



Universidade de Brasília

Instituto de Ciências Humanas

Departamento de Serviço Social

Taís Leite Flores

**Proteção social, Saúde e trabalho:
O Auxílio-doença e a incapacidade laborativa devida
à dependência do álcool**

Brasília (DF), março de 2008.

Tais Leite Flores

**Proteção social, Saúde e trabalho:
O Auxílio-doença e a incapacidade laborativa devida
à dependência do álcool**

Monografia apresentada ao Departamento de
Serviço Social para obtenção do diploma de
graduação em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ivanete Boschetti.

Brasília (DF), março de 2008.

Este trabalho de monografia foi aprovado pela seguinte banca examinadora:

Professora Dr.^a Ivanete Boschetti

Departamento de Serviço Social/ IH

Universidade de Brasília

Orientadora

Mt.^a Cláudia Regina Merçon de Vargas

Assistente Social orientadora de estágio curricular supervisionado

Hospital Universitário de Brasília

1º membro

Prof. Dr.^a Marlene Teixeira Rodrigues

Departamento de Serviço Social/ IH

Universidade de Brasília

2º membro

Agradecimentos

A Deus,

Por esta vitória e ter me sustentado, inclusive, nos momentos mais difíceis dessa jornada.

A minha família: meus pais e irmãos,

Que lutaram ao meu lado com força e compreensão.

À Chefia, Isabel Cristina, e colegas do PAA/HUB,

Pelo companheirismo, incentivo na construção da pesquisa e crescimento profissional,

Aos clientes do PAA/HUB.

Por terem me inspirado e motivado a realizar o percurso deste estudo. Sem vocês, este trabalho não se concretizaria.

Aos amigos da juventude de Nova Vida,

Pelas palavras de apoio e ânimo.

Às minhas amigas do curso de Serviço Social,

Pela cumplicidade, amizade e desafios compartilhados.

Aos colegas do GESST/SER da Universidade de Brasília,

Pelo companheirismo, leituras compartilhadas e trabalhos desenvolvidos.

Aos Professores do Departamento de Serviço Social,

Pelos aprendizados, desafios e reflexões construídas nestes quatro anos de graduação.

Aos funcionários do Departamento de Serviço Social,

pela cooperação nos assuntos administrativos.

À Prof.^a Marlene Teixeira Rodrigues,

pela disponibilidade em participar desta banca de defesa.

À Assistente Social Cláudia Regina Merçon de Vargas,

Pelo exemplo profissional, sugestões e valiosa orientação na construção do percurso dessa pesquisa.

À Prof. Ivanete Boschetti,

Por me mostrar os caminhos da pesquisa científica e pela confiança em mim depositada.

Resumo

Este trabalho analisa o benefício auxílio-doença como um mecanismo de proteção social no contexto de incapacidade laborativa devida à síndrome de dependência do álcool (SDA). A pesquisa situa o benefício na legislação previdenciária e o analisa a partir da concepção de Seguridade Social consagrada na Constituição de 1988. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com oito segurados do RGPS em tratamento no PAA/HUB. O estudo contrasta os aspectos legais à implementação do auxílio-doença no contexto do tratamento especializado em saúde. Objetivou-se caracterizar a qualidade do acesso ao direito previdenciário e a relação entre álcool e trabalho que fundamenta sua concessão. Os resultados mostram que prevalece uma ausência de articulação institucional entre o INSS, as instituições de trabalho e os serviços de saúde. Aponta desafios para a concretização do trabalho como um fator de proteção e ações de prevenção e promoção da saúde nos ambientes de trabalho.

Palavras-chave: seguridade social, auxílio-doença, trabalho, direito social, síndrome de dependência do álcool.

Lista de Siglas

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho
Cebrid - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CETA - Centro de Estudos e Tratamento em Alcoolismo
CF – Constituição Federal
CID - Código Internacional de Doenças
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
CNAE - Classificação Nacional de Atividades Econômicas
DRT – Delegacia Regional do Trabalho
DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
FGTS - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
Funabem - Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
GESST/ SER - Grupo de Pesquisas em Seguridade Social e Trabalho
HUB – Hospital Universitário de Brasília
IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensões
Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
INSS - Instituto Nacional de Seguro Social
LBA - Legião Brasileira de Assistência
Lops - Lei Orgânica da Previdência Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
MTE – Ministério do Trabalho e Emprego
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAA - Programa de Atendimento ao Alcoolismo
PBPS - Plano de Benefícios da Previdência Social
PIS - Programa de Integração Social
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RPS - Regulamento da Previdência Social
SAT - Seguro Acidentes de Trabalho
Sinpas - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
UnB – Universidade de Brasília

Sumário

Introdução	08
1 A Previdência Social e construção dos direitos sociais no Brasil	12
1.1 O conceito de Seguro Social e a noção de direito social	12
1.2 A origem do auxílio-doença na previdência social e a insustentabilidade da lógica do seguro social	16
1.3 A Seguridade Social na CF de 1988, as relações de trabalho e o auxílio-doença.	24
2 Ampliando a compreensão do auxílio-doença como direito social: as interfaces entre saúde e previdência	28
2.1 Fundamentação legal do auxílio-doença, direito ao trabalho e direito ao tratamento	33
2.2 Particularidades do auxílio-doença acidentário	40
3 O consumo indevido do álcool como um problema de Saúde Pública	46
3.1 Saúde Mental e Trabalho: uma abordagem sobre a síndrome de dependência do álcool	51
3.2 O auxílio-doença no contexto de incapacidade devida à síndrome de dependência do álcool	56
4. Apresentação do Programa de Atendimento ao Alcoolismo (PAA)/HUB	61
4. 1 Metodologia do trabalho de campo	63
4. 2 Resultados encontrados	66
4.2.1 A relação álcool e trabalho como fundamento para a concessão do auxílio-doença	68
4.2.2 Dificuldades do acesso ao auxílio-doença: a posição do empregador e estratégias do trabalhador	74
4.2.3 A concepção do auxílio-doença como direito para os segurados: a relevância do tratamento especializado	77
4.2.4 O auxílio-doença no contexto de promoção da saúde: aposentadorias, retorno ao trabalho e readaptação profissional	80
5 Considerações finais	85
6 Referências bibliográficas	86
Anexo	92

Introdução

A seguridade social brasileira é uma importante conquista social consagrada na Constituição Federal (CF) de 1988. Integra as políticas públicas de saúde, previdência e assistência social. Os benefícios e serviços oferecidos pela previdência garantem uma proteção social aos trabalhadores e às suas famílias nos momentos de não inserção no mercado de trabalho, como desemprego, velhice, invalidez e doenças, contribuindo para regular as relações de trabalho (SALVADOR; BOSCHETTI, 2003).

Segundo o art. 201, I, da CF, é obrigação da previdência a cobertura das doenças que acometam aos trabalhadores. Tal obrigação mostra-se relevante, particularmente, quando se reconhece a complexidade da dinâmica entre saúde e trabalho. As transformações no mundo do trabalho e nos processos produtivos exigem maior qualificação dos trabalhadores e acarretam maiores desgastes mentais. Nesse sentido, o direito à saúde se torna indispensável e inegociável.

No Regime Geral da Previdência Social (RGPS), a proteção da saúde dos trabalhadores envolve, dentre outros, um seguro de saúde, o benefício auxílio-doença, (doravante denominado ‘AD’ ou ‘benefício’), dividido nos tipos previdenciário e acidentário. Trata-se de renda mensal garantida ao segurado que se encontrar mais de quinze dias incapacitado para o trabalho e enquanto persistir a incapacidade laborativa, avaliada pela perícia médica do INSS. As doenças podem ser ou não relacionadas ao trabalho. O tipo previdenciário cobre as doenças comuns e é garantido a todos os segurados. Já o acidentário, cobre os acidentes de trabalho e as doenças a ele equiparadas. Essa distinção tem implicações previdenciárias e legais.

Dentre as doenças cobertas pelo auxílio-doença, está a síndrome de dependência do álcool (SDA), popularmente conhecida como alcoolismo. É um grave problema de saúde pública, atingindo a população como um todo e aos trabalhadores em particular. As suas conseqüências clínicas, psíquicas e sociais podem incapacitar para o trabalho. A tendência previdenciária de reconhecê-la como doença incapacitante e o conseqüente acesso dos segurados ao tratamento é um fato novo. Até o momento, os seus efeitos têm se dado como AD previdenciário. A possibilidade de ser reconhecida como AD acidentário ainda é incipiente, e situa-se na complexa relação álcool e trabalho.

O objetivo deste trabalho é analisar, em um contexto de tratamento de saúde especializado em dependência de álcool e outras substâncias psicoativas, o benefício AD previdenciário como um mecanismo de proteção social no contexto da saúde do trabalhador.

A análise da concretização do AD no âmbito das empresas, Previdência e serviços de saúde se justifica por poder contribuir para o fortalecimento do suporte social e da conseqüente melhoria da qualidade de vida dos segurados em tratamento. Em outras palavras, avaliá-lo como um direito social.

Tais reflexões, situadas no campo da Seguridade Social, derivam do percurso acadêmico e da atinente experiência de estágio vivenciada pela pesquisadora, durante o curso de Serviço Social na Universidade de Brasília (UNB). Ao nível teórico, nos anos de 2005 a 2007, trabalhos no Grupo de Pesquisas em Seguridade Social e Trabalho (GESST/ SER) subsidiaram a reflexão sobre os direitos sociais. Em nível prático, nos anos de 2006 e 2007¹, estágio supervisionado no Programa de Atendimento ao Alcoolismo (PAA) do Hospital Universitário de Brasília (HUB) possibilitou a prática profissional no campo da dependência química e a delimitação e efetivação do trabalho de campo.

Essa pesquisa compreende que as políticas sociais são dinâmicas e é na tensa relação entre Estado e sociedade que elas se conformam. O eixo de análise é da construção histórica do benefício AD como direito social no contexto específico de incapacidade para o trabalho devido ao consumo de álcool. Esta análise foi integrada à análise documental da legislação sobre o AD.

Identificados os aspectos legais, estes foram equiparados à implementação do benefício no contexto específico de segurados que se encontram em tratamento especializado de saúde. Esta etapa é composta por um estudo de caso de caráter investigativo e exploratório. A metodologia consistiu na realização de oito entrevistas semi-estruturadas com segurados do RGPS em tratamento no PAA/HUB cuja análise das mesmas foi complementada pela dos registros de prontuários. A escolha deste grupo foi motivada pelo contato com a demanda de pacientes afastados do trabalho e recebendo o AD. Parte-se do pressuposto de que o tratamento especializado propicia a redução dos danos associados ao consumo do álcool e/ou de outras substâncias psicoativas, contribuindo para a melhor qualidade de vida dos sujeitos.

Objetivou-se, a partir da visão dos próprios trabalhadores, caracterizar a qualidade do acesso ao AD e a relação entre álcool e trabalho que fundamenta sua concessão. As questões

¹ O PAA é um serviço inserido no Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo do programa é contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas que consomem álcool e outras substâncias psicoativas ao nível do uso, abuso ou dependência.

norteadoras foram: o reconhecimento da SDA como doença, a compreensão do trabalho como fator de risco ou de proteção, a dinâmica dos atores envolvidos na implementação do AD, as possibilidades e limites do acesso ao tratamento e da reintegração ao trabalho.

Quanto à estrutura, este trabalho foi dividido em quatro capítulos. O primeiro, situa o desenvolvimento do AD na política previdenciária. Aponta-se que, no Brasil, o acesso aos direitos sociais esteve condicionado a prévias contribuições financeiras, em uma sociedade marcada pela não expansão do sistema salarial. Assim, até 1988, entende-se que não havia o direito legítimo à saúde e nem um sistema de seguridade social. Com a promulgação da CF de 1988, instituiu-se o conceito de seguridade social. Os princípios constitucionais² buscaram ultrapassar a lógica contributiva previdenciária, restritiva de direitos. Contudo, foram incorporados desigualmente.

Segundo Boschetti (2004), conjugaram-se direitos derivados do trabalho (previdência) a direitos seletivos (assistência) e universais (saúde), podendo-se afirmar que ainda não houve a concretização da seguridade social no Brasil. O AD, embora situado na política de previdência social, deveria estabelecer interfaces com a política de saúde. Ainda permanece como um direito derivado do trabalho e subordinado à lógica contributiva, enquanto os outros direitos na política de saúde incorporaram o princípio da universalização. É nesse sentido que este trabalho busca ampliar a compreensão sobre o AD. Enquanto um benefício previdenciário, deveria ser incorporado aos novos direitos constitucionais de proteção social.

O segundo, analisa os princípios orientadores e a regulamentação do AD na legislação previdenciária e identifica importantes desafios para a articulação das políticas de saúde e previdência.

O terceiro, problematiza a relação entre o trabalho e a dependência do álcool e aponta a saúde como um conceito construído na dinâmica das relações sociais. Discute-se o reconhecimento da SDA como doença e a implicação deste fato na política de previdência social, particularmente na concessão do AD previdenciário e acidentário. Com isso, pôde-se analisar a concretização do AD como um direito social.

O quarto, apresenta o estudo de caso, a metodologia da pesquisa e os resultados. Faz-se uma análise temática das entrevistas sob a perspectiva da concretização do AD como um direito social. Retoma-se a análise legal e as discussões teóricas atinentes para compreender

² Alguns desses princípios são: universalidade na cobertura, uniformidade e equivalência dos benefícios, seletividade e distributividade nos benefícios, equidade no custeio, diversidade das bases de financiamento e caráter democrático e descentralizado da administração (C.F., artigo 194). BOSCHETTI, I. **Seguridade Social e projeto ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania?** In: Serviço Social: formação e projeto político. São Paulo: Cortez Editora, ano XXIV, nº 79, set. de 2004.

os impactos do AD sobre as relações de trabalho. A análise das entrevistas aponta especificidades na relação saúde e trabalho que fundamentam e orientam a concessão do benefício.

O eixo de análise das entrevistas buscou considerar tanto o papel do trabalho como determinante para a SDA, quanto às estratégias construídas pelos trabalhadores contra as situações nocivas à sua saúde (LIMA, 2001 apud ASSUNÇÃO, 2001). Após se demonstrar a complexidade do tema, enfatiza-se o potencial dos tratamentos especializados de saúde para a materialização dos direitos sociais relacionados ao trabalho: o retorno ou a continuidade da proteção social por meio das aposentadorias.

Por fim, apresentam-se as conclusões e as considerações finais.

1 A Previdência Social e a construção dos direitos sociais no Brasil

O AD é um seguro-saúde público garantido a todos os trabalhadores segurados pela previdência social. Situa-se como uma intervenção estatal conformada nas relações entre a sociedade e o Estado, condicionada a variantes históricas, políticas e econômicas. Este benefício se insere na conquista da proteção do risco social caracterizado pela incapacidade por doenças. Diante da centralidade da previdência na conformação dos direitos sociais no Brasil, importa compreender como o AD se situou dentro desta política, a fim de problematizar a sua cobertura aos trabalhadores.

Desde o seu início, a previdência social condicionou o acesso aos direitos sociais, e em particular, o direito à saúde. Apesar do aumento das relações formais de trabalho, não houve a generalização da sociedade salarial, o que restringiu o alcance da previdência social no Brasil. Nem o crescimento econômico ou a industrialização contribuíram para a redução das desigualdades sociais. Foi neste processo que se institucionalizou o AD como um seguro público de saúde.

A seguir, identificam-se as transformações históricas que moldaram a política de previdência social. Esta foi construída a partir do conceito de seguro social, o qual orientou a institucionalização do AD e dos demais benefícios situados no âmbito da previdência social. Busca-se apresentar alguns pontos que fundamentem uma problematização do lugar do benefício AD na proteção social dos trabalhadores.

1.1 O conceito de Seguro Social e a noção de direito social

Na história do capitalismo, marcada pelo conflito entre capital e trabalho, a luta dos trabalhadores por melhores condições de vida contribuiu para a construção de um padrão específico de regulação do trabalho. Ao final do século XIX, o aumento da reivindicação dos trabalhadores e o surgimento da questão social implicaram na intervenção do Estado sobre a economia de mercado. As políticas sociais, portanto, foram a resposta construída a partir da luta de classes para as contradições geradas pela expansão do capital.

Os sistemas de proteção social, em toda a Europa, foram organizados em torno de duas concepções de proteção social: o modelo bismarckiano e o modelo de seguridade social Beveridgiana³ que, no século XX, corresponderam ambos à difundida designação de Estado de Bem-Estar Social ou *Welfare State* (SALVADOR; BOSCHETTI, 2003). Contudo, estes sistemas só se consolidaram no pós-Segunda Guerra (1945), correspondendo, até o início da década de 70, a um processo de expansão da cidadania e dos direitos sociais (BEHRING, 2004).

Foi a partir do seguro social, situado no modelo bismarckiano, que se consolidaram as políticas de previdência e saúde no Brasil. Importa conhecer suas raízes históricas devido aos reflexos ainda persistentes nas políticas sociais atuais, e em particular, no AD.

Segundo Boschetti (2003; 2006) e Giovanella (1999), o seguro social surgiu no final do século XIX, na Alemanha, durante a Revolução Industrial, quando a propriedade privada tornou-se um dos principais elementos de conflito na relação capital e trabalho. Destituída dos meios de produção, como forma de sobrevivência, a emergente classe de trabalhadores assalariados era obrigada a vender a sua força de trabalho no mercado.

Sem nenhuma regulação estatal, os trabalhadores eram submetidos a excessivas jornadas, sob precárias condições, tornando-os propícios a doenças, à invalidez e mesmo à morte. “Era a pré-história da saúde do trabalhador, em que viver era apenas não morrer” (DEJOURS, 1987 apud SOUZA, 1992). Apoiados nos avanços da social-democracia, essas circunstâncias mobilizaram politicamente os trabalhadores, contra o crescente processo de exploração e acumulação do capital.

A criação de fundos de cotização foi uma das formas encontradas pelos trabalhadores para proteger minimamente a saúde e garantir a sustentação de um projeto político. Estes, posteriormente, foram instituídos pelo governo alemão como caixas de poupança e previdência, constituindo-se também em estratégia de desmobilização política. A necessidade de maior controle do Estado sobre a classe assalariada emergente fez desses fundos a principal estratégia, instituindo-se o seguro social (GIOVANELLA, 1999).

Assim posto, o seguro social consistiu em contribuições compulsórias dos trabalhadores assalariados, em troca de proteção social nos momentos de ausência do

³ De acordo com Boschetti (2003), o modelo bismarckiano é identificado como sistemas de seguros sociais semelhantes aos seguros privados. O acesso e o valor dos benefícios são condicionados a prévias contribuições. O financiamento e a gestão provêm da participação dos empregados, empregadores, que são os contribuintes. Já o modelo Beveridgiano equivale a um modelo assistencial. Os direitos são universais e destinados a todos os cidadãos de forma incondicional ou com a submissão dos mesmos a determinadas condições (teste de meios). Garante mínimos sociais a todos que necessitarem. O financiamento vem sobretudo de impostos fiscais.

trabalho. Enfatize-se também a importância da luta dos trabalhadores para que os fundos de cotização fossem utilizados para compensar financeiramente os operários nos momentos de riscos. A reivindicação trabalhista exigiu compensações monetárias pelos agravos à saúde e desgastes da força de trabalho (SOUZA, 1991).

Sob o corporativismo estatal, o seguro social se firma como cobertura dos riscos sociais. O modelo de proteção social baseada no seguro social se expandiu pela Europa no século XX e também fundamentou as políticas sociais no Brasil. Boschetti (2006) ressalta três elementos da análise de Castel (1995) sobre a constituição do seguro social na França: a noção de propriedade, a noção de coletivo e a noção de Direito.

O seguro social não é somente uma nova forma de regulação das relações entre Estado e sociedade. É um patrimônio social que se diferencia dos outros serviços públicos por ser apropriado de forma pessoal pelos trabalhadores, garantindo a reprodução da força de trabalho. Por não questionar a propriedade privada, o seguro social altera a noção de propriedade. A proteção previdenciária instaura o que Castel chamou de ‘propriedade social’, pois permitiu aos trabalhadores adquirir uma segurança que não deriva da propriedade privada, mas da participação no mundo do trabalho assalariado:

A reformulação da questão social consiste não em abolir esta oposição proprietário-não proprietário, mas [em] redefini-la, ou seja, [em] justapor à propriedade privada um outro tipo de propriedade, ‘a propriedade social’ de modo que se tornou possível ficar fora do acesso à propriedade privada sem estar em situação de insegurança social. (CASTEL, 1995 apud BOSCHETTI, 2006, p. 76).

Caracterizando-se por contribuições compulsórias dos trabalhadores, o seguro social dependeu da inserção no mundo do trabalho. As contribuições individuais garantem compensações financeiras com retorno imediato e futuro de cobertura dos danos sociais. Dessa forma, aumenta-se a expectativa de segurança social. Tal redução da insegurança social deriva da intervenção do Estado nas definições políticas dos riscos a serem cobertos, instaurando-se uma concepção de justiça social (BOSCHETTI, 2006, GIOVANELLA, 1999).

Já a noção de coletivo relaciona-se à construção de novas relações sociais. Todos os trabalhadores financiam o sistema, que assegura os direitos na medida da participação de cada um no mercado de trabalho. Preservam-se as diferenças individuais dentro de uma lógica coletiva, em que: “a contribuição de cada um permite a proteção de todos e cria relações de interdependência e de solidariedade” (BOSCHETTI, 2006, p. 73). O seguro social se fundamenta na especialização da divisão do trabalho no capitalismo, a qual consolidou uma

nova solidariedade nacional. Castel evidencia como as idéias de Durkheim legitimam essa solidariedade:

(...) ele compreendeu que a sociedade industrial inaugurou um modo de relações especificamente novo entre os sujeitos sociais, que não podia mais ser fundado em proteções de proximidade garantidas pela sociabilidade primária (...) Era preciso retomar sob novas bases a questão das relações sociais na moderna sociedade ameaçada por uma desafiliação de massa. A solidariedade ‘orgânica’ inaugura o novo regime de existência que deve prevalecer nas sociedades industriais (CASTEL, 1995 apud BOSCHETTI, 2006, p. 73).

Estas questões se relacionam à noção de Direito em Castel. É o Estado de Direito que materializa a segurança social. A instituição do seguro social consagrou a concepção de direitos derivados do trabalho assalariado. Tal concepção norteou a construção das políticas sociais, ganhando legitimidade nos processos de industrialização e acumulação do capital: “o que garante o benefício não é uma relação clientelista ou de tutela, mas sim o fato de o indivíduo estar inscrito em uma ordem jurídica universalista associada ao direito do trabalho” (BOSCHETTI, 2006, p. 78). Desta forma, o assalariamento na sociedade se tornou uma etapa fundamental para a generalização da lógica do seguro nas políticas sociais. É neste sentido que a previdência social assume estreita relação com o desenvolvimento do trabalho assalariado nas sociedades. Segundo Giovanella (1999), os seguintes princípios orientam a relação jurídica entre a definição dos riscos e a cobertura dos danos:

Segundo o princípio da equivalência, os benefícios são vinculados a contribuições prévias, e são conformadas diversas instituições dirigidas a grupos distintos de trabalhadores. O princípio da subsidiaridade serve para enfatizar que o Estado somente interferirá quando a capacidade da família estiver exaurida. O princípio da solidariedade torna as contribuições proporcionais à renda e os benefícios de acordo às necessidades, produzindo redistribuição (GIOVANELLA, 1999, p.3).

Segundo Esping-Andersen (1991), o *welfare state* não intervém apenas sobre as desigualdades, mas tem uma função de regulação social na sociedade. Nos países que efetivaram a proteção social baseada no seguro social (Alemanha, França e Itália), o autor critica a consolidação de divisões entre os assalariados e a aplicação dos programas em termos de classes e *status*, reproduzindo desigualdades e privilégios decorrentes do trabalho. Este sistema se sustentou no corporativismo estatal, e foi dessa forma que substituiu a provisão de benefícios supridos pelo mercado, com efeitos sobre a emancipação do trabalhador (desmercadorização). Devido à estratificação social e ao princípio da subsidiaridade, que garantia tão somente a prestação de serviços quando a família tinha sua

capacidade de sustento exaurida, o autor argumenta que são poucos os impactos em termos de redistribuição (benefícios de acordo às necessidades). A lógica do seguro social não foi suficiente para consolidar o princípio da redistributividade.

Admite-se, contudo, que, por meio do seguro social, garante-se a proteção dos riscos. Se um risco se concretiza, o segurado tem o dano coberto pelo seguro, desde que pague a sua contribuição (SANTOS, 2007). Quando há o reconhecimento das doenças como riscos sociais, os benefícios são regidos não só pelos princípios de equivalência e solidariedade, fundamentados em prévias contribuições. Além da capacidade de contribuição financeira, os trabalhadores acessam os benefícios de acordo com as necessidades de saúde o que produz redistribuição (GIOVANELLA, 1999). Segundo estudos comparativos de Esping-Andersen (1991), a garantia dos direitos sociais ultrapassa o seguro social. A depender das relações econômicas e políticas, a desmercadorização e os princípios da universalização foram estendidos de forma diferenciada em vários países, consolidando atuações estatais, ao lado de atuações do mercado.

O autor enfatiza que o modelo social-democrata buscou não somente as igualdades mínimas, mas uma igualdade de direitos, desfrutados igualmente pelas classes sociais. Assim considerado, o direito à saúde não se restringe aos princípios regentes do seguro social. Traz o conceito de cidadania social, referente também às lutas políticas dos trabalhadores:

Quando os direitos sociais adquirem o *status* legal e prático de direitos de propriedade, quando são invioláveis, e quando são assegurados com base na cidadania em vez de terem base no desempenho, implicam uma “desmercadorização” do *status* dos indivíduos vis-à-vis o mercado. Mas o conceito de cidadania social também envolve estratificação social: o *status* de cidadão vai competir com a posição de classe das pessoas, e pode mesmo substituí-lo (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 101).

