



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

ANA CAROLINA CICARINO FANTINATO

**O ALCOOLISMO: MODELOS EXPLICATIVOS E
TERAPÊUTICOS EM CONFLITO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Florianópolis
2011**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Ana Carolina Cicarino Fantinato

**O ALCOOLISMO: MODELOS EXPLICATIVOS E
TERAPÊUTICOS EM CONFLITO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.
Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde.

Orientadora: Dra. Sandra Caponi
Co-orientadora: Dra. Marta Verdi

Área de concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde.
Linha de pesquisa: Saúde Mental

Florianópolis
2011

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

F216a Fantinato, Ana Carolina Cicarino
O alcoolismo [dissertação] : modelos explicativos
e terapêuticos em conflito / Ana Carolina Cicarino
Fantinato ; orientadora, Sandra Caponi ; coorientadora, Marta
Verdi. - Florianópolis, SC, 2011.
1 v.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública.

Inclui referências

1. Saúde pública. 2. Alcoolismo. 3. Abuso de substâncias.
4. Alcoolismo - Tratamento. I. Caponi, Sandra. II. Verdi,
Marta. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública. IV. Título.

CDU 614



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

“O alcoolismo: modelos explicativos e terapêuticos em conflito”

POR
Ana Carolina Cicarino Fantinato

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Ciências Humanas e Políticas
Públicas**

Profa. Dra. Karen Glazer de Anselmo Peres
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi (Presidente)

Profa. Dra. Myriam Mitjavila (Membro Externo)

Prof. Dr. Rodrigo Otavio Moretti Pires (Membro Titular)

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser (Suplente)

Ao meu pai que diante da lente da
medicina e da ciência, era um
alcoólatra, mas que diante da lente
de uma filha criada com muito
amor, era humanamente um herói.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar à Professora Sandra Caponi, pelo exemplo de sabedoria, pela paciência e cuidado nas orientações, que mesmo de longe, esteve mais que presente.

À Professora Marta Verdi, pela atenção e carinho, e por ser alguém sempre disposta a propor soluções.

Aos professores Myriam Mitjavila, Rodrigo Moretti e Charles Tesser, pela disponibilidade e leveza com que participaram do meu processo de finalização.

À Professora Ieda Maria Daniel pela troca e ajuda com as traduções.

À Thaisa, Lucas e Eduardo, que dentro dessa aventura científica, simbolizam lindamente a amizade.

E com todo meu amor ao Gustavo, companheiro insolúvel, ao Miguel, meu maior presente, e ao Gui, meu irmão mais caçula, pelo exemplo de determinação e serenidade.

RESUMO

O ato de beber se caracteriza por ser um costume muito antigo, acompanhando a humanidade há milênios, e o álcool é considerado a droga mais usada entre os psicotrópicos. Diante desse histórico, estudiosos de todo o mundo se interessam em investigar mais a fundo o assunto, e engajam na busca de descobrir determinantes que possam estar associados ao uso dessa substância, o qual é impetuosamente designado como 'nocivo' quando marcado pelo exagero. Foi realizada uma busca dos artigos publicados sobre o tema 'alcoolismo' nos periódicos *Revista Brasileira de Psiquiatria* e *Ciência e Saúde Coletiva*. Tais estudos apresentam uma variedade de temas, no sentido de fornecer informações sobre os aspectos envolvidos nesta problemática, muitos são os determinantes relacionados direta ou indiretamente. Este estudo propõe-se a esclarecer quais teorias respaldam os *modelos explicativos* bem como as *propostas terapêuticas* do alcoolismo que foram surgindo ao longo do tempo. Um dos pontos-chaves é a incorporação de designação de doença mental para um uso nocivo ou a dependência.

Palavras chave: Saúde Pública, Alcoolismo, Abuso de Substância, Tratamento.

ABSTRACT

Drinking is an ancient habit, as the alcohol has been following the human kind for ages and it is considered one of the most commonly used drugs among all the psychotropics. Facing this historical relation, researchers around the world have been deeply investigating the issue, and engaging in the pursuit of determinants that can be associated with the use of alcohol, which is fiercely classified as “harmful” when it is over used. A bibliographical survey was conducted among the articles published on “alcoholism” in the journals *Revista Brasileira de Psiquiatria* and *Ciência e Saúde Coletiva*. Such studies show a wide range of issues, as they try to offer more information on the associated aspects and there are many determinants direct or indirectly related to the problem. This study aims to clarify which emerging theories support the *explanatory models* and the *therapeutic proposals* to alcoholism. One of the key points is the designation of mental disorder for the harmful use of alcohol or its dependence.

Key words: Public Health, Alcoholism, Substance abuse, Treatment.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	19
3 ALCOOLISMO	21
4 SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL	25
4.1 Desafios para o tratamento.....	28
5 TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS	31
5.1 Abordagens e modelos de intervenção.....	33
5.2 Tratamentos Farmacológicos.....	39
6 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	43
7 IMPACTO SOCIAL DO ÁLCOOL	45
8 USO DE ÁLCOOL POR FAIXA ETÁRIA, GÊNERO E CLASSE SOCIO-ECONÔMICA	49
8.1 Álcool entre idosos.....	49
8.2 Álcool entre adolescentes.....	51
8.3 Diferença entre os gêneros.....	53
9 ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ASSOCIADO A TRAÇOS DE COMPORTAMENTO E OUTRAS MORBIDADES	59
9.1 Impulsividade.....	59
9.2 Comorbidade entre Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e abuso de dependência de álcool e/drogas.....	60
9.3 Algumas considerações sobre depressão, álcool e nicotina em contexto hospitalar.....	62
9.4 Transtorno de ansiedade social e o Abuso de substância.....	64
9.5 Morbidades associadas ao alcoolismo parental.....	65
10 PERCEPÇÃO POPULAR DA DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL	67
11 ÁLCOOL E VIOLÊNCIA	71

12 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E DETECÇÃO DO USO E DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL.....	75
13 PERCURSO METODOLÓGICO.....	77
14 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
15 ARTIGO CIENTÍFICO – O ALCOOLISMO: MODELOS EXPLICATIVOS E TERAPÊUTICOS EM CONFLITO.....	87
15.1 Introdução.....	88
15.2 Objetivos.....	90
15.3 Percurso Metodológico.....	90
15.4 Resultados e Discussão.....	94
15.5 Considerações Finais.....	115
15.6 Referência Bibliográfica.....	116

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Masur (1991) e Lima (2008), as primeiras informações sobre uso do álcool datam de 6000 a 7000 a.C., onde alguns documentos dão indício de bebidas alcoólicas produzidas pelo homem, de forma artesanal. Faz parte dos registros das civilizações antigas, especialmente no que se refere aos rituais religiosos, como estava também presente em festas pagãs populares, que muitas vezes terminavam em orgias, envolvendo sexo e violência. Segundo a mitologia, numa dessas festas nasceu Dionísio, filho de Zeus.

Principalmente no pós-guerra a tecnologia favoreceu a comunicação e a produção em massa, crescimento e aglomeração urbana, fatores que de uma forma ou de outra passaram a contribuir para um aumento significativo no consumo de bebidas. Tal contexto favorecia o aumento da produção, o aumento do consumo e conseqüente aumento dos problemas relacionados, como doenças, violência, etc. (Lima, 2008)

Assim, o ato de beber se caracteriza por ser um costume muito antigo, acompanha a humanidade há milênios, sendo considerada a droga mais usada entre os psicotrópicos. Diante desse histórico, estudiosos de todo o mundo se interessaram em investigar mais a fundo o assunto, e engajaram-se na busca de descobrir determinantes que pudessem estar associados ao uso dessa substância, o qual é impetuosamente designado como ‘nocivo’ quando marcado pelo exagero.

Dados atuais mostram que no Brasil a taxa para dependência de álcool na população está em torno de 12,3%, sendo que a prevalência sobre *uso na vida* apresenta uma taxa de 74,6%. (CEBRID, 2006)

Um levantamento sobre o padrão de consumo nas Américas mostrou que, em soma esses países apresentam as maiores taxas de consumo mundial. Porém, os índices no Brasil não estão entre os primeiros, país como EUA apresenta índice bem maior. Mas nem por isso as dimensões no Brasil são menos preocupantes. (OMS/ OPAS, 2007)

No Brasil, preocupados com esses índices, representantes do governo e da sociedade civil, elaboraram a Declaração de Brasília de Políticas Públicas sobre o Álcool, documento que culminou na atual Política Nacional sobre o Álcool. (SENAD, 2007)

O desenvolvimento dessas políticas vão mostrando medidas governamentais, de ordem pública, voltadas para o consumo. Entretanto, existe também o âmbito da produção científica, sendo esse o foco de

interesse deste estudo, o qual buscou identificar teorias ou modos de compreensão que sustentam os discursos científicos, no que diz respeito aos modelos de explicação do ‘alcoholismo’, bem como ao surgimento de proposta terapêuticas.

Foi realizado uma busca de artigos publicados sobre o tema ‘alcoholismo’, nos periódicos *Revista Brasileira de Psiquiatria e Ciência e Saúde Coletiva*. Tais estudos apresentam uma variedade de temas, no sentido de fornecer informações sobre os aspectos envolvidos nesta problemática, muitos são os determinantes envolvidos direta ou indiretamente.

A priori, qualquer pessoa tem sua opinião sobre o álcool, muitos são os mitos ou tabus, porém o discurso científico é carregado de critérios para descrever os fenômenos, e não seria diferente com o alcoholismo. Todo entendimento traz pressupostos construídos pela comunidade científica, estão respaldados em teorias, que ao serem validadas pela ciência, servem de pano de fundo para explicar os fenômenos. Este estudo propõe-se esclarecer quais teorias respaldam os *modelos explicativos* bem como as *propostas terapêuticas* do alcoholismo que foram surgindo ao longo do tempo. Um dos pontos-chaves é a incorporação de designação de doença mental para um uso nocivo ou a dependência.

Esse quadro coloca os profissionais de saúde tendo que enfrentar uma série de desafios constantes para lidar com esse problema, é o cerne dessa dificuldade pode estar relacionado aos modelos explicativos aos quais o alcoholismo está ancorado, e como consequência, as práticas de tratamentos propostas a partir de tal visão. Os desafios estão longe de serem sanados, bem como é um campo de constantes mudanças o que significa constantes desafios, por isso é um campo onde pesquisas são bem vindas, para ampliar ou dar subsídios a novos entendimentos.

O ser humano sempre busca saberes prévios para lhe ajudar a adquirir novos entendimentos. Metaforicamente, seria dizer que buscamos diferentes ‘lentes’ para enxergar o mundo a nossa volta. Diante disso, trago uma citação do século XIX, no sentido de oferecer ao leitor uma ‘lente’ que pode ser um guia para o entendimento deste estudo.

“Os vícios são atos através dos quais um homem lesa sua própria pessoa ou seus bens. Crimes são atos através dos quais um homem lesa alguém ou seus bens. (...) Mas, ninguém jamais se entrega a um vício movido por tal intenção criminosa, e sim

em busca, unicamente, da sua própria felicidade, e sem qualquer intenção de causar mal a quem quer que seja. Enquanto não for claramente estabelecida e reconhecida pelas leis uma distinção entre os vícios e os crimes, não poderá existir na terra nada como os direitos individuais, liberdade ou propriedade, nem nada que se pareça de perto com o direito de um outro homem dispor livremente da sua pessoa e dos seus bens. Ao declarar que um vício é um crime e puni-lo enquanto tal, um governo tenta falsificar a própria natureza das coisas. É tão absurdo como declarar que a verdade era mentira, ou a mentira verdade.” (Lysander Spooner)

2 OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar os modelos de explicação e propostas terapêuticas referidas ao alcoolismo no campo da psiquiatria e da saúde coletiva nos últimos anos.

Objetivos específicos

1- Analisar as abordagens sociais ao problema do alcoolismo, os modelos explicativos e terapêuticos apresentados.

2- Analisar as abordagens biológicas ao problema do alcoolismo, os modelos explicativos e terapêuticos apresentados

3 ALCOOLISMO

Segundo a literatura, quando a melhora de um alcoolista estiver sendo considerada somente pela abstinência, ou seja, quando a abstinência de álcool for o único parâmetro de avaliação, o que será observado é que poucos melhoram. Menos de 20% dos casos realmente tornam-se abstinentes, um dos artigos compara dados de estudos com diferença de 25 anos de um para o outro, e mostrou que não houve mudança nessa taxa. (Ramos & Woitowitz, 2004)

Sobre esta questão, dois pontos interessantes de serem destacados. Primeiramente, atentarmos para as implicações do ponto de vista da abstinência como único parâmetro, já que esta pode ser entendida como a ‘cura’. Se somente ela estiver sendo levada em consideração, significa que o objetivo é a cessação, já que se trata de um hábito, que está sendo nocivo para o sujeito, hábito que o coloca numa posição de doente, e a cura seria parar de beber. Aqui, o alcoolismo pode ser entendido como doença, e a cura seria a abstinência total, o que significa dizer que menos de 20% conseguem se curar.

Outro fato relacionado a essa questão, é que a atenção voltada para a abstinência, é tão intrigante e valorizada, que é foco e fonte de motivação para estudos. A ponto de que já existe no meio científico ‘a lei do um terço’. Essa lei apesar de citada é de autor desconhecido, mas ela condiz com o fato da abstinência ser encontrada em menos de 20% dos casos, ou seja, mais ou menos um terço daqueles que bebem.

Implicações no fato do alcoolismo ser visto como doença, e a abstinência ser vista como a única saída para cura, são apontadas entre os artigos. Entretanto, para aprofundar melhor esse assunto, é válido entender, diante do que trazem os artigos, como o termo ‘alcoolismo’ passa a ser reconhecido como ‘doença’ no meio científico.

Alguns artigos descrevem a respeito do surgimento do termo alcoolismo, trazendo dados sobre autores que se envolveram com o tema, bem como seu entendimento sendo marcado por épocas e culturas, inclusive no que se trata dos fatores que predispõem a dependência. Em seguida tentarei sintetizar as questões que apareceram envoltas ao entendimento do termo ‘alcoolismo’.

Em meio às informações encontradas, não poderia deixar de aparecer o tom de romantismo que envolve o álcool. Comumente, e isso em qualquer literatura, não só na científica, é citado por seu simbolismo.

Reconhecida como uma substância que acompanha a humanidade desde seus primórdios, faz parte dos momentos de

celebração em algumas culturas. Com a revolução industrial torna-se disponível entre as grandes populações, o que faz com que ocorra uma mudança significativa na maneira da sociedade lidar com seu uso. De um lado seu simbolismo e significados, de outro o potencial de originar transtornos, e problemas de relevância mundial. (Gigliotti & Bessa, 2004)

No que se refere à evolução do conceito, pode-se dizer que o termo alcoolismo surgiu conseqüente à comercialização. É no século XVIII após crescente produção, que surge pela primeira vez o conceito de alcoolismo, por autores como Benjamin Rush e Thomas Trotter. O artigo cita como célebre a frase de B. Rush: “Beber inicia num ato de liberdade, caminha para o hábito e, finalmente, afunda na necessidade”. Como também cita que foi T. Trotter o primeiro a se referir ao alcoolismo como doença. (Gigliotti & Bessa, 2004)

Enquanto um artigo cita que o alcoolismo foi definido como doença por Magno Huss, no século XIX, e afirma que este autor é conhecido como o primeiro a definir alcoolismo como doença. (Ramos & Woitowitz, 2004) O outro artigo afirma que foi Thomas Trotter o primeiro a definir alcoolismo como doença, entretanto cita que Magnus Huss (1849), foi quem introduziu o conceito de “alcoolismo crônico”, *estado de intoxicação pelo álcool que se apresentava com sintomas físicos, psiquiátricos ou mistos*. (Gigliotti & Bessa, 2004)

De todo modo, a literatura aponta que foi Jellinek quem popularizou o conceito de alcoolismo-doença na ciência contemporânea, na década de 60, através de seu livro *The Disease Concept of Alcoholism*. (Ramos & Woitowitz, 2004; Gigliotti & Bessa, 2004)

De acordo com os autores, para Jellinek o alcoolismo seria algo que o indivíduo tem ou não tem. Para ele trata-se de uma “doença progressiva e fatal”, e a única saída seria a abstinência alcoólica e definitiva.

Jellinek é reconhecido como autor importante ao exercer grande influência na evolução do conceito alcoolismo, inclusive no que diz respeito ao sistema de classificação. É um marco na evolução do conceito desta dependência, considerando o alcoolismo doença apenas quando o usuário apresenta tolerância, abstinência e perda do controle. Ele diferenciava os transtornos por uso do álcool naqueles que envolviam um claro processo de dependência (tipos gama e delta) e naqueles sem dependência (tipos alfa, beta, épsilon). (Gigliotti & Bessa, 2004)

Em contraponto com a idéia deste autor, que tem sua visão pautada no trabalho com populações clínicas, estão as contribuições

dadas por sociólogos e epidemiologistas, com o estudo das comunidades. A literatura aponta para o trabalho de Cahalan, *Problem Drinkers*, publicado em 1976, que insere os conceitos de bebedor pesado, bebedor abusivo e bebedor problema. Surge a idéia de um subgrupo de usuários de álcool que não apresentam a doença alcoolismo, mas nem por isso são menos preocupantes, já que se refere a uma classe de usuários responsáveis por acidentes de trânsito e de trabalho, agressões físicas domésticas e públicas e ainda ocupam uma posição de usuários de serviço de saúde. (Ramos & Woitowitz, 2004)

Também em 1976, Edwards & Gross ampliam a percepção de alcoolismo ao proporem a definição de Síndrome de Dependência do Álcool (SAD). Aqui o entendimento de um quadro unitário que requer uma única conduta terapêutica, deu lugar a uma idéia de quadro multifacetado, polideterminado e que comporta um espectro abrangente de propostas terapêuticas. Até esse momento quatro categorias diagnósticas já vinham sendo delineadas, são elas: a dos abstêmios, a dos bebedores sem problemas (dito sociais), a dos bebedores com problemas e a dos alcoolistas. Entretanto, a partir desta definição as categorias ‘bebedores com problemas’ e ‘alcoolistas’, passam a ser denominados respectivamente como ‘bebedores nocivos’ e ‘portadores da síndrome de dependência’. Essas categorias diagnósticas estão em vigor nos dias atuais, e são contempladas tanto no CID-10, quanto no DSM-IV. (Ramos & Woitowitz, 2004)

Na década de 80, Vaillant foi quem conseguiu chamar a atenção para a complexidade do tema. Para ele nem todo problema com o beber é progressivo, e o alcoolismo nem sempre é fatal. Segundo ele, alguns bebedores com problema conseguem retornar a um padrão de ingestão sem problemas, o mesmo podendo acontecer com alcoolistas graves, embora também entre seus achados isso seja uma exceção. (Ramos & Woitowitz, 2004)

Então, diante dessas informações a respeito da evolução do conceito alcoolismo-doença, é possível destacar algumas implicações envolvendo o fato do alcoolismo ser visto como doença, e a abstinência ser vista como a cura, e também implicações referente à mudança dessa visão.

Ao ser inserido no meio médico científico o conceito de alcoolismo como ‘doença’, sendo que, ser alcoólatra significa apresentar uma condição única, um estado mórbido, que se desenvolve de maneira progressiva e fatal, e que diante disso a única saída para a ‘cura’ seria a abstinência definitiva, num primeiro momento aparece como um ganho

para a ciência, pois oferece um conceito para um problema que já vinha tendo sua relevância, bem como uma forma de tratá-lo.

O advento da revolução industrial, o álcool completamente inserido na sociedade ocidental, já vinha sendo encarado como problema, podemos pensar que para o meio médico essa definição era bem vinda. O fato é que esta oferecia uma visão bem limitada do problema, que aparecia como sendo somente de interesse clínico, bem como deixava exacerbada a questão do fracasso terapêutico advindo da baixa taxa de abstinência.

Para desbancar essa idéia são de grande utilidade trabalhos de sociólogos e epidemiologistas, que ampliam os conceitos de bebedor, mudando o foco do problema que afeta somente o indivíduo como portador da doença, para abrir o leque de situações nas quais o alcoolismo está inserido, tais como, acidentes, violência, mostrando que se trata de um problema relevante de saúde pública.

Concomitante a essa amplitude de conceitos, surge à definição de Síndrome de Dependência do Álcool (SDA), conceito importante no sentido de reafirmar a condição de múltiplos fatores envolvidos no alcoolismo. O termo alcoolista comumente relacionado a uma condição única, com única terapêutica, dar lugar ao termo Síndrome de Dependência de Álcool, o qual está relacionado a múltiplos fatores, e a uma gama maior de propostas terapêuticas. Ademais, tal definição pode ser considerada um marco, já que se refere à atualmente reconhecida pelo meio médico-científico.

4 SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL

A Síndrome de Dependência do Álcool (SDA) é entendido como um fenômeno que depende da interação de fatores biológicos e culturais – levando-se em conta, por exemplo, tanto religião bem como valor simbólico do álcool em cada comunidade. Tais fatores determinam como o indivíduo vai se relacionando com a substância, em um processo de aprendizado individual e social do modo de se consumir bebidas. De acordo com essa definição, nesse processo de aprendizado da maneira de usar o álcool, um dos fenômenos mais significativos é o surgimento dos sintomas de abstinência. Quando a pessoa passa a ingerir a bebida para aliviar esses sintomas é estabelecida uma forte associação que sustenta tanto o desenvolvimento quanto a manutenção da dependência.

Dentro dessa visão a dependência é vista como um comportamento que se retroalimenta e que abrange muito mais que tolerância e abstinência. As razões pelas quais o indivíduo começou a beber, adicionam-se àquelas relacionadas à dependência. (Gigliotti & Bessa, 2004)

Os autores acima descrevem sobre os elementos que precisam ser reconhecidos nos indivíduos que apresentam SDA. O primeiro deles trata-se do ‘estreitamento do repertório’, que passa a ser apresentado pelo usuário, sendo que este começa a beber com flexibilidade, mas com o tempo passa a beber com mais frequência, deixando de importar-se com a inadequação das situações. Nos estágios avançados, o indivíduo consome de modo compulsivo e incontrolável para aliviar os sintomas da abstinência, sem importar-se com os danos orgânicos, sociais ou psicológicos. Sua relação com a bebida torna-se rígida e inflexível.

Também pode ser observado a ‘saliência do comportamento de busca do álcool’ onde, com o estreitamento do repertório do beber, o indivíduo passa a priorizar o ato de beber, mesmo em situações inaceitáveis, como por exemplo, dirigindo ou no trabalho, ou seja, beber passa a ser o fulcro da vida da pessoa, acima de qualquer outro valor, saúde, família e trabalho.

Outro elemento importante é o ‘aumento da tolerância ao álcool’, que se trata da necessidade de doses crescentes de álcool para obter o mesmo efeito conseguido com doses menores, ou até mesmo a capacidade de realizar atividades apesar de altas concentrações sanguíneas de álcool.

Também é possível observar ‘sintomas repetidos de abstinência’, quando há diminuição ou interrupção do consumo de álcool, surgem sinais e sintomas de intensidade variável. No início são leves,

intermitentes e pouco incapacitantes mas, nas fases mais severas da dependência, podem manifestar-se os sintomas mais significativos, tais como tremor intenso e alucinações.

Em decorrência disso, também há o ‘alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo aumento da ingestão da bebida’, sendo considerado um sintoma importante da SDA, é difícil de ser identificado nas fases iniciais. Torna-se mais evidente na progressão do quadro, com o paciente admitindo que bebe pela manhã para se sentir melhor.

Outro elemento se refere a ‘percepção subjetiva da necessidade de beber’, onde há uma pressão psicológica para beber e aliviar os sintomas da abstinência. Por último está a ‘reinstalação após a abstinência’, onde mesmo depois de períodos longos de abstinência, se o paciente tiver uma recaída, rapidamente restabelecerá o padrão antigo de dependência.

Essa sistematização da SDA é bem reconhecida e modificou a compreensão dos problemas relacionados ao álcool pela medicina, influenciando também as classificações posteriores. É importante diferenciar dependência e uso nocivo, e diante do que foi apresentado, pode-se dizer que existem as mais variadas maneiras de consumo de álcool, em uma complexa interação entre fatores biológicos, culturais e ambientais, onde o resultado, na maioria das vezes, não é o da dependência, mesmo para aqueles que em algum período da vida fizeram uso problemático dessa substância. (Gigliotti & Bessa, 2004)

Edwards ao propor o conceito de SDA cria uma distinção clínica entre o que é dependência e quais seriam os problemas relacionados, estabelecendo graus variáveis de risco e de problemas ocasionados pelo uso do álcool, dispostos em duas dimensões: uma associada com a psicopatologia do beber, a dependência do álcool, e outra na qual se distribuem os diversos problemas oriundos do uso ou da dependência. (Gigliotti & Bessa, 2004)

De um lado encontra-se a dimensão da dependência em si, de outro a dimensão dos diversos problemas oriundos do uso ou da própria dependência. São dois eixos que se intercalam criando diferentes situações, desde aqueles indivíduos que à medida que vão ficando mais dependentes, passam a ter mais problemas relacionados ao álcool, como também aqueles que apesar de terem problemas com o álcool (no trabalho, na família, no trânsito) não apresentam dependência alcoólica, ou seja, fazem uso nocivo. Existe também aquele bebedor que não tem problemas nem dependência alcoólica, são os considerados bebedores de baixo risco (dito sociais). E como fator importante a destacar, dentro

dessa visão não existe dependência alcoólica sem problemas relacionados ao consumo do álcool.

O parágrafo acima se refere ao padrão de consumo de drogas que é reconhecido atualmente, ele indica as diferentes formas e níveis de relacionamentos dos indivíduos com a bebida, estabelecendo padrões peculiares de consumo ao longo do tempo, ressaltando que a pessoa pode ter problemas com qualquer padrão de consumo.

