

# O papel do local de trabalho no tratamento de trabalhadores alcoolistas

Karen Carvalho de Castro<sup>1</sup>  
[Université de Bordeaux 2, França]

## Resumo

O presente estudo teve como proposta analisar o papel e a influência do local de trabalho no tratamento de trabalhadores alcoolistas, assim como traçar um perfil desses profissionais, atendidos em uma divisão de saúde do trabalhador. Participaram do estudo 23 sujeitos com idade média de 44 anos, que preencheram os critérios diagnósticos para dependência de álcool segundo o DSM-IV. Utilizaram-se, como instrumentos de avaliação, uma análise de prontuário e uma entrevista semiestruturada. Através de uma análise qualitativa dos resultados, uma discussão é proposta sobre o local de trabalho e sua organização, que agem nos trabalhadores sob diferentes aspectos. Em seus discursos, os trabalhadores manifestaram a importância do local de trabalho, onde passam a maior parte do tempo, como fonte principal de detecção da problemática relacionada ao consumo e de encaminhamento ao tratamento, que pode atuar como principal local de apoio à abstinência, mas também de estímulo à recaída, a depender das relações existentes.

102

**Palavras-chave:** dependência ao álcool; local de trabalho; organização do trabalho

1. Université de Bordeaux 2, França; Hospital San Joan de Déu – Barcelona, Espanha;  
Endereço para correspondência: Carrer de Trelawny, nº2 piso 7 puerta 2; 08003 - Barcelona;  
Email: karencastro21@hotmail.com; Tel. 0034 932257799

# The role of the work and his influence in alcoholism workers treatment

## Abstract

The present study had as propose to analyse the role of the workplace and his influence in alcoholism workers treatment, as well as to trace a profile of these workers treated in a worker health department. The sample counted 23 males with an average age of 44 years old, in treatment in a work health division at workplace. All participants showed the DSM-IV criteria for alcohol dependence. Quality evaluation was made by analysis of “medical records” and a semi structural interview. A discussion is proposed about the workplace and the organization of the work acting in the recovery on different aspects. In their speeches, these workers manifest the importance of the workplace, where they spends most of their time. The workplace was the main detection source of alcohol related problems, it could act as principal place of support, but also to stimulate a relapse depending on the relationship existing.

103 |

**Keys words:** alcoholism; workplace; work organization.

# 1. Introdução<sup>1</sup>

As drogas psicoativas afetam, em média, um trabalhador entre 12 (Anthony, Eaton, Mandell e Garrison, 1992), e 40% dos acidentes de trabalho estão ligados ao uso de substâncias (Guaglia, 2005). O álcool é considerado como a substância de abuso mais comum, tanto na perspectiva da Saúde Pública, como particularmente, na Saúde do Trabalhador (Normand, Lemperd e O'Brien, 1994). Segundo o Ministério do Trabalho e a Organização Internacional do Trabalho, a faixa etária média da maior parte dos indivíduos considerados alcoolistas está entre 25 e 45 anos, o que incluiria os que fazem parte do mercado de trabalho de forma ativa, aumentando a probabilidade de uso abusivo no próprio local de trabalho.

No Brasil, o alcoolismo é responsável por 50% de absenteísmo no trabalho, sendo a causa mais frequente de aposentadorias precoces e acidentes de trabalho, e a oitava causa para a concessão de auxílio-doença pela Previdência Social (Frone, 2006; Nascimento, 2004). Por consequência, um interesse na criação de programas de tratamento direcionados a essa população tem crescido nas últimas décadas. Contudo, um indivíduo com problemas relacionados ao álcool pode passar despercebido durante anos no seu local de trabalho, e muitos comportamentos iniciais podem ser ignorados (Fontaine & Fontana, 2003).

