

INSTITUTO BRASILIENSE DE DIREITO PÚBLICO - IDP
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO E PROCESSO DO TRABALHO

PAULA DE CARVALHO SOBRAL

ALCOOLISMO COMO INCAPACIDADE SOCIAL: NOVOS ASPECTOS DAS LEIS
12.435 e 12.470 DE 2011.

BRASÍLIA,
FEVEREIRO 2014

PAULA DE CARVALHO SOBRAL

**ALCOOLISMO COMO INCAPACIDADE SOCIAL: NOVOS ASPECTOS DAS LEIS
12.435 e 12.470 DE 2011**

Monografia apresentada ao Instituto
Brasiliense de Direito Público como requisito
parcial para obtenção do título de Especialista
em Direito e Processo do Trabalho.

**BRASÍLIA,
FEVEREIRO 2014**

PAULA DE CARVALHO SOBRAL

**ALCOOLISMO COMO INCAPACIDADE SOCIAL: NOVOS ASPECTOS DAS LEIS
12.435 e 12.470 DE 2011**

Monografia apresentada ao Instituto
Brasiliense de Direito Público como requisito
parcial para a obtenção do título de
Especialista em Direito e Processo do
Trabalho.

Brasília-DF, 28 de Fevereiro de 2014.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.

Prof.

Prof.

Aos meus pais e irmãos, pelo amor incondicional, e ao meu querido noivo Lívio pelo companheirismo e carinho.

AGRADECIMENTOS

Ao presente trabalho, tenho a agradecer primeiramente a meus pais, aos meus irmãos e ao meu amado noivo Lívio, pelo auxílio e compreensão ofertados durante essa jornada incessante de trabalho.

E, por fim, aos funcionários desta Instituição, em especial àqueles da biblioteca central, por sempre me ajudarem nas minhas pesquisas bibliográficas.

RESUMO

A presente pesquisa científica versa sobre a instigante matéria da embriaguez como incapacidade social, abordando, em especial, o reflexo do alcoolismo como motivação para a rescisão por justa causa do contrato individual de trabalho, bem como para a percepção do benefício de prestação continuada previsto na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). O estudo do tema leva-nos a uma melhor compreensão da forma como a matéria é disposta na Consolidação das Leis do Trabalho e na Lei Orgânica de Assistência Social, quais as transformações científicas e sociais ocorridas nos últimos anos e seus reflexos nas jurisprudências trabalhista e previdenciária. Demonstrou-se a necessidade de analisar o alcoolismo como incapacidade social, a fim de conceder ao cidadão meios de sustentar sua família e realizar o tratamento adequado, visando à sua reinserção profissional e social, para fazer valer o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana.

PALAVRAS-CHAVE: Alcoolismo. Doença. Justa causa. Incapacidade social.

ABSTRACT

This scientific research is about the exciting field of drunkenness as a social disability, addressing, in particular, the reflection of alcoholism as a motivation for the termination by just cause of an individual labor contract, as well as for the perception of the continuing provision benefit laid down in Organic Law of Social Assistance. The study of the theme leads us to a better understanding on how the matter is disposed on the Labor Laws Consolidation and on the Organic Law of Social Assistance, which were the scientific and social changes occurred in recent years and its reflections on labor and social jurisprudence. It was demonstrated the need to consider alcoholism as a social disability, in order to give to the citizen the means to support his family and to receive the appropriate treatment, aiming his professional and social reintegration, enforcing the constitutional principle of human dignity.

KEYWORDS: Alcoholism. Disease. Just cause. Social disability.

ROL DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcólicos Anônimos
APA	Associação Americana de Psiquiatria
ART	Artigo
CF	Constituição Federal/88
CID	Código Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
INSS	Instituto Nacional da Seguridade Social
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização Mundial das Nações Unidas
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
TRT	Tribunal Regional do Trabalho
TST	Tribunal Superior do Trabalho

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
1 ALCOOLISMO	11
1.1_Conceito	11
1.1.1_Conceito Médico	13
1.1.2_Conceito Jurídico	17
1.2_Formas de Tratamento	22
1.3_Alcoolismo no ambiente de trabalho	23
1.3.1_Embriaguez habitual	26
1.3.2_Embriaguez em serviço	27
1.3.3_Embriaguez acidental	27
1.3.4_Embriaguez não acidental	28
1.3.4_Embriaguez funcional	29
2 ALCOOLISMO COMO DOENÇA – PROTEÇÃO PREVIDENCIÁRIA	30
2.1_Enquadramento como doença pela OMS	30
2.2_Letra morta da CLT – justa causa	33
2.2.1_Projeto de Lei nº 48/2010	37
2.3_Benefício previdenciário cabível	40
2.3.1_Auxílio doença	41
2.3.2_Aposentadoria por invalidez	43
2.4_Pensão por morte em caso de não estar contribuindo para o INSS	44
3 ALCOOLISMO COMO INCAPACIDADE SOCIAL	52
3.1_Lei 8.742 de 1993	52
3.2_Leis 12.435 e 12.470 de 2011 – novos aspectos	55
3.2.1_O alcoolismo e o benefício de prestação continuada	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	61

INTRODUÇÃO

Este trabalho científico propõe-se a fazer um estudo acerca das Leis nº 12.345 e 12.470, de 2011, no que concerne ao enquadramento do alcoolismo como incapacidade social. Para tanto, é preciso entender o alcoolismo em todas as suas vertentes, quer seja na esfera histórico/social, médica ou jurídica.

Através de uma análise de toda a história humana, observa-se que o uso de substâncias psicoativas como o álcool aparece desde os primeiros registros da existência da humanidade. Assim, as drogas faziam parte do cotidiano das sociedades, estando relacionadas a rituais religiosos, culturais, sociais, estratégico/militares, entre outros.

Muitas destas substâncias eram tidas como místicas ou sagradas, por sua capacidade de alterar consideravelmente o comportamento de seu usuário. Buscava-se com o uso do álcool a cura de doenças, afastar maus espíritos, obter sucesso nas caçadas, nas conquistas e atenuar a fome e o rigor do clima em determinadas regiões.

Posteriormente, devido às sensações iniciais de prazer provocadas pelo álcool, o uso indiscriminado da bebida passou a ser status de ascensão social, extremamente explorado pela mídia, sendo tolerado em quase todos os cenários sociais, principalmente como símbolo de comemoração presente em festividades como casamentos, natal, aniversários, etc.

Entretanto, com a evolução da medicina, começou-se a perceber os danos causados pelo uso da substância, deflagrando-se mobilizações contra o consumo desmedido de bebidas alcólicas, principalmente após o reconhecimento pela Organização Mundial de Saúde (OMS) da dependência patológica de tal substância, o que viabilizou métodos de desestímulo ao seu consumo.

Ocorre que, apesar de todo o avanço com os estudos médicos referentes ao uso indiscriminado do álcool e os seus malefícios, nossa legislação não evoluiu no mesmo compasso, causando enormes prejuízos físicos e sociais aos dependentes da bebida alcóolica, até então desassistidos pelos poderes executivo e legislativo.

O poder judiciário, por sua vez, demonstrando atitude contrária, evoluiu principalmente no tocante à desconsideração da demissão por justa causa quando detectada a embriaguez habitual, revelando uma preocupação com as mazelas sociais e entendendo o alcoolismo como fator incapacitante para o trabalho.

A Lei Orgânica da Assistência Social (8.742/1993) tratava como deficientes os incapacitados para a vida e o trabalho, não especificando que tipo de incapacidade se enquadrava nesse rol, limitando a aplicação do princípio da dignidade da pessoa humana. Para

suprir essa lacuna, foi publicada a Lei nº 12.435/2011 e posteriormente a Lei nº 12.470/2011, que alteraram o conceito de deficiente, buscando uma melhor aplicação do princípio constitucional retromencionado.

Tem, este trabalho científico, o objetivo de expor a evolução do alcoolismo no tocante à legislação trabalhista e previdenciária, principalmente no que diz respeito ao enquadramento ou não da doença no novo conceito de deficiente publicado nas Leis nº 12.435 e 12.470, ambas de 2011, pontuando-se as alterações histórico/sociais, médicas e legais que revelam o alcoolismo como incapacidade social, passível de assistência previdenciária.

Trata-se, portanto, de um estudo bibliográfico, tendo-se como base fundamentadora textos extraídos da doutrina e jurisprudência moderna, sites da internet e de outros trabalhos científicos.

O presente trabalho divide-se em 3 capítulos, sendo que o primeiro apontará a evolução histórica do alcoolismo, com o conceito médico e jurídico desta patologia, bem como a sua repercussão no ambiente de trabalho e as formas viáveis de tratamento. O segundo capítulo tratará da proteção previdenciária dada aos portadores do alcoolismo, trazendo o posicionamento jurisprudencial dominante e os benefícios cabíveis.

E, por fim, o terceiro e último capítulo discorrerá sobre o conceito de deficiente previsto na Lei nº 8.742/1993, e as alterações decorrentes das Leis nº 12.435 e 12.470, de 2011, demonstrando que o alcoolismo se enquadra como incapacidade social.

1 ALCOOLISMO

Antes de abordar as considerações sobre o alcoolismo como incapacidade social, faz-se necessário analisar o conceito técnico (médico e jurídico) desta patologia, bem como a sua repercussão no ambiente de trabalho e as formas viáveis de tratamento.

1.1 Conceito

A princípio cumpre ressaltar que o álcool é a droga psicoativa mais utilizada pela humanidade, ficando clara a influência de aspectos psicológicos, genéticos, morais e ambientais em seu consumo abusivo.

Na literatura médica, por volta do século 385 a.C, Hipócrates descreveu o uso do álcool como um fator predisponente a várias doenças, relatando inclusive o delírio decorrente do uso da substância em seu livro sobre as epidemias.¹

Tanto na Europa como nos Estados Unidos, o consumo de álcool aumentou consideravelmente após a Revolução Industrial, com o advento da destilação, em contraste à situação anterior, em que o uso era predominantemente associado a rituais religiosos ou festivos. A partir de então, o uso excessivo do álcool passou a ser “controlado” moralmente, por ser considerado um potencial gerador de problemas.

Em função das consequências deste uso abusivo e dos problemas dele decorrentes, a opinião pública passou a pressionar os cientistas da época a desenvolverem pesquisas. Benjamin Rush, um dos fundadores da psiquiatria americana, considerou o uso disfuncional do álcool como uma doença ou “transtorno da vontade”, publicando em 1789 um livro sobre o efeito dos “espirituosos” sobre a mente e sobre o corpo humano.²

Em 1849, Magnus Huss modifica a designação Alcoolismo, não se referindo à ingestão excessiva de bebida, mas sim, às consequências somáticas decorrentes de tal prática e os efeitos nocivos que a ingestão crônica proporcionava. Apesar disso, a ingestão do álcool ainda continuou a ser considerada como vício ou fraqueza de caráter.

A primeira indicação de que a embriaguez fosse considerada uma doença, partiu de trabalhos publicados por Thomaz Trotter, na Inglaterra, no final do século XVIII, vindo o termo “alcoolismo” a ser usado como sinônimo de “ebriedade” pela primeira vez na Europa,

¹ FORTES, J.R.A. – **Conceito e Definição de Alcoolismo**. In: A. Gatto, B.C.F. Alcoolismo. São Paulo, Sarfier, 1975, 11-27.

² EDWARDS, G. **Técnicas Especiais. O tratamento do alcoolismo**. São Paulo, Martins Fontes, 1994, 215-230.

em meados de 1850, quando passou a ser difundido como doença.³

Após inúmeras pesquisas e discussões acerca do tema no mundo, principalmente quanto ao conceito de doença versus o conceito moral, o alcoolismo foi incluído no Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais (DSM-I), da Associação Psiquiátrica Americana (APA), em 1952. A segunda edição deste manual (DSM-II) seguiu a classificação Internacional das Doenças (CID – 8) da Organização Mundial de Saúde - OMS, que dividia os problemas relacionados ao uso do álcool em três categorias: dependência, episódios de uso excessivo (abuso), e uso excessivo habitual.

Os dois instrumentos diagnósticos acima mencionados consideravam o uso abusivo do álcool secundário a problemas psicológicos ou de personalidade.⁴ Os manuais subsequentes ampliaram os critérios determinantes desta disfunção, introduzindo os sintomas da abstinência. Assim, mudou-se o foco das questões relativas apenas ao psiquismo, incluindo-se os efeitos físicos decorrentes do uso crônico de álcool e de outras substâncias psicoativas e psicotrópicas.

Em 1970, Edwards e Gross propuseram o conceito de “Síndrome de Dependência do Álcool”, ampliando a visão anterior, que considerava o alcoolismo como um fenômeno radical, isto é, o indivíduo era reconhecido como alcoólatra ou não alcoólatra. A dependência de álcool passou a ser definida então como um conjunto de sintomas e sinais decorrentes do uso disfuncional da substância. De acordo com esta conceituação, sua etiologia e perpetuação seriam decorrentes de aspectos físicos, psicológicos e sociais, de intensidade variável em cada indivíduo.⁵

A Organização Mundial de Saúde adotou em 1977 a definição da dependência de álcool como uma síndrome com um contínuo de gravidade, determinando a distinção entre abuso e dependência. O reconhecimento desta diferença também estava presente no DSM – III R (1980). Nesse sentido, o conceito de síndrome de dependência se consolidou, sendo consenso nos instrumentos diagnósticos subsequentes como o DSM-IV e a CID-10. Ambos reduziram os sintomas necessários para o diagnóstico de dependência e ampliaram o período com esta sintomatologia, necessário para determinar a instalação da síndrome.

Em maio de 2013 a Associação Americana de Psiquiatria (APA), divulgou a nova

³ EDWARDS, G. loc. cit.

⁴ SCHUCKIT, M.A.; et al. – **Evolution of the DSM diagnostic criteria for alcoholism**. Alcohol Health & Reserch World, 1991, 278-283.

⁵ EDWARDS, G. & GROSS, M.M. – **Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome**. Br. Med. J., 1976, 1058-1061.

edição do Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais, o DSM – V, apresentando mudanças importantes. Não haverá mais a distinção entre abuso e dependência – nesta versão, unem-se ambos diagnósticos em um único, intitulado “transtornos relacionados ao uso de substâncias”. A classificação da gravidade do transtorno passa a basear-se na quantidade de critérios preenchidos pelo indivíduo, sendo: 2 a 3 critérios, transtorno leve; 4 a 5, moderado; e 6 ou mais, grave. O critério de “problemas legais recorrentes relacionados ao uso da substância”, anteriormente utilizado para o diagnóstico de abuso, foi retirado, e incluiu-se o critério de fissura (“craving”), que é o forte desejo ou urgência em consumir a substância.

Hodiernamente, após as pesquisas realizadas constantemente ao longo do tempo, é possível entender que o uso abusivo do álcool sofre impreterivelmente interferências culturais, sociais, religiosas, políticas e científicas de cada população, não existindo motivos isolados para a sua disseminação.

1.1.1 Conceito Médico

Do ponto de vista médico, o alcoolismo é uma doença crônica, com aspectos comportamentais e socioeconômicos, caracterizada pelo consumo compulsivo de álcool, na qual o usuário se torna progressivamente tolerante à intoxicação produzida pela droga e desenvolve sinais e sintomas de abstinência, quando a mesma é retirada.