1.2 A origem do auxílio-doença na previdência social e a insustentabilidade da lógica do seguro social

Segundo Boschetti (2006, p. 2), não há como compreender a Seguridade Social dissociada das transformações das relações de trabalho: “(...) a organização do ‘complexo previdenciário-assistencial’ em uma sociedade com frágil estabilidade salarial limita a abrangência dos direitos da seguridade social e deixa um contingente enorme da população às margens desse sistema de proteção”.

Nas primeiras intervenções estatais sobre as relações trabalhistas, o Estado, no Brasil, ocupou papel tão somente regulamentador. Com efeito, em um contexto de emergência do movimento operário e de crise das oligarquias rurais, o único protagonista financeiro foi o setor privado. Ao fim de uma demorada discussão, em 1919, foi aprovada a lei sobre acidentes de trabalho de forma restrita: o trabalhador acidentado era obrigado a abrir processo judicial para comprovar a responsabilidade do empregador, não pertencendo ao mesmo a responsabilidade pelos riscos do trabalho (BOSCHETTI, 2006).

Ressalta-se que no Decreto-Lei nº. 3.724 de 1919, a noção do acidente de trabalho caracterizou-se pela redução da capacidade parcial ou total, de forma temporária, e a indenização correspondia à metade do salário, até o máximo de um ano. Não havia ainda o princípio da equivalência do benefício, que determinasse valor proporcional às contribuições.

No tocante à responsabilidade das empresas em cobrir as situações de riscos sociais, a autora destaca a Lei Eloy Chaves (1923) como o primeiro tipo de regulação do trabalho. Tal modelo de proteção social se concretizou por meio das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). Seguindo a lógica do seguro social, as CAPs consistiram em contratos compulsórios custeadas pelas contribuições dos empregadores e dos trabalhadores. Enfatiza-se que até então, permaneceu uma atuação restrita do Estado.

A autora aponta que uma regulação significativa do trabalho se efetivou somente no Governo Vargas (1930), quando o Estado passou a atuar na gestão e no financiamento das CAPs. Estas passaram a coexistir com os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) a partir de 1933. Os IAPs foram organizados por setor econômico e consolidaram o sistema tripartite, com a participação da contribuição pública na proteção social.

Este projeto, baseado no modelo bismarckiano, sustentou o sistema de proteção social até os anos 1980. Não houve a expansão do segmento salarial, excluindo-se do acesso aos direitos previdenciários, a população que não participava diretamente do projeto de industrialização. Para os trabalhadores excluídos da proteção social firmada nas CAPs e IAPs, configurou-se a chamada gestão filantrópica da pobreza, em que pouco se firmava a responsabilidade pública, então reduzida ao mundo do trabalho. Para esta, a proteção à saúde, a partir de 1930, se limitava ao combate a endemias e serviços preventivos de doenças transmissíveis (CARDOSO; JACCOUND, 2005).

Surgiram direitos previdenciários que se afastavam da lógica do seguro social e sofriam expansão gradual, embora não se constituíssem em direitos legítimos de saúde e assistência social. Associada à não expansão salarial, a centralidade da lógica do seguro social configurou uma proteção social restrita e limitada: “Todo o sistema de aposentadorias e pensões,

consubstanciado em um complexo mecanismo de transferências monetárias, deriva de direitos que se fundam no exercício pretérito do trabalho, mais especificamente do emprego assalariado legal, de acordo com a experiência dos modelos chamados bismarkianos ou meritocrático-contributivos” (CARDOSO; JACCOUND, 2005, p. 189).

É neste contexto que foram construídos direitos previdenciários de proteção à saúde, sobretudo o atendimento médico-hospitalar e o AD, garantidos somente aos cidadãos cobertos pelo sistema previdenciário. Além disso, as dificuldades de participação dos trabalhadores na gestão dos IAPs e a baixa participação estatal no financiamento comprometeram a expansão e o desenvolvimento dos benefícios e o reconhecimento da saúde como direito social (BOSCHETTI, 2006).

De fato, a autora aponta que nas constituições federais anteriores à de 1988, há imprecisão na conformação dos direitos. Embora garantidos pelos IAPs, os serviços médicos, por não constituírem repasses monetários aos contribuintes, não eram considerados como direitos previdenciários. Tais constituições limitavam ao mínimo as despesas com a saúde, sendo insuficiente a regulamentação dos serviços e benefícios que visavam à proteção da saúde dos trabalhadores. Pelo Decreto nº 20465/1931, a assistência médica prestada pelas Caixas era limitada aos seus contribuintes e condicionada à contribuição direta. Por se tratar de serviços que não se constituíam em repasse de benefícios em espécie, à assistência médica não detinha o caráter de seguro social. Por isso, a autora aponta a falta de reconhecimento das doenças como risco social antes da CF de 1988.

A partir de 1933, coube aos IAPs a progressiva regulamentação da assistência médica como direito social, à semelhança das aposentadorias e pensões. A partir da CF de 1934, houve a instituição progressiva dos benefícios assistenciais, designados sob a categoria de “auxílios”, e os acidentes de trabalho, embora ainda cobertos pela iniciativa privada, foram equiparados aos riscos sociais habitualmente cobertos pela previdência: envelhecimento, maternidade e morte. Contudo, ali permaneceu a imprecisão do reconhecimento da saúde como direito. Diante disso, ficou ao cargo dos institutos a iniciativa de estabelecerem direitos definidos como proteção à saúde. É neste contexto que o atendimento médico-hospitalar e o AD se constituíram como direitos de proteção à saúde (BOSCHETTI, 2006).

A expansão dos direitos dependia de mecanismo extraconstitucionais, bem como da organização política e da capacidade financeira de cada IAP. O IAPC e o IAPB, embora abrangessem um número insignificante de trabalhadores, foram os primeiros a cobrir praticamente todas as situações de risco social (BOSCHETTI, 2006).

Segundo Oliveira e Teixeira (1985), citados por Boschetti (2006), foi o IAPC (comerciários), em 1934, que utilizou pela primeira vez o termo “seguro-saúde”, equiparando o período de adoecimento aos outros riscos sociais e elevando os serviços médicos ao status de direitos. Por meio de uma contribuição complementar, determinou a integração deste seguro à assistência médico-hospitalar. Tanto o seguro-saúde quanto a assistência médica descrita, decorreram da lógica contributiva. No mesmo ano, no IAPB (bancários), dentre outros auxílios, surgiu o seguro-saúde designado como auxílio-doença (AD). Dessa forma, a cobertura das doenças caracterizou-se como indenização diante da redução da capacidade para o trabalho, orientada pelo mesmo critério na cobertura dos acidentes de trabalho, correspondendo à metade do salário e com duração máxima de um ano.

O período de 1937 a 1945, caracterizado pela ditadura Vargas, continuou a imbricação entre previdência e assistência, caracterizando uma expansão desigual dos benefícios, restritos a determinadas categorias profissionais.

Entre 1945 e 1960, há o retorno da democracia no Brasil. É neste período que se difunde o modelo Beveridgiano de proteção social e a expressão “seguridade social” no âmbito da previdência. Gradualmente, o sistema de proteção social sob a lógica do seguro abrangeu outras categorias profissionais (CAPs e IAPs). Surgem propostas de reformas da previdência, sustentadas na expansão da assistência médica para vários institutos (BOSCHETTI, 2006).

Dessa forma, a ampliação e extensão dos benefícios assistenciais aos segurados e dependentes pautava-se pelas contradições no reconhecimento da saúde como um direito social. Afastava-se também do princípio da subsidiariedade, passando, o Estado, a interferir, independente da capacidade da família. Evidenciavam-se as limitações da lógica do seguro social na sociedade brasileira. Tais avanços, entretanto, são relativos. A previdência não se generalizou para todos os trabalhadores, e muito menos, para toda a população. A partir de 1960, o financiamento ficou sem a participação do Estado, voltando ao sistema bipartite: “não houve, portanto, nem universalização, nem uniformização dos benefícios, nem unificação institucional” (BOSCHETTI, 2006, p. 43).

A promulgação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em 1943 reforça a associação entre proteção social e trabalho assalariado. Inseriu-se no conjunto de regulamentações e legislações do trabalho pelo Estado, em que as questões sociais se remetiam sempre à regulação do mundo do trabalho.⁴

⁴ Além da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), outras intervenções importantes do Estado sobre o mercado de trabalho são: a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio em 1931 e a instituição do

Na CF de 1946, predominaram os direitos sociais claramente associados ao trabalho. É neste contexto que a assistência médica e sanitária foram institucionalmente garantidas. Essa constituição “separou o seguro contra acidente de trabalho, do seguro contra os outros riscos sociais (maternidade, doença, velhice, invalidez e morte) vinculados à previdência. Essa separação legal se manteve até 1967” (BOSCHETTI, 2006, p. 45). Dessa forma, equiparava-se, ao nível constitucional, os acidentes de trabalho aos demais riscos sociais. Demonstra-se a ausência de cobertura do Estado das doenças decorrentes de acidentes de trabalho, distinguindo-as das doenças comuns.

A partir de 1953, intensifica-se a intervenção pública. Os CAPs foram unificados em um único instituto público e o auxílio-saúde (equivalente ao AD) se estendeu a outros IAPs, de forma paralela à expansão dos serviços médicos, designados, no âmbito dos institutos, pela assistência médica e hospitalar (BOSCHETTI, 2006). A assistência também se referia a outras intervenções: “fora do âmbito de cobertura dos IAPs, nenhuma outra ação de peso no campo da prestação de serviços de saúde, alimentação ou habitação foi desenvolvida na esfera pública até meados da década de 1960” (CARDOSO; JACCOUD, 2005, p.200).⁵

Em 1960, foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), marco histórico do fortalecimento de determinado princípio de justiça, pautado no vínculo contributivo (CARDOSO; JACCOUD, 2005). Há o abandono do termo “seguro” e a distinção de três tipos de benefícios: aposentadorias e pensões, auxílios e assistências, estas últimas, correspondentes aos benefícios não monetários.

É nela que se definiu expressamente o seguro público de saúde designado como *auxílio-doença* e os critérios de sua concessão. Enquanto a assistência médica foi garantida aos segurados e seus dependentes, o AD restringiu-se aos segurados. A restrição na expansão do AD, dentre outros benefícios, se deu tanto pelo reforço da lógica do seguro social, quanto pelo sistema bipartite, que se manteve até a CF de 1988.

Segundo Vianna (2007), a delimitação dos prazos para a concessão do AD foi estabelecida no Decreto-Lei nº. 6.905/1944 e regulamentada na LOPS, dividindo as responsabilidades entre as empresas e os institutos de seguro social. A empresa pagava o salário integral do trabalhador nos primeiros quinze dias, e a previdência social, a partir do

salário mínimo em 1940. CARDOSO, J.; JACCOUD, L. **Políticas Sociais no Brasil: Organização, Abrangência e Tensões da Ação Estatal**. In: JACCOUD, L. (org). *Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo*. Brasília: IPEA, 2005.

⁵ As principais instituições de assistência social foram a Legião Brasileira de Assistência Social (LBA) e a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem), que se consolidaram a partir da promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960. *Ibid.* p. 200.

décimo sexto dia de afastamento. Este critério permaneceu na CF de 1988 ao lado da incorporação do princípio da equivalência de benefícios, alterando os valores do AD.

Em 1967, todas as instituições previdenciárias foram unificadas no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), concretizando o princípio da unificação institucional. Por meio da Lei nº. 5.316/1967, todos os benefícios passaram a serem prestados mensalmente e consolidou-se, na concessão do AD, a divisão de responsabilidades entre o INPS as empresas. O valor deste benefício correspondeu ao salário integral do trabalhador: “o valor mensal era igual ao salário-de-contribuição devido ao empregado no dia do acidente, deduzida a contribuição previdenciária, não podendo ser inferior ao seu salário-de-benefício, com a mesma dedução” (art. 6º, I).

A outra mudança provocada pela unificação institucional se refere ao seguro acidente de trabalho, que deixou de ser gerido exclusivamente pela iniciativa privada, sendo integrado ao INPS. Buscou-se garantir uma efetiva cobertura aos segurados que, até então, não tinham o seguro por estarem em segmentos menos estruturados no mercado de trabalho. Ampliou-se a cobertura dos acidentes de trabalho, pois o AD constituiu-se em um direito previdenciário para os trabalhadores acidentados.⁶

O INPS destinava-se aos contribuintes para a previdência; a LBA, às ações de assistência social aos pobres, a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem) atendia aos jovens infratores, e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) buscou universalizar a assistência médica a todos os cidadãos. Esta orientação se deu no sentido de compreender os serviços médicos dissociados da lógica do seguro social.

Enquanto direito previdenciário, o AD foi constituído dentro de uma relação jurídica exclusiva da previdência social. O objetivo é a cobertura dos riscos (doenças), compreendidas como um evento futuro e incerto gerador de danos. Nesse sentido, a concessão do AD adquire um caráter de indenização, sendo os riscos definidos em lei.

No âmbito do MPAS esboçava-se um modelo brasileiro de seguridade social: “a reunião da saúde (assistência médica e auxílio-doença), da previdência (aposentadorias, pensões e outros auxílios) e da assistência social (assistência geral para pessoas pobres) em

⁶ Segundo Teixeira (1990) apud Boschetti (2006), além do seguro contra acidentes de trabalho, houve a criação: do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) em 1966; do Programa de Integração Social (PIS) em 1970; do Ministério do Trabalho e da Previdência Social para a gestão do INPS. A criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1974, pode ser compreendida como estratégia de legitimação do governo autoritário, diante do desgaste do regime. A extensão dos direitos sociais na lógica do seguro social se associa à utilização dos direitos sociais como compensação da ausência dos direitos civis e políticos.

um mesmo ministério foi o primeiro esboço de um sistema de proteção social mais amplo” (BOSCHETTI, 2006, p. 55).⁷ Contudo:

O governo não instituiu novas bases de financiamento para sustentar a universalização da assistência médica, que continuou sendo financiada pelas contribuições de empregados e empregadores. As contribuições sobre os salários foram a base predominante de financiamento da previdência, da saúde e da assistência social no Brasil, tendo permanecido assim até a promulgação da Constituição de 1988. (BOSCHETTI, 2006, p. 58)

Em 1975, a criação do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) caracterizou uma dicotomia na oferta dos serviços de saúde, relacionada aos setores público e privados. No âmbito do MS, os serviços estatais de saúde pública foram orientados pelo modelo de higienização da sociedade e contavam com poucos recursos financeiros e responsabilização do Estado (COHN, 2005). Dessa forma, as ações coletivas se restringiram às medidas preventivas do ministério. Já no âmbito do MPAS, estavam a atenção médica individualizada e o atendimento hospitalar, destinado prioritariamente aos segurados.⁸ Este modelo de proteção social vigente excluía os trabalhadores desempregados e aqueles inseridos em outras relações de trabalho, como os autônomos, empregados domésticos e trabalhadores rurais, incorporados na previdência social somente a partir dos anos 70 (BOSCHETTI, 2006). Entre 1964 a 1974, metade dos trabalhadores brasileiros estavam excluídos do direito à saúde, por estarem no mercado informal de trabalho (COHN, 2006).

Na ditadura militar, a relação entre Estado e sociedade foi marcada pelo autoritarismo e pela supressão dos canais de comunicação. Não houve a abertura política necessária para o questionamento da lógica contributiva e construção de uma política de saúde (COHN, 200). Dessa forma, o cerceamento das liberdades políticas e civis, associado à concentração de renda e às desigualdades sociais, provocaram reações dos movimentos sociais. Estes se intensificaram na década de 70, quando o modelo médico-assistencial privatista hegemônico entra em uma grave crise fiscal, associada à crise do estado autoritário (BOSCHETTI, 2006; PUSTAI, 2004).

⁷ Segundo Boschetti (2006), ligado ao MPAS, estavam instituições de assistência social geridas por instituições privadas, com novas fontes de financiamento estatal. Esboçava-se a seguridade social, por meio da criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), em 1977.

⁸ Em 1974, há a expansão dos serviços médicos aos não-contribuintes em casos de urgência, porém as mortes por omissão e as pressões sociais levaram o Inamps a atender a toda a população.

Esta correlação de forças entre Estado e sociedade foi atravessada pelo projeto neoliberal, que apregoa ser o mercado o *locus* privilegiado das políticas sociais. Questiona-se a sua sustentação no Brasil, tendo em vista o mercado de trabalho marcado por relações informais e fortes desigualdades no acesso aos direitos sociais. Na década de 80, as lutas sociais avançaram em contraposição ao neoliberalismo, visando o resgate dos direitos suprimidos na ditadura militar. Este processo desembocou na promulgação da CF de 1988, e no conceito de Seguridade Social ali estabelecido, pautada em uma nova concepção de direitos sociais. Estes, associados aos direitos políticos e civis, colocava a possibilidade das políticas sociais se chocarem com a lógica do capital em direção à cidadania (COUTINHO, 1997).

Na previdência social, as lutas sociais buscaram enfrentar as contradições geradas nos aspectos referentes ao financiamento, expansão e cobertura dos benefícios, e modos de organização e gestão. As reivindicações foram no sentido de flexibilidade do vínculo contributivo, para ampliar principalmente o acesso da população aos serviços de saúde. Estes seriam regidos por uma nova concepção de cidadania, que ultrapassasse a lógica contributiva.

Na década de 80, a luta pela ampliação da saúde foi apoiada no Movimento pela Reforma Sanitária, “que se afirma a bandeira da unificação das diversas redes de prestação de serviços de saúde, a universalização da saúde e seu reconhecimento como direito social universal” (CARDOSO; JACCORD, 2005).⁹

A consolidação do Sistema Nacional de Saúde desafiava as forças políticas que colocavam a saúde sob a ótica do mercado, tornando-se relevantes os aspectos referentes ao financiamento das políticas sociais na Nova República (PUSTAI, 2004). Este processo desembocou na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), na CF de 1988. Na assistência à saúde, os serviços médicos implementados pela previdência social foram reestruturados e integrados na política de saúde. A saúde se tornou um direito do cidadão brasileiro, independente de prévias contribuições. As propostas associadas ao modelo Beveridgiano, reformularam, inclusive, o próprio sistema de previdência social, questionando-se a justiça social baseada na lógica de proteção ao trabalho assalariado.¹⁰

⁹ São colocadas as bases de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), e são elas: as Ações Integradas de Saúde (AIS) e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS).

¹⁰ O modelo Beveridgiano é considerado como um modelo assistencial que apregoa serem os direitos universais, e busca garantir os mínimos sociais a todos os cidadãos. Alguns dos seus princípios são a unificação institucional, a uniformização, a equivalência e a universalização dos benefícios. BOSCHETTI, I. **Assistência social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo**. Brasília: KACO, 2003.

1.3 A Seguridade Social na CF de 1988, as relações de trabalho e o auxílio-doença

Telles (1999), com base em Hannah Arendt e Lefort, discute os direitos como uma categoria que não se limita ao campo jurídico e institucional, mas que se expressa na alteridade e no debate. Sem o conflito, não há como as desigualdades e injustiças sociais serem explicitadas. Trata-se de uma nova concepção dos direitos:

Daí Lefort dizer que é a existência de um espaço público atravessado por essa consciência do ‘direito a ter direitos’ que lhe é constitutiva, que faz toda a diferença entre uma forma democrática de sociedade e os regimes totalitários. (TELLES, 1999, p. 71)

Até a década de 80, ignorou-se a garantia de proteção social pública às populações não incorporadas ao trabalho assalariado. As discussões sobre a pobreza não suscitaram um debate sobre a justiça e a igualdade social.

Com a promulgação da CF de 1988, há uma redefinição da questão social e a inscrição jurídica de novos direitos, construídos na experiência dos movimentos sociais e dos embates políticos, instaurando a ótica da cidadania. Nesta ótica, a população desprovida de direitos é composta por cidadãos que devem reivindicar e lutar por seus direitos. Para a concretização da cidadania, os debates sobre os direitos sociais devem ser suscitados a partir das questões da desigualdade e da exclusão social (TELLES, 1999).

Diante do crescimento progressivo da informalidade do trabalho, parcela expressiva da população não usufruía os direitos da previdência. Esta é uma questão central que tem redirecionado a ação social estatal a uma nova concepção de justiça, a cidadania (BOSCHETTI, 2006). É neste contexto de (des) proteção social e desemprego estrutural que foi promulgada a Seguridade Social, em 1988. É nessa perspectiva que o conceito de Seguridade Social na CF de 1988 é importante conquista social, sendo um desafio a sua concretização. Esta implica, sobretudo, no questionamento da lógica contributiva e na ampliação dos princípios constitucionais.

O conceito de Seguridade Social é compreendido como um conjunto articulado de políticas sociais, sob a responsabilidade pública e com a participação da sociedade. Segundo o art.194: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. A integração dessas políticas incorporou novos princípios para além do seguro social. Os princípios da universalidade da cobertura, da uniformidade e

equivalência dos benefícios, da irredutibilidade dos valores dos benefícios, da diversidade das bases de financiamento, e do caráter democrático e descentralizado deveriam orientar a articulação daquelas três políticas sociais.

Mas estes princípios constitucionais foram incorporados de forma diversa, e até mesmo de forma contraditória. A seguridade social brasileira justapõe direitos derivados do trabalho (previdência), direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência social), questionando-se a concretização da seguridade social no Brasil (BOSCHETTI, 2004).

Com a CF de 1988, as prestações de substituição de renda (benefícios) responsáveis pela cobertura dos riscos sociais dividiram-se entre a assistência e a previdência. A assistência social ganhou arcabouço jurídico próprio e foi reconhecida como direito. Embora reconhecida como direito obrigatório, ainda é um direito subjetivo, específico e condicional, pois o acesso a ele depende de dois critérios - baixa renda e incapacidade para o trabalho: “sua articulação com as demais políticas torna-se obrigatória e indispensável, sendo condicionada, mas também condicionando as políticas sociais governamentais” (BOSCHETTI, 2003, p. 77).

Na previdência, os benefícios “são definidos como sistema de direitos objetivos, concedidos a partir de critérios precisos, e uma vez acordados, são reconhecidos como ‘direito adquirido’. É decorrente do exercício de um trabalho assalariado ou de uma contribuição como trabalhador autônomo” (SALVADOR; BOSCHETTI, 2003, p. 105). A previdência incorporou os princípios constitucionais, expandindo a sua cobertura e possibilitando o acesso a todos os trabalhadores. A proteção social não se restringe ao trabalho assalariado, mas é orientada pela proteção das demais formas de trabalho (quais os autônomos, empregados domésticos e empresários).¹¹

O MPS, por meio do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), tem a função de garantir o direito à previdência social. O INSS, substituto do INPS, é resultado histórico da construção da proteção social entre a sociedade e o Estado, ator central. É a autarquia federal responsável pela gestão e concessão dos benefícios. Ressalta-se que o novo nome do instituto abrange a seguridade social, desafio mais amplo.

A saúde foi a política que incorporou de forma mais completa os princípios constitucionais. Regida pelo princípio da universalidade, não incorpora nenhum critério de

¹¹ Em relação aos autônomos, “A partir da Lei 9.876, de 26.11.1999, o INSS tomou algumas iniciativas para incentivar os trabalhadores sem carteira de trabalho assinada a se filiarem ao instituto como contribuintes individuais”. BOSCHETTI, I.; SALVADOR, E. (Des) regulamentação dos direitos previdenciários e (des) estruturação do mercado de trabalho. In: DAL ROSSO, S.; FERREIRA, M. **A regulação social do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2003. p. 112.

seletividade, tendo por base a cidadania.¹² Compreendida como um direito incondicional de cidadania social, é garantida a todos os trabalhadores, inclusive aos segurados da previdência social. Por isso, se defende a expansão da saúde como um direito estratégico à universalização dos direitos sociais.

Entretanto, a partir de 1990, iniciou-se o processo de abertura dos mercados e de integração comercial multilateral, intensificando os processos de flexibilização e precarização das relações de trabalho. As transformações no mundo do trabalho alteraram a oferta de trabalho no mercado, já comprometida pela não instituição de uma “sociedade salarial” no Brasil.¹³ O desemprego estrutural e a precariedade da inserção dos trabalhadores no mercado de trabalho ainda deixam grande parte da população à margem da proteção social pública.

É neste contexto que grande parte dos trabalhadores ainda se encontra excluída da proteção social da Seguridade Social. Com efeito, os trabalhadores pobres economicamente ativos encontram-se excluídos de uma proteção social associada a valores monetários, por não cumprirem as condições de contribuição na previdência, e por não atingirem os critérios de renda e incapacidade que orientam a assistência.

Os dados a seguir ilustram esta realidade: de cada 100 empregos gerados entre 1980 e 1999, cerca de 99 foram sem registro em carteira profissional, e apenas um tinha esse registro.¹⁴ Segundo a PNAD/1998, dentre o contingente de trabalhadores ocupados no setor privado, o número de não-contribuintes correspondeu a 38,6 milhões, contra 26,7 milhões de contribuintes (BOSCHETTI, 2003). Em 2001, já havia 40,6 milhões de não-contribuintes, correspondendo a 57,7% dos 70,5 milhões de trabalhadores com mais de dez anos de idade ocupados no setor privado. Dos não-contribuintes, 20,4 milhões não possuía rendimentos ou recebia menos de um salário mínimo (BOSCHETTI, 2004).

Nesse sentido, questiona-se a capacidade de contribuição dos trabalhadores para a previdência social, pois esta depende de relações estáveis de trabalho. Segundo a PNAD/1999, havia 16 milhões de trabalhadores autônomos, representando 25% da população economicamente ativa (PEA), mas apenas um quarto deles conseguia contribuir para a previdência social (SALVADOR; BOSCHETTI, 2003).