Dejours (1990), através de seus estudos sobre a psicopatologia do trabalho, ao relacionar o trabalho ao consumo de álcool, afirma que o álcool possui várias virtudes: desinibe os indivíduos nas relações coletivas, facilita os contatos e contribui, sobretudo, para tornar possíveis as relações de grupo. O autor declara que o consumo de álcool, por sua ação em favor do grupo, com frequência é associado aos valores de virilidade, sendo a total abstinência frequentemente considerada pelo grupo como uma atitude negativa. Em muitos casos, tais trabalhadores preferem se encontrar em bares: é a coletividade para lutar contra o sofrimento.

Poucas pesquisas têm explorado a extensão do uso do álcool e suas consequências no local de trabalho (Frone, 2006), mas alguns estudos testemunham que as dificuldades nesse ambiente podem provocar um aumento do estresse ligado à vida profissional. Esse sofrimento mental continua difícil de ser identificado devido à subjetividade das avaliações.

No presente estudo, buscamos analisar o papel do local de trabalho e sua influência no tratamento de trabalhadores alcoolistas. Tivemos em vista a saúde do trabalhador como consequência da relação complexa e dinâmica entre ele e

1. Este trabalho foi parte de uma tese de Mestrado defendida na FIOCRUZ, com o apoio financeiro da CAPES.

sua atividade laboral. Consideramos a investigação desse trabalhador como agente exposto não apenas à ação patogênica de determinadas substâncias, mas também a determinadas relações sociais e pessoais potencialmente lesivas à saúde. Tais relações podem levar ao desgaste do corpo e da mente (Noriega, 1993), e mesmo reforçar certos comportamentos de uso e abuso de álcool no local de trabalho. Partimos de uma análise descritiva de tais trabalhadores, enfatizando o papel ativo do indivíduo no processo de trabalho, assim como do trabalho como organizador da vida social (Mendes & Dias, 1991).

## 2. Método

O presente estudo teve como universo de investigação os trabalhadores com dependência ao álcool, segundo os critérios do DSM-IV (APA, 1996), inscritos em uma divisão de Saúde do Trabalhador de uma universidade pública. O programa de atendimento oferecido pela divisão era constituído de uma equipe multidisciplinar composta de assistentes sociais, médicos clínicos, psiquiatras e psicólogos.

A amostra inicial foi composta de 23 trabalhadores, inscritos no programa pelo período de um ano a seis meses. Com idade que variava entre 40 e 62 anos (idade média 44 anos), a maioria dos sujeitos, 61% (n=14), exercia cargo de nível auxiliar (encanador, mecânico de área, continuo, marceneiro, porteiro, servente de obras); 35% (n=8) de nível intermediário (auxiliar de laboratório, assistente administrativo, técnico de eletrônica, auxiliar de enfermagem), e 4% (n=1) de nível superior (revisor de textos). Um total de 91% (n=21) dos sujeitos era do sexo masculino e apenas 9% (n=2) do sexo feminino.

Uma segunda avaliação foi realizada 24 meses após o termino do tratamento, e um total de 11 trabalhadores participaram dessa fase. O motivo principal de não-comparecimento foi: alta do programa (n=5); aposentadoria (n=4), desligamento do programa por ausências sucessivas injustificadas (n=2), falecimento (n=1)

### 2.1. Procedimentos

Em um primeiro tempo, foi efetuada uma análise do prontuário. Em um segundo tempo, efetuou-se uma entrevista individual, com roteiro definido e perguntas abertas, seguida de análise de conteúdo.

## 2.2. Instrumentos

1. Tempo 1 (n=23). Como fonte de dados, contou-se com um levantamento de prontuários médicos e anamnese, com o objetivo de recolher dados relativos à história do início do consumo e a origem e indicação para o programa de tratamento, oferecido pela Divisão de Saúde do Trabalhador. Incluem-se relatos da equipe multidisciplinar, as visitas feitas ao local de trabalho pelo serviço social, assim como os atendimentos feitos aos familiares e depoimentos dos trabalhadores. Os informantes assinaram termo de consentimento informado em conformidade com princípios éticos de investigações científicas que envolvem seres humanos (Barker, Pistrang e Elliot, 1994)

