
**DIREITOS HUMANOS E DIPSOMANIA: A PSICOPATOLOGIA NO
AMBIENTE DE TRABALHO**

***HUMAN RIGHTS AND DIPSOMANIA: PSYCHOPATOLOGY AND
LABOR ENVIRONMENT***

LAURO ERICKSEN

Doutor, mestre e bacharel em Filosofia (UFRN), especialista em Direito e Processo do Trabalho (UCAM-RJ), bacharel em Direito (UFRN). Oficial de Justiça Avaliador Federal do Tribunal Regional do Trabalho da 21ª Região (RN).
lauroericksen@yahoo.com.br

ALINE MESTRINHO CINTRA

Membro de Grupo de pesquisa na Universidade Estácio de Sá (RN).
alinemestrinho@hotmail.com

RESUMO

Tematiza a dipsomania como uma psicopatologia incidente na seara laboral. Trata do problema com o consumo nocivo do álcool em diferenciação com a síndrome de dependência alcoólica, a qual possui CID 10 diferenciado. Tem como hipótese de trabalho que as repercussões jurídicas podem ser diversas (justa causa ou proteção provisória do emprego) a variar de acordo com o enquadramento dado, de acordo com as hodiernas concepções dos direitos humanos ou contra elas. Metodologicamente, trata da psicopatologia sob a égide do CID 10 e do DSM-5, comparando suas diferenciações, aplicando tais análises às repercussões legais da situação na seara laboral e dos direitos humanos. Resulta que é necessário um aprofundamento sobre o tema para que a conceituação sobre a dipsomania seja mais bem compreendida. Conclui que a dipsomania é uma psicopatologia diversa do

alcoolismo, ainda que relacionada ao consumo nocivo do álcool, e que merece um tratamento jurídico-laboral mais detido.

PALAVRAS-CHAVE: Direitos Humanos; Direito do Trabalho; Psicopatologia; Dipsomania; Alcoolismo; Justa Causa.

ABSTRACT

The paper discusses dipsomania and its labor law and others legal issues. It shows the harmful consumption of alcohol (sporadic ethanol abuse) in contrast to alcohol dependence syndrome and its own ICD 10 note and specific medical and clinical concept. The hypothesis to be assumed consists on the variety of legal possibilities that may be taken (cause or employment protection) which may vary accordingly to human rights dignity or against it. As a method, it endeavors a comparative study between ICD 10 and DSM-5 concepts and headlines, trying to acquire a cohesive definitions, applying this analyzes into a legal context of labor and human rights issues. Results show that this theme should be improved and developed, so dipsomania concept would be well understood. It concludes that dipsomania is not the same as alcoholism, even though it is ethanol related, and deserves a specific labor/legal treatment.

KEYWORDS: Human Rights; Labor Law; Psychopathology; Dipsomania; Alcoholism; Cause.

INTRODUÇÃO

O trabalho em desenvolvimento tem o escopo de tratar do transtorno mental usualmente denominado como “dipsomania” dentro do contexto do direito do trabalho, tentando, a partir de uma diferenciação básica entre sua conceituação e a as definições mais básicas de alcoolismo no geral empreender suas consequências na seara laboral. Por dipsomania, um conceito médico-psiquiátrico a ser mais bem

explanado em um tópico detalhado mais adiante, deve-se, em um primeiro momento, compreender o transtorno mental que causa o impulso imprevisível e incontrolável pelo consumo de etanol (álcool e demais substâncias alcoólicas).

Metodologicamente, o artigo fará uma análise conjunta entre as determinações legais contidas na Consolidação das Leis do Trabalho (Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e posteriores alterações) e as conceituações médicas contidas no Código Internacional de Doenças (CID 10), para, somente a partir de então, ser capaz de enquadrar, ou não, a dipsomania como uma legítima alteração mental que possibilite aquele que manifesta tais atos como um enfermo e não como um empregado que está submetido aos ditames de uma possível justa causa, legalmente falando. Tendo sempre como norteamento mais amplo de tais repercussões as noções mais básicas de direitos humanos, as quais devem levar em conta a proteção, integração e favorecimento dos enfermos (dipsomaníacos), considerados para todos os fins como pessoas que possuem transtornos mentais, e assim devem ter os seus direitos protegidos e resguardados.

A hipótese de trabalho a ser debatida é a seguinte: de acordo com as conceituações próprias da dipsomania (ausência de repetitividade temporal e impulso incontrolável não determinável por substâncias etílicas) e da síndrome de dependência do álcool (contidas no CID 10), não há uma regulamentação laboral e protetiva própria desse enquadramento psicopatológico, podendo ele estar, concomitantemente, sujeito às regras da justa causa (art. 482, *f*, CLT) ou simplesmente dentro da proteção das enfermidades laborais que garantem provisoriamente o emprego (ou, melhor dizendo, a continuidade do contrato laboral por tempo indeterminado).

Como resultado, em respeito à plena efetivação dos direitos humanos, principalmente naquilo que eles são atinentes ao labor e ao pleno emprego, é necessário defender uma aplicação protetiva dos indivíduos em condições enfermas da dipsomania, sendo imperioso aplicar-lhes as mesmas decorrências dadas aos demais dependentes químicos e etílicos, proteção do emprego, benefícios previdenciários, e, o mais importante de todas as derivações, tratamento médico adequado a sua condição clínica de risco.

Didaticamente, o presente trabalho, além da introdução em andamento, possui mais duas seções de desenvolvimento, sendo seguido das considerações finais. A seção subsequente tem como escopo primordial trazer as conceituações necessárias e atinentes à dipsomania. Assim, ele faz um breve resgate histórico, tentando sempre propor critérios diferenciais entre a dipsomania e o alcoolismo, para chegar ao atual enquadramento dessa enfermidade, pesquisando, para tanto, diplomas como o CID 10 e o DSM-V.

A terceira seção faz a aplicação conceitual da dipsomania aos ambientes laborais contemporâneos, tentando extrair de tal método as consequências e repercussões laborais daí advindas para os enfermos de tal psicopatologia. Nessa toada, a seção em apreço faz um paralelo de tal condição médica com a necessária defesa dos direitos humanos dos pacientes com transtornos mentais, elemento fulcral para o tratamento digno para a sua enfermidade, tanto em termos de tratamento médico especializado quanto com referência aos pormenores sociais (laborais e previdenciários).

