

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA
INTERVENTIVA NA SAÚDE E NA EDUCAÇÃO

SYLVANA GOMES HOLANDA

**SOFRIMENTO PSÍQUICO, DROGADICÇÃO
E TRABALHO**

FORTALEZA – CEARÁ

2004

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA
INTERVENTIVA NA SAÚDE E NA EDUCAÇÃO

SYLVANA GOMES HOLANDA

**SOFRIMENTO PSÍQUICO, DROGADICÇÃO
E TRABALHO**

**Monografia apresentada a Coordenação do Curso de
Especialização em Avaliação Psicológica Interventiva na
Saúde e na Educação para obtenção do Título de
Especialista pela Universidade Federal do Ceará**

FORTALEZA – CEARÁ

2004

Esta monografia foi submetida como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Avaliação Psicológica Interventiva na Saúde e na Educação pela Universidade Federal do Ceará e encontra-se à disposição dos interessados na Biblioteca Central da referida Universidade.

A citação de qualquer trecho desta monografia é permitida, desde que seja feita de conformidade com as normas da ética científica.

Sylvana Gomes Holanda

MONOGRAFIA APROVADA EM : ____ / ____ / ____.

Gláucia Maria de Menezes Ferreira
Orientadora

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo dom da vida e pela fortaleza que nos guia em nossas jornadas;

À minha família pela compreensão ao ter sido privada de meu convívio durante as horas dedicadas às aulas, às leituras e ao computador ;

À Direção do Departamento de Desenvolvimento de Pessoal, na pessoa de seu diretor- Carlos Américo Barreira Pinto e de minha chefia imediata – Martha Pinheiro Goiana de Oliveira, por flexibilizarem horários de trabalho que me foram preciosos na fase de elaboração desta monografia;

Aos colegas de trabalho pelo apoio e incentivo; em especial a Maria das Graças Quintella e Silva pela ajuda na digitação e Nágla de Assis Costa pelo apoio logístico durante as minhas ausências.

Aos colegas da pós-graduação com quem compartilhei aprendizagens e cansaços ao longo do curso e na fase de estágios;

À Coordenação do curso pelo empenho na concepção e execução deste grandioso projeto.

À minha inesquecível amiga Tica (in memoriam) com quem trabalhei muitas horas durante este curso e com quem gostaria ainda de compartilhar muitas conquistas profissionais futuras. Eterna Saudade.

A vida não é um jogo onde só quem testa seus limites é que leva o prêmio.

Não sejamos vítimas ingênuas desta tal competitividade.

Se a meta está alta demais, reduza-a.

Se você não está de acordo com as regras, demita-se.

Invente seu próprio jogo.

Faça o que for necessário para ser feliz.

Mas não se esqueça que a felicidade é um sentimento simples, você pode encontrá-la e deixá-la ir embora por não perceber sua simplicidade.

(Mário Quintana)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. BREVE RESGATE HISTÓRICO SOBRE O CONSUMO DE DROGAS PSICOATIVAS PELAS SOCIEDADES.....	10
3. CONCEITUAÇÃO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E DA TOXICOMANIA.....	12
4. ANÁLISE SOCIOANTROPOLÓGICA DA DROGADICÇÃO.....	16
4.1. A Drogadicção como Problema Humano.....	16
4.2. A Relação Entre Sofrimento Psíquico e Drogadicção.....	17
5. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E ETIOPATOGENIA DO CONSUMO DE ÁLCOOL.....	19
5.1. Predisposições ao Uso de Álcool.....	19
5.2. Diagnóstico do Alcoolismo.....	21
5.3. Contribuições da Avaliação Psicológica no Diagnóstico.....	23
5.4. Manifestações Neurológicas Crônicas do Alcoolismo.....	25
6. A DROGADIÇÃO E A FAMÍLIA.....	30
7. A DROGADIÇÃO E O TRABALHO.....	32
7.1. Aspectos Médico - Legais.....	32
7.2. Aspectos Sociais e Preventivos.....	35
8. TRATAMENTO.....	37
8.1. Dificuldades no Tratamento.....	37
8.2. Psicoterapia do Alcoolista.....	41
9. CONCLUSÕES.....	44
10. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	46

1. INTRODUÇÃO

Durante muito tempo na história da psicologia organizacional, os psicólogos voltaram sua atenção apenas para os processos de desenvolvimento organizacional. Somente mais recentemente passou-se a priorizar as relações entre o contexto imediato de trabalho e os fatores associados ao comportamento das pessoas que trabalham nas organizações. A relação entre trabalho e sofrimento psíquico torna-se muito evidente e urge que os profissionais da área dediquem-se a análise das causas do crescente adoecer psíquico dos trabalhadores brasileiros.