•2. Tempo 2 (n=11). O roteiro da entrevista individual foi predefinido e de sequência flexível, permitindo ao entrevistador a colocação de diferentes perguntas e a verificação imediata de sua compreensão. A entrevista teve como enfoque a organização do trabalho e sua relação com o consumo de álcool. Foram considerados:

- a identificação de função;
- o tipo de encaminhamento ao programa de tratamento (se por iniciativa própria ou sugestão da chefia);
- a consciência da dependência ou abuso de álcool;
- os horários mais frequentes de consumo de bebida;
- os locais mais frequentes de consumo;
- a facilidade de acesso ao consumo de bebida no local de trabalho;
- o nível de satisfação no trabalho (consciência da importância de sua função por parte do indivíduo e da chefia, reconhecimento, ambiente de trabalho, condições de trabalho);
- a situação de vida, no momento da última recaída ou do último consumo abusivo;
- a relação entre trabalho e o consumo no local de trabalho;
- a relação do apoio da chefia na aderência ao tratamento.

106

## 3. Resultados

As entrevistas foram transcritas e analisadas através da identificação de temas relevantes. Uma síntese compreensiva para cada entrevista foi preparada, evitando-se a interferência dos valores do pesquisador (Gomes, 1998). Em seguida, as entrevistas foram comparadas entre si, com o interesse de compreender a abrangência de cada tema. Através da análise dos prontuários e das entrevistas, foi possível traçar um perfil desses trabalhadores, e algumas

questões se mostraram presentes.

A faixa etária principal para o aumento do consumo entre tais sujeitos situa-se entre 25 e 29 anos, porém foi entre 40 e 44 anos, a idade média na qual os pacientes começaram a apresentar problemas no local de trabalho. A equipe médica teve um papel importante no que se refere ao diagnóstico do alcoolismo e ao encaminhamento ao programa. Apresentaram problemas de saúde 52% (n=12) dos sujeitos e, devido a tais problemas, foram reconhecidos com possibilidade diagnóstica de dependência alcoólica.

Os principais locais de consumo foram os arredores de casa, mas o local de trabalho também, muitas vezes, era o lugar de consumo, através dos pequenos bares existentes nas proximidades, que tornavam o acesso ao álcool possível durante e após o trabalho. O horário principal de consumo foi após o expediente, no almoço, juntamente com os demais colegas de trabalho, e durante os finais de semana.

Quanto às situações de risco<sup>2</sup> mais frequentes de recaída, foi destacado em grau decrescente de importância: conflitos familiares relacionados a problemas conjugais e financeiros; conflitos relacionados a condições inadequadas de trabalho ou pressão exercida por aumento de responsabilidade no trabalho; problemas de saúde; pressão social para beber, estimulada principalmente pelos colegas de trabalho. A utilização do álcool foi diversas vezes associada à masculinidade, à socialização e à dificuldade de recusar bebida no local trabalho. Segundo os sujeitos, tais situações os pressionavam muito mais do que as ocorridas em outros eventos sociais. O álcool se mostrou como fonte de lazer social mais viável não só no trabalho, mas durante o final de semana, principalmente nas comunidades carentes de que esses trabalhadores faziam parte, desprovidas de qualquer outra opção de lazer.

Uma vez licenciados, devido ao consumo abusivo, o retorno ao trabalho foi considerado como terapêutico, e dedicar-se a ele para diminuir o tempo disponível para o álcool colocou-se como uma opção. Mas somente se os demais colegas não fizessem uso abusivo. No entanto, se, no local de trabalho, houvesse muitos em uso abusivo de álcool, o retorno ao mesmo ambiente estimulou uma maior probabilidade de retomada de consumo, ligado às pressões sociais exercidas. O discurso de K. (sexo masculino, 47 anos) ilustra essa ideia: “... *tenho um pouco de medo de voltar ao trabalho depois desse tempo de licença. Como vou fazer quando eles forem se reunir e me chamem depois do expediente pra beber um pouco no bar aqui perto? Da outra vez foi assim que voltei a beber... Todo mundo bebe lá, ai fica difícil, né...*”

---

Utilizamos o conceito de Marlat & Godon (1993) de situações de alto risco: situações que possuem um alto risco de contribuir para uma retomada do consumo após período de abstinência.