Considerando toda a discussão sobre SDA, destaca-se que nos últimos anos o diagnóstico de dependência do álcool vem sendo bem validado em muitos estudos de amostras clínicas e populacionais, bem como estudos genéticos. Porém, afirmam que mesmo diante disso, os critérios para dependência devem continuar sendo aprimorados. Relatam que vários pesquisadores estão interessados em identificar subtipos de alcoolismo, que reagiriam de forma distinta a diferentes tratamentos. Outro destaque importante que fazem os autores, é que os critérios para dependência e uso nocivo provavelmente diferem na população adolescente, sendo considerado tópico importante para futuras pesquisas. (Gigliotti & Bessa, 2004)

Os autores concluem que a SDA é um transtorno psiquiátrico com severas repercussões individuais, sociais e econômicas de âmbito mundial. E ainda que seus critérios diagnósticos sejam claros, os transtornos relacionados ao uso de álcool são considerados problemas relevantes para a saúde pública, tanto pela dificuldade de seu tratamento, quanto pelo desafio que os médicos têm em identificar os casos iniciais, ou até mesmo os quadros mais avançados.

O quadro de dependência de álcool deve ser diferenciado do quadro de uso nocivo de álcool. Tal, distinção é muito importante para que na prática clínica sejam investigados os problemas relacionados aos distintos modos de uso do álcool, os quais se apresentam em diversos níveis de risco e de gravidade e que evoluem como num continuum. Segundo eles, o diagnóstico e tratamento precoces devem ser incentivados na tentativa de interromper o curso dessa enfermidade. (Gigliotti & Bessa, 2004)

A definição de SDA é um marco, autores destacam sua importância e legitimidade atuais. Entretanto, outros trabalhos continuaram contribuindo para o entendimento de problemas relacionados ao álcool, sendo o enfoque os padrões culturais e familiares.

Destaque então para Vaillant, que na década de 80, demonstrou que grupos étnicos que toleram a embriaguez adulta, mas que censuram nas crianças e adolescentes o aprendizado de práticas seguras de uso de

álcool, estariam mais sujeitos ao desenvolvimento de futuros alcoolistas. (Ramos & Woitowitz, 2004)

Para Vaillant, a probabilidade do aparecimento de problemas relacionados ao álcool entre os jovens está relacionada à existência de familiares alcoolistas. Quanto mais familiares alcoolistas, maiores são as chances de o abuso alcoólico se instalar. Esse autor também aponta para maior prevalência de transtornos de personalidade anti-social. Outro fato relevante é que este autor demonstrou que bebedores com padrão nocivo de consumo podem se manter por décadas, sem desenvolver dependência, como também podem retornar para um padrão de ingestão sem problemas. A consequência terapêutica, é que para esta categoria diagnóstica, a preconização da abstinência como única alternativa é pouco produtiva, pouco eficiente. (Ramos & Woitowitz, 2004)

A evolução do beber nocivo para a dependência é um processo que pode demorar meses, anos ou décadas. Contudo, entre indivíduos com personalidade anti-social, os quais usam o álcool para desafiar princípios sociais, tendem a ter um desenvolvimento mais rápido da dependência. Uma vez instalado o alcoolismo, o retorno do consumo a um padrão de ingestão sem problemas, pode acontecer, porém a literatura enfatiza que se trata de algo raro, mais raro ainda quanto mais a gravidade da dependência for aumentando. (Ramos & Woitowitz, 2004)

Diante de todo esse panorama, estaria de acordo pensar a respeito das propostas terapêuticas que foram surgindo no sentido de apoiar aquele indivíduo que apresenta problemas com o álcool. Quais são os princípios terapêuticos propostos para tratar o alcoolismo.

4.1 Desafios para o tratamento

Para pensar em criar qualquer tipo de terapêutica, sempre é preciso saber do que se trata a enfermidade: a quem acomete, de onde surge, quantos melhoram, prognóstico de melhora de outras terapêuticas existentes. Como já citado, o alcoolismo é considerado uma doença, que se pensado em termos de abstinência como única saída para a cura, às chances de melhora são poucas.

Um estudo demonstrou que dentre as pessoas que reconhecem seus problemas alcoólicos, apenas metade procuram atendimento. Dessas, apenas metade chegam a receber alguma conduta médica específica, o que metade resolveu seguir. Finalmente, entre os que receberam tratamento específico para o problema alcoólico, um terço teve chance de entrar em abstinência. (Ramos & Woitowitz, 2004)

Isso quer dizer que apenas 1% dos pacientes que se reconheceram com problemas com seus hábitos alcoólicos procuraram

ajuda, foram bem avaliados, diagnosticados, motivados para o tratamento e alcançaram abstinência. E considerando que o mais frequente é que os pacientes não reconhecem sua dependência, os autores concluem que 1% está superestimado.

Os dois últimos parágrafos se referem à dificuldade dos bebedores em reconhecerem seu problema no consumo de álcool, como também dificuldade dos profissionais da saúde em diagnosticar tal transtorno, bem como de propor terapêuticas específicas para este transtorno.

Diante disso destaca-se a necessidade de novas pesquisas, bem como esforços terapêuticos contínuos, já que certamente a baixa resposta terapêutica, é fonte de desmotivação tanto para médicos, como para pacientes.

Como pôde ser visto, problemas relacionados ao consumo de álcool, ainda mais quando se trata de dependência, são quadros reconhecidamente de difíceis recuperações, o que piora ainda mais quando a meta final se trata da abstinência prolongada e vitalícia. Dentre os fatores que contribuem para essas dificuldades, a literatura aponta que geralmente as pessoas não reconhecem seus problemas com álcool e não costumam procurar ajuda, isso já se trata de um fator bem importante. Também é importante o fato de que os médicos em sua prática clínica não costumam tratar alcoolismo, onde a dificuldade já começa na falta do diagnóstico. Outro fator apresentado seria a rigidez de algumas propostas terapêuticas.

Desde os anos 70, diversos estudos vêm chamando a atenção para a dificuldade que médicos têm em diagnosticar alcoolismo. Nesta época foi observado que o diagnóstico de alcoolismo é feito em menos de 20% dos casos, sendo isso comprovado 25 anos depois em outro estudo, o que significa que esta taxa se manteve inalterada ao longo desses anos. (Ramos & Woitowitz, 2004)

Os autores relacionam tal fato aos conteúdos ensinados nas escolas de medicina e para tal correlação citam um estudo o qual demonstrou que as concepções dos estudantes de medicina sobre alcoolismo não se alteram ao longo dos seis anos de faculdade. E para firmar ainda mais essa discussão, os autores descrevem essa falta de treinamento médico para o diagnóstico de alcoolismo como fato grave, já que resulta em baixa atenção específica para o problema, citam um estudo o qual demonstrou que esses pacientes quando devidamente abordados, aumentam de três a cinco vezes a demanda por tratamento especializado.

5 TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS

A literatura é clara no que se refere aos prejuízos e complicações graves que o alcoolismo pode ocasionar, pois geralmente resulta na deterioração da saúde geral do sujeito, bem como produzem efeitos negativos nos contextos pessoal, social e profissional. O consumo repetido de altas doses de álcool pode afetar quase todos os sistemas orgânicos, principalmente o trato gastrointestinal e os sistemas cardiovascular e nervoso, tais como déficits cognitivos, déficits de memória grave e alterações degenerativas no cerebelo. (Rangé & Marlatt, 2008)

A dependência e o abuso de álcool representam um grande problema de saúde pública, e muitos estudos se voltaram para a questão da eficácia. Porém, diante do fato, de que mesmo os melhores tratamentos para alcoolismo apresentam prognósticos pouco favoráveis, e o prognóstico para pacientes com maior cronicidade é ainda menos favorável, é uma área de pesquisa que continua aberta. Atualmente, os estudos sobre alcoolismo se baseiam em critérios diagnósticos estabelecidos pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), os quais são contemplados pelo DSM-IV. (Rangé & Marlatt, 2008)

A necessidade de mais estudos, bem como esforço crescente de todos envolvidos, profissionais, familiares, até mesmo o dependente, se tornam evidentes através dos dados de prevalência que são freqüentemente levantados. Um estudo epidemiológico que comparou cidades brasileiras e norte-americanas, e constatou que para o uso de qualquer droga a prevalência foi de 19,4% no Brasil, e 38,9% nos EUA. O álcool é a droga mais usada, estando em 68,7% no Brasil e 81% nos EUA. A taxa de dependência é de 11,2% para o álcool. (Rangé & Marlatt, 2008)

Neste sentido, e levando em consideração o que foi visto até agora, o álcool é considerada uma substância capaz de afetar severamente a saúde daquele que bebe de maneira nociva ou é dependente, é uma das substâncias mais consumidas em todo mundo, geralmente as taxas de prevalência são significativas para sociedade, sendo seus custos diretos e indiretos considerados elevados para a economia do país.

O custo social, bem como na organização dos serviços voltados para atender aqueles que sofrem com esse transtorno, são questões encontradas entre os artigos e serão citadas mais a frente. Mas antes, vale ressaltar como os modelos de tratamento foram surgindo,

considerando a abordagem teórica na qual embasam sua compreensão dos comportamentos adictivos.

Segundo a literatura no que se refere a tratamento especializado, este de alguma forma, iniciou com o surgimento dos Alcoólicos Anônimos, em 1935, o qual foi saudado como alternativa valiosa.

Johnson (1973), é um dos autores que se destacam, com uma técnica terapêutica que, em conformidade com a obra dos Alcoólicos Anônimos e com a noção de alcoolismo-doença, pretende dar um “banho de realidade” no paciente através dos grupos de confrontação, o que ficou conhecido como modelo Minnesota. (Ramos & Woitowitz, 2004)

Até aqui são propostas de tratamentos que tem como objetivo específico a abstinência, e conforme foram sendo usadas, favoreceram todo o desenvolvimento de uma metodologia de avaliação da eficácia terapêutica, muitas discussões surgiram a respeito de referenciais teóricos e metas terapêuticas.

Quando a eficácia terapêutica for medida pela abstinência, como já foi apontado entre aqueles que conseguem atingi-la estão em torno de 20% dos casos, sendo considerada pela literatura uma taxa baixa, logo a terapêutica voltada para a abstinência, também será vista como tendo baixa eficácia. Esse fato está no cerne de toda uma discussão, que tenta trazer a luz propostas terapêuticas que não estejam focadas exclusivamente na abstinência, visando melhorar a eficácia terapêutica.

O fato é que propor terapêuticas que não estejam focadas na abstinência, choca com as propostas existentes até o momento, ou seja, dos Alcoólicos Anônimos, bem como dos terapeutas identificados com ele. Neste sentido, destaca-se o trabalho de Sobell & Sobell (1976), que demonstrou que alcoolistas tratados para o beber controlado evoluíam melhor dos que os tratados para a abstinência. (Ramos & Woitowitz, 2004)

Diante disso, Edwards & Gross contribuíram decididamente com o debate ao postularem através do conceito de SDA que ‘o alcoolismo não seria uma condição única que merecia um tratamento universal, mas uma síndrome capaz de alojar variadas condições’. Como resultado desses achados se insere nova fase para o entendimento do alcoolismo, que como não poderia mais ser visto como uma condição única, e devido à multiplicidade de possibilidades, alguns pacientes podem se beneficiar de tratamentos que não se centrassem na abstinência do álcool, e que técnicas terapêuticas sofisticadas não necessariamente produzem melhores resultados, já que se devidamente

motivados alguns podem se recuperar com um simples aconselhamento. (Ramos & Woitowitz, 2004)

Destaca-se então o estudo de Orford & Edwards, que demonstrou que uma intervenção terapêutica breve, como um simples aconselhamento, poderia ser tão eficaz quanto uma psicoterapia conduzida ao longo de um ano por especialistas em alcoolismo. (Ramos & Woitowitz, 2004)

É válido destacar que a possibilidade de se propor técnicas terapêuticas mais simples e menos invasivas tem como pano de fundo a mudança de uma visão psicanalítica ‘de um paciente vitimado por seus conflitos inconscientes e necessitado de extensa psicoterapia’ para visão cognitiva comportamental, na qual ‘o paciente é capaz de se ajudar através de sua cognição, caso adequadamente orientado’.

A abordagem cognitiva comportamental empenha importante papel em ampliar o leque de propostas terapêuticas que sugerem que mesmo aquele paciente dependente químico, visto como uma vítima insolúvel de um mal que lhe tira a capacidade cognitiva, a capacidade de controle de suas atitudes, para alguém que é capaz de mostrar e agir através de sua própria cognição, ainda mais no que diz respeito ao ato de parar de beber.

Porém vale destacar não basta simplesmente à existência de dada terapêutica, é preciso que ela favoreça a adesão do paciente ao tratamento, visando a eficácia terapêutica. Neste sentido, além da contribuição da abordagem cognitiva, valorizando a cognição, que sugere o dependente como alguém capaz de tomar decisões, uma significativa importante é dada ao aspecto ‘motivação’, como fator que influencia o processo para parar de beber.

5.1 Abordagens e modelos de intervenção

Nos anos 80, beneficiando-se da “Terapia Cognitiva” de Beck, usada também com pacientes com transtornos por uso de substâncias psicoativas, autores como Prochaska & DiClementi, passaram a estudar o que chamaram de “estágios de mudança”, entendendo a dependência como um processo, no qual existem aspectos específicos de motivação, que são mostrados em cada um dos estágios propostos. (Ramos & Woitowitz, 2004)

Prochaska, DiClemente & Norcross, propuseram os ‘estágios de mudança’, pois segundo eles, há diversos estágios relacionados a comportamentos adictivos, os quais definirão a prontidão de um indivíduo em abandonar o uso de substâncias. (Rangé & Marllat, 2008)

Esses estágios seguem uma ordem: o primeiro é o estágio chamado de pré-contemplação, no qual há uma negação da existência do problema (a pessoa não reconhece seu uso como um problema); o segundo seria o estágio de contemplação, onde a pessoa começa a reconhecer que tem um problema; depois vem o estágio de preparação, no qual a pessoa começa a fazer planos concretos para atingir a mudança; depois desse momento pode ter início o estágio de ação (redução real e cessação do uso de substância); e finalmente, um estágio de manutenção, no qual mudanças de atitudes e estilo de vida em longo prazo resultarão na recuperação contínua ou em uma nova recaída. (Rangé & Marlatt, 2008)

Em cada sessão, há ações concebidas de acordo com o estágio de mudança do paciente. Assim, no estágio de pré-contemplação, a tarefa terapêutica é aumentar as dúvidas. No estágio de contemplação, é desejável que o terapeuta aponte a falta de equilíbrio, fornecendo razões para mudar ou não. Na preparação para o estágio de ação, a tarefa é ajudar o cliente a determinar a melhor estratégia para mudança. No estágio de ação, é desejável ajudar o cliente a se movimentar rumo à mudança, valorizando seus esforços. No estágio de manutenção, espera-se que o terapeuta auxilie o cliente a identificar estratégias para prevenção de recaídas, como o fortalecimento da auto-eficácia. Caso haja recaídas, o terapeuta deve ajudar o cliente a recomeçar o processo, avaliando se o paciente não desenvolveu uma resposta de enfrentamento satisfatória. Sua auto-eficácia será menor; portanto haverá uma maior probabilidade de mais recaídas, como os respectivos efeitos de violação, que incluem dissonância cognitiva, auto-atribuição/culpa e perda de controle.

Diante disso, passou-se a entender como central a questão da motivação para os pacientes aderirem aos tratamentos, e como consequência disso Miller & Rollnick propõem técnicas que ajudassem o paciente a motivar-se para mudar, surge a “Entrevista Motivacional”. O ‘modelo de entrevista motivacional’, de Miller & Rollnick, defende a idéia de que as pressões para abandonar o uso de uma substância tendem a piorar seu uso e que, alternativamente, o terapeuta que trabalha com viciados deveria conduzir entrevistas não-diretivas aumentando a ambivalência quanto ao uso de substância. (Ramos & Woitowitz, 2004; Rangé & Marlatt, 2008)

Assim, com as decisivas contribuições dos autores citados acima, na década de 90 sedimentam-se as principais propostas psicoterapêuticas para bebedores nocivos e dependentes do álcool e o

esforço passou a ser por indicações cada vez mais específicas, visando à otimização dos resultados. (Ramos & Woitowitz, 2004)

A abordagem cognitivo-comportamental ao abuso de álcool (e outras drogas) tem uma longa tradição e integra modelos variados para lidar com esse problema, considerado por se tratar de um problema grave.

Um deles se refere ao ‘modelo de aprendizagem social’ o qual considera que a aprendizagem do comportamento de beber resulta de influências sociais, familiares e de pares que modelam comportamentos, crenças e expectativas referentes ao álcool. Esse modelo compreende que as atitudes e comportamentos dos pais em relação ao álcool são os melhores preditores do consumo de bebida na adolescência. Desta forma, se o álcool é usado pelos pais para relaxar, isso provavelmente cria nas crianças um modelo de comportamento de usar álcool ou maconha como relaxante. Também considera que atitudes extremas em relação à sobriedade de pais abstinentes também são risco aumentado para o desenvolvimento de problemas com bebida. Um aspecto importante desse modelo é que ele se aplica a outras substâncias que possam produzir o mesmo efeito. (Rangé & Marllat, 2008)

O álcool facilita a sociabilidade, está inserido em celebrações sociais e torna as pessoas mais desinibidas, e como lubrificante social é um poderoso fator para o ‘reforçamento positivo’, ou seja, ele faz o papel de reforçador positivo do comportamento, uma vez que torna as pessoas mais desinibidas. Segundo a abordagem comportamental, a idéia de reforçador positivo, pode fortalecer associações entre álcool (outras drogas) e a satisfação associada a ele. Assim, os operantes ‘pedir álcool’ e ‘beber’ são fortalecidos e têm maior probabilidade de ocorrer no futuro. (Rangé & Marllat, 2008)

Nesta perspectiva, destaca-se a existência de fatores cognitivos e emocionais próximos, tais como alegria, felicidade, redução de estados negativos de humor; e efeitos distantes, tais como acidentes de trânsito, agressões, ausência no trabalho ou em atividades escolares. Aqui outro fator essencial é a inexistência de repertórios alternativos, uma vez que a variedade de situações agradáveis de reforçamento está reduzida, e o indivíduo está cada vez mais restrito ao uso do álcool. (Rangé & Marllat, 2008)

Outro modelo de atendimento que surge em consonância com a abordagem comportamental, é o modelo denominado ‘prevenção da recaída’, uma técnica que se encontra resumidamente proposta na livro ‘A prevenção da Recaída’, aqui o paciente é reconhecido como alguém capaz de se abster, sendo entregue a ele a tarefa de apenas não recair, ou

seja, a única coisa que precisa fazer é 'não recair'. O que se pretende é construir um projeto terapêutico com o paciente, fixando-se objetivos compartilhados, visando aumentar a auto-eficácia do mesmo para lidar com as diferentes situações motivadoras do consumo de drogas. (Ramos & Weitowitz, 2004)

Dentro desse modelo, destaca-se Marlatt, como sendo quem apresentou dados sobre situações determinantes de recaídas em alcoolistas, ou seja, apresenta situações determinantes de recaídas em alcoolistas. Para Marlatt, no que se refere a determinantes intrapessoais, o mais importante está relacionado à 'emoções negativas', e também, porém com menor influência, estão os 'desejos e tentações'. No que se refere a determinantes interpessoais apresenta como relevantes situações que envolvem 'pressão social', ou também aquelas situações de 'conflitos pessoais'. (Rangé & Marllat, 2008)

Os autores também destacam para esse modelo a importância dos fatores de auto-eficácia. Citam que o conceito de auto-eficácia proposto pela literatura, propõem que as pessoas tendem a repetir certos comportamentos quando acreditam em sua capacidade pessoal de desempenhar corretamente esses comportamentos. Porém, ressaltam que o poder preditivo de auto-eficácia encontra-se limitado em alcoolistas, uma vez que eles tendem a ser autoconfiantes. Mas reconhecem que por outro lado, fortalecer a auto-eficácia de resistir ao uso de álcool diminui a probabilidade de recaídas.

A auto-eficácia é considerada fator importante para diminuir a probabilidade de recaídas. Segundo o modelo cognitivo-comportamental do processo de recaídas, a pessoa quando exposta a uma situação de alto risco, ela pode optar por: apresentar uma resposta de confrontação, que possibilita o aumento da auto-eficácia, fazendo com que a probabilidade de recaída seja menor; ou não apresentar uma resposta de confrontação, o que provavelmente reduzirá a auto-eficácia, bem como cria expectativas de resultados positivos, característico dos efeitos iniciais da substância, logo optará pelo uso inicial da substância, produzindo o efeito da violação da abstinência, quer seja, conflito de dissonância e auto-atribuição (culpa, percepção da perda do controle), e o conseqüente aumento da probabilidade de recaída. (Rangé & Marlatt, 2008)

Esse modelo entende que mudanças no estilo de vida são um elemento central para reduzir a probabilidade de recaídas, como a redução de fontes de estresse, busca de um equilíbrio entre prazer e obrigação, práticas de exercícios físicos, melhora na alimentação, ioga, meditação, ou qualquer outra forma de relaxamento.

Por último, o ‘modelo cognitivo de abuso de substância’, sendo a primeira tentativa de intervenção usando um modelo cognitivo, o Programa SMART Recovery, foi baseado na terapia racional emotiva comportamental de Albert Ellis. O termo SMART (que significa esperto, inteligente), é um anagrama das palavras Self-Management And Recovery Treatment (tratamento de recuperação por auto-manejo). Ele ajuda os indivíduos a atingir independência de seus comportamentos adictivos, seja de substâncias ou atividades, ou seja, ajuda as pessoas a se recuperarem de todos os tipos de comportamento adictivo. É um programa que fornece instrumentos e técnicas para quatro questões programáticas: 1) melhorar e manter a motivação para se abster; 2) enfrentamento de fissuras; 3) resolução de problemas, manejo de pensamentos, sentimentos e comportamentos; e 4) equilíbrio no estilo de vida, balanceando satisfações momentâneas e duradouras. (Rangé & Marlatt, 2008)

Os autores ressaltam, que semelhante a outros transtornos, como depressão e ansiedade, o modelo cognitivo de abuso de substância, é baseado na pressuposição de que experiências nas fases iniciais da vida são as bases para o desenvolvimento de problemas dessa natureza. Elas favorecem o desenvolvimento de esquemas, crenças nucleares básicas e crenças condicionais. Exposição e experiência com uso de drogas é parte desse processo, e crenças particularmente relacionadas ao uso de drogas serão desenvolvidas, algumas facilitando e outras evitando seu uso.

Em certo ponto o uso contínuo começa associado a estímulos internos/externos em risco de uso (ir a um bar estando triste), isto deverá ativar crenças sobre o uso de substância (fico mais sociável quando bebo), como também certos pensamentos automáticos (todos estão se divertindo, eu também mereço), como consequência deverá ser ativada a fissura. Ocorrerá então, a ativação de crenças facilitadoras (só uma vez não terá problema). Atividades instrumentais específicas aparecerão neste momento (busca pela substância). A seguir, o indivíduo consome tal substância, e pode acontecer de não gostar, pois se sente culpado: o chamado ‘crash’, começa então um novo ciclo. (Rangé & Marlatt, 2008)

As técnicas básicas da terapia cognitiva para o abuso de álcool/drogas demandam, em primeiro lugar, fortalecimento da aliança terapêutica através de um entendimento empático do problema do cliente, em combinação com aceitação incondicional. O monitoramento da atividade é desejável, mas difícil de atingir em indivíduos com queixas dessa natureza. Também é importante desenvolver técnicas de resolução de problemas, de forma que o paciente saiba como lidar com

situações de risco. Registros diários de pensamentos enfrentados com respostas racionais podem ajudar a manejar as fissuras. Ao lidar com fissuras o recomendado é tentar adiar o máximo possível, tentando se envolver com outras atividades. O uso de cartões de enfrentamento contendo enunciados para controlar crenças também pode ser útil. É extremamente importante manter o foco em metas de longo prazo, ao invés de buscar recompensas imediatas. O uso de dramatizações é uma estratégia útil para treinar a assertividade da recusa a drogas. (Rangé & Marlatt, 2008)

Também surgem os trabalhos sobre ‘matching’, traduzido entre nós por ‘pareamento’. No entanto, o mais famoso deles, pela sua abrangência e custo, foi o “Project Match”. As principais questões examinadas pelo conjunto desses trabalhos são: 1) Para quais pacientes indicar abstinência? Para quais beber controlado? 2) Tratamentos mais extensos x intervenções breves; 3) Para qual terapeuta indicar qual paciente? Infelizmente as respostas para essas perguntas seguem em aberto, pois de consistente mesmo, até o momento, existem apenas três fatos: 1) qualquer tratamento é melhor que nenhum tratamento; 2) pacientes menos graves se beneficiam de intervenções breves, não necessariamente voltadas para a abstinência; e 3) características próprias dos terapeutas como, por exemplo, empatia, influenciam mais os resultados obtidos num dado tratamento do que a escola à qual o terapeuta se vincula. (Rangé & Marlatt, 2008)

No que se refere a eficácia terapêutica (em que medida os pacientes se recuperam) as pesquisas sobre esse assunto, principalmente dos tratamentos para alcoolistas, datam dos anos 70. O já referido trabalho de Orford & Edwards, que encontraram 20% de abstêmios num seguimento de um ano. Curiosamente, 18 anos depois, estudos apresentam dados semelhantes. (Ramos & Woitowitz, 2004)

O consenso brasileiro para o tratamento dos “Usuários de Substâncias Psicoativas” recomenda, para bebedores nocivos e dependentes do álcool, como técnica psicoterápica: entrevistas motivacionais, intervenção breve, prevenção da recaída e terapia cognitivo-comportamental. Mesmo assim, cerca de 50 a 60% dos pacientes não se beneficiam desses procedimentos, por isso trata-se de uma extensa área aberta à pesquisa. (Ramos & Woitowitz, 2004)

Nas últimas décadas, especialmente pelos trabalhos de Vaillant, foi possível um avanço conceitual sobre os diferentes tipos de problemas na relação do bebedor com as bebidas alcoólicas. Devido a esse avanço, novas propostas de intervenções terapêuticas mais breves e baratas foram feitas e diferentes critérios de pareamento foram

sugeridos. No entanto, até o presente, os resultados terapêuticos obtidos não foram capazes de elevar significativamente as taxas de abstinência em dependentes graves de álcool. Esta constatação deve motivar novos estudos e terapias sequenciais, que iniciem com ênfase na motivação para a abstinência e prossigam levando em conta as individualidades, conscientes e inconscientes, dos pacientes. (Ramos & Woitowitz, 2004)

Muitos estudos confirmaram a efetividade da terapia cognitivo-comportamental no tratamento do alcoolismo, e ainda no que diz respeito ao manejo da depressão, manejo da ansiedade, treinamento de habilidades intra e interpessoais, identificação de situações de alto risco, reestruturação cognitiva, treinamento da assertividade, treinamento de relaxamento. (Rangé & Marlatt, 2008)

Ressaltam ainda que o desenvolvimento de habilidades para enfrentamento efetivo precisa envolver habilidades sociais básicas, comportamentos assertivos e habilidades de confronto, que incluem a capacidade de identificar situações de risco, lidar com emoções e fazer reestruturações cognitivas. Como base para o treinamento de habilidades, duas categorias de fatores deveriam ser consideradas como predisponentes para o uso de álcool: fatores interpessoais, tais como suporte social, relações conjugais e familiares, relações no trabalho; e fatores intrapessoais, tais como processos cognitivos e estados de humor. (Rangé & Marlatt, 2008)

5.2 Tratamentos farmacológicos

As propostas terapêuticas que envolvem o uso de medicamentos também foram muito estudadas, porém estas apresentam outro foco. A ciência já consegue apontar alguns mecanismos fisiológicos que envolvem o alcoolismo. E diante disso, desenvolveu tratamentos farmacológicos com intuito de atingir estes sistemas orgânicos, os quais provavelmente estão relacionados ao uso.