Faz-se necessário frisar que o conceito médico de embriaguez abrange mais do que apenas o alcoolismo, incluindo as substâncias psicoativas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), órgão da Organização das Nações Unidas (ONU), a “bebedeira” ou intoxicação aguda é de modo geral produzida por álcool ou outro produto, sendo uma consequência do uso de uma substância psicoativa, provocando perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas.⁶

A OMS, através da CID - 10 (Classificação Internacional das Doenças), conceitua o alcoolismo da seguinte maneira:

“Alcoolismo é toda forma de ingestão de álcool que exceda o consumo tradicional, os hábitos sociais da comunidade considerada, quaisquer que

⁶ BALLONE, GJ - **Imputabilidade: principais modificadores** - in. PsiqWeb, Internet, disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/site/Default.aspx?area=NO/LerNoticia&idNoticia=100>>. Revisto em 2008>. Acesso: 22/05/2013.

sejam os fatores etiológicos responsáveis e qualquer que seja a origem desses fatores como: a hereditariedade, a constituição física ou as influências fisiopatológicas e metabólicas adquiridas”.⁷

Ainda sobre o conceito de alcoolismo, RIZZARDO ensina que:

A embriaguez corresponde a um estado temporário de intoxicação da pessoa, provocada pelo álcool ou substância análoga ou de semelhantes efeitos, que a priva do poder de autoridade de autocontrole e reduz ou anula a capacidade de entendimento.⁸

Normalmente estima-se que uma dosagem de quatro gramas de álcool por litro de sangue seria suficiente para dificultar a compreensão e diminuir a capacidade de atenção. O resultado desta dosagem de álcool em certas pessoas começa a motivá-las a distúrbios morais.⁹

Neste contexto, conclui-se que a bebedeira ou intoxicação aguda pelo álcool é proporcionalmente vinculada à quantidade de álcool ingerido. Dessa forma, a tabela abaixo demonstra a dosagem de álcool necessária para que um ser humano (homem médio) comece a apresentar os sinais de embriaguez, chegando até o seu grau máximo.¹⁰

GRAU DE EMBRIAGUEZ	DOSAGEM DE ÁLCOOL
Sinais Sub-Clínicos	0.4 a 0.8 gr/L
Embriaguez Leve	0.9 a 2.0 gr/L
Embriaguez Moderada	2.1 a 3.0 gr/L
Embriaguez Grave	3.1 a 4.0 gr/L
Coma Alcoólico	4.1 a 5.0 gr/L
Morte	Acima de 5.0 gr/L

À medida que os tóxicos e entorpecentes vão produzindo seus efeitos, sucedem-se no indivíduo que os ingeriu fases de perturbação da conduta, desde o estado de sobriedade até o de coma ou morte.

⁷ MILITAR, Academia de Direito. **Peculiaridades da embriaguez em serviço**. Disponível em: <http://www.academiadedireitomilitar.com/index.php?option=com_content&view=article&id=100&catid=35>. Acesso em: 20 abr. 2013.

⁸ RIZZARDO, Arnaldo. Comentários ao Código de Trânsito Brasileiro. 4. ed. atual. rev. ampl. São Paulo: Revista do Tribunais, 2003, p. 640.

⁹ MILITAR, loc. cit.

¹⁰ MILITAR, loc. cit.

As fases são dinâmicas e correspondem aos graus de embriaguez, e consideradas do ponto de vista estático, se dividem em:

a) Fase de excitação. Olhar animado; loquacidade; vivacidade motora; associação de idéias superficial. Adormecidas as inibições, cada qual começa a mostrar o que realmente é: este, alegre, zombadeiro; aquele, sentimental, cheio de confidências; aquele outro, avalentado; alguns, deprimidos, melancólicos. Pupilas dilatadas, respiração e pulso acelerado, pele úmida e euforia.

b) Fase da confusão. A incoordenação motora e a confusão psíquica predominam. Perturbações sensoriais: diplopia (visão dupla); zumbido de ouvido; ilusões (percepção errada). Incapacidade de atenção voluntária; fuga de ideias. Movimentos sem coordenação. O indivíduo não é capaz de caminhar em linha reta, de permanecer em equilíbrio, em pé ou de olhos fechados.

c) Fase do sono. Estado paralisante. O bêbado não consegue manter-se em pé, e, às vezes, nem sentado. Pupilas contraídas; pele pálida, respiração e pulso lento; queda de pressão sanguínea. Desaparecimento mais ou menos completo da consciência. O ébrio só reage a estímulos muito violentos. Depois de algumas horas de sono desperta dominado pelo mal estar e a fadiga, com a cabeça pesada, sede e mau gosto.

Cabe ressaltar que a OMS também classifica alguns estágios decorrentes da ingestão do álcool, quais sejam:

1. - Intoxicação Aguda: também conhecida por Bebedeira, Intoxicação alcoólica aguda e Intoxicação patológica, trata-se da intoxicação imediata.

2. - Uso Nocivo. Quando o modo de consumo do álcool ou de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde. As complicações podem ser físicas (por exemplo, hepatite consequente a injeções de droga pela própria pessoa) ou psíquicas, como por exemplo, os episódios depressivos secundários ao grande consumo de álcool.

3. - Síndrome de Dependência: é caracterizada pelo conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de álcool ou de uma substância psicoativa. Esse conjunto de fenômenos é tipicamente associado ao desejo poderoso de fazer uso novamente dessa substância, juntamente com a dificuldade de controlar seu consumo, com utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, uma maior prioridade ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações e um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física.

4. - Síndrome de Abstinência: É um conjunto de sintomas de gravidade variável, os quais ocorrem quando de uma abstinência absoluta ou relativa do uso do álcool ou de uma substância psicoativa consumida de modo prolongado.

5. - Transtorno Psicótico: É decorrente ao uso de álcool ou substância psicoativa. É um conjunto de fenômenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o consumo do álcool ou de uma substância psicoativa. O estado se caracteriza pela presença de alucinações, tipicamente auditivas e polissensoriais, de distorção das percepções, de ideias delirantes, de perturbações psicomotoras (agitação ou estupor) e de afetos anormais, podendo ir de um medo intenso ao êxtase.

6. - Síndrome amnésica: É uma síndrome dominada pela presença de transtornos crônicos importantes da memória, tanto para fatos recentes como para os antigos. A memória imediata está habitualmente preservada e a memória dos fatos recentes está tipicamente mais perturbada que a memória remota.¹¹

Há ainda os que diferenciam a embriaguez em patológica e crônica. A primeira ocorre em indivíduos sensíveis ao álcool, ainda que em pequena quantidade, que apresentam alterações em seu comportamento e estado mental. Não obstante pessoas normais apresentarem este quadro, geralmente a embriaguez patológica está associada aos predispostos, fascinados e filhos de alcoólatras.¹²

O professor GOMES¹³ descreve os quatro tipos de embriaguez patológica, a saber:

A) – **Embriaguez agressiva e violenta.** O alcoolista, abusando sobretudo de bebidas destiladas, torna-se agressivo e capaz de cometer homicídios, que parecem premeditados, dada a segurança com que se consumam.

B) – **Embriaguez excito-motora.** Neste tipo, o alcoolista, depois de breve período de inquietação, é acometido de acessos de raiva terrível e destrutiva, durante os quais age com extrema violência, sobrevivendo amnésia lacunar.

C) – **Embriaguez convulsiva.** O ébrio, depois de manifestar impulsos destruidores apresenta crises convulsivas, idênticas às epiléticas.

D) – **Embriaguez delirante.** Neste tipo surgem delírios sistematizados ou não, de colorido triste, com acentuada tendência para as ideias de auto acusam.

Observa-se que a classificação apresentada acima entende que Patológica é a embriaguez daqueles que são sensíveis a álcool, podendo chegar ao estado de alteração comportamental com o consumo de pouca quantidade desta substância. Assim, aqueles que possuem esta sensibilidade devem procurar tratamento médico especializado e se absterem a produtos feitos a base de álcool.

¹¹ BALLONE, GJ. Op. Cit. Loc. Sit.

¹² MATOS, FIGUEIREDO NETO E ROSA. **O uso do álcool e o mercado de trabalho: Perspectivas críticas para a justa causa na rescisão do contrato individual de trabalho.** Disponível em <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=6339>. Acesso em 30/05/2013.

¹³ GOMES, Hélio. **Medicina Legal.** 30. ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2001.

Já a Embriaguez Crônica é aquela na qual o indivíduo, através da ingestão habitual de considerável quantidade de álcool, submete o organismo a elevado grau de intoxicação, causando cognitiva e fisiológica dependência, ficando o ébrio associado ao forte impulso de fazer uso constante deste produto, juntamente com a dificuldade de controlar o consumo, tendendo a demência alcoólica. O consumo crônico também pode causar síndromes psicóticas, delírios alcoólicos, delírios de ciúme, epilepsias alcoólicas, *delirium tremens*, confusão mental alcoólica e demência alcoólica.

Nota-se que Embriaguez Crônica não deixa de ser uma doença, no entanto, diferencia-se da Embriaguez Patológica por ser sua enfermidade oriunda da intoxicação do organismo em virtude do consumo excessivo e habitual de álcool, enquanto aquela é oriunda uma debilidade (sensibilidade) do organismo às substâncias a base de álcool etílico.

Pelo exposto, observa-se a magnitude da patologia social que é o alcoolismo, independente do grau apresentado, vez que gera consequências nefastas ao indivíduo, afetando o físico, o emocional, o espiritual, o profissional e principalmente o meio familiar. É responsável também pelo elevado número de acidentes de trânsito, homicídios, suicídios e até acidentes de trabalho.

1.1.2 Conceito Jurídico

O alcoolismo, além de se constituir em matéria médica, também se constitui em matéria das Ciências Sociais, da Economia, do Direito, da Política, da Ética e da Moral, pois interfere principalmente em questões familiares, trabalhistas e previdenciárias. Desta forma, faz-se necessário analisar também o conceito jurídico de embriaguez.

Segundo definição de Julio Fabbrini Mirabete ¹⁴, a embriaguez é intoxicação aguda e transitória causada pelo álcool e, nos termos legais, por substância de efeitos análogos, que podem diminuir ou privar o sujeito da capacidade normal de entendimento.

Ainda, o professor Damásio Evangelista de Jesus ¹⁵, define embriaguez como sendo “[...] a intoxicação aguda e transitória causada pelo álcool, cujos efeitos podem progredir de uma ligeira excitação inicial até o estado de paralisia e coma”.

Também tecendo comentários sobre a embriaguez, o jurista Valentin Carrion ¹⁶, citando Wagner Giglio entende que “*haverá embriaguez quando o indivíduo, intoxicado,*

¹⁴ MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Manual de Direito Penal**, volume I, 10 ed. São Paulo, Atlas, 1999.

¹⁵ JESUS, Damásio. Evangelista. **Direito Penal: parte geral**. 21. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2004.

¹⁶ CARRION, Valentim. **Comentários à Consolidação das Leis do Trabalho**. 28. ed. atual. por Eduardo

perde o governo de suas faculdades a ponto de tornar-se incapaz de executar com prudências a tarefa a que se consagra”.

Analisando os conceitos já mencionados, percebe-se a coincidência de algumas características, concluindo-se pela importância da verificação de tais elementos para a definição de embriaguez a luz do direito trabalhista e previdenciário, quais sejam: ingestão de substância psicoativa; turbação do estado de normalidade comportamental; incapacidade transitória de autogestão e execução de suas atividades laborais¹⁷.

Desta forma, para o direito do trabalho, embriaguez é a condição de estado em que se encontra o indivíduo que fez uso de quantidade significativa de substância psicoativa, a ponto de sofrer alteração em seu comportamento habitual, influenciando a sua capacidade de autogestão e afetando a execução de suas atividades laborais.

A jurisprudência brasileira também é unânime em considerar o alcoolismo como doença, que retira do indivíduo a capacidade de executar com prudência suas tarefas diárias, razão pela qual necessita de assistência patronal (não demissão por justa causa) e social (concessão de benefícios do INSS).

Nesse sentido, eis algumas ementas trabalhistas e previdenciárias, com destaques:

RECURSO DE REVISTA. ALCOOLISMO. DOENÇA CRÔNICA. DISPENSA POR JUSTA CAUSA. IMPOSSIBILIDADE. DIREITO À REINTEGRAÇÃO. De acordo com o Tribunal Regional, o reclamante é dependente químico, apresentando quadro que associa alcoolismo crônico com o uso de maconha e crack. **A jurisprudência desta Corte tem se orientado no sentido de que o alcoolismo crônico, catalogado no Código Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde OMS, sob o título de síndrome de dependência do álcool, é doença que compromete as funções cognitivas do indivíduo, e não desvio de conduta justificador da rescisão do contrato de trabalho.** Assim, tem-se como injustificada a dispensa do reclamante, porquanto acometido de doença grave. Recurso de revista conhecido e provido. (TST - RR: 5290007420075120004 529000-74.2007.5.12.0004, Relator: Delaíde Miranda Arantes, Data de Julgamento: 05/06/2013, 7ª Turma, Data de Publicação: DEJT 07/06/2013)

AGRAVO DE INSTRUMENTO EM RECURSO DE REVISTA. IRREGULARIDADE DE REPRESENTAÇÃO. Encontra-se regular a representação processual do recurso de revista; assim, afasta-se o óbice apontado no despacho denegatório. AGRAVO DE INSTRUMENTO EM RECURSO DE REVISTA. JUSTA CAUSA. ALCOOLISMO. DOENÇA. Constatada divergência jurisprudencial, dou provimento ao agravo de instrumento, para determinar o processamento do recurso de revista.

Carrion. São Paulo: Saraiva, 2003.

¹⁷ MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito do Trabalho**. 13. ed. rev. e ampl. atual. até dez/2000. São Paulo: Atlas, 2001.

RECURSO DE REVISTA. JUSTA CAUSA. ALCOOLISMO. DOENÇA. A Organização Mundial de Saúde, por meio do Código Internacional de Doenças (CID), classifica o alcoolismo como doença (sob a denominação de síndrome de dependência do álcool - referência F-10.2). Nesse contexto, forçoso reconhecer, que, tratando-se o alcoolismo de uma enfermidade, esta deve ser tratada e, não como ocorreu no caso concreto, ter sido causa a justificar a rescisão do contrato de trabalho.

Recurso de revista de que se conhece e a que se dá provimento.

(TST - RR: 455404020065150092 45540-40.2006.5.15.0092, Relator: Pedro Paulo Manus, Data de Julgamento: 14/09/2011, 7ª Turma, Data de Publicação: DEJT 23/09/2011)

ALCOOLISMO. JUSTA CAUSA. NAO CABIMENTO. A OMS catalogou o alcoolismo como doença no Código Internacional de Doenças (CID), denominando-a de síndrome de dependência do álcool (referência F-10.2). O 482, letra f, da CLT, portanto, deve ser reinterpretedado à luz de tal reconhecimento legal, de modo que o alcoolismo, por si só, não enseja mais a justa causa. Tratando-se de doença oficialmente reconhecida, incabível a punição máxima, devendo o empregador encaminhar o trabalhador para tratamento médico e afastamento previdenciário.

(TRT-2 - RO: 231200931102007 SP 00231-2009-311-02-00-7, Relator: IVANI CONTINI BRAMANTE, Data de Julgamento: 15/12/2009, 4ª TURMA, Data de Publicação: 12/02/2010)

TRT-PR-06-11-2009 ALCOOLISMO. DOENÇA. REINTEGRAÇÃO. Estando o reclamado ciente do problema crônico - alcoolismo - que acometia o reclamante e da precariedade em que se encontrava sua saúde, não é admissível que ele possa ser despedido de forma arbitrária, ainda mais quando o artigo 20, da Lei 8.213/91 equipara ao acidente do trabalho a doença capaz de incapacitar o empregado para o trabalho, o que vem a ser a exata hipótese dos autos, ao passo que o artigo 118 do mesmo diploma legal assegura a garantia ao emprego.