Seguindo orientações neoliberais, a Emenda Constitucional (EC) n°. 20/1998 alterou condutas, visando conter os gastos da previdência social. Provocou mudanças que, em longo

¹² CARDOSO, J. e JACCORD, L. op. cit.

¹³ Esta expressão se refere à insuficiência de crescimento do emprego assalariado formal no Brasil advinda da industrialização brasileira. BOSCHETTI, I.; SALVADOR, E. op. cit.

¹⁴ POCHMANN (1999) apud SALVADOR, E.; BOSCHETTI, I. op. cit. p. 99

prazo, induzem a uma maior permanência dos trabalhadores no mercado e dificultam o acesso aos benefícios e aposentadorias, contribuindo para a desregulamentação do mercado de trabalho. De forma contraditória à realidade de trabalho, as reformas na previdência social em 1998 reforçaram a lógica do seguro e reduziram os valores e as condições de acesso aos benefícios, privilegiando os indivíduos mais bem-sucedidos no mercado (SALVADOR; BOSCHETTI, 2003).

O propagado déficit da Previdência Social decorre da não concretização do princípio constitucional de diversidade de bases de financiamento da Seguridade Social, agravado pelos ajustes fiscais e econômicos estabelecidos no neoliberalismo (BOSCHETTI, 2004). A CF de 1988 previu o Orçamento da Seguridade Social, que não se concretizou. O seu financiamento, na década de 90, vem sendo ameaçado pela instituição da desvinculação dos recursos da União (DRU), que, em benefício do ajuste fiscal, retira recursos das políticas sociais.

Deste modo, a redução do financiamento das políticas sociais e a incorporação desigual e parcial dos princípios constitucionais situam a Seguridade Social entre o seguro e a assistência, entre os modelos bismarckiano e o beveridgiano (que propunha a universalização da cobertura dos direitos sociais) (BOSCHETTI, 2007).

É nesse sentido que se questiona a lógica contributiva e o primado do trabalho para a concretização dos direitos sociais. Reforça-se tal questionamento diante do projeto neoliberal a partir da década de 1990, que tende a reduzir ainda mais a expansão do assalariamento. Problematisa-se a concretização da seguridade social, sobretudo quando se considera a precarização das condições de trabalho e a flexibilidade das relações de trabalho. Estas situações fragilizam a situação salarial e, em consequência, restringem a capacidade contributiva previdenciária e comprometem a reprodução da força de trabalho.

2. Ampliando a compreensão do auxílio-doença como direito social: as interfaces entre saúde e previdência

A promulgação da CF em 1988 ampliou a noção de risco. No seguro social, o risco é um dano que gera um prejuízo a ser recuperado por uma indenização. Na seguridade social, a proteção social não deriva, necessariamente, de um dano. As políticas de saúde, assistência e previdência, pensadas de maneira integrada, buscam a proteção da saúde como um conceito ampliado. Segundo o art. 195: “Os planos de previdência social, mediante contribuição, atenderão, nos termos da lei, a cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte, incluídos os resultantes de acidentes do trabalho, velhice e reclusão”. E segundo o art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Giovanella (1999) afirma que um seguro social que vise a cobertura das doenças é orientado pela avaliação das necessidades, a qual guia as demais intervenções em saúde pública. O acesso ao AD é imbricado ao acesso a tratamentos, inclusive em níveis mais especializados, na política de saúde.

Embora o auxílio-doença seja um direito previdenciário, deve ser articulado aos demais direitos sociais envolvidos na cobertura das doenças. Esta ultrapassa a indenização monetária e se situa no âmbito do direito a tratamentos de saúde e de reintegração ao trabalho. É nesse sentido que o benefício AD constitui-se em importante mecanismo de proteção social ao trabalhador segurado.

Na CF de 1988, com exceção do AD, todos os serviços de saúde se desvincularam da previdência social. Não regida pela lógica contributiva, a proposta de saúde preconizada no SUS não se identifica com serviços comprados no mercado. Pelo princípio da universalidade, todos os cidadãos podem ter acesso aos serviços de saúde públicos, ressaltando-se que a participação do setor privado é complementar à atuação pública.

À luz do conceito de Seguridade Social, o AD não se constitui somente como um direito previdenciário, mas também como um seguro público de saúde. Embora o modelo Beveridgiano predomine no sistema público de saúde, ainda incorpora o modelo bismarckiano, pois o benefício é regido seletivamente, pelas regras da previdência social.

Dessa forma, a restrição do AD limita o princípio da universalidade na saúde (BOSCHETTI, 2003).

Considerando, então, o AD como um seguro-saúde inscrito na política de previdência social, há incorporação parcial dos princípios constitucionais. Enquanto um seguro social, o AD é garantido a todos os segurados da previdência social, cobrindo os riscos de doenças, definidos em lei. Já a cobertura das doenças prevista na política de saúde se refere à universalidade do atendimento, incluindo as etapas de prevenção, proteção propriamente dita e recuperação (SANTOS, 2007). Entretanto, o fato do AD ser regido pela lógica contributiva compromete a cobertura das doenças na Seguridade Social. O assalariamento formal-legal continua sendo a principal porta de entrada dos trabalhadores no acesso aos direitos previdenciários.¹⁵ Esta questão, como visto adiante, é válida, sobretudo, para a concessão do AD acidentário.

É nesse sentido que se argumenta em favor de maior integração das políticas na seguridade social, e em particular, entre a saúde e a previdência. Nesse sentido, o AD, mesmo regido pelo seguro social, estabelece interfaces com os serviços de saúde, regidos pelo princípio da universalidade. A concessão deste benefício envolve a dimensão de proteção social à saúde do trabalhador, a qual ultrapassa as ações institucionais no âmbito da previdência social. No SUS, a saúde é regida por uma relação de cidadania que ultrapassou a cidadania do vínculo ocupacional, guiando-se pelo princípio da universalização dos direitos sociais.

Segundo Pustai (2004), o movimento sanitário colocou a saúde como um bem individual e social, fundado em uma nova lógica de solidariedade social. Amplia-se o conceito de saúde, em que esta é construída de forma dinâmica e permanente nas várias dimensões da vida em sociedade. Dessa forma, a VIII Conferência Nacional de Saúde trouxe a seguinte conceituação:

Em sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, **trabalho** (grifo nosso), transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e o acesso aos serviços de saúde. É assim, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (PUSTAI, 2004, p. 71).

No relatório final desta conferência, o direito à saúde ficou definido como:

A garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional,

¹⁵ CARDOSO, J. e JACCORD, L. op. cit.

levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL/MS, 1986 apud CZERESNIA, 2003, p. 46).

Por meio da prevenção, inserida no contexto mais amplo de promoção da saúde, há uma reestruturação nas ações epidemiológicas e preventivas. A promoção da saúde não envolve somente a intervenção sobre determinadas doenças, mas implica na melhoria da qualidade de vida e do bem-estar coletivo. Nessa perspectiva, as ações de saúde focalizadas nas evidências epidemiológicas que evitavam o surgimento de doenças específicas, são redefinidas no SUS. Neste, as intervenções “ênfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial” (TERRIS, 1990, apud CZERESNIA, 2003).

Esta questão remete ao princípio da integralidade, diretriz orientadora das ações no SUS. Não há mais separação entre as ações preventivas, antes executadas pelo MS, e as curativas, associadas ao MP. Segundo Pustai (2004, p. 72), a prevenção, no contexto de promoção da saúde, é uma ação integrada que “deve ter a capacidade de promover a saúde no cotidiano das pessoas, fazer diagnósticos e tratamentos precoces para reduzir danos e iniciar rapidamente a reabilitação e readaptação ao convívio social”. Estes são pontos centrais para uma análise do AD como um seguro público de saúde.

Segundo Castro e Cardoso (2005), o agravamento da crise fiscal do Estado e os objetivos macroeconômicos de estabilização financeira implicaram em reformas, caracterizadas pelo projeto neoliberal. Os reflexos se deram, sobretudo, na limitação da seguridade social e em particular, no acesso à saúde. As conseqüências se dão sobre a universalidade do SUS, fragilizando a proteção social ao trabalhador.

Sob a orientação dos princípios neoliberais, a saúde foi atingida pelo processo de privatização, havendo redução dos direitos. A política de saúde destinou-se à pobreza extrema, e limitaram as possibilidades preventivas e redistributivas das políticas sociais, prevalecendo o trinômio: privatização, focalização e descentralização (BEHRING; BOSCHETTI, 2006), com redução de direitos.

Conforme Cardoso e Jaccoud (2005), quanto ao financiamento, dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) /2000 demonstram que menos da metade dos gastos realizados com saúde no Brasil (48%) estão à disposição dos órgãos responsáveis por realizar a universalização do acesso à saúde. A inadequada vinculação fiscal para a política de saúde favorece os argumentos neoliberais, que compreendem a saúde como mercadoria. No projeto

neoliberal, os gastos sociais do Estado foram apontados como causas centrais da crise econômica iniciada na década de 80.

Com a privatização, a saúde constitui-se em serviço gerador de lucros. Os lucros são destinados a setores do capital nacional que, na concorrência com as empresas estrangeiras, perderam espaço no processo de globalização. Estas são questões sincronizadas com as mudanças no mundo do trabalho e com as propostas de mudanças na intervenção social do Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Segundo os autores:

Na saúde, pode-se afirmar que há consenso entre os analistas desta política de que um dos maiores problemas se refere à qualidade, em sentido amplo, dos serviços ofertados. Este problema está refletido, principalmente, na baixa capacidade de resolução dos serviços básicos e na dificuldade de acesso a consultas e exames especializados. (...) Neste contexto de reduzida participação do gasto público em saúde, cabe lembrar o crescimento verificado no sistema privado de saúde suplementar, organizado **via planos e seguros de saúde** (grifo nosso), cuja ampliação da adesão representa em boa parte uma procura pela garantia de maior presteza no acesso aos serviços de saúde (CARDOSO; JACCOUD, 2005, p. 239).

O AD não deixa de se relacionar a esta questão, visto que seu acesso não é universal e sim condicionado à prévia contribuição. A cobertura das doenças, no sistema privado de saúde, vem crescendo sob a lógica do seguro social, a qual orienta o AD, compreendido como um seguro-saúde público. Baseada na lógica do seguro, a saúde se reduz à compreensão de um serviço comprado no mercado, dependendo, por isso, do poder aquisitivo do cidadão e de sua capacidade individual em acessar aos serviços de saúde privados. Nesse sentido, postula-se que a privatização da saúde envolve o acesso da população às prestações monetárias caracterizadas pelos seguros-saúde. Esta questão insere-se nas diferenças de qualidade entre os serviços prestados nos setores público e privado e na tendência é de privatização dos programas de previdência e saúde.

Sob a perspectiva de concretização da seguridade social e da efetivação da saúde como um direito social retoma-se a necessidade desta ser financiada coletivamente (sob a responsabilidade do Estado) e compreendida como um conjunto de ações integradas desenvolvidas pelas políticas sociais.

A política de saúde, por meio do campo da saúde do trabalhador, estabelece interfaces com a previdência social. A Saúde do Trabalhador é definida como um conjunto de políticas intersetoriais de Saúde Pública, que tem por objeto de intervenção as complexas relações entre o trabalho e a saúde. Conceitua o trabalho a partir da diversidade de suas manifestações no contexto laboral, estabelecendo interfaces com várias áreas, dentre elas, a Seguridade

Social. É uma área em implementação no SUS, estratégica para a concretização do conceito de seguridade social promulgado na CF de 1988 (DIAS, 2001).

Na saúde do trabalhador, defende-se a ampliação da cobertura previdenciária, ao evidenciar a importância da proteção advinda dos benefícios previdenciários aos trabalhadores inscritos nas relações formais e informais de trabalho. Permite colocar os direitos previdenciários ao lado de ações de promoção da saúde do trabalhador, com ênfase nas transformações das condições de trabalho e nos agravos à sua saúde registradas nas bases de dados do INSS. Este é um ponto de partida para situar o AD como uma das intervenções no campo da proteção social da saúde dos trabalhadores. Esta envolve direitos: ao tratamento, de recuperação da saúde, de reabilitação profissional e de retorno ao trabalho.

A OMS postulou o estabelecimento de bases diagnósticas segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID). A CID-10 é um instrumento importante para, dentre outras finalidades, a concessão dos benefícios previdenciários devido à incapacidade por doenças e por acidentes de trabalho.

Enfatiza que a proteção e promoção da saúde e da segurança no trabalho se dão mediante a prevenção e o controle dos fatores de risco presentes nos ambientes de trabalho. O Brasil é signatário da Convenção nº. 155/1981 da OIT, comprometendo-se com a construção de uma política nacional em termos de segurança e do meio ambiente de trabalho. Ainda em fase de implementação, uma das ações é a Política Nacional de Saúde do Trabalhador. A definição das ações a serem executadas no campo da saúde do trabalhador é uma das atribuições do SUS. Sua conceituação, definida no art 6º, III, da Lei Orgânica da Saúde (LOS), envolve ações de vigilância epidemiológica e sanitária, bem com as de promoção e proteção da sua saúde. Estes procedimentos são regulamentados nas Portarias/MS nº. 3.120/1998 e nº. 3.908/1998, dentre outros instrumentos legais.

O campo da saúde do trabalhador valoriza a cobertura da previdência social, que abriga, dentre outros, o Seguro Acidente de Trabalho (SAT). O SAT não é garantido a todos os contribuintes inseridos no RGPS e cobre apenas 23 milhões de trabalhadores segurados pelo RGPS, correspondendo a 30% da PEA. Apenas os “empregados registrados” e os “segurados especiais” são cobertos por ele.¹⁶ Até o momento, as estatísticas relacionadas aos acidentes de trabalho só se referem à população coberta pelo SAT. As notificações são feitas por meio da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT). Diante da restrição da sua

¹⁶ Estão excluídos da cobertura do SAT os trabalhadores autônomos, domésticos, funcionários públicos estatutários, subempregados, muitos trabalhadores rurais, dentre outros. DIAS, E (Org.). **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. (Série A. Normas e manuais técnicos, n.114). p. 21.

cobertura e dos níveis de subnotificação, o MS questiona a representatividade dos dados estatísticos dos acidentes de trabalho. Esta questão constitui-se em um entrave na Política Nacional da Saúde do Trabalhador (DIAS, 2001).

Desta maneira, novas abordagens entre a relação saúde/doença e o trabalho alteraram os procedimentos na previdência social. Um procedimento relevante é a instituição da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, pela Portaria/MS nº. 1.339/1999 (BRASIL, 1999).¹⁷ Por meio dela, é possível estabelecer um nexo causal entre trabalho e vários tipos de doenças, inclusive os psicopatológicos. Esta lista é elaborada pelo MS, MTE e MPS a cada três anos, sendo adotada intersetorialmente por estes ministérios para caracterizar os acidentes de trabalho. Na previdência social, constitui o Anexo II do Decreto n. 3.048/1999 (DIAS, 2001).

Segundo os autores, o banco de dados do INSS constitui-se em importante fonte para a identificação do perfil dos segurados, particularmente, das morbidades que afetam a sua saúde. Por meio desta lista, pretende-se a construção de um perfil mais próximo da realidade de morbimortalidade de trabalho no Brasil e combater os níveis de subnotificação de acidentes de trabalho na previdência social: “visou subsidiar as ações de diagnóstico, tratamento, vigilância em saúde e o estabelecimento da relação da doença com o trabalho e das condutas decorrentes”. Estas são questões com implicações para a concessão do AD acidentário (DIAS, 2001, p. 20).

2. 1 Fundamentação legal do auxílio-doença, direito ao trabalho e ao tratamento

A questão social contemporânea envolve dimensões além do trabalho assalariado. No que se refere à, há a, Caracterizada pela “flexibilidade”, há uma desregulamentação do capital na organização da produção, comprometendo as condições, as relações de trabalho e o conteúdo do próprio trabalho (IAMAMOTO, 2007).

As políticas sociais são relevantes para a garantia dos direitos. Elas alteram a relação entre Estado e sociedade e são instituídas na tensa relação entre acumulação e equidade.

O AD é regido pelo art. 201, I, da CF, que determina ser função da previdência social a “cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada”. É um benefício de prestação continuada, regulamentado pela Lei 8.213/91, que dispõe sobre o Plano de

¹⁷ Em cumprimento do art. 6º, parágrafo 3º, inciso VII, da LOS. DIAS, E (Org.). Ibid..

Benefícios da Previdência Social (PBPS), e pelo Decreto 3.048/99, que aprovou o novo Regulamento da Previdência Social (RPS).

Segundo o art. 59 do PBPS:

O auxílio-doença será devido ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência exigido nesta Lei, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para sua atividade habitual por mais de quinze dias consecutivos. Não será devido auxílio-doença ao segurado que se filiar ao Regime Geral de Previdência Social já portador da doença ou da lesão invocada como causa para o benefício, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão. (BRASIL, 1991)

Dessa forma, o AD orienta-se pela centralidade do trabalho, sendo concedido somente nos casos de problemas de saúde que incapacitam para o trabalho. Além deste critério, é necessário cumprir a qualidade de segurado e o período de carência.¹⁸ Na concessão do AD previdenciário, são exigidos 12 meses de contribuição para manter a qualidade de segurado. Esta carência também é exigida para a concessão da aposentadoria por invalidez. (art.25, PBPS).

Quando o AD é concedido diante da caracterização de um acidente de qualquer natureza, não há a exigência de carência. Segundo o art. 26 do PBPS:

Independente de carência a concessão das seguintes prestações: I - pensão por morte, auxílio-reclusão, salário-família e auxílio-acidente; II - auxílio-doença e aposentadoria por invalidez nos casos de acidente de qualquer natureza ou causa e de doença profissional ou do trabalho, bem como nos casos de segurado que, após filiar-se ao Regime Geral de Previdência Social, for acometido de alguma das doenças e afecções especificadas em lista elaborada pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Previdência Social a cada três anos, de acordo com os critérios de estigma, deformação, mutilação, deficiência, ou outro fator que lhe confira especificidade e gravidade que mereçam tratamento particularizado. (BRASIL, 1991)

Dessa forma, não é exigida a carência em caso de acidente de qualquer natureza (relacionado ou não ao trabalho) e diante de doenças graves, especificadas na Portaria do MPAS/MS nº. 2998/01. Ressalta-se que, aqui, a lógica do seguro social pode ser parcialmente rompida, diferenciando-se as modalidades do AD previdenciário e acidentário.

Quanto à data de início do benefício, cabe uma diferenciação entre os trabalhadores assalariados e demais segurados. Para aqueles, o AD é concedido a partir do 16º dia de

¹⁸ O art. 24 do PBPS define o período de carência como: “o número mínimo de contribuições mensais indispensáveis para que o beneficiário faça jus ao benefício, consideradas a partir do transcurso do primeiro dia dos meses de suas competências”. Caso haja a perda da qualidade de segurado, esta é readquirida com a contribuição de 1/3 das exigidas para o acesso ao benefício. Para o trabalhador comprovadamente desempregado ou com pelo menos 10 anos de contribuição, o prazo para manter a qualidade de segurado é de 24 meses.

afastamento do trabalho. Nos primeiros quinze dias de afastamento consecutivo, é obrigação legal da empresa o pagamento do salário integral e providenciar os exames médicos correspondentes ao abono das faltas deste período. Agenda-se a perícia médica antecipadamente com esclarecimento dos documentos necessários ao requerimento do benefício, comprovando a categoria do segurado e o último dia de afastamento do trabalho. Para os autônomos, quando requerido até 30 dias após o início da incapacidade, é concedido a partir do início da mesma. Após este período, é concedido a partir da data do requerimento na previdência social.

Vianna (2007) ressalta que os art. 59 e 60 do PBPS, referentes à concessão do AD, correspondem à única fundamentação legal que obriga o pagamento de salários pela empresa nos primeiros quinze dias de afastamento:

Caso o trabalhador não seja acometido por doença que dispensa carência e não tenha o período de 12 contribuições mensais anteriores ao início da incapacidade, ficará sem cobertura do salário na primeira quinzena de afastamento:

Se a Previdência Social, cujo objetivo constitucional abrange a cobertura dos eventos de doença e invalidez opta por não conceder proteção aos afastamentos de duração inferior a quinze dias, não deveria ser a empresa a arcar com tal proteção, exceto por sua própria liberalidade. (VIANNA, 2007, p. 68)

Segundo a autora, o pagamento pela empresa do salário integral ao trabalhador nos primeiros quinze dias corresponde à interrupção do contrato de trabalho, ou seja, este período de afastamento é contado como tempo de serviço. Após este período, caracteriza-se a suspensão do contrato de trabalho, posto que a empresa fica isenta de qualquer obrigação legal. “Enquanto afastado por doença, o contrato de trabalho estará suspenso ou interrompido, não possuindo eficácia plena. Por tal razão não é possível operar-se a demissão por parte do obreiro e nem tampouco a dispensa injustificada pelo empregador” (VIANNA, 2007, p. 85).

Dessa forma, conserva-se a relação jurídica entre empresa e empregador. O que se suspende é o trabalho; o seu contrato permanece íntegro. Segundo o art. 63 do PBPS e o art. 80 do RPS: “O segurado empregado em gozo de auxílio-doença é considerado pela empresa como licenciado” (BRASIL, 1999). Do mesmo modo, o art. 476 da CLT assim dispõe: “Em caso de seguro-doença ou auxílio-enfermidade, o empregado é considerado em licença não remunerada, durante o prazo desse benefício” (BRASIL, 1943). Estes artigos colocam também que: “a empresa que garantir ao segurado licença remunerada ficará obrigada a pagar-lhe durante o período de auxílio-doença a eventual diferença entre o valor deste e a importância garantida pela licença” (BRASIL, 1991). Esta licença remunerada não decorre da

legislação previdenciária ou trabalhista, mas de acordos coletivos de trabalho ou da liberalidade do empregador.

Desta forma, a proteção social para o AD previdenciário não se limita à legislação previdenciária, mas é dependente dos contratos entre representações sindicais e empresas. A regulamentação da estabilidade decorrente da convenção coletiva de trabalho é regida pelo art. 7º da CF: “São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: (...) XXVI - reconhecimento das convenções e acordos coletivos de trabalho” (BRASIL, 1988).

Vianna (2007) afirma que, devido à forma do cálculo, é comum o AD se tornar inferior ao salário da ativa, justamente quando o trabalhador mais precisa, devido aos cuidados e gastos médicos. Concorre para isto a diferente relação do empregado com a empresa nos primeiros quinze dias (rendimento integral) e após este período (valor do benefício).

Apesar de não incorporar o fator previdenciário, a Lei n. 9.876/99 implementou mudanças no cálculo dos benefícios, que antes eram baseadas na média dos últimos 36 salários de contribuição. Dessa forma, há uma redução do valor máximo, fator agravado pelo estabelecimento de um teto nominal para os benefícios (SALVADOR; BOSCHETTI, 2003).

Segundo os autores, a reforma da previdência de 1998 ratificou o disposto no art. 61 da Lei nº. 9032/95, alterando os benefícios acidentários, igualando-os aos outros benefícios da previdência em valores. Entretanto, preservou-se a dispensa de carência para o AD acidentário, e as regras e os cálculos dos valores do benefício não incorporaram a aplicação do FP (fator previdenciário).¹⁹ O AD é calculado com base na média aritmética simples dos 80% maiores salários de contribuição. Sobre este valor, é feita uma apuração de 91% do salário-de-benefício, correspondendo à renda mensal inicial.²⁰ Para os segurados inscritos antes de novembro de 1999, o período básico de cálculo inicia-se em julho de 1994, enquanto, a partir desta data, considera-se todo o período contributivo.

Ao contrário das primeiras regulamentações legais sobre a concessão do seguro acidente de trabalho e do AD, que estipulavam o prazo máximo de um ano, não há prazos

¹⁹ Fórmula específica criada pela Lei n. 9.876/99, que introduziu critérios atuariais, até então utilizados somente pela previdência privada, segundo a qual o valor do benefício é maior quanto maiores a idade e o tempo de contribuição do trabalhador, diminuindo com o crescimento da expectativa de vida da pessoa. SALVADOR, E.; BOSCHETTI, I. op. cit.

²⁰ O cálculo do salário-benefício é estabelecido para cada categoria de benefício no art. 29 do PBPS. “Salário-de-benefício é a base de cálculo da renda mensal inicial. A renda mensal inicial é calculada mediante a aplicação de um percentual sobre o valor do salário-de-benefício apurado” SANTOS. M. Direito Previdenciário. São Paulo: Saraiva, 2007. 3. ed. rev. e atual (Coleção sinopses jurídicas), v. 25. p. 127.

previstos para o término do benefício. Contudo, a incapacidade é compreendida como temporária, sendo o benefício concedido enquanto esta perdurar. A Previdência Social estabelece a obrigação de exame médico periódico e participação no programa de reabilitação profissional, o qual não exige período de carência. A cobertura das doenças não se esgota na concessão do AD, mas envolve o acesso a serviços de saúde.