De modo conclusivo, as considerações finais fazem um fechamento do trabalho em proposição, fazendo uma retomada de seus principais pontos, defendendo a aplicação dos direitos humanos aos indivíduos acometidos da psicopatologia em abordagem e dando o devido tratamento jurídico a sua condição médica-psiquiátrica. Propondo, portanto, em última instância, que o tratamento dessa psicopatologia seja feito de maneira particularizada, diferenciando-a do alcoolismo para que todas as suas vicissitudes, laborais e médicas, possam ter sua condição psiquiátrica e social melhoradas em função do tratamento a elas dispensado.

2 DIPSOMANIA: DEFINIÇÕES HISTÓRICAS E ENQUADRAMENTOS ATUAIS

O termo “Dipsomania” possui sua origem no idioma grego, a partir do qual “Dipso” (no original *δίψα*) significa literalmente “sede” e “mania” faz menção à compulsão gerada pela desordem mental (o elemento incontrolável dentro das escolhas comportamentais e volitivas do indivíduo). Assim, dipsomania consiste, em sua transliteração etimológica uma “compulsão por beber”, especificamente, “beber”

faz menção direta e inequívoca à ingestão de bebidas alcoólicas em geral. Dipsomania, portanto, é uma “sede” incontrolável pelo consumo de álcool (etanol), tendo como particularidade o período de incidência sobre o estado mental do indivíduo.

O termo em relevo foi cunhado pelo médico (fisiologista) alemão C. W. Hufeland, em 1819, conforme indica Hasso Spode (1993, p. 125) ao prefaciar o trabalho médico-psiquiátrico de C. von Brühl-Cramer. A tradução direta de dipsomania para o alemão se faz pelo termo *trunksucht* (em uma tradução literal: “bebedeira”), que de modo mais abrangente faz menção à embriaguez de forma genérica. As descrições de Hufeland, e também de von Brühl-Cramer descreviam a dipsomania como sendo o uso “contínuo, remitente, intermitente, periódico e/ou de formas variadas” do etanol. De maneira mais abrangente, dipsomania foi o primeiro termo a tentar descrever o alcoolismo nos círculos médicos como uma (psico) patologia, e não (apenas) como um vício ou um desvio de caráter daqueles que assim se comportavam.

Nesse compasso, são de grande importância as considerações de Mariana Valverde (1998, p. 48) que indicam que o conceito de dipsomania evoluiu historicamente, já que em sua conceituação inicial de Hufeland, anteriormente mencionada, não havia grandes diferenciações entre ela e o alcoolismo de modo geral, embora esse segundo termo ainda não tivesse sido cunhado. Somente no final do século XIX, que o termo dipsomania adquire contornos mais próximos dos quais se pretende usar no presente trabalho, já que a sua periodicidade etiológica passa a ser um fator de diferenciação entre a sua prevalência e as demais formas de alcoolismo, tais como síndrome de abstinência com *delirium* ou transtorno psicótico residual ou de instalação tardia, para citar alguns contidos na descrição do CID 10 f.10 (em que pese alguns pesquisadores insistirem em incluir a dipsomania no CID 10 f.10.6 – “síndrome amnésica”).

Nesse passo, levando-se em conta o elenco sintomático proposto por Griffith Edwards e Milton Gross (1976, p. 1058) para o enquadramento da Síndrome de Dependência do Álcool, e sua correspondência com o CID 10 f.10 (WHO, 2016) dos sete elementos fornecidos (Estreitamento do repertório; Saliência do comportamento de busca do álcool; Aumento da tolerância ao álcool; Sintomas repetidos de

abstinência; Alívio ou tentativa de evitar os sintomas de abstinência pelo aumento da ingestão da bebida; Percepção subjetiva da necessidade de beber; Reinstalação após a abstinência), nenhum deles relacionados à abstinência são encontrados na dipsomania (ou seja, os quatro últimos elencados). Assim, é possível se estabelecer o elemento conceitual distintivo que na dipsomania inexistente a dependência da substância etílica, como um padrão de repetitividade do ato, e, sim, um uso nocivo, episódico e exagerado do álcool.

Assim, quem tenta enquadrar a dipsomania no CID f.10.6 (WHO, 2016) desconsidera a inexistência de dependência no quadro clínico do agente, já que é impossível prever quando um novo período de crise ocorrerá, e, também, de maneira bastante incomum, considera que os lapsos temporais entre as crises são apenas distorções amnésicas, nas quais o agente não se recorda de ter entrado em crise e, por isso, também deixa de recorrer ao uso do álcool. Todas essas duas hipóteses são incoerentes, haja vista que não é prevalente a dependência, e sim o uso nocivo, como já destacado, e tal uso ainda que possa ocasionar quadros de amnésia, eles não são os responsáveis pela não recorrência do uso contínuo de substâncias etílicas, é da própria construção psicopatológica da enfermidade que ela não seja repetitiva ou recorrente em espaços temporais determinados ou determináveis, como o são na síndrome de dependência alcoólica. Não obstante, o elemento comum a ambas as patologias é o uso de substâncias alcoólicas, no entanto, esse uso se diferencia tanto tópica quanto regularmente, sendo considerada uma dependência ou não, e como tal dependência influencia na abstinência do uso operado pelo agente portador da enfermidade, caracterizando, portanto, duas formas diversas de psicopatologia associada à ingestão de substâncias etílicas.

A princípio, aparenta-se que o uso nocivo do álcool é um estágio pretérito da dependência, certamente, quando se trata da síndrome da dependência alcoólica, há essa evolução clínica, de modo que o dependente recorrente do álcool é alguém que previamente dele abusou. Todavia, quando se fala da psicopatologia da dipsomania, não há nenhuma garantia de que haverá a evolução para a dependência, podendo o quadro clínico se estabilizar no abuso eventual, não contínuo e esporádico de substâncias etílicas. Caso essa seja a situação em apreço, não haverá a evolução para um quadro clínico próprio do alcoolismo descrito no CID 10 (WHO, 2016), e, sim,

um quadro dipsomaniaco típico, tal como descrito e pormenorizado nesse trabalho. Inexiste uma diferenciação técnica-laboral que ateste, precipuamente, que certas áreas (ou atividades) da vida cotidiana sejam atingidas quando há dependência e outras ainda não o sejam pelo uso nocivo do álcool, de modo que, a partir de tal incipiência, é possível asseverar que são duas psicopatologias que podem vir a incidir, de modo diverso e, por vezes, concomitante ou sucessivamente, sobre o mesmo agente enfermo.

