão pessoal, mas o apoio dos que estão ao seu redor é super importante pra te dar mais força de continuar. Quando eu fui internado deprimi, estava com estima baixa, envergonhado. Meu chefe foi me visitar. Isso foi muito importante pra mim, me levantou o moral, ele me apoiou e me disse que estava esperando minha recuperação. Poxa, me senti útil e importante. Senti que podia ter esperança de novo, que eu poderia melhorar e sair dessa e não recomeçar, mas continuar o que eu já tinha construído”* e complementa: *“é aquilo que agente falava no grupo de TCC, se você vê o fato de voltar a beber como o fim, ai você não para e recai mesmo. Se você encara como algo que aconteceu mas que você pode vencer, vira um escorregão, lapso”*.

Quanto ao local mais freqüente de consumo *“sempre bebi a caminho de casa ou a caminho do trabalho. Quando eu estava na pior eu nem chegava no trabalho. Ficava bebendo dias sem parar”*.

Quanto ao seu problema com o álcool, relata: *“sempre tive consciência de que tenho, digamos, dificuldade de controlar meu consumo de álcool. Por isso nunca me neguei em me tratar, sempre busquei ajuda. Quando chego numa festa, quando alguém me oferece bebida, não tenho vergonha de dizer que não posso beber pois não sei me controlar, assumo (...) outro dia, tive uma oferta de emprego e depois que me aceitaram eu falei que tinha problemas com álcool, mas que estava em abstinência. Eles não me falaram nada, me aceitaram. Achei que eu não deveria esconder isso, é um fato. O que não muda o fato que sou bom profissional”*.

Quanto ao consumo atual, relata: *“tive alta do programa, pois já estou em abstinência ha mais de um ano. Já aconteceu de eu beber só uma cerveja, num barzinho com minha mulher, mas prefiro evitar”*.

Quanto ao seu problema de saúde refere: *“quando eu estou bem, volto a fazer esportes e tudo volta ao normal, emagreço e tudo. Fiz uma cirurgia e fiquei de licença um bom tempo mas agora tá tudo bem. Estou tratando da depressão também”*

Quanto a sua inclusão no programa refere: *“eu procurei tratamento logo no inicio, antes dos meus 30 anos, lá no IPUB. Ainda não existia o programa. Na verdade já tinha participado dos AA mas, sei lá, não me adaptei, é meio deprimente. Todo o mundo só contando desgraças e o que aconteceu quando eles bebiam, tudo isso eu já sei”*. E complementa: *“depois fiquei sabendo sobre o programa e me apresentei. Eles me indicaram o grupo de TCC e depois do grupo ainda fiquei um bom tempo participando do programa, até a alta. Na verdade já tive alta antes e aí recai, estava deprimido”*.

Quanto a depressão refere: *“eu sempre me senti triste, desde criança. Sempre fui uma criança meio triste e tímido, e isto foi aumentando na adolescência. Ainda por cima, com a minha gagueira (...) na verdade com esta recaída que eu tive, eu descobri que tenho depressão, o psiquiatra fez o diagnóstico. Comecei a entender melhor minhas reações, na maioria das vezes eu bebia para acabar com a depressão”*.

Quanto a sua internação refere: *“foi bom, foi algo de chocante em minha vida. Lá me dei conta que tinha chegado ao extremo. Quando você se vê ao lado de um bando de loucos, você começa a se questionar. Mas o que é que eu to fazendo aqui? A que ponto cheguei?...lá é brabo, passei por situações difíceis, vi muita coisa triste, mas valeu como aprendizado”*

Quanto a sua última recaída, I. relata que foi no final do ano 2000: *“eu estava me mudando, um pouco estressado. Resolvi tomar uma cerveja pra relaxar, mas desta vez não consegui me controlar”*.

Quanto ao acesso de bebida no local de trabalho I. afirma: *“as pessoas com quem eu trabalho não bebem, e eu sempre bebi próximo de casa, onde conheço o dono do bar, ou onde tem alguém pra bebe comigo. Não sei dizer sobre o assunto”*.

23) V.