O fato de que o uso inadequado de bebidas alcoólicas representa um sério problema de saúde pública em todo o mundo, fomenta inúmeras investigações buscando uma melhor compreensão dos problemas relacionados ao consumo de etanol e das suas formas de tratamento. Se cerca da metade dos pacientes com Síndrome de Dependência de Álcool recaem após curto período de desintoxicação, estudos nas áreas da neurociências têm sido valorizados. Estão implicando novos sistemas de neurotransmissores – tais como os envolvidos com estruturas mesocorticolímbicas na sua fisiopatologia –, o desenvolvimento de novos modelos farmacológicos de tratamento

também é área de interesse crescente em todo o mundo. (Castro & Baltieri, 2004)

Durante vários anos, as intervenções farmacológicas ficaram restritas ao tratamento da Síndrome de Abstinência do Álcool e ao uso de drogas aversivas. Porém, nos últimos 10 anos, a naltrexona e o acamprosato foram propostos para o tratamento da Síndrome de Dependência do Álcool como importantes intervenções adjuvantes ao tratamento psicossocial. Mais recentemente, o ondansetron e o topiramato surgiram como promissoras estratégias terapêuticas, estando em fase de aprovação. (Castro & Baltieri, 2004)

Intervenções farmacológicas disponíveis no tratamento da dependência de álcool

Dissulfiram:

O dissulfiram (DSF) foi a primeira intervenção farmacológica aprovada pelo FDA (Food and Drug Administration) para o tratamento da dependência de álcool. Para o êxito do tratamento com DSF é importante que os pacientes estejam engajados em algum programa de tratamento. O DSF oral supervisionado é eficaz quando incorporado a um tratamento que inclua uma abordagem de reforço comunitário; isto é, intervenções elaboradas com a finalidade de criar novas habilidades sociais, por meio de aconselhamento, além de atividades de ressocialização (por ex.: clubes sociais) e recreacionais, que estimulem a abstinência.

Naltrexona:

A naltrexona é um antagonista opióide utilizado como coadjuvante das intervenções psicossociais no tratamento ambulatorial do alcoolismo. Em 1995, o FDA aprovou a naltrexona para o tratamento do alcoolismo. É a primeira medicação a ser aprovada desde a introdução do DSF. Estudos pré-clínicos sugerem que os antagonistas opióides atenuam os efeitos prazerosos do consumo de álcool. Baseados nesses estudos animais, a eficácia e a efetividade da naltrexona têm sido investigada no tratamento da dependência de álcool.

Acamprosato:

O acamprosato (acetil-homotaurinato de cálcio) vem sendo prescrito há mais de uma década em diversos países e tem se mostrado eficaz no tratamento da dependência de álcool. Apesar de aprovado para utilização no tratamento de pacientes com Síndrome de Dependência de Álcool em vários países da Europa e da América Latina, até o momento, não foi aprovado pelo FDA para esta indicação.

Perspectivas futuras

Atualmente, duas medicações, topiramato e ondansetron, têm se mostrado promissoras no tratamento da dependência de álcool.

Topiramato:

O topiramato é um antagonista do receptor AMPA de glutamato, que reduz a propriedade de reforço positivo relacionada ao consumo de etanol. Em 2003, um estudo duplo-cego e controlado com placebo, a eficácia do topiramato em pacientes dependentes de álcool, em termos de taxas de abstinência, redução da fissura e diminuição dos níveis séricos de gama-glutamil transpeptidase sérica (GGT).

Ondansetron:

O ondansetron, um antagonista de 5-HT₃, é uma droga que tem sido proposta para o tratamento dos dependentes de álcool de início precoce. Estes pacientes apresentam significativa história familiar para dependência de álcool e comportamento anti-social. Supõe-se que essas características clínicas tenham como substrato neuroquímico anormalidades do sistema serotoninérgico. Em 2000, um estudo evidenciou reduções do consumo de álcool em pacientes recebendo ondansetron.

Com relação ao tratamento farmacológico, o dissulfiram, a naltrexona e o acamprosato mostraram eficácia em vários ensaios clínicos envolvendo placebos. A droga investigada mais recentemente é o acamprosato, que tem sido usado no tratamento da síndrome de dependência alcoólica por mais de uma década em vários países. As

ações específicas desse medicamento são compatíveis com a hipótese de que esta medicação suprime respostas condicionadas ao etanol em animais dependentes, mesmo naqueles com abstinência prolongada, bem como reduz os efeitos aversivos da retirada do álcool. (Baltieri & Andrade, 2003; Castro & Baltieri, 2004)

Outros estudos focaram na tentativa de entender os ‘mecanismos em ação’ que resultam no desenvolvimento da tolerância ao álcool e na dependência alcoólica, porém várias manifestações clínicas da doença continuam sem clarificação. Foi sugerido que o fenômeno de tolerância ao álcool é um dos fatores associados à dependência, sendo largamente estudada. O conhecimento do fenômeno de tolerância aos efeitos do etanol levaram a um maior entendimento da natureza implícita do hábito de consumir bebidas alcoólicas, levando assim ao desenvolvimento de novos regimes de tratamento para esta doença. (Debatin & Barbosa, 2006)

A tolerância é um dos vários critérios que caracterizam a dependência de etanol. Ela é definida como “a necessidade de quantidades cada vez maiores de uma substância para se alcançar um estado de intoxicação ou uma redução acentuada de seus efeitos com o uso constante da mesma quantidade da substância”. Uma abordagem temporal para o estudo da tolerância permite classificá-la como aguda, rápida ou crônica. (Debatin & Barbosa, 2006)

O estudo investigou a influência da isopregnenolona no desenvolvimento de tolerância rápida ao efeito ansiolítico do etanol em camundongos. O ‘efeito ansiolítico’ do etanol tem sido usado em estudo sobre os vários aspectos do etanol, e uma vez que esse efeito é um dos fatores geralmente reconhecidos como subjacentes à dependência dessa droga.

6 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Para que o tratamento efetivamente chegue até os pacientes, além da importância das descobertas da prática clínica bem como a importância de mais estudos na área, um fator que pode também ser destacado se trata do 'acesso' ao tratamento para todos os envolvidos nessa problemática, desde os profissionais até usuários e seus familiares. Isso se remete a um fator que diz respeito à organização social dos serviços que coloquem em prática as descobertas feitas pela ciência de modo acessível para a população. Ou seja, para que todo esse conhecimento acumulado, bem como as práticas que advêm dele, chegue até os consultórios, entre os profissionais, usuários, familiares, e na sociedade como um todo, é preciso que essa malha de teorias e práticas esteja organizada dentro de um sistema de saúde.

Um artigo descreve especificamente sobre o modo como os serviços de saúde foram se organizando a partir das descobertas sobre esta enfermidade. Para contextualizar se refere ao modo como os bebedores excessivos eram tratados nos séculos passados, sendo que esses bebedores já chegaram a ser punidos em praça pública, alguns tinham seu nome publicado nos jornais das cidades. Diante disso, reconhecem a mudança relativamente recente no modo de entender e tratar o alcoolismo, sendo que só em meados do século XX, o termo dependência apontava para as complicações clínicas do consumo, sendo menos enfatizado o comportamento em si. (Ribeiro, 2004)

Ainda sobre este aspecto, vale ressaltar que se trata de um conceito que sofreu mudanças, deixando de ser considerado um desvio de caráter ou um conjunto de sinais e sintomas para ganhar característica de transtorno mental.

Esse reconhecimento também faz com que se surja à necessidade de organização dos serviços. O conceito de dependência proposto a partir da segunda metade do século XX, traz mudanças também nas práticas médicas, na relação médico-paciente, nas organizações dos serviços. Entender a complexidade que envolve o alcoolismo, requer entender que as mudanças não se deram somente no conceito, mas também nas práticas.

Ao se entender o consumo de álcool e drogas como um padrão de comportamento cuja gravidade varia ao longo de um continuum, influenciado por fatores biológicos, psicológicos e sociais, surge à necessidade de organizar serviços que atendessem aos usuários em seus diferentes estágios e considerassem também sua reabilitação psicossocial e qualidade de vida. (Ribeiro, 2004)

Os serviços de atendimento foram sendo criados ou adaptados para o tratamento dos diferentes estágios da dependência: ambulatórios, centros de convivência, internações breves e longas, hospitais-dia, moradias assistidas, acompanhamento terapêutico, agentes multiplicadores, dentre outros. Para ampliar ainda mais a malha de atendimento a esses usuários, nasceu a necessidade de sensibilizar a rede primária de atendimento, visando ao diagnóstico precoce e à motivação dos usuários para o tratamento. (Ribeiro, 2004)

Destaca-se também abordagens como a política de redução de danos, que surgiram com a finalidade de prevenir consequências danosas à saúde do usuário, como doenças sexualmente transmissíveis, sem necessariamente interferir na oferta ou na demanda.

O conhecimento das idiosincrasias do dependente e da variedade de abordagens e modelos de tratamento disponíveis trouxe novos paradigmas para a organização de serviços de atendimento.

Porém, para que essa oferta variada de abordagens e modelos de tratamento seja inserida num dado serviço, além do empenho da equipe, é preciso que sua estrutura organizacional com potencial de determinar o perfil da população-alvo atual e o contexto sócio-cultural que a circunda. É necessário, também, planejar o futuro do serviço, monitorar a implementação e avaliar os resultados de modo constante e sistemático. (Ribeiro, 2004)

O artigo ressalta ainda que em muitos países, os diversos ambientes de atendimento para dependência química encontram-se divididos em modalidades distribuídas ao longo de um continuum de cuidados. Porém, o Brasil infelizmente não possui uma legislação normatizadora dos níveis de atendimento, tampouco do papel de cada profissional da saúde no tratamento das dependências químicas. O fato é que tal carência dificulta o encaminhamento racional daqueles que procuram auxílio especializado, sobrecarregando setores que deveriam se responsabilizar por apenas uma parte do tratamento.

7 IMPACTO SOCIAL DO ÁLCOOL

Um artigo oferece uma amplitude/magnitude do problema, relacionando-os com os custos indiretos. Quando os custos indiretos são mostrados, a amplitude do problema é ainda maior.

A etiologia e as conseqüências da SDA vêm sendo estudadas há décadas. Os autores ressaltam como são notórios os problemas de ordem biopsicossocial decorrentes do abuso e/ou dependência alcoólica, que afetam tanto o próprio usuário, quanto seus familiares. São eles: sofrimento e complicações físicas e mentais, desemprego, violência e criminalidade, mortalidade, morbidade, entre outros. Todos estes problemas acarretam, significativamente, um elevado custo econômico para a sociedade. (Moraes et al, 2006)

Os autores ressaltam que no Brasil pouco tem sido feito para mensurar, quantitativamente, suas conseqüências. Alguns países desenvolvidos já iniciaram pesquisas sobre este tema, como exemplo o Canadá, EUA, Alemanha, Nova Zelândia, Reino Unido e França vêm estudando o custo social da dependência alcoólica por intermédio de um tipo de avaliação econômica (considerada incompleta) denominada *cost of Illness* (custo da doença).

O fato é que atualmente elementos fundamentais, como os custos indiretos, não estão sendo considerados na estimativa de custos da dependência alcoólica. Os custos indiretos atingem, não só os dependentes de álcool, como por exemplo também, com seus empregadores, que podem ter gastos com perda de produtividade relacionada às doenças, licenças médicas e com o próprio consumo de álcool durante o trabalho.

Este artigo também se preocupa com a questão de como o consumo de álcool se alastrou rapidamente, facilitado pelo baixo custo e fácil acesso a todas as camadas sociais, gerando grandes preocupações nas comunidades acadêmica, terapêutica, familiar e, em alguns países, também governamental.

No Brasil, houve um acréscimo de 74,53% em 26 anos, no que se refere a este consumo. Estima-se que 11,2% da população brasileira seja dependente de álcool. Este índice dividido por gênero, aponta a dependência em 17,1% da população masculina e 5,7% da população feminina. Esses dados se tornam mais inquietantes ainda, quando considera a distribuição etária desse consumo, sendo que 41,2% de alunos dos ensinos fundamental e médio da rede pública, entre 10 e 12 anos. E da mesma forma que o início do consumo ocorre cada vez mais

precoce, o consumo de álcool entre os idosos também vem aumentando consideravelmente. (Moraes et.al., 2006)

No Brasil, o álcool é responsável por 85% das internações decorrentes do uso de drogas; 20% das internações em clínica geral e 50% das internações masculinas psiquiátricas. Entre os anos de 1995 e 1997, as internações decorrentes do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas geraram um gasto de 310 milhões de reais. Um estudo realizado em quatro capitais brasileiras detectou índice de 61% de casos de alcoolemia em pessoas envolvidas em acidentes de trânsito. (Moraes et.al, 2006)

Um estudo realizado em 1993, pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP), mostrou que o alcoolismo, se comparado a outros problemas de saúde, é responsável por gerar três vezes mais licenças médicas; aumentar em cinco vezes as chances de acidentes de trabalho; aumentar em oito vezes a utilização de diárias hospitalares, e levar as famílias a recorrerem três vezes mais às assistências médica e social. (Moraes, et. al, 2006)

Dados especulativos, porém relevantes, estimam que o Brasil gaste, anualmente 7,3% do PIB com conseqüências de problemas relacionados ao álcool, levando em consideração desde o tratamento do paciente, até a perda da produtividade por causa da bebida. A cifra é de 130 bilhões por ano. (Moraes et. al, 2006)

Os autores ressaltam que cada vez mais, a sociedade brasileira vem sentindo o impacto do custo social gerado pelo uso abusivo de álcool, ao mesmo tempo em que percebe que os investimentos realizados não estão conseguindo reduzir os problemas decorrentes, tais como criminalidade, acidentes, violência doméstica, absenteísmo, desemprego e outros. A razão para isso pode estar na má alocação dos recursos, uma vez que no Brasil, não existem parâmetros baseados em evidências científicas que sustentem uma correta tomada de decisão.

Em alguns países desenvolvidos, com preocupações com os custos sociais gerados pelo abuso e/ou dependência química, tal decisão vem sendo respaldada pela realização de estudos de avaliação econômica nesta área. Os resultados destes estudos demonstram a importância desse tipo de avaliação na tomada de decisão quanto à alocação de recursos em intervenções que possam vir a minimizar, de forma comprovadamente custo-efetiva, a incidência desses custos para a sociedade.

Entre outras constatações, já foi verificado que: intervenções de baixo custo podem ser tão efetivas quanto aquelas de custo mais elevado; intervenções mais custo-efetivas nem sempre são mais baratas

de serem implementadas; o custo-efetividade de abordagens como a Entrevista Motivacional Breve é maior que em outras intervenções; desfechos voltados para a saúde, com tratamentos psicossociais, incluindo Entrevista Motivacional e Treinamento de Habilidades Sociais, apresentam redução do custo social. (Moraes, et. al., 2006)

Um estudo que está em andamento na UNIAD/UNIFESP, tem como objetivo avaliar o custo-efetividade da visita domiciliar, como uma intervenção complementar ao tratamento ambulatorial de dependentes de álcool. Os resultados preliminares apontam para a efetividade da intervenção, mas ainda precisa de sua constatação da viabilidade econômica, que ainda está sendo apurada. (Moraes, et. al., 2006)

Diante disso, os autores ressaltam a importância de estudos científicos que aliem a avaliação econômica ao uso abusivo e/ou dependência alcoólica, a serem realizados também no Brasil. O objetivo principal de se ter a avaliação em saúde como aliada, desse modo de pensar, é propiciar um maior ganho de saúde possível, com a menor utilização dos escassos recursos destinados ao sistema saúde.

O artigo tem o intuito de favorecer olhares, ou seja, divulgar um tipo de avaliação em saúde. Os autores são a favor de que esta metodologia de avaliação seja inserida no Brasil, inferindo que se trata de um país que aloca mal seus recursos.

8 AO USO DE ÁLCOOL POR FAIXA ETÁRIA, GÊNERO E CLASSE SOCIO-ECONÔMICA

Até aqui, foi apresentado abordagens e teorias que contemplaram concepções do alcoolismo plenamente validadas pela ciência, conseqüentemente terapêuticas foram surgindo, diante disso a necessidade de firmar medidas para implementá-las no sistema de saúde, que se fosse bem estruturado, possivelmente teria impacto positivo nos custos sociais.

Os tópicos acima nos oferecem bastante informação sobre o assunto. Porém, demais aspectos podem ser ainda destacados no que se refere ao alcoolismo, abrindo o leque para outros fatores que estão associados a essa síndrome.

Diante disso, a seguir outros fatores nos quais a literatura, parece impor sua importância, são tópicos referentes a características sociodemográficas dos usuários, outras morbidades envolvidas, bem como comportamentos inadequados que advém do uso, já que é apontado alto índice de violência neste grupo.

8.1 Álcool entre idosos

Na revisão da literatura, foram encontrados dois artigos que se referem ao uso de álcool entre idosos. Estes estudos relatam que tal uso vem aumentando nesta faixa etária, e alertam para os riscos desse consumo. (Oliveira et al., 2011; Hulse, 2002). Dentre a comunidade médica e científica o uso pesado de álcool está comumente relacionado à morbidade, mortalidade, hospitalizações, e este risco aumenta substancialmente em idosos. (Oliveira et.al., 2011)

Tais estudos enfatizam que as mudanças fisiológicas oriundas do envelhecimento podem aumentar efeitos considerados nocivos do álcool. No que se refere ao ponto de vista do organismo, uma explicação plausível seria a de que pessoas idosas têm mais gordura corporal, menos massa não-gordurosa e água, bem como um metabolismo hepático reduzido. Conseqüentemente, faz com que apresentem maiores níveis sanguíneos de álcool quando bebem, e estão mais propensos a experimentar conseqüências adversas mesmo sem aumentar o consumo. (Oliveira et al., 2011; Hulse, 2002)

Segundo a literatura encontrada, dentre os agravos mais relacionados ao uso prejudicial de álcool nesta faixa etária, estão principalmente, acidentes envolvendo quedas; maior risco de desenvolver transtornos psiquiátricos, entre eles demência, depressão;

uso concomitante de tabaco, medicamentos ou drogas ilícitas, principalmente a cannabis; tolerância diminuída para álcool.

Uma estimativa dessa proporção é o fato de que o álcool e o mau uso de medicamentos controlados afetam 17% de adultos idosos (Hulse, 2002), e que homens acima de 65 anos, com um histórico de cinco anos ou mais de uso pesado de álcool em algum momento de suas vidas apresentavam um risco seis vezes maior de sofrer de transtornos psiquiátricos (Oliveira et al., 2011)

No que se referem a aspectos sociais e interpessoais, algumas mudanças na vida que acontecem na terceira idade, podem contribuir para padrões diferenciados de uso de drogas. Aposentadoria, perda de papéis sociais relevantes podem levar ao uso exagerado de álcool e medicamentos controlados, tais como benzodiazepínicos, drogas anti-psicóticas e polifarmácia. Álcool, tabaco e outros sedativos são freqüentemente usados para bloquear a solidão, dar autoconfiança, animar, ajudar com o sono e relaxamento, ou aliviar a dor. Idosos com problemas relacionados ao álcool ou ao uso de medicamentos controlados estão mais propensos a morar sozinhos, ter perdido um cônjuge, ter sofrido de depressão, quedas, sofrer com a falta de apoio social e atividades de lazer. (Hulse, 2002)

Em decorrência do envelhecimento, pessoas idosas podem ir de nenhum problema clínico ou social para um problema significativo, sem mudar o consumo de álcool. Isso significa dizer que pessoas idosas apresentam uma tolerância diminuída em relação ao álcool. Devido a esta peculiaridade que as diretrizes gerais da comunidade para o uso de álcool ‘seguro’, perigoso ou prejudicial, que designam quantidades específicas de álcool, são inapropriadas para esta faixa etária. (Hulse, 2002)

Sendo assim, fatores decorrentes da idade podem ajudar a evoluir o problema com o álcool. Tal combinação, envelhecimento e álcool, caracterizam a população idosa a aspectos peculiares, que devem ser encarados de forma peculiar, e direcionados pelos gestores e profissionais. A população idosa é uma parte da sociedade para qual devem ser guiadas ações que devem estar atentas para suas especificidades.

Envelhecer já faz parte de um processo complexo, de mudanças e perdas irreversíveis, que exigem ao sujeito condições psíquicas para lidar com tais mudanças, sem contar na perda da vitalidade ao nível do organismo. O alcoolismo, uso prejudicial do álcool também faz parte de um processo complexo. Juntos, essas duas facetas tornam-se um desafio para gestores e profissionais da saúde.

Geralmente, e isso se refere a qualquer faixa etária, pessoas com ‘problemas’ relacionados ao álcool ou ao uso de outras drogas raramente buscam ajuda para estes problemas. O grande problema em termos de saúde, é que o álcool ainda mais se combinado com medicamentos, podem comprometer a capacidade funcional, e afetar negativamente a excitação fisiológica, a habilidade psicomotora, e o funcionamento cognitivo (incluindo atenção e memória). Quando esses prejuízos se apresentam no contexto de saúde primária estão frequentemente associados a um acidente, ferimento ou capacidade funcional comprometida, como também estão associados ao isolamento social e em último caso, à institucionalização. (Hulse, 2002)

8.2 Álcool entre adolescentes

Uma das relevâncias do estudo voltado para a população jovem, no que diz respeito a iniciarem um hábito de beber, se refere à importância de descobrir suas peculiaridades, visando criar estratégias que atinjam o início do beber problemático, já que este início geralmente ocorre nesta faixa etária. No que se trata ao início do beber é a faixa etária mais preocupante, aqui cabem muitas medidas de prevenção, inclusive prevenção para comportamentos de risco os quais comumente estão relacionados ao uso de álcool.

Chega ser assustador pensar como o álcool é uma substância em que há o desejo em se experimentar, este desperta muito cedo, pode ser que este ocorra ainda na infância, com grandes chances desse ‘ato de experimentar’ ‘esse início’ ser o que favorece a dependência, já que quanto mais cedo se dá o início, maior as probabilidades para a dependência, a idade é um fator que interfere na dependência.

Também, e não é novidade, que sexo apareça também ser um fator que favorece a dependência, já que a literatura aponta que entre os meninos, homens adultos ou idosos, ou seja, em qualquer faixa etária, o consumo entre os homens é sempre maior.

A literatura aponta que o uso do álcool tem se iniciado cada vez mais cedo. Então, conhecer fatores que estão associados ao uso do álcool na adolescência é relevante, pois permite intervenções no sentido de reduzir comportamento de risco. Este tópico refere-se ao artigo que trata do uso pesado de álcool entre adolescentes no Brasil. (Soldera et.al., 2004)

É apontado que o uso do álcool inicia-se cedo, podendo começar na infância, consolidando-se logo na adolescência, geralmente é a droga mais comum usadas por adolescentes. Este uso implica

conseqüências médicas, psicológicas e sociais, podendo ser, para muitos indivíduos o início de uma trajetória que conduz a dependência.

Um estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica realizado em áreas urbanas brasileiras, publicado em 1992, apontou que para a população global (adolescentes, adultos e idosos) a estimativa de prevalência de dependência do álcool varia de 7,6% em São Paulo, a 9,2% em Porto Alegre.

Um levantamento do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) realizado nos anos de 1987 / 1989 / 1993 / 1997 a respeito do uso de drogas por estudantes brasileiros dos ensinos fundamental e médio, envolveu dez capitais brasileiras com uma amostra considerada relativamente grande, em torno de 15.500 estudantes. Tal levantamento mostrou que o uso pesado de álcool (20 vezes ou mais por mês) aumentou em 8 das 10 capitais estudadas ao longo deste período. Dados do quarto estudo, realizado em 1997, mostrou que o uso pesado de álcool no que se refere ao gênero, foi maior entre os meninos; no que diz respeito à classe social, esse uso é maior entre os estudantes da classe A e menor na classe E; e entre os estudantes que fazem uso pesado foi apresentado um índice de defasagem escolar de 96,1%. O estudo também revelou que 68,4% dos pais bebem muito, contra 6,2% das mães. Além disso, dados colhidos neste estudo, os quais foram publicados anos depois, em 2000, mostraram que o álcool é responsável por cerca de 90% das internações hospitalares por dependência, e aparece em 70% dos laudos por mortes violentas.