Como bem salienta Sarah W. Tracy (2009, p. 18), historicamente, a dipsomania foi classificada como tendo certas características que a diferencia das demais formas de alcoolismo, fisiológica e socialmente falando. Nosologicamente, ela é uma forma de insanidade, um estado mental de alteração profunda e transitória, embora não propriamente psicótica. Ademais, ela possui um elemento hereditário em sua “transmissibilidade genética”, acumulados a cada geração. E, em termos sociais, a dipsomania está atrelada às classes média e alta. Esses indicativos, como ditos inicialmente, são pormenores históricos, pois, atualmente, não há nenhuma comprovação científica da transmissibilidade genética ou até mesmo da incidência apenas nas classes sociais mais elevadas, como se o alcoolismo fosse algo relegado apenas às classes menos privilegiadas, fazendo da dipsomania uma patologia mais “requintada”. O único diferencial que permanece válido, desde o início da descrição patológica da dipsomania, é o seu caráter súbito e impulsivo da urgência pela ingestão excessiva de substâncias etílicas por um determinado e contido lapso temporal.

Diferentemente do que alguns apontam (WILSON, 2005, p. 65), a dipsomania não pode ser considerada apenas mais um sintoma ou uma fobia dentro do contexto maior de uma psicopatologia (como se o alcoolismo fosse esse contexto nosológico maior, no qual a dipsomania se insere). Se assim o fosse, o elemento temporário, episódico e incontrolável, seguido por longos períodos sem manifestação patológica não deveriam ser considerados na contextualização da prevalência da dipsomania como uma psicopatologia diversa do alcoolismo, sendo, apenas, um mero sintoma. A diferenciação entre dipsomania e alcoolismo sempre foi complexa e intrincada, sendo o alcoolismo por vezes considerado a causa da dipsomania (TONER, 2015, p. 200), e, em outras circunstâncias, sendo a dipsomania, por seu turno, considerada como

um estágio¹ do alcoolismo (JELLINEK, 1960, p. 79). Nenhumas dessas considerações são acuradas, já que inexiste uma relação de causa e efeito entre dipsomania e alcoolismo, elas são duas psicopatologias² que repartem um mesmo elemento em comum, o consumo desmedido de substâncias alcoólicas, todavia, não estão contidas entre si, nem se relacionam como se fossem estágios comuns para uma condição patológica mais avançada.

Assim, a dipsomania se caracteriza como um impulso que vem subitamente e após um breve período sucumbe, sucedido por um intervalo razoável sem recorrência, usualmente tal impulso persevera por um lapso temporal que varia de um dia a duas semanas em média (BABOR; LAUERMAN, 1983, p. 126). Durante o período de crise, o agente perde o controle sobre suas obrigações morais, familiares e costuma de abster dos seus afazeres laborais. Essas repercussões sociais são comuns tanto na condição do alcoólatra³ quanto do dipsomaníaco, no entanto, por serem condições psicopatológicas diferentes, é necessário salientar esse ponto de encontro e de similaridade entre ambas.

Com as conceituações fornecidas, é possível observar que a dipsomania não se confunde com a síndrome de dependência alcoólica, vulgo, alcoolismo nos moldes dados pelo CID 10 (WHO, 2016). Sua ocorrência temporal, sua urgência pela ingestão descontrolada em um período de tempo sem determinação etiológica a diferenciam de tal maneira que nos tempos em que o agente não está em crise não há como apontar que ele sofre de uma psicopatologia associada ao uso nocivo do álcool. Assim sendo, nos momentos em que não há a urgência compulsiva pelo uso de substâncias alcoólicas, a impressão causada é que o agente não padece de uma enfermidade patológica, já que o consumo dessas substâncias não é contínuo, tampouco os efeitos

¹ Para Jellinek, a dipsomania é o último estágio do alcoolismo, denominado também de “alcoolismo ε” (alcoolismo Épsilon). Estágio bastante deteriorado da saúde do agente, descrito como “impossibilitado de receber ajuda” ou de “alcançar melhora”. A grande crítica feita às definições de Jellinek diz respeito ao fato de ele não traçar uma “linha normogenética” para o consumo de substâncias etílicas, de modo que toda e qualquer ingestão de álcool para ele já é considerado um estágio da enfermidade por ele abordada.

² Esse é o entendimento psiquiátrico mais acurado, em termos de definições etiológicas das duas patologias, no entanto, como se verá mais adiante, poderá ser possível, em termos jurídicos, que se tente enquadrar a dipsomania dentro do CID 10 F.10.2 para efeitos protetivos ao empregado.

³ Destaque-se, desde o início que os termos alcoólatra e alcoolista possuem o mesmo sentido e significado. No entanto, dipsomaníaco e alcoolista (ou alcoólatra) denominam patologia psiquiátricas diversas, não sendo, portanto, tais termos intercambiáveis como sinônimos.

da abstinência são denotados de forma vigorosa. Tais definições obscurecem um pouco o possível tratamento jurídico que pode ser dado a essas situações, como será mais bem escrutinado na seção subsequente desse trabalho.

A dipsomania pode ser inserida no quadro classificatório de outro manual médico relevante, embora não tão normativo quanto o CID 10 (WHO, 2016), denominado Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (conhecido usualmente pela sua sigla em inglês: DSM-5), sob a determinação descritiva do Transtorno Relacionado ao Álcool Não Especificado, com a marcação 291.9 (F10.99). O manual descritivo, nessa categoria genérica, assevera as psicopatologias mais abrangentes como sendo:

[...] um transtorno relacionado ao álcool que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno relacionado ao álcool específico nem para outro transtorno na classe diagnóstica de transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos (APA, 1987, p. 503).

Nessa definição dada se incluem os transtornos que não atendem critérios de repetições de lapso temporal que caracterizem dependência, não exibem padrões de abstinência, e, em última instância, não podem ser caracterizados como aditivos, ou seja, não há um vício a ser explorado clínica e medicamente, de modo que seja enquadrado como uma das derivações do alcoolismo, como nas subdivisões dadas pelo CID 10 (WHO, 2016), até por isso que não é correto enquadrar a dipsomania de acordo com esse diploma médico da OMS, como já argumentado anteriormente.