A prática tem demonstrado que a Previdência acaba por não afastar o trabalhador acometido de tal moléstia por absoluta falta de condições de tratamento e invibilidade econômica, pois há milhões de brasileiros alcólatras, na fase avançada e que continuam trabalhando por falta de opção. Por isso, não se encontram trabalhadores afastados unicamente por alcoolismo. Normalmente nos afastamentos os CID referem-se a doenças associadas, v.g., depressão e alcoolismo, e assim por diante... É impressionante o ponto em que chegou a sociedade, principalmente a sociedade brasileira, onde negamos tratamento a doentes por despreparo e falta de condições financeiras. Há necessidade de conscientização geral da sociedade dos nefastos efeitos da grave moléstia do alcoolismo, que é motivo de piada, slogan de camisetas, músicas, versos populares, etc., e que resulta numa conclusão de atenuamento dos seus efeitos por força da mídia e poderio das empresas fabricantes de bebidas, que resultam nas propagandas apelativas na TV e uma espécie de catarse da população que acaba por consumir mais produtos alcóolicos, como se isto fosse uma coisa boa. Por outro lado, as empresas estão inseridas na sociedade, têm função social (art. 170, III, da CF/88), e também têm de aprender a tratar seus doentes. Deferida a reintegração postulada.

(TRT-9 1842008659907 PR 184-2008-659-9-0-7, Relator: CÁSSIO COLOMBO FILHO, 3A. TURMA, Data de Publicação: 06/11/2009)

PROCESSO CIVIL. AGRAVO LEGAL. PREVIDENCIÁRIO.
APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. PREVIDENCIÁRIO.

ALCOOLISMO. DOENÇA INCAPACITANTE. PERDA DA QUALIDADE DE SEGURADO. INOCORRÊNCIA. 1. **O alcoolismo crônico, é formalmente reconhecido como doença pelo Código Internacional de Doenças (CID - referência F-10.2), classificado como "síndrome de dependência do álcool", doença evolutiva, causadora de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso do álcool, com sintomas psicóticos associados na intoxicação.** A parte-requerente deixou de contribuir para a Previdência Social em razão de doença incapacitante, razão pela qual faz jus benefício pleiteado. 2. Agravo legal desprovido. (TRF-3 - AC: 7018 SP 2005.03.99.007018-5, Relator: JUIZ CONVOCADO CARLOS FRANCISCO, Data de Julgamento: 21/06/2010, NONA TURMA)

PREVIDENCIÁRIO. PENSÃO POR MORTE. ALCOOLISMO. DOENÇA INCAPACITANTE. PERDA DA QUALIDADE DE SEGURADO. INOCORRÊNCIA. SITUAÇÃO DE DESEMPREGO. ART. 15, INCISO II, § 2º, LEI Nº 8.213/91. TERMO INICIAL DO BENEFÍCIO. 1. **Tendo sido reconhecido pela medicina como patologia grave e evolutiva, com tendência a cronicar-se, o alcoolismo crônico caracteriza-se como doença incapacitante. 2. Evidenciada a ocorrência de doença incapacitante em época que a pessoa ainda se encontrava vinculada à Previdência Social, tendo sido postulado o benefício em momento posterior, é de ser concedido, seja a aposentadoria por invalidez, ou, como no caso, a pensão por morte.** 3. Tratando-se de segurado que sempre trabalhou como empregado, admite-se como comprovação da situação de desemprego, para o fim de preservação da qualidade de segurado por mais 12 meses, a mera ausência de anotação de novo contrato de trabalho na CTPS. 4. Aplicando-se a legislação vigente à data do óbito e ocorrido este já na vigência da Lei nº 9.528/97, considera-se como termo inicial do benefício a data do requerimento administrativo. 5. Apelação improvida e remessa oficial parcialmente provida. (TRF-4 - AC: 8760 PR 2001.04.01.008760-0, Relator: LUIZ FERNANDO WOWK PENTEADO, Data de Julgamento: 25/09/2001, SEXTA TURMA, Data de Publicação: DJ 17/10/2001 PÁGINA: 1052)

Diante do exposto, nota-se que o Brasil, em suas três esferas: executivo, legislativo e judiciário, apesar dos avanços nas pesquisas e na jurisprudência, ainda atua de forma muito fragilizada no combate ao alcoolismo, seja no tocante à legislação (com normas trabalhistas defasadas) ou às políticas públicas de enfrentamento (com a ausência de assistência estatal), fato que vem contribuindo para essa doença se tornar quase epidêmica no país.

1.2 Formas de tratamento

Embora o alcoolismo seja uma doença tratável, ainda não há cura. É possível que um alcoolista consiga ter uma vida “normal” com o tratamento, ainda que necessite de uma vigilância constante, pois mesmo estando sóbrio por muito tempo e com a saúde recuperada, um dependente de álcool ainda está suscetível a recaídas e deve continuar a evitar toda e qualquer bebida que contenha esta substância.

Entretanto, é cediço que o primeiro entrave a qualquer tratamento para o alcoolismo é a ausência de diagnóstico, principalmente porque a maioria dos alcoólatras não admite possuir a doença, se recusando a procurar ajuda, sobretudo no início da dependência, quando as chances de eficácia do tratamento são maiores.

Importante ressaltar que o alcoolismo pouco tem a ver com o tipo de álcool ingerido por uma pessoa, há quanto tempo a pessoa bebe ou até mesmo exatamente quanto álcool bebe. Tais fatores são relativos, variando de um organismo para outro. O que define um alcoólatra é a sua necessidade incontrolável por álcool.

O primeiro passo para iniciar o tratamento do alcoolismo é o reconhecimento da doença pelo paciente e seus familiares. Este diagnóstico pode ser aprofundado por médicos especialistas, que vão analisar os critérios de gravidade da dependência química. Tais critérios revelam os níveis de gravidade que são distintos para cada caso. Dessa forma, após identificar a presença destes critérios no padrão de consumo de um indivíduo, o segundo passo é determinar sua gravidade. Esta análise é fundamental para individualizar o diagnóstico e coletar subsídios para o tratamento.

A natureza do tratamento depende da gravidade do alcoolismo do indivíduo e dos recursos disponíveis na comunidade. O tratamento pode incluir a desintoxicação (o processo de retirar o álcool do sistema de uma pessoa com segurança, devendo ser realizado por alguns dias sob supervisão médica); e posteriormente a reabilitação, onde o paciente pode tomar medicamentos prescritos pelo médico para ajudar a evitar o retorno à bebida uma vez que já parou, e também participar de aconselhamento individual e/ou em grupo. Há tipos de aconselhamento promissores que ensinam a recuperar dependentes de álcool e a identificar situações e sentimentos que levam à necessidade de beber e de descobrir novas maneiras de lidar com a ausência do álcool. Quaisquer destes tratamentos podem ocorrer tanto em um hospital/clínica, como em tratamento residencial ou ambulatorial (o paciente fica em sua casa e vai às consultas regularmente, em alguns casos todos os dias).

Como o envolvimento da família também é muito importante para a recuperação, muitos programas oferecem aconselhamento conjugal e terapia familiar como parte do processo de tratamento. Alguns programas podem oferecer para o dependente recursos vitais da comunidade como a assistência legal, treinamento de trabalho, creche e aulas para pais e filhos.

Quase todos os programas de tratamento do alcoolismo também incluem encontros de Alcoólicos Anônimos (AA), cuja descrição é uma comunidade mundial de homens e mulheres que se ajudam a ficarem sóbrios. Enquanto o “AA” é geralmente

reconhecido como um programa eficiente de autoajuda para recuperar dependentes de álcool, nem todas as pessoas respondem positivamente ao estilo e mensagens do grupo, e outras abordagens podem estar disponíveis. Até mesmo os que vêm conseguindo ajuda pelo “AA” geralmente descobrem que a recuperação funciona melhor com outros tratamentos envolvidos, inclusive aconselhamento e tratamento médico.

Destarte, para que o tratamento contra o alcoolismo tenha plena eficácia é necessário, além de muita determinação, o apoio médico, familiar e principalmente da sociedade, que deve eliminar o preconceito e combater a exploração midiática do consumo de álcool como fator de ascensão social.

1.3 Alcoolismo no ambiente de trabalho

Ter um ofício é primordial na vida do ser humano, não somente pela manutenção financeira das necessidades básicas, mas por ser um meio inexorável de constituição da identidade do indivíduo.

Através do seu trabalho, o homem não apenas produz bens individuais e coletivos, os quais promovem o desenvolvimento pessoal e familiar e de uma nação, mas também passa a desempenhar influência plena sobre o indivíduo e sua relação com o meio em que vive. É a relação de compra e venda da força de trabalho a responsável pela estruturação do nível sócio pessoal do trabalhador, determinando seus rendimentos, maneiras de diversão, horários de trabalho, local onde executa suas atividades, círculo de amigos, sua satisfação com as atividades desenvolvidas, suas recompensas, direitos e deveres.

Portanto, o trabalho é de vital importância para o ser humano. É uma ação humanizada exercida num contexto social, que sofre influências oriundas de distintas fontes, o que resulta numa ação recíproca entre o trabalhador e os meios de produção. Além disso, o trabalho é uma fonte de prazer e satisfação e está relacionado com as expectativas de progresso e desenvolvimento pessoal.

Após a Revolução Industrial, com o advento das normas trabalhistas, o trabalho passou a ser legalizado e mais valorizado, gerando maior segurança para os trabalhadores e também para as empresas, que através do contrato de trabalho podem regulamentar seus direitos e deveres.

Assim, o contrato de trabalho é um ato jurídico bilateral, que depende da livre manifestação da vontade de ambas as partes, para que sua celebração seja válida e possa surtir

todos os efeitos garantidos pela ordem jurídica. Num contrato de trabalho, ambas as partes possuem obrigações, o empregado deve prestar com satisfação o serviço para o qual fora contratado, e a empresa deve oferecer condições adequadas de trabalho e remunerá-lo por isso.

Entretanto, este contrato de trabalho pode ser abalado por diversos motivos, quer seja por atitudes do empregador (quando não oferece condições adequadas de labor ou não efetua a contraprestação pecuniária devida), ou do empregado (quando não exerce suas atividades a contento). E é nessa situação que se enquadra o alcoolismo, patologia desencadeada por inúmeros fatores anteriormente mencionados e que vem interferindo cada vez mais nas relações pessoais e profissionais dos indivíduos.

O álcool é uma substância psicoativa que pode intervir de forma significativa no funcionamento do cérebro, e conseqüentemente, vir a comprometer as funções cognitivas de um indivíduo como memória, concentração, atenção, pontualidade, subordinação, dentre outras que prejudicam o rendimento do trabalhador.

Ao contrário do que muitos acreditam, mesmo em pequenas quantidades, o álcool pode causar prejuízos ao desempenho, qualidade e segurança no trabalho, pois é uma substância depressora do Sistema Nervoso Central, cujos principais efeitos a curto prazo envolvem: prejuízo do julgamento e da crítica, da percepção, memória e compreensão; diminuição da resposta sensitiva e retardo da resposta reativa; diminuição da acuidade visual e visão periférica; incoordenação sensitivo-motora, prejuízo do equilíbrio e sonolência.

No Brasil, o alcoolismo é o terceiro motivo para absenteísmo no trabalho, a causa mais frequente de aposentadorias precoces e acidentes no trabalho e uma das maiores causas para concessão de auxílio-doença pela Previdência Social.¹⁸ Acarreta ainda atrasos, desperdício de materiais, sobrecarga dos sistemas de saúde, conflitos com colegas de trabalho, conflitos disciplinares em relação aos supervisores, dificuldade de entender novas instruções ou de reconhecer erros, reação exagerada às críticas e variação constante do estado emocional.¹⁹

Embora o alcoolismo implique sérias e reais conseqüências, as organizações em geral, tanto privadas quanto públicas, denegam esta problemática, o que se percebe através da falta de conscientização e de uma relutância em focalizar o problema. Pode-se então

¹⁸ VAISSMAN, M. **Alcoolismo no trabalho**. Editora Fiocruz e Garamond, 2004.

¹⁹ CAMPANA, A. A. M., **Álcool e empresas**, in RAMOS, S. P.; BERTOLOTE, J. M. et al, **Alcoolismo hoje**, 3 ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1997;

considerar o alcoolismo como um problema nas organizações, e suas consequências podem ser percebidas observando-se os seguintes aspectos no comportamento dos trabalhadores:²⁰

- Absenteísmo: faltas não autorizadas, licenças por doença, frequentes nas segundas, sextas ou antes e depois de feriados, etc.;

- Ausências no período da jornada de trabalho: atraso excessivo após almoço ou intervalo, saída antecipada, idas frequentes ao banheiro, bebedouro, sala de descanso, etc.;

- Queda na produtividade e qualidade do trabalho: necessidade de um tempo maior para realizar menos, desperdício de materiais, perda ou estrago de equipamentos, desculpas inconsistentes, dificuldades com instruções e procedimentos, alternância de períodos de alta e baixa produtividade, dificuldade com tarefas complexas;

- Mudanças nos hábitos pessoais: trabalho em condições anormais (bêbado, com discurso vago ou confuso), comportamento diferente depois do almoço, menos atenção à higiene e à aparência pessoal;

- Relacionamento ruim com os colegas: reação exagerada às críticas reais ou não, ressentimentos irrealis (como a paranoia, ideias de perseguição, etc.), conversar excessivamente com os colegas, estados emocionais muito variados, endividamento, pedido de empréstimo, irritabilidade em discussões, explosões de ira, choro ou riso.

Em termos gerais, a diminuição na produtividade, o aumento do absenteísmo e a maior probabilidade de acidentes de trabalho são as maiores consequências da embriaguez no ambiente de trabalho. Ademais, dependendo da atividade desenvolvida pelo empregador, um empregado sob os efeitos (diretos e indiretos) do álcool ou qualquer substância psicoativa, provocam riscos não somente a si e a seus colegas de trabalho, mas também ao público, como por exemplo: os profissionais da saúde, dos transportes, do corpo de bombeiros, das indústrias farmacêuticas, etc.

Nesse sentido, em decorrência dos transtornos causados pelos efeitos diretos e indiretos do uso do álcool no ambiente laborativo, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) prevê em seu artigo 482, alínea “f”, a rescisão por justa causa em casos de embriaguez, a saber:

Art. 482. Constituem justa causa para rescisão do contrato de trabalho pelo empregador:

[...]

f) embriaguez habitual ou em serviço;

[...]

²⁰ VAISSMAN, loc. cit.

Registre-se que o tipo legal se aplica, comumente, à embriaguez alcoólica; porém, não é incompatível com seu sentido a embriaguez decorrente do uso de outras substâncias tóxicas, inclusive entorpecentes.

Desta forma, a fim de especificar que tipo de ebriedade se enquadra no conceito da CLT, faz-se mister distinguir a embriaguez habitual da embriaguez em serviço, além de caracterizar a embriaguez acidental, a não acidental e a decorrente da função exercida pelo trabalhador.

1.3.1 Embriaguez Habitual

Analisando a etimologia das palavras podemos entender que embriaguez habitual é o estado de influência do álcool no qual o indivíduo se encontra quase que diariamente. Partindo para uma interpretação teleológica, entende-se que a Lei quis tratar daqueles que possuem um quadro quase que diário de embriaguez, trazendo males orgânicos, ficando o indivíduo indiferente ao que acontece ao seu redor, afetando, por conseguinte a atividade laboral, pois fica este sem energia, iniciativa e perspectiva para desenvolver suas obrigações.