Diante disso, o artigo ressalta que vários estudos mostram a associação entre uso pesado de álcool por estudantes e variáveis demográficas e psicossociais. Sendo que a literatura aponta que o uso pesado de álcool nesta faixa etária mostra-se associado ao nível socioeconômico mais alto, à defasagem escolar e ao beber do pai.

Diante desses dados apresentados, o artigo trata de um estudo que também visou determinar o uso pesado de álcool por estudantes do ensino fundamental e médio, levando em conta fatores sociodemográficos, culturais e psicopatológicos associados a este uso. O uso pesado (uso de 20 vezes ou mais no mês) no total da amostra foi de 11,9% dos jovens. Porém, esse índice é ainda maior entre os rapazes; bem como é maior entre os estudantes de escolas públicas centrais e das escolas particulares, sendo menor nos estudantes das escolas públicas periféricas. A idade média da primeira experimentação está em torno de 12 anos.

O artigo ressalta que o trabalho deve ser considerado um marcador social. Diante da análise multivariada, o estudo revelou que a chance de uso pesado de álcool no estudante que trabalhava foi 2,2 vezes maior que a do que não trabalhava; naqueles que se sentiam pouco apoiados e compreendidos pela família foi 1,9 vezes maior que nos que se sentiam apoiados e compreendidos; das classes A e B 1,7 vezes maior que a classe C; da escola particular 1,5 vezes maior que a escola pública periférica, e da escola pública central 1,5 vezes maior que da escola particular; e cada ano de defasagem escolar aumentou em 1,16 vezes a chance de o estudante fazer uso pesado de álcool.

A taxa de prevalência de uso pesado de álcool encontrada no presente estudo é claramente mais elevada do que as do levantamento realizado pelo CEBRID nas 10 capitais: 11,9%, contra valores que ficam em torno de 7% nas capitais. Desse fato os autores, como os dados deste estudos foram colhidos um ano depois do estudo realizado pelo CEBRID, isso pode estar refletindo o aumento deste uso entre os estudantes brasileiros, aumento este que já tinha sido apontado pelos dados do levantamento. Também, a alta frequência pode indicar um uso maior em cidade interiorana de médio porte.

Outro dado relevante deste estudo é que ele mostrou que o álcool e a maconha estão associados com comportamentos sexual de risco mais frequente. A média de idade para primeira experimentação se deu muito cedo, 12 anos, o que é preocupante, pois quanto mais cedo se inicia o contato com o álcool, maior é a probabilidade de que se estabeleça uma dependência. Em relação às variáveis sociodemográficas pesquisadas, o ‘trabalho’ foi uma das variáveis mais importantes. Os estudantes que trabalhavam usavam significativamente mais álcool de forma pesada. Outros estudos já mostraram de forma consistente um maior uso de drogas entre estudantes que trabalham.

8.3 Diferença entre os gêneros

Este tópico se refere aos dados de um estudo comparativo entre os gêneros em relação ao consumo de álcool. De acordo com os autores, há poucos estudos para a população feminina que levam em conta suas características e peculiaridades, o que dificulta ações de saúde mais específicas. O artigo apresenta que estudos realizados na América Latina de 1987 a 1992 mostraram uma predominância de alcoolismo entre homens em comparação com as mulheres, numa proporção de 10:1 para 3:1. No Brasil, esta taxa se refere a 15,4% dos homens e 1,2% das mulheres. (Simão et. al., 2002)

Os autores enfatizam o padrão recorrente universal existente em diferentes sociedades e culturas de que homens bebem mais que mulheres, tanto em relação à frequência quanto a quantidade. Mesmo a mudança em oportunidades sociais, educacionais e de trabalho não fez com que esse quadro mudasse, ou seja, a diferença no que se refere ao beber continua maior em homens. E quando ocorrem quedas na diferença entre os gêneros no que diz respeito a quantidade de álcool ingerido, quando elas ocorrem são baseadas na queda de álcool ingerido pelos homens, e não no aumento de álcool ingerido pelas mulheres.

Uma das possíveis explicações para este fato diz respeito a um entendimento biológico, no qual entende que as mulheres apresentam respostas diferentes de ingestão de álcool devido a, entre outros fatores, diferenças no volume de gordura corporal, e portanto, a uma menor quantidade de enzimas que metabolizam o álcool. Como consequência, é sabido que a mulher precisa de metade da dose ingerida pelo homem para se intoxicar, levando-se em conta a proporção de peso e altura.

Entretanto, há diferenças no desenvolvimento da dependência alcoólica, pois sugere-se que esta ocorra em um período mais curto entre as mulheres, sendo que elas estão mais vulneráveis a complicações médicas.

Como já foi exposto, este estudo que analisou e comparou o perfil de alcoolistas por gênero e de acordo com as variáveis sociodemográficas e econômicas, pelo histórico de uso de álcool e gravidade de dependência, pelo relacionamento familiar e o resultado de tratamento, visando fornecer informações para apoiar ações criadas com intuito de melhorar a saúde de alcoolistas. Para levantar tais conclusões, o estudo analisou um grupo de alcoolistas antes e após tratamento. (Simão et.al., 2002)

A possibilidade de tratamento em alcoolistas mostrou ser um fator de mudanças.

No que se refere ao relacionamento familiar, antes do tratamento a maioria (em ambos os sexos) apresentavam ligações familiares prejudicadas, sendo que o tratamento mostrou ser um fator significativo no aumento de laços bons. Entretanto, houve uma diferença significativa entre os gêneros antes e após tratamento, no que se refere ao relacionamento com os filhos, sendo que as mulheres relatam maiores dificuldades nessa relação, mesmo após parar de beber.

Assim, é reconhecido que em famílias com alcoolistas freqüentemente os relacionamentos familiares estão comprometidos devido à dependência alcoólica. Porém, os membros da família tentam de algum modo manter os laços, cuidando do paciente. Também há

relato de que alcoolistas tornam-se progressivamente mais dependentes do apoio financeiro, independente do gênero. Geralmente, o suporte econômico da casa é realizado por algum membro da família.

Os conflitos apareceram tanto antes quanto após tratamento. Porém, o tratamento influenciou positivamente homens e mulheres e aumentou a porcentagem de laços familiares bons. A hipótese é de que o apoio terapêutico tenha ajudado esses pacientes a aumentarem seu período de abstinência, gerando uma queda nos conflitos e um aumento em sua participação na rotina da família.

No que se refere ao relacionamento com os filhos, na maioria dos casos para ambos os gêneros, existe algum grau de dificuldade, e geralmente há relatos de problemas relacionados ao comportamento dos filhos e ao uso de álcool e drogas pelos filhos. Após o início do tratamento há uma melhora dessa situação para os homens, mas persiste entre as mulheres.

Partindo desses resultados, o estudo ressalta a idéia de que mães alcoolistas, originárias de lares com problemas, podem ter filhos com muitas seqüelas tais como, mal-ajustamento social, baixa auto-estima, insegurança, traços de personalidade depressiva e problema cognitivos, entre outros.

O apoio dado pelo familiar e/ou outra pessoa significativa é considerado importante para o tratamento, uma vez que ajuda a encarar o grande número de dificuldades e mudanças nos relacionamentos familiares que ocorrem com essa doença grave.

Em relação às situações de violência, estas ocorreram em 81,9% dos casos, sendo um pouco maior entre os homens. Porém, no que se refere à violência oriunda do ambiente familiar, ou seja, aquela praticada por membros da família (geralmente o cônjuge) houve uma queda significativa entre os homens após o tratamento, mas se manteve quase a mesma entre as mulheres, isso quer dizer que, mesmo o fato de estar em tratamento não interferiu no que diz respeito a violência doméstica sofrida pela mulher.

Relatos de situações de ataques físicos e verbais são freqüentes, e neste estudo estava presente na maioria dos relatos. Contudo, após o início do tratamento, houve uma queda na violência familiar entre homens, o que não ocorre entre as mulheres. A literatura também aponta para alta prevalência de violência entre pessoas dependentes. Parece que mulheres têm seis vezes mais chances de precisarem de cuidados médicos em caso de famílias violentas, mas é uma questão que merece mais investigação. O estudo aponta que o tratamento não contribuiu para diminuir a agressão realizada pelos pacientes.

No que se refere ao histórico de uso de álcool, algumas diferenças são observadas. A maioria das mulheres começa o uso de álcool com membros familiares, cônjuges ou amigos, enquanto que a maior parte dos homens começa sozinhos.

No histórico familiar do alcoolismo, ambos os sexos tinham uma alta proporção de parentes dependentes. Entretanto, o histórico familiar de alcoolismo entre os homens foi duas vezes maior que o das mulheres. Porém, há estudos que encontraram uma incidência maior de histórico familiar de alcoolismo em mulheres dependentes. Contudo, a alta incidência de histórico familiar de alcoolismo é descrita pela literatura, independente do gênero.

Esses dados reforçam a discussão sobre o “casamento alcoolista”, no qual as mulheres originárias de famílias com histórico de alcoolismo casam com alcoolistas, reproduzindo e/ou mantendo os relacionamentos experimentados no passado. Já que o cônjuge foi declarado como dependente por 19,3% das mulheres para 1,8% dos homens.

A razão alegada para o consumo também varia entre os gêneros. Enquanto que o ‘incentivo de amigos e familiares para o consumo’ foi mencionado na maioria das vezes em ambos os sexos, o lugar preferido das mulheres para se consumir a bebida é o lar, já o homens preferem o bar.

No que se refere ao período de tempo necessário para a dependência começar, este é mais curto entre as mulheres, ocorrendo em torno de 2 a 3 anos, enquanto que para os homens ocorrem em torno de 4 a 5 anos.

Alguns fatores sociodemográficos foram similares entre os gêneros, tais como idade, religião (frequentar a igreja mostrou ser fator importante no tratamento), e viver com membros da família.

Entretanto, um dado já apontado pela literatura e comprovado pelo estudo, se refere ao estado civil, como sendo um dos aspectos que diferem entre os gêneros. As taxas de solteiros/separados são maiores entre os homens, já as mulheres na sua maioria são casadas ou viúvas.

Diante disso, os autores ressaltam que segundo literatura o alcoolismo está associado a uma alienação progressiva do paciente em relação ao seu meio, o que frequentemente culmina em ruptura de laços familiares. Em grupos de pacientes com episódio de bebedeiras semanais ou ingestão diária, é onde se encontram maiores taxas de sujeitos que moram sozinhos ou separados.

Os dados referentes a diferenças étnicas entre os gêneros podem variar dependendo do estudo. Existe estudo que aponta que essa

diferença não existe entre os gêneros, bem como o contrário, dados de que negros bebem em média a metade que brancos e hispânicos. No entanto, o presente estudo aponta para uma predominância de sujeitos negros entre as mulheres. Entretanto, ressaltam que as influências ambientais estão muito inter-relacionadas e podem ser refletidas em diferentes coeficientes obtidos pelo grupo étnico.

Em relação início da ingestão alcoólica, entre os homens é mais comum que ela ocorra da adolescência até o começo da idade adulta, e parece ser um pouco mais tardio entre as mulheres. Outros fatores estão associados ao início da ingestão na adolescência, tais como, problemas familiares, condições ambientais e perspectivas sociais precárias, facilidade de aquisição, aumento do fornecimento, incentivo de amigos, e reforço recebido pela mídia, podem ser fatores que influenciam que o início da ingestão aconteça na adolescência. São dados que corroboram com os da literatura, que apontam diferenças significativas entre os gêneros com relação ao começo da ingestão alcoólica, bem como para o início precoce da dependência. Entretanto, aponta um estudo que não encontrou diferenças entre os gêneros com relação à idade de início de ingestão.

No que se refere à idade em que costumam procurar ajuda, neste estudo não houve diferença, mas apontam dados da literatura que mostram que as mulheres procurariam tratamento antes dos homens. Contudo, como o tempo para mulheres desenvolverem dependência é menor, há suposição de que complicações aconteçam mais cedo entre as mulheres, e provavelmente não devido ao alcoolismo, mas como resultado de problemas interpessoais, familiares ou de saúde.

Ademais, outros fatores poderiam ser responsáveis por um diagnóstico tardio de alcoolismo, tais como restrições à ingestão de álcool por mulheres, dificuldades e preconceitos da equipe médica ao investigar ou em considerar tal uso como relevante entre esse grupo. Mesmo confrontados profissionais geralmente não correlacionam as consequências físicas, psíquicas e/ou sociais envolvidas no alcoolismo entre mulheres. Um estudo mostra que o diagnóstico de alcoolismo entre mulheres geralmente é ignorado. Outro fator seria a própria escassez de estudos epidemiológicos específicos sobre a população feminina.

O fato de ser mais comum que as mulheres bebam em casa, poderia explicar em parte o fato de o diagnóstico ser geralmente tardio entre as mulheres, uma vez que elas relatam um ritual de bebida escondido, o que é protegido pelo ambiente doméstico, e portanto percebido tardiamente por membros da família. O estudo aponta que enquanto 40,4% das mulheres usavam um terceiro para comprar bebida,

entre os homens apenas 3,5% o faziam. E as principais razões para este comportamento são a vergonha e a necessidade de manter o hábito escondido da sociedade.

A literatura reconhece a necessidade de tratamentos específicos para a população feminina. Entre as mulheres, a adesão a grupos e o resultado, podem ser atribuídos à implementação de grupos separados e exclusivos para elas, onde podem encontrar um espaço para discutir seus problemas e receber maior apoio.

A análise de regressão logística apresentou que pacientes que começaram o tratamento com dependência leve ou moderada tinham 5,59 vezes mais chances de melhorar que aqueles que começaram a dependência grave. Pacientes que freqüentavam a igreja tinham 2,3 vezes mais chances de melhorar que os outros.

As chances de melhora dependem muito mais da gravidade da doença que de outros fatores. Por outro lado, esses dados sugerem que houve uma melhora na gravidade da dependência após a busca por tratamento.

O estudo ressalta que a definição de melhora pode ser considerada de modo mais complexo e abrangente do que o que foi medido pela abstinência de álcool e/drogas. Portanto um paciente pode estar abstinente devido a complicações físicas ou psíquicas, e não devido a uma melhora efetiva. Uma melhora considerada efetiva é aquela baseada no padrão de ingestão (abstinência ou diminuição); em relacionamentos emocionais estáveis e satisfatório, trabalho bom ou justo, condições físicas e psíquicas, ou resumindo, uma qualidade de vida mais satisfatória.

Ao comparar o resultado do tratamento do paciente e o período de abstinência, foi observado que quanto maior o período, maior a porcentagem de sujeitos que tiveram qualquer melhora, o que foi equivalente entre os gêneros. Apesar de alguns estudos apontarem para um prognóstico pior para a população feminina.

Geralmente o objetivo de um dado serviço é a abstinência, porém muitos pacientes conseguem alcançar apenas um nível controlado de bebida. Quando uma dependência menos grave é relatada, isso deveria ser considerado como um parâmetro de avaliação de melhora.

9 ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ASSOCIADO A TRAÇOS DE COMPORTAMENTO E OUTRAS MORBIDADES

Atualmente, abuso e dependência de álcool são referidos como se tratando de transtorno psiquiátrico, e como tal, frequentemente se associa a outras morbidades, sendo elas físicas ou psíquicas. As classificações de critérios diagnósticos de qualquer morbidade psiquiátrica estão validadas no DSM-IV e CID-10, aonde as edições vão mudando conforme novos critérios vão sendo incorporados. Toda a literatura se baseia nestes dois manuais, assim também faz os artigos que apresentam traços de comportamento e/ou morbidade associados ao abuso e dependência alcoólica.

9.1 Impulsividade

Alguns estudos já mostraram deficiência entre sujeitos dependentes de álcool, quando medidos processos componentes relacionados à impulsividade. É o que aponta um estudo que se dedicou a avaliação neuropsicológica da impulsividade em sujeitos abstinentes, e que revelou diferenças significativas entre o grupo dependente de álcool e o grupo controle, no que se refere a este comportamento. (Salgado, 2009)

Sendo assim, a literatura aponta que a impulsividade é um traço de comportamento que está associado à dependência de álcool e drogas. A impulsividade ou controle deficitário do impulso pode ser definido como: o comportamento realizado com pouco ou inadequado planejamento, comumente considerados associados a vícios, incluindo a dependência alcoólica. Entretanto, existe controvérsia se a impulsividade é um traço que surge em consequência de uma longa exposição à droga, ou se é anterior ao consumo da mesma, deixando assim os indivíduos mais vulneráveis à dependência. (Salgado, 2009)

Um aspecto importante é o fato do abuso crônico de álcool ser reconhecido como um hábito que está relacionado à disfunção do córtex pré-frontal, e que inclui deficiência no controle de impulsos. Entretanto, a partir de seus dados os autores reconhecem que não é possível declarar se a impulsividade vista nos pacientes é devida ao efeito crônico do álcool no cérebro ou um traço que precede e/ou facilita o uso do álcool ou ambos. Os resultados mostram ainda que não há correlação entre os dias de abstinência e o desempenho nas tarefas avaliadas. Diante disso, acreditam que a impulsividade em pacientes abstinentes, independente da sua etiologia, seja um fator de risco invariável, e que alcoólatras

podem sempre estar em risco de recaída, mesmo após um período prolongado e bem sucedido de abstinência. (Salgado, 2009)

9.2 Comorbidade entre Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e abuso de dependência de álcool e/drogas.

O estudo sobre a comorbidade entre Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a dependência de álcool e outras drogas, defende que esta comorbidade está entre as mais prevalentes. Um dado importante é que pacientes com TDAH parecem apresentar um consumo mais precoce de álcool e outras drogas, inclusive em termos de quantidade e dependência. (Vendruscolo & Takahashi, 2011)

A literatura aponta que os mesmos padrões de alterações fisiológicas e padrões do controle da inibição de respostas comportamentais (por exemplo, a impulsividade) estão presentes em ambos os transtornos. O TDAH e a dependência em álcool e/drogas apresentam similaridades nos sistemas de neurotransmissão e estruturas anatômicas, entre eles o sistema dopaminérgico mesolímbico.

Assim, a limitada inibição de respostas comportamentais quando mediada por influências genéticas na transmissão catecolaminérgica (dopamina e noradrenalina) cerebral constitui fator de risco para ambos, ou seja, quando alelos de “risco” fazem surgir níveis anormais de catecolaminas, isso vai culminar em inibição comportamental inadequada que é um aspecto observado tanto no TDAH quanto na dependência do álcool. Por sua vez, o abuso de drogas também se constitui como fator ambiental de risco, pois também causa adaptações no sistema catecolaminérgico, aumentando os prejuízos na inibição de respostas comportamentais.

Outro fator importante refere ao fato de que o tratamento do TDAH geralmente se dá com baixas doses de psicoestimulantes, freqüentemente o metilfenidato ou a anfetamina. Porém, altas doses dessas substâncias podem ocasionar euforia ou efeito recompensador. E nessas circunstâncias, o uso de tais substâncias podem induzir ao comportamento de abuso de drogas, o qual por sua vez pode agravar os sintomas comportamentais do TDAH. Pode-se dizer que há evidências de que o tratamento farmacológico do TDAH aumenta tanto o risco de dependência da própria substância contida no medicamento, quanto para o risco de dependência as drogas.

Todavia, a etiologia desta comorbidade permanece inconclusiva, e diante da necessidade de mais estudos, é bem defendido o argumento de que ‘modelos animais de TDAH’ podem ajudar no

sentido de avançar o conhecimento na área, e o modelo mais utilizado é constituído por ratos espontaneamente hipertensos (SHR).

Para propor a linhagem SHR como modelo genético de TDAH, autores se fundamentam em características tais como, déficit de atenção, hiperatividade sob certas condições e impulsividade motora. Esses ratos são ávidos por novidade e assumem comportamento de risco, características frequentemente observadas em pacientes com TDAH.

De acordo com o estudo, diferentes linhagens ('raças') de ratos podem apresentar diferentes níveis de sensibilidade e consumo de drogas, isso sugere diferenças neurobiológicas entre indivíduos. Dentre as populações de ratos, a linhagem SHR é a que apresenta maior sensibilidade e consumo de drogas. Pelo fato do sistema de dopamina estar presente na etiologia de ambos os transtornos, parece que alterações no sistema dopaminérgico podem explicar, ainda que parcialmente, o perfil comportamental dos ratos SHR.

Os ratos SHR bebem grandes quantidades de álcool comparados a ratos de outras linhagens. Também apresentam elevada sensibilidade para os efeitos ansiolíticos do álcool. Geralmente, o efeito ansiolítico do álcool é considerado um fator motivacional importante na iniciação e consumo excessivo de álcool em humanos.

No que se refere ao fenótipo desenvolvido por ratos SHR, estes podem refletir alterações comportamentais, as quais ocorreram através da interação dos genes com manipulações ambientais. O estresse, a atividade física, o tratamento farmacológico, entre outros fatores ambientais influenciam a maturação e a função cerebral durante estágios críticos de desenvolvimento, tal como a adolescência, e isso pode causar alterações comportamentais persistentes e, concomitantemente, alterar a sensibilidade e o consumo de drogas por esta linhagem.

Contudo, foi ressaltada a importância de intervenções ambientais e de estudos em ratos adolescentes SHR, já que alterações no sistema dopaminérgico durante este período acarretam um processo de intenso amadurecimento físico e emocional, que pode ser um fator pelo qual muitas pessoas iniciam o abuso de drogas neste momento da vida.

Diante desse quadro, o presente estudo destacou que o tratamento crônico de ratos SHR adolescentes com baixas doses de metilfenidato pode aumentar o consumo de álcool na idade adulta. Portanto, há forte suposição de que o tratamento farmacológico do TDAH em algumas circunstâncias pode produzir alterações neurobiológicas e comportamentais persistentes e favorecer a associação TDAH e dependência de álcool e/drogas.

Em contrapartida, ratos SHR criados em condições ambientais lúdicas consumiram menores quantidades de álcool em comparação com ratos criados em condições normais. O que significa que estímulos ambientais precoces podem ter tanto um impacto positivo como negativo no desenvolvimento cerebral, conferindo resistência ou vulnerabilidade à comorbidade entre esses transtornos.

Mesmo existindo estudos em humanos mostrando que o tratamento farmacológico do TDAH pode aumentar o risco de dependência de álcool e drogas, esse assunto ainda é controverso e merece mais estudos. Entretanto, a prevalência e a gravidade da comorbidade entre esses transtornos revelam a importância de se investigar mais sobre a relação entre os dois fenômenos. Apesar de algumas limitações o modelo animal dos SHR se apresenta promissor para o estudo desta área.

9.3 Algumas considerações sobre depressão, álcool e nicotina em contexto hospitalar

Este tópico se refere a um estudo visou determinar as taxas de prevalência de depressão, AUDs e dependência de nicotina entre indivíduos internados em um hospital geral, bem como visaram identificar características relacionadas a esses transtornos, os dados do estudo estão de acordo com a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). (Botega et.al., 2010)

Os autores ressaltam que transtornos psiquiátricos afetam aproximadamente 30% dos pacientes internados em alas clínicas ou cirúrgicas, sendo a causa principal de morbidade, mortalidade, baixa aderência, deficiência funcional e altos custos em cuidados na saúde. O diagnóstico precoce e o tratamento de co-morbidade psiquiátrica podem ter uma influência positiva nesses aspectos.

Apontam que estudos brasileiros mostram que geralmente as taxas de prevalência de morbidade psiquiátrica entre pacientes clínicos e cirúrgicos internados variam de acordo com a categoria da doença, contextos de tratamento e procedimentos de busca de casos. Dados da literatura reconhecem que transtornos depressivos afetam aproximadamente um em cada quatro pacientes hospitalizados no Brasil. A prevalência atual do abuso e dependência do álcool, incluindo transtornos relacionados ao uso de álcool (AUDs – sigla em inglês), varia de 10% a 13%, enquanto que a dependência da nicotina varia de 17% a 21%.

Numa amostra de 4352 pacientes a prevalência de depressão foi de 14% no geral (10,2% entre homens e 18,8% entre mulheres. A

prevalência de AUDs foi de 9,8% no geral (15% entre homens e 2,8% entre mulheres). Também foi encontrado que a prevalência de AUDs foi mais significativa entre pacientes internados nas alas de ortopedia, oncologia e traumatologia, e menos entre aqueles internados nas alas de urologia, medicina interna e nefrologia. A prevalência da dependência da nicotina foi de 16,9% (20,7% entre homens e 12,1% entre mulheres).

A dependência da nicotina foi 2,5 vezes maior entre pacientes com AUDs em comparação àqueles que não apresentavam tal transtorno, bem como foi bastante alta nos pacientes viúvos.

Segundo tal estudo, alguma combinação de depressão, AUD, dependência da nicotina e um problema físico foi vista em 7,4% dos pacientes. Entre os pacientes com AUDs, 42,8% também apresentaram dependência da nicotina. Contudo, não houve nenhuma associação significativa entre AUD e depressão. Dos pacientes com dependência da nicotina, 17,7% tinham depressão.

Os dados encontrados corroboram estudos anteriores, os quais apontam a alta prevalência de depressão, AUDs e dependência de nicotina entre pacientes internados em um hospital geral (14%, 9,8% e 16,9% respectivamente). Além disso, neste estudo duas ou mais doenças coexistiam em 7,4% dos casos.

A prevalência de AUDs já foi apresentada ao equivalente a 8,4%, como também 12,3%. O presente estudo apresentou taxa de prevalência de 9,8%. Um dado interessante é que a prevalência de AUDs foi bastante grande entre certos subgrupos de internos avaliados. Entre aqueles internados por causas externas de ferimentos (principalmente por acidentes de trânsito), a prevalência de AUDs (27,1%) foi maior que o dobro da média de todos os pacientes internados. A taxa de prevalência varia entre as diferentes alas do hospital, fenômeno que ocorre nos três transtornos.

O estudo ressalta que esta diferença nas taxas de prevalência e os fatores associados a AUDs, bem como as diferenças entre pacientes clínicos e cirúrgicos em termos de padrões de consumo, deve ser levada em consideração no desenvolvimento de estratégias para detecção e tratamento de doenças relacionadas ao álcool.