Ainda que a relevância da definição dada pela APA, contida no DSM-5, seja inegável, a sua repercussão jurídica, como se verá mais bem explanado na seção subsequente, não é tão prevalente quanto às indicações contidas no CID 10 (WHO, 2016), da OMS. Por causa disso, e também em função de o conteúdo do CID 10 (WHO, 2016) ser bem mais específico em suas conceituações, a dipsomania acaba por não ser bem enquadrada como uma enfermidade, nem dentro da conceituação de alcoolismo dada no CID 10 (WHO, 2016), sendo apenas recepcionada pelo caráter mais abrangente e residual dado no DSM-5 (APA, 1987, p. 503). Por causa de tais diferenciações conceituais, a classificação da dipsomania e sua repercussão no

ambiente jurídico (laboral mais especificamente) acabam por ser algo complexo e que suscita algumas pormenorizações emblemáticas.

3 JUSTA CAUSA, PROTEÇÃO E O VÁCUO INTERPRETATIVO-LEGAL: DIPSOMANIA E SUAS REPERCUSSÕES LABORAIS

Ao se debater a questão da dipsomania em limites jurídicos e legais, o primeiro elemento normativo a ser tomado por base é o artigo 482 da CLT (BRASIL, 1943), mais especificamente a sua *alínea f*, o qual enuncia que: “Constituem justa causa para rescisão do contrato de trabalho pelo empregador: [...] f) embriaguez habitual ou em serviço; [...]”. Ou seja, a condição inebriante e as alterações fisiológicas e psíquicas ocasionadas pela embriaguez conduzem a possibilidade do encerramento do contrato de trabalho por justa causa, ou seja, por “culpa” do empregado no curso de seu contrato laboral.

A supracitada alínea é fundamental para a compreensão mais acurada do tema proposto, e ela contém três elementos básicos que deverão ser mais bem destrinchados adiante para que tal intento seja alcançado. Tais elementos são: “embriaguez” (estado inebriante pela ingestão de substâncias etílicas), a “habitualidade” (repetitividade em certo lapso temporal) e “em serviço” (ou seja, durante a jornada de trabalho propriamente dita); havendo uma conjunção alternativa entre a “habitualidade” ou “em serviço”, que será de grande importância para a contextualização geral do tema em andamento.

Outrora, na época da confecção do diploma celetista, o intento estatal consistia em promover uma repressão ao alcoolismo pela via da dispensa, haja vista que a embriaguez habitual era vista única e exclusivamente como um vício social, e não como uma enfermidade, tal como ela deve ser tratada hodiernamente (TEIXEIRA, 1985, p. 9). A evolução jurisprudencial denota que a preocupação do Estado deixou de recair sobre o pretense “vício social” do consumo patológico do etanol e passou a ser atinente à saúde do empregado, de modo que a sua dignidade e a sua sanidade passaram a ser mais importantes no contexto jurídico. Ainda que a mencionada evolução jurisprudencial seja patente, ela ainda não é um posicionamento

jurisprudencial plenamente pacífico e consolidado (ainda que seja majoritário), em virtude desse ponto, alguns autores renomados, como, por exemplo, Vólia Bonfim Cassar (2014, p. 1073), considera tanto a dependência quanto o uso abusivo do álcool como um “vício”, e não como uma doença digna de tratamentos clínicos e encaminhamentos previdenciários. Se ela tem essa posição firmada com relação ao alcoolismo, difícil imaginar que ela sequer venha a considerar a dipsomania como algo diverso desse enquadramento de “vício social”, por fim, ela termina seu equívoco interpretativo ao indicar que por ser um vício, está ao talante do empregador decidir sobre a resolução do contrato do trabalho. Esse posicionamento é ultrapassado e não respeita os ditames mínimos dos direitos humanos, não considerando alcoolismo nem a dipsomania psicopatologias, desdenhando fortemente da condição enferma do empregado, relegando-o à marginalização social e sua consequente estigmatização.

Há uma atualização jurisprudencial sobre a disjunção entre a habitualidade da embriaguez e a sua ocorrência em serviço. Por embriaguez, deve se compreender o estado de excitação e euforia causado pelo consumo de substâncias etílicas (etanol), tal como se utiliza para caracterizar as enfermidades daí decorrentes (expostas no CID 10. f). Todavia, quando a embriaguez se dá por habitualidade, e a enfermidade é constatada clínica e factualmente por laudos médicos, não há a caracterização da justa causa⁴. Nesses casos de alcoolismo, o que há é uma incapacitação para o trabalho, sendo o empregado apto a gozar de garantia provisória de seu emprego, ele deve ser tratado e não dispensado do seu emprego (TEIXEIRA NETO, 2006, p. 139). Nessa toada, é possível se compreender que o enquadramento do alcoolismo como uma enfermidade que incapacita para o labor, e não como uma simples conduta apta à dispensa motivada, é um ponto consolidado na jurisprudência, principalmente por se valer, subsidiariamente, do enunciado da Súmula nº 443⁵ do Tribunal Superior do Trabalho (BRASIL, 2012) para tal fim. Ou seja, o alcoolismo é enquadrado como uma

⁴ Vide Recurso ordinário nº 00020-2007-011-10-00-4 do Tribunal Regional do Trabalho da 10ª Região (BRASIL, 2007); Recurso de revista nº 45540-40.2006.5.15.0092 do Tribunal Superior do Trabalho (BRASIL, 2011); e Recurso ordinário nº 00012496420135060122, do Tribunal Regional do Trabalho da 6ª (BRASIL, 2015a).

⁵ Súmula 443, TST: Dispensa Discriminatória. Presunção. Empregado portador de doença grave. Estigma ou Preconceito. Direito à reintegração. Res. 185/2012, DEJT divulgado em 25.09.2012: “Presume-se discriminatória a despedida de empregado portador do vírus HIV ou de outra doença grave que suscite estigma ou preconceito. Inválido o ato, o empregado tem direito à reintegração no emprego”.

doença grave, que gera estigma social, e seu portador deve ser reintegrado ao emprego, tornando-se inválida sua dispensa (ato nulo de pleno direito), além do fato que se presume discriminatória a dispensa, ensejando, portanto, danos morais⁶ a serem pagos ao empregado.

Assim, considerando o alcoolismo como doença (entendimento que deve ser transmutado à dipsomania, repise-se), não deve haver uma simples imposição do poder disciplinar (que pode culminar na resolução do contrato de trabalho), e sim, o devido encaminhamento para tratamento medicinal (DELGADO, 2012, p. 1.220). A imposição irrestrita de sanções advindas do poder disciplinar do empregador sobre um empregado enfermo psicopatologicamente é uma violação flagrante dos direitos humanos laborais, não resguardando e protegendo sua frágil condição psiquiátrica e vilipendiando sua condição social e econômica.