Prontuário

53 anos (1948), sexo masculino e admitido na universidade em 1989 como pedreiro. Divorciado, dois filhos. Iniciou consumo de etílicos aos 27 anos. No mesmo ano de admissão apresenta-se a DVST, queixando-se de nervosismo e irritabilidade, após redução de consumo de álcool. Refere aumento a princípio do consumo nos últimos dois meses por não conseguir entender as relações que se estabelecem na universidade, no que se refere à política. Em 04/1990 recusa-se a fazer uso da medicação indicada pela equipe médica para sua insônia, relatando que tem feito consumo de cerveja “*somente para adormecer*”. Em 09/1990 sofre acidente de trabalho devido a quebra da escada, provocando contusão em seu joelho. Em 1994 apresenta problemas de saúde associados à ingestão abusiva de álcool. Em 08/1995 é encaminhado ao CEPRAL pela chefia, por apresentar problemas de relacionamento no setor devido ao uso abusivo da bebida. Colocado em seguida à disposição. V. refere relacionar-se bem com os colegas, porém com dificuldades com a chefia. Alega não ter problemas com álcool e queixa-se de dores no tórax ao não ingerir álcool. Em 02/1996 foi afastado do trabalho e não comparece aos atendimentos do programa. Em 03/1996 foi considerado apto a retornar ao trabalho, porém mostra resistência, alegando não sentir-se “*bem, psiquicamente*”. Em 05/1996 queixa-se de depressão e “*abalo nervoso*”. Em 06/1996 é encaminhado ao grupo de TCC comparecendo a algumas entrevistas e não dando continuidade ao tratamento. Desligado em seguida do grupo de TCC. Em 07/1996 a psiquiatria apresenta hipótese diagnóstica de transtorno de Personalidade anti-social, após análise de seu comportamento manipulador com relação à equipe. Em 08/1996 é desligado do programa devido a sua falta de empenho em continuar com o tratamento. De 11/1996 a 02/1997 é licenciado, não fazendo parte de nenhum tipo de tratamento. Em 05/1997 sem alteração do quadro mantém-se licenciado por mais três meses e em 11/1997 é licenciado pelo mesmo período. Em 07/1998 alega abstinência, porém refere não querer voltar a trabalhar por nunca ter achado um local adequado que realmente precisasse de um pedreiro, e não de um ajudante de pedreiro. Relata que vem tendo apoio da religião para manter sua abstinência. Em 12/1999 é colocado em disponibilidade. No momento encontra-se trabalhando.

Entrevista

V. chega a entrevista apresentando discurso confuso. Relatando não ter sido convocado, mas que estaria no local para solicitar um atendimento médico, e que então teria sido comunicado quanto a entrevista. Mostrando-se resistente a falar sobre assuntos referentes ao uso abusivo de álcool.

Quanto questionado sobre a associação que fizera entre os problemas políticos na universidade, e seu aumento de consumo de bebida afirma: “*muitos se tornaram alcoólatras e ficaram malucos, eu não estava preparado para a politicagem*”. V. no entanto, não consegue ser mais claro quanto ao que seria esta politicagem: “*não sei explicar*”.

Quanto às dificuldades com a chefia, o mesmo refere: “*não me lembro*”. Mantém a mesma postura quando questionado sobre seu desligamento do grupo de TCC.

Mostrando-se pouco participativo, refere-se aos episódios de depressão: “*não tenho mais*”.

Quanto a sua indicação para o programa refere: “*minha chefia foi correta, ele como chefe fez o papel dele. Na época eu achava que era tudo culpa do chefe, mas na verdade, não era bem assim*” e complementa quanto a como é visto hoje refere: “*me vêem com respeito, estou há três anos sem beber*”.

Quanto a satisfação no trabalho: *“eu mudei, sou respeitado e contribuí. Acabo gostando do serviço. Quando tem injustiça mostro ao chefe, e ele me escuta. Isto me dá satisfação. Este mês por exemplo achei minha avaliação baixa, falei com ele e ele me explicou e disse que isso não significa que vou ser prejudicado”*.

Quanto a relação do apoio da chefia, na aderência ao tratamento, V. relata: *“acho que isso influenciou. De repente se ele não tivesse insistido, eu nem ia aceitar. Qualquer problema que ele colocasse pra eu não participar do programa, era desculpa pra eu acabar não indo”*.

Quanto ao local de trabalho refere: *“tudo vai bem, quando agente gosta do que faz dá um jeito, o material é bom”*. Ao ser questionado por suas queixas, em realizar o trabalho de um ajudante, mostra-se confuso, afirmando sem entrar em detalhes: *“faço trabalho de ajudante quando não tem pedreiro”*.

Quanto a seu problema com o álcool afirma: *“não sou mais alcoólatra, fui curado por Jesu. Foi na igreja que consegui a abstinência”*.

Quanto a facilidade de acesso a bebida no local de trabalho relata: *“ouvi falar que foi proibido. Não frequento mais, não sei, estou por fora”* e complementa quanto ao consumo no local de trabalho: *“nunca bebi no trabalho, tenho responsabilidades. Sempre bebi pra poder dormir, à noite, em casa”*.

Quanto a situação de vida durante a última recaída, V. não presta maiores informações referindo: *“não lembro”*.

Quanto a informação do problema, a chefia V. informa: *“há um ano e meio a chefia ficou sem saber que eu tinha o problema, aí houve uma visita médica e eu aproveitei e falei do meu problema passado. Ele continuou me tratando da mesma forma, nada mudou”*.

Quanto à organização e ambiente de trabalho refere: *“ao chegar, o chefe me diz o que devo fazer, e faço. Sem problema, sempre tem alguma coisa nova”* e complementa: *“meus amigos não são os mesmos, esses não são de beber, eles me admiram, nos damos bem”*

Quanto ao fato de ter sido colocado a disposição em 1999, V. refere: *“eu estava com problemas no trabalho devido ao álcool. Fiquei quase dois anos de licença em casa, e às vezes me tratando. Não neguei minha recuperação, por isto voltei a trabalhar. Faltavam oito dias pra me aposentar. Já tem dois anos e meio que eu voltei”*.