No que se refere a transtornos psiquiátricos as taxas de prevalência geralmente são altas, e, além disso, muitos pacientes permanecem não-diagnosticados, não sendo devidamente tratados pela equipe médica. O contexto hospitalar está preocupado em resolver problemas somáticos específicos, não há espaço para discutir questões emocionais. Sendo assim, membros da equipe médica em sua prática falham em reconhecer o papel causal do mal-uso do álcool e do fumo

em doenças relacionadas ao álcool e ao tabagismo, as quais estão sendo tratadas por eles. Na maioria das vezes o paciente é liberado sem a referência de um especialista do serviço de saúde mental. Este é o tipo de paciente que se beneficiaria muito caso houvesse uma detecção e intervenção terapêutica precoce.

No contexto hospitalar, a curta duração da internação para a maioria dos pacientes é uma terceira condição complicadora, para as altas taxas de prevalência e baixas taxas de detecção de morbidades psiquiátricas.

Os dados do estudo chamam a atenção para a necessidade de se desenvolver métodos de detecção e tratamento de transtornos psiquiátricos mais efetivos, especialmente a depressão, AUDs e dependência de nicotina, entre pacientes internados em hospitais gerais.

A internação hospitalar deveria ser considerada uma grande oportunidade para a detecção de transtornos psiquiátricos e a subsequente implementação de estratégias de tratamento específicas apropriadas que estenderiam o período da permanência no hospital.

9.4 Transtorno de ansiedade social e o Abuso de substância

A fobia social é definida como um medo persistente de vergonha ou reação negativa durante interações sociais ou apresentações em público. Atividades que demandam um comportamento assertivo são freqüentemente temidas por indivíduos que sofrem de transtorno de ansiedade social.

Um artigo aponta que a fobia social está intensamente associada a outros transtornos de ansiedade, depressão e abuso de substâncias. Ela aumenta significativamente o risco para esses transtornos e traz deficiências importantes no funcionamento e qualidade de vida, assim como o risco aumentado para o suicídio. A prevalência de fobia social variou nas amostras de alcoolistas, atingindo uma média de 21%. Do mesmo modo, o diagnóstico de alcoolismo variou em amostras de pacientes com fobia social, atingindo uma média de 26,5%. Outros resultados são de que a prevalência de fobia social durante a vida apresentou-se em 10,8% dos homens e em 24,1% das mulheres com histórico de abuso de álcool. E entre aqueles com dependência alcoólica, a taxa de fobia social apresentada foi de 19,8% entre homens e 30,3% entre mulheres. (Terra, et. al, 2006)

Neste estudo a fobia social foi diagnosticada em quase um quarto da amostra, confirmando a alta freqüência de co-morbidade entre fobia social e alcoolismo, já mostrada por outros estudos. Os pacientes com fobia social tinham duas vezes mais problemas relacionados ao

álcool que pacientes sem fobia, e indivíduos com transtornos relacionados ao uso de álcool estavam nove vezes mais propensos a sofrer de fobia social que a população em geral.

Uma vez que apenas alguns pacientes com fobia social procuram tratamento, é possível que eles usem o álcool como auto-medicação, e como uma consequência, estão mais propensos a se tornar alcoolistas. Vários estudos mostram que a fobia social precede tipicamente problemas com álcool. A fobia social parece começar no início da adolescência, com sérias consequências potenciais, predispondo os indivíduos afetados a uma maior vulnerabilidade a depressão grave e transtornos de adição. Há evidências de que o abuso de álcool é uma tentativa de auto-medicação em um número considerável de indivíduos com fobia social, e o abuso de álcool é um importante complicador de fobia social.

9.5 Morbidades associadas ao alcoolismo parental

Não são somente as pessoas com problemas relacionados ao uso do álcool as únicas sujeitas a adquirirem outras morbidades decorrentes desse uso. De acordo com a literatura, filhos de alcoolistas também podem desenvolver transtornos psicológicos decorrentes do uso dos pais. Assim, o alcoolismo parental pode repercutir em comportamentos que podem tomar a forma de delinquência, impulsividade, déficit de atenção, hiperatividade e impropriedade social. (Zanoti-Jeronymo & Carvalho, 2005)

Avaliações cognitivas mostraram diferenças no desempenho acadêmico entre filhos de alcoolistas e filhos de não alcoolistas, e apontou para um desempenho acadêmico precário. Assim, as dificuldades cognitivas, acadêmicas, comportamentais e emocionais podem ser entendidas como aspectos de condições de vulnerabilidade. (Zanoti-Jeronymo & Carvalho, 2005)

10 PERCEPÇÃO POPULAR DA DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL

Apesar de a dependência alcoólica ser um dos transtornos que mais afeta a saúde pública global, a literatura aponta que poucos estudos focaram na percepção popular desta dependência.

Um artigo que se refere, ao primeiro estudo populacional brasileiro que tentou avaliar a percepção pública da dependência alcoólica, mostrou que raramente a população identifica os sintomas de dependência alcoólica como doença mental, dados também apresentados em estudos internacionais. De um lado os sintomas de dependência alcoólica freqüentemente são associados a causas psicossociais (fatores relacionados ao ambiente social e interpessoal), de outro, mas em menor grau, são associados a causas que colocam a responsabilidade no indivíduo afetado, relacionando a falta de caráter. Segundo os autores, esses resultados podem indicar a coexistência de um modelo psicossocial e um modelo moral na visão populacional com relação à etiologia do alcoolismo. (Peluso & Blay, 2008)

Apesar de não existir uma relação causal direta entre álcool e violência, freqüentemente o uso de álcool é associado a vários elementos envolvendo violência, tais como violência doméstica, acidentes de trânsito, homicídio, suicídio, entre outros. Diante disso, no que se refere à 'percepção para o risco de violência' esta é fortemente associada à dependência alcoólica. Entretanto, os dados mostram que os mesmo sujeitos mudam de opinião caso haja a presença de algum tratamento, ou seja, a possibilidade de atos violentos cometidos por pessoas com esse distúrbio cai drasticamente com a presença de tratamento. Segundo os autores, estudos internacionais também mostraram que o público associa transtornos mentais com violência, especialmente a dependência alcoólica e de drogas.

Foi ressaltado que também atribuições de causas morais foram apontadas a um maior risco de violência. Diante disso, explicações possíveis são de que indivíduos com menor auto-estima, força de vontade ou fé em Deus teriam a tendência a apresentar falta de limites comportamentais e controle de impulsos.

Sobre dados referentes à 'percepção do estigma', os autores apresentam que a maior parte dos sujeitos acredita que o indivíduo com dependência alcoólica provoca reações negativas e comportamento de distanciamento. A percepção do risco de violência está associada com a percepção do estigma, o que também foi encontrado em outros estudos.

O estudo apresenta oito questões relativas a reações emocionais, seriam: desejo de ajudar, compaixão, cordialidade, pena, medo, irritação, necessidade de distância, indiferença.

Os resultados indicam variáveis que estão associadas com reações emocionais, tais como idade, religião, escolaridade, identificação como doença mental e risco percebido de violência. Entre os sujeitos pesquisados, reações as quais poderiam ser consideradas positivas, como desejo de ajudar, cordialidade, pena e compaixão predominaram. Bem como foi identificado que, aqueles indivíduos com maior escolaridade, protestantes, aqueles com idade entre 18 e 29 / 50 e 65 anos, os que não acreditavam no risco de violência foram os que mais frequentemente relataram respostas negativas, enquanto que indivíduos com menor escolaridade e aqueles que acreditam no maior risco de violência foram aqueles que mais frequentemente relataram reações positivas.

De todo modo, é constatado que indivíduos com dependência alcoólica provocam reações negativas na população, tais como desejo de maior distância social e maior rejeição do que indivíduos com outros transtornos, com exceção da dependência de drogas. Um fato importante é que a existência de reações sociais como essas em relação aos alcoólatras geram discriminação tanto no nível pessoal quanto no estrutural. Ela influencia negativamente, por exemplo, na busca por tratamento, na chance destes indivíduos se recuperarem e nos investimentos de recursos para pesquisa e tratamento.

Outro estudo sobre a percepção pública do alcoolismo se refere ao primeiro artigo publicado sobre o tema 'alcoolismo' na *Revista Brasileira de Psiquiatria* data o de 2000 se refere a uma pesquisa sobre a opinião de vestibulandos brasileiros sobre o assunto.

Na introdução já considera o fato de que termo 'alcoolismo' abriga várias concepções, e cada uma aponta aspectos do comportamento alcoólico. Tais concepções geralmente giram em torno de dois eixos explicativos: uma compreensão moral-legal (vício, desvio comportamental) e outra médico-social (doença que envolve aspectos culturais, comportamentais e fisiológicos). Ao lado destes modelos explicativos, encontra-se o modelo explicativo denominado compensatório, o qual entende o alcoolismo como um comportamento aprendido, geralmente mal-adaptativo, pois leva a conseqüências negativas na saúde, no estado emocional e na auto-estima. (Maia, et. al, 2000).

Essa complexidade nas designações resulta em imagens sociais confusas. Comumente 'o alcoolista é visto como fraco, sem força de

vontade, sendo identificado por termos com conotações negativas, encarado como problema individual que demanda procedimentos punitivos e adoção de sanções legais'. Ele é vítima de preconceitos, que julgam uma "vez bêbado, sempre bêbado".

Ao mesmo tempo, os meios de comunicação veiculam imagens positivas do beber, atribuindo à bebida papel facilitador das interações sociais, isso reforça o comportamento de ingestão alcoólica, deixando a população, principalmente jovem, exposta a fatores que favorecem o consumo. Autores acreditam que a veiculação do produto na mídia 'cotidianiza, banaliza e legitima o consumo de bebidas alcoólicas', diminuindo a eficácia das campanhas preventivas.¹⁹

Diante disso, a postura da sociedade frente ao consumo de álcool pode variar entre representação positiva, associada aos efeitos euforizantes da substância, e representação negativa do comportamento daquele que não consegue beber "direito". De acordo com o estudo, na concepção dos vestibulandos um ponto essencial é que o alcoolismo estaria ligado à fuga de problemas do cotidiano e à impossibilidade em resolvê-los. Beber como alternativa para lidar com situações negativas de caráter pessoal foi o mais citado em todos os grupos.

O segundo conjunto de causas mais indicado foi o fato de beber em decorrência de pressão social direta ou indireta. Em seguida com percentuais similares aparecem beber como alternativa para lidar com situações negativas resultantes de aspectos sociais e econômicos; e beber pelo caráter prazeroso da bebida, ou da situação em que é consumida. Em relação às conseqüências do alcoolismo apontadas pelos estudantes, o conjunto de conseqüências psíquicas apareceu entre os mais citados.

A compreensão social do alcoolismo é marcada por dicotomias. Enquanto as causas do alcoolismo apontadas pelos estudantes estão ligadas a fatores externos que incidem sobre o indivíduo, as conseqüências individuais e coletivas são destacadas.

Em relação às propostas de enfrentamento a maioria apontou a necessidade de mudanças nas políticas públicas, e as medidas mais destacadas foram maior controle da comercialização e das propagandas de bebidas alcoólicas. Em seguida aparecem os grupos de mutua ajuda. Como terceira opção aparecem mudanças na atmosfera familiar, seguidas por mudanças no sujeito. As propostas mencionadas giram em torno de três possibilidades de intervenção: formulação de políticas públicas eficientes, mudanças nos próprios alcoolistas e acesso a atividades de suporte social.

11 ÁLCOOL E VIOLÊNCIA

Como visto anteriormente, o uso do álcool é comumente associado à violência, e não é algo reconhecido apenas diante da percepção das pessoas, mas também um assunto bem relevante dentre a comunidade científica. Considerado como responsável por grandes custos pessoais, familiares e sociais, o uso do álcool frequentemente envolve aspectos de violência, os quais são vistos como um dos fatores mais agravantes. Em seguida, estudos na área visam apontar possíveis relações entre álcool e violência.

Um estudo buscou relacionar agressores sexuais e uso de álcool. Ressaltam que nos últimos 50 anos algumas classificações não-diagnósticas de criminosos sexuais foram desenvolvidas baseadas em diferentes descobertas, tais como variáveis demográficas, medidas psicométricas, motivação para cometer o crime, características de personalidade anti-social, número de vítimas envolvidas e gênero das vítimas. (Baltieri & Andrade, 2008)

Segundo os autores alguns estudos mostraram que uma proporção significativa de criminosos sexuais pode ter problemas psiquiátricos, entre eles, o transtorno relacionado ao uso de substâncias. Bem como apontam uma relação próxima entre consumo de álcool e drogas e comportamento agressivo, observando um grande risco de reincidência para crimes violentos entre os usuários. Um dado importante se refere ao fato de que pelo menos metade de todos os crimes violentos envolve o consumo de álcool pelo criminoso, pela vítima ou por ambos. Além disso, há o indício de que criminosos primários estão mais sujeitos a influência alcoólica que agressores sexuais seriais.

Diante disso, o estudo tentou identificar diferenças entre criminosos sexuais considerando o número de vítimas envolvidas. Este estudo apoiou as descobertas de pesquisas anteriores as quais indicam que agressores sexuais seriais mostram algumas características diferentes de agressores sexuais contra uma vítima, tais como maior impulsividade, maior frequência de históricos de abuso sexual na infância (alguns estudos afirmam que muitos agressores sexuais sofreram abuso sexual na infância, porém muitas evidências mostram que a maioria das vítimas não se torna agressores sexuais), e um fato interessante, o de que apresentam menos problemas com o consumo de álcool e drogas.

A impulsividade ou agressão e falta de controle caracterizam transtornos de controle de impulso. Estudos mostram que a

impulsividade e o estresse emocional estão relacionados a atividades ilegais e agressão, assim como relações sexuais envolvendo risco. Diante disso, a característica de recorrência entre agressores sexuais pode ser em parte explicada por um nível maior de impulsividade. Contudo, os problemas com álcool e drogas não podem ser considerado como fator relevante para diferenciar agressores sexuais seriais e não seriais, o que não significa que não tenham papel importante na agressão sexual.

O consumo de álcool tem sido descrito na literatura como um importante fator relacionado a crimes sexuais, se tratando de um consumo que pode prejudicar a capacidade de tomar decisões, regular afetos e controlar a impulsividade, podendo estar relacionado à agressão sexual de vários modos.

Qualquer tipo de agressão que viole física ou moralmente alguma pessoa é considerado crime. O fato é que se tratando de criminalidade estamos nos referindo a um fenômeno que envolve múltiplos determinantes, e um aspecto importante de destacar é que forma parte da própria condição humana desde os primórdios.

A literatura aponta que durante o pós-guerra houve declínio nos índices criminais. No entanto, a partir da década de 80, observou-se aumento da criminalidade, entre eles o número de delitos relacionados com drogas (tráfico e uso), bem como de crimes violentos. A Organização Mundial de Saúde, diante dos altos índices de violência em nível mundial, passou a considerá-la um problema de saúde pública. E também alertam que a prevalência de transtornos devido ao uso do álcool em adultos foi estimada em cerca de 1,7% em todo mundo. (Chalub & Telles, 2006)

Um estudo na Suécia que avaliou a relação entre crime e doença mental, mostrou que homens com transtorno mental maior tiveram 2,5 vezes mais chances de ter cometido um crime e 4 vezes mais chances de adotarem uma conduta violenta que os não portadores desta patologia. Porém, o valor mais alto é o encontrado entre homens com diagnóstico de abuso/dependência de substância, onde a chance de cometimento de delito foi 20 vezes maior que a população sem diagnóstico psiquiátrico. (Chalub & Telles, 2006)

A comorbidade entre doença mental maior e consumo de álcool aumenta o risco de conduta violenta. Outro estudo realizado na Finlândia concluiu que pacientes com esquizofrenia com diagnóstico de abuso de álcool tinham 25,2 vezes mais chances de cometer crimes violentos do que homens saudáveis. A presença apenas do diagnóstico

de esquizofrenia aumentaria o risco de ocorrência de crime violento em 3,6 vezes. (Chalub & Telles, 2006)

Um tipo de violência que é fortemente associada ao uso de álcool e drogas se refere à ‘violência doméstica’. Um estudo sobre a relação entre violência doméstica e substâncias psicoativas, aponta que este uso está envolvido em pelo menos 92% dos episódios relatados de violência doméstica. Destaca-se que o álcool frequentemente age como um desinibidor, facilitando a violência. Também mostram que este pode estar envolvido em até 50% dos casos de violência sexual, e ressaltam que maridos violentos têm maiores taxas de alcoolismo quando comparados a maridos não violentos. Mais dados apontam para taxa de alcoolismo de 67% a 93% entre homens que batem em suas mulheres. (Zilberman & Blume, 2005)

Os índices de violência são maiores entre mulheres que apresentam problemas relacionados ao uso de substância, sendo que tanto a ‘violência’ quanto o ‘uso’ ambos podem ser considerados causa e consequência.

Diante disso, o estudo destaca que culturalmente as mulheres dependentes químicas são consideradas mais disponíveis sexualmente, levando à noção de que a agressão sexual em relação a elas é aceitável. Um dado é que tanto o estupro, inclusive abuso na infância, bem como outras formas de vitimização, são desproporcionalmente frequentes entre mulheres com problemas de uso de substância comparadas com a população geral. (Zilberman & Blume, 2005)

Sobre isso, um fato a se considerar é que a violência doméstica e transtornos relacionados ao uso de substância em mulheres geralmente passam despercebidos por profissionais da saúde. Não é incomum que nestas circunstâncias pacientes e médicos sintam-se desconfortáveis, pois são condições dolorosas e experiências associadas à vergonha e estigma. Entretanto, isso pode resultar num atendimento ineficiente no que se refere a oferecer medidas que viabilizem melhora desse quadro.

12 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO/DETECÇÃO DO USO E DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL

Alguns artigos utilizaram como instrumento de pesquisa e metodologia testes de avaliação e/ou detecção do uso e dependência do álcool. Alguns testes têm sido validados como instrumentos valiosos de pesquisa que investigam o uso e dependência do álcool. (Amaral & Malbergier, 2004; Figlie et.al., 2004)

Assim, os artigos citados acima são na *Revista Brasileira de Psiquiatria* e se referem especificamente a instrumentos de medida. Apesar da relevância do tema, e o fato de que ampliariam ainda mais as discussões, são bem específicos no que se refere a instrumentos de medida, e esse assunto não é de muito interesse neste estudo.

13 PERCURSO METODOLÓGICO

Foi realizada uma revisão das publicações a respeito do tema alcoolismo, em dois periódicos. O estudo das fontes documentais foi feito a partir da metodologia da análise do conteúdo de Bardin. Para a análise do material encontrado parto do pressuposto de que qualquer comunicação é também um transporte de significações. Sendo assim, sempre é possível fazer inferências a partir de indicadores que qualquer conteúdo traz, levando em conta que os saberes deduzidos em tais conteúdos apontam para condutas, ideologias, atitudes. (Bardin, 2004, pg. 28-36)

As fontes documentais escolhidas para a busca dos artigos foram os periódicos *Revista Brasileira de Psiquiatria e Ciência e Saúde Coletiva*. Os descritores usados foram: ‘alcoolismo’, ‘diagnóstico de alcoolismo’, ‘abuso de álcool’, ‘dependência de álcool’ e ‘álcool’.

Os Descritores ‘alcoolismo’ e ‘álcool’ englobam o total de textos encontrados nos 2 periódicos. Entretanto, apenas foram selecionados para o estudo os textos encontrados com o descritor ‘alcoolismo’ e os quais continham em seu ‘Título’ referências explícitas ao alcoolismo.

Foram achados textos que contêm em seu Título termos, tais como, abuso de substância; substância psicoativa; dependentes químicos, entre outros – que apesar de tratarem-se de termos os quais comumente se remetem ao alcoolismo, foram excluídos da leitura. O fato de que essas informações enriqueceriam, não prevalece ao fato de que isso abriria uma gama imensa de discussão, que não caberia neste estudo.

A pesquisa se refere somente aos textos encontrados com o descritor ‘**alcoolismo**’ nos periódicos *Revista Brasileira Psiquiatria e Ciência e Saúde Coletiva*, e que contém no ‘Título’ referência explícita ao alcoolismo, datando o período de 1999 a 2010, totalizando 26 artigos.

A partir do material selecionado para o estudo, foi feita uma síntese que englobou a maior parte das informações relevantes sobre o tema. Porém a análise do conteúdo está focada nos modelos explicativos e/ ou propostas de intervenção terapêutica trazidos por este material.

Apesar dos 26 artigos estarem contemplados no estudo ao oferecerem material de campo para a análise, apenas trechos de 4 deles são citados no resultado, somente para que pudessem dar uma visibilidade para as categorias de análise escolhidas. Eles são citados de acordo com a numeração encontrada nas referências.

Primeiramente foram lidos os artigos da *Revista Brasileira de Psiquiatria*, por ordem de publicação começando pelo mais recente. Os textos foram resumidos e analisados focando conteúdo da introdução/resultado/discussão, e de acordo com a importância do estudo foram agrupados por tema, com intenção de criar categorias.

Dentre os 26 artigos que compõem esse estudo, 6 diferentes temas relacionados ao alcoolismo foram levantados, os artigos foram agrupados de acordo com os mesmos. , são eles:

1) Textos sobre alcoolismo no que se refere ao entendimento da evolução do conceito, ao entendimento da evolução do problema alcoolismo (evolução da doença), dados sobre o desenvolvimento do conceito da Síndrome de Dependência Alcoólica, bem como dados referentes ao impacto social do alcoolismo. No total são 3 artigos.

2) Textos que apresentam dados sobre características sócio-demográficas, tais como faixa etária, gênero e classe sócio-econômica. Dentre os textos, 2 se referem especificamente a idosos, 1 sobre o uso em adolescentes, e 1 comparando o uso entre os gêneros. No total são 4 artigos.

3) Textos que apresentam relações entre o alcoolismo e outras morbidades. Um dos textos ressalta a questão da impulsividade na abstinência, também aparecem relações entre TDAH, depressão, uso de nicotina, fobia social. No total são 4 artigos.

4) Textos que apresentam abordagens e tratamentos, tais como a abordagem cognitiva, bem como a abordagem farmacológica. No total 5 artigos.

5) Textos que se referem à percepção da população a respeito do alcoolismo. No total são 3 artigos.

6) Textos que se referem ao alcoolismo e violência. No total 3 artigos.

Para totalizar 24 artigos da *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2 textos que se referem a instrumentos de medidas para o uso do álcool, poderia surgir daí outra categoria, mas para não estender o trabalho, não foram incluídos.

Para totalizar os 26 artigos encontrados, 2 estão na Ciência e Saúde Coletiva, um se refere a ‘perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo’, e o outro a ‘representações sobre o contágio e a doença de ex-bebedores’. Estes textos entram no estudo dando subsídio para a discussão.

A seguir é apresentado um panorama da revisão feita com o descritores ‘álcool’ e ‘alcoolismo’ nos dois periódicos.

❖ **Revista Brasileira de Psiquiatria**

Descritor: alcoolismo

➤ Através desse descritor 31 textos são citados, datando o período de 1999 a 2011.

➤ Desse total, 7 não apresentam no Título referências explícitas ao alcoolismo, e foram excluídos. São textos que apresentam termos, tais como: dependentes de substância psicoativa; abuso de substância; transtornos psiquiátricos; pacientes psiquiátricos.

➤ No período de 1999 a 2010: são 24 textos ‘válidos’ para compor a leitura: apresentam no Título referências ao alcoolismo. Tais como: uso de álcool; abuso de álcool; consumo de álcool; dependência alcoólica; dependentes de álcool; alcoolistas; efeito ansiolítico do etanol; álcool.

Descritor: álcool

➤ Através desse descritor 109 textos são citados, datando o período de 1999 a 2011.

➤ Desse total, 48 não apresentam no Título referências explícitas ao alcoolismo, e foram excluídos. Apresentam termos, tais como: drogas/substâncias psicoativas; comportamentos sexuais não convencionais; depressão; consumo de drogas; dependência química; dependência de drogas, droga de abuso; comportamento suicida; dependência de cocaína; transtorno de rótulo; TDAH; transtornos alimentares; religiosidade e saúde mental; usuários de crack; tabagismo; homicídio e transtornos mentais; tratamento psiquiátrico; maconha; terapias em dependência química; efeitos colaterais benzodiazepínicos; HIV; drogas injetáveis; drogas dopaminérgicas; comportamento violento; disfunção cerebral; entre outros.

➤ No final 61 textos apresentam no Título referências explícitas ao alcoolismo, datando o período de 1999 a 2011. Estes apresentam termos tais como: dependência de álcool; uso do álcool;

abstinência do álcool; consumo de álcool; bebidas alcoólicas; beber e dirigir; álcool; abuso de álcool; álcool de farmácia; uso precoce do álcool; políticas públicas do álcool; dirigir alcoolizado; estudos do álcool; álcool e violência.

Dentre esses 61 textos, 20 também são encontrados com a palavra-chave **alcooolismo**.

❖ **Ciência e Saúde Coletiva**

Descritor: alcooolismo

➤ Através desse Descritor 8 textos são citados, e datam o período de 2002 a 2011.

➤ Desse total, 6 não apresentam no Título referência ao alcooolismo e foram excluídos. Aparecem termos tais como: desnutrição infantil; dependentes químicos; exposição a pesticidas; estratégia de saúde da família; mix público-privado; perfil epidemiológico.

➤ No final são 2 artigos válidos para compor a leitura, sendo que os dois fazem referência direta ao alcooolismo. Um dos artigos também é encontrado com a palavra-chave **álcool**.

Descritor: álcool

➤ Através desse Descritor 32 textos são citados, e datam o período de 2004 a 2011.

➤ Das referências encontradas, 25 não apresentam no Título referências explícitas ao alcooolismo, e foram excluídos. Apresentam termos tais como: transtornos psiquiátricos; psicose; fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis; violência doméstica; tabagismo; morbidade por acidentes; comportamento sexual de risco; uso de drogas; dependência de drogas; internação psiquiátrica; substâncias psicoativas; adolescentes em conflito com a lei, entre outros.