Segundo os art. 62 do PBPS e 79 do RPS:

O segurado em gozo de auxílio-doença, insusceptível de recuperação para sua atividade habitual, deverá submeter-se a processo de reabilitação profissional para o exercício de outra atividade. Não cessará o benefício até que seja dado como habilitado para o desempenho de nova atividade que lhe garanta a subsistência ou, quando considerado não-recuperável, for aposentado por invalidez. (BRASIL, 1999)

Segundo o art. 78 do RPS:

Auxílio-doença cessa pela recuperação da capacidade para o trabalho, pela transformação em aposentadoria por invalidez ou auxílio-acidente de qualquer natureza, neste caso se resultar seqüela que implique redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia. (BRASIL, 1999)

Segundo o art. 77 do RPS:

O segurado em gozo de auxílio-doença está obrigado, independentemente de sua idade e sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se a exame médico a cargo da previdência social, processo de reabilitação profissional por ela prescrito e custeado e tratamento dispensado gratuitamente, exceto o cirúrgico e a transfusão de sangue, que são facultativos. (BRASIL, 1999)

A concessão do benefício nas modalidades previdenciária e acidentária envolve condições objetivas e subjetivas do processo de trabalho. Embora o AD seja um direito objetivo, é subjetivo e condicional, pois depende do critério de incapacidade para o trabalho, avaliado segundo procedimentos médicos. O estado clínico da doença é comprovado por meio de atestados e laudos médicos, acompanhados dos exames que comprovem a doença. Há, pois, uma articulação entre as políticas de previdência e saúde.²¹

O Ministério da Saúde aponta fatores relevantes a serem levados em consideração pela perícia médica do INSS para o acesso aos benefícios: AD previdenciário e acidentário, auxílio-acidente e aposentadoria por invalidez.

²¹ Estes exames envolvem atestado médico, exames de Laboratório, atestado de internação hospitalar, atestados de tratamento ambulatorial, dentre outros que comprovem tratamento médico Administrativamente, são necessários a identificação pessoal e da categoria exercida pelo trabalhador. Para cada categoria de segurado, exigem-se documentos específicos (fonte: página eletrônica do MPS. Acesso: outubro de 2007).

As avaliações dependem: dos médicos peritos do INSS, os quais avaliam a incapacidade laborativa; da compreensão ampliada da relação entre saúde e trabalho; da inserção institucional dos médicos clínicos ou assistentes, responsáveis pelo diagnóstico da doença; médicos do trabalho na empresa e que trabalham com a vigilância em saúde. Estas são funções que deveriam ser articuladas entre si, sobretudo para o diagnóstico de uma doença relacionada ao trabalho (DIAS, 2001).

Segundo o art. 78 do RPS:

O INSS poderá estabelecer, mediante avaliação médico-pericial, o prazo que entender suficiente para a recuperação da capacidade para o trabalho do segurado, dispensada nessa hipótese a realização de nova perícia. Caso o prazo concedido para a recuperação se revele insuficiente, o segurado poderá solicitar a realização de nova perícia médica, na forma estabelecida pelo Ministério da Previdência Social. Documento de concessão do auxílio-doença conterá as informações necessárias para o requerimento da nova avaliação médico-pericial. (BRASIL, 2006) ²²

O afastamento do trabalho para a recuperação da saúde constitui-se em um direito do trabalhador, pois a depender da gravidade da doença, o repouso obrigatório é parte do tratamento, ou pela necessidade de interrupção aos fatores de risco presentes nos ambientes de trabalho. Segundo Dias (2001), quanto ao critério médico de períodos de afastamento:

Não há uma fórmula específica para tal tipo de decisão, que fica a critério do médico que atende ao paciente/trabalhador. A maior dificuldade decorre da falta de critérios objetivos que orientem a conduta do médico, principalmente quando ele não está familiarizado com o ambiente e as condições de trabalho do paciente. (p.55)

Santos (2007) ressalta que um novo procedimento no INSS vem gerando questionamentos no Poder Judiciário: trata-se da “alta médica programada”, em que, já na concessão do auxílio-doença (perícia médica), fica automaticamente programado o termo final do seu pagamento, sem a necessidade de nova perícia.

Para que o AD seja situado como uma ação de promoção da saúde, é necessário considerar a dinâmica entre os segurados e a organização do trabalho, sendo este um dos fatores construtores da saúde. Tal compreensão sustenta-se em Jacques (1999):

A idéia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Promoção, nesse sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha (p.08).

²² Incluído pelo Decreto nº. 5.844 de 2006 no RPS.

Na legislação previdenciária, a aposentadoria por invalidez é concedida quando constatada incapacidade permanente para atividade que garanta a subsistência e quando há impossibilidade de reabilitação. Também se exige o período de carência de 12 contribuições, caso não seja caracterizado acidente de trabalho. Segundo Teixeira (2001):

No que pertine ao auxílio-doença, ainda que não haja delimitação da sua duração máxima, trata-se de um benefício de natureza precária e que não se presta à manutenção permanente. Se a incapacidade persistir e vislumbrando-se que não há qualquer indicação de que será possível a recuperação e a reabilitação do segurado, deverá ocorrer a conversão em aposentadoria por invalidez (no âmbito do INSS, geralmente a última perícia antes da conversão em aposentadoria ocorre ao final de dois anos). (p. 148)

A concessão desta aposentadoria exige uma análise criteriosa dos casos concretos. Segundo Teixeira (2001),²³ os critérios devem ultrapassar a dimensão positivista da lei, ou seja a aplicação pura da lei, em direção à compreensão da aposentadoria como um direito. Este implica em reconhecer que o homem não se reduz ao trabalho ditado pela lógica do mercado e da eficácia produtiva. Nesse sentido, o autor se posiciona contra atuações administrativas de retorno do segurado ao trabalho sem que se leve em conta as suas particularidades.

A atuação da perícia médica do INSS deve se pautar por uma visão complexa e integral da saúde e da realidade, sendo este um desafio que se contrapõe à dimensão técnica predominante na previdência social. Já há instâncias jurídicas, administrativas e no âmbito do INSS que buscam ultrapassar a dimensão positivista da lei e adequá-la à realidade brasileira. A jurisprudência tem atuado no sentido de flexibilização destes conceitos. Os critérios para concessão da aposentadoria por invalidez, atualmente, consideram a idade avançada do segurado, tempo longo de vigência do AD, condições sócio-culturais (sexo, grau de instrução, capacidade intelectual genérica, etc) que tornam improvável uma reabilitação profissional, e oscilação da capacidade para o trabalho (TEIXEIRA, 2001).

O autor coloca também que as avaliações deveriam ser realizadas por meio de uma equipe interdisciplinar formada por médicos, psicólogos e assistentes sociais, dentre outros profissionais. O acesso ao AD e à aposentadoria por invalidez deriva do reconhecimento da seguridade social como direito e dever do Estado. O retorno do segurado ao trabalho deve levar em consideração todas as condições pessoais, econômicas e sociais da realidade social e na perspectiva de ampliação da previdência social como proteção social nas situações de doenças (TEIXEIRA, 2001).

²³ Juiz federal Substituto da 3ª Vara de Execuções Fiscais de Porto Alegre.

2. 2 Particularidades do auxílio-doença acidentário e o nexa causal epidemiológico

O AD acidentário situa-se, ao nível mais amplo, dentre os benefícios cobertos pelo SAT, ou seja, decorrentes da caracterização de um “acidente de trabalho” na previdência social. O SAT envolve tanto o pagamento de indenizações do empregador à previdência social, como o acesso aos seguintes direitos previdenciários: AD acidentário, aposentadoria por invalidez, auxílio-acidente, pensão por morte e serviços: serviço social e reabilitação profissional.²⁴

O SAT não é garantido a todos os segurados, mas limitado às relações de trabalho assalariadas, limitando o princípio da universalidade na Previdência Social. É um direito relevante, pois por meio dele, se reconhece o trabalho como dimensão determinante das doenças e há implicações previdenciárias e legais. Por meio da concessão do AD acidentário, é possível o estabelecimento entre um nexa causal entre as doenças e o trabalho, embora tal distinção previdenciária segmente a compreensão do processo saúde e trabalho, pois este é uma dimensão intrínseca à saúde.

O AD acidentário, quando No PBPS, equipara os conceitos de doença profissional e de doença do trabalho aos acidentes de trabalho, com implicações para a concessão de tipo específico de AD, o acidentário. A concessão desta modalidade de benefício se insere na perspectiva da Saúde do Trabalhador. A CF e a Lei Orgânica da Saúde (LOS) dispõem ser atribuição do SUS as ações voltadas à saúde do trabalhador. Na alçada do MS, por meio da coordenação da política de saúde do trabalhador. Dentre as atividades previstas pelo art. 6º da LOS, estão:

A assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho, a informação ao trabalhador, à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional. (BRASIL, 2001)

A concessão do AD acidentário é regida pelo conceito de acidente de trabalho, válido não somente para tal modalidade de benefício, mas também para a aposentadoria por invalidez, seguro auxílio-acidente, pensão por morte e abono anual. O conceito de acidente de trabalho é estabelecido pelos art. 19 a 23 do PBPS e art. 104 e 336 a 346 do RPS.

Segundo Santos (2007, p. 200):

²⁴ Nota-se que estes são direitos que independem de carência, flexibilizando a lógica do seguro social.

Para se caracterizar um acidente de trabalho, devem estar presentes três requisitos: o evento danoso (infortúnio), as seqüelas incapacitantes ou a morte (conseqüencial) e que o evento lesivo tenha sido ocasionado durante a prestação do labor (nexo causal) (Hermes Arrais Alencar, ob.cit., p.9).

Segundo o art. 19 do PBPS:

Acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade do trabalho. (BRASIL, 1991)

O art. 20 do PBPS dispõe sobre as doenças equiparadas aos acidentes de trabalho:

- I. doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;
- II. doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I.

§ 2º Em caso excepcional, constatando-se que a doença não incluída na relação prevista nos incisos I e II deste artigo resultou das condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, a Previdência Social deve considerá-la acidente do trabalho.

O art. 26, II, se refere à concessão do AD relacionado ao acidente de trabalho:

Independente de carência a concessão das seguintes prestações: I - pensão por morte, auxílio-reclusão, salário-família e auxílio-acidente; II - auxílio-doença e aposentadoria por invalidez nos casos de acidente de qualquer natureza ou causa e de doença profissional ou do trabalho, bem como nos casos de segurado que, após filiar-se ao Regime Geral de Previdência Social, for acometido de alguma das doenças e afecções especificadas em lista elaborada pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Previdência Social a cada três anos, de acordo com os critérios de estigma, deformação, mutilação, deficiência, ou outro fator que lhe confira especificidade e gravidade que mereçam tratamento particularizado, IV - serviço social; V - reabilitação profissional. (BRASIL, 1991)

Na concessão do AD acidentário, há implicações, estabelecidas pela legislação previdenciária, que são relevantes sobre o vínculo empregatício. Vianna (2007) demonstra que nos casos de AD acidentário, não se trata de suspensão, mas somente de interrupção do contrato de trabalho.

Vianna (2007) discute alguns aspectos referentes à diferença entre os AD previdenciário e acidentário:

Cumprе ressaltar, de imediato, que o ordenamento jurídico atualmente vigente não contempla o direito de estabilidade no emprego para trabalhadores que permaneceram afastados das atividades profissionais quando da ocorrência de acidente ou doença **não ocupacional** (grifo nosso). No entanto, é comum a existência de cláusula em convenção coletiva do trabalho trazendo garantia do emprego a estes profissionais, a qual deverá ser obrigatoriamente observada pelas partes contratantes. (...) Já para os afastamentos decorrentes de acidente do trabalho, a legislação previdenciária é expressa em conceder estabilidade provisória no emprego, com duração de um ano a contar do retorno às atividades. (VIANNA, 2007, p. 98)

A legislação previdenciária referida por Vianna (2007) é o art. 118 da Lei de Benefícios (PBPS): “O segurado que sofreu acidente do trabalho tem garantido, pelo prazo mínimo de doze meses, a manutenção do seu contrato de trabalho na empresa, após a cessação do AD acidentário, independentemente de percepção de auxílio-acidente” (BRASIL, 1991).

Esta estabilidade provisória, segundo aquela autora, se deve às especificidades do trabalhador afetado pelo acidente, doença profissional ou relacionada ao trabalho, visto tratar-se de incapacidade que reduz a capacidade laborativa e, muitas vezes, deixando seqüelas. Aponta ainda sentenças judiciais em torno da questão. Tem sido consenso que esta estabilidade se justifica, ademais, por configurarem situações prejudiciais à colocação no mercado:

O art. 118 da Lei nº. 8213/91, ao garantir o benefício da estabilidade aos acidentados, fê-lo para todos eles, condicionando apenas ao fato de ser a incapacidade laborativa superior a quinze dias, de forma a restar o acidente plenamente caracterizado como sendo decorrente do trabalho. No momento em que o legislador utiliza o vocábulo ‘independentemente’, quer dizer que a estabilidade não depende do recebimento do Auxílio-Acidente pelo segurado. Seria incoerente dizer que somente o trabalhador possuidor de seqüelas é que pode ser beneficiado com a estabilidade, pois este, certamente, possui direito à percepção do benefício de auxílio-acidente e o receberá, sempre, da Previdência Social. (VIANNA, 2007, p. 104)

A autora enfatiza que o art. 28 do Decreto n. 99.684/90 determina a obrigatoriedade de depósito na conta vinculada do FGTS nas situações de interrupção do contrato de trabalho prevista em lei, bem como na licença por acidente de trabalho. Salienta também o art. 4º da CLT, de forma que, mesmo que o trabalhador não preste serviços e receba salários, a empresa há de cumprir com as obrigações legais: “Considera-se como de serviço efetivo o período em que o empregado esteja à disposição do empregador, aguardando ou executando ordens, salvo disposição especial expressamente consignada” (BRASIL, 1943).

A caracterização e a distinção de doença profissional e a do trabalho, para efeitos de acidente de trabalho, é feita pela determinação donexo causal, competência exclusiva da perícia médica do INSS. Recentemente, o MPS utiliza-se da lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho para estabelecer o nexocausal. Com efeito, esta lista é anexa ao RPS²⁵. Tais alterações legais modificam as regras de concessão do AD.

O art. 337 do RPS atribui à perícia médica do INSS o estabelecimento do nexocausal para a caracterização do acidente de trabalho. Por meio do Decreto n. 6042/07, há o aperfeiçoamento do nexocausal, por meio da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho pelo MPS. As implicações são sobre a concessão do AD acidentário e sobre a colocação de obrigações para as empresas de correção dos riscos, com efeitos sobre a intensificação das ações de prevenção dos acidentes de trabalho e de vigilância na área da saúde do trabalhador.

A Lei nº 11.430/2006, art. 1º, acrescenta o art. 21-A no PBPS, o qual requereu a ocorrência de nexotécnico epidemiológico, para considerar como caracterizada a natureza acidentária da incapacidade (e conseqüente concessão do AD acidentário).

Segundo o art. 21-A do PBPS:

A perícia médica do INSS considerará caracterizada a natureza acidentária da incapacidade quando constatar ocorrência de nexotécnico epidemiológico entre o trabalho e o agravo, decorrente da relação entre a atividade da empresa e a entidade mórbida motivadora da incapacidade elencada na Classificação Internacional de Doenças - CID, em conformidade com o que dispuser o regulamento. (BRASIL, 2006)²⁶

Dessa forma, a lei nº 11.340/2006 estabeleceu que caso o trabalhador contraia alguma enfermidade que seja estatisticamente relacionada ao seu ramo de atividade, deverá ser feito um reconhecimento do nexotécnico epidemiológico com o trabalho. Entretanto, a lei não anula a exigência de emissão da CAT.

Em casos de acidente de trabalho (compreendo-se também as doenças profissionais e relacionadas ao trabalho) é exigida a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) pela empresa. Caso esta não a emita, pode ser emitida pelo próprio trabalhador e seus dependentes, pelas entidades sindicais, pelo médico assistente ou por autoridades públicas. Ressalta-se a obrigação legal da empresa de emitir a CAT, mesmo que o acidente não tenha gerado afastamento do empregado (DIAS, 2001).

²⁵ A Lei nº 11.430 de 26 de dezembro de 2006, e o Decreto nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007 correspondem às recentes mudanças legais visando a regulamentação e a concretização do nexocausal no INSS.

²⁶ BRASIL. Lei nº 11.430, de 26 de dezembro de 2006. **Presidência da República**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11430.htm>. Acesso em: 07 jan. 2008.

Neste sentido, Barbosa-Branco (2007)²⁷ enfatiza informações aos cidadãos, bem como a competência do INSS para o estabelecimento da relação entre as doenças ocupacionais e o ambiente laboral, cujo diagnóstico envolve a obrigação da empresa em emitir a CAT:

Quando o trabalhador tiver alguma doença que o incapacite para o trabalho, deverá buscar um médico da empresa, do SUS ou particular, para que este profissional emita um atestado médico, caracterizando a incapacidade para o serviço. O trabalhador deverá entregar a licença à empresa, que pode exigir outro exame de um médico ligado à instituição. Em caso de diagnóstico de doença relacionado ao trabalho, a empresa deve emitir a comunicação de acidente de trabalho ao INSS. (BARBOSA-BRANCO, 2007)

Com tais disposições, há um reforço da prerrogativa e atribuição da perícia médica do INSS no tocante ao reconhecimento do direito do segurado ao AD acidentário. O nexos passa a ser orientado pelo conceito de agravo, que integra as doenças equiparadas aos acidentes de trabalho.

Segundo o art. 337 do RPS:

(...) O acidente de trabalho será caracterizado tecnicamente pela perícia médica do INSS, mediante a identificação do nexos entre o trabalho e o agravo. § 3º Considera-se estabelecido o nexos entre o trabalho e o agravo quando se verificar nexos técnico epidemiológico entre a atividade da empresa e a entidade mórbida motivadora da incapacidade, elencada na Classificação Internacional de Doenças (CID) em conformidade com o disposto na Lista B do Anexo II deste Regulamento. § 4º Considera-se agravo a lesão, doença, transtorno de saúde, distúrbio, disfunção ou síndrome de evolução aguda, subaguda ou crônica, de natureza clínica ou subclínica, inclusive morte, independentemente do tempo de latência. (BRASIL, 1999)²⁸

A Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, elaborada pelo MS, foi incorporada ao anexo II do RPS. Desta lista, derivou a lista “B” citada, a qual correlaciona as doenças (agravos) aos ramos de atividades categorizados na Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE). Essa lista, ainda em expansão no tocante às estatísticas profissionais, se refere a alguns dos grupos de diagnósticos na CID-10 constantes na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho. Nela estão indicados intervalos de CID-10 em que se reconhece o nexos técnico epidemiológico entre a entidade mórbida e as classes de CNAE indicadas.

Dentre as doenças que já possuem estatísticas profissionais associadas, está o Grupo V da CID-10 (transtornos mentais e comportamentais) como um conjunto de doenças

²⁷ BARBOSA-BRANCO, A. **Risco do trabalho subestimado**. 2007. Disponível em: <<http://www.unb.br/acs/bcopauta/saude25.htm>>. Acesso em: 15 set. 2007.

²⁸ Sobre este assunto, as alterações legais e parágrafos acrescentados no RPS foram realizadas pelo Decreto nº. 6042, de 12/02/2007.

relacionadas ao trabalho. O item VI deste grupo utiliza o termo “transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool: Alcoolismo Crônico (relacionados ao trabalho)” pelo código F10. 2 da CID-10. A sua relação com o trabalho é estabelecida na categoria “agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional”, por meio dos códigos constantes no capítulo XXI da CID-10: “Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: condições difíceis de trabalho (Z56. 5) e circunstâncias relativas às condições de trabalho (Y96)”.

Seligmann-Silva (2005) aponta a CID-10 como esforço na descrição e sistematização das conseqüências no organismo. Contudo, é reflexo da hegemonia médica e constitui-se como uma fixação de categorias, e nesse sentido, uma relação entre álcool e trabalho não se limita nem a ela, nem aos demais instrumentos utilizados para diagnósticos dos padrões de consumo e exames auxiliares nos serviços de saúde: “As rubricas baseadas nos capítulos da CID-10 nada esclarecem quanto à natureza da causalidade. Isto é, nos casos em que os danos à saúde foram produzidos na situação de trabalho, isto não é revelado pela designação diagnóstica adotada” (p. 1176).

Contudo, o autor afirma que as categorias constantes no capítulo XXI, associadas às rubricas, podem contribuir para o aperfeiçoamento dos registros, que é uma etapa fundamental para a compreensão da dinâmica saúde e trabalho no contexto dos serviços de saúde, serviços médicos das empresas e ações de vigilância em saúde (SELIGMANN-SILVA, 2005). É neste sentido que tal sistematização científica deve se articular aos atendimentos humanizados e integrais da saúde, sobretudo na relação álcool e trabalho.

A concessão do AD permite uma delimitação instrumental e científica do complexo processo saúde/doença e trabalho. A caracterização da relação trabalho/ doença, intrínseca à concessão do benefício, tem implicações sobre a qualidade e eficácia dos tratamentos e para os direitos legais do trabalhador. Estas garantias legais se referem à concessão do AD acidentário, quanto ao direito do retorno ao trabalho e responsabilização do empregador pelos riscos à saúde do trabalhador.

3 O consumo indevido do álcool como um problema de Saúde Pública

As transformações atuais na sociedade salarial são caracterizadas por uma remoção das proteções sociais, sendo este um fator causador da desafiliação social juntamente com os fenômenos de flexibilidade do trabalho, perda do seu sentido e desemprego. Neste contexto, os problemas relacionados ao consumo do álcool é uma das expressões mais radicais do fenômeno das desigualdades sociais na sociedade atual (NASCIMENTO; JUSTO, 2003).

Acomete pessoas de várias idades e de todas as classes sociais, embora possa ser associado com várias características como etnia, idade, ocupação, grau de instrução e estado civil. É também uma questão de gênero, pois a dependência do álcool é maior entre os homens que nas mulheres (ACPR; M, 2002). Os problemas relacionados ao consumo do álcool devem ser compreendidos como um fenômeno multifatorial, pois envolve as propriedades farmacológicas específicas da substância psicoativa, as características biológicas e de personalidade dos indivíduos e o contexto social e cultural em que se realiza o encontro do sujeito com o consumo da substância.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os problemas relacionados ao consumo de álcool são, atualmente, um dos dez principais problemas de saúde pública, causando danos ao nível individual e coletivo. Segundo o órgão, em 2000 o álcool representou 4% da carga global das doenças, ao lado do tabaco (4,1%), enquanto as drogas ilícitas representaram 0,8% das doenças. Nos países em desenvolvimento com baixa mortalidade, como o Brasil, o peso global do álcool para a saúde correspondeu a 6, 2%. Já nos países desenvolvidos, este índice subiu para 9,2%, ao lado do tabaco com 12, 2%, em 2000.²⁹

O uso nocivo de álcool é um padrão de consumo que não guarda relação específica com a quantidade e a frequência do consumo, mas caracteriza-se por problemas nas esferas pessoal e social. Atinge aproximadamente 20% da população geral, e relaciona-se à metade dos acidentes automobilísticos fatais (LARANJEIRA, 2000), além de constituir um nível de intoxicação que resulta nos danos de acidentes de trabalho (VAISSMAN, 2004). Em 2002, o consumo abusivo do álcool foi responsável por 4% da carga global das doenças e 3, 2% das

²⁹ Esses valores foram calculados a partir do indicador de saúde *Disability Adjusted Life Years* (DALY) por 1.000 habitantes. Referem-se ao percentual de anos perdidos em função de doenças ou mortalidade precoce. LARANJEIRA, R.; DUALIBI, S. Políticas Públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 41, n. 5, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102007000500019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 mar. 2008.

mortes prematuras mundiais, o que equivale a 58.3 milhões de anos perdidos decorrentes de inaptidão e 1.8 milhões de mortes (LARANJEIRA; DUAILIBI, 2007).

Embora seja relevante a relação entre problemas relacionados ao consumo de álcool e a dependência, estudos mostram que há uma relação direta entre a intoxicação ocasional e danos, demonstrando que o consumo indevido do álcool sofre grande influência do contexto físico e social (LARANJEIRA; ROMANO, 2004). A intoxicação alcoólica é caracterizada pelo consumo em quantidades acima do tolerado pelo organismo e os sintomas têm relação direta com a concentração de álcool no sangue (ACPR; M, 2002).³⁰ Estudos populacionais indicam que há maiores riscos de problemas decorrentes de episódios de intoxicação entre os que bebem de forma menos freqüente que aqueles que o fazem com maior freqüência. Neste contexto, os adolescentes e adultos jovens têm maior risco de sofrer acidentes de trânsito, violências e rompimentos familiares, antecipando graves riscos à saúde (LARANJEIRA; DUAILIBI, 2007).

Quanto à síndrome de dependência do álcool (SDA), esta é caracterizada pelo consumo crônico de álcool: “O beber contínuo pode resultar em dependência, que uma vez instalada, prejudica a habilidade pessoal de controlar a freqüência e quantidade da bebida consumida” (LARANJEIRA; DUAILIBI, p. 841, 2007). É um transtorno que se instala ao longo da vida e corresponde a uma distinção clínica entre graus variáveis de riscos e problemas relacionados ao consumo do álcool. Associa-se a um nível crescente de problemas, sendo que as formas menos graves acometem amplamente a população (LARANJEIRA, 2004), de forma que seu tratamento requer cuidados especiais e integrais, envolvendo um efetivo suporte social (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

Segundo o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, a SDA acometia 11, 2% dos brasileiros nas 107 maiores cidades do país. Já no segundo levantamento realizado em 2005, o consumo da substância demonstrou ser crescente em faixas etárias cada vez mais precoces e 12,3% das pessoas entre 12 e 65 anos apresentavam risco para a dependência do álcool.

É neste sentido que a investigação do padrão de consumo de álcool é um aspecto relevante para os tratamentos nos serviços de saúde, pois “além de identificar os níveis de gravidade, permite a observação de rituais de uso e auxilia no estabelecimento de estratégias de mudanças” (ACPR; M, 2002, p.37). Os danos dependem do padrão de consumo de cada

³⁰ Os sinais iniciais são de euforia leve, podendo originar tonturas, ataxia e incoordenação motora, desorientação confusão e comprometimento dos reflexos. Uma intoxicação aguda pode levar ao coma e morte (ACPR; M, 2002).

pessoa, caracterizado pela frequência com que se bebe, pela quantidade por episódio, pelo tempo entre os episódios de consumo e pelo contexto em que se bebe (LARANJEIRA, 2004).