Pode-se dizer que a embriaguez habitual é a que ocorre mesmo sem relação alguma com o serviço, porém repetidas vezes dentro de curto espaço de tempo, onde o indivíduo se encontra frequentemente em estado de ebriez. Não necessita acontecer no ambiente de trabalho, ou seja, pode acontecer fora da empresa, mas ter reflexos diretamente ligados à produtividade do empregado.

Analisando as características do ébrio habitual, observa-se que esta é originária da embriaguez crônica, sendo o quadro médico do alcoólatra agravado continuamente com o consumo quase que diário de álcool, vez que os trabalhadores sob os efeitos da embriaguez estão expostos a várias patologias que se agravam com a constância da ingestão de substâncias perturbadoras.

Cumprido esclarecer que a ingestão frequente de bebidas fora do ambiente de trabalho e sem efeitos negativos, mesmo que ostensiva, não equivale a embriaguez e, portanto, não enseja a justa causa. O empregado que habitualmente bebe posteriormente à prestação laborativa, mas que não causa nenhum problema no seu ambiente de trabalho (seja de comportamento, segurança ou produtividade), não pode ser dispensado nos termos do artigo retromencionado, sob pena de estar-se admitindo interferência abusiva do vínculo de emprego na vida pessoal, familiar e comunitária do indivíduo.

1.3.2 Embriaguez em serviço

A embriaguez em serviço, por sua vez, é a que ocorre no ambiente laborativo, na execução do contrato, ainda que por uma ou poucas vezes. Ou seja, ocorre quando o empregado se embriaga durante o expediente, ou se apresenta para trabalhar embriagado. Para o efeito “em serviço” considera-se ainda o horário de almoço, de intervalo, os serviços externos e os demais que surgirem durante a jornada do trabalhador. Entretanto, se a ingestão ocorrer na hora do almoço ou do intervalo e não afetar o trabalho do empregado, não há que se falar em justa causa.

A gravidade do ato é evidente, visto que um empregado com sua consciência normal comprometida pode ocasionar sérios prejuízos ao empregador e a terceiros. No entanto, torna-se necessário fazer uma análise social do motivo ensejador da falta grave, pois se de um lado estão o empregador e terceiros lesados, do outro se encontra um trabalhador na maioria das vezes doente, sendo sua família penalizada duas vezes, pois tem diminuída suas economias e ainda, tem que tratar do doente que tende a piorar o seu quadro patológico após seu afastamento do labor.

1.3.3 Embriaguez Acidental

A embriaguez acidental é aquela em que o indivíduo ingere substâncias desconhecendo seu caráter inebriante, ou que por reações químicas desconhecidas dentro do organismo, adquire a capacidade de embriagar-se.

Assim, o empregado que ingere essas substâncias, desconhecendo seu atributo psicoativo e ficando posteriormente embriagado, não incorre em falta grave, uma vez que tal fato decorreu de ignorância sobre os efeitos de tal conteúdo. Da mesma forma devem ser entendidos os casos em que após a ingestão da substância, ocorrem reações fermentativas causando ao trabalhador os efeitos da embriaguez.

Observa-se que, em ambos os casos, a intoxicação ocorreu de forma casual, ocorrendo verdadeiro acidente do empregado em relação à substância ingerida, excluindo a voluntariedade da embriaguez, devendo o empregador nestes casos afastar o empregado de suas funções laborais até que tenha condição de exercê-las sem nenhum risco a atividade empenhada, bem como à sua integridade física ou de terceiros.

1.3.4 Embriaguez Não Acidental

A presente espécie de embriaguez é aquela que ocorre quando o empregado por vontade própria consome quantidade de substância perturbadora, ficando, desta feita com alterações em seu estado comportamental.

Este tipo de embriaguez é passível de justa causa, nos termos da CLT, devendo o empregador usar a punição prontamente quando perceber a conduta faltosa do empregado, sob pena de perder juridicamente a possibilidade de tal, uma vez que as punições devem ser aplicadas de forma imediata.

Como explanado anteriormente, a embriaguez causa alteração dos padrões psicomotores, deixando o empregado sem condições de executar as funções laborativas que lhe são empenhadas, quebrando a confiança do empregador, visto que a conduta vai de encontro ao comportamento esperado no ambiente de trabalho.

Tal medida é a única solução para o caso, uma vez que o empregado, por ato deliberado ingere substância inebriante, sem qualquer preocupação com seu desempenho laboral, podendo causar prejuízos irreparáveis ao seu empregador, como abalo à credibilidade da imagem da empresa e/ou acidentes de trabalho.

Portanto, não seria crível ao empregador continuar com esta relação empregatícia, já que o próprio empregado não se preocupa com sua imagem dentro do ambiente laborativo, ensejando até desinteresse com as funções que lhe foram empenhadas, corroborando a aplicação desta penalidade.

1.3.5 Embriaguez Funcional

Há ainda aqueles empregados que podem adquirir a embriaguez funcional, ou seja, o exercício de sua função pode acarretar em uma embriaguez. São exemplos: o empregado que trabalha em empresas de bebidas alcoólicas e precisa experimentá-las, as mulheres que são contratadas para oferecer bebidas e induzir os clientes a beberem e para tanto devem beber juntamente com eles, etc.

Esse tipo de embriaguez, apesar de não ser analisada por muitos autores, é bastante comum, podendo ser observada também entre os maquinistas, vigias de propriedades rurais, de empresas e indústrias afastadas das zonas urbanas. Outra atividade em que se observa o uso constante de substâncias psicoativas é a de caminhoneiro, que para cumprir

horários estabelecidos de entrega do frete, acabam consumindo álcool e drogas para “amenizar” o cansaço e possibilitar o prosseguimento da viagem.

Esse caso, assim como a embriaguez fortuita ou decorrente de força maior e a embriaguez por uso de drogas com prescrição médica, não constituem justa causa para demissão, vez que a origem da alteração comportamental do empregado está diretamente relacionada às condições e atividades desenvolvidas no local de trabalho, cabendo ao empregador dirigi-las e fiscaliza-las.

Destarte, ambas as justas causas (embriaguez habitual e em serviço) não passam de incontinência de conduta ou mau procedimento, daí a tipificação legal rigorosa. Entretanto, conforme se verá adiante, após o reconhecimento, pela OMS, do alcoolismo como doença, o posicionamento doutrinário majoritário não mais entende a embriaguez como motivo para a dispensa por falta grave do empregado (exceto a ebriedade não acidental), devendo o funcionário alcoólatra ser tratado através do INSS e não ser dispensado.

2 ALCOOLISMO COMO DOENÇA – PROTEÇÃO PREVIDENCIÁRIA

2.1 Enquadramento como doença pela OMS

Conforme mencionado anteriormente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define embriaguez como sendo toda forma de ingestão de álcool que excede ao consumo tradicional e aos hábitos sociais da comunidade considerada, quaisquer que sejam os fatores etiológicos responsáveis e qualquer que seja a origem desses fatores, como por exemplo, a hereditariedade, a constituição física ou as alterações fisiopatológicas adquiridas.

A partir de 1977, após inúmeros estudos médicos (físicos e psicológicos), a OMS passou a considerar o alcoolismo como doença, definindo-o como uma síndrome com um contínuo de gravidade, sendo necessária a distinção entre abuso e dependência. Entretanto, esta distinção foi excluída do Quinto Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais (DSM – V), que passou a adotar o diagnóstico de “transtornos relacionados ao uso de substâncias”, baseado na quantidade de critérios preenchidos pelo indivíduo, sendo o principal critério o de fissura (“craving”), que é o forte desejo ou urgência em consumir a substância.

A definição do alcoolismo como doença também pode ser encontrada na Classificação Internacional de Doenças (CID), que é a ferramenta de diagnóstico padrão para a epidemiologia, gestão da saúde e para fins clínicos, além da análise da situação geral de saúde de grupos populacionais, que é usada para monitorar a incidência e prevalência de doenças e outros problemas de saúde.

Hodiernamente está em vigor a CID – 10, que foi aprovada pela Quadragésima Terceira Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 1990, e entrou em uso nos Estados Membros da OMS a partir de 1994. A 11ª revisão da Classificação já começou e vai continuar até 2017, quando deverá ser aprovada e publicada.²¹

Ressalta-se que atualmente é possível encontrar várias definições referentes ao alcoolismo na CID – 10, dentre elas o código F-10 e Y-91, a saber, com destaques:²²

F10 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool;
F10.0 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool -
intoxicação aguda. Estado consequente ao uso de uma substância psicoativa e compreendendo perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da

²¹ **Classificações Internacional das Doenças**. Disponível em <<http://www.who.int/classifications/icd/en/>>. Acesso em 12.12.2013.

²² Ibid.

percepção, do afeto ou do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas. As perturbações estão na relação direta dos efeitos farmacológicos agudos da substância consumida, e desaparecem com o tempo, com cura completa, salvo nos casos onde surgiram lesões orgânicas ou outras complicações. Entre as complicações, podem-se citar: traumatismo, aspiração de vômito, delirium, coma, convulsões e outras complicações médicas. A natureza destas complicações depende da categoria farmacológica da substância consumida assim como de seu modo de administração;

F10.1 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - uso nocivo para a saúde. Modo de consumo de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde. As complicações podem ser físicas (por exemplo, hepatite conseqüente a injeções de droga pela própria pessoa) ou psíquicas (por exemplo, episódios depressivos secundários a grande consumo de álcool). Abuso de uma substância psicoativa;

F10.2 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - síndrome de dependência. Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas conseqüências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física. A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o diazepam), a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes. Alcoolismo crônico, dipsomania, toxicomania;

F10.3 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - síndrome [estado] de abstinência. Conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras e cuja gravidade é variável, ocorrem quando de uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância psicoativa consumida de modo prolongado. O início e a evolução da síndrome de abstinência são limitadas no tempo e dependem da categoria e da dose da substância consumida imediatamente antes da parada ou da redução do consumo. A síndrome de abstinência pode se complicar pela ocorrência de convulsões;

F10.4 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - síndrome de abstinência com delirium. Estado no qual a síndrome de abstinência se complica com a ocorrência de delirium, segundo os critérios em F05.-. Este estado pode igualmente comportar convulsões. Quando fatores orgânicos também estão considerados na sua etiologia, a afecção deve ser classificada em F05.8. Delirium tremens (induzido pelo álcool);

F10.5 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - transtorno psicótico. Conjunto de fenômenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o consumo de uma substância psicoativa, mas que não podem ser explicados inteiramente com base numa intoxicação aguda e que não participam também do quadro de uma síndrome de abstinência. O estado se caracteriza pela presença de alucinações (tipicamente auditivas, mas frequentemente polissensoriais), de distorção das percepções, de idéias delirantes (frequentemente do tipo paranóide ou persecutório), de perturbações psicomotoras (agitação ou estupor) e de afetos anormais, podendo ir de um medo intenso ao êxtase. O sensorio não está habitualmente comprometido, mas pode existir um certo grau de obnubilação da consciência embora possa estar presente a confusão mas esta não é grave. Alucinose, Ciúmes alcoólica(o)(os), Paranóia, Psicose.

F10.6 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - síndrome amnésica. Síndrome dominada pela presença de transtornos crônicos importantes da memória (fatos recentes e antigos). A memória imediata está habitualmente preservada e a memória dos fatos recentes está tipicamente mais perturbada que a memória remota. Habitualmente existem perturbações manifestas da orientação temporal e da cronologia dos acontecimentos, assim como ocorrem dificuldades de aprender informações novas. A síndrome pode apresentar confabulação intensa, mas esta pode não estar presente em todos os casos. As outras funções cognitivas estão em geral relativamente bem preservadas e os déficits amnésicos são desproporcionais a outros distúrbios. Psicose ou síndrome de Korsakov, induzida pelo álcool ou por outra substância psicoativa ou não especificada. Transtorno amnésico induzido pelo álcool ou por drogas;

F10.7 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - transtorno psicótico residual ou de instalação tardia. Transtorno no qual as modificações, induzidas pelo álcool ou por substâncias psicoativas, da cognição, do afeto, da personalidade, ou do comportamento persistem além do período durante o qual podem ser considerados como um efeito direto da substância. A ocorrência da perturbação deve estar diretamente ligada ao consumo de uma substância psicoativa. Os casos nos quais as primeiras manifestações ocorrem nitidamente mais tarde que o (s) episódio(s) de utilização da droga só deverão ser codificados neste caractere onde existam evidências que permitam atribuir sem equívoco as manifestações ao efeito residual da substância. Os "flashbacks" podem ser diferenciados de um estado psicótico, em parte porque são episódicos e frequentemente de muito curta duração, e em parte porque eles reproduzem experiências anteriores ligadas ao álcool ou às substâncias psicoativas.

F10.8 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - outros transtornos mentais ou comportamentais;

F10.9 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - transtorno mental ou comportamental não especificado.

Y91 – Evidência de alcoolismo determinada pelo nível da intoxicação.

Y91.0 Intoxicação alcoólica leve;

Y91.1 Intoxicação alcoólica moderada;

Y91.2 Intoxicação alcoólica grave;

Y91.3 Intoxicação alcoólica muito grave;

Y91.9 Envolvimento com álcool não especificado de outra forma.

Desta forma, não restam dúvidas de que o alcoolismo é uma doença (que pode causar inúmeros transtornos físicos, psicológicos e sociais), devendo ser tratado como tal em todos os segmentos, consoante determinação dos órgãos mundiais de saúde.

2.2 Letra Morta da CLT – Justa Causa

É cediço que em nosso ordenamento jurídico a demissão por justa causa está condicionada à conduta faltosa, prevista em lei, do empregado. Quando a despedida é motivada, o empregado recebe o saldo de salário do mês e é feito o depósito de FGTS correspondente ao mês da demissão. Não há direito a aviso-prévio, férias ou décimo terceiro

proporcionais, seguro-desemprego, nem a levantar os valores depositados na conta vinculada ao FGTS e à multa de 40% sobre o depósito.

Assim, a justa causa caracteriza-se como uma penalidade em virtude da falta grave cometida com culpa ou dolo (intenção) do empregado. Para tanto, o ato deve ter previsão legal de que se caracteriza como falta grave e ainda ser forte o bastante de modo a abalar a fidedignidade que deve existir entre empregado e empregador.

As hipóteses de falta grave estão listadas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), no artigo 482, incluindo-se no rol o alcoolismo habitual e em serviço (alínea “f”), conforme mencionado anteriormente.

Entretanto, após o reconhecimento pela OMS do alcoolismo como doença e a inclusão da patologia no Código Internacional de Doenças (CID), os Tribunais Regionais Trabalhistas e o Tribunal Superior do Trabalho, através de suas decisões, vem mudando o pensamento jurídico do quadro nacional sobre essa matéria, que hoje é pacífica.

Nesse sentido, a nova concepção médica dada ao alcoolismo relegou o artigo 482, alínea “f”, da CLT, deixando tal dispositivo de ser aplicado nas relações de trabalho, ou pelo menos, ficando obsoleto para a maioria dos tribunais trabalhistas.

Desta forma, avança o TST além da esfera do legislador, pois ao atualizar-se demonstra o atraso da previsão legal que não acompanhou a evolução médica e social. Os aplicadores do direito não podem ficar a mercê de um pensamento da metade do século passado, devendo estes acompanhar a evolução social, que tem o alcoolismo como patologia, não cabendo punição àqueles que já estão penalizados com uma grave doença.