Em geral estes indivíduos temem ser rotulados de “loucos” por um psicólogo, por um psiquiatra ou por seus próprios colegas. As pessoas, mesmo já conscientes de seus conflitos, investem tudo na dissimulação e ocultamento dos mesmos. Tal atitude só contribui para desestabilizá-las e marginalizá-las ainda mais no universo das relações de trabalho, lançando-as nas estatísticas dos incapacitados (BAZZO, 1997).

Para que se tenha idéia da relevância do tema, um documento da Organização Mundial do Trabalho, já em 1985, indicava que 5 a 10% da força de trabalho ocupada sofriam de transtornos mentais sérios e que cerca de 30% sofriam de distúrbios psíquicos de menor gravidade. Dentre os referidos transtornos destacam-se: o estresse, os distúrbios psicossomáticos, as neuroses (angústia/depressão) e a drogadicção (BUCHER, 1982).

É evidente que o estresse, a angústia, a depressão ou a drogadicção que se manifestam com tanta freqüência entre os trabalhadores não são necessariamente, conseqüências apenas de sua relação com o trabalho ou dos conflitos vividos dentro dele. São na verdade reflexos de uma vivência intrapsíquica que encontra no trabalho palco para sua manifestação.

Segundo dados apresentados por ocasião do Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho, que aconteceu em São Paulo no ano de 1997, o alcoolismo aparece como a terceira causa de ausência ao trabalho, sendo também responsável pela redução da capacidade psicomotora, redução do rendimento de

trabalho, atraso na realização de atividades, implicando em prejuízos para as empresas, para a sociedade e para o próprio indivíduo, o qual se vê ameaçado de perder o emprego . O maior prejuízo não reside nas despesas econômicas decorrentes da construção de asilos, hospitais, manicômios e prisões que se façam necessários, mas na incapacidade produtiva e no poder de destruição voltados contra o lar, o trabalho e o psiquismo do indivíduo drogadicto.

Conforme prevê a CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), o alcoolismo é considerado justa causa para dispensa do trabalhador. Mas o trabalhador drogadicto ou acometido de outro tipo de moléstia psíquica dificilmente encontra tratamento adequado antes que o mal se propague.

Faz-se necessário, a priori, abordar a definição do termo adicção, sobre o que KALINA. & KOVADLOFF (1988, p.23) afirmam:

“O substantivo adicção designa em nossa língua a inclinação ou o apego de alguém por alguma coisa. O adjetivo adicto, por sua vez, define a pessoa francamente propensa à prática de alguma coisa - crença, atividade, trabalho - ou partidária, por exemplo, de determinados princípios (...) na sociedade romana, **Addictum** era aquele que se assumia como marginal; alguém que fatal ou voluntariamente, fora jogado numa condição inferior à que tivera até então. Em síntese trata-se de uma pessoa que não soube ou não pôde preservar aquilo que lhe conferia identidade.”

A adicção que se pratica com substâncias químicas e substâncias ideológicas remete a uma fuga às frustrações e ao escape do sofrimento. A adicção encerra no seu âmago uma contradição, pois a medida que se institui como uma defesa contra a dor, por outro lado acaba produzindo sofrimento. O indivíduo se imagina incapaz de suportar o sofrimento e vai procurar, por sua própria iniciativa, aquilo que lhe fará sofrer. “O reconhecer que o sofrimento tem uma função importante na existência humana não vai nos levar ao masoquismo, mas à coragem necessária a não se dissolver no imediato apaziguamento indiscriminado dos nossos desejos” (KALINA & KOVADLOFF, 1988).

Percebe-se, portanto, a importância de buscar a compreensão do funcionamento da mente do adicto, o significado da droga no seu inconsciente e as conseqüências desta conduta psicótica..

Segundo CURY (2000), milhões de pessoas vivem no cárcere de drogas como álcool, medicamentos, psicotrópicos, tranqüilizantes e moderadores de apetite sendo usados indiscriminadamente sem orientação médica. Os efeitos deste uso indiscriminado são desastrosos para a vida do drogadicto e para a sociedade.

Considerando dados estatísticos tão significativos e alarmantes propõe-se a presente monografia efetuar uma revisão bibliográfica de trabalhos publicados sobre o tema da drogadicção relacionando este tipo de manifestação ao impacto causado nas esferas familiar, profissional, social e pessoal do indivíduo adicto.