Quanto às complicações clínicas da SDA, alguns elementos relevantes são: a síndrome de abstinência do álcool (SAA), que se constitui em um quadro de desconforto físico e/ou psíquico quando há a diminuição ou suspensão do consumo etílico; ³¹ o aumento da tolerância ao álcool (necessidade de doses mais altas para adquirir os mesmos efeitos ou diminuição dos efeitos do álcool com as doses anteriormente tomadas); a priorização do ato de beber em detrimento de outros valores como saúde, família ou trabalho; consumo compulsivo independente dos danos orgânicos, sociais ou psicológicos; alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo aumento da ingestão de bebida; reinstalação do padrão antigo de dependência após longos períodos de abstinência. Embora seus critérios diagnósticos sejam bem estudados, a SDA constitui-se em um grave problema de saúde pública, de forma que a realização de tratamentos especializados e o diagnóstico de casos iniciais constitui-se em um desafio aos profissionais (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

O uso nocivo do álcool e a dependência são problemas relacionados ao consumo do álcool refletidos nos altos gastos na saúde: entre 2002 e junho de 2006, os gastos públicos do SUS com tratamento de dependentes de álcool e outras drogas em unidades extra-hospitalares, como nos Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS-ad), corresponderam a R\$ 36.887.442,95. Outros R\$ 4.317.251,59 foram gastos em tratamento hospitalar decorrente de internações relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Destaca-se que estes números não incluem as doenças e problemas decorrentes do consumo destas substâncias, que somadas aos custos sociais, diretos e indiretos do consumo nocivo de bebidas alcoólicas somam 6% do PIB, segundo estudos internacionais. ³²

Laranjeira (2000) faz notar que, no Brasil, há ausência de políticas eficazes de regulação do álcool, bem como do tema na agenda pública. Há também um baixo nível de conscientização da população quanto aos seus danos. Este é um fator relevante para que o consumo indevido seja um relevante problema de saúde pública. A regulação do álcool constitui-se em desafio, pois como produto econômico, envolve processos políticos

³¹ A SAA é resultante de um processo neurológico de adaptação do sistema nervoso central e caracteriza-se por uma diversidade de sintomas que aparecem de 24 a 36 horas depois de prolongados períodos de consumo do álcool, com redução do consumo ou abstinência total da substância. É diagnosticada na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e pode variar de um quadro psíquico até quadros mais graves, com crises convulsivas e *delirium*. Alguns sinais e sintomas são: náuseas, e vômitos, tremores, agitação, ansiedade, alterações de humor, de senso e percepção, hiperatividade psicomotora (ACPR; M, 2002).

³² Ministério da Saúde. Governo lança Política Nacional sobre Bebidas Alcoólicas Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=30556. Acesso em: 28/03/07.

atravessados por interesses, valores e ideologias conflitantes. Constitui um mercado que movimenta grande quantidade de dinheiro na indústria de bebidas e publicidade, sobre o qual não há adequada fiscalização dos pontos de venda e restrições legais ao uso (NIEL; JULIÃO, 2006).

Outro fator relevante se refere ao superdimensionamento dos efeitos benéficos das bebidas alcoólicas (SELIGMANN-SILVA, 2005). O consumo de álcool é um comportamento enraizado na cultura brasileira, o que se deve tanto às suas propriedades farmacológicas³³, quanto aos significados para a sociabilidade. Associa-se à virilidade e ao saber popular, que atribui ao álcool efeitos anti-sépticos e de cura de doenças. Além dos efeitos anestésicos reais, há um valor simbólico atribuído das bebidas alcoólicas no trabalho.

O consumo aceitável do álcool é estabelecido pela sociedade em contextos especiais, os quais sofrem influências de orientações culturais articulados aos sistemas de estruturação social. É neste contexto que surgem conceitos relacionados à dependência do álcool, como: alcoólatra, embriaguez, bêbado e alcoolismo (NEVES, 2004). “Em várias sociedades, não é o álcool que é condenado, mas o comportamento dos indivíduos. Em consequência, há uma recorrente valorização do homem que sabe beber sem se alcoolizar e sem interferir no desempenho de papéis a ele atribuídos” (p. 9).

No que se refere ao comportamento da sociedade diante da dependência do álcool, predominam estigmas, desprezo, ausência de informações científicas sobre a doença e adoção de medidas controversas nos ambientes de trabalho no sentido de ignorar problemas (DONATO; ZEITOUNE, 2006): “É esta dualidade - historicamente construída e que faz das mesmas simultaneamente um bem e um mal - que precisa ser levada em conta ao analisar a questão do uso das bebidas alcoólicas por aqueles que trabalham” (SELIGMANN-SILVA, 2005, p. 1171).

É nesse sentido que as políticas públicas tornam-se relevante pela capacidade em promover uma redução dos danos e maior conscientização dos riscos. Estas podem ser de alocação e de regulação. As políticas que partem da compreensão da dinâmica social e cultural buscam reduzir os danos e por envolver a dimensão da promoção à saúde, são mais eficazes. Nestas, distinguem-se as funções de regulação e alocação (LARANJEIRA, 2000). As políticas de regulação atuam indiretamente sobre os comportamentos dos indivíduos, por

³³ O álcool atua como depressor de ações sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), e seus efeitos dependem de sua concentração no sangue, levando ao relaxamento e sedação do organismo. Afeta diversas partes do cérebro, como a respiração, a memória, o julgamento e os movimentos. As propriedades farmacológicas se associam às funções: calmante, euforizante, relaxante, indutora do sono e anestésica. Seligmann-Silva, E. **Psicopatologia e Saúde Mental no Trabalho**. In: MENDES, R. Patologia do Trabalho. Rio de Janeiro: ATHENEU, 2005.

meio da modificação da oferta de bebidas alcoólicas. Envolvem, p.ex., as intervenções de taxação dos preços, regulação governamental das propagandas e de auto-regulamentação da indústria.³⁴

Já as políticas de alocação geram recursos direcionados a grupos específicos, para atingir objetivos de interesse público. Intervêm diretamente sobre os problemas relacionados ao consumo de álcool, por meio dos tratamentos, que atuam também na dimensão da prevenção. É nessa perspectiva que se insere a abordagem de redução dos danos.

Segundo Marlatt (1999, p. 60), a abordagem de redução dos danos admite que seja possível um consumo moderado com liberdade e autonomia: “a redução de danos amplia a disponibilidade dos serviços de tratamento e a prevenção, diminuindo as exigências para o ingresso nesses serviços. Os danos também podem ser reduzidos ensinando-se habilidades, modificando-se o ambiente e promovendo políticas para reduzir os riscos da bebida” (1999, p. 60).

Partindo do reconhecimento de que o consumo abusivo de álcool atinge aproximadamente 10% da população, o MS lançou a Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas em 2004, pautada na redução dos danos. Os serviços de saúde passam a conjugar a prevenção e a educação ao tratamento, permitindo o diagnóstico e o tratamento precoces da SDA. Valorizam-se também os mecanismos extra-hospitalares, como os CAPS-ad, cabendo ao sistema de saúde fornecer maior atenção aos sujeitos que realizam consumo nocivo do álcool.

Segundo o MS (2004), a abordagem de redução de danos reconhece cada usuário em suas singularidades, construindo com ele as possibilidades, escolhas e estratégias voltadas não apenas para a abstinência como único objetivo a ser alcançado, mas pela defesa da vida. É neste contexto que se colocam as potencialidades do tratamento no fortalecimento da autonomia do sujeito em tratamento, do vínculo profissional e da construção de redes de suporte social, para que a redução de danos se concretize como um caminho de enfrentamento dos danos causados pelo consumo de substâncias psicoativas.

³⁴ Jernigan, D., et al. **Álcool, Legislação e Políticas Públicas**. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/categoria.html?FhIdCategoria=6abe561ae98183771463bd986b926789>>. Acesso em: 22 de fev. 2008.

3. 1. Saúde Mental e Trabalho: uma abordagem sobre a síndrome de dependência do álcool

Dentro de uma perspectiva histórica, o surgimento dos modelos teóricos e científicos sobre a relação entre saúde e trabalho se deu no contexto de luta dos trabalhadores de maior conscientização sanitária. Passaram a reivindicar não somente compensações monetárias dos agravos, mas a eliminação dos agentes nocivos e rigoroso controle das condições adversas do trabalho. Contudo, “uma outra dimensão do trabalho - a sua forma de organização - permanecia intocada, como se carecendo de visibilidade histórica” (SOUZA, 1992, p. 66).

Esta é uma dimensão que vem sendo explorada no âmbito das atuais transformações no mundo do trabalho e de ampliação das lutas pela saúde. Assim, o campo da sua saúde vem se firmando dentro das políticas sociais para resgatá-la como uma dimensão intrínseca ao trabalho no capitalismo. Nesta perspectiva, os trabalhadores são sujeitos ativos da construção de estratégias, no interior do processo de trabalho.

Seligmann-Silva (1995) ressalta as relações entre as atuais mudanças na organização do trabalho e sua tradução no sofrimento psíquico dos trabalhadores. Os reflexos sócio-políticos das transformações econômicas se associam às transformações organizacionais, gerando pressões sobre os trabalhadores, de forma a alterar a sociabilidade e, sobretudo, o *sentido do trabalho* (ANTUNES, 1999 apud SELIGMANN-SILVA, 2005, p. 1147).

O autor enfatiza o fenômeno da flexibilidade, caracterizada por uma desregulamentação das relações de trabalho com traduções negativas na subjetividade dos trabalhadores. Esta flexibilidade se refere às mudanças nos tipos de contratação (terceirização, contratos temporários e trabalho parcial em função das demandas); à sobrecarga no trabalho devido às novas funções exigidas do trabalhador nas empresas; ao afrouxamento dos vínculos contratuais (caracterizados, no Brasil, pelo trabalho informal). Deste modo, a instabilidade nos postos de trabalho se configura em sofrimento psíquico para os trabalhadores.

O autor se refere também ao controle exercido pelas empresas sobre o tempo livre do trabalhador e pelas novas formas de controle, advindas do taylorismo. A flexibilização do tempo implica em o trabalhador estar em permanente sobreaviso, o que prejudica a liberdade e a convivência familiar, gerando frustrações. Dentro das organizações, os métodos de controle estão disfarçados em formas de avaliar e incentivar o trabalho, podendo gerar o senso de submissão a constante vigilância, o que pode gerar clima persecutório (SELIGMANN-SILVA, 2005).

É nesse sentido que se situam os estudos em uma nova ótica da relação entre saúde e trabalho, que investigam as conseqüências e os efeitos das condições e organização do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores. Os efeitos produzidos sobre o corpo passam primeiro sobre o aparelho psíquico dos trabalhadores, que se adapta às novas demandas e exigências colocadas pela lógica da produção. Destacam-se dois paradigmas teóricos: o do Estresse Psicossocial e da Psicopatologia do Trabalho (SOUZA, 1992).

No modelo do Estresse Psicossocial, o estresse é compreendido como um estado dinâmico desencadeado por situações críticas de valor adaptativo, mobilizando várias partes do organismo para atingir o equilíbrio com o ambiente. Dentre os limites desta abordagem, está a imprecisão na definição das patologias, pois além de aspectos físicos, fatores psicossociais podem dar origem às doenças, gerando reações diferenciadas nos indivíduos.

Já o modelo da psicopatologia do trabalho considera as complexas interações entre os aspectos psicossociais e o surgimento de patologias. Este modelo, derivado de estudos da *psicodinâmica do trabalho* desenvolvidos por Dejours, é o que mais se aproxima de uma compreensão do SDA como um fenômeno social. Nesta perspectiva, o trabalho é compreendido como fator determinante da SDA.

O campo da saúde do trabalhador incorporou estudos da psicodinâmica do trabalho buscando compreender como as mudanças nos seus processos contemplam a relação saúde-trabalho. A questão central da relação saúde mental e trabalho se refere ao “sentido” das atividades para o trabalhador. A partir da *psicodinâmica do trabalho*, busca-se compreender as experiências e vivências dos trabalhadores nas situações cotidianas do trabalho e suas influências sobre os processos de adoecimento.

Para Dejours (1992), o trabalho possui centralidade para a construção da saúde mental dos indivíduos enquanto seres sociais inseridos na conjuntura capitalista. A saúde é um processo dinâmico construído na organização do trabalho:

Ao inserir-se em um processo de trabalho, o individuo estabelece uma interação constante entre o seu programa psicobiológico e as cargas de trabalho derivadas da materialidade tecnológica e das formas de organização e gestão do trabalho, com seus diferentes graus de impactos físico e mental. (SOUZA, 1992, p. 69)

Karam (2003) enfatiza a dimensão subjetiva da relação álcool/trabalho e destaca que a alcoolização, enquanto fenômeno específico de determinadas ocupações de trabalho, é muitas vezes banalizado. Compartilha que Dejours (1992) reconhece que a *alcoolização* constitui-se em estratégia coletiva de defesa psicológica contra os riscos à integridade corporal do trabalhador, que geram tensões psíquicas particulares. Neste contexto, a SDA deriva de

comportamentos entre os trabalhadores como forma de superar o sofrimento mental advindo da organização do trabalho.

Segundo Dejours (1992), o sofrimento físico e mental dos trabalhadores é estreitamente relacionado com as condições sociais de subemprego e precarização do trabalho. Nestas situações, o trabalho constitui-se em lugar central para a sobrevivência humana, constituindo-se no avesso da doença. Dejours traz o conceito de ideologia da vergonha. Esta tem uma função defesa, na medida em que tenta encobrir a doença e fazer suportar condições desfavoráveis de trabalho.

A ideologia da vergonha consiste em manter à distância o risco de afastamento do corpo ao trabalho, e conseqüentemente, à miséria, à subalimentação e à morte. Pode-se perguntar o que aconteceria se essa ideologia defensiva viesse a fracassar. De coletiva, a ansiedade relativa à sobrevivência transformar-se-ia em problema individual (...). O alcoolismo é uma saída individual e gravemente condenada pelo grupo social. O alcoolismo nesta situação corresponde a uma fuga em direção a uma decadência mais rápida e a um destino mental e somático particularmente grave. (DEJOURS, 1990, p. 34)

Dejours explica que a dependência do álcool não deriva completamente das pressões psíquicas do trabalho, mas de falhas existentes no indivíduo contra a angústia e o sofrimento. Contudo, em situações de trabalho específicas, o consumo de álcool é elevado ao *status* de defesa coletiva, para combater o sofrimento inerente às características da profissão (CASTRO, 2002).

Seligmann-Silva (2005) explicita que as funções farmacológicas do álcool (calmante, euforizante, estimulante, relaxante, indutora de sono e anestésica) integram as estratégias dos trabalhadores em determinadas ocupações, caracterizadas como de risco mental, devido às situações penosas e humilhantes de trabalho, e sem perspectiva de carreira. Desta forma, as estratégias coletivas de defesa envolvem o consumo coletivo de álcool como reação à organização do trabalho, enquanto forma de integração dos grupos de determinadas ocupações profissionais e de viabilização do próprio trabalho. Neste contexto, problematizam-se os problemas relacionados ao consumo do álcool.

Em revisão de literatura, Vaissman (2004) aponta os principais problemas ocupacionais decorrentes do consumo do álcool: absenteísmos, ausências no período e queda na produtividade da jornada de trabalho, queda da qualidade, mudanças nos hábitos pessoais e relacionamento ruim com os colegas. Assim, a autora aponta que se corre o risco de se desconsiderar as múltiplas causalidades e ações das transformações do trabalho sobre o trabalhador.

Pesquisas referenciadas por Seligmann-Silva (2005) e Vaissman (2004) apontam que o consumo de álcool se associa: a profissões socialmente desprestigiadas e determinantes de certa rejeição; trabalhos perigosos com elevados níveis de tensão; atividades que envolvem grande densidade de atividade mental; trabalhos monótonos com isolamento de convívio humano e atividades que envolvem prolongamento afastado do lar.

Segundo Seligmann-Silva (2005), são relevantes as relações de poder nas estruturas hierárquicas das organizações. Os aspectos que interferem na saúde mental do trabalhador são identificados a partir do modelo de empregado concebido pelas empresas. Este corresponde à missão da empresa e sua forma de gestão e estrutura hierárquica, pelos quais é concebida a empresa. Associado a isto, há várias concepções de saúde na empresa, que norteia as ações dos empregadores.

Quando o trabalhador não encontra sentido em sua atividade, são muitas as repercussões negativas sobre a subjetividade e a singularidade de suas expressões no trabalho. O espaço da subjetividade tende a ser invisível no cotidiano do trabalho. Quando ganha visibilidade, é tradicionalmente associado às alterações comportamentais clássicas da Psiquiatria e correspondem, sobretudo, à perda de capacidade laborativa. Pois ao nível da organização das empresas, a idéia de “distúrbio mental” está associada às incapacidades laborativas, embora muitos transtornos psiquiátricos se desenvolvam de forma gradual (SELIGMANN-SILVA, 2005).

As alterações mentais podem ser vistas pelo empregador sob duas perspectivas: a de necessidade de atenção médica e a de imposição de demissão. Na primeira, é vista como alteração da saúde, e no caso de demissão, é atribuída ao trabalhador a responsabilidade por prejuízos no seu desempenho. As especificidades que contribuem para a “invisibilidade” dos distúrbios psíquicos podem ser associadas aos problemas decorrentes do uso abusivo ou dependência do álcool, os quais têm grandes implicações para a produção: “incidentes ou acidentes de trabalho, falhas de desempenho, absenteísmo, conflitos interpessoais no trabalho, acidentes de trajeto, conflitos familiares, envolvimento em outros conflitos extratrabalho” (SELIGMANN-SILVA, 2005, p. 1149).

Assunção (2003) indica que o estudo das relações entre saúde e trabalho deve ultrapassar a análise isolada dos diagnósticos médicos guiados pela CID-10, situando-as no contexto mais amplo das transformações econômicas e produtivas da organização do trabalho. A ampliação da compreensão dos fatores intrínsecos às relações de trabalho, pelas equipes de saúde, se torna relevante diante da sua complexa relação com o consumo de álcool. Esta questão reclama um olhar integrado.

Esta abordagem, conjugada a outras análises em uma perspectiva multifatorial, amplia a compreensão sobre a questão. A abordagem cognitivo-comportamental de tratamento considera fatores interpessoais (relações sociais e familiares, relações de trabalho e suporte social) e fatores intrapessoais (expectativas, pensamentos, crenças) no estabelecimento de mudanças no comportamento de consumo do álcool, compreendido como uma experiência aprendida e adquirida ao longo do tempo. O tratamento visa o treino de habilidades sociais, a reestruturação cognitiva para o enfrentamento das situações relacionadas ao beber, e a evitar as situações de risco (CASTRO, 2002).

Karam (2004) enfatiza a obra de Vaissman (2004), ao problematizar a relação álcool/trabalho: esta não é de causa-efeito, mas um processo dinâmico e contraditório. Vaissman discute o trabalho como *locus* de prevenção e tratamento da SDA, constituindo-se, por vezes, em fator de risco e por outras, como um fator de proteção. Neste contexto, a prevenção dos problemas relacionados ao consumo de álcool nas organizações e as abordagens ambulatoriais são conjugadas às abordagens farmacológicas, sendo o trabalho um significativo operador da saúde mental (KARAM, 2004).

Seligman-Silva (2005) mostra a necessidade de repensar a gestão dos programas de prevenção da SDA. O autor evidencia que os programas de prevenção com resultados positivos são aqueles que identificaram, nas situações de trabalho, os aspectos organizacionais e ambientais atinentes aos “riscos” de consumo indevido do álcool, buscando ações para alterá-las.

Demonstra-se que o trabalho não é uma dimensão somente atingida pelo consumo indevido do álcool, mas também conformadora dos problemas relacionados. Karam (2003) propõe um novo desafio aos programas de tratamento, que não devem ser focados somente nos aspectos fisiológicos dos problemas relacionados ao consumo do álcool e abordagens tradicionais:

Mas, mais do que apenas uma entre as várias possíveis estratégias coletivas de defesa, esta alcoolização específica (...) revelou-se em uma verdadeira ideologia da resistência (DEJOURS, 1997) imposta aos indivíduos, encerrando uma dramaturgia ainda pouco estudada e incapaz de ser “tratada” através dos modelos clássicos de prevenção do uso abusivo de álcool e outras drogas - modelos limitados à esfera doméstica do problema, (...), que não levam em conta a dimensão política em seu sentido pleno. (KARAM, 2003, p. 469)

3. 2 O auxílio-doença no contexto de incapacidade devida à síndrome de dependência do álcool

A previdência social situa-se como relevante intervenção pública de cobertura das doenças como uma incapacidade para o trabalho, e é nesse sentido que tais questões só são possíveis de concretização. O reconhecimento oficial da SDA como doença envolve sua compreensão como um problema de saúde pública que exige ações preventivas, curativas e integralizadas.

Como evidenciado, a legislação previdenciária possibilita o reconhecimento do trabalho como um fator de risco da SDA em determinadas ocupações profissionais, com base nonexo epidemiológico. Este é estabelecido pelo reconhecimento, tanto da SDA como um diagnóstico constante na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, quanto da alta prevalência de casos em determinado local de trabalho. O aperfeiçoamento periódico dessa lista é um relevante avanço conceitual. Nesta, explicita-se as profissões que epidemiologicamente apresentam maior incidência de SDA.

As recentes mudanças na legislação previdenciária em favor do estabelecimento do nexocausal epidemiológico trazem novas reflexões sobre o reconhecimento dos agravos das transformações do trabalho sobre a saúde mental dos trabalhadores. Contudo, este processo de reconhecimento de doenças relacionadas ao trabalho não é automático, posto que envolve esforços de toda a sociedade, sendo atores centrais as empresas e os sindicatos. Segundo Glina et al (2001):

O espectro da inter-relação saúde mental e trabalho abrange, portanto, do mal-estar ao quadro psiquiátrico, incluindo o sofrimento mental. Para Dejours et al. (1984) o sofrimento mental, pode ser concebido como a experiência subjetiva intermediária entre doença mental descompensada e o conforto (ou bem estar) psíquico. A não caracterização do papel do trabalho como agravante ou desencadeante de distúrbios psíquicos ocasiona prejuízos não só à qualidade e à eficácia do tratamento, como aos direitos legais do trabalhador, que deixa de usufruir benefícios previdenciários aos quais eventualmente tenha direito. (GLINA, 2001, p. 608)

As implicações do reconhecimento do nexo epidemiológico podem ser identificadas por Seligmann-Siva (2005, p. 1178):

A prevalência elevada em um local de trabalho, (...), sempre deve ser avaliada em seu significado como indicador da existência de riscos mentais

na situação em foco. As ações preventivas desencadeadas a partir dessas constatações poderão ser de grande eficácia, no interesse da saúde dos empregados, tanto na evitação de distúrbios psíquicos quanto de acidentes e absenteísmo, bem como na promoção da qualidade de vida no trabalho.

Segundo Dias (2001, p. 175):

uma frequência maior de casos (individuais) de alcoolismo tem sido observada especialmente nas ocupações que se caracterizam por ser socialmente desprestigiadas e mesmo determinantes de certa rejeição; atividades em que a tensão é constante e elevada (...), de trabalho monótono, que gera tédio, trabalhos em que a pessoa trabalha em isolamento do convívio humano (vigias).

A legislação previdenciária estabelece também que a concessão do AD previdenciário, do auxílio-acidente³⁵ e da aposentadoria por invalidez, encontram-se em ordem crescente de comprometimento da capacidade para o exercício das funções no trabalho, correspondentes à incapacidade laborativa temporária, seqüela definitiva compatível com a reabilitação ao trabalho e incapacidade total sem possibilidade de reabilitação, respectivamente.

No tocante ao AD previdenciário, sua concessão implica no reconhecimento da SDA como doença incapacitante, mas deve ultrapassá-lo. A constatação do nexó técnico epidemiológico tem implicações não somente para a concessão desse benefício, mas também para ampliar as ações de saúde preventivas, de reconstrução da auto-estima e de desenvolvimento profissional nos ambientes de trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2005).

Dados do INSS sobre a concessão do AD e de aposentadoria por invalidez mostram que os transtornos mentais³⁶, com destaque para a SDA, ocupam o terceiro lugar dessas ocorrências (MEDINA, 1986 apud DIAS, 2001). A mesma demonstra ser uma tendência de anos no INSS, o qual registra que, dentre os transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho, o alcoolismo correspondeu ao terceiro lugar tanto entre as causas de ocorrência de incapacidade para o trabalho superior a 15 dias e quanto a aposentadorias por invalidez (MEDINA, 1986 apud BRASIL, 2001).

Em 1993, a OMS aponta que o alcoolismo era a quarta doença mais incapacitante no mundo, e Vaissman (2004) explicita:

³⁵ “A contingência coberta pelo auxílio-acidente é a incapacidade total e temporária para o exercício das atividades habituais, mas que é passível de recuperação. O auxílio-acidente indeniza o segurado prejudicado em razão da redução de sua capacidade laborativa em relação às atividades exercidas quando ocorreu o acidente”. SANTOS, M. f. dos. **Direito Previdenciário**. 3 ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2007. p. 196.

³⁶Correspondentes ao grupo V da CID-10 (última versão da Classificação Internacional de Doenças).