Importa destacar que a situação do empregado alcoólatra considerado como um doente, não se confunde com a daquele empregado que possui o hábito de embriagar-se por diversão, sem que haja qualquer dependência física ou psicológica do álcool. Este, certamente, não é doente e uma avaliação médica poderá distinguir ambas as situações.

No entanto, havendo prenúncio de qualquer síndrome de alcoolismo por parte do trabalhador, cabe a empresa, através do departamento de recursos humanos, com auxílio médico, e até mesmo do próprio obreiro, investigar a real condição de alcoólatra do empregado, que uma vez constatada deverá dar lugar não a uma desumana ruptura do contrato de trabalho com justa causa, mas sim a um tratamento específico realizado por meio do INSS, conforme se verá adiante.

A dispensa de empregado alcoólatra constitui manifesto ato de preconceito e discriminação, o que é defeso. Os direitos à vida, à dignidade humana e ao trabalho, levam à presunção de que qualquer dispensa de trabalhador pelo único motivo de ser alcoólatra é

discriminatória e atenta contra os princípios constitucionais invocados, eis que vedada a despedida arbitrária (art. 7º, inc. I, da Constituição Federal). As vítimas de alcoolismo, por serem indivíduos portadores de gravíssima doença, não de merecer de toda a sociedade um pensamento isento de preconceito e impregnado de compreensão, de solidariedade.

Neste diapasão, a Lei n. 9.029/1995, alterada pela Lei 12.888/2010, estipula de forma cogente e peremptória que “fica proibida a adoção de qualquer prática discriminatória e limitativa para efeito de acesso à relação de emprego, ou sua manutenção, por motivo de sexo, origem, raça, cor, estado civil, situação familiar ou idade, ressalvadas, neste caso, as hipóteses de proteção ao menor previstas nos incisos XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal”.

Assim, se a referida lei protege todos os empregados, sem distinção, de práticas discriminatórias limitativas do acesso à relação de emprego, ou à sua manutenção, referido texto legal deve ser interpretado no contexto protetivo ao hipossuficiente, princípio que dá suporte e é a própria razão do Direito do Trabalho.

Destarte, para que haja justa causa como narra o aludido artigo da CLT, deve o empregador analisar cuidadosamente o caso concreto, levando em consideração os antecedentes do trabalhador, os problemas patológicos, familiares e sociais que este possa estar enfrentando. Deve haver proporcionalidade entre o ato cometido pelo empregado e a penalidade que ele irá sofrer, vez que não há punição maior para um trabalhador que a demissão, principalmente por justa causa.

Os empregadores tem responsabilidade social juntamente com o Estado, devendo estes intervirem em caso de doença do trabalhador, encaminhando-os para o tratamento e posteriormente reintegrando-os ao seu local de labor. A punição só deverá ser aplicada quando após analisado o binômio – razoabilidade e proporcionalidade, for constatada a ausência da patologia.

Nesse sentido, eis alguns julgados dos Tribunais Regionais do Trabalho e do Colendo Tribunal Superior do Trabalho, com destaques:

RECURSO ORDINÁRIO DO RECLAMADO. TRANSTORNO MENTAL E COMPORTAMENTAL. ÁLCOOL. COCAÍNA. SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS. DEPENDÊNCIA QUÍMICA. DISPENSA POR JUSTA CAUSA. IMPOSSIBILIDADE. DIREITO À REINTEGRAÇÃO. Incontroversa a dependência química do autor. Laudo pericial médico concluindo pela ocorrência de transtorno mental e comportamental decorrente do uso de álcool, cocaína, múltiplas drogas e substâncias psicoativas (CID 10) é fundamento para o entendimento de que o "comportamento desidioso" de ausência ao serviço "sem justificativas", alegado pelo reclamado, é, na verdade, decorrente da doença que acomete o autor. Nesse contexto, não se sustentam as razões do recurso quanto à

manutenção da despedida por justa causa (artigo 482, "e", da CLT). (Processo: RO - 0002249-48.2011.5.04.0018. Data de Julgamento: 05/06/2013, Relator: Gilberto Souza dos Santos, 18º VT de Porto Alegre, Publicação: DEJT 26/09/2013).

ALCOOLISMO. DISPENSA POR JUSTA CAUSA. IMPOSSIBILIDADE. **A Organização Mundial de Saúde (OMS) catalogou o alcoolismo como enfermidade no Código Internacional de Doenças (CID), denominando-a de síndrome de dependência do álcool (referência F-10.2). Assim, constatado nos autos que o obreiro é portador da respectiva doença e que não apresenta capacidade laborativa, incabível a rescisão contratual levada a efeito pela reclamada.** Recurso Ordinário a que se dá provimento para declarar a nulidade da dispensa efetiva e determinar a reintegração do obreiro ao emprego, para posterior encaminhamento ao órgão previdenciário, a fim de que seja submetido ao tratamento adequado. (Processo: RO – 1000-21.2011.5.17.0141. 3º Turma. Relator: Jailson Pereira da Silva. Publicação: DEJT 26/09/2013).

RECURSO DE REVISTA ALCOOLISMO. DOENÇA CRÔNICA. DISPENSA POR JUSTA CAUSA. IMPOSSIBILIDADE. DIREITO À REINTEGRAÇÃO. De acordo com o Tribunal Regional, o reclamante é dependente químico, apresentando quadro que associa alcoolismo crônico com o uso de maconha e crack. **A jurisprudência desta Corte tem se orientado no sentido de que o alcoolismo crônico, catalogado no Código Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde OMS, sob o título de síndrome de dependência do álcool, é doença que compromete as funções cognitivas do indivíduo, e não desvio de conduta justificador da rescisão do contrato de trabalho.** Assim, tem-se como injustificada a dispensa do reclamante, porquanto acometido de doença grave. Recurso de revista conhecido e provido. (Processo: RR - 529000-74.2007.5.12.0004 Data de Julgamento: 05/06/2013, Relatora Ministra: Delaíde Miranda Arantes, 7ª Turma, Data de Publicação: DEJT 07/06/2013).

AGRAVO DE INSTRUMENTO. RECURSO DE REVISTA. ALCOOLISMO CRÔNICO. JUSTA CAUSA. DA VIOLAÇÃO AO ARTIGO 482, F, DA CLT. A decisão do Regional, quanto ao afastamento da justa causa, não merece reparos, porquanto está em consonância com o entendimento desta Corte Superior, inclusive da SBDI-1, no sentido de que **o alcoolismo crônico é visto, atualmente, como uma doença, o que requer tratamento e não punição.** Incólume o artigo 482, alínea "f", da CLT. Agravo de instrumento conhecido e não provido. (AIRR - 34040/2008-0007-10 - TST – 8ª Turma - DJ - 16/04/2010 – Relatora Ministra DORA MARIA DA COSTA)

RECURSO DE REVISTA. NULIDADE DO JULGADO. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. INOCORRÊNCIA. A Corte de origem consignou expressamente as razões do seu convencimento, não havendo falar em negativa de prestação jurisdicional. Inviolado o artigo 93, IX, da Constituição da República. ALCOOLISMO. **NÃO-CARACTERIZAÇÃO DA JUSTA CAUSA. REINTEGRAÇÃO. Revela-se em consonância com a jurisprudência desta Casa a tese regional no sentido de que o alcoolismo crônico, catalogado no Código Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde OMS, sob o título de síndrome de dependência do álcool, é doença, e não desvio de conduta justificador da rescisão do contrato de trabalho.** Registrado no acórdão regional que -

restou comprovado nos autos o estado patológico do autor -, que o levou, inclusive, - a suportar tratamento em clínica especializada -, não há falar em configuração da hipótese de embriaguez habitual, prevista no art. 482, -f-, da CLT, porquanto essa exige a conduta dolosa do reclamante, o que não se verifica na hipótese. Recurso de revista não-conhecido, integralmente. (RR - 153000-73.2004.5.15.0022, Relatora Ministra: Rosa Maria Weber, 3ª Turma, Data de Divulgação: DEJT 06/11/2009).

Assim, apesar de ser um problema que prejudica significativamente a execução do contrato de trabalho, segundo a jurisprudência trabalhista mais moderna, a embriaguez não mais autoriza a dispensa por justa causa, tendo em vista o seu enquadramento como doença pela OMS, devendo a patologia ser tratada a encargo da Previdência Social, sem qualquer ato discriminatório contra o trabalhador que necessita de apoio e compreensão e não de punição.

2.2.1 Projeto de Lei nº 48/2010

Conforme delineado anteriormente, a legislação brasileira não acompanhou a evolução médico/social no que tange a dispensa por justa causa em decorrência do alcoolismo. A reversão da punição (demissão) ocorre, na maior parte dos casos, em virtude do posicionamento doutrinário dominante. É cediço, portanto, que nosso ordenamento jurídico necessita de mudanças urgentes com relação à abordagem legal do alcoolismo.

Corroborando com a tese acima mencionada, o Senador Marcelo Crivella apresentou o Projeto de Lei nº 48/2010, propondo alterações nos artigos 482, alínea “f”, da CLT, art. 132 da Lei nº 8.112/1990 e art. 118 da Lei nº 8.213/1991, para disciplinar a demissão e estabelecer garantia provisória de emprego ao alcoolista.

A CLT passaria a considerar para efeito de demissão por justa causa apenas a embriaguez em serviço, excluindo a embriaguez habitual. Os demais dispositivos alterados, art. 132 da Lei nº 8.112/1990 e art. 118 da Lei nº 8.213/1991, introduziriam proteção ao alcoolista servidor público e garantia provisória de emprego nos doze meses subsequentes ao término do benefício previdenciário de auxílio-doença do empregado alcoólatra.

Nesse sentido, eis a justificativa do Projeto em comento²³:

A CLT arrola a embriaguez – habitual ou em serviço – como uma das causas para a rescisão do contrato de trabalho por justa causa. Nesse sentido, reflete

²³ PL 48/2010. Disponível em: < <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=73756&tp=1>>. Acesso em 10/01/2014.

a concepção vigente em meados do século passado. O Regime Jurídico Único e o Plano de Benefícios da Previdência Social não punem, diretamente, o alcoolismo, mas tampouco contemplam-no como a doença que é, e o alcoolista como sujeito que deve receber o amparo da Lei.

A presente proposição objetiva remediar essa situação, inserindo, nesses três diplomas, disposições para conferir ao dependente de bebidas alcoólicas uma mais que necessária proteção legal, pois o alcoolismo crônico não deve ensejar a demissão por justa causa. Sendo reconhecido formalmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como doença e relacionado no Código Internacional de Doenças (CID) como “síndrome de dependência do álcool”, ao alcoolismo não se aplicaria o artigo 482 da CLT, que inclui a “embriaguez habitual ou em serviço” entre os motivos para tal demissão. Assim entendeu a Subseção 1 Especializada em Dissídios Individuais (SDI-1) do Tribunal Superior do Trabalho (TST), ao dar provimento a embargos em recurso de revista (586.320/1999) movido por um ex-funcionário do Banco de Brasília.

Ante a posição atual da OMS, o ministro João Orestes Dalazen, Vice Presidente do TST, registrou que “o dramático quadro social advindo desse maldito vício impõe que se dê solução distinta daquela que imperava em 1943, quando passou a vigor a letra fria e hoje caduca do art. 482, ‘f’, da CLT, no que tange à embriaguez habitual.”. Em tais casos, diz o relator, “a despedida sumária do trabalhador, longe de representar solução, acaba por agravar a situação já aflitiva do alcoolista.”

A SDI-1 seguiu o voto do relator, que entendeu que “cumpre ao empregador, ao invés de dispensar o empregado por justa causa, encaminhá-lo para tratamento médico junto ao INSS, provocando o afastamento desse empregado do serviço e, por conseguinte, a suspensão do contrato de trabalho”. Na avaliação do ministro Dalazen, “há aí certa incompreensão, ou, quando menos, falta de caridade, de magnanimidade para com situação grave, séria e dolorosa, do ponto de vista pessoal e social. Convém recordar que as empresas têm também responsabilidade social decorrente de mandamento constitucional”.

O alcoolismo é uma situação de saúde pública. A legislação deve, portanto, estabelecer condições para facilitar a recuperação do alcoolista. Para tanto, na CLT, propomos a modificação do art. 482 para excluir das hipóteses de justa causa a embriaguez habitual, mantendo a embriaguez em serviço naquelas hipóteses. O proposto parágrafo único esclarece, no entanto que, ao alcoolista diagnosticado, a justa causa somente será aplicável se o trabalhador deixar de se submeter a tratamento.

A mesma disposição foi inserida como parágrafo único do art. 132 da Lei nº 8.112, de 1990. Essa lei não contempla a embriaguez como causa de demissão do servidor público. Por isso, introduzimos proteção ao alcoolista que apresente dois dos mais notáveis sintomas de dependência: o absenteísmo e o comportamento incontinente e insubordinado – causas de demissão do servidor, nos termos dos incisos III e V do caput daquele artigo. A modificação no art. 118 do Plano de Benefícios da Previdência Social concede ao alcoolista, que tenha recebido o auxílio-doença em razão de sua dependência, a garantia provisória de emprego nos doze meses subsequentes ao término do recebimento do benefício. Essa modificação reconhece que o alcoolista merece ser equiparado ao acidentado, para fins de proteção de seu emprego, como forma de ampará-lo em sua recuperação e reinserção social.

Para encerrar, destacamos que temos ciência de que na literatura médica o termo “alcoolista” designa o dependente alcoólico, o usuário crônico de bebidas. Unicamente, optamos por utilizar a forma “alcoolista crônico” no texto da proposição para facilitar sua interpretação pelos operadores

jurídicos e pela população em geral. Dessa forma, separamos o dependente alcoólico do simples usuário ocasional ou do consumidor regular que não apresenta padrão de dependência, para evitar a aplicação indiscriminada das disposições do Projeto a pessoas que não demandam proteção específica da Lei.

Assim, segundo a proposta, nos casos em que o trabalhador for alcoólatra crônico, desde que comprovado clinicamente, a demissão só poderá acontecer se o trabalhador recusar a se submeter ao tratamento específico para sua condição. Este também terá direito a garantia de um ano de trabalho na empresa em que estava empregado, após o recebimento de auxílio-doença para tratamento.

O referido Projeto, que se encontra na Câmara dos Deputados aguardando revisão e aprovação, embora tenha gerado muitas polêmicas, principalmente entre o meio empresarial, é o primeiro indício de uma evolução legal sobre a problemática do alcoolismo nas relações de trabalho. Desta feita, espera-se que o Congresso Nacional faça uma análise detalhada do Projeto e realize alterações significativas nos dispositivos legais ultrapassados.

2.3 Benefício Previdenciário Cabível

É cediço que todo empregado que esteja regular perante a Previdência Social faz jus aos benefícios de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, quando acometidos por problemas de saúde graves, que necessitem de tratamento ou impeçam a realização do trabalho, temporária ou definitivamente.

Desta forma, por se tratar de doença reconhecida pela OMS, conforme exaustivamente demonstrado, o empregado detectado com alcoolismo crônico deverá ser encaminhado para o INSS, onde poderá receber o benefício previdenciário cabível e iniciar o tratamento adequado.

Nesse sentido, a fim de identificar qual o benefício adequado quando houver manifestação do alcoolismo no ambiente de trabalho, faz-se necessária a distinção entre auxílio-doença e aposentadoria por invalidez.