➤ Do período de 2004 a 2011, são 7 apresentam no Título referências ao alcooolismo. Tais como: bebidas alcoólicas; modo de beber indígena; usuários de álcool; consumo de álcool; uso de álcool; serviço público em álcool.

14 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Masur, Jandira. **O que é o Alcoolismo**. São Paulo: Brasiliense, 2004.
- 2.Lima, José Mauro Braz de. **Alcoologia. O alcoolismo na perspectiva da saúde pública**. Rio de Janeiro: MEDBOOK, 2008.
- 3.Spooner, Lysander. **Vícios não são crimes**. Tradução: Miguel Serras Pereira. – São Paulo: Aquariana, 2003.
- 4.Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, **II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas**. Brasília, 2006.
- 5.Organização Mundial da Saúde – OMS – Organização Pan-americana da Saúde – OPAS, **Alcohol y salud pública en lãs Américas: un caso para la acción**. Washington, 2007.
- 6.Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD, **Política Nacional sobre o Álcool**. Brasília, 2007
- 7.Bardin, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.
- 8.Ramos, Sérgio de Paula and Woitowitz, Arnaldo Broll **Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso**. *Revista Brasileira Psiquiatria*, Maio 2004, vol.26, suppl.1, p.18-22.
- 9.Gigliotti, Analice and Bessa, Marco Antonio **Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos**. *Revista Brasileira Psiquiatria*, Maio 2004, vol.26, suppl.1, p.11-13.
- 10.Rangé, Bernard P and Marlatt, G Alan **Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas**. *Revista Brasileira Psiquiatria*, Out 2008, vol.30, suppl.2, p.s88-s95.
- 11.Castro, Luís André and Baltieri, Danilo Antonio **Tratamento farmacológico da dependência do álcool**. *Revista Brasileira Psiquiatria*, Maio 2004, vol.26, suppl.1, p.43-46.

12. Baltieri, Danilo Antonio and Andrade, Arthur Guerra de **Efficacy of acamprosate in the treatment of alcohol-dependent outpatients.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Sept 2003, vol.25, no.3, p.156-159.

13. Debatin, Thaize and Barbosa, Adriana Dias Elpo **Effect of isopregnanolone on rapid tolerance to the anxiolytic effect of ethanol.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Mar 2006, vol.28, no.1, p.18-23.

14. Ribeiro, Marcelo. **Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Maio 2004, vol.26, suppl.1, p.59-62.

15. Moraes, Edilaine et al. **Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Dez 2006, vol.28, no.4, p.321-325.

16. Oliveira, Janaina Barbosa de et al. **Alcohol screening instruments in elderly male: a population-based survey in metropolitan São Paulo, Brazil.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, 2011.

17. Hulse, Gary K. **Alcohol, drugs and much more in later life.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Apr 2002, vol.24, suppl.1, p.34-41.

18. Soldera, Meire et al. **Uso pesado de álcool por estudantes dos ensinos fundamental e médio de escolas centrais e periféricas de Campinas (SP): prevalência e fatores associados.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Set 2004, vol.26, no.3, p.174-179.

19. Simão, Maria Odete et al. **Alcoholic women and men: a comparative study of social and familial aspects and outcome .** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Sept 2002, vol.24, no.3, p.121-129.

20. Salgado, João Vinícius **Neuropsychological assessment of impulsive behavior in abstinent alcohol-dependent subjects.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Mar 2009, vol.31, no.1, p.4-9.

21. Vendruscolo L. F.; Takahashi R. N. **Comorbidade entre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e o abuso e dependência de álcool e outras drogas: evidências por meio de modelos animais.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2011.

22. Botega, Neury José et al. **Depression, alcohol use disorders and nicotine dependence among patients at a general hospital.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Sept 2010, vol.32, no.3, p.250-256.
23. Terra, Mauro B et al. **Internal consistency and factor structure of the Portuguese version of the Liebowitz Social Anxiety Scale among alcoholic patients.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Dec 2006, vol.28, no.4, p.265-269.
24. Zanoti-Jeronymo, Daniela Viganó and Carvalho, Ana Maria Pimenta **Self-concept, academic performance and behavioral evaluation of the children of alcoholic parents.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Sept 2005, vol.27, no.3, p.233-236.
25. Peluso, Érica de Toledo Piza and Blay, Sérgio Luís **Public perception of alcohol dependence.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Mar 2008, vol.30, no.1, p.19-24.
26. Maia, Edinamara et al. **O alcoolismo sob a ótica dos candidatos ao vestibular da Ufes.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Jun 2000, vol.22, no.2, p.72-75.
27. Baltieri, Danilo Antonio and Andrade, Arthur Guerra de **Comparing serial and nonserial sexual offenders: alcohol and street drug consumption, impulsiveness and history of sexual abuse.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Mar 2008, vol.30, no.1, p.25-31.
28. Chalub, Miguel and Telles, Lisieux E de Borba **Álcool, drogas e crime.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Out 2006, vol.28, suppl.2, p.s69-s73
29. Zilberman, Monica L and Blume, Sheila B **Domestic violence, alcohol and substance abuse.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Oct 2005, vol.27, suppl.2, p.s51-s55.
30. Amaral, Ricardo Abrantes do and Malbergier, André **Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da prefeitura do campus da Universidade de São Paulo (USP) - campus capital.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Set 2004, vol.26, no.3, p.156-163.

31.Figlie, Neliana Buzi, Dunn, John and Laranjeira, Ronaldo **Estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Jun 2004, vol.26, no.2, p.91-99.

32.Diehl, Alessandra; Cordeiro, Daniel Cruz; Laranjeira, Ronaldo e col. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

33.Edwards, Griffith; Marshall, E. Jane; Cook, Christopher. **O Tratamento do Alcoolismo: um guia para profissionais da saúde.** Porto Alegre, Artmed, 2005.

34. 34.Caponi, Sandra. **Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión.** *Interface*, jun 2009a.

35.Guyton, Arthur C.; Hall, John E. **Tratado de Fisiologia Médica.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2006

36.Bau, Claiton Henrique Dotto. **Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo.** *Ciência saúde coletiva*, 2002, vol.7, no.1, p.183-190.

37.Lewontin, Richard. **A Tripla Hélice: gene, organismo, ambiente.** Lisboa: Edições 70, 1998.

38.Silva, Ilma Ribeiro. **Alcoolismo e abuso de substâncias psicoativas: tratamento, prevenção e educação.** São Paulo: Vetor, 2000

39.Ramos, Denise Gimenez. **A psique do corpo: a dimensão simbólica da doença.** São Paulo: Summus, 2006.

40.Atkinson, Rita L; Atkinson, Richard C.; Smith, Edward E.; Ben, Daryl J. **Introdução à Psicologia.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

41.Fadiman, James; Frager, Robert. **Teorias da Personalidade.** São Paulo: HARBRA, 1986.

- 42.Hernández, Ángel Martínez. **A medicalização dos estados de ânimo: o consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições.** In: Orgs: Caponi, Sandra; Verdi, Marta; Brzozowski, Fabíola Stolf; Hellmann, Fernando. *Medicalização da Vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica.* Palhoça: Ed. Unisul, 2010.
43. Caponi, Sandra. **Biopolítica e medicalização dos anormais.** *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2009b.
44. Neves, Delma Pessanha. **Alcoolismo: acusação ou diagnóstico?** *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jan-fev, 2004.
- 45.Jung, C. G. **A natureza da psique.** Petrópolis: Vozes, 2000.
- 46.Grof, Stanislav. **A mente holotrópica: novos conhecimentos sobre psicologia e pesquisa da consciência.** Rio de Janeiro: Rocco, 1994.
- 47.Campos, Edemilson Antunes de. **O alcoolismo é uma doença contagiosa? Representações sobre o contágio e a doença de ex-bebedores.** *Ciência saúde coletiva*, Dez 2005, vol.10, p.267-278.
- 48.Camargo Jr, K.R. **Representações sobre a genética em veículos de grande circulação no Brasil.** *Revista Physis*, 2011, no.21.
- 49.Gergen, Kenneth J. **Saúde mental e deterioração cultural.** *Revista Nova Perspectiva Sistêmica*; Número 36; abril, 2010
- 50.López-Pedraza, Rafael. **Dionísio no exílio: sobre a representação da emoção e do corpo.** São Paulo: Paulus, 2002.

15 ARTIGO CIENTÍFICO - O ALCOOLISMO: MODELOS EXPLICATIVOS E TERAPÊUTICOS EM CONFLITO

Ana Carolina Cicarino Fantinato¹
Sandra Caponi²
Marta Verdi³

Resumo

O ato de beber se caracteriza por ser um costume muito antigo, acompanhando a humanidade há milênios, e o álcool é considerado a droga mais usada entre os psicotrópicos. Diante desse histórico, estudiosos de todo o mundo se interessam em investigar mais a fundo o assunto, e engajam na busca de descobrir determinantes que possam estar associados ao uso dessa substância, o qual é impetuosamente designado como ‘nocivo’ quando marcado pelo exagero. Foi realizada uma busca dos artigos publicados sobre o tema ‘alcoolismo’ nos periódicos *Revista Brasileira de Psiquiatria* e *Ciência e Saúde Coletiva*. Tais estudos apresentam uma variedade de temas, no sentido de fornecer informações sobre os aspectos envolvidos nesta problemática, muitos são os determinantes relacionados direta ou indiretamente. Este estudo propõe-se a esclarecer quais teorias respaldam os *modelos explicativos* bem como as *propostas terapêuticas* do alcoolismo que foram surgindo ao longo do tempo. Um dos pontos chaves é a incorporação de designação de doença mental para um uso nocivo ou a dependência.

Palavras chave: Saúde Pública, Alcoolismo, Abuso de Substância, Tratamento.

¹Mestranda em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

²Filósofa, Doutora em Filosofia. Professora do Departamento de Saúde Pública e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/UFSC.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Saúde Pública e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/UFSC.

15.1 Introdução

De acordo com Masur (1991) e Lima (2008), as primeiras informações sobre uso do álcool datam de 6000 a 7000 a.C., onde alguns documentos dão indício de bebidas alcoólicas produzidas pelo homem, de forma artesanal. Faz parte dos registros das civilizações antigas, especialmente no que se refere aos rituais religiosos, como estava também presente em festas pagãs populares, que muitas vezes terminavam em orgias, envolvendo sexo e violência. Segundo a mitologia, numa dessas festas nasceu Dionísio, filho de Zeus.

Principalmente no pós-guerra a tecnologia favoreceu a comunicação e a produção em massa, crescimento e aglomeração urbana, fatores que de uma forma ou de outra passaram a contribuir para um aumento significativo no consumo de bebidas. Tal contexto favorecia o aumento da produção, o aumento do consumo e conseqüente aumento dos problemas relacionados, como doenças, violência, etc. (Lima, 2008)

Assim, o ato de beber se caracteriza por ser um costume muito antigo, acompanha a humanidade há milênios, sendo considerada a droga mais usada entre os psicotrópicos. Diante desse histórico, estudiosos de todo o mundo se interessaram em investigar mais a fundo o assunto, e engajaram-se na busca de descobrir determinantes que pudessem estar associados ao uso dessa substância, o qual é impetuosamente designado como ‘nocivo’ quando marcado pelo exagero.

Dados atuais mostram que no Brasil a taxa para dependência de álcool na população está em torno de 12,3%, sendo que a prevalência sobre *uso na vida* apresenta uma taxa de 74,6% (CEBRID, 2006)

Um levantamento sobre o padrão de consumo nas Américas mostrou que, em soma esses países apresentam as maiores taxas de consumo mundial. Porém, os índices no Brasil não estão entre os primeiros, país como EUA apresenta índice bem maior. Mas nem por isso as dimensões no Brasil são menos preocupantes. (OMS/ OPAS, 2007)

No Brasil, preocupados com esses índices, representantes do governo e da sociedade civil, elaboraram a Declaração de Brasília de Políticas Públicas sobre o Álcool, documento que culminou na atual Política Nacional sobre o Álcool. (SENAD, 2007)

O desenvolvimento dessas políticas vão mostrando medidas governamentais, de ordem pública, voltadas para o consumo. Entretanto, existe também o âmbito da produção científica, sendo esse o foco de interesse deste estudo, o qual buscou identificar teorias ou modos de compreensão que sustentam os discursos científicos, no que diz respeito aos modelos de explicação do ‘alcoolismo’, bem como ao surgimento de proposta terapêuticas.

Foi realizado uma busca de artigos publicados sobre o tema ‘alcoolismo’, nos periódicos *Revista Brasileira de Psiquiatria e Ciência e Saúde Coletiva*. Tais estudos apresentam uma variedade de temas, no sentido de fornecer informações sobre os aspectos envolvidos nesta problemática, muitos são os determinantes envolvidos direta ou indiretamente.

A priori, qualquer pessoa tem sua opinião sobre o álcool, muitos são os mitos ou tabus, porém o discurso científico é carregado de critérios para descrever os fenômenos, e não seria diferente com o alcoolismo. Todo entendimento traz pressupostos construídos pela comunidade científica, estão respaldados em teorias, que ao serem validadas pela ciência, servem de pano de fundo para explicar os fenômenos. Este estudo propõe-se esclarecer quais teorias respaldam os *modelos explicativos* bem como as *propostas terapêuticas* do alcoolismo que foram surgindo ao longo do tempo. Um dos pontos chaves é a incorporação de designação de doença mental para um uso nocivo ou a dependência.

Esse quadro coloca os profissionais de saúde tendo que enfrentar uma série de desafios constantes para lidar com esse problema, é o cerne dessa dificuldade pode estar relacionado aos modelos explicativos aos quais o alcoolismo está ancorado, e como consequência, as praticas de tratamentos propostas a partir de tal visão. Os desafios estão longe de serem sanados, bem como é um campo de constantes mudanças o que significa constantes desafios, por isso é um campo onde pesquisas são bem vindas, para ampliar ou dar subsídios a novos entendimentos

O ser humano sempre busca saberes prévios para lhe ajudar a adquirir novos entendimentos. Metaforicamente, seria dizer que buscamos diferentes ‘lentes’ para enxergar o mundo a nossa volta. Diante disso, trago uma citação do século XIX, no sentido de oferecer ao leitor uma ‘lente’ que pode ser um guia para o entendimento deste estudo.

“Os vícios são atos através dos quais um homem lesa sua própria pessoa ou seus bens. Crimes são atos através dos quais um homem lesa alguém ou seus bens. (...) Mas, ninguém jamais se entrega a um vício movido por tal intenção criminosa, e sim em busca, unicamente, da sua própria felicidade, e sem qualquer intenção de causar mal a quem quer que seja. Enquanto não for claramente estabelecida e reconhecida pelas leis uma distinção entre os vícios e os crimes, não poderá existir na terra nada como os direitos individuais, liberdade ou propriedade, nem nada que se pareça de perto com o direito de um outro homem dispor livremente da sua pessoa e dos seus bens. Ao declarar que um vício é um crime e puni-lo enquanto tal, um governo tenta falsificar a própria natureza das coisas. É tão absurdo como declarar que a verdade era mentira, ou a mentira verdade.” (Lysander Spooner)

15.2 Objetivos

Objetivo geral

Analisar os modelos de explicação e propostas terapêuticas referidas ao alcoolismo no campo da psiquiatria e da saúde coletiva nos últimos anos.

Objetivos específicos

1- Analisar as abordagens sociais ao problema do alcoolismo, os modelos explicativos e terapêuticos apresentados.

2- Analisar as abordagens biológicas ao problema do alcoolismo, os modelos explicativos e terapêuticos apresentados

15.3 Percurso Metodológico

Foi realizada uma revisão das publicações a respeito do tema alcoolismo, em dois periódicos. O estudo das fontes documentais foi feito a partir da metodologia da análise do conteúdo de Bardin. Para a análise do material encontrado parto do pressuposto de que qualquer comunicação é também um transporte de significações. Sendo assim, sempre é possível fazer inferências a partir de indicadores que qualquer conteúdo traz, levando em conta que os saberes deduzidos em tais

conteúdos apontam para condutas, ideologias, atitudes. (Bardin, 2004, pg. 28-36)

As fontes documentais escolhidas para a busca dos artigos foram os periódicos *Revista Brasileira de Psiquiatria e Ciência e Saúde Coletiva*. Os descritores usados foram: ‘alcoholismo’, ‘diagnóstico de alcoholismo’, ‘abuso de álcool’, ‘dependência de álcool’ e ‘álcool’.

Os Descritores ‘alcoholismo’ e ‘álcool’ englobam o total de textos encontrados nos 2 periódicos. Entretanto, apenas foram selecionados para o estudo os textos encontrados com o descritor ‘alcoholismo’ e os quais continham em seu ‘Título’ referências explícitas ao alcoholismo.

Foram achados textos que contêm em seu Título termos, tais como, abuso de substância; substância psicoativa; dependentes químicos, entre outros – que apesar de tratarem-se de termos os quais comumente se remetem ao alcoholismo, foram excluídos da leitura. O fato de que essas informações enriqueceriam, não prevalece ao fato de que isso abriria uma gama imensa de discussão, que não caberia neste estudo.

A pesquisa se refere somente aos textos encontrados com o descritor ‘**alcoholismo**’ nos periódicos *Revista Brasileira de Psiquiatria e Ciência e Saúde Coletiva*, e que contém no ‘Título’ referência explícita ao alcoholismo, datando o período de 1999 a 2010, totalizando 26 artigos.

A partir do material selecionado para o estudo, foi feita uma síntese que englobou a maior parte das informações relevantes sobre o tema. Porém a análise do conteúdo está focada nos modelos explicativos e/ ou propostas de intervenção terapêutica trazidos por este material.

Apesar dos 26 artigos estarem contemplados no estudo ao oferecerem material de campo para a análise, apenas trechos de 4 deles são citados no resultado, somente para que pudessem dar uma visibilidade para as categorias de análise escolhidas. Eles são citados de acordo com a numeração encontrada nas referências.

Primeiramente foram lidos os artigos da *Revista Brasileira de Psiquiatria*, por ordem de publicação começando pelo mais recente. Os textos foram resumidos e analisados focando conteúdo da introdução/resultado/discussão, e de acordo com a importância do estudo foram agrupados por tema, com intenção de criar categorias.

Dentre os 26 artigos que compõem esse estudo, 6 diferentes temas relacionados ao alcoholismo foram levantados, os artigos foram agrupados de acordo com os mesmos. , são eles:

1) Textos sobre alcoolismo no que se refere ao entendimento da evolução do conceito, ao entendimento da evolução do problema alcoolismo (evolução da doença), dados sobre o desenvolvimento do conceito da Síndrome de Dependência Alcoólica, bem como dados referentes ao impacto social do alcoolismo. No total são 3 artigos.

2) Textos que apresentam dados sobre características sócio-demográficas, tais como faixa etária, gênero e classe sócio-econômica. Dentre os textos, 2 se referem especificamente a idosos, 1 sobre o uso em adolescentes, e 1 comparando o uso entre os gêneros. No total são 4 artigos.

3) Textos que apresentam relações entre o alcoolismo e outras morbidades. Um dos textos ressalta a questão da impulsividade na abstinência, também aparecem relações entre TDAH, depressão, uso de nicotina, fobia social. No total são 4 artigos.

4) Textos que apresentam abordagens e tratamentos, tais como a abordagem cognitiva, bem como a abordagem farmacológica. No total 5 artigos.

5) Textos que se referem à percepção da população a respeito do alcoolismo. No total são 3 artigos.

6) Textos que se referem ao alcoolismo e violência. No total 3 artigos.

Para totalizar 24 artigos da Revista Brasileira de Psiquiatria, 2 textos que se referem a instrumentos de medidas para o uso do álcool, poderia surgir daí outra categoria, mas para não estender o trabalho, não foram incluídos.

Para totalizar os 26 artigos encontrados, 2 estão na Ciência e Saúde Coletiva, um se refere a ‘perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo’, e o outro a ‘representações sobre o contágio e a doença de ex-bebedores’. Estes textos entram no estudo dando subsídio para a discussão.

A seguir é apresentado um panorama da revisão feita com o descritores ‘álcool’ e ‘alcoolismo’ nos dois periódicos.

❖ Revista Brasileira de Psiquiatria

Descritor: alcoolismo

➤ Através desse descritor 31 textos são citados, datando o período de 1999 a 2011.

➤ Desse total, 7 não apresentam no Título referências explícitas ao alcoolismo, e foram excluídos. São textos que apresentam termos, tais como: dependentes de substância psicoativa; abuso de substância; transtornos psiquiátricos; pacientes psiquiátricos.

➤ No período de 1999 a 2010: são 24 textos ‘válidos’ para compor a leitura: apresentam no Título referências ao alcoolismo. Tais como: uso de álcool; abuso de álcool; consumo de álcool; dependência alcoólica; dependentes de álcool; alcoolistas; efeito ansiolítico do etanol; álcool.

Descritor: álcool

➤ Através desse descritor 109 textos são citados, datando o período de 1999 a 2011.

➤ Desse total, 48 não apresentam no Título referências explícitas ao alcoolismo, e foram excluídos. Apresentam termos, tais como: drogas/substâncias psicoativas; comportamentos sexuais não convencionais; depressão; consumo de drogas; dependência química; dependência de drogas, droga de abuso; comportamento suicida; dependência de cocaína; transtorno de rótulo; TDAH; transtornos alimentares; religiosidade e saúde mental; usuários de crack; tabagismo; homicídio e transtornos mentais; tratamento psiquiátrico; maconha; terapias em dependência química; efeitos colaterais benzodiazepínicos; HIV; drogas injetáveis; drogas dopaminérgicas; comportamento violento; disfunção cerebral; entre outros.

➤ No final 61 textos apresentam no Título referências explícitas ao alcoolismo, datando o período de 1999 a 2011. Estes apresentam termos tais como: dependência de álcool; uso do álcool; abstinência do álcool; consumo de álcool; bebidas alcoólicas; beber e dirigir; álcool; abuso de álcool; álcool de farmácia; uso precoce do álcool; políticas públicas do álcool; dirigir alcoolizado; estudos do álcool; álcool e violência.

Dentre esses 61 textos, 20 também são encontrados com a palavra-chave **alcoolismo**.

❖ **Ciência e Saúde Coletiva**

Descritor: alcoolismo

➤ Através desse Descritor 8 textos são citados, e datam o período de 2002 a 2011.

➤ Desse total, 6 não apresentam no Título referência ao alcoolismo e foram excluídos. Aparecem termos tais como: desnutrição infantil; dependentes químicos; exposição a pesticidas; estratégia de saúde da família; mix público-privado; perfil epidemiológico.

➤ No final são 2 artigos válidos para compor a leitura, sendo que os dois fazem referência direta ao alcoolismo. Um dos artigos também é encontrado com a palavra-chave **álcool**.

Descritor: álcool

➤ Através desse Descritor 32 textos são citados, e datam o período de 2004 a 2011.

➤ Das referências encontradas, 25 não apresentam no Título referências explícitas ao alcoolismo, e foram excluídos. Apresentam termos tais como: transtornos psiquiátricos; psicose; fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis; violência doméstica; tabagismo; morbidade por acidentes; comportamento sexual de risco; uso de drogas; dependência de drogas; internação psiquiátrica; substâncias psicoativas; adolescentes em conflito com a lei, entre outros.

➤ Do período de 2004 a 2011, são 7 apresentam no Título referências ao alcoolismo. Tais como: bebidas alcoólicas; modo de beber indígena; usuários de álcool; consumo de álcool; uso de álcool; serviço público em álcool.

15.4 Resultado e Discussão

Diante da análise do conteúdo do material encontrado, três núcleos de significação foram formados, os quais serão descritos a seguir:

1. Transmissão do comportamento de beber: as explicações sobre a etiologia do comportamento do ‘beber problemático’, hábito que normalmente leva a dependência, têm forte tendência para serem descritas sobre o viés do determinismo biológico ou ambiental. De alguma forma, implícita ou explicitamente, esses comportamentos são

entendidos como sendo transmitidos numa relação parental, promulgadas de forma polarizada, ora com forte incidência de fatores da neurobiologia ou da genética, ora com forte incidência de fatores psicossociais

“... a probabilidade do aparecimento de problemas relacionados ao álcool entre os jovens está relacionada à existência de familiares alcoolistas. Quanto mais familiares alcoolistas, maiores são as chances de o abuso alcoólico se instalar”. (artigo 8)

“No que se refere à associação entre alcoolismo e morbidades psiquiátricas, é possível identificar um modelo neurobiológico e genético fortemente associado na causa dessas co-morbidades. É o que aponta o artigo sobre a co-morbidade entre ‘alcoolismo’ e TDAH”. (artigo 21)

“... filhos de alcoolistas também podem desenvolver transtornos psicológicos decorrente do uso dos pais. Assim, o alcoolismo parental pode repercutir em comportamentos que podem tomar a forma de delinquência, impulsividade, déficit de atenção, hiperatividade e impropriedade social”. (artigo 24)

2. Constituição do sujeito: as propostas terapêuticas estão respaldadas em teorias, as quais buscam entender sobre a natureza e a qualidade da experiência individual que aumentam a probabilidade e o risco do desenvolvimento da dependência. Dentro do histórico das abordagens terapêuticas para tratar o ‘alcoolismo’ vale destacar a influência de duas vertentes da psicologia, a psicanálise e a abordagem da aprendizagem social, da qual se desdobram as terapias comportamentais e cognitivas comportamental.