No entanto, há de se indicar que essa argumentação (e seu raciocínio jurídico) não é aplicável à segunda parte da alínea *f* do artigo 482, da CLT (BRASIL, 1943), a qual fala da embriaguez em serviço, caso, obviamente, ela não derive da condição de um alcoólatra habitual, o qual estaria protegido nessa eventualidade, por ser enfermo. Todavia, o uso eventual de etanol acompanhado pela presença alcoolizada em serviço enseja a justa causa. De modo que o uso nocivo (e indevido) do álcool, desde que não caracterize o alcoolismo, enquadra-se na hipótese de dispensa motivada justificadamente descrita na parte final da alínea em apreço. Assim sendo, o uso do álcool não justifica a garantia provisória do empregado por motivo de enfermidade por si só, é necessária que seja comprovada a situação de ele ser um enfermo, segundo as classificações contidas no CID 10 (WHO, 2016), para que seja efetivada a proteção do seu emprego, haja vista que, em última instância, sua saúde deve ser preservada, e cuidados médicos devem ser dispensados nesses casos.

A maioria das decisões, a exemplo das que foram anteriormente referidas, falam que o “alcoolismo crônico” não é motivo para a justa causa trabalhista. Nessa toada, apesar de não fazer a distinção técnica entre alcoolismo e uso abusivo do álcool, essas decisões também costumam fazer referência ao CID 10 (WHO, 2016),

⁶ A jurisprudência não é pacífica quanto ao cabimento de danos morais, havendo julgados que negam o pagamento de tais verbas, vide o Recurso ordinário nº 00804-2014-101-03-00-0 da 3ª Região (2015b).

ou seja, elas sempre referenciam a norma da OMS para encontrar um fundamento basilar para que o alcoolismo seja encaixado como uma enfermidade, e não como uma falha laboral no curso do contrato de trabalho. Esse enquadramento do alcoolismo dentro do plano do CID 10 (WHO, 2016) é importante para servir de motivação racional justificada para os magistrados que assim se posicionam, já que essa argumentação que o alcoolismo não é motivo para a justa causa é tido como sendo amplamente majoritária. Todavia, para os propósitos de análise da dipsomania e suas repercussões justrabalthistas, o necessário enquadramento no CID 10 (WHO, 2016) acaba por ser um entrave no seu reconhecimento como uma enfermidade incapacitante para o labor, e, conseqüentemente para o afastamento para tratamento de saúde, e possível reintegração ao emprego como forma de protegê-lo de uma dispensa motivada por justa causa. As referidas decisões mencionam o termo “alcoolismo crônico”, sem fazer a disposição dialética do que seria um “alcoolismo agudo” (ele parece se contrapor ao consumo eventual de substâncias alcoólicas), e tampouco, debatem se outras formas de alcoolismo também se sujeitam ao mesmo regramento da súmula 443 do TST.

Certamente, todas as modalidades do alcoolismo tal como descritas no CID 10 f. (WHO, 2016) são merecedoras do mesmo tratamento jurídico, sendo pouco importante para um magistrado trabalhista saber diferenciar as mais diversas formas de alcoolismo incluídas no rol dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool. No entanto, nem o termo dipsomania, nem a sua definição como já debatido na seção precedente, encontram-se incluídos textualmente no CID 10 f. (WHO, 2016). Esse é um problema para as repercussões jurídicas do quadro clínico do dipsomaníaco, já que a proteção ao empregado nesse caso resta insuficiente, por existir uma lacuna conceitual-dispositiva do CID 10 (WHO, 2016), e também pouco conhecimento no tratamento dessa matéria.

A solução para os casos em que se verifica e se atesta clinicamente o quadro da dipsomania, é necessário que seja dado o mesmo tratamento aos alcoólatras “crônicos”, por mais que a apresentação comportamental do dipsomaníaco seja “aguda”, com intervalos intermitentes, não sendo algo tão facilmente perceptível, principalmente para o empregador, leigo no assunto, reconhecer que também se trata de uma enfermidade parecida com o alcoolismo “crônico”, mas, que, à primeira vista,

pode parecer mais com uma embriaguez eventual e em serviço (o que daria azo à aplicação da justa causa). Mesmo sem o CID 10 (WHO, 2016) ser específico para casos de dipsomania, a descrição clínica e fisiológica das alterações mentais, neurológicas, cognitivas e comportamentais do empregado dipsomaníaco é bastante para assegurar a proteção da sua condição de empregado enfermo e o devido encaminhamento para tratamento e recebimento de benefícios previdenciários (BRASIL, 1991, 1999)⁷ – tal como ocorre nos casos de alcoolismo crônico (MARTINS, 1999, p. 41) – por quanto que perdure o seu afastamento incapacitante. Sem a combinação de tratamento e percepção de benefícios previdenciários, é bastante complicado que o quadro clínico-psiquiátrico do enfermo melhore, principalmente por causa das repercussões e decréscimos sociais que a ausência de tal proteção poderá ocasionar: desestruturação familiar, desequilíbrio econômico financeiro, impossibilidade de continuar o tratamento, dentre outras decorrências negativas semelhantes.

Importante destacar, como o faz Vólia Bonfim Cassar (2014, p. 1.075) que a percepção previdenciária do auxílio-doença para os alcoolistas está condicionada a vontade do empregado de se tratar e o efetivo acompanhamento médico de sua evolução clínica (internação), sob pena de o Estado estar a custear o consumo indevido e imoderado de substâncias etílicas. Entendimento semelhante deve ser aplicado ao dipsomaníaco, ele não pode simplesmente ficar sob as expensas previdenciárias sem que esteja a se tratar. Há uma expectativa de retorno do empregado nessas condições, supõe-se que um dia, após o tratamento de sua psicopatologia, ele será capaz de voltar ao seu posto laboral, e reassumir normalmente suas funções.