Com este estudo objetiva-se compreender os níveis de funcionamento do drogadicto, mapear os fatores etiológicos e suas respectivas interfaces com o mundo do trabalho.

Pretende-se ainda identificar os modelos de prevenção, ajuda e tratamento existentes que possam constituir instrumentos capazes de contribuir para libertar jovens e adultos das amarras de uma doença que corrói lares e trabalhos e ademais ceifa vidas.

Promover a discussão de modelos de recuperação do adicto, implica entender que a recuperação encontra-se profundamente ligada à transformação das estruturas sociais a partir das quais foi possível o surgimento da adicção.

Assim, o fato de que a sociedade se dedica a erradicar a toxicomania do seu corpo indica, sempre e necessariamente, que esteja disposta a adotar e realizar um projeto de mudança de caráter geral que elimine, até onde seja viável, as condições favoráveis a proliferação da drogadicção.

2. BREVE RESGATE HISTÓRICO SOBRE O CONSUMO DE DROGAS PSICOATIVAS PELAS SOCIEDADES

O uso de substâncias químicas psicoativas acompanha a história da humanidade. Desde os tempos mais remotos o uso de drogas esteve associado a prática de rituais religiosos, além de constituir-se em fenômeno cultural inserido em diversos contextos sociais, sempre com o objetivo de buscar satisfação, prazer, relaxamento ou alívio de sofrimento psíquico.

As drogas são tão antigas quanto à humanidade, seu consumo é uma prática milenar e universal, conforme descreve cronologicamente SILVA (1997, p.233-242) sobre os usos e os costumes relativos as mais variadas drogas:

- 5000 a. c - Os sumérios usam ópio, fato sugerido pela existência de um ideograma, transcrito foneticamente como HUL, com significado de alegria;
- 2737 a c- Tratado chinês recomenda a Cannabis contra dores reumáticas, menstruais e outros males;
- 1525 - Paracelso introduz o láudano, ou tintura de ópio na fabricação de remédios;
- 1762 - o médico inglês Thomas Dover cria um pó sudorífero, para tratar artrite, o qual se tornaria o mais difundido preparado à base de ópio dos 150 anos seguintes;
- 1841 - o médico Jaques Moreau usa maconha para tratar doentes mentais no famoso hospital psiquiátrico francês *Bicerte*;
- 1868 - o americano Geoge Wood descreve, em seu livro Tratado sobre Terapêuticas, os efeitos do ópio da seguinte forma:

“ uma sensação de plenitude é percebida na cabeça, logo seguida por um sentimento universal de delicioso bem-estar e conforto, com uma elevação e expansão de toda a natureza moral e intelectual, o que é, acredito, o mais característico de seus efeitos. As alucinações, as imaginações delirantes da intoxicação alcóolica estão, em geral, completamente ausentes. Junto com esta elevação emocional e intelectual, cresce a energia muscular; e a capacidade de agir e suportar a fadiga, é bastante aumentada.”

- 1884 – Sigmund Freud, criador da Psicanálise, após tratar sua depressão com cocaína descreveu seus efeitos sobre a vitalidade e a capacidade laboral;

- 1906 – uma matéria médica do laboratório Squib apresenta a heroína como remédio de muito valor, também usado como suave analgésico, e substituto para combater o hábito da morfina;
- 1914 – médicos americanos afirmam que a maioria dos ataques contra brancos no sul do país é resultado direto do cérebro negro enlouquecido pela cocaína;
- Anos 60 – difundiu-se o consumo de substâncias químicas psicoativas utilizadas de uma maneira ideológica e contestatória;
- Década de 90 – a mídia, através das propagandas, cria uma fantasia de acesso direto às coisas que proporcionam prazer, como se fosse possível alcançá-las sem engajamento pessoal ou trabalho, apregoando aos quatro cantos do mundo o prazer individual e imediato. Neste contexto, o consumo de drogas tornou-se indiscriminado e o homem levado pelo imediatismo, passa a buscar fora de si, soluções instantâneas para seus conflitos. “Qualquer dificuldade é razão para procurar drogas: insônia ou necessidade de ficar acordado; desânimo ou excitação; falta de apetite ou excesso de peso; muita atividade ou falta do que fazer; solidão ou necessidade de pertencer a um grupo. Além da curiosidade, modismo, para sair da rotina, por aventura, busca de prazer, risco, transgressão.” (LAZO, 1989)