“ (...) o mais freqüente é que os pacientes não reconhecem sua dependência (...)” (artigo 8)

‘A prevenção da Recaída’, aqui o paciente é reconhecido como alguém capaz de se abster,

sendo entregue a ele a tarefa de apenas não recair, ou seja, a única coisa que precisa fazer é 'não recair'. (artigo 8)

“ao ‘modelo de aprendizagem social’ o qual considera que a aprendizagem do comportamento de beber resulta de influências sociais, familiares e de pares que modelam comportamentos, crenças e expectativas referentes ao álcool”. (artigo 10)

“O álcool facilita a sociabilidade, está inserido em celebrações sociais e torna as pessoas mais desinibidas, e como lubrificante social é um poderoso fator para o ‘reforçamento positivo’, ou seja, ele faz o papel de reforçador positivo do comportamento, uma vez que torna as pessoas mais desinibidas. Segundo a abordagem comportamental, a idéia de reforçador positivo, pode fortalecer associações entre álcool (outras drogas) e a satisfação associada a ele. Assim, os operantes ‘pedir álcool’ e ‘beber’ são fortalecidos e têm maior probabilidade de ocorrer no futuro”. (artigo 10)

“ (...) o modelo cognitivo de abuso de substância, é baseado na pressuposição de que experiências nas fases iniciais da vida são as bases para o desenvolvimento de problemas dessa natureza. Elas favorecem o desenvolvimento de esquemas, crenças nucleares básicas e crenças condicionais. Exposição e experiência com uso de drogas é parte desse processo, e crenças particularmente relacionadas ao uso de drogas serão desenvolvidas, algumas facilitando e outras evitando seu uso”. (artigo 10)

3. Sujeito ideal: A idéia de que é possível atingir um estado de comportamento onde não existam vícios, nem conflitos, e ainda que o sujeito só não atinge esse estado se ele não quiser, ‘a escolha está em suas mãos’, já que a ciência, as descobertas contemporâneas oferecem essas possibilidades. Para os alcoolistas, por exemplo, ioga, meditação, dieta balanceada, eliminar fonte de estresse, entre outros, já descobertos

pela ciência como eficazes, torna o sujeito um fracassado, por escolher não usar alguns desses métodos em seus benefícios.

(...) “no que se refere a determinantes intrapessoais, o mais importante está relacionado à ‘emoções negativas’, e também, porém com menor influência, estão os ‘desejos e tentações’. No que se refere a determinantes interpessoais apresenta como relevantes situações que envolvem ‘pressão social’, ou também aquelas situações de ‘conflitos pessoais’”. (artigo 10)

(...) “mudanças no estilo de vida são um elemento central para reduzir a probabilidade de recaídas, como a redução de fontes de estresse, busca de um equilíbrio entre prazer e obrigação, práticas de exercícios físicos, melhora na alimentação, ioga, meditação, ou qualquer outra forma de relaxamento.” (artigo 10)

“o Programa SMART Recovery, foi baseado na terapia racional emotiva comportamental de Albert Ellis. O termo SMART (que significa esperto, inteligente), é um anagrama das palavras Self-Management And Recovery Treatment (tratamento de recuperação por auto-manejo). É um programa que fornece instrumentos e técnicas para quatro questões programáticas: 1) melhorar e manter a motivação para se abster; 2) enfrentamento de fissuras; 3) resolução de problemas, manejo de pensamentos, sentimentos e comportamentos; e 4) equilíbrio no estilo de vida, balanceando satisfações momentâneas e duradouras.” (artigo 10)

“Também é importante desenvolver técnicas de resolução de problemas, de forma que o paciente saiba como lidar com situações de risco. Registros diários de pensamentos enfrentados com respostas racionais podem ajudar a manejar as fissuras”. (artigo 10)

Se formos levar em conta o contexto histórico do alcoolismo, vamos notar que o hábito de beber faz parte da humanidade há milênios, e que seu uso considerado doença é relativamente recente, datando os dois últimos séculos. De certo modo, isso se deve ao aumento da disponibilidade do produto e conseqüente aumento dos problemas relacionados ao uso, que faz com que novos olhares sejam lançados para descobertas que visassem medidas para sanar um comportamento que passou a ser entendido como nocivo para o indivíduo e para o meio onde ele vive.

Dentre os artigos pesquisados, é possível levantar informação convergente à literatura, a respeito de modelos de explicação para o alcoolismo, e como tais modelos vão mudando ao longo do tempo.

O primeiro modo de se explicar o alcoolismo é respaldado por um modelo moral, fortemente influenciado pela igreja. Tal modelo enfatizava a escolha pessoal como fator de causa primordial, entendendo o uso excessivo como uma violação consciente das normas, merecendo castigos. Após a definição do 'alcoolismo' como doença, o beber excessivo não poderia mais ser considerado um pecado, mas um comportamento racionalmente explicável e por isso passível de intervenção médica. Surgem outros modelos, tais como o modelo de temperança, e o modelo de degenerescência neurológica. (Diehl, 2011; Edwards, 2005)

Aqui podemos elucidar um momento em que o alcoolismo começa a se inserir como categoria diagnóstica, passando a ser um comportamento passível de ser observado, racionalmente explicável, e de possível tratamento.

Caponi (2009a) em um texto que pretende abordar os discursos e saberes referidos a medicalização do sofrimento, especialmente no caso da depressão, chama a atenção para o fato de ser possível identificar ao longo da história certas estratégias das quais as ciências humanas, entre elas a medicina, utilizaram para criar categorias de pessoas.

Pautando-se em autores como Nietzsche, Hacking, parte do pressuposto de que os nomes que são dados aos grupos humanos são enunciados capazes de produzir efeitos sobre os sujeitos classificados, desde que haja uma relação interativa que mantenha o enunciado (nome) ao ponto de fazer surgir subjetividades. Sendo assim, para se produzir subjetividades é preciso de algo além do próprio enunciado, é preciso que tal enunciado seja mantido por certo reconhecimento, ou seja, conferidos por autoridades, instituições. (Caponi, 2009a)

Para Hacking o enunciado é capaz de fazer surgir subjetividades se for mediado por uma relação interativa, onde alguns elementos são necessários, sendo: as pessoas classificadas, as classificações, os especialistas, as instituições, o conhecimento. E, especialmente àquele que enuncia uma classificação ou diagnóstico é preciso que se detenha de certo ‘poder de reconhecimento’. Diante disso, muitas estratégias de normalização foram criadas no âmbito científico e jurídico, e validadas como necessárias, já que ajudam o sujeito a reencontrar sua normalidade perdida. (Caponi, 2009a)

Principalmente a partir da evolução do conceito de ‘Síndrome de Dependência do Álcool’, se fortalece uma discussão polarizada para a causa do alcoolismo, a qual se refere aos genes e ao ambiente (Bau, 2002). No caso do alcoolismo, tal conceito de síndrome torna-se um enunciado aceito e validado, onde sujeitos e profissionais se reconhecem e interagem, e diante disso muitas práticas foram surgindo.

Os modelos explicativos que vão surgindo para explicar a etiologia do alcoolismo, de uma maneira ou de outra, mostram-se fundamentados em conceitos biológicos, entre eles explicações neurobiológicas e genéticas; ou em conceitos psicossociais, entre eles as teorias comportamentais e/ou cognitivo comportamentais.

Tais modelos são aceitos conforme a ciência vai ampliando seu conhecimento dentro de uma comunidade de cientistas, especialistas. Como exemplo, através de estudos com animais a ciência pretende-se capaz de demonstrar a existência de estruturas cerebrais responsáveis pelas emoções e comportamentos, achados amplamente aceitos e até hoje pouco refutáveis. Mas, de fato, trata-se até hoje de estudos inconclusivos, o saber médico continua procurando fatores biológicos para comportamentos humanos sem parar para pensar em outras alternativas analíticas.

É o caso do ‘sistema límbico’, estrutura anatômica responsável pelas emoções e comportamentos, ou seja, o termo “sistema límbico” é usado para descrever todo o circuito neuronal que controla o comportamento emocional e as forças motivacionais. (Guyton, 2006)

Essa descoberta é aqui citada apenas como exemplo, para elucidar como a ciência vai se edificando e sustentando modelos biológicos do comportamento, capazes de englobar os mais diferentes aspectos em uma única estrutura, sem que essa estrutura seja de fato explicativa. As explicações para o comportamento ‘alcoolista’ também foram se consolidando com base em explicações biológicas, o que é claramente encontrado entre os artigos. Desse modo as explicações

biológicas acabam sendo funcionais para o processo de medicalização dos comportamentos mais variados, dentre eles o alcoolismo.

Também acredita-se que é possível identificar algum tipo de determinismo biológico entendido como causa para o alcoolismo, no que se refere a relações parentais. Ainda que, a proximidade das relações familiares faz com que não seja possível considerar apenas a transmissão genética, já que nesses casos além dos fatores genéticos, existem também os ambientais, como por exemplo, o costume de beber em reuniões familiares. Contudo, estudos apontam que tanto um fator, como o outro, são causas predisponentes para o alcoolismo, sustentando, assim, uma tese que não foi nem é demonstrada.

Dentro do contexto histórico da transmissão genética do alcoolismo, este já foi incluído em um grupo de “degenerescências mentais” hereditárias; movimento preconceituoso e bem ultrapassado, que visava esterilizar os doentes para que não transmitissem seus males para as gerações futuras. Contudo, como as doenças mentais foram incluídas em uma categoria de doenças multifatoriais, não foi mais possível determinar que um único gene fosse responsável por essa transmissão. (Bau, 2002)

Atualmente, a existência de uma predisposição genética para o alcoolismo mudou seu foco, e foi tentado evidenciar essa relação através de estudos com gêmeos e de adoção. Estudos com gêmeos observaram uma concordância maior entre os monozigóticos em relação aos dizigóticos, sugerindo um efeito genético, ou seja, uma herdabilidade do alcoolismo. Também estudos de adoção, comprovam a existência de uma predisposição genética, já que filhos de pais biológicos alcoolistas, quando criados por pais adotivos não alcoolistas, apresentam um risco maior de apresentar alcoolismo. (Bau, 2002)

Esses estudos reforçam o papel dos genes na transmissão da dependência, porém, mesmo que demonstrem a existência de um componente genético, não permitem a identificação do mecanismo patológico, e nem dos genes predisponentes à dependência. Presume-se que existam muitos genes participantes, a maioria deles com um pequeno efeito. (Diehl, 2011; Bau, 2002)

Achados genéticos atuais, sobretudo em relação ao uso e abuso do álcool, têm em mente que:

“as dependências químicas são, em sua origem, doenças resultantes da relação entre o acervo genético do indivíduo e pelo menos um fator ambiental, o consumo da substância de uso ou de abuso. Ou seja, evolutivamente é impossível

pensar em uma predisposição para essa ou aquela dependência, mas é possível prever o quanto o contato de certos indivíduos com a substância psicoativa leva a padrões mal-adaptativos de consumo. Neste sentido, parece ser consenso entre os pesquisadores da área que o quadro é complexo, no qual múltiplos genes interagem com fatores ambientais ao longo de diferentes estágios do desenvolvimento da dependência química.” (Diehl, 2011)

Diante dos parágrafos expostos acima sobre transmissão genética do alcoolismo, e buscando subsídios para entender em que essas informações refletem, é válido trazer uma passagem do livro *A Tripla Hélice: gene, organismo, ambiente*, de Richard Lewontin, onde o autor defende que o ‘pré-formacionismo’ ainda triunfa nos dias de hoje. A Pré-formação se refere a uma das teorias da reprodução da ciência pré-moderna, que está respaldada no entendimento de que os genes contidos no óvulo fertilizado determinam a estrutura final de um organismo, enquanto o ambiente, no qual o desenvolvimento tem lugar, satisfaz simplesmente, uma série de condições que permitem aos genes, a expressão da informação que detêm. De acordo com o pré-formacionismo, cada espermatozóide continha, à partida, um organismo adulto em miniatura, e o desenvolvimento seria apenas o crescimento, e a consolidação, deste ser minúsculo.

É claro, que assim como a noção bizarra de “*degenerescências mentais hereditárias*”, esse conceito já caiu por terra, o que não quer dizer que a ciência tenha mudado completamente seu jeito de ‘pensar’. De certo modo ainda carregamos uma herança deste pensamento, pois segundo Lewontin:

“... não existe qualquer diferença, para além de alguns pormenores, entre a idéia de o organismo estar, à partida, completamente formado dentro do óvulo fertilizado, e a de, também no óvulo fertilizado, existir um programa genético completo com toda a informação necessária ao desenvolvimento de um ser”. (Lewontin, 1998)

No que se trata ao alcoolismo, um dos maiores achados da genética psiquiátrica se refere à associação entre a variante genética inativa da enzima aldeído desidrogenase e a proteção para o desenvolvimento da dependência. Foi demonstrado que variações

genéticas nessas enzimas, responsáveis pelo metabolismo do álcool, determinam diferenças interpopulacionais na prevalência do alcoolismo, e constituem os únicos genes com papel confirmado no alcoolismo. (Diehl, 2011; Bau, 2002)

É comprovado que a deficiência nessa enzima provoca um aumento no nível sérico de acetaldeído após o consumo do álcool. Estes indivíduos tendem, então, a beber menos, já que esse aumento do acetaldeído, que é tóxico, e provoca reações desagradáveis, entre elas vasodilatação periférica, náusea, cefaléia e taquicardia. Assim, pessoas que apresentam variantes genéticas que metabolizam mal essa substância terão uma chance menor de desenvolver dependência do álcool. Esta deficiência é altamente prevalente entre os orientais. (Diehl, 2011; Bau, 2002)

Mas contradizendo esse dado, no que se refere a culturas onde o consumo de álcool é grande, estatísticas apontam que a cultura japonesa, junto com a americana, irlandesa e russa, está entre as grandes consumidoras de bebidas. (Silva, 2000)

No entanto, não é o intuito dessa constatação, o de refutar um dado considerado tão importante, e inovador no meio científico, mas de alertar que ao aceitar uma indicação como determinante ou não para o alcoolismo, estaremos ao mesmo tempo eliminando todas as outras indicações possíveis. Mesmo, com todas as descobertas, a ciência não deixa de reconhecer que os caminhos são muitos a trilhar na descoberta de fatores que envolvem o 'alcoolismo', muitas perguntas ainda continuam abertas.

De todo modo, mesmo reconhecendo que todo conhecimento é um campo aberto a novas descobertas, os modos de explicação para o alcoolismo se pautam em explicações biológicas ou ambientais, que ao longo do tempo vêm tentando ser validadas, e são estas as que estão apresentadas entre os artigos, sendo que delas partem a maioria das propostas terapêuticas existentes para tratar o alcoolismo.

Em torno desse conhecimento cria-se uma relação interativa que mantém a categoria 'alcoolismo' através do diagnóstico, o qual será mantido pela rede que se constitui através daquele considerado alcoolista. É a partir do modelo de explicação biológica, que irão surgir a maioria dos tratamentos terapêuticos vigentes, e mais recentemente, também embasados em tal modelo, o tratamento farmacológico.

Foi possível visualizar no material, que de um modo geral, quase todas as propostas terapêuticas não medicamentosas para tratar o alcoolismo estão embasadas basicamente em duas vertentes da

psicologia: a psicanálise e a abordagem da aprendizagem social. E para ir de encontro com a discussão trazida até o momento, podemos afirmar que tais práticas terapêuticas valorizam um sujeito dividido entre a sua constituição biológica e seu ambiente.

Para trazer um pouco mais de elucidação sobre esse tópico, vale buscar na história algo que se sobrepõem a isso, trata-se do modelo biomédico. Este modelo teve grande aceitação, porém, no que se refere à atualidade, é bem questionado.

Muito já se falou sobre modelo biomédico, por isso a intenção aqui não é esmiuçá-lo, mas apontar superficialmente algumas de suas concepções que sustentam o modo determinista e reducionista que a grande maioria das práticas em saúde incidi sobre as afecções que acometem os indivíduos.

O modelo biomédico enfatiza as anormalidades biológicas, tem uma tendência ao reducionismo e considera aspectos universais da patologia. Assim, dentro dessa perspectiva, é bem possível buscar uma causa específica para a doença, pois as normas para parâmetros fisiológicos e psicológicos são descritos de modo universal, sendo que qualquer desvio a norma é considerado doença. (Ramos, 2006)

Então, no que se refere ao determinismo psicológico todos os pensamentos, emoções e ações têm causa. Vejamos:

Para a psicanálise, todos os eventos psicológicos são causados por impulsos insatisfeitos e desejos inconscientes. A personalidade é composta por três 'estruturas' que ao interagirem governam o comportamento humano, são elas, o id, o ego e o superego. O id seria a parte mais primitiva da personalidade, consiste de impulsos biológicos básicos, como a necessidade de comer, beber, eliminar resíduos, evitar a dor. A função do id é buscar a gratificação imediata desses impulsos. Logo as crianças aprendem que nem todos seus impulsos podem ser imediatamente gratificados, é quando o ego começa a se desenvolver fazendo com que a criança começa a considerar as demandas da realidade. O fato é que os impulsos começam a ser controlados por recompensa e punições parentais. E então, em resposta a essa recompensa ou punição, surge o superego, que é uma representação internalizada dos valores e normas da sociedade. (Atkinson, 1995; Fadiman & Frager, 1986)

Quando as gratificações dos impulsos devem ser adiadas, ou porque alguma necessidade básica não está sendo saciada, ou pra não violar os parâmetros do superego, isso causará no indivíduo angustia e mecanismo de defesa, considerados centrais para o comportamento mal-

adaptativo. Uma das hipóteses para o comportamento de beber é que se uma pessoa foi desmamada cedo demais e não teve suficiente prazer com a sucção, pode fixar-se no estágio oral, e quando adulta esta pessoa pode ser excessivamente dependente de outros e demasiadamente adepta a prazeres orais, tais como comer, beber e fumar. (Atkinson, 1995)

Então, como vimos, as explicações psicanalíticas para a dependência, a entende como se tratando de um desenvolvimento anormal da personalidade, oriundos muitas vezes de experiências infantis. Propõem que cada estágio do desenvolvimento infantil possui seus desafios e necessidades, e o fracasso em superá-los acarreta dificuldades para suplantar os estágios posteriores. Assim, o consumo de substâncias psicoativas aparece como um mecanismo para aliviar as frustrações resultantes da inabilidade de ajustamento aos conflitos vigentes. (Diehl, 2011)

E para a abordagem de aprendizagem social (descendente contemporâneo do behaviorismo), o comportamento é seu principal foco. Esta salienta a importância dos determinantes ambientais ou situacionais do comportamento. O comportamento é resultado de uma interação contínua entre variáveis pessoais e ambientais. As condições ambientais moldam o comportamento através da aprendizagem; o comportamento de uma pessoa, por sua vez, molda o ambiente. Pessoas e situações influenciam-se reciprocamente. A fim de prever o comportamento, é preciso saber como as características do indivíduo interagem com as características da situação. (Atkinson, 1995)

Assim, as teorias comportamentais compreendem a dependência como um comportamento estruturado a partir da presença de estímulos de reforço específicos: reforços positivos e reforços negativos. Os positivos procedem da atuação farmacológica na ação cerebral provocada pelo uso (sensação de prazer) e de situações ou objetos associados ao uso. O reforço negativo está ligado à busca de alívio para os sintomas de abstinência. Esse comportamento estruturado instaura-se por meio desses estímulos, e o indivíduo fica condicionado ao uso. A abordagem da teoria cognitivo-comportamental baseia-se na mesma premissa, portanto aqui, a emoção está relacionada a muitas reações e que, portanto, a cognição e o comportamento não deveriam ser visto separadamente. Nessa proposta, a dependência é vista como um hábito adquirido ou comportamento aprendido, automático e passível de ser modificado ou desaprendido. O padrão mal-adaptativo do comportamento deve, então, ser substituído por um padrão mais

apropriado, por meio de correção de pensamentos e crenças disfuncionais. (Diehl, 2011)

Como vimos, essas duas vertentes buscam apresentar um teoria bem estruturada para a dependência, cada uma pautada em uma noção diferente da constituição do sujeito. As duas são muito aceitas, entretanto, no que se referem às práticas clínicas, as abordagens comportamentais sobressaíram, sendo atualmente as mais usadas no contexto clínico.

Entre os artigos pesquisados encontram-se validadas tais propostas terapêuticas para o alcoolismo, bem como, e com uma faceta inovadora, os fármacos.

No que se refere às propostas terapêuticas, o problema é que, como pôde ser percebido, as duas estão pautadas no modelo biomédico, e dentro dessa perspectiva, é visto que:

“psique e corpo tem uma relação causalista e determinista, sendo possível discriminá-los objetivamente. Saúde é definida como ausência de doença, a qual, por sua vez, é definida como o mau funcionamento de mecanismos biológicos e/ou psicológicos”. (Ramos, 2006)

No que se refere aos fármacos o problema é ainda mais preocupante. Alguns artigos se referem aos fármacos como uma faceta inovadora no tratamento do alcoolismo. Um conhecimento que se aponta sendo extremamente validado. O fato é que temos uma rede eminente de autores que questionam as práticas de medicalização, quando essas estão dirigidas a tratar o sofrimento e aflições humanas. Se formos pensar que o alcoolismo pode ser algo que ocorre além do corpo, um problema que tem suas origens além dos limites do organismo, cabe questionar a quem tais práticas beneficiam.

Hernández (2010) em seu texto *A medicalização dos estados de ânimo: o consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições*, alerta que o consumo exagerado de antidepressivos é um ponto de debate a respeito de ‘quais são as potencialidades científicas e os limites éticos para desenhar personalidade e emoções, qual a pertinência do uso de fármacos para alcançar a felicidade bem como do uso da psicofarmacologia como meio de controle social, econômico e político’.

O autor menciona que a atenção voltada à saúde mental dividiu-se em uma biopolítica das psicoses e transtornos graves, com intuito de conter processos neuroquímicos através dos neurolépticos, e uma

biopolítica das doenças leves, mal-estar e adversidades humanas, orientada a assistência de amplas camadas da população. (HERNÁEZ, 2010)

O autor ressalta que dentro da nossa sociedade, advento do industrialismo avançado, existe uma ‘lógica da mercadoria e seus fetiches’, a qual contribui que uma grande diversidade de objetos, produtos, serviços, cânones estéticos, modelos sobre subjetividades, etc., se insiram globalmente através de suas distribuições e consumo, gerando certas regularidades que às vezes são camufladas pelas diversidades locais. O fato é que ‘diferentes mundos locais ficam presos em redes transnacionais de mercantilização’. (Hernández, 2010)

Com isso, pode-se dizer que em âmbito global emerge a figura do “corpo consumidor” como novo paradigma do individualismo, o qual busca sobressair como um corpo hipernormalizado, ativo, ávido pela capacidade de consumo, relegando um corpo anômalo, desigual, deprimido, o qual se tornou símbolo de fracasso frente à estrutura social. (Hernández, 2010)

Saúde plena, bem estar, felicidade, inclusão tornaram-se produtos de mercado, cobiçados por todos e oferecidos pela indústria, e é dentro dessa lógica que funciona a indústria farmacêutica, e é ela a que mais se beneficia e fatura. O ganho da indústria farmacêutica vendendo o ‘sujeito ideal’ é imediato, aliada à ciência e a mídia, ela age numa consciência coletiva fazendo acreditar que o corpo ideal, a felicidade podem ser oferecidos em seus produtos e consegue distribuí-los amplamente. Já o sujeito que acredita estar adquirindo uma ‘pílula mágica’ capaz de resolver suas aflições, logo se depara com o custo elevado de seus prejuízos, já que não adianta medicar angústias, frustrações advindas da experiência cotidiana, o ser humano está inserido no meio e nele deve viver suas aflições.

Caponi (2009a) ressalta que não se trata de negar que o sujeito possa adoecer frente suas angustias e sofrimentos, e de fato diante de certas dificuldades que o organismo encontra para dar respostas às demandas de seu meio lhe impõe, este pode sim iniciar um processo de enfermidade. A problemática reside no fato de que os sintomas são valorizados e tratados a partir de critérios estatísticos e universais, e não a partir da subjetividade do próprio sujeito, do modo como ele mesmo, através da relação com o meio, foi desenvolvendo tais sintomas.

Os sintomas, e isso é muito preocupante no que se refere à saúde mental, passam a existir à priori, muitas vezes são encarados pelos profissionais como algo separado da história de vida do sujeito, eles

simplesmente se instalam e podem ser detectados pela ‘ciência’, simplesmente aparecem porque aquele sujeito se desviou do que é considerado como um organismo normal.

Caponi descreve como está pautada a lógica que atualmente atribui aos sujeitos normalidade:

“Si respondemos a nuestros sufrimientos, sea aislamiento social; desempleo; falta de reconocimiento profesional; asedio moral en el trabajo; transporte público precario o inexistente; abandono; etc., sin alteraciones de humor, sin sentimiento de frustración, sin alteraciones de apetito o sueño entonces ingresaremos al selecto círculo de los “normales”. Si por el contrario, demostramos fatiga y desgano, sentimientos de irritación y frustración, alteraciones en el sueño o el apetito (por un período mayor de dos semanas) em situaciones semejantes, seremos diagnosticados como depresivos”. (Caponi, 2009a)

Sofrimentos, angustias devem ser encarados como sentimentos normais e cotidianos, fazem parte de nossa existência, e ao serem negados por nossa sociedade, desautoriza o sujeito a se apropriar de suas aflições e encontrar saídas para as mesmas. A autoridade passa a ser dos especialistas, das instituições, os quais foram transformando ao longo do tempo, pautados pelo progresso, o sofrimento em doença. Assim, devemos considerar que existe um desajuste das relações e não do sujeito que se apresenta.

Todavia, esse sujeito se apresenta de maneira a ter incorporado seu sofrimento a partir do discurso de doença, ele acredita que está doente e deseja ser medicado, sendo que o medicamento significa um bem de consumo. Cada vez mais esse sujeito vem se abdicando de sua singularidade, subjetividade, onde ele deveria se apropriar do seu processo de cura.

Hernández (2010) chama atenção para o fato de que dentro da interação dos profissionais da saúde mental, existe “modelos explicativos” populares que favorecem a medicalização dos estados de ânimo, no sentido em que se acredita que os pacientes buscam nos antidepressivos uma saída para sanar as aflições da vida cotidiana. Os próprios pacientes já procuram ajuda imbuídos do discurso biomédico,

onde enxergam seus mal-estares como doença, negligenciando suas vivências.