Negar o provisionamento adequado ao tratamento de saúde necessário aos dipsomaníacos corresponde a negar-lhes o direito humano mais básico ao tratamento de sua desordem mental. Isso representa perpetuar o modelo social que endereça constrições ambientais que limitam as pessoas que sofrem de tais condições de enfermidade psíquica para que elas sejam capazes de se engajar na vida comunitária, enfatizando assim o estigma, a discriminação desigualdades sociais, serviço

⁷ Nos termos do artigo 59 da Lei nº 8.213 de 1991, e do artigo 71 do Decreto nº 3.048 de 1999, o qual regulamenta a lei em apreço.

inadequado e provisionamento deficitário em tratamento de saúde (WELLER, 2010, p. 69). Tal perspectiva é ainda mais agravada quando decorre de um ambiente laboral, o qual deveria ser um facilitador para o futuro retorno ao convívio social do dipsomaníaco, após as fases mais intensas do seu tratamento, momento no qual o convívio laboral é de grande importância para o aumento de sua capacidade de resiliência e reintegração social como um todo.

Dados estatísticos informam que aproximadamente 90% dos enfermos em tratamentos psiquiátricos no geral pretendem ingressar ou retornar ao mercado de trabalho (BOARDMAN et al., 2003, p. 467). Esse dado demonstra que o labor exerce uma grande influência na percepção subjetiva da dignidade de cada um dos enfermos, e que ele é um foco maior na construção de seus mecanismos de resiliência (como forma de luta contra a desordem mental) e também no enfoque de seus objetivos e planejamentos futuros. Certamente, esse enquadramento é salutar para aqueles que merecem ter seu emprego protegido e amparado em função de uma enfermidade psiquiátrica superveniente. Ainda que não haja dados específicos quanto a esse grupo, os 90% no total já indicam que dar guarida aos direitos humanos laborais dos enfermos nessas condições mentais garante-lhes uma perspectiva de melhora e de retorno mais bem abrangente e significativa.

Nesse compasso, a proteção dos direitos humanos dos dipsomaníacos inclui a noção de que eles devem ser tratados como enfermos (ASHWORTH; GERADA; DOYLE, 2009, p. 61) e cabe tanto ao Estado zelar por tal condição e protegê-la de violações (no caso em concreto, oferecendo tratamento psiquiátrico e também benefícios previdenciários) e aos entes privados também é necessário que prestem o devido respeito a tal condição médica (GOSTIN; GABLE, 2004, p. 21), encaminhando-os ao tratamento adequado disponível, e não simplesmente dispensando-os “motivadamente”, como, a rigor, prevê a CLT. Assim, reverte-se a lógica do descompasso histórico ainda insito no artigo 482, *f*, da CLT (BRASIL, 1943), pois, ao invés de punir o empregado acometido com a enfermidade em relevo com a dispensa motivada, deve-se, ao contrário de espargi-lo do meio social, acolhê-lo com tratamentos adequados a sua condição mental e garantir-lhe a possibilidade de se inserir nos quadros previdenciários, suspendendo-se o seu contrato laboral (JORGE NETO, CAVALCANTE, 2013, p. 759). Essas duas medidas são as mais adequadas

para que se promova o respeito e a sua integração conforme os ditames escorreitos dos direitos humanos prevalentes na atualidade jurídica.

Certamente, a defesa em prol da aplicação dos direitos humanos atinentes ao labor é uma iniciativa e uma defesa válida para todos os enfermos em condições de desordem mental, não sendo alo válido unicamente para os casos levantados no presente estudo. Todavia, o que se pretende ao colocar essa argumentação em relevo é que tais premissas protetivas também sejam estendidas a todos os que são acometidos pela psicopatologia da dipsomania, pois o que se tem observado é que aqueles que se encontram em tais condições usualmente não são enquadrados como detentores de tais proteções, daí a necessidade de se colocar os direitos humanos para os que sofrem de transtornos mentais, e, particularmente, para os dipsomaníacos. Ou seja, por mais que seja uma defesa mais ampla de aplicação e efetividade dos direitos humanos de labor para todos, uma proteção detida e adequadamente enquadrada deve ser fornecida e solidificada para os acometidos pela dipsomania – e não apenas para os alcoolistas ou dependentes químicos de substâncias ilícitas, por exemplo.

Caso a mencionada alínea *f*, do artigo 482, da CLT (BRASIL, 1943), seja aplicada implacavelmente aos adictos de modo geral, e principalmente aos dipsomaníacos, que não exibem tal adição de forma tão cabal assim, o que ocorrerá é o “ciclo vicioso” vislumbrado por Daniel Tarantola (2007, p. 12) que envolve a saúde física, mental e os direitos humanos. Assim, segundo o autor em destaque, aqueles que experimentam violações de direitos humanos estão sujeitos a um risco crescente de experimentar também problemas de saúdes físicos. Consequentemente, uma saúde deficitária (ou um provisionamento de tratamentos de saúde deficitários), por seu turno, torna recrudescente a suscetibilidade individual de violações aos direitos humanos. Esses aspectos negativos são cíclicos e se alimentam reciprocamente, de maneira que o déficit na atenção à saúde física (ou mental) gera um aumento às chances de vilipêndios de direitos humanos. Dessa maneira, cada vez mais que elementos básicos dos direitos humanos também são extirpados ou negados, os danos à saúde são sempre crescentes e substanciais. Assim, vedar ao dipsomaníaco o tratamento adequado ao seu transtorno mental é o primeiro passo para agravar sua condição clínica geral, e, derradeira e sequencialmente, agravar sobremaneira, ainda

mais, seu quadro social e médico como um todo, segundo o ciclo abordado e descrito por Tarantola.

Sem o reconhecimento da condição de um enfermo com desordens de natureza psíquica, não há como haver resguardo aos dipsomaníacos, e uma de suas atuações sociais que são mais fáceis de ser vilipendiada em sua dignidade humana é justamente o seu labor. Havendo disposições legais (normativas) que possibilitem a dispensa de pessoas em tais condições, é impossível que seus direitos humanos mais básicos sejam garantidos, até porque com a perda de seu posto de trabalho outras áreas da vida do dipsomaníaco tendem a ruir, e, conseqüentemente se desestruturar de forma indelével. A proteção do emprego, não apenas com a retirada da justa causa, bem como também a vedação a tal ato, são medidas necessárias para o devido resguardo da dignidade e dos direitos humanos dos empregados em tal condição de saúde mental (e física).