2.3.1 Auxílio doença

O auxílio-doença é um benefício previdenciário previsto na Lei nº 8.213/1991 (artigos. 59 a 64) e no Regulamento da Previdência Social (Decreto nº 3.048/1999 - artigos 71 a 80), devido ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência exigido, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias consecutivos.

O referido benefício pode ser requerido pelo próprio segurado ou pelo empregador, devendo a incapacidade para o trabalho ser comprovada através de exame realizado pela perícia médica do INSS. Caso o prazo estabelecido para a recuperação se revele insuficiente, o segurado poderá solicitar a realização de nova perícia médica para a prorrogação do auxílio-doença.

O período de carência para a concessão do auxílio-doença é, em regra, de 12 (doze) contribuições mensais. Todavia, havendo perda da qualidade de segurado, para habilitar-se novamente ao auxílio-doença, o segurado não precisará mais cumprir as 12 (doze) contribuições mensais, mas tão somente um terço do exigido, ou seja, 4 (quatro) contribuições mensais (parágrafo único do art. 24 da Lei nº 8.213/91).

Ao ser constatada a enfermidade do empregado segurado, o empregador é responsável pelo pagamento dos quinze primeiros dias de afastamento das atividades do obreiro, sendo o auxílio-doença devido a contar do décimo sexto dia do afastamento. Porém, quando requerido por segurado afastado por mais de trinta dias, o benefício será devido a contar da data do protocolo do requerimento.

Se o segurado que se afastou por 15 (quinze) dias e retornou ao trabalho no 16º (décimo sexto) dia, voltar a se afastar dentro de 60 (sessenta) dias desse retorno, em decorrência da mesma doença, fará jus ao benefício a partir da data do novo afastamento. Entretanto, se o retorno à atividade tiver ocorrido antes de quinze dias do afastamento, o segurado fará jus ao auxílio-doença a partir do dia seguinte ao que completar aquele período.

Durante o período do gozo do benefício, o segurado terá uma renda mensal correspondente a 91% (noventa e um por cento) do salário de benefício. E caso seja constatado a irreversibilidade do quadro, ou seja, que não há chances de recuperação para a atividade desenvolvida habitualmente pelo segurado, o empregador deverá submeter o empregado a processo de reabilitação profissional para o exercício de outra atividade. Todavia, se não houver possibilidade de recuperação para qualquer atividade, o segurado deverá ser encaminhado para a aposentadoria por invalidez.

Destaca-se que quando o segurado exercer mais de uma atividade abrangida pela previdência social será devido o auxílio-doença mesmo no caso de incapacidade apenas para o exercício de uma delas, devendo a perícia médica ser conhecedora de todas as atividades que o mesmo estiver exercendo. Nesta hipótese, o benefício será concedido em relação à atividade para a qual o segurado estiver incapacitado, considerando-se para efeito de carência somente as contribuições relativas a essa atividade. Todavia, se nas várias atividades o segurado exercer a mesma profissão, será exigido de imediato o afastamento de todas.

Nesse contexto, o segurado diagnosticado como alcóolatra deverá, a princípio, ser afastado de todas as suas funções (empregos) e ser encaminhado para tratamento junto ao INSS, por se tratar de uma patologia que gera incapacidade laborativa, vez que causa prejuízo do julgamento, da crítica, da percepção, memória e compreensão, além de diminuir a capacidade de reação, a acuidade visual, a coordenação motora e o equilíbrio.

Para os alcóolatras o benefício é de suma importância, pois proporciona a manutenção de sua família enquanto o segurado realiza o tratamento contra a doença, que muitas vezes exige internação e visitas constantes a grupos de ajuda.

Contudo, existem críticas no tocante ao procedimento de concessão do auxílio-doença, tendo em vista que o benefício é sacado pelo próprio segurado, que na maioria das vezes não tem controle sobre a doença e acaba usando o dinheiro para financiar o vício, gerando um círculo vicioso sem fim.

O benefício deve ser concedido enquanto durar o tratamento, mas como não há fiscalização por parte do INSS para monitorar se o segurado está efetivamente se tratando, a incidência de casos irrecuperáveis é enorme, o que gera mais prejuízos para o INSS, para as famílias e para as empresas, que não tem perspectiva de retorno do funcionário.

Nesse sentido, o Projeto de Lei nº 48/2010, mencionado anteriormente, além de obrigar a comprovação do tratamento para que não haja a dispensa por justa causa do empregado, deveria alterar a forma de concessão do benefício, para que os familiares dependentes do segurado alcóolatra pudessem sacar o valor correspondente ao auxílio, evitando assim que o alcoolista possa financiar o vício com a renda que deveria custear o seu sustento e o de sua família enquanto durar o tratamento.

2.3.2 Aposentadoria por invalidez

A Lei nº 8.213/91 (artigos 42 a 47) e o Decreto nº 3.048/99 (artigos 43 a 50), preveem a aposentadoria por invalidez, que é o benefício devido ao segurado que, após cumprida a carência exigida (quando for o caso), estando ou não em gozo do auxílio-doença, for considerado incapaz para o trabalho e insuscetível de reabilitação para o exercício da atividade que lhe garanta a subsistência, devendo ser paga enquanto permanecer nessa condição.

Destaca-se que para que seja concedido o referido benefício não há necessidade de concessão prévia de auxílio-doença. A incapacidade para o trabalho insuscetível de reabilitação, em alguns casos, pode ser constatada de imediato pelo médico perito, em face da gravidade das lesões à integridade física ou mental do indivíduo. No entanto, nem sempre é possível detectar a incapacidade total e definitiva de imediato. Por isso, na maioria das vezes, concede-se inicialmente o auxílio-doença e, posteriormente, concluindo-se pela impossibilidade de retorno à atividade laborativa, transforma-se o benefício inicial em aposentadoria por invalidez.

O período de carência é de 12 (doze) contribuições mensais, valendo-se a mesma regra do parágrafo primeiro, do art. 24, da Lei 8.213/91, em que havendo perda da qualidade de segurado, para habilitar-se novamente à aposentadoria por invalidez, o segurado não precisará mais cumprir as 12 (doze) contribuições mensais, mas tão somente um terço do exigido, ou seja, 4 (quatro) contribuições mensais.

Nesses casos, a concessão do benefício ocorrerá a partir do 16º (décimo sexto) dia do afastamento da atividade ou a partir da data da entrada do requerimento, se entre o afastamento e o requerimento decorrerem mais de 30 dias. Todavia, quando a aposentadoria por invalidez for precedida de auxílio-doença, a concessão ocorrerá no dia imediato ao da cessão do auxílio-doença.

Durante o período do gozo do benefício, o segurado terá uma renda mensal correspondente a 100% (cem por cento) do salário de benefício, podendo este valor ser acrescido de 25% se constatada a necessidade da assistência permanente de outra pessoa para acompanhar o segurado.

A concessão de aposentadoria por invalidez, inclusive mediante transformação de auxílio-doença, está condicionada ao afastamento de todas as atividades. Entretanto, o benefício é provisório, pois o segurado pode, em certos casos, recuperar-se. Por isso o

aposentado por invalidez é obrigado a submeter-se, bienalmente, a exame médico a cargo da Previdência Social.

Destaca-se que, recuperando o empregado a capacidade de trabalho e sendo a aposentadoria cancelada, ser-lhe-á assegurado o direito à função que ocupava ao tempo da aposentadoria, facultado, porém, ao empregador, o direito de indenizá-lo por rescisão do contrato de trabalho (CLT, art. 475, §1º).

No entanto, existe no Direito do Trabalho discussão acerca da interrupção ou suspensão do contrato de trabalho quando da aposentadoria por invalidez. Nos termos do art. 475 da CLT, o contrato fica suspenso durante o prazo fixado pelas leis previdenciárias. Já a atual redação do art. 101 da Lei nº 8.213/91 não estabelece prazo para a efetivação da aposentadoria. Assim, a efetivação da aposentadoria por invalidez nunca ocorrerá e, por conseguinte, enquanto o benefício durar, não haverá o término do contrato de trabalho, mas tão somente a suspensão, e o empregado deverá retornar à função antes exercida.

Todavia, outra corrente defendida por Arnaldo Sussekind²⁴, entende que a Lei nº 8.213/91 estabeleceu em seu art. 47 o prazo máximo gerador da suspensão do contrato de trabalho em cinco anos. Desta feita, a empresa só estará obrigada a readmitir o empregado quando a recuperação da capacidade de trabalho verificar-se durante a suspensão do contrato de trabalho, isto é, na fluência dos cinco anos em que esteve afastado dos serviços da empresa usufruindo o benefício previdenciário.

A jurisprudência também não é pacífica a respeito desta discussão, como se pode observar nas súmulas abaixo transcritas:

Súmula 160 do TST: Cancelada a aposentadoria por invalidez, mesmo após 5 (cinco) anos, o trabalhador terá direito de retornar ao emprego, facultado, porém, ao empregador, indenizá-lo na forma da lei

Súmula 217 do STF: Tem direito de retornar ao emprego, ou ser indenizado em caso de recusa do empregador, o aposentado que recupera a capacidade de trabalho dentro de cinco anos, a contar da aposentadoria, que se torna definitiva após esse prazo.

O Tribunal Superior do Trabalho entende pelo retorno à função antes exercida mesmo após o prazo de cinco anos. Já o Supremo Tribunal Federal entende pelo direito de retorno à função exercida anteriormente pelo empregado segurado apenas pelo prazo de cinco anos.

²⁴ SUSSEKIND, Arnaldo. **Curso de Direito do Trabalho**. 2ª ed. p. 294. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

O posicionamento do STF revela-se mais prudente, vez que manter um contrato de trabalho suspenso por prazo indeterminado, podendo um segurado aposentado por invalidez retornar à sua função mesmo depois de um longo prazo, não parece lógico. A tecnologia e os conhecimentos se tornam obsoletos, assim como a fidúcia existente entre empregado e empregador, tornando o retorno insustentável.

No tocante ao alcoolismo, entende-se ser prudente inicialmente a concessão de auxílio-doença, na tentativa de recuperação do empregado alcoolista, com o seu posterior retorno às atividades laborativas. Esse é o entendimento doutrinário e jurisprudencial predominante atualmente, ou seja, a realização de tratamento para a reinserção do alcoolista ao seio familiar, ao trabalho e às suas atividades sociais.

Entretanto, torna-se viável a concessão direta da aposentadoria por invalidez quando detectadas patologias graves decorrentes do uso indiscriminado do álcool, como a cirrose, por exemplo, que debilita fisicamente o indivíduo alcólatra a ponto de não possuir condições físicas e psicológicas de reabilitação, necessitando de cuidados e tratamentos eternamente.

Nota-se que a maior dificuldade para a concessão do auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez é a recusa do empregado segurado em aceitar e reconhecer que possui esta patologia, retardando suas chances de cura. Nesses casos, ao ser encaminhado para o INSS a fim de realizar tratamento (em sua totalidade “obrigados” pela empresa ou pela família), o empregado, na maioria das vezes, já se encontra em estágio avançado da doença, num grau de dependência tamanho que não consegue progredir no tratamento e acaba tornando-se portador de doenças graves decorrentes do uso exagerado da substância.

Destarte, quanto mais cedo for identificado que um empregado é alcólatra e este for encaminhado para tratamento junto ao INSS, através do auxílio-doença, maiores serão as chances de cura e retorno ao trabalho, desonerando assim a Previdência Social, as empresas e principalmente as famílias, que terão chances de recuperação maiores.

2.4 Pensão Por Morte em Caso de Não Estar Contribuindo Para o INSS

Segundo o art. 74 da Lei nº 8.213/91, e os artigos 105 a 115 do Decreto nº 3.048/99, a pensão por morte será devida ao conjunto dos dependentes do segurado que falecer, aposentado ou não, a contar da data do óbito (quando requerida até trinta dias depois deste; do requerimento (quando requerida após o prazo de trinta dias) ou da decisão judicial (em caso de morte presumida).

A data de início do benefício será a data do óbito, quando a pensão for requerida dentro do prazo de trinta dias. Caso seja solicitada fora do prazo, a data do início do pagamento será a data do requerimento.

Os beneficiários da pensão por morte são os dependentes do segurado falecido, elencados no art. 16 da lei nº 8.213/91, a saber:

- I – o cônjuge, a companheira, o companheiro e o filho não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido (Classe I);
- II – os pais (Classe II);
- III – o irmão não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido (Classe III).

A existência de dependentes de qualquer das classes exclui do direito às prestações os das classes seguintes. Assim, existindo algum dependente da Classe I, os das classes II e III não terão direito à pensão por morte, e assim sucessivamente. Outrossim, os dependentes de uma mesma classe concorrem em igualdade de condições.

A concessão do referido benefício independe de carência e o valor da renda mensal da pensão por morte será de 100% (cem por cento) do valor da aposentadoria que o segurado recebia ou daquela a que teria direito se estivesse aposentado por invalidez na data de seu falecimento.

Nesse contexto, se um segurado alcoólatra, quer esteja laborando, quer em gozo de auxílio-doença ou de aposentadoria por invalidez, vier a óbito, seus dependentes poderão receber a pensão por morte nas condições acima mencionadas.

Cumprido salientar, todavia, que se o *de cujus* falecer após perder a condição de segurado (estar desempregado, por exemplo, sem contribuir com o INSS), em regra, não será concedida a pensão por morte aos seus dependentes.

Entretanto, caberá a concessão de pensão aos dependentes, mesmo que o óbito tenha ocorrido após a perda da qualidade de segurado, desde que, na data do óbito, o segurado já tivesse implementado todos os requisitos para a obtenção de uma aposentadoria. Ou seja, se um alcoólatra que tiver laborado por muitos anos, e após adquirir o vício deixar de trabalhar e conseqüentemente de contribuir com o INSS, vier a falecer, seus dependentes poderão receber a pensão por morte se durante o tempo em que ele trabalhou tiver implementado todos os requisitos para uma aposentadoria (ter 60/65 anos de idade e 180 contribuições).

Corroborando dessa tese, o Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula 416, a saber: *É devida a pensão por morte aos dependentes do segurado que, apesar de ter perdido essa qualidade, preencheu os requisitos legais para a obtenção de aposentadoria até a data do seu óbito.*

No entanto, essa súmula só abrange os dependentes dos *de cujus* que haviam implementado as condições de aposentadoria à época do óbito. Contudo, muitas vezes essa perda da qualidade ocorre quando o segurado, em virtude de uma enfermidade, por exemplo, deixa de trabalhar/contribuir e vem a falecer sem ter implementado as condições para se aposentar.

Poderia em tal hipótese ter gozado de auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez, fato que lhe garantia a manutenção da qualidade de segurado, conforme disciplina a lei. Ocorre que por ignorância do segurado (ou por equívoco do INSS), muitas vezes o cidadão não tem o benefício previdenciário concedido e, quando falece, não está mais acobertado pela previdência, não deixando pensão por morte aos dependentes.

Nesses casos, ainda que seja acatada a tese de perda da qualidade de segurado suscitada pelo INSS, esta não se imporá, tendo em vista que o falecido ostentava a condição de inválido para o trabalho.

Nesse sentido, a jurisprudência do STJ é no sentido da necessidade da manutenção da condição de segurado, eis que teria havido desrespeito por parte do INSS aos incisos I e II e § 4º do art. 15 e aos arts. 74 e 102, da Lei 8.213/91.