No Brasil, a Associação dos Estudos do Álcool e Outras Drogas estimou que o alcoolismo era o terceiro motivo para o absentismo no trabalho e a causa mais freqüente de aposentadorias precoces e acidentes de trabalho, e a oitava causa para a concessão de auxílio-doença pela Previdência Social. (VAISSMAN, 2004, p. 19)

Barbosa-Branco (2006), em pesquisa realizada em parceria com o INSS referente à concessão do AD no ano de 2002, evidenciou que 48,8% desta modalidade de benefício foi concedida em decorrência de problemas de saúde mental. Considerando-se a totalidade dos benefícios sem restrição por doenças, a pesquisadora aponta que 99% deles estavam na categoria de AD previdenciário (categoria E31), sendo insignificante o percentual de doenças equiparadas a acidentes de trabalho (categoria E91).³⁷

Em continuidade à pesquisa sobre a base de dados estatísticos do INSS, Barbosa-Branco demonstra que os transtornos mentais e do comportamento constitui-se a principal categoria geradora do AD em 2004. Nesse ano, a SDA foi a terceira maior causa de concessão da modalidade E31 (AD previdenciário), correspondendo a 7.078 dos 103.393 benefícios concedidos. A tabela 1 a seguir demonstra as principais categorias profissionais, de acordo com a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), com o diagnóstico de F10.2.³⁸

³⁷ BARBOSA-BRANCO, A. **O trabalho e a mente**. 2006. Disponível em: < <http://www.unb.br/acs/bcopauta/saude5.htm> > . Acesso em: 15 set. 2007.

³⁸ BARBOSA BRANCO, A. Fase de Elaboração. Dados fornecidos por pesquisa realizada pelo Laboratório de Saúde do Trabalhador, vinculado ao Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Tabela 1 - Setores de atividades conforme Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) com maior incidência do benefício E31 devido a transtornos mentais e comportamentais relacionados ao consumo de álcool (TMC/RCS) - 2004

Códigos	Identificação do ramo de atividade	Incidência por 10.000 vínculos (1)
41	Setor de captação e tratamento de água	24,61
37	Reciclagem	9,87
29	Fabricação de máquinas e equipamentos	9,82
28	Fabricação de produtos de metal	9,62
34	Fabricação e montagem de veículos automotores	9,28
40	Eletricidade e água quente	8,63
63	Atividades anexas e auxiliares de transporte (transporte aquaviário)	8,39
60	Transporte terrestre	7,87
Média geral de todas as categorias profissionais		4,41

Fonte: Banco de Dados do INSS

Nota: BARBOSA BRANCO, A. Fase de Elaboração. Dados fornecidos por pesquisa realizada pelo Laboratório de Saúde do Trabalhador, vinculado ao Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

(1) A incidência por cada 10.000 vínculos corresponde à padronização adotada pelo INSS para o estabelecimento de uma proporção.

A alta incidência da síndrome de dependência do álcool na modalidade previdenciária demonstra que a questão deixa de ser um reconhecimento apenas moral e de estigma, para se tornar uma questão de saúde pública. Mas os dados demonstram que é restrita a concessão do AD acidentário devido à DAS. Embora seja um fenômeno social que atinge cada vez mais as relações de trabalho, ainda não se concretizou na previdência social o seu reconhecimento como uma doença relacionada ao trabalho.

Quando os atores envolvidos no processo de concessão de benefícios previdenciários desprezam o papel dos processos de trabalho para influenciar ou agravar a SDA, o trabalho reproduz-se como um fator de sofrimento e de insatisfação. A consequência também envolve a atuação das equipes de saúde sobre a SDA, visto que a identificação das situações de risco proporciona intervenções preventivas.

No âmbito das políticas de saúde do trabalhador, o AD se situa na perspectiva de promoção da saúde e da cidadania. A gestão e o desenvolvimento das estratégias de prevenção devem envolver a participação dos trabalhadores, sobretudo no que se refere à suspeita ou confirmação da relação da SDA com o trabalho. O MS sistematiza os procedimentos adotados após a concessão do AD acidentário:

Informar ao trabalhador; examinar os expostos, visando a identificar outros casos; notificar o caso aos sistemas de informação em saúde, por meio dos instrumentos próprios, à Delegacia Regional do Trabalho/Ministério do Trabalho e Emprego (DRT/MTE) e ao sindicato da categoria; providenciar a emissão da CAT, caso o trabalhador seja segurado pelo SAT da Previdência Social, e orientar o empregador para que adote os recursos técnicos e gerenciais adequados para eliminação o controle dos fatores de risco. (DIAS, 2001, p.177)

A proteção da saúde do trabalhador não se limita à concessão do AD, seja qual for a modalidade. Mas o estabelecimento do nexu epidemiológico coloca novas demandas à perícia médica do INSS e aos profissionais de saúde. Os dados estatísticos disponíveis não demonstram o hábito de concessão do AD acidentário na SDA, e dessa forma, estes desafios valem, sobretudo, para o reconhecimento do trabalho como um fator de risco.

É necessário fortalecer as políticas de atenção à saúde do trabalhador não só no âmbito da previdência social, mas nas redes públicas, dos serviços especializados de saúde, empresas e nos serviços especializados de Segurança e Medicina do Trabalho e organização política dos trabalhadores (como os sindicatos). Tais ações aperfeiçoarão o perfil epidemiológico das categorias ocupacionais, permitindo melhor compreensão entre o consumo de álcool e o trabalho.

4 Apresentação do Programa de Atendimento ao Alcoolismo (PAA)/HUB³⁹

Segundo Cardoso e Jaccound (2005), até a década de 1980, o atendimento médico-hospitalar, na política de saúde no Brasil, se limitava aos trabalhadores contribuintes ao sistema de Previdência Social. Pela CF de 1988, a saúde se tornou política universal, ampliando-se a cobertura dos serviços. Os hospitais universitários, como o Hospital Universitário de Brasília (HUB), passam a integrar a rede do SUS. O HUB direciona suas ações pelo tripé ensino, pesquisa e extensão, atendendo a toda a comunidade do Distrito Federal (DF).

Nessa perspectiva, o PAA modificou a sua forma de atuação, tanto em função das mudanças no espaço institucional, quanto na abordagem da questão do consumo de álcool, inserida na mais ampla de consumo de substâncias psicoativas.

O PAA surgiu a partir do Centro de Estudos e Tratamento em Alcoolismo (CETA), órgão que funcionava em um Posto de Atendimento do INAMPS no Guará, bairro de classe média do DF. No início do Governo Collor, em 1990, o convênio que mantinha este centro foi extinto, e os seus profissionais foram realocados, e contribuíram para a construção do projeto no HUB. Atualmente, o programa é todo vinculado ao HUB e subordinado à Clínica Médica do hospital.

O PAA tem como objetivos contribuir para a melhor compreensão do consumo do álcool por meio do atendimento às pessoas que apresentam problemas no consumo de substâncias psicoativas, fornecendo às mesmas um tratamento especializado e integrado aos demais serviços do HUB, e aos seus familiares, bem como fornecendo uma articulação com a comunidade, por meio de capacitações técnicas de estudantes, profissionais e instituições.

As principais formas de chegada dos usuários se dão por meio da família e pela via institucional, caracterizada por encaminhamentos de empresas e outras instituições de trabalho. Assim, o suporte social por parte do trabalho e da família é muito importante para a formulação do desejo e da adesão ao tratamento.

O primeiro atendimento é o acolhimento e triagem, realizado pelo assistente social, que pode encaminhar os pacientes para os outros momentos do tratamento no Programa: avaliação clínica, psiquiátrica e psicológica, bem como para as outras unidades do HUB. O assistente social tem as seguintes modalidades de intervenção: acolhimento e triagem,

³⁹ Este item foi elaborado baseado no Relatório de Estágio realizado no PAA no primeiro semestre de 2006, como requisito para aprovação na disciplina estágio curricular supervisionado I, no curso de Serviço Social da UNB.

acompanhamento individual e familiar, avaliação familiar, orientação familiar durante a internação e grupo de familiares.

O conceito de acolhimento que norteia os atendimentos é no sentido da valorização humana e do fortalecimento da autonomia do sujeito diante da vergonha, estigmas e exclusões sociais. O atendimento individual torna-se um espaço de construção de vínculos e de confiança na equipe, possibilitando a escuta, a exposição de sentimentos e da dor provocada pelo consumo da substância, e principalmente a formulação de um desejo ao tratamento, contribuindo para o estabelecimento do vínculo institucional e da adesão. E a formulação desse desejo depende da identificação e fortalecimento das relações sociais (família e amigos, sobretudo) que constituem um suporte social diante do processo de dependência do álcool.

O processo interventivo visa o desenvolvimento psicossocial dos sujeitos usuários de substâncias psicoativas. Considerando a complexidade da SDA, o vínculo temporal dos sujeitos no PAA é indeterminado e depende da efetividade do tratamento individual. Por ser um serviço ambulatorial, um dos critérios de elegibilidade é que a pessoa apresente condições físicas e psíquicas para esta forma de tratamento. Esse critério se relaciona com a proposta da filosofia de redução de danos: para se inserir no tratamento é preciso a formulação do desejo individual, em que ninguém pode comparecer senão por vontade própria e assim estabelecer o plano de tratamento de acordo com seu interesse e condições.

Todos os pacientes passam pela Avaliação Clínica. A partir de uma demanda inicial (o uso de álcool e/ou outras substâncias), são feitos encaminhamentos para outras especialidades, bem como a realização de exames específicos e acompanhamentos pelos profissionais. A depender do nível de comprometimento orgânico do paciente, esse pode ser internado no Serviço de Tratamento do Centro de Clínica Médica.

O trabalho do assistente social consiste em permitir que a questão do álcool seja colocada não somente como uma dimensão individual, mas também como uma questão coletiva: o consumo indevido tem sentidos, significados e funções nas relações sociais, de forma que seu enfrentamento associa-se à luta dos sujeitos por melhores condições e qualidade de vida.

Entre as expressões da questão social que o assistente social se depara, estão aquelas relacionadas à precária inserção dos trabalhadores no mundo do trabalho. São questões agravadas pelas conseqüências advindas da dependência das substâncias psicotivas: o desemprego, as baixas remunerações, ausência de qualificação profissional, dificuldades de desempenho do trabalho autônomo e a grande demanda de tratamento pelos trabalhadores

afastados pelo AD. Dessa forma, o trabalho torna-se uma questão central para a proteção da saúde e para o fortalecimento da cidadania dos usuários deste serviço de saúde.

A avaliação Psicológica, essencial para a mudança de qualidade de vida dos pacientes, pode ser realizada em psicoterapia individual e em grupo. A escolha depende dos sujeitos e das particularidades de cada caso, não havendo prazo para findá-la.

A psicoterapia individual consiste em trabalhar os sintomas e conflitos dos sujeitos para que exerçam o controle sobre o uso do álcool. Essa abordagem passa pelas fases de contrato terapêutico e definição do diagnóstico, elaboração dos conflitos e reflexão sobre o próprio comportamento, no sentido de consolidar mudanças no estilo de vida. A Psicoterapia em grupo possibilita a troca de sentimentos, experiências e o desenvolvimento das relações afetivas, em que “procura-se promover prioritariamente o que se denomina a centralização do indivíduo em seus conflitos” (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, 2004, p.18).

Nas reuniões de estudo de caso, percebem-se as diferentes leituras sobre um mesmo problema, advindas do conhecimento acumulado das diversas áreas profissionais, mas a intervenção é proposta conjuntamente. Os profissionais buscam estabelecer a modalidade de tratamento mais adequada, traçando o plano terapêutico com bases nos recursos do PAA e da rede social externa ao HUB. Essa rede social é constituída pela família e demais atores envolvidos nas relações sociais dos sujeitos, sendo essencial a integração com as instituições de trabalho, visto ser este a principal fonte de renda e de realização pessoal.

4.1 Metodologia do trabalho de campo

Este trabalho teve como objetivo compreender a implementação do AD a partir da visão dos próprios usuários. A escolha do recorte da pesquisa se justificou pelas inquietações vivenciadas no campo de estágio. Considerando a experiência de estágio no programa como um método de observação participante, evidenciou-se a grande quantidade de pacientes do PAA afastados do trabalho. Esta constatação envolve particularidades sobre a relação álcool/trabalho, muitas vezes desconhecidas e cuja compreensão implica no aprimoramento das abordagens terapêuticas.

Identificada essa demanda, optou-se pela realização de um estudo descritivo de caso, que teve como instrumentos de pesquisa análise de registro dos prontuários e a realização de entrevistas semi-estruturadas de oito pacientes do programa, a partir de um roteiro

previamente estruturado. Foi realizada uma análise temática e qualitativa das entrevistas, na qual se identificaram as categorias de análise identificadas a partir da fala dos entrevistados.

A pesquisa não teve a intenção de registrar dados estatísticos de pacientes que recebiam o benefício, nem de selecionar uma amostra representativa dos mesmos. Embora não tenha sido realizado um levantamento estatístico, sabe-se, a partir da experiência de estágio, que é demanda freqüente no programa a situação de pacientes afastados do trabalho e recebendo o benefício auxílio-doença pelo INSS, sobretudo nas categorias profissionais de vigilância pública e transporte coletivo (informação verbal)⁴⁰. A seleção dos entrevistados não se baseou na escolha de categorias profissionais. Contudo, guardou relação com o perfil ocupacional observado pela equipe de trabalho do PAA, que relatava haver grande quantidade de atendimentos nas categorias ocupacionais de transporte coletivo, principalmente motoristas de ônibus, e de vigilantes (sobretudo em instituições públicas).

A pequena quantidade de entrevistas se justifica por se tratar de um estudo qualitativo, de forma que as oito entrevistas foram substanciais para se compreender as percepções dos trabalhadores sobre o processo de concessão do benefício AD em situações de consumo de álcool.

Segundo Minayo (1993 apud GLINA et al., 2001), nas pesquisas qualitativas há uma menor preocupação com a generalização e uma maior preocupação em se aprofundar a compreensão de um grupo social, de uma política, de forma que os critérios de amostragem não são numéricos. A autora afirma:

(...) uma amostragem: a) privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; b) considera-os em número suficiente para permitir uma reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta; c) entende que na homogeneidade fundamental possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças; d) esforça-se para que a escolha do *locus* e do grupo de observação e informantes contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa. (MINAYO, 1993 apud GLINA et al, 2001, p. 609-610).

A proposta de realização de entrevistas e a seleção dos entrevistados foram feitas em discussão com a equipe psicossocial do programa e consentida pela sua coordenação. Os critérios de seleção foram: pacientes atendidos no PAA-HUB aderentes ao tratamento e que se encontravam afastados do trabalho, recebendo o AD. Um dos entrevistados encontrava-se recebendo a aposentadoria por invalidez, prevista em lei como posterior à concessão do

⁴⁰ Informação fornecida por duas psicólogas do programa à pesquisadora em novembro de 2007 no PAA.

benefício AD. Considerando que este é um direito previdenciário envolvido no processo de cessação do AD e a disponibilidade do paciente, este foi selecionado para a entrevista.

Os profissionais do programa viabilizaram o contato da pesquisadora com os sujeitos a serem entrevistados, após a realização dos atendimentos de rotina. Neste contato, foram apresentados os objetivos da pesquisa e todos concordaram com a realização das entrevistas e assinaram os termos de consentimento livre e esclarecido e de compromisso do pesquisador para com o entrevistado.⁴¹ As entrevistas foram gravadas e transcritas. Ressaltam-se dois aspectos dos termos de consentimento: que são a garantia do anonimato dos entrevistados e das instituições citadas ao longo dos relatos dos entrevistados.

As entrevistas foram realizadas no espaço institucional do programa, o que se justifica por se tratar de um hospital-escola e pela propriedade do espaço institucional para a exposição das questões relatadas nas entrevistas e para a confiabilidade da pesquisa. Optou-se pela realização das entrevistas nos dias em que os pacientes estavam com consultas marcadas no programa, o que se justifica em virtude das dificuldades econômicas para o deslocamento dos entrevistados de suas residências ao tratamento no ambulatório do HUB.

Essas entrevistas, subsidiadas por informações dos prontuários, buscaram compreender a visão dos trabalhadores quanto à relação álcool-trabalho para fundamentar a análise da concessão do benefício. O roteiro foi construído de modo a permitir que os entrevistados falassem sobre seu consumo de álcool (e de outras substâncias psicoativas) na relação com o trabalho. A sua análise como um mecanismo de proteção social surgiu a partir da descrição do seu processo de implementação. Complementa a fundamentação legal discutida no capítulo anterior, em direção à compreensão da realidade vivenciada pelos entrevistados.

A análise se situa na complexa relação entre o trabalho e a SDA. Considerando-se o campo da saúde do trabalhador como integrante do SUS, o acesso dos trabalhadores ao AD é uma questão que o situa na rede de proteção à saúde do trabalhador. Segundo o modelo de atenção proposto no SUS, o acesso universal e integral aos serviços de saúde envolve a articulação da atenção básica à especializada e à vigilância em saúde.

A hipótese norteadora da pesquisa foi que a concessão do AD atrelada à adesão ao tratamento possibilita a melhora da qualidade de vida dos sujeitos, bem como a sua reintegração ao trabalho. Partiu-se do pressuposto de que a adesão dos sujeitos ao tratamento contribuiu para as reflexões por eles desenvolvidas, e que os mesmos são atores ativos na

⁴¹ Estes termos se referem aos procedimentos éticos. Neles são explicados os objetivos da pesquisa e os procedimentos de entrevista, garante-se o anonimato do entrevistado, a escolha de não responder as questões. Há o telefone e o local de contato da pesquisadora caso haja a recusa pelo entrevistado de uso das informações fornecidas em entrevista.

construção de estratégias de promoção da saúde. Dessa forma, o conteúdo das entrevistas foi analisado considerando os resultados terapêuticos derivados da adesão ao tratamento.

Tendo como base Seligmann-Silva (2005), caracterizou-se como um estudo da Saúde Mental no Trabalho e identificou os aspectos da organização do trabalho, que em interação, foram preponderantes para o adoecimento dos sujeitos. Na análise do acesso dos segurados ao AD, intentou-se obter a descrição do processo vivenciado por cada um. Assim, estabeleceram-se categorias de análise da concretização do benefício como direito social. São elas: a relação álcool e trabalho como fundamento para a concessão do AD; as dificuldades de concretização deste direito nas relações de trabalho; a concepção do AD como um direito social para os entrevistados; os limites e as possibilidades para a reintegração ao trabalho.

4.2 Resultados encontrados

Os entrevistados foram encaminhados por sugestão da família e de profissionais de saúde, integrados ou não às empresas e instituições de trabalho. Dois oito entrevistados, dois tiveram acesso ao AD após o diagnóstico médico realizado no PAA. Os outros pacientes procuraram o programa posteriormente ao afastamento do trabalho.

Todos os entrevistados são trabalhadores assalariados com segundo grau incompleto e contratos de trabalho terceirizados de baixa remuneração.⁴² Tendo em vista a idade, o tempo de serviço e o período de vigência do AD, conforme a tabela 2, se ressalta o direito em adquirirem suas aposentadorias. Quanto ao valor do AD, ressalta-se que este é muito pequeno e se aproxima do salário integral, demonstrando-se a pouca capacidade contributiva dos trabalhadores e a relevância do benefício para o sustento.

⁴² Quatro dos entrevistados referiram exercício de outras funções ocupacionais anteriores a exercida quando da concessão do AD. Esta é uma característica inerente ao contrato de trabalho terceirizado.

Tabela 2 – Características sócio-econômicas dos pacientes entrevistados no PAA/HUB – set. 2007/out. 2007

Pacientes entrevistados	Sexo	Última função de trabalho exercida	Idade	Renda mensal em salários mínimos	Vigência do AD
1	M	Serviço terceirizado de vigilância pública	56	Dois a três	Três meses
2	M	Serviço terceirizado de vigilância pública	39	Dois a três	Um ano e dois meses
3	M	Motorista de ônibus de transporte coletivo	Acima de 30 anos	Dois a três	Seis meses
4	M	Despachante de transporte coletivo	52	Dois a três	Dois anos
5	M	Serviço terceirizado de vigilância pública	33	Dois a três	Três anos
6	M	Serviço terceirizado de vigilância pública	44	Dois a três	Seis meses
7	M	Motorista de ônibus de transporte coletivo	46	Dois a três	Dois anos
8	F	Serviço de auxiliar geral: jardinagem	48	Um	Mais de dois anos

Fonte: registros de prontuários dos pacientes atendidos no PAA/HUB.

O AD tem como objetivo garantir o sustento econômico do obreiro quando um problema de saúde o incapacita temporariamente para o trabalho. Sob a luz do referencial teórico, os resultados foram analisados segundo uma compreensão do benefício como um direito de saúde. Sua concessão evidencia um contexto de gravidade dos problemas relacionados ao consumo do álcool: segundo os registros dos prontuários, todos os entrevistados tiveram o diagnóstico F10, síndrome de dependência do álcool (SDA), associado a comorbidades e outros comprometimentos clínicos. Contudo, a partir da concessão do AD, inicia-se uma atenção aos sujeitos sobre o prisma da justiça, entendida como o direito do paciente em receber um tratamento e atenção adequados.

Quanto à conscientização dos entrevistados quanto aos seus direitos, há uma compreensão de que o AD mantém o vínculo empregatício e de que há fatores na relação com o trabalho que contribuíram para o desenvolvimento da SDA. Compreendem o AD sob uma dupla perspectiva: o benefício representa a perda do trabalho e a interrupção na construção de uma história ocupacional, mas por estar associado ao tratamento, possibilita resultados terapêuticos no sentido de continuidade dos seus projetos de vida.

4.2.1 A relação álcool e trabalho como fundamento para a concessão do auxílio-doença

Segundo Glina et al (2001), os processos de terceirização e de intensificação do trabalho provocam situações de estresse e desgaste mental. Quanto menor a autonomia do trabalhador na organização do trabalho, maior a possibilidade de surgimento de transtornos à saúde mental.

Segundo Assunção (2001) e Seligmann-Silva (2005), a terceirização, visando atender os interesses imediatos da empresa, caracteriza-se por rupturas nas práticas institucionalizadas nos aspectos referentes aos direitos salariais, dimensão temporal do trabalho e relações de trabalho, relevantes para a segurança no emprego e saúde dos empregados. Estas questões são presentes na organização do trabalho dos entrevistados, com implicações sobre a sua saúde mental.

Neste contexto, a relação entre álcool e trabalho que fundamenta a concessão do AD pauta-se não somente pela evidência das conseqüências do consumo sobre a produtividade, absenteísmos e perdas sociais, mas pela dinâmica entre o processo de trabalho e a construção da saúde. Enquanto um fenômeno multifatorial, o trabalho sustenta-se não como uma dimensão causal, mas determinante, no desenvolvimento da dependência do álcool.

Seligmann-Silva (2005) aborda as interações entre trabalho e personalidade, em que em ocupações que exigem grande esforço físico e mental, há diminuição da tolerância às frustrações e aumento da irritabilidade e impaciência, levando ao isolamento e ao consumo de bebidas alcoólicas. Nesse sentido, ressaltam-se os aspectos relacionados aos efeitos psicofarmacológicos do álcool, visando um melhor desempenho das funções de trabalho.

Karam (2003) identifica a alcoolização como uma estratégia do trabalhador para aliviar processos de sofrimento, decorrentes não somente de necessidades orgânicas, mas sobretudo de direito à palavra e de autonomia no ambiente de trabalho.

Considerando os anos de trabalho e as características das funções exercidas, o trabalho demonstrou ser um fator preponderante para que o consumo de álcool tenha, ao longo do tempo, se constituído em um quadro de dependência química. Com base em Karam (2003), infere-se que o consumo de álcool tinha a função de alívio imediato do sofrimento psíquico e da tensão gerada no trabalho.

Os entrevistados se referem a uma instalação gradual do quadro de dependência. A partir da análise dos prontuários, percebe-se que o consumo em grandes quantidades já era realizado desde a adolescência e juventude e, no exercício do trabalho, era usado para alívio

da tensão. Além disso, o desenvolvimento da SDA foi favorecido pela disponibilidade do álcool no ambiente de trabalho, indo de encontro à ausência de ações de prevenção e de fiscalização efetiva do consumo do álcool e suas implicações sobre o trabalho.

As profissões de motoristas de ônibus e vigilantes implicam em desgaste físico e mental, e quando realizadas sob o efeito do álcool, caracterizam situações de risco. O desempenho das atividades de forma indissociável dos efeitos da bebida alcoólica caracteriza o trabalho como um sofrimento permanente, no qual a dependência química surge como estratégia para encontrar o sentido no trabalho.

Os trabalhadores na função de motorista de ônibus enfatizam como as relações de trabalho eram desfavoráveis a uma comunicação. Suas falas demonstram que não se tratava de uma questão pessoal, mas que atingia a coletividade de trabalhadores. As relações sociais de trabalho se davam em um contexto de desvalorização da fala e da participação do funcionário na gestão do seu trabalho:

O ambiente era péssimo: carro velho; horário só de entrada e não de saída; barulho demais no seu ouvido. Eu acordava todo dia quatro horas da manhã e ia dormir dez horas da noite. Eles não pagam hora extra, eles pegam as horas extras que você faz, escolhem um dia da semana, e transformam em folga. Tudo isso desmotiva a pessoa, entendeu? (...) E a chefia que os patrões querem é só pra derrubar o cara, pra ver se você parou fora de uma parada, se você saiu atrasado, se deixou algum passageiro na parada. Eles não ouvem funcionário. Só o cliente que tá bancando ela. (Informação verbal) ⁴³

Era uma pressão forte, para qualquer coisa que você fizesse era boletim de ocorrência. O passageiro pode estar errado como for, mas pra empresa ele sempre tá certo e a gente é errado. O que conta é a palavra do passageiro, ou você trabalhava do jeito certo ou era mandado embora. Era uma perseguição grande dos fiscais, se fossem bonzinhos para os funcionários, eles não tinham valor pra empresa não. Isso me chateava bastante, porque você trabalhar em um lugar e ser perseguido assim é a pior coisa que tem. (Informação verbal) ⁴⁴

A ausência de diálogo comprometeu não só a formação de vínculos necessários para enfrentar o sofrimento no trabalho, como a promoção da saúde no trabalho.