Não obstante, há de se observar que o dipsomaníaco, em sua rotina de convívio laboral, nem é tão absenteísta quanto o “alcoólista” nos dizeres de Pedro Paulo T. Manus (1995, p. 141), o qual termina por considerar o alcoólatra merecedor da condição de enfermo justamente por faltar recorrentemente ao trabalho. Assim, o critério da presença ao trabalho pelas faltas repetitivas do alcoólista crônico, em detrimento da eventual falta ou presença alcoólistada, até mesmo consumindo etanol em serviço, devido a sua sanha compulsiva por beber, ou, melhor dizendo, o apetite incontrolável pela ingestão de álcool (CROWLEY, 1997, p. 169) do dipsomaníaco, não faz dele menos merecedor da proteção jurídica em tela. O quadro de manifestação da compulsão pelo consumo de substâncias etílicas no dipsomaníaco pode até se manifestar com menos repetitividade do que no “alcoólista crônico”, todavia, a sua intensidade e a sua incapacitação para o labor são aspectos tão relevantes para a sua persistência no quadro clínico quanto o que ocorre na dependência alcoólica ínsita aos casos textualmente amparados e descritos pelo CID 10 f. (WHO, 2016), já comentados e debatidos preteritamente.

Derradeiramente, há de se falar do caso normativo contido no artigo 235-B, inciso VII e parágrafo único da CLT (BRASIL, 1943), que um dos deveres do motorista profissional empregado é submeter-se a exames toxicológicos com janela de detecção mínima de 90 (noventa) dias e a programa de controle de uso de droga e de

bebida alcoólica, instituído pelo empregador, com sua ampla ciência, pelo menos uma vez a cada 2 (dois) anos e 6 (seis) meses. O parágrafo único do dispositivo legal em relevo estabelece que a recusa do empregado em se submeter ao teste ou ao programa de controle de uso de droga e de bebida alcoólica previstos no inciso VII será considerada infração disciplinar, passível de penalização nos termos da lei (ou seja, passível de aplicação do artigo 482, f, da CLT).

O caso descrito no artigo 235-B, da CLT (BRASIL, 1943), é passível de detectar com maior facilidade e mais rapidamente um empregado que esteja acometido com a enfermidade do alcoolismo nos ditames do CID 10 f. (WHO, 2016), já que a recorrência do uso de substâncias etílicas fatalmente ocorrerá no intervalo de tempo estipulado pela própria lei. Todavia, o caso dos empregados dipsomaníacos merece maior cuidado na análise, já que o interregno entre uma crise compulsiva de ingestão de etanol e outra pode se dar entre as medições e testes efetuados para aferir o controle de uso de substâncias incapacitantes e proibidas. Assim, é possível que o dipsomaníaco escape, eventualmente, da detecção por esses testes sem que a sua condição de enfermo seja extirpada, podendo eventualmente a crise se manifestar entre o controle e a realização de suas atividades laborais. Nesse caso bastante singular, ainda assim, há de se reclamar uma proteção ao emprego de tais enfermos, pois sua condição de dipsomania mascara parcialmente o seu problema de saúde, fazendo com que, nem sempre, tais testes tenham uma eficácia plena de controle e de prevenção de acidentes, já que essa é a sua finalidade precípua.

Nessa toada, mesmo que o artigo 235-B faça uma ressalva específica para as atividades dos condutores veiculares, a CLT (BRASIL, 1943) não pode servir para excluir apenas uma categoria da proteção ao emprego e a manutenção da saúde de tais empregados, sendo certo que, mesmo sujeitos ao controle de consumo de substâncias tóxicas (lícitas e ilícitas), os empregados integrantes dessa categoria profissional se encontram abrangidos aos mesmos ditames e proteções em caso de enfermidades relacionadas ao álcool, seja o “alcoolismo crônico” ou até mesmo a dipsomania. Desse modo, não se ajusta à proteção da dignidade do trabalhador que haja uma exclusão categorial em virtude da natureza do trabalho efetuado, ainda que ele demande mais atenção e que os riscos sejam globalmente mais exponenciais.

Com base nas determinações “doutrinárias” e jurisprudenciais, pode se perceber que não há um tratamento específico dado à dipsomania na seara jurídica, tanto quanto se é dispensado ao alcoolismo. Tal fato não se deve nem a não se haver um aprofundamento detido no tema por desídia ou desinteresse, e, sim, sugere-se, em virtude de a ocorrência estatística do alcoolismo ser algo bem mais substancial e prevalente que os casos de dipsomania, que nem sempre são percebidos e até mesmo diagnosticados clinicamente. Todavia, mesmo não se encaixando nas definições do CID 10f., não há motivos jurídicos e técnicos (do ponto de vista da psicologia jurídica ou da psiquiatria) para espargir a proteção laboral aos dipsomaníacos. Ainda que não haja o pleno encaixe textual nas disposições do mencionado diploma da OMS, a saúde do empregado enfermo nessa condição deve ser respeitada e resguardada com o mesmo empenho dispensado àqueles considerados como alcoolistas crônicos, por mais que a doença incapacitante não seja a mesma, embora reparta a mesma origem comum.

CONCLUSÃO

Em termos conclusivos, há de se asseverar que a maior parte da complexidade em se tratar a dipsomania sob a ótica legal decorre de inconsistências técnico-psiquiátricas em desenvolver um conceito específico e que possua o lastro “normativo” dentro das normas da OMS (CID 10 – WHO, 2016). Sem a necessária e imperiosa definição segundo a OMS sobre o que se trata e como se pode ser descrita cabalmente a dipsomania, restam apenas diplomas médicos auxiliares para descrever a enfermidade, como é o caso do DMS-5.

Tal esforço clínico paralelo já é o suficiente para o enquadramento pretendido (da dipsomania como uma psicopatologia própria e apartada do alcoolismo), no entanto, o empreendimento mais detido do trabalho em conclusão necessita de uma conceituação mais aprofundada, de uma descrição diferencial mais própria, que possibilite a compreensão definitiva e inarredável da dipsomania como uma enfermidade mental própria. Esse entendimento é fundamental e indispensável para

que as decorrências laborais de tal condição psiquiátrica seja mais bem compreendida e que suas consequências tenham o melhor tratamento jurídico possível.

Nessa contextualização, os direitos humanos dos pacientes mentais devem ser sempre trazidos à baila, pois, negar o tratamento adequado (clínica e socialmente) a tais pessoas consiste em deixá-las à margem dos mencionados direitos humanos, reduzindo-lhes sua humanidade, e apartando-as do convívio social e de qualquer possibilidade de melhora em sua condição médica. Assim, a defesa de direitos previdenciários e de tratamentos adequados para os dipsomaníacos é algo que precisa ser posto em relevo e defendido de maneira sólida, pois, sem tal posicionamento, as condições de trabalho e de garantia de emprego de tais indivíduos resta seriamente prejudicada em função de sua condição clínica particular.