O ambiente de trabalho ideal foi definido como aquele que propicia um bom nível de relacionamento com os demais trabalhadores e com a própria chefia, e foi o fator mais fortemente considerado e associado à satisfação no trabalho. Em seguida, há o reconhecimento do trabalho pela chefia e pelos colegas; e, em terceira posição, a forma adequada de organização das tarefas de trabalho (condições ambientais e instrumentos adequados). Pode-se constatar que o fator de maior impacto no nível de satisfação dessa amostra está ligado unanimemente à qualidade das relações no trabalho, como ilustra o discurso de N. (sexo masculino, 49 anos): “... *as condições de trabalho continuam as mesmas, falta material, não dá pra tomar banho ou me lavar. Mas só em não ter mais aquela perturbação do encarregado e ter um pessoal legal que trabalha comigo, dá pra aguentar. Isto é o de menos, o ambiente é que conta*”.

Constatou-se que 52% (n=12) dos pacientes foram encaminhados ao programa pela chefia, devido aos problemas que apresentaram no local de trabalho, seja por ausências, faltas injustificadas, comparecimento alcoolizado ao trabalho e comportamento inadequado devido à ingestão de álcool. A relação entre a chefia e o funcionário foi mais citada que as demais relações presentes na vida desses trabalhadores e identificou-se sua importância como aliada no tratamento, assim como a necessidade de investimento de conscientização, orientação e informação da chefia sempre que necessário.

O apoio que algumas chefias prestaram aos funcionários teve papel importante e estimulante no processo de participação no programa. Como pode ser resumido nos relatos de V. (sexo masculino, 53 anos): “...*acho que isso influenciou... De repente, se ele não tivesse insistido (referindo-se ao chefe, que insistiu para que 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 ainda de I. (sexo masculino, 42 anos): “... *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 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... Logo agora que o chefe tem me apoiado, vou morrer de vergonha se decepcioná-lo*”.

O papel positivo da chefia foi de estimulação ao processo de participação no tratamento e a não-estigmatização do trabalhador com problemas relacionados ao uso ou abuso de álcool, liberando-o para participação ao programa, durante os horários de trabalho. No entanto, deparamo-nos com chefias que contribuíram negativamente no processo de recuperação, apresentando uma postura "paternalista", abonando faltas, não relatando a alcoolização durante o expediente ou não liberando o funcionário para o

tratamento semanal, visto como “fuga ao trabalho”. Encontramos, nos discursos desses trabalhadores, referências a chefes que não se reconhecem e não são identificados pela instituição como consumidores problemáticos. Como nos resume o relato de 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?*”. Este aspecto muitas vezes influenciou negativamente o trabalhador a aceitar sua dificuldade com relação ao álcool, e ao encaminhamento para participar do programa.

## 4. Conclusões

O objetivo principal do nosso trabalho foi de analisar o papel e a influência do local de trabalho no tratamento do alcoolismo, assim como traçar um perfil desses trabalhadores avaliando o papel da organização do trabalho. Com a queda da produção laboral 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, principal apoio em momentos difíceis de recaídas.

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: é terapêutico, estimulador da redução de consumo, mas também funciona como meio de pressão social para beber. No entanto, pudemos constatar que a facilidade de acesso ao álcool no local de trabalho contribuiu para o consumo durante o expediente, o que pode aumentar, conseqüentemente, os danos para o indivíduo e para a organização.