Tal entendimento vem se repetindo nos Tribunais, conforme se depreende dos julgados abaixo transcritos, com destaques:

AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. PREVIDENCIÁRIO. PENSÃO POR MORTE. PERDA DA QUALIDADE DE SEGURADO DO DE CUJUS. NÃO OCORRÊNCIA. AGRAVO IMPROVIDO. 1. **Esta Corte Superior de Justiça consolidou seu entendimento no sentido de que o trabalhador que deixa de contribuir para a Previdência Social em razão de estar incapacitado para o trabalho não perde a qualidade de segurado.** 2. Agravo regimental improvido. (STJ - AgRg no REsp: 985147 RS 2007/0212459-3, Relator: Ministra MARIA THEREZA DE ASSIS MOURA, Data de Julgamento: 28/09/2010, T6 - SEXTA TURMA, Data de Publicação: DJe 18/10/2010).

PREVIDENCIÁRIO. PENSÃO POR MORTE. CONCESSÃO. QUALIDADE DE SEGURADO DO "DE CUJUS". INCAPACIDADE. 1. A concessão do benefício de pensão por morte depende da ocorrência do evento morte, da demonstração da qualidade de segurado do de cujus e da condição de dependente de quem objetiva a pensão. 2. Não será concedida a pensão aos dependentes do instituidor que falecer após a perda da qualidade de segurado, salvo se preenchidos, à época do falecimento, os requisitos para obtenção da aposentadoria segundo as normas então em vigor. 3. O amparo social a pessoa portadora de deficiência é benefício de prestação continuada, que, embora criado na esfera previdenciária, tem nítida natureza assistencial, de caráter pessoal e, por isso, não é transmissível aos dependentes e/ou sucessores do beneficiário, cessando com a morte do titular. 4. **A**

jurisprudência vem admitindo a concessão do benefício de pensão por morte quando a parte interessada comprova que o Instituto Previdenciário incorreu em equívoco ao conceder um benefício de natureza assistencial, quando o finado fazia jus a um auxílio-doença ou a uma aposentadoria. 5. Considerando que o falecido ostentava a condição de segurado na data de início da incapacidade, preenchendo os requisitos para a obtenção de aposentadoria por invalidez, devida a concessão de pensão por morte aos dependentes. (TRF-4, Proc. N° 0018107-65.2013.404.9999/PR, Relator: ROGERIO FAVRETO, Data de Julgamento: 10/12/2013, QUINTA TURMA)

"PREVIDENCIÁRIO. PROCESSO CIVIL. PENSÃO POR MORTE. PERDA DA QUALIDADE DE SEGURADO DO DE CUJUS. CUMPRIMENTO DA CARÊNCIA PARA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. CONDIÇÃO DE DEPENDENTE. TERMO INICIAL. CORREÇÃO MONETÁRIA. JUROS DE MORA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS.

I - Considerando que entre a data da última contribuição previdenciária vertida pelo de cujus (24.04.2001; fl. 45) e a data do óbito (22.01.2005; fl. 28) transcorreram mais de três anos, teria ocorrido, em tese, a perda da qualidade de segurado. Todavia, o compulsar dos autos revela que o falecido sofria de alcoolismo.

II - A jurisprudência é pacífica no sentido de que não perde o direito ao benefício o segurado que deixa de contribuir para a previdência por estar incapacitado para o trabalho. III - A época do óbito o falecido já havia preenchido os requisitos legais necessários para a obtenção do benefício de aposentadoria por invalidez, posto que se encontrava incapacitado de forma total e definitiva para o trabalho, possuía carência exigida legalmente, correspondente a 12 contribuições mensais (fl. 34 e 45), bem como ostentava a qualidade de segurado. IV - Restando comprovada a condição de companheira, a dependência econômica é presumida, nos termos do art. 16, I, § 4º, da Lei n. 8.213/91, razão pela qual a autora faz jus ao benefício de pensão por morte.

V - O termo inicial do benefício deve ser fixado na data do requerimento administrativo (15.08.2006; fl. 36). VI - A correção monetária incide sobre as prestações em atraso, desde as respectivas competências, na forma da legislação de regência, observando-se que a partir de 11.08.2006 o IGP-DI deixa de ser utilizado como índice de atualização dos débitos previdenciários, devendo ser adotado, da retro aludida data (11.08.2006) em diante, o INPC em vez do IGP-DI, nos termos do art. 31 da Lei nº 10.741/2003 c.c o art. 41-A da Lei nº 8.213/91, com a redação que lhe foi dada pela Medida Provisória nº 316, de 11 de agosto de 2006, posteriormente convertida na Lei nº 11.430, de 26.12.2006. VII - Os juros moratórios devem ser calculados de forma globalizada para as parcelas anteriores à citação e, de forma decrescente, para as prestações vencidas após tal ato processual até a data da conta de liquidação, que der origem ao precatório ou a requisição de pequeno valor - RPV (STF - AI- AgR 492.779-DF, Relator Min. Gilmar Mendes, DJ 03.03.2006). Será observada a taxa de 6% ao ano até 10.01.2003 e, a partir de 11.01.2003, será considerada a taxa de 1% ao mês, nos termos do art. 406 do Código Civil e do art. 161, § 1º, do Código Tributário Nacional. VIII - Honorários advocatícios arbitrados em R\$ 1.000,00 (um mil reais), a teor do art. 20, § 4º, do CPC. IX - O benefício deve ser implantado de imediato, nos termos do "caput" do art. 461 do CPC. X - Apelação da autora provida."(grifo nosso). (TRF3, DÉCIMA TURMA, AC 200661830080627, relator Desembargador Federal SERGIO

NASCIMENTO, data do julgamento 20.04.10, DJF3 CJ1 DATA 28.04.10, p. 1994).

PENSÃO POR MORTE. QUALIDADE DE SEGURADO. ALCOOLISMO CRÔNICO. INCAPACIDADE LABORAL. **É devida a pensão por morte aos dependentes do falecido, quando comprovada a manutenção da qualidade de segurado, devido à incapacidade para o trabalho, por alcoolismo crônico, causador do óbito.** (AC 2004.04.01.026904-0, Quinta Turma, Relator Rômulo Pizzolatti, D.E. 16/02/2009)

PREVIDENCIÁRIO. PENSÃO POR MORTE. QUALIDADE DE SEGURADO. PORTADOR DE DOENÇA INCAPACITANTE. ALCOOLISMO. DIREITO AO BENEFÍCIO. DEPENDÊNCIA ECONÔMICA DA ESPOSA PRESUMIDA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. 1-Não perde a qualidade de segurado aquele que é portador de doença incapacitante. 2-**O alcoolismo é reconhecido pela medicina como grave patologia, de contornos incapacitantes.** 3-**Mantida a qualidade de segurado do falecido, é devida a pensão por morte a sua esposa, cuja dependência econômica presume-se** (Lei n.º 8.213/91, art. 16,I,§ 4.º). 4-Honorários advocatícios de 15% (quinze por cento) sobre o valor da condenação. 5-Apelação e remessa oficial improvidas. (TRF-3 - AC: 32054 SP 1999.03.99.032054-0, Relator: JUIZA VALERIA NUNES, Data de Julgamento: 24/06/2002, Data de Publicação: DJU DATA:21/10/2002 PÁGINA: 359)

Registra-se que o alcoolismo, por se tratar de doença incapacitante para o trabalho, também pode ensejar pensão por morte nos casos de perda da qualidade do segurado que não implementou as condições de aposentadoria quando do seu óbito.

Com efeito, apesar da legislação de regência prever que aquele que deixar de recolher as contribuições previdenciárias por mais de doze meses, perde a qualidade de segurado, o que tem repercussão no que pertine aos benefícios a serem deferidos aos seus dependentes, é fundamental emprestar à norma a sistêmica das regras que regem a Previdência Social.

Nesse contexto, deve ser distinguida a situação do trabalhador que, voluntariamente, se omite ao cumprimento de sua obrigação de contribuir para o custeio da Seguridade Social, não mais pagando as exações devidas, daquela vivenciada pelo trabalhador que, por motivos alheios a sua vontade, se vê impedido de exercer atividade laborativa formal e, por conseguinte, permanecer como segurado.²⁵

Dessa maneira, quando o falecido poderia estar gozando de benefício de longa data, não há que se falar em perda da qualidade de segurado e, conseqüentemente, quando do

²⁵ BACHUR, Tiago Faggioni. **A pensão por morte e a manutenção da qualidade de segurado em virtude de existência de doença incapacitante.** Disponível em: <http://ww3.lfg.com.br/artigos/Blog/pensao_morte.pdf>. Acesso em 15 jan. 2014.

infortúnio, seus dependentes devem de pronto ter recebido a pensão por morte – fato inocorrente, o qual as obriga a se socorrerem do judiciário.

Em casos tais, quando os dependentes preenchem os requisitos para concessão da pensão por morte, eis que o falecido na maioria das ocasiões, em virtude de sua doença incapacitante (como o alcoolismo) deixou de contribuir para os cofres da previdência Social e a Autarquia negou-lhe o benefício e este veio a óbito, possuem os dependentes o pleno direito ao benefício previdenciário pleiteado.

3 ALCOOLISMO COMO INCAPACIDADE SOCIAL

O respeito à dignidade da pessoa humana é um importante atributo das sociedades modernas. Com a Constituição de 1988, o princípio da Dignidade da Pessoa Humana foi colocado como orientador para todo o ordenamento jurídico, por estar elencado como Fundamento da República Federativa, no artigo 1º do referido diploma legal. Assim, todos os atos, decisões e orientações, deveriam sempre levar em conta que em hipótese alguma tal princípio possa vir a ser desrespeitado.

O Estado, além de apenas respeitar esta dignidade, tem a obrigação de intervir na sociedade, levando assistência aos que dela necessitassem. Nesse sentido, a política assistencialista do Estado, através da Assistência Social, deve buscar esta concretização, promovendo o bem estar da população e oferecendo aos marginalizados condições mínimas que garantam sua dignidade.

A Carta Magna, em seu artigo 203, inciso V, instituiu um benefício que tem como característica levar aos idosos e aos deficientes que não tiverem meios de prover sua subsistência nem de tê-la provida por suas famílias, a percepção de 1 (um) salário mínimo, garantindo assim a respeitabilidade de direitos.

O referido benefício foi regulamentado pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), fazendo constar patamares a quem seria legitimado a recebê-lo. Entretanto, com o passar do tempo, constatou-se que a efetividade da citada lei já não condizia com a realidade no tocante aos requisitos para a obtenção do benefício, razão pela qual foram publicadas duas novas leis (12.435 e 12.470) em 2011, alterando as condições da concessão da assistência estatal para os idosos e os deficientes.

Conforme se verá adiante, dentre as alterações propostas encontra-se a abrangência do conceito de deficiente. Desta forma, faz-se necessário entender se o alcoolismo, objeto deste estudo, se enquadra nos conceitos de incapacidade social elencados pela Assistência Social nos dispositivos jurídicos mencionados.

3.1 Lei 8.742/1993

A Lei Orgânica de Assistência Social (Lei nº 8742/1993, mais conhecida como LOAS), teve o condão de regulamentar o dispositivo contido no art. 203, inciso V, da Constituição Federal. Ela trouxe a definição do conceito de Assistência Social, que está

exposto em seu artigo 1º, considerando que a mesma é um direito do cidadão e dever do Estado, sendo política de Seguridade Social não contributiva, que deverá prover os mínimos sociais, e ser realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, de forma a garantir o atendimento às necessidades básicas.

Nesse sentido, o referido dispositivo legal previu em seu art. 20 a concessão de um benefício de assistência continuada aos idosos e aos portadores de deficiência, a saber:

Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de 1 (um) salário mínimo à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais e que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.

§1º Para os efeitos do disposto no caput, entende-se como família o conjunto de pessoas elencadas no art. 16 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, desde que vivam sob o mesmo teto.

§2º Para efeito de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida e para o trabalho.

§3º - Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo.

§ 4º - O benefício de que trata este artigo não pode ser acumulado pelo beneficiário com qualquer outro no âmbito da seguridade social ou de outro regime, salvo o da assistência médica.

§ 5º - A situação de internado não prejudica o direito do idoso ou do portador de deficiência ao benefício.

§ 6º - A concessão do benefício ficará sujeita a exame médico pericial e laudo realizados pelos serviços de perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS.

§ 7º - Na hipótese de não existirem serviços no município de residência do beneficiário, fica assegurado, na forma prevista em regulamento, o seu encaminhamento ao município mais próximo que contar com tal estrutura.

§ 8º - A renda familiar mensal a que se refere o § 3º deverá ser declarada pelo requerente ou seu representante legal, sujeitando-se aos demais procedimentos previstos no regulamento para o deferimento do pedido.

Ante a uma interpretação restritiva dos mandamentos contidos nesta Lei, ao idoso o benefício só era pago àquele com idade mínima de 70 (setenta) anos, desde que não exercesse atividade remunerada. Ao deficiente, era devido aos portadores de deficiência incapacitados para a vida independente e para o trabalho. Ademais, para a sua concessão eram necessários alguns critérios cumulativos, dentre eles o parecer de perícia médica comprovando a deficiência.

Uma vez concedido, o benefício de prestação continuada deveria ser revisto a cada dois anos, para avaliação das condições que lhe deram origem (Art. 21 da Lei nº 8.742/1993), cessando o pagamento no momento em que fossem superadas essas condições,

como por exemplo: a morte do beneficiário ou a constatação de irregularidades na concessão ou utilização do benefício.

Entretanto, essa definição de deficiente se tornou muito vaga, deixando lacunas na sociedade, ficando inúmeras pessoas desamparadas, vez que não existiam critérios que determinassem quem estava incapacitado para a vida e para o trabalho, pois a deficiência era tratada como sinônimo de incapacidade. E o alcóolatra se enquadrava nessa situação.

O alcoolismo era visto como um desvio de comportamento que ensejava críticas e repulsa da sociedade, sendo inclusive motivo de demissão por justa causa. Nesse contexto, não se inseria no conceito de deficiente para a percepção do benefício de assistência continuada, pois o alcoolista não era considerado incapaz de trabalhar ou realizar suas atividades.

Contudo, após o reconhecimento pela OMS do alcoolismo como doença, esta ensejaria a incapacidade para o trabalho, dependendo do seu grau, vez que o cidadão reconhecidamente não possuiria condições (físicas e mentais) de se manter e de trabalhar, necessitando de auxílio do Estado.

Caso o alcoolismo tivesse se desenvolvido ou se agravado durante o contrato de trabalho, este cidadão teria condições de pleitear auxílio-doença e até uma aposentadoria por invalidez, conforme abordado anteriormente. No entanto, existem os alcóolatras que por razões diversas não estão vinculados a nenhum regime previdenciário, sendo, nesses casos, o benefício de assistência continuada, a única maneira de subsistência dos mesmos, o que não é levado em consideração na maioria das solicitações.

A incapacidade laborativa é verificada quando a pessoa encontra-se impossibilitada ao exercício de atividade laboral remunerada. Essa incapacidade pode ser provisória, quando enseja a concessão de auxílio-doença, ou definitiva, quando enseja a aposentadoria por invalidez. Contudo, ainda que indubitável a existência de incapacidade laborativa, o segurado pode perfeitamente deter plena capacidade civil, o que não representará óbice ao recebimento de benefício previdenciário em virtude de incapacidade.

Desta maneira, o conceito utilizado pela Lei Orgânica da Assistência Social, ao definir como pessoa com deficiência "aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho" não parecia atingir a realidade social e a dignidade da pessoa humana. .