Derradeiramente, a compreensão que a dipsomania não se confunde com o alcoolismo conduz ao entendimento que suas particularidades de manifestação clínica são mais sutis, e, por causa de tal peculiaridade, demandam um tratamento pormenorizado e diferenciado, tanto para que não haja a contumaz confusão entre as duas psicopatologias mencionadas, quanto para que a dipsomania não seja simplesmente tomada como mera irresponsabilidade laboral ou como sendo um vício social que não demanda nem tratamento médico especializado, e que também não demanda um tratamento previdenciário e laboral detido, com base nas manifestações médicas que lhe são próprias. Tais particularidades devem sempre ser postas em relevo e tomadas como necessárias para que a efetivação dos direitos humanos laborais seja operada da forma mais eficaz e presente possível solidificando a defesa do tratamento, e humanizando as pessoas que se encontram em tal condição de enfermidade psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3. ed. Washington, DC: APA; 1987.

ASHWORTH, Mark; GERADA, Clare; DOYLE, Yvonne. *Addiction and Dependence: Alcohol*. In: *ABC of Mental Health*. TEIFION, Davies; CRAIG, Thomas (Orgs.). 2. ed. Blackwell: Sussex, 2009. pp. 60-64.

BABOR, Thomas F.; LAUERMAN, Richard J. *Classification and Forms of Inebriety: Historical Antecedents of Alcoholic Typologies*. In: GALANTER, Marc (Org.). **Recent Developments in Alcoholism: Combined Alcohol and Drug Abuse**. New York: Springer, 2013. pp. 113-144.

BOARDMAN, Jed et al. *Work and employment for people with psychiatric disabilities*. **Br. J. Psychiatry**. v.182, n.1. 2003, pp.467-468.

BRASIL. **Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999**. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Acesso em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm às 10:00h do dia 07 de agosto de 2017.

_____. **Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Acesso em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm às 17:00h do dia 08 de agosto de 2017.

_____. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Acesso em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm às 15:00h do dia 10 de agosto de 2017.

_____. Recurso ordinário nº 00020.2007.011.10.00.4 Tribunal Regional do Trabalho da 10ª Região. Relator: Grijalbo Fernandes Coutinho. DJ, 20 de jul. 2007. **Diário Eletrônico da Justiça do Trabalho**, 20 jul. 2007.

_____. Recurso ordinário nº 0001249-64.2013.5.060.122. Tribunal Regional do Trabalho da 6ª. Relator: Eneida Melo Correia de Araújo, DJ, 04 de mar. 2015, **Diário Eletrônico da Justiça do Trabalho**, 09 de mar. 2015a.

_____. Recurso ordinário nº 008-04.2014.101.03.00.0. Tribunal Regional do Trabalho 3ª Região. Relator: Camilla G. Pereira Zeidler. DJ, 20 de nov. 2015. **Diário Eletrônico da Justiça do Trabalho**, 23 nov. 2015b.

_____. Recurso de revista nº 45540-40.2006.5.15.0092. Tribunal Superior do Trabalho. Relator: Pedro Paulo Manus. DJ, 14 de set. de 2011, 7ª Turma, **Diário Eletrônico da Justiça do Trabalho**, 23 de set. 2011.

_____. Súmula nº 443. Tribunal Superior do Trabalho. Dispensa Discriminatória. **Diário Eletrônico da Justiça do Trabalho**, 25 set. 2012.

CASSAR, Vólia Bonfim. **Direito do Trabalho**. 9. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

CROWLEY, John W. **Slaves to the Bottle**. In: REYNOLDS, David S.; ROSENTHAL, Debra J. (Orgs.). **The Serpent in the Cup: Temperance in American Literature**. Cambridge: Massachussets UP, 1997. pp. 165-179.

DELGADO, Maurício Godinho. **Curso de Direito do Trabalho**. 11. ed. São Paulo: LTr, 2012.

EDWARDS, Griffith; GROSS, Milton. *Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome*. **British Medical Journal**, 1976. v.1. pp. 1058-61.

GOSTIN, Lawrence; GABLE, Lance. *The Human Rights of Persons with Mental Disabilities: A global perspective on the application of human rights principles to Mental Health*. **Maryland Law Review**, v.63, n. 1, 2004. pp. 20-121.

JORGE NETO, Francisco Ferreira; CAVALCANTE, Jouberto de Quadros Pessoa. **Direito do Trabalho**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

JELLINEK, Elvin Morton. **The Disease Concept of Alcoholism**. New Haven: Hillhouse, 1960.

MANUS, Pedro Paulo Teixeira. **Direito do Trabalho**. São Paulo: Atlas, 1995.

MARTINS, Adalberto. **A Embriaguez no Direito do Trabalho**. São Paulo: LTr, 1999.

SPODE, Hasso. **Die Macht der Trunkenheit: Sozial und Kulturgeschichte des Alkohols**. Opladen: Leske & Budrich, 1993.

TARANTOLA, Daniel. *The interface of mental health and human rights in indigenous peoples: Triple jeopardy and triple opportunity*. **Australasian Psychiatry**. v. 15, n.1, 2007. pp. 10-17.

TONER, Deborah. **Alcohol and Nationhood in Nineteenth-Century Mexico**. Lincoln: Nebraska UP, 2015.

TEIXEIRA, João R. F. **Alcoolismo e Direito: Aspectos de Alguns Problemas**. 2. ed. Curitiba: Cris, 1985.

TEIXEIRA NETO, Napoleão L. **Questão de Justiça: Um Novo Prisma da “Justa” Causa Alcoólica**. Curitiba: OAB-PR, 2006.

TRACY, Sarah W. **Alcoholism in America**. Baltimore: Johns Hopkins UP, 2005.

VALVERDE, Mariana. **Diseases of the Will: Alcohol and the Dilemmas of Freedom**. Cambridge: Cambridge UP, 1998.

WELLER, Penny. *The Right to Health: The Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. **Alternative Law Journal**. v. 35, n. 2, 2010. pp. 66-71.

WILSON, X. Bob. **Living Sober After Leaving A. A.** Raleigh: Lulu, 2005.

WHO, *World Health Organization*. **List of Official ICD-10 Updates**. Acesso em: <http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/> às 15:00h do dia 31 de dezembro de 2016.