A orientação da chefia quanto ao tratamento proposto e à dependência do álcool influenciou na melhor aplicação do programa. Verificou-se, no entanto, através dos relatos dos sujeitos, que outros trabalhadores, em cargos de chefia, não estão isentos de tais problemas com o álcool. Kotshessa (1994) observa que, na prática, os programas de dependência química, embora dirigidos a todos os empregados, não atingem os estratos mais elevados da hierarquia e que, em geral, os trabalhadores menos qualificados são encaminhados aos programas de tratamento por serem mais facilmente identificados pelos supervisores e por serem mais vigiados que os pertencentes aos demais níveis.

Fica a questão do que acontece ou impede uma aderência ao programa por parte desses trabalhadores e o que é necessário para que um programa de tratamento possa atingir os estratos mais elevados da hierarquia de uma instituição. Igualmente, deve-se questionar sobre como gerenciar a possibilidade de estigmatização por parte dos demais colegas de trabalho e da chefia, com relação ao trabalhador identificado por ter problemas relacionados ao uso de



álcool, e melhor estimulá-lo na sua contribuição positiva ao processo de tratamento no local de trabalho. Isso aponta que, no processo de tratamento, devemos trabalhar, antes de tudo, a conscientização do indivíduo a respeito do problema. Mas essa conscientização pode partir igualmente de um trabalho com os que o cercam no local (chefia, colegas), se necessário, e também com a família, por intermédio da assistência social, ação que se mostrou muito importante no acompanhamento desses trabalhadores.

Dentre os 23 pacientes, identificaram-se dois do sexo feminino. Esse número restrito e o tamanho de nosso universo não permitem considerações relevantes. Sabe-se que o alcoolismo feminino se manifesta diferentemente do masculino, porém ele está presente, mesmo que em menor proporção, em nossa sociedade. Apenas 2%, em média, de mulheres procuram tratamento em relação a 8% de homens. A proporção atual é de 2.5:1 e tende a diminuir (Zilberman, Tavares e Ei-Guegaly, 2003). Sugerimos que mais pesquisas deveriam ser realizadas para abordar o alcoolismo feminino e sua representação social no local de trabalho.

Percebemos a importância de um programa de tratamento realizado no local de trabalho, onde tais sujeitos passam grande parte de suas vidas, como apoio nos momentos de recaída, ou em situações em que o trabalhador se sentiu próximo dessa possibilidade. É de importância significativa, no entanto, um programa que englobe a rede familiar e os aspectos sociais laborais e clínicos.

## 5. Considerações finais

No tratamento das adições, é importante considerar o nível de motivação, pois a maioria dos adictos é ambivalente sobre a mudança (Miller & Rolnick, 1991). A característica fundamental para aceitação e procura de tratamento é estar ciente de sua necessidade, que não deve ser imposta. O álcool beneficia-se de uma tolerância particular dentro da empresa e da negação que caracteriza os consumidores dependentes, que pode perdurar ainda mais, por força da condenação pela sociedade. Tal situação somente é admitida em última instância, quando o autocontrole não mais é possível. (Fontaine & Fontana, 2003)

Trice (1990) sugere que o treinamento de profissionais dos programas de tratamento pode proporcionar consulta especializada sobre intervenções e modificações eficazes no local de trabalho. Isso pode ter papel significativo na prevenção e na ativa intervenção. Concordamos com Richman, Flaherty e Rospenda (1990), quando consideram que os programas de tratamento do alcoolismo devem focar as diferentes maneiras potenciais de alterar a

organização do trabalho. Devem igualmente objetivar a redução do estresse do trabalhador e aumentar seu suporte interpessoal, visto que as características sociais do ambiente de trabalho, assim como os fatores psicossociais e pessoais, poderão afetar os motivos ou formas de consumo. Consideramos que determinadas relações que se criam no local de trabalho poderiam agir de forma positiva, reforçando outros comportamentos, como a aderência a um tratamento com objetivo de abstinência (Carvalho de Castro, 2002), e que o tema deve ser mais bem explorado através de novas metodologias de avaliação desses fenômenos.