Nem todas as pessoas com deficiência são incapazes para a vida independente e para o trabalho, e nem todas as pessoas incapazes para a vida e para o trabalho são pessoas com deficiência, como é o caso do alcóolatra. A constituição Federal estabeleceu este benefício para a pessoa com deficiência e não para a pessoa incapaz, o que não foi observado

pela LOAS. Os termos não são sinônimos e não deveriam ser associados para qualquer fim, tendo em vista que essa associação estimula a não preparação dessas pessoas para a vida em sociedade.

Desta forma, a imposição de limitação de abrangência dos requisitos para a concessão do benefício em comento estava se tornando um grande empecilho para a efetividade da contemplação do princípio da dignidade da pessoa humana na sociedade, razão pela qual em 2011 foram editadas novas leis que alteraram a definição de deficiente.

3.2 Leis 12.435 e 12.470 de 2011 – novos aspectos

Em virtude da ineficácia da lei de organização da assistência social, no tocante à concessão do benefício de prestação continuada, foram publicadas em 2011 as Leis nº 12.435 e 12.470, que alteraram a LOAS (Lei nº 8.742/1993) em vários aspectos, dentre eles os critérios de concessão do benefício, reduzindo a idade dos idosos e ampliando o conceito de deficiente previsto no art. 20.

O referido artigo passou a ter a seguinte redação na Lei nº 12.435/2011:

Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência **e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais** que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família.

§ 1º Para os efeitos do disposto no caput, a família é composta pelo requerente, o cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto.

§ 2º Para efeito de concessão deste benefício, considera-se:

I - pessoa com deficiência: aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas;

II - impedimentos de longo prazo: aqueles que incapacitam a pessoa com deficiência para a vida independente e para o trabalho pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos.

§ 3º Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou idosa a família cuja renda mensal **per capita** seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário-mínimo.

§ 4º O benefício de que trata este artigo não pode ser acumulado pelo beneficiário com qualquer outro no âmbito da seguridade social ou de outro regime, salvo os da assistência médica e da pensão especial de natureza indenizatória.

§ 5º A condição de acolhimento em instituições de longa permanência não prejudica o direito do idoso ou da pessoa com deficiência ao benefício de prestação continuada.

§ 6º A concessão do benefício ficará sujeita à avaliação da deficiência e do grau de incapacidade, composta por avaliação médica e avaliação social realizadas por médicos peritos e por assistentes sociais do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). (grifos nossos)

Das alterações mais significativas, destaca-se a redução da idade do idoso de 70 (setenta) para 65 (sessenta e cinco) anos. Credita-se esta redução ao fato do Estatuto do Idoso dispor em seu artigo 34 que esta seria a idade a ser alcançada para fins de concessão do Benefício Assistencial. Entretanto, ainda restam questionamentos acerca da idade correta para a concessão do benefício, vez que o próprio Estatuto do Idoso, em seu art. 1º, dispõe que é idosa a pessoa com idade igual ou maior que 60 (sessenta) anos. Contudo, ainda vigora a idade de 65 anos para fins de percepção do benefício aos idosos.

Outra alteração importante, senão a mais relevante, foi a mudança no conceito de deficiente. O que antes era tido apenas como incapacidade para a vida e para o trabalho, passou a ser caracterizado como o impedimento de longo prazo (que incapacita a pessoa por pelo menos dois anos), de natureza física, intelectual ou sensorial, obstruindo a participação plena e efetiva do cidadão na sociedade, fazendo menção ao conceito de deficiência adotado pela ONU em 2006 e ratificado pelo Brasil em 2008, através do Decreto 186/2008.

A Lei 12.470/2011, por sua vez, alterou ainda o art. 20 da LOAS, para acrescentar em seu § 2º o impedimento de natureza mental, a saber, com destaques:

Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família.

(...)

§ 2º Para efeito de concessão deste benefício, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, **mental**, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade **em igualdade de condições** com as demais pessoas.

(...)

Essa definição de deficiência leva em consideração dois aspectos principais: o biológico (impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial) e o sociológico (interação dos impedimentos biológicos com barreiras, e a obstrução da participação plena e efetiva do deficiente na sociedade, em igualdades de condições com as demais pessoas).

Portanto, a deficiência deve ser compreendida como um impedimento de longo prazo (não necessariamente definitivo ou permanente) de natureza biológica que traz restrições biológicas e sociais para o deficiente.

Analisando os impedimentos biológicos mencionados para a concessão do benefício, tem-se que o de natureza física pode ser entendido como a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.²⁶

Já a deficiência mental, que também pode ser entendida como deficiência intelectual, ocorre quando o funcionamento intelectual é significativamente inferior à média, podendo haver manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidado pessoa, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho.²⁷ Ou seja, existe um comprometimento cognitivo.

Destaca-se que a deficiência mental/intelectual difere da doença mental, pois esta engloba uma série de condições que causam alteração de humor e comportamento e podem afetar o desempenho da pessoa na sociedade. Essas alterações acontecem na mente da pessoa e causam uma mudança na sua percepção da realidade. Em resumo, é uma doença psiquiátrica, que deve ser tratada por um psiquiatra, com uso de medicamentos específicos para cada situação.

E, por fim, a deficiência de natureza sensorial caracteriza-se pelo não funcionamento (total ou parcial) de algum dos cinco sentidos. Assim, a surdez e a cegueira são consideradas deficiências sensoriais, mas déficits relacionados ao tato, olfato ou paladar, também podem ser enquadrados em tal categoria.

Ressalta-se que, para a concessão do benefício de prestação continuada, não se faz necessário que o impedimento seja permanente, podendo o mesmo ser transitório, desde que produza seus efeitos pelo prazo mínimo de dois anos, conforme preceitua o § 10º do art. 20 retromencionado.

²⁶ Decreto 5296/04 – Regulamenta as Leis 10.048 e 10.098 de 2000. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm>. Acesso em 15/01/2014.

²⁷ Ibid.

3.2.1 O alcoolismo e o benefício de prestação continuada

Ante as alterações na concessão do benefício de prestação continuada previsto na LOAS, questiona-se se o alcoolismo se enquadra no conceito de deficiente, necessário para a sua percepção, ou seja, se a doença realmente gera incapacidade social a ponto do seu portador fazer jus ao benefício.

Observando-se os tipos de embriaguez mencionados em capítulos anteriores, e as consequências que o uso indiscriminado do álcool pode causar, é possível constatar que o alcoolismo pode gerar os impedimentos biológicos e principalmente os sociológicos, necessários para a concessão do benefício em questão.

Um alcoolista, além dos problemas físicos decorrentes do uso exagerado da bebida, pode desenvolver outros problemas de saúde mais graves (como a diabetes, a cirrose hepática, etc.), e até adquirir uma deficiência motora, causada por uma queda ou um derrame, por exemplo. Nesses casos, o alcóolatra, diante da sua incapacidade física facilmente constatada, quer seja temporária, quer seja definitiva, faz jus à percepção do benefício assistencial.

O alcoolismo também pode desenvolver deficiência mental e intelectual, vez que dependendo do grau em que se manifeste, gera comprometimento cognitivo, alterando as habilidades do alcoolista, que passa a ter dificuldades de concentração, comunicação, segurança, dentre outras que lhe impedem de realizar qualquer atividade comum à sociedade, como estudar, trabalhar e até se relacionar com outras pessoas.

A dependência química do álcool também pode gerar malefícios sensoriais, pois o indivíduo alcoolizado, por passar a maior parte do tempo fora do controle do seu corpo, pode perder, mesmo que temporariamente, os sentidos.

Destaca-se que as consequências dos impedimentos biológicos geram o impedimento sociológico, sendo este, talvez, o maior “vilão” da doença em comento. O alcoolismo, em todas as suas esferas, impede que o indivíduo se desenvolva em igualdade de condições com outras pessoas saudáveis, razão pela qual enseja uma assistência maior do Estado.

Desta forma, não restam dúvidas que o alcoolismo é um fator de incapacidade social, devendo o alcóolatra desamparado pelos regimes de previdência, ser assistido pelo Estado através da concessão do benefício de assistência continuada, fazendo valer o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana.

Entretanto, a assistência do Estado deve ir além da concessão do benefício. Na maioria dos casos, a dependência química é tão forte que o alcóolatra utiliza toda a sua renda para sustentar o seu vício, deixando desamparados o seu sustento e o de sua família. Nesse sentido, é preciso que o Estado forneça o benefício, mas fiscalize a utilização do mesmo, tentando assim fazer com que o alcoolista utilize o benefício em tratamentos e no sustento de sua família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora seja um problema social muito antigo, o alcoolismo ainda gera muitas discussões, quer seja no âmbito social ou jurídico. A Consolidação das Leis do Trabalho dispõe que a embriaguez habitual ou em serviço caracteriza justa causa para a rescisão do contrato de trabalho pelo empregador (art. 482, f, CLT).

A doutrina clássica defendia que o empregado que comparecesse ao local de trabalho embriagado, ainda que uma única vez, poderia ser dispensado, bem assim aquele que, habitualmente, se embriagasse fora do local de serviço. Ocorre que estas noções foram desenvolvidas com base na CLT de 1943, e atualmente, após o enquadramento do alcoolismo como doença pela Organização Mundial de Saúde (OMS), inclusive constando no Código Internacional de Doenças (CID), o entendimento sobre a aplicação do artigo 482, alínea “f” é outro.

Os Tribunais Regionais do Trabalho em diversas oportunidades, tem se posicionado conforme o entendimento esposado pelo TST, manifestando-se no sentido de que o alcoolismo é enfermidade e, por conseguinte, seria incabível a dispensa do empregado alcoólatra por justa causa, sendo que o empregado deverá ser encaminhado à previdência social para o devido tratamento (através do auxílio doença ou da aposentadoria por invalidez), assim o contrato de trabalho deverá ser suspenso durante o tratamento e reabilitação do trabalhador.

No mesmo sentido deve ser o entendimento previdenciário, no tocante à concessão do benefício de prestação continuada previsto na LOAS. Após o enquadramento do alcoolismo como doença e as alterações no conceito de deficiente trazidas pelas Leis 12.435 e 12.470, ambas de 2011, é cediço que o alcoolismo pode gerar os impedimentos necessários para a concessão do benefício.

O presente trabalho científico espera ter alcançado o objetivo de demonstrar que o alcoolismo é uma doença que gera incapacidade social, devendo o alcoolista ser assistido pelas empresas (com o devido encaminhamento para tratamento junto ao INSS, através do auxílio-doença e da aposentadoria por invalidez), e pelo Estado, no tocante à concessão do benefício de prestação continuada quando o cidadão não for ligado aos regimes de previdência, inclusive com uma assistência permanente para incentivo à recuperação e posterior reinserção social.

REFERÊNCIAS

ANÔNIMOS, Alcoólicos. **O tratamento do Alcoolismo**. Disponível em <<http://www.alcoolicosanonimos.org.br/>>. Acesso em 14 jun. 2013.

BACHUR, Tiago Faggioni. **A pensão por morte e a manutenção da qualidade de segurado em virtude de existência de doença incapacitante**. Disponível em: <http://ww3.lfg.com.br/artigos/Blog/pensao_morte.pdf>. Acesso em 15 jan. 2014.

BALLONE, GJ - **Imputabilidade: principais modificadores** - in. PsiqWeb, Internet, disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/site/Default.aspx?area=NO/LerNoticia&idNoticia=100>>. Revisto em 2008>. Acesso: 22 mai. 2013.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

_____. **Decreto 5296/04** – Regulamenta as Leis 10.048 e 10.098 de 2000. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm>. Acesso em 15 já. 2014.

_____. **Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social. LOAS. Diário Oficial, Brasília, 8 de dezembro de 1993.

_____. **Lei n. 12.435, de 6 de julho de 2011**. Altera a Lei n° 8.742/1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Diário Oficial, Brasília, 7 de agosto de 2011.

_____. **Lei n. 12.470, de 31 de agosto de 2011**. Altera vários artigos das Leis n° 8.212/1991, 8.213/1991, 8.742/1993 e 10.406/2002. Diário Oficial, Brasília, 1 de setembro de 2011.

CAMPANA, A. A. M., **Álcool e empresas**, in RAMOS, S. P.; BERTOLOTE, J. M. et al, **Alcoolismo hoje**, 3 ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CARDOSO, Oscar Valente. **Benefício assistencial e Lei n° 12.435/2011: redefinição do conceito de deficiência**. Jus Navigandi, Teresina, ano 16, n. 2942, 22 jul. 2011. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/19604>>. Acesso em: 18 jan. 2014.

CARRION, Valentim. **Comentários à Consolidação das Leis do Trabalho**. 28. ed. atual. por Eduardo Carrion. São Paulo: Saraiva, 2003.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS DOENÇAS. Disponível em <<http://www.who.int/classifications/icd/en/>>. Acesso em 12 dez. 2013.

EDWARDS, G. & GROSS, M.M. – **Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome**. Br. Med. J., 1976, 1058-1061.

EDWARDS, G. **Técnicas Especiais. O tratamento do alcoolismo**. São Paulo, Martins Fontes, 1994, 215-230.

FORTES, J.R.A. – **Conceito e Definição de Alcoolismo**. In: A. Gatto, B.C.F. Alcoolismo. São Paulo, Sarfier, 1975, 11-27.

GOES, Hugo Medeiros. **Manual de Direito Previdenciário**. 4. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Ed. Ferreira, 2011.

GOMES, Hélio. **Medicina Legal**. 30. ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2001.

JESUS, Damásio. Evangelista. **Direito Penal: parte geral**. 21. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2004.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito do Trabalho**. 13. ed. rev. e ampl. atual. até dez/2000. São Paulo: Atlas, 2001.

MATOS, FIGUEIREDO NETO E ROSA. **O uso do álcool e o mercado de trabalho: Perspectivas críticas para a justa causa na rescisão do contrato individual de trabalho**. Disponível em <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=6339>. Acesso em 30 maio 2013.

MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Manual de Direito Penal**, volume I, 10 ed. São Paulo, Atlas, 1999.

MILITAR, Academia de Direito. **Peculiaridades da embriaguez em serviço**. Disponível em: <http://www.academiadedireitomilitar.com/index.php?option=com_content&view=article&id=100&catid=35>. Acesso em: 20 abr. 2013.

NEAD - Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein. **Álcool e Drogas sem distorção**. Disponível em <www.einstein.br/alcooledrogas>. Acesso em: 25 mai. 2013.

OIT. **Problemas ligados ao álcool e a drogas no local de trabalho: Uma evolução para a prevenção**. Manual elaborado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT). Disponível em <http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/pub_problemas.pdf>. Acesso em 01 fev. 2014.

Projeto de Lei nº 48/2010. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=73756&tp=1>>. Acesso em 10 jan. 2014.

RIZZARDO, Arnaldo. **Comentários ao Código de Trânsito Brasileiro**. 4. ed. atual. rev. ampl. São Paulo: Revista do Tribunais, 2003, p. 640.

SCHUCKIT, M.A.; NATHAN, P.E.; HELTZER, J.E.; WOODY, G.E.; & CROWLEY, T.J. – **Evolution of the DSM diagnostic criteria for alcoholism**. Alcohol Health & Reserch World, 1991, 278-283.

SCHUCKIT, M.A. – **Limits to generalizability in treatment research In: Edwards, G.; Stragn, J.; JAFFE, J.H, eds. – Drugs, alcohol and tobacco: making the science and policy connections**. Oxford, Oxford University Press, 1993, 253-261.

SUSSEKIND, Arnaldo. **Curso de Direito do Trabalho**. 2 ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2004, p.294.

VAISSMAN, Magda. **Alcoolismo no Trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz e Garamond, 2004.