O entrevistado sete reconhece a progressão do quadro de dependência do álcool, associado ao consumo de outras substâncias psicoativas. Reflete sobre as conseqüências sobre a sua saúde mental e sobre o comprometimento no desempenho de sua função:

⁴³ Trecho de entrevista do paciente sete.

⁴⁴ Trecho de entrevista do paciente três.

Eu comecei a usar álcool com 12 anos. No trabalho, ele começou me ajudando, porque eu trabalhei muito com interestadual, e só trabalhava mais à noite. Durante o efeito ali, se eu viajasse doze horas direto, e fizesse quatro paradas, eram quatro cervejas, quatro conhaques, para poder agüentar a viagem. Mas aí vem o tempo, a gente não espera e chegou. Quando chega você simplesmente não dá mais conta, aí o sono bate, a fadiga te consome, a insônia não te deixa dormir, você roda a noite toda, fica o dia inteiro sem conseguir dormir. Eu deixei de fazer dele uma diversão e virou obsessão: o dia todo, todos os dias, no trabalho, em casa, perdendo família e inúmeros empregos como motorista por causa do álcool. (Informação verbal)⁴⁵

A análise de prontuário do entrevistado três também registra consumo de álcool associado ao de outras substâncias psicoativas. O diagnóstico médico registrou comorbidades psiquiátricas associadas ao consumo de substâncias psicoativas (código G.40). Embora o sujeito não tenha compartilhado o seu consumo das substâncias, se refere à organização do trabalho e suas conseqüências sobre a saúde mental. O sujeito relata a vivência de situações de medo e ansiedade na atividade laboral, cabendo refletir sobre o papel do trabalho surgimento de transtornos mentais e favorecimento no consumo das substâncias psicoativas:

A gente acabava trabalhando assustado, tínhamos que parar em todos os pontos para os passageiros entrarem, se não éramos penalizados. E se parasse, assaltava. Ou seja, eu parava antes da parada ou depois, a gente sempre dava um jeitinho de não parar na escuridão. e ficávamos naquela tensão. Entra um pessoal mal encarado que você não conhece. Eu já sofri três assaltos: em 1999, 2001 e 2004. (Informação verbal)⁴⁶

Dias (2001) e Seligmann-Silva (2005) evidenciam que, segundo estudos epidemiológicos, as ocupações de vigilantes são propensas à maior concentração de casos de SDA. Os autores as caracterizam como trabalhos desinteressantes, monótonos e de isolamento. Enfatizam os efeitos farmacológicos euforizantes para proporcionar prazer e que a utilização de bebidas pode ser feita, inclusive, no horário de serviço. De fato, todos os vigilantes entrevistados referem consumo do álcool no ambiente de trabalho, tanto para o alívio da tensão, como dos sintomas de abstinência do álcool, associados à SDA.

O entrevistado um trabalha há dezesseis anos como vigilante. O consumo de álcool, inicialmente realizado fora do trabalho, tornou-se constante, sendo necessário para manter um bem estar psíquico e a satisfação com o trabalho:

⁴⁵ Trecho de entrevista do paciente sete.

⁴⁶ Trecho de entrevista do paciente três.

Ser vigilante é uma necessidade de sustentar a família, de se manter na vida. Eu achei que já virou muita rotina sentar numa cadeira sete horas da noite e sair sete da manhã. Ficou enjoativo, meio cansativo e tinha sempre vontade de mudar de trabalho. E eu nunca gostei daquela posição nem de usar arma. Se eu estivesse trabalhando em outro serviço, talvez não teria me embrenhado tanto na bebida. Ali parece que a bebida é um lenitivo, passar o dia sem tá tomando muito conhecimento da hora. O que aconteceu foi que eu esqueci que tinha de parar, que tinha de trabalhar o outro dia. (Informação verbal)⁴⁷

A insatisfação com o trabalho é uma questão presente também no relato do entrevistado seis, que trabalha há treze anos como vigilante. Contudo, tal insatisfação em muito se associa às conseqüências do consumo do álcool no ambiente de trabalho, caracterizado por um estigma social relacionado ao dependente químico. Associam-se também às dificuldades no controle dos sintomas da síndrome de abstinência:

Mesmo se você não bebe, no outro dia trabalhando, você vai chegar com o teor alcoólico, e eu, que bebo desde os treze anos, o odor está na pele. Eles pensam que quando o alcoólatra chega na empresa está alcoolizado. Nem sempre. Mas como ele já tem aquela fama todinha, o pessoal pensa que está alcoolizado. Tem colega meu que toma uma pra segurar a onda e segurar o serviço, porque a gente só trabalha de madrugada, então não é questão disso não. (Informação verbal)⁴⁸

O entrevistado dois trabalha há dez anos como vigilante e refere-se ao meio ambiente do trabalho e ao reconhecimento profissional como aspectos relevantes para a (in) satisfação como o trabalho:

Bom é quando você tem um relacionamento melhor com os colegas, e quando as pessoas respeitam os nossos serviços. Ruim é quando eles te colocam em um lugar que não tem água pra você beber e quando você fica o dia inteiro no sol, senão em pé. Eu não tinha hora pra usar, era constante. Dava uma aliviada naquela tensão de ficar muito tempo ali parado. Aí você tomava uma pra relaxar, pra dar uma aliviada no seu serviço. Ao longo do tempo o consumo do álcool só foi aumentando. (Informação verbal)⁴⁹

Para os vigilantes, a insatisfação no trabalho decorre, principalmente, de conflitos interpessoais no trabalho. Estes conflitos decorreram da chegada ao serviço alcoolizado, levando a alterações comportamentais, e ao conseqüente preconceito no ambiente de trabalho. A violação de regras, realizada quando o consumo de álcool caracterizou amnésia alcoólica, motivou o afastamento do trabalho. Este fato concorre para a insatisfação com o trabalho:

Toda vida tratei o pessoal muito bem. Mas no dia que eu ia sair, eu briguei. Não sei, dizem que eu briguei. E para o chefe saber que você está bebendo,

⁴⁷ Trecho de entrevista do paciente um.

⁴⁸ Trecho de entrevista do paciente seis.

⁴⁹ Trecho de entrevista do paciente dois.

nem precisa chegar bêbado no serviço. Chega um certo ponto que eles acham melhor te devolver para a empresa. (Informação verbal).⁵⁰

O consumo só foi aumentando, e aí começam as besteiras. Da última vez falaram que eu saí do meu posto e ameacei um motorista de ônibus. E eu fiquei sabendo disso porque me contaram, mas não que eu lembrava. Os vigias comunicaram a empresa, que me comunicou. Aí foi quando eu soube. Ela me deu justa causa, porque eu estava trabalhando em embriaguez. (Informação verbal)⁵¹

Eu nunca tive do que reclamar no ambiente de trabalho. De colegas sim, eu tenho muitos colegas que futucavam a gente por trás. Eu tava bêbado no serviço. E o outro me entregou. Se ele não tivesse me entregado, eu não teria ficado encostado na época, eu teria ficado numa boa. (Informação verbal).⁵²

A centralidade adquirida pelo trabalho, associada à vergonha e ao medo da demissão, caracterizam a permanência dos trabalhadores o desempenho das atividades no ambiente laboral, a despeito dos efeitos adversos da DAS. Contudo, tal possibilidade se finda com os conflitos no trabalho.

Neste sentido, identifica-se, nos relatos dos sujeitos, uma frustração decorrente da dificuldade em manter a abstinência do álcool como condição para o exercício do trabalho. Os sujeitos associam o afastamento do trabalho ao diagnóstico da SDA:

Eu gostaria de estar trabalhando. Porque o trabalho é a coisa mais gostosa que tem. Ma o auxílio-doença pra mim, eu só quero ele até o dia em que eu não estiver em condições de trabalhar. (Informação verbal)⁵³

Eu estou tentando parar e não estou conseguindo. Então estou buscando ajuda do programa. O serviço de vigilante é atenção, e minha memória não está boa para trabalhar, ainda mais em um serviço que exige muita concentração. Pra te falar a verdade, se eu pegar uma arma hoje, se eu for trabalhar, de repente começa tudo de novo. (Informação verbal).⁵⁴

O médico já sabia do meu problema, não precisava nem falar. O médico falou para eu esquecer de ser vigilante e ver outra função pra mim. Mas eu sempre trabalhei como vigilante e nunca matei ninguém. Sempre trabalhei direito. Tem colega meu que toma uma pra segurar a onda e segurar o

⁵⁰ Trecho de entrevista do paciente um.

⁵¹ Trecho de entrevista do paciente dois.

⁵² Trecho de entrevista do paciente cinco.

⁵³ Trecho de entrevista do paciente um.

⁵⁴ Trecho de entrevista do paciente cinco.

serviço, porque agente só trabalha de madrugada, então não é questão disso não? (Informação verbal)⁵⁵

Diferentemente dos outros segurados, o entrevistado quatro recebeu o benefício depois de ter sido demitido.⁵⁶ Ele realizou consumo em grandes quantidades durante a adolescência, e o diagnóstico médico que possibilitou o acesso ao AD foi realizado no programa. A gravidade dos sintomas da síndrome de abstinência do álcool exigiu um forte suporte clínico e social.⁵⁷

O entrevistado denuncia as condições adversas de trabalho e o consumo do álcool para suportá-lo. Descreve da seguinte forma esta relação:

Era muito agitado, principalmente em horário de pico. A gente tinha que abrir e fechar pontos de motorista e cobrador, liberar carro, e se não tivesse, a gente tinha que se virar para colocar ônibus no local. Tinha vez que faltava motorista ou cobrador e agente falava com o chefe e ele mandava agente se virar, isso irritava agente. Eu usava álcool na hora que desse vontade, esfriava mais a cabeça. Aí eu fui começando a esquecer das coisas, não tava mais dando conta do serviço e a empresa mandou eu ir embora. (Informação verbal)⁵⁸

A análise das entrevistas demonstrou que o trabalho apresenta interfaces como o processo de dependência química, enquanto um comportamento relacionado à insatisfação com o trabalho, medo, insegurança e percepção de ausência de um reconhecimento profissional.

A manifestação do consumo de álcool no trabalho se contrapôs à compreensão do trabalho como uma dimensão construtiva da saúde do trabalhador. A dinâmica de trabalho relata pelos sujeitos confronta-se com as abordagens teórico-metodológicas que defendem o trabalho como um fator de prevenção, recuperação e promoção da saúde. Para que o trabalho se concretize como um fator de proteção, são necessárias intervenções sobre os fatores psicossociais que antecedem a instalação da SDA, de forma a permitir uma maior chance de reabilitação e resultados terapêuticos (VAISSMAN, 2004). Nenhum dos entrevistados relatou a disponibilidade de programas de prevenção e recuperação de dependentes químicos no ambiente de trabalho.

⁵⁵ Trecho de entrevista do paciente seis.

⁵⁶ O direito do segurado ao AD foi possível porque o segurado manteve a sua qualidade de segurado, tendo em vista o tempo de contribuição para a previdência e o período em que permanecia desempregado.

⁵⁷ Alguns dos sintomas são: “déficit cognitivo, insônia, tontura, zumbido no ouvido, perda de memória, cefaléia, desorientação espacial, necessidade permanente de familiar” e sintomas da síndrome de abstinência do álcool: Análise de registro de prontuário no PAA/HUB, em outubro/2007.

⁵⁸ Trecho de entrevista do paciente quatro.

4.2.2 Dificuldades do acesso ao auxílio-doença: a posição do empregador e estratégias do trabalhador

Como uma questão que também se insere na complexa relação álcool e trabalho, os entrevistados relataram dificuldades de acesso ao benefício. Estas se situam, sobretudo, no papel das empresas no processo de concessão do AD. Estas posições são descritas nos depoimentos e encontram sustentação na legislação trabalhista e previdenciária.

Constituem-se em antecedentes que demonstram as dificuldades de reconhecimento da SDA como doença, e particularmente, do trabalho como um fator concorrente na construção da saúde mental dos trabalhadores.

Quanto à situação de trabalho, as falas abarcam a contradição: há a conscientização dos entrevistados de que a concessão do AD consiste em manter o vínculo empregatício, mas não referem ações do empregador no sentido de acompanhamento do tratamento e de alguma garantia do retorno ao trabalho. Ainda como decorrência da disposição legal do AD referente ao afastamento superior a 15 dias, os sujeitos não relatam nenhuma ação de acompanhamento do tratamento.

Na legislação trabalhista, é importante enfatizar a posição legítima de demissão por justa causa. Ao seu favor, o empregador interpreta a legislação trabalhista. Este tipo de demissão tem respaldo jurídico na CLT, art.483, seção *f*: “a embriaguez habitual ou em serviço constitui motivo de justa causa para ruptura do contrato de trabalho pelo empregador” (MARTINS, 1999, p. 33).

Ademais, Martins (1999) interpreta que a possibilidade dessa demissão concorre para a não violação de condutas e normas estabelecidas na organização do trabalho. Assim, o caráter normativo da lei contribui para a regulação da conduta dos trabalhadores com consumo do álcool. Entretanto, a lógica da demissão por justa causa, inscrita no direito trabalhista, reduz a compreensão do consumo de álcool a uma questão moral, e na qual a única possibilidade é a de ruptura do contrato de trabalho.

Este autor caracteriza tal demissão como uma restrição legal. A legislação previdenciária, na lei 8.213/1991(PBPS) e no decreto 3048/1999, se contrapõe ao imediatismo daquela interpretação ao oferecer a alternativa do AD. Este se constitui em um direito social que vai à direção contrária da lógica da demissão por justa causa.

Martins (1999) enfatiza que a concessão do AD implica em um outro tipo de posição do empregador que se depara com o consumo de álcool dos empregados. Esta perspectiva é a

de reconhecimento da síndrome de dependência do álcool como doença. Tal reconhecimento admite uma nova caracterização das falhas cometidas devido à enfermidade, daí a concessão do benefício:

É certo que o empregador não deve ser obrigado a ficar em seus quadros com um trabalhador que é dominado pelo vício do álcool, como também não pode contar com um empregado enfermo. Porém, causas dessa natureza, antes configuradoras de falta do empregado, hoje não devem mais merecer essa capitulação. O ébrio precisa mais de assistência médica adequada e a perda do emprego por certo em nada contribuirá para a sua recuperação. Ao contrário, poderá mesmo agravar o mal, porque além de ébrio o homem será um desempregado. (MARTINS, 1999, p. 41)

A demissão por justa causa é uma conduta que deriva das representações sociais da SDA já consolidadas no ambiente de trabalho e impressas na identidade dos sujeitos. Já a legislação previdenciária se contrapõe à compreensão superficial de que a embriaguez por si só constitui-se em motivo de rescisão de contrato de trabalho, permitindo uma nova compreensão da dinâmica álcool/trabalho.

A posição do empregador pode ser compreendida com base em Seligmann-Silva (2005). As alterações comportamentais e de personalidade decorrentes da SDA podem ser percebidas como alterações da saúde, mas “as alterações de conduta que prejudicam a ordem e o desempenho, freqüentemente, são interpretadas a partir de uma outra lógica e encaradas como demonstrações de negligência, indisciplina, irresponsabilidade ou despreparo profissional” (p.1149).

O afastamento dos vigilantes decorreu do consumo de álcool no ambiente de trabalho ou do desempenho das atividades sob efeitos da substância. Os entrevistados um, dois e seis referem atitudes no ambiente de trabalho das quais não se lembram. Tais situações se caracterizam como de intoxicação alcoólica, e motivaram uma demissão por justa.

Entretanto, este tipo de demissão não se concretizou, sendo revertida por meio de estratégias dos próprios trabalhadores. Estas consistiram no reconhecimento do sindicato da categoria como um suporte social e de novas elaborações dos sujeitos sobre sua situação de saúde.

Os sindicatos atuaram para mostrar às firmas empregadoras que os trabalhadores tinham o direito ao AD. Os sindicatos realizaram os encaminhamentos para os médicos assistentes, responsáveis pelos atestados médicos que reconheceram a SDA como doença com posterior concessão do direito previdenciário.

O sindicato achou que esta justa causa, ou mesmo sem justa causa, não seria certo a empresa fazer. Chamou o gerente da empresa e reverteu esta

situação. Eu também achei que pra mim não era o certo, porque eu não estava bem de saúde. Se eu tinha bebido aquele dia, não foi aleatoriamente não. Eu já vinha com dependência química. (Informação verbal)⁵⁹

Quando eles me deram justa causa, eu fui ao sindicato, e o sindicato fez com que eles me encostassem, e aí me levaram para o INSS. Eu assinei o atestado do médico do trabalho. Ele falou que eu tinha alcoolismo. Aí me deram cinco meses para eu me tratar. (Informação verbal)⁶⁰

A partir do apoio dos sindicatos com posterior concessão do AD, foi possível a formulação do desejo e motivação para a realização do tratamento especializado (PAA). Os encaminhamentos dos sindicatos e o afastamento do seguro pelo INSS, associados ao apoio familiar, constituem-se em relevante suporte sócio-familiar para a reabilitação do segurado.

Em relação à firma, eu não tenho nada a dizer não. Eles me atenderam muito bem e me acolheram na hora certa. Porque foi numa hora que eu estava dependente, muito dependente mesmo, eles me acolheram e me mandaram para o INSS, e eu estou até hoje, desde 2004. (Informação verbal)⁶¹

Os demais entrevistados foram encaminhados diretamente pela empresa para o INSS, por meio dos médicos de trabalho conveniados. Contudo, este processo não se deu sem conflitos. Por constituir-se em um trabalho terceirizado, coube às firmas a garantia do direito do segurado ao AD, embora não haja uma estrutura institucional consolidada no ambiente cotidiano do trabalho para a proteção da saúde do trabalhador. O entrevistado cinco relata este processo:

Eu tenho um supervisor, né, o ronda da rua. Eu estava alcoolizado no serviço, aí o fiscal passou e me mandou para a firma. Quando eu cheguei lá, fui ao médico, que me deu uns atestados pra eu ficar encostado. A suspensão, que seria a justa causa, a firma pagou e me encostou. Eles me atenderam muito bem e me acolheram numa hora que eu estava dependente, muito dependente mesmo. Eles me mandaram para o INSS e eu estou até hoje. (Informação verbal)⁶²

O discurso do entrevistado seis revelou dificuldades no reconhecimento da dependência química como fator responsável por seu afastamento do trabalho. Dentre os fatores que dificultam esta elaboração, estão os conflitos com os colegas de trabalho e as representações sociais da SDA.

⁵⁹ Trecho de entrevista do paciente um.

⁶⁰ Trecho de entrevista do paciente dois.

⁶¹ Trecho de entrevista do paciente cinco.

⁶² Trecho de entrevista do paciente cinco.

O questionamento destes estigmas sociais pelos sujeitos e a busca de novas interações sociais que visem o resgate de sua autonomia constituem importantes estratégias dos trabalhadores. É neste sentido que a procura e a adesão ao tratamento constitui-se em uma importante estratégia realizada pelos sujeitos. Concomitantemente, outra estratégia dos trabalhadores é o seu distanciamento dos ambientes de trabalho, verificando-se um descrédito quanto à concretização do trabalho enquanto fator de proteção:

Há cinco anos o fiscal foi conversar comigo. Notei que ele chegou muito perto de mim. Aí, ele falou: você bebeu, né? Eu falei: bebi, mas foi em casa, já tomei banho, jantei, agora não bebi mais no caminho. Ele disse: você bebeu, estou de olho em você. De lá pra cá eu vi que já tinha mudado. A confiança que eu tinha ter com ele, eu não ia ter mais, aí, um passa pro outro e num instantinho todo o órgão tá sabendo. O boato corre. Então chega um certo ponto que eles acharam por melhor me devolver pra empresa. (Informação verbal) ⁶³

O problema é que nem todo mundo que bebe, chega no serviço embriagado. Eles já têm esse ponto a favor deles, mas eu não tenho nenhum ponto a favor meu. Enquanto você não largar o dom de beber, ele vai intimidar. Não quero voltar a trabalhar na mesma empresa não. Quero me aposentar. (Informação verbal) ⁶⁴

Eu não tenho vontade de voltar a trabalhar por causa disso: eu sei que não é a primeira nem a segunda vez que eu fui afastado. Toda vez é assim: eles não têm mais credibilidade em mim. O tratamento vai me ajudar, mas para eles vai continuar a mesma coisa. Eles esperam só um motivo pra mandar embora. (Informação verbal) ⁶⁵

4.2.3 A concepção do auxílio-doença como direito para os segurados: a relevância do tratamento especializado

Quanto à concepção do AD para os sujeitos, este é associado à incapacidade para o trabalho decorrente do consumo de álcool ou associado ao de outras substâncias psicoativas. Por envolver uma mobilização coletiva, coloca a importância da realização do tratamento especializado, tanto como condição para a renovação do benefício, como para o investimento nos cuidados com a saúde.

⁶³Trecho de entrevista do paciente um.

⁶⁴Trecho de entrevista do paciente seis.

⁶⁵ Trecho de entrevista do paciente dois.

O discurso dos sujeitos evidenciou que estes compreendem a SDA como doença, bem como o afastamento como oportunidade de investimento na qualidade de vida. Parte-se do pressuposto de que tais reflexões derivam da já consolidada adesão ao tratamento e dos resultados terapêuticos já construídos. É nesse sentido o AD concretiza-se como um direito de proteção à saúde do trabalhador.

Os entrevistados se referiram ao procedimento na perícia médica do INSS de requerimento dos laudos médicos como subsídio às decisões de renovação ou cessação do benefício. Dessa forma, enfatiza-se o potencial das equipes de saúde no uso desses instrumentais técnicos para concretizar portas de saída do benefício. As entrevistas demonstraram a relevância da avaliação médica e psiquiátrica no programa, tanto no acesso quanto na renovação do AD:

Toda perícia que eu vou fazer, tenho que levar o laudo médico junto com a receita, feito pela psiquiatra e pelo clínico. E eu acho que vou conseguir me aposentar, porque os laudos daqui são bem feitos, e toda semana eu venho aqui no programa.⁶⁶

Eu vou ter uma última perícia agora, e dia 14 vence, é o meu último pagamento. Então eu vou marcar uma nova perícia e pedir o encaminhamento do programa, dizendo que eu estou fazendo tratamento. Porque eles querem saber é se você está fazendo tratamento. (Informação verbal)⁶⁷

Esta questão associa-se à compreensão dos entrevistados de que a aposentadoria, ou a readaptação profissional podem se concretizar como uma opção mais favorável de proteção social que o retorno ao mesmo ambiente de trabalho, caracterizado pela perda de sentido diante da complexa relação com o álcool.

A adesão ao tratamento contribuiu para as reflexões e elaboração de novos projetos de vida, e os sensibilizou para o investimento em sua própria saúde. Nesse sentido, os sujeitos enfatizam o papel do tratamento para: o manejo dos sintomas da síndrome de abstinência do álcool pelo uso de medicamentos; estabelecer estratégias de proteção para a manutenção da abstinência e redução e do consumo das substâncias psicoativas; o fortalecimento da rede social e familiar, o resgate de relacionamentos inter-pessoais:

Eu acho o auxílio-doença muito bom, porque antes eu não tinha vida com a família, e hoje eu estou tendo. Porque eu não estou trabalhando, eu estou

⁶⁶ Trecho de entrevista do paciente quatro.

⁶⁷ Trecho de entrevista do paciente seis.

ficando só em casa, com a família, cuidando dos filhos, e fazendo tratamento. (Informação verbal) ⁶⁸

Só que não é vantagem estar na situação que eu estou, ganhando mais, e não sabendo aproveitar. Eu estou tentando parar, e não estou conseguindo. Então eu estou buscando ajuda do Programa. (Informação verbal) ⁶⁹

A entrevistada oito não realizou uma clara associação entre AD e SDA. Concorre para isso a sua recente inserção no tratamento, em que ainda não tinha realizado uma avaliação médica. É este desconhecimento do seu problema de saúde e a insegurança quanto à perda do benefício que a motivaram a iniciar o tratamento no PAA.

A análise de seu registro do prontuário demonstrou que, quando foi realizada a avaliação médica, a dependência do álcool foi a causa de seu afastamento do trabalho. Com base no diagnóstico, o tratamento permite a elaboração e o enfrentamento dos problemas relacionados ao consumo do álcool. Contudo, para que seja eficaz, é necessária a renovação do AD: ⁷⁰

O médico de lá está vendo que eu não consigo andar, e aí ele deixou até o dia 20 para eu conseguir um laudo. Com esse papel eles vão ver que eu não estou podendo voltar a trabalhar. E agora eu não sei o que vou fazer. Porque se eu não consigo andar, para voltar a trabalhar eu não tenho condições. Me indicaram que aqui teria alguém para me ajudar. Já fui nos alcoólicos anônimos, quando eu tava com depressão, e aí eu bebia muito mesmo. Esquecia que eu era viúva (...) E agora eu tenho mesmo que lutar por mim por um tratamento sério. (Informação verbal) ⁷¹

Os entrevistados compreendem que o AD viabilizou a adesão ao tratamento, e nesse sentido, discute-se o benefício como um direito de promoção à saúde. Sentem-se mais confiantes ao longo do tratamento e valorizam a oportunidade do afastamento do trabalho para poder fazê-lo. Nesse sentido, a inserção dos entrevistados no tratamento concretiza a saúde e o AD como direitos sociais.

⁶⁸ Trecho de entrevista do paciente dois.

⁶⁹ Trecho de entrevista do paciente cinco.