Privilegiar a interdisciplinaridade permitiria a constituição de saberes compartilhados a partir dos conhecimentos de cada um, pois um modelo único de abordagem não consegue englobar toda a complexidade do campo das adições nem restituir todas as facetas e todas as significações (Morel, Herve e Fontaine, 1997). Assim como Normand e col. (1994), sugerimos que mais estudos epidemiológicos e longitudinais seriam necessários para se ter acesso à magnitude e severidade do consumo de álcool e de outras drogas usadas pela força de trabalho.

## Referências

- Anthony, J. C., Eaton, W. W., Mandell, W. & Garrison, R. (1992). Psychoactive drug dependence and abuse: More common in some occupations than others. *Journal of Employee Assistance Research*, 1, 148-186.
- APA - American Psychiatric Association (1996). *DSM IV: Manuel diagnostique et statistique popodes troubles mentaux*, (4e ed.). Paris, Masson.
- Backer, C., Pistran, N. & Elliot, R. (1994). *Research methods in clinical and counseling psychology*. Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Carvalho de Castro, K. (2002). *Álcool e Trabalho: Uma Experiência de Tratamento de Trabalhadores de uma Universidade Pública do Rio de Janeiro*. Tese de Mestrado não-publicada. Fundação Oswaldo Cruz: ENSP/FIOCRUZ/CESTHE. Rio de Janeiro, R.J.
- Dejours, C. (1990). *Trabajo y Desgaste Mental, una contribution de la psicopatologia del trabajo*. Buenos Aires: Editorial Humanitas.
- Fontaine, A. & Fontana, C. (2003). *Consommateurs et conséquences. Drogues, Activité Professionnelle et Vie Privée*, Deuxième volet de l'étude qualitative sur les usagers intégrés en milieu professionnel. Paris : OFDT.
- Frone, M. (2006). Prevalence and distribution of alcohol use and impairment in the workplace: A U.S. National survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 67, 147-156.
- Gomes, W. B. (1998). A entrevista fenomenológica e o estudo da experiência consciente. Em Gomes, W. B. (org.), *Fenomenologia e pesquisa em psicologia* (pp. 19-44). Porto Alegre: Ed. Universidade / UFRGS.
- Guaglia, G. (09/07/2005). *Discurso de abertura do Seminário Internacional do Cone Sul sobre Prevenção ao Uso de Drogas no Trabalho*. Porto Alegre, RS.
- Kotshessa, B. (1994). EAP Research: the state of art. *Employee Assistance Quaterly*, 10, 63-73.
- Marlatt, A. & Gordon, J. (1993). *Prevenção da recaída: Estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Mendes, R. & Dias, E. C. (1991). Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, 25, 5, 341-349.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, NY: Guilford Press.
- Morel, A., Herve, F. & Fontaine, B. (1997). *Soigner les toxicomanies*, Paris: Dunod.

Nascimento, R. (2004). *Revista Proteção*, 152, 28.

Noriega, M. (1993). Organización Laboral, Exigencias y Enfermedad. Em Laurell, C. (org.), *Investigación Sobre la Salud de los Trabajadores (167-187)*. Washington: OPS/Serie Paltex.

Normand, J., Lemperd, R. & O'Brien, C. (1994). *Under the Influence? Drugs and the American Work Force*. Washington DC: National Academy Press.

Richman, J., Flaherty, J. & Rospenda, K. (1990). Perceived Workplace Harassment Experiences and Problem Drinking Among Physicians: Broadening the Stress/Alienation Paradigm. *Addiction*, 91, 391-403.

Trice, H. M. (1990). Implications for intervention and prevention in three streams of EAP- related research. Em Roman, P. M. (Ed.), *Alcohol Problem Intervention in the Workplace: Employee Assistance Programs and Strategic Alternatives*, (pp. 339-359), New York, NY: Quorum Books.

Zilberman, T., Tavares, H. & El-Guegaly, N. (2003). Gender similarities and differences: the prevalence and course of alcohol and other substance-related disorders. *Journal of Addiction Disorders*, 22, 61-74.