No caso do alcoolismo, podemos questionar se realmente, independente dos achados da ciência, se faz necessário medicar uma pessoa que sofre por seu hábito de beber: os conflitos que levam tal indivíduo a beber podem estar situados além dos limites do organismo alcançado pela ciência, a origem do seu hábito de beber pode estar relacionado com aflições advindas da vida cotidiana, um âmbito que fármaco nenhum alcança, por mais elaborado e desenvolvido que seja.

O problema não está em entender que o alcoolismo possa ser uma ‘doença’, como um mal que aflige o sujeito, o qual merece ser visto e cuidado. O problema está no modo como entendemos e tratamos a ‘doença’, principalmente no âmbito da saúde mental. O sujeito que apresenta problemas com o hábito de beber, o qual lhe afeta a vida e as relações, é visto simplesmente como alguém que apresenta um comportamento desviante do normal. O foco é o comportamento ‘anormal’ que se desvia, e não a sociedade atuante produzindo tais comportamentos.

Caponi (2009b) sobre a medicalização de condutas classificadas como anormais ressalta que esta se estendeu a praticamente todos os domínios da nossa existência.

Pautada em autores como Foucault e Canguilhem, considera a discussão sobre a biopolítica da população ser um processo complexo que apresenta as facetas das intervenções normativas, as quais buscam demarcar fronteiras entre normalidade e desvio. Na conquista do ‘homem moderno’ a respeito do reconhecimento dos seus direitos, esferas da vida, da saúde, do corpo passam a ser integrados ao campo da política, iniciando-se a partir daí processos de intervenções, onde algumas apresentam-se de forma positiva como é o caso da conquista dos direitos básicos, outras, porém apresentam-se de maneira muito negativa e dominadoras no que se refere a controlar condutas sob a categoria de anormalidade. (Caponi, 2009b)

Então, considerando que o entendimento de doença está embasado em princípios de ordem social às quais estão submetidas às práticas coletivas, podemos dizer que o desenvolvimento de saberes referidos ao alcoolismo como doença colaborou para enfatizar seus aspectos negativos e para mobilizar a construção de controles sociais. Levando em conta que os termos alcoólatra e alcoolismo remetem a um diagnóstico, bem como a insultos, estamos presenciando as estratégias de controle inseridas socialmente.

Neves (2004) ressalta que sobre o modo de entender o alcoolismo é preciso que haja a desconstrução das associações redutoras e moralizadoras que envolve tal saber. Defende a importância de se compreender o alcoolismo como um fenômeno social, pois retribuindo-lhe o caráter social, os modos moralizantes de representação do alcoolismo podem ser percebidos. Assim, a unidade de análise deve recair sobre grupos e indivíduos relacionais, destacando que o alcoolismo aparece inseparável dos alcoólatras, dos alcoólicos e dos agentes autorizados à etiquetagem.

Assim, diante do conteúdo encontrado nos artigos, pôde-se perceber uma valorização do discurso biomédico que vem sendo traçado pela medicina, bem como dos achados estatísticos advindos da epidemiologia. O fato é que esses conhecimentos se baseiam ou em estruturas fisiológicas ou em normas de desvio, que além de oferecer um entendimento limitado, reducionista, cria mecanismo de controle e preconceitos. O que precisamos é que esse foco se amplie, que outros construtos se validem, aliando-se os conhecimentos. Felizmente, além do que apresentam os artigos estudados, outras perspectivas existem, oferecendo outros entendimentos e práticas.

No âmbito do alcoolismo, podemos citar a perspectiva antropológica, que entretanto contrapõem-se a perspectiva epidemiológica por exemplo, já que recusa-se a incorporar categorias médicas, bem como salienta a relatividade e a historicidade da noção do alcoolismo como doença. Na perspectiva antropológica entende-se que o alcoolismo é muito mais um traço da cultura e muito menos uma patologia. E ainda, entende-se que o alcoolismo sendo definido como doença ou como desqualificação da pessoa moral, o que está em voga é o poder de quem diagnostica e reivindica a legitimidade do enquadramento social, bem como do poder de desmoralizar. (Neves, 2004)

Segundo a autora, o beber qualificado como excessivo não deveria ser compreendido apenas pela perspectiva da doença e do desvio ou tão somente pelo ato individual. Os padrões do uso do álcool, suas funções e significados são consoantes ao contexto cultural em que o ato de beber ocorre. A ingestão alcoólica, mesmo a considerada abusiva, constitui um ato social, a qualificação do abuso nada mais é que a denuncia coletiva da transgressão das regras a ele inerentes. A possibilidade social da embriaguez induz à construção de regras restritivas, tanto pelo bebedor abusivo, como pelos que o condenam.

Nesse sentido, podemos falar da necessidade de uma mudança de paradigma. Muitos autores, pensadores já iniciaram reflexões para que essa transformação ocorra, e que a mudança se concretize, ou seja, novas narrativas capazes de construir práticas mais eficazes e humanas no que se refere ao olhar e ao cuidado a saúde.

Retomando a atenção ao modelo biomédico, esse só começou a ser questionado dentro da comunidade científica muito recentemente, a partir da década de 80, e de forma incipiente outro modelo começa a ser proposto. O modelo holístico, compreende uma visão de mundo ecológica e abrangente, nele o universo é visto como um sistema vivo e interconectado. Ressalta que mesmo com o surgimento desse novo modelo, ainda não há um referencial teórico estabelecido, conceitual ou institucional que possa situar a problemática de saúde e doença dentro de um novo paradigma, e alerta para a necessidade de uma nova conceituação teórica, bem como métodos de pesquisa e tratamento condizentes. (Ramos, 2006)

O fato é que, muito antes do modelo holístico, alguns autores já se contrapunham aos pressupostos que estavam sendo firmados pela ciência. É mais intrigante ainda, é que entre os mais notáveis, está um contemporâneo e discípulo da psicanálise. Segundo Jung, a psicologia ao se ater a fatos fisiológicos para entender a complexidade do comportamento, é como se tivesse perdido o foco, ou melhor, é como se ela não tivesse evoluído:

“Não é difícil concordar que as características fisiológicas são grandezas visíveis, palpáveis e imensuráveis. Mas em matéria de psicologia nem mesmo o significado das palavras foi ainda fixado. Dificilmente se encontram dois psicólogos que concordem quanto ao conceito de “sentimento”, embora o verbo “sentir” e o substantivo “sentimento” se refiram a fatos psíquicos; de outro modo nunca se teriam criado palavras para designá-los. Em psicologia tratamos de fatos em si mesmos definidos, mas que não foram definidos cientificamente; é um estado de conhecimento até certo ponto análogo ao das ciências naturais na Idade Média; pois em psicologia cada um sabe melhor do que o outro. Há apenas opiniões sobre fatos desconhecidos. Por isso, os psicólogos revelam sempre um tendência quase invencível a se aferrar a fatos fisiológicos, porque aqui eles se sentem

abrigados, na segurança de coisas que parecem conhecidas e definidas.” (Jung, 2000)

Stanislav Grof (1994), é outro autor que busca uma visão transformadora para a compreensão da constituição do sujeito. Ele traz uma reflexão interessante a respeito dos estados alterados de consciência proporcionado pelo uso de substâncias psicoativas.

Fazendo um retrocesso histórico relembra que culturas antigas e pré-industriais mostravam grande interesse pelos estados não comuns de consciência. Eram considerados poderosos instrumentos para ligar-se às realidades sagradas, à natureza, e entre si, bem como usavam tais estados para identificar doenças e curas. Estados alterados também eram vistos como importantes fontes de inspiração artística, e um caminho aberto para a intuição e a percepção extra-sensorial. Gastavam considerável tempo e energia desenvolvendo várias técnicas de alteração da mente, usando uma variedade de contextos rituais.

Esses comportamentos foram fortemente negligenciados pela ciência tradicional e por toda cultura ocidental, que com ênfase na racionalidade e lógica, colocaram grande valor ao sóbrio estado mental de todos os dias, relegando todos os outros estados da consciência ao setor da patologia inútil. (Grof, 1994)

Ressaltar a idéia deste autor neste estudo, não significa fazer apologias, muito menos menosprezar os efeitos reconhecidamente nocivos do uso indevido do álcool na sociedade contemporânea. Mas antes de tudo, incitar reflexões a respeito de que tais condições antes de serem consideradas ‘loucura’, deviam ser consideradas humanas. E talvez esse seja o ‘ponto cego’ da ciência, talvez incida aí o erro e o motivo pelo qual as propostas terapêuticas para o tratamento do ‘alcoolismo’ apresentem taxas tão baixas de eficácia, que além de não resolverem o problema que acomete ao indivíduo, estão longe de resolverem os problemas sociais advindos do uso, os tão comumente citados, violência, acidentes, entre outros.

Mesmo levantando esse ponto, acredito que essa compreensão esteja longe de ocorrer dentro da nossa sociedade, ainda mais no que se refere à comunidade científica. Esta não consegue nem abandonar o modelo biomédico, quem dirá aceitar estados alterados de consciência como algo da faceta humana, e ainda mais, que possa ser usado como potencial de evolução.

Para finalizar o assunto no que tange às propostas terapêuticas, é muito conveniente destacar que um dos modelos de tratamentos

considerados mais eficazes desde seu surgimento até os dias atuais se refere aos Alcoólicos Anônimos (AA).

Fundado nos EUA em 1935, por dois dependentes de álcool, tem origem de uma vertente cristã evangélica, e tornou-se um grupo mundialmente conhecido por propor tratamento através de grupos de auto-ajuda. Apesar de reconhecerem o ‘alcooolismo’ uma doença, não existem médicos, nem equipes terapêuticas, a equipe é composta basicamente por alcoolistas em recuperação ou dependentes. Atualmente, estão presentes em quase todo o mundo, contam com mais de 100 mil grupos e mais de 2 milhões de membros, sendo o único requisito necessário é a vontade do sujeito em parar de beber. A literatura reconhece que há uma possível influência positiva da espiritualidade na recuperação dos dependentes de droga, a exemplo do AA. (Diehl, 2011; Edwards, 2005)

Porém, um dado muito interessante, é encontrado em um dos artigos da Ciência e Saúde Coletiva, o qual se refere às representações sobre o contágio e a doença em ex-bebedores. Foi percebido que os AAs sublinham, frequentemente, que o alcoolismo é uma “doença da família”, afetando todos aqueles que convivem com o alcoólico, tendem para uma percepção do “contágio” que se faz de forma “indireta”. (Campos, 2005)

Diante de tudo que foi exposto, fica claro, que de algum modo é lucrativo para ciência, e pra sociedade como um todo, que se mantenham as práticas embasadas neste pensamento reducionista do modelo biomédico.

Cada vez mais existe o apelo de um sujeito ideal, bem como o de que a ciência deverá ser capaz de descobrir tudo que se desvia desse ideal, e apresentar soluções concretas para eliminar qualquer que seja os fatores que causam imperfeições, doenças, etc. A indústria farmacêutica já navega por essas águas, o ideal da perfeição. A promessa é um indivíduo perfeito, sem conflitos, um mundo sem doenças, onde tudo será solucionado, ou seja, ‘castelos de areia’.

Camargo (2011), em um estudo que buscou identificar quais discursos veiculam pela mídia brasileira sobre a compreensão dos benefícios das descobertas da genética e suas correlações com a saúde, pôde identificar que estes discursos articulam-se com narrativas mais amplas com implicações políticas que reforçam as autoridades dos especialistas biológicos. Um das categoria tem o nome de ‘ganho futuro’, nela é possível identificar, o quanto a ciência, principalmente a

genética, prometem soluções futuras e imediatas de problemas ainda insolúveis.

Entretanto, não se trata de culpar os avanços da ciência que visam esforços para melhorar o sofrimento humano, mas trazer à tona as implicações daquelas descobertas que estão pautadas em preconceitos, exclusões, ao postular um ideal de um ser humano sem defeitos, sem sofrimentos, sem conflitos.

Mesmo a ciência aludindo a uma perfeição, e que isso seja ainda mais massacrante quando se trata do discurso predominante a cerca da saúde e doença mental. Muitos profissionais e acadêmicos têm transcorrido no sentido de se opor a tais discursos.

Kenneth Gergen (2010), faz considerações interessantes para apoiar ainda mais tal discussão. A princípio, e pelo eterno jogo ‘dos dois lados da moeda’, ele parece sustentar que o discurso de doença mental, tal como é sustentado pela ciência, tem também seus benefícios.

Segundo ele, a linguagem de déficit mental que opera dentro da cultura pode ter seu lado positivo. Ou seja, o vocabulário das profissões de saúde mental pode servir para tornar o estranho familiar, e assim, menos assustador.

“No lugar de ver o comportamento incomum como “obra do diabo”, “assustadoramente estranho”, por exemplo, padronizamos certos rótulos que significam que, de fato, tais comportamentos não são incomuns, são bastante familiares para as autoridades da área. E, além disso, esse processo de familiarização convida a substituir repugnância e medo por reações mais humanas (...) podemos ser mais compreensivos e acolhedores com alguém que sofre uma doença do que com alguém que parece deliberadamente destrutivo. Além disso, pelo fato das profissões da saúde mental serem aliadas à ciência, e a ciência ser socialmente representada como progressista ou como solucionadora de problemas, a rotulagem científica também convida a uma atitude esperançosa com relação ao futuro.”
(Gergen,2010)

Porém, em seguida dessa afirmação, este autor afirma taxativamente que o otimismo nessas questões é raramente merecido, e ressalta que existe um lado obscuro e insondável bastante significativo naquilo que não se consegue entender.

Os termos do déficit mental operam como dispositivos de valoração, atribuindo aos indivíduos determinados lugares ao longo de uma escala culturalmente aceita, entre o bom e o mau. Assim, todos os termos de saúde mental são desqualificadores, todos marcam o portador como socialmente inferior. E, quanto maior a quantidade de parâmetros para o bem-estar mental, tal maior o número de formas pelas quais uma pessoa pode ser inferiorizada em comparação com outras. (Gergen, 2010)

E no que se refere ao contexto de tratamento, a linguagem é tecnologizada, ou seja, ela se transforma em propriedade de uma profissão, e à medida que os problemas das pessoas são tecnologizados, rotulados e mensurados pelos profissionais da área, a pessoa portadora é desqualificada como portadora de um saber a respeito do seu próprio problema. (Gergen, 2010)

Concluindo, podemos claramente supor, que uma das conseqüências catastróficas, se refere à intensa produção de psicofármacos, surgindo cada vez mais aprimorados, com muitas promessas e em larga escala. Diante disso, e da urgência em se propor novas medidas, novos saberes, enfim, transformar essa prática, que de certo modo é cruel, destaco aqui que entre as principais mudanças necessárias, está na compreensão do que realmente é a constituição do ser humano.

Deixando de entender a consciência como um subproduto dos processos neurobiológicos do cérebro humano, e passando a entender consciência e psique humana como expressões e reflexos de uma inteligência cósmica que permeia todo universo e toda a existência. Não podemos ser vistos apenas como animais muito evoluídos, com computadores biológicos encaixados em nosso cérebro. Somos também campos ilimitados de consciência transcendendo tempo, espaço, matéria e causalidade linear. (Grof, 1994)

“Quando nos aproximarmos da imagética dionisíaca, nós nos encontraremos com sua natureza contraditória e com sua irracionalidade; mas precisamente essa irracionalidade de Dionísio nos servirá de veículo metafórico para explorar zonas de ‘sombra’ na natureza humana.” (López-Pedraza, 2002)

15.5 Considerações Finais

No entendimento sobre os fatores que estão relacionados ao abuso ou dependência do álcool, ‘cai por terra’ aquele que acredita que tal condição atinge de fato aos pobres ou miseráveis. Este estereótipo sugere apenas preconceito e discriminação, e não está mais em voga. A realidade é que existe uma vulnerabilidade a problemas relacionados com bebidas ou outras drogas na população em geral, e se formos ampliar para as mais variadas formas de vícios, poderemos dizer com certeza, que a maior parte da população, entre defeitos e virtudes, tem vícios.

Entretanto, estaremos relegando o ‘alcoolismo’ de sua magnitude se o equiparmos a uma simples condição humana, já que suas proporções maléficas não nos permite aceitá-lo de maneira tão leviana. Por exemplo, o ato de fumar, também pode ser considerado vício, mas se levarmos em conta as suas dimensões, não há relatos de alguém que causou um acidente de carro porque fumou demais, ou de alguém que provocou uma agressão pelo motivo de ter fumado um cigarro, bem como não é considerado como relevante que conflitos familiares acontecem pelo hábito de fumar. E todas essas constatações são verdadeiramente válidas para o alcoolismo, de certo, de todos os hábitos ou vícios, esse pode ser considerado o mais nocivo para o indivíduo.

Em contraponto, não podemos cair no erro de buscar um mundo ideal, que seria aquele mundo sem alcoolistas, sem ‘viciados’, o qual sugere um ser humano sem conflitos, sem defeitos, até porque imaginar um mundo ‘cor de rosa’ não faz parte do realismo da ciência.

Por isso, existe um interesse crescente em buscar explicações, e o que a ciência vem tentando é cobrir lacunas para chegar a conteúdos que de fato sirvam de subsídios para medidas plausíveis contra o alcoolismo, para que as conseqüências desse uso sejam menos catastróficas, medidas que visem apoiar o ser humano quando ele se encontra nessa condição, o que significa salvar vidas, em seu mais amplo sentido.

De fato a ciência tem essa intenção, porém, mesmo com todos seus esforços, os problemas com o álcool cada vez mais vem tomando maiores proporções, com isso a diferença entre intenção e resultado é grande. E de certo modo, é ela mesma que alimenta um discurso que para se ter funções úteis na vida cotidiana o indivíduo não pode abrir mão de sua racionalidade, o que continua gerando preconceitos infundáveis. De um lado encontra-se o indivíduo coibido em admitir e

buscar ajuda para este problema, de outro profissionais de saúde diagnosticando, rotulando, mensurando, e isso cria uma relação onde é difícil achar lugar para mudanças reais, já que a pessoa é desqualificada como portadora de um saber a respeito do seu próprio problema.

15.6 Referências bibliográficas

- 1.Masur, Jandira. **O que é o Alcoolismo**. São Paulo: Brasiliense, 2004.
- 2.Lima, José Mauro Braz de. **Alcoologia. O alcoolismo na perspectiva da saúde pública**. Rio de Janeiro: MEDBOOK, 2008.
- 3.Spooner, Lysander. **Vícios não são crimes**. Tradução: Miguel Serras Pereira. – São Paulo: Aquariana, 2003.
- 4.Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, **II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas**. Brasília, 2006.
- 5.Organização Mundial da Saúde – OMS – Organização Pan-americana da Saúde – OPAS, **Alcohol y salud pública en lãs Américas: un caso para la acción**. Washington, 2007.
- 6.Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD, **Política Nacional sobre o Álcool**. Brasília, 2007
- 7.Bardin, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004. 3ª ed.
- 8.Ramos, Sérgio de Paula and Woitowitz, Arnaldo Broll **Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso**. *Revista Brasileira Psiquiatria*, Maio 2004, vol.26, suppl.1, p.18-22.
- 9.Gigliotti, Analice and Bessa, Marco Antonio **Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos**. *Revista Brasileira Psiquiatria*, Maio 2004, vol.26, suppl.1, p.11-13.

- 10.Rangé, Bernard P and Marlatt, G Alan **Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Out 2008, vol.30, suppl.2, p.s88-s95.
- 11.Castro, Luís André and Baltieri, Danilo Antonio **Tratamento farmacológico da dependência do álcool.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Maio 2004, vol.26, suppl.1, p.43-46.
- 12.Baltieri, Danilo Antonio and Andrade, Arthur Guerra de **Efficacy of acamprostate in the treatment of alcohol-dependent outpatients.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Sept 2003, vol.25, no.3, p.156-159.
- 13.Debatin, Thaize and Barbosa, Adriana Dias Elpo **Effect of isopregnanolone on rapid tolerance to the anxiolytic effect of ethanol.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Mar 2006, vol.28, no.1, p.18-23.
- 14.Ribeiro, Marcelo. **Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Maio 2004, vol.26, suppl.1, p.59-62.
- 15.Moraes, Edilaine et al. **Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Dez 2006, vol.28, no.4, p.321-325.
- 16.Oliveira, Janaina Barbosa de et al. **Alcohol screening instruments in elderly male: a population-based survey in metropolitan São Paulo, Brazil.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, 2011.
- 17.Hulse, Gary K. **Alcohol, drugs and much more in later life.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Apr 2002, vol.24, suppl.1, p.34-41.
- 18.Soldera, Meire et al. **Uso pesado de álcool por estudantes dos ensinos fundamental e médio de escolas centrais e periféricas de Campinas (SP): prevalência e fatores associados.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Set 2004, vol.26, no.3, p.174-179.
- 19.Simão, Maria Odete et al. **Alcoholic women and men: a comparative study of social and familial aspects and outcome .** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Sept 2002, vol.24, no.3, p.121-129.

- 20.Salgado, João Vinícius **Neuropsychological assessment of impulsive behavior in abstinent alcohol-dependent subjects.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Mar 2009, vol.31, no.1, p.4-9.
- 21.Vendruscolo L. F.; Takahashi R. N. **Comorbidade entre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e o abuso e dependência de álcool e outras drogas: evidências por meio de modelos animais.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2011.
- 22.Botega, Neury José et al. **Depression, alcohol use disorders and nicotine dependence among patients at a general hospital.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Sept 2010, vol.32, no.3, p.250-256.
- 23.Terra, Mauro B et al. **Internal consistency and factor structure of the Portuguese version of the Liebowitz Social Anxiety Scale among alcoholic patients.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Dec 2006, vol.28, no.4, p.265-269.
- 24.Zanoti-Jeronymo, Daniela Viganó and Carvalho, Ana Maria Pimenta **Self-concept, academic performance and behavioral evaluation of the children of alcoholic parents.** *Reivista Brasileira Psiquiatria*, Sept 2005, vol.27, no.3, p.233-236.
- 25.Peluso, Érica de Toledo Piza and Blay, Sérgio Luís **Public perception of alcohol dependence.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Mar 2008, vol.30, no.1, p.19-24.
- 26.Maia, Edinamara et al. **O alcoolismo sob a ótica dos candidatos ao vestibular da Ufes.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Jun 2000, vol.22, no.2, p.72-75.
- 27.Baltieri, Danilo Antonio and Andrade, Arthur Guerra de **Comparing serial and nonserial sexual offenders: alcohol and street drug consumption, impulsiveness and history of sexual abuse.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Mar 2008, vol.30, no.1, p.25-31.
- 28.Chalub, Miguel and Telles, Lisieux E de Borba **Álcool, drogas e crime.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Out 2006, vol.28, suppl.2, p.s69-s73

- 29.Zilberman, Monica L and Blume, Sheila B **Domestic violence, alcohol and substance abuse.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Oct 2005, vol.27, suppl.2, p.s51-s55.
- 30.Amaral, Ricardo Abrantes do and Malbergier, André **Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da prefeitura do campus da Universidade de São Paulo (USP) - campus capital.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Set 2004, vol.26, no.3, p.156-163.
- 31.Figlie, Neliana Buzi, Dunn, John and Laranjeira, Ronaldo **Estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente.** *Revista Brasileira Psiquiatria*, Jun 2004, vol.26, no.2, p.91-99.
- 32.Diehl, Alessandra; Cordeiro, Daniel Cruz; Laranjeira, Ronaldo e col. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas.** Porto Alegre: Artmed, 2011.
- 33.Edwards, Griffith; Marshall, E. Jane; Cook, Christopher. **O Tratamento do Alcoolismo: um guia para profissionais da saúde.** Porto Alegre, Artmed, 2005.
- 34.Caponi, Sandra. **Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión.** *Interface*, jun 2009a.
- 35.Guyton, Arthur C.; Hall, John E. **Tratado de Fisiologia Médica.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2006
- 36.Bau, Claiton Henrique Dotto. **Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo.** *Ciência saúde coletiva*, 2002, vol.7, no.1, p.183-190.
- 37.Lewontin, Richard. **A Tripla Hélice: gene, organismo, ambiente.** Lisboa: Edições 70, 1998.
- 38.Silva, Ilma Ribeiro. **Alcoolismo e abuso de substâncias psicoativas: tratamento, prevenção e educação.** São Paulo: Vetor, 2000

- 39.Ramos, Denise Gimenez. **A psique do corpo: a dimensão simbólica da doença.** São Paulo: Summus, 2006.
- 40.Atkinson, Rita L; Atkinson, Richard C.; Smith, Edward E.; Ben, Daryl J. **Introdução à Psicologia.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- 41.Fadiman, James; Frager, Robert. **Teorias da Personalidade.** São Paulo: HARBRA, 1986.
- 42.Hernández, Ángel Martínez. **A medicalização dos estados de ânimo: o consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições.** In: Orgs: Caponi, Sandra; Verdi, Marta; Brzozowski, Fabíola Stolf; Hellmann, Fernando. *Medicalização da Vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica.* Palhoça: Ed. Unisul, 2010.
43. Caponi, Sandra. **Biopolítica e medicalização dos anormais.** *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2009b.
44. Neves, Delma Pessanha. **Alcoolismo: acusação ou diagnóstico?** *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jan-fev, 2004.
- 45.Jung, C. G. **A natureza da psique.** Petrópolis: Vozes, 2000.
- 46.Grof, Stanislav. **A mente holotrópica: novos conhecimentos sobre psicologia e pesquisa da consciência.** Rio de Janeiro: Rocco, 1994.
- 47.Campos, Edemilson Antunes de. **O alcoolismo é uma doença contagiosa? Representações sobre o contágio e a doença de ex-bebedores.** *Ciência saúde coletiva*, Dez 2005, vol.10, p.267-278.
- 48.Camargo Jr, K.R. **Representações sobre a genética em veículos de grande circulação no Brasil.**
- 49.Gergen, Kenneth J. **Saúde mental e deterioração cultural.** *Revista Nova Perspectiva Sistêmica*; Número 36; abril, 2010
- 50.López-Pedraza, Rafael. **Dionísio no exílio: sobre a representação da emoção e do corpo.** São Paulo: Paulus, 2002.