⁷⁰ A avaliação médica da entrevista oito registrou: dificuldade para locomoção nos membros inferiores, diagnóstico de síndrome de dependência do álcool (F10) e de hemopatia (alcoólica, por deficiência de vitamina B12), bem como da SAA. Com essas informações, foi concedido um relatório médico para o INSS, intervenção realizada no primeiro atendimento clínico no PAA: Análise de prontuário/HUB, outubro/2007.

⁷¹ Paciente oito.

4.2.4 O auxílio-doença no contexto de promoção da saúde: aposentadorias, retorno ao trabalho e readaptação profissional

Meu projeto de vida é resolver minha vida daqui para a frente: minha situação com o INSS ou com a empresa, não sei como vai ficar. E tudo que resolver, não quero mais trabalhar com carro não. (Informação verbal)⁷²

Eu queria tá melhor. Queria tá trabalhando, ter alguma coisa certa todo dia. Uma vez recebi alta do AD e fui à firma. Ela me mandou de volta. Fui nos recursos humanos, e a firma me mandou de volta. Aí eu fiquei nisso até hoje! Tentei, internei, tentei, internei, tentei, internei. Toda vez eu levo um laudo e é a mesma coisa. (Informação verbal)⁷³

A descrição da dinâmica dos atores envolvidos e dos aspectos referentes à concessão do benefício condiz com o AD previdenciário. Embora a intervenção sobre a dinâmica do trabalho pudesse ser potencializada por meio da concessão do AD acidentário, a modalidade previdenciária situa-se como uma garantia mínima de direitos em um contexto marcado por precárias medidas de promoção da saúde no trabalho.

Já no que se refere ao AD acidentário, as alterações na legislação previdenciária, reafirmam este benefício como um direito do segurado, e nesse sentido, os instrumentais técnicos nos sistemas de saúde podem subsidiar a concretização deste direito no âmbito do INSS. Uma adequada avaliação interdisciplinar é necessária considerando-se a relevância do parecer técnico para subsidiar as decisões da perícia médica no INSS.

Segundo o art. 80 do PBPS, a concessão do AD caracteriza a situação do trabalhador como licenciado pela empresa, possibilitando a manutenção do vínculo empregatício. Nenhum dos entrevistados considera-se desempregado, dessa forma, reconhecem que o usufruto do benefício e a qualidade de segurado asseguram não somente a condição de trabalhador empregado, mas a garantia de um afastamento provisório visando à realização de um tratamento de saúde.

Contudo, a complexidade da relação álcool e trabalho que fundamenta a concessão do AD e a falta de articulação institucional posterior à concessão do benefício caracterizam situações financeiras indefinidas aos trabalhadores. A suspensão do contrato de trabalho pelas empresas não se fez acompanhar de um investimento no retorno do segurado ao trabalho. Os contratos de trabalho dos seguros caracterizam que a relação entre empresa e trabalhadores é

⁷²Trecho de entrevista do paciente sete.

⁷³Trecho de entrevista do paciente cinco.

fragilizada, sendo ausente uma estrutura institucional no sentido de prevenção e promoção da saúde. A chefia é mediada pela atuação dos supervisores, limitadas ao âmbito da fiscalização e controle da produtividade do trabalho.

A despeito dos comprometimentos orgânicos e clínicos, a SDA caracteriza-se como um transtorno mental, sobretudo pelas alterações de comportamento e de personalidade. Seligmann-Silva (2005) afirma que os transtornos mentais e psíquicos, tradicionalmente evidenciados pelos diagnósticos na Psiquiatria, são classicamente associados à incapacidade para o trabalho. Há também um baixo nível de informações dos entrevistados quanto à readaptação profissional respaldada na legislação previdenciária.

Essas questões foram denunciadas nos discursos dos sujeitos, em meio a sentimentos de angústia, frustração e até mesmo de revolta. O trabalho ainda se constitui como a opção almejada para dar continuidade aos projetos de vida, contudo, nenhum dos sujeitos identifica possibilidades concretas de retorno à atividade que exerciam. São eles os próprios mediadores entre o serviço de saúde e o empregador, em uma relação limitada ao âmbito administrativo. Esta se referia aos laudos e relatórios médicos decorrentes da alta ou permanência no benefício.

Os sujeitos referem decisões do INSS de impossibilidade de retorno à suas funções laborais. O prolongamento do afastamento do trabalho é sustentado pela perícia médica do INSS, visto que em virtude dos quadros clínicos da SDA e das características dos trabalhos, o retorno às atividades implicaria em situações de risco.

Teixeira (2001) afirma que no âmbito do INSS, a última perícia antes da transformação do AD em aposentadoria por invalidez ocorre depois de dois anos. Este período coincide com o afastamento de alguns entrevistados, exigindo-se a colocação de alternativas no âmbito do INSS.

Dentre as alternativas apresentadas como desafios aos serviços de saúde, são relevantes a da readaptação profissional e da transformação do afastamento provisório em afastamentos permanentes do trabalho. Contudo, um afastamento prolongado do trabalho, como é o caso das aposentadorias, traz conseqüências sobre a saúde mental dos segurados ainda desconhecidas pelas equipes de saúde, e que devem ser estudadas (SELIGMANN-SILVA, 2005).

Seligmann-Silva (2005), Karam (2003) e Vaissman (2004) discutem a importância do trabalho como fator de proteção, e as abordagens terapêuticas dos serviços de saúde pautam-se por esta compreensão. A articulação dos serviços de saúde com ações concretas de readaptação funcional trariam novos desafios para as propostas terapêuticas: “é importante

avaliar cuidadosamente o retorno ao trabalho após afastamento por distúrbios psíquicos, sendo necessárias ações integradas e acompanhamento multidisciplinar, abrangendo o tratamento com medicação, psicoterapia e suporte por parte dos colegas e das chefias” (GLINA et al, 2001, p. 616).

Ao nível da gestão do benefício no INSS, questiona-se a prorrogação do benefício ao longo prazo sem o devido conhecimento das condições de retorno ao trabalho e informações pessoais sobre os critérios para a aquisição de aposentadoria. Ressalta-se a importância das decisões da perícia médica do INSS serem construídas em conjunto com os usuários, pois a ausência de informações tem implicações sobre a elaboração de projetos de vida nas abordagens terapêuticas.

Para o fim exclusivamente previdenciário, o MS estabeleceu diretrizes para que o INSS estabelecesse a incapacidade para o trabalho. O MS aponta as seguintes considerações:

Para a imensa maioria das situações, a Previdência trabalha apenas com a definição apresentada, entendendo impossibilidade como incapacidade para atingir a média de rendimento alcançada em condições normais pelos trabalhadores da categoria da pessoa examinada. Na avaliação da incapacidade laborativa, é necessário ter sempre em mente que o ponto de referência e a base de comparação devem ser as condições daquele próprio examinado enquanto trabalhava e nunca os da média da coletividade operária. (DIAS, 2001)

A opção de não retornar ao exercício da mesma função e de almejar a aposentadoria foi claramente explicitada pelos entrevistados. Concorreu para isso a precariedade das informações quanto aos direitos de reabilitação e ao desgaste das relações de trabalho inerentes ao retorno. Além disso, a aposentadoria constitui-se em um direito previdenciário de maior estabilidade financeira e que independe da realização de perícias médicas:

Somente o entrevistado três adquiriu a aposentadoria por invalidez, após seis meses de vigência do AD. O entrevistado seis se refere a esta modalidade de aposentadoria:

Não quero voltar a trabalhar na mesma empresa não. Quero me aposentar. Tenho tempo e idade. Quero me aposentar nem que seja com 80%. (Informação verbal)⁷⁴

Os entrevistados um e dois se referem ao conhecimento de uma estabilidade provisória, que se infere ser decorrente de acordos coletivos do trabalho. Embora tenham consciência deste direito, priorizam o acesso às aposentadorias como continuidade dos projetos de vida:

⁷⁴Trecho de entrevista do paciente seis.

Eu ouvi um boato de que se o INSS me der sessenta dias de afastamento após a licença médica, eu tenho um ano de estabilidade na empresa. Beleza, porque aí eu já fico mais pertinho da minha aposentadoria. E bem pertinho, eu dou um jeito de pagar. Eu pago do meu bolso. (Informação verbal)⁷⁵

Eu vou fazer uma reabilitação profissional, e o Sindicato falou que quando eu voltar, tenho uma estabilidade provisória de um ano. Mas eles não têm mais a credibilidade em mim. Eles esperam só um motivo pra poder mandar a pessoa ir embora. No sindicato, conseguir outra coisa com a minha idade é difícil. Se eu for demitido, daqui a um ano quero trabalhar por conta própria. (Informação verbal)⁷⁶

O entrevistado sete relata abstinência do álcool e redução de outras substâncias psicoativas e compartilha dos resultados das avaliações médicas no tratamento e na perícia do INSS. Evidencia uma tentativa de readaptação profissional pelo PAA, negada pelo INSS. Diante disso, o sujeito buscou informações sobre sua aposentadoria:

Quando eu fizer nova perícia, ela vai pedir minha aposentadoria por dois motivos: eu tenho 25 anos de contribuição e a minha função é de risco. Por isso, eu tenho até o ano de 1995 uma periculosidade de 40%. Em cima desses anos vai dar trinta e tantos anos. O outro benefício que me ampara é que eu já fiz dois anos encostado. (Informação verbal)⁷⁷

Segundo Teixeira (2001), a avaliação da capacidade e incapacidade para o trabalho é complexa e os papéis das perícias médicas administrativas são confusos e de difícil compreensão, o que pode estar relacionado à dimensão técnica da lógica do sistema previdenciário. Ressalta que os conceitos de capacidade e incapacidade para o trabalho são utilizados para uma sistematização médica no âmbito previdenciário. Os diagnósticos médicos que permitem o acesso ao AD não se limitam à dimensão patológica, nem à rigidez dos conceitos de capacidade e incapacidade para o trabalho.

O autor afirma que tais conceitos guiam-se pela centralidade do trabalho no mundo globalizado, que reduz o significado do trabalho a uma utilidade social ao capitalismo. Esta “privilegia o indivíduo que consome, compete com os seus pares, busca ascensão profissional, dinheiro, poder, conhecimento desvinculado da realidade prática. Esta é a modernidade ocidental” (2001, p. 151).

Esta análise é válida para a abordagem sobre a SDA. A incapacidade para o trabalho diagnosticada pela perícia médica do INSS não implica na incapacidade de investimento do sujeito na saúde e nem em uma ausência de condições permanentes para o trabalho.

⁷⁵ Trecho de entrevista do paciente um.

⁷⁶ Trecho de entrevista do paciente dois.

⁷⁷ Entrevista fornecida pelo paciente sete.

Em consonância com a proposta da Política Nacional de Atenção aos Usuários de Álcool e outras drogas, um modelo de atenção à saúde dos usuários das substâncias psicoativas deve ter um caráter multifatorial, não reduzindo a problemática somente aos sistemas de saúde (OLIVEIRA, 2005). A assistência à saúde de maneira integral e equitativa envolve uma maior articulação entre a prevenção, o tratamento e a educação. Neste processo, os problemas relacionados ao consumo do álcool devem ser olhados de forma mais integral, em que o direito ao trabalho constitui-se em questão fundamental.

5 Considerações finais

A constituição da Seguridade Social na CF de 1988 estabeleceu novas interfaces entre as políticas de saúde e previdência social. Estas, concretizadas no campo da Saúde do Trabalhador, incluem ações preventivas e de promoção à saúde derivadas das estatísticas previdenciárias referentes à concessão do auxílio-doença devido à síndrome de dependência do álcool. Os altos índices de diagnóstico da síndrome de dependência do álcool na concessão do auxílio doença reforçam que a doença é um problema de saúde pública, bem como um forte fator de incapacidade laborativa. Entretanto, tal reconhecimento legal deve ser associado a perspectivas concretas de mudanças na organização do trabalho e de desenvolvimento de ações preventivas.

É nesta perspectiva que a cobertura das doenças não se limita ao âmbito do INSS, mas abrange a atuação dos serviços de saúde. Os novos desafios colocados aos profissionais incluem: um claro conhecimento da organização de trabalho, o aperfeiçoamento dos diagnósticos pelo estabelecimento donexo causal e a contribuição com os usuários para a construção de alternativas concretas.

A fundamentação legal do auxílio doença sustenta que este é um direito que contribui para a proteção do emprego, pois mantém o vínculo empregatício e concorre para o retorno ao trabalho. Deveria possibilitar o tratamento, com posterior alta, seja no sentido preferencial de reintegração ao trabalho ou da transformação do benefício em aposentadoria por invalidez, caso a incapacidade se demonstre permanente bem como de acesso às demais aposentadorias no RGPS.

Os resultados do estudo de caso não foram suficientes para comprovar a percepção do auxílio-doença acidentário por algum dos entrevistados. Entretanto, demonstra-se que o trabalho se constituiu como um fator agravante da síndrome de dependência do álcool, o que justificaria a investigação da possibilidade de concessão daquela modalidade de benefício.

Os sujeitos compreendem o auxílio-doença não somente como um direito previdenciário, mas como um direito de proteção e promoção da saúde. Nessa perspectiva, a concretização do benefício como um direito social depende de uma maior articulação institucional e mudanças nas relações sociais no contexto ocupacional dos entrevistados. Estas são questões inseridas no acesso a um tratamento de qualidade, questionando-se o retorno ao ambiente laboral como único fator de proteção à saúde.

6 Referências Bibliográficas

ASSUNÇÃO, A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência e saúde coletiva**, 2003, v. 8, n. 4, p. 1005-1018.

BARBOSA-BRANCO, A. **O trabalho e a mente**, 2006. Disponível em: <<http://www.unb.br/acs/bcopauta/saude5.htm>> Acesso em: 15 set. 2007.

BARBOSA-BRANCO, A. **Risco do trabalho subestimado**, 2007. Disponível em: <<http://www.unb.br/acs/bcopauta/saude25.htm>> Acesso em: 15 set. 2007.

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez editora, 2006. (Biblioteca básica do serviço social, v. 2).

BEHRING, E. **Política social: notas sobre o presente e o futuro**. In: BOSCHETTI, I. et al. (Orgs). **Política Social: Alternativas ao Neoliberalismo**. Brasília: Unb, Programa de Pós-graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, 2004.

BOFF, B.; LEITE, D.; AZABUNJA, M. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 337-342, jun. 2002. Disponível em:

BOSCHETTI, I. **Assistência social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo**. Brasília: KACO, 2003.

_____. **Os direitos da Seguridade Social no Brasil**. In: CARVALHO, D. B. B. de; DINIZ, D. D.; STEIN, R.H (Orgs). **Política Social, justiça e direitos de cidadania na América Latina**. Brasília: UnB, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, 2007.

_____. **Seguridade Social e projeto ético-político: que direitos para qual cidadania?** In: **Serviço Social: formação e projeto político**. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez Editora, ano XXIV, nº 79, set. de 2004.

_____. **Seguridade Social e Trabalho**. Paradoxos na Construção das Políticas de Previdência e Assistência Social no Brasil. Brasília: Letras livres, Editora UnB, 2006. (Coleção Política Social, v. 1).

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Presidência da República**. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao /Constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm) >. Acesso em: 07 jan. 2008.

_____. Decreto-lei no. 5.452, de 01 de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Presidência da República**. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Decreto-Lei/Del5452.htm>>. Acesso em: 07 jan. 2008.

_____. Decreto no. 3.048, de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. **Presidência da República**. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto/D3048.htm>>. Acesso em: 07 jan. 2008.

_____. Lei no. 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Presidência da República**. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L8213cons.htm>>. Acesso em: 07 jan. 2008.

_____. Lei nº 11.430, de 26 de dezembro de 2006. **Presidência da República**. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Ato2004-2006/2006/Lei/L11430.htm>>. Acesso em: 07 jan. 2008.

CARDOSO, Jr.; JACCOUD, L. **Políticas Sociais no Brasil: Organização, Abrangência e Tensões da Ação Estatal**. In: JACCOUD, L. (org). *Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo*. Brasília: IPEA, 2005.

CASTRO, Karen Carvalho de. **Álcool e Trabalho: Uma Experiência de Tratamento de Trabalhadores de uma Universidade Pública do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - ENSP/FIOCRUZ/CESTHE, Rio de Janeiro, 2002.

CASTRO, J.; CARDOSO, Jr. **Políticas Sociais no Brasil: restrições macroeconômicas ao financiamento social no âmbito federal entre 1995 e 2002**. In: JACCOUD, L. (org). *Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo*. Brasília: IPEA, 2005.

Jernigan, D., et al. **Álcool, Legislação e Políticas Públicas**. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/categoria.htmlFhIdCategoria=6abe561ae98183771463bd986b926789>>. Acesso em: 22 de fev. 2008.

CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In:

CZERESNIA, D., & Freitas, C.M. (org). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

COHN, A. **O SUS e o direito à saúde**: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N. et al. (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

COUTINHO, C. **Notas sobre cidadania e modernidade**. In: Praia Vermelha, v.1. Rio de Janeiro: PPSS/ UFRJ, 1997.

COHN, A.; JACOBI, P.; KARSCH, U.; NUNES, E. **A saúde como direito e como serviço**. 4.ed. São Paulo: Cortez editora, 2006.

FOLMANN, M. (Coord.). **Aspectos relevantes do benefício auxílio-doença no regime geral de previdência social**. Direito Previdenciário. Temas Atuais. Curitiba: Juruá, 2006.

DEJOURS, C. **A loucura no Trabalho**. Estudo de Psicopatologia do Trabalho. 5. ed., São Paulo: Cortez editora, Oboré, 1992.

DIAS, E (Org.). **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. (Série A. Normas e manuais técnicos, n.114).

DONATO, M. ZEITOUNE, G. **Reinserção do trabalhador alcoolista**: percepção, limites e possibilidades de intervenção do enfermeiro do trabalho. **Esc. Anna Nery R. Enferm.** [online]. dez. 2006, v.10, n.3, p. 399-407. Disponível em: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 mar. 2008.

ESPING-ANDERSEN, G. **As três economias políticas do Welfare State**. Lua Nova. n. 24. Setembro 1991.

ESCOREL, S.; BLOCH, R. **As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS**. In: LIMA, N. et al. (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2005. p. 83-119.

FALEIROS, V. **Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil**. In: CFESS; ABEPSS. (Org.). Capacitação em serviço social e política social- Módulo 3. 1 ed. Brasília: Editora da UnB/CEAD, 2000, v. 3, p. 41-56.

FREITAS, C. **A regulamentação das relações de trabalho no governo Fernando Henrique Cardoso.** In: DAL ROSSO, S.; FERREIRA, M. A regulação social do trabalho. Brasília: Paralelo 15, 2003. p. 49 - 69.

GIOVANELLA, L. Entre o mérito e a necessidade: análise dos princípios constitutivos do seguro social de doença alemão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1999000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 mar. 2008.

GLINA, D. et al. Saúde Mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2001000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 mar. 2008.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26(Supl I), 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500004>. Acesso em: 07 mar. 2008.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA. **Protocolo do Programa de Atendimento ao Alcoolismo.** Brasília: [s.n], 2004.

IPEA. PNAD 2006: Primeiras análises. Demografia, educação, trabalho, previdência, desigualdade de renda e pobreza. **Boletim IPEA**. Brasília/Rio de Janeiro: IPEA, set. 2007. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/Mailings/12/149/Mailing149.htm>>. Acesso em: 07 mar. 2008.

Jernigan, D., et al. **Álcool, Legislação e Políticas Públicas.** Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/categoria.htmlFhIdCategoria=6abe561ae98183771463bd986b926789>>. Acesso em: 22 de fev. 2008.

KARAM, H. O sujeito entre a alcoolização e a cidadania: perspectiva clínica do trabalho. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. RS, v. 23, n. 3, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010181082003000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. Acesso em: 07 mar. 2008.

KARAM, H. 2004. Alcoolismo no Trabalho. Magda Vaissman. Rio de Janeiro: Garamond/Editora Fiocruz, 2004. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. Rio de Janeiro, v.21, n.4, 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400035&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 07 mar. 2008.

LARANJEIRA, R.; NICASTRI, S.; JERÔNIMO, C.; MARQUES, A. **Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento**. Rev. Bras. Psiquiatria, v. 22, n. 2, p. 62-71, jun. 2000. Disponível em: Acesso em: 07 de mar. 2008.

LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas de álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v.26. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462004000500017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 mar. 2008.

LARANJEIRA, R.; DUAILIBI, S. Políticas Públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 41, n. 5, 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102007000500019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 mar. 2008.

MARLATT, A. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: ARTMED, 1999.

MARQUES, ACPR, Ribeiro, M. **Abuso e Dependência – Álcool**. Associação Brasileira de Psiquiatria. In: JATENE, F.B. [et al] (Org.). Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. v.2, Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2003.

MARTINS, A. A. **Embriaguez no Direito do Trabalho**. São Paulo: Editora LTR, 1999.

NASCIMENTO, E.; JUSTO, J. Vidas errantes e alcoolismo: uma questão social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 13, n. 3, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722000000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 mar. 2008.

Governo lança Política Nacional sobre Bebidas Alcoólicas. **Ministério da Saúde**, mai. 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=30556>. Acesso em: 07 mar. 2008.

NEVES, D. P. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? **Cadernos de Saúde Pública**. 2004, v. 20, n. 1, Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 4 Mai. 2008.

NIEL, M.; JULIÃO, A. **Alcoolismo: Conceitos Gerais, Avaliação Diagnóstica e Complicações Clínicas**. In: SILVEIRA, D.; Moreira, F (Orgs.). Panorama atual de drogas e dependências. Rio de Janeiro: Atheneu, 2006.

PUSTAI, O. **O Sistema de Saúde no Brasil**. In: DUNCAN, B.; SCHMIDT, M.; GIUGLIANI, E. Medicina Ambulatorial. Artimed, 2004.
SANTOS, M. f. dos. **Direito Previdenciário**. 3 ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2007.

SEGRE, M; FONTANA-ROSA, J. **Questões Éticas na Abordagem do Dependente de Drogas**. In: SEIBEL, S; TOSCANO, A. (Org). Dependência de Drogas. São Paulo: Atheneu.
SANTOS, M. **Direito Previdenciário**. 3.ed. rev.e atual, São Paulo: Saraiva, 2007. (Coleção sinopses jurídicas, v. 25).

SALVADOR, E.; BOSCHETTI, I. **(Des) regulamentação dos direitos previdenciários e (des) estruturação do mercado de trabalho**. In: DAL ROSSO, S.; FERREIRA, M. A regulação social do trabalho. Brasília: Paralelo 15, 2003. SELIGMANN-SILVA, E. **Psicopatologia e Saúde Mental no Trabalho**. In: MENDES, R. Patologia do Trabalho. Rio de Janeiro: Ed ATHENEU, 2005.

Secretaria Nacional Antidrogas/Gabinete de Segurança Institucional. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. LARANJEIRA, R., et al (Orgs). Brasília, DF, 2007.

_____. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005** /CARLINI, E.A(Superv). São Paulo: Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID): UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/>>. Acesso em: 15 set. 2007.

SOUZA, A. **Saúde mental e trabalho: dois enfoques**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 20, n. 75, jan./jun. 1992.

TELLES, V. **Direitos Sociais: afinal do que se trata?** Belo Horizonte: UFMG, 1999.

TEIXEIRA, E. **Considerações sobre o auxílio-doença e a aposentadoria por invalidez**. Revista da AJUFE (Associação dos Juizes Federais do Brasil), n. 252, v. 20, n. 68, out./dez. 2001.

VAISSMAN, M. **Alcoolismo no trabalho**. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz, 2004.

VIANNA, C. **A relação de emprego e os impactos decorrentes dos benefícios previdenciários**. São Paulo: LTr, 2007.

VIVARTA, V (Coord.). **Equilíbrio Distante: Tabaco, álcool e adolescência no jornalismo brasileiro**. São Paulo: Cortez, 2003. (Série Mídia e Mobilização Social, v. 3).

Anexo - Roteiro de Entrevista Semi-Estruturado

1 Questões norteadoras

1.1 Trabalho:

- Qual é a sua profissão?
- Como você considera a sua atual condição de trabalho?
- Há quanto tempo é contribuinte para a Previdência Social? Já foi contribuinte exercendo alguma outra profissão?
- Há quanto tempo encontra-se afastado do trabalho? Qual é o significado deste trabalho para você?
- Em relação ao seu último emprego, como você avalia as condições e o ambiente do seu trabalho? Poderia descrevê-las? (horário e ritmo de trabalho, turno, gestão do trabalho)
- Como eram as suas relações de trabalho (chefia, colegas de trabalho)
- Havia alguma situação que te chateava no seu trabalho? Como você reagia nessa situação?
- Porque você foi afastado do trabalho?
- Você acha que o consumo de álcool (e/ou de outras substâncias psicoativas) afetou seu trabalho? Você acha que te deixou sem condições de trabalhar? Se sim, de que maneira?

1.2 Auxílio-Doença:

- O que você conhece sobre o benefício auxílio-doença?
- Porque você está recebendo o auxílio-doença?
- Já tinha alguma informação antes do acesso ao benefício? Como?
- Poderia descrever todos os passos que você lembrar, e que foram tomados para o acesso ao benefício auxílio-doença?
- E para que serve o benefício auxílio-doença?
- Por quanto tempo você vai receber o auxílio-doença?
- Como você avalia a possibilidade de retornar ao seu emprego?
- Como você utiliza o tempo em que se dedicava ao trabalho?

1.3 Tratamento:

- No momento atual em que você está recebendo o benefício auxílio-doença, como você utiliza o tempo antes destinado ao trabalho?
- Como você começou a participar do PAA aqui no HUB?
- A instituição do seu local de trabalho teve alguma participação para o seu encaminhamento ao PAA? Como?
- Quando e como você viu a necessidade de procurar realizar um tratamento?