Sempre existiu o vínculo entre a humanidade e a utilização de drogas. Não existe sociedade sem drogas. O consumo desta pode ser considerado como um importante modelo de como o homem desenvolveu-se. Na realidade o ser humano sempre tentou modificar suas percepções e sensações, nas cerimônias coletivas, como rituais religiosos, ou festas, objetivando experimentar a transcendência ou até mesmo a confraternização. O homem sempre buscou nas drogas o prazer ou o alívio de suas dores físicas e psíquicas. Como modismo, os tóxicos foram difundidos e usados por intelectuais em experiências pessoais. Esta atitude foi um dos grandes incentivos à propagação do mal, servindo de exemplo negativo à juventude, não estando preparados para tanto, que acabariam por se desorientar.

3. CONCEITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA E TOXICOMANIA

Existe uma série de termos cunhados com o intuito de classificar pessoas que usam álcool e drogas de uma maneira compulsiva e anti-social. Em 1969 a OMS adotou o termo fármaco-dependência, para substituir o de toxicomania. A intenção era trocar o último, considerado não científico, por outro que abrangesse a diversidade dos estados de dependência. No entanto, seja qual for a denominação utilizada, ela não garante uma entidade mórbida, uma "estrutura" psicopatológica ou nosológica com contornos clínicos precisos. Muito pelo contrário, a busca por uma noção científica que focalize o aspecto da dependência reacende sempre uma série de polêmicas. Em primeiro lugar, o termo fármaco-dependência, por exemplo, pelo contexto médico do qual provém, refere-se a estados patológicos de dependência de drogas, como se estes pudessem ser de uma ordem, ou seja, inteiramente desvinculados de outros estados de dependência. Partindo de tal perspectiva, esquece-se de que a dependência não faz parte apenas de estados de adoecimento, e, sim, da condição humana. Em um segundo momento, outra questão se impõe: o que a toxicomania, o alcoolismo, o vício, a adição, ou qualquer denominação que utilizamos têm a ver com a psicopatologia? Será que tais fenômenos podem ser tratados no campo da psicopatologia? Em que termos?

Segundo Olievenstein (1985), uma das características que mais se destacam na toxicomania é que este apresenta ao mesmo tempo uma parte doente e outra não doente. Tal afirmativa sustenta-se na relação indissociável entre a toxicomania e o prazer. Uma visão que se concentre apenas na psicopatologia deixa escapar essa dimensão do prazer, bem como da toxicomania enquanto uma estratégia de vida.

Em sua obra *O Mal-estar da Civilização* FREUD (1980), recusando uma distinção marcada entre o normal e o patológico, também situa a toxicomania e o alcoolismo dentro de um contexto mais amplo. Para ele, tais comportamentos são soluções diante do "mal-estar da cultura", ou seja, construções auxiliares utilizadas por alguns indivíduos para suportar os sofrimentos e as decepções que a vida nos impõe. Obviamente, ele não está alheio ao preço alto a se pagar por tais

construções, mas, mesmo assim, não está preocupado, neste caso, com as categorias psicopatológicas, e, sim, com a dimensão humana dessa problemática. Neste contexto, cabe ressaltar que a dependência de drogas ou de álcool não se restringe ao fator personalidade ou distúrbios de personalidade, mas, também, às motivações e à busca por alternativas de vida.

É importante que reflitamos sobre os aspectos, até aqui abordados, pois, quando se trata de psicopatologia, corremos sempre o risco de cometer equívocos. Os limites entre o normal e o patológico são muito tênues e também marcados por convenções sociais e critérios culturais. Qualquer descuido, principalmente no campo da dependência química, pode levar-nos à mera categorização, posto que não se pode reduzir o fenômeno à questão da substância que causa efeitos psicopatológicos em geral. Não podemos nos esquecer de que aquele indivíduo, pronto a ser categorizado, é um sujeito, com todas as suas singularidades. Não existe uma personalidade toxicômana ou alcóolica, existem toxicômanos e alcóolicos. Se não tivermos isso em mente, é muito provável que utilizemos a psicopatologia como uma ciência que apenas classifica o paciente, segundo categorias devidamente rotuladas.

Não existe uma relação padronizada entre um indivíduo e uma substância. Para corroborar essa idéia, podemos recorrer à uma observação de Naulis (apud Bucher, 1992, p.). Ela nos diz, a propósito de sua avaliação do efeito das drogas sobre as pessoas, que "o álcool pode transformar aquele que bebe num indivíduo sociável, falador, taciturno, deprimido, alegre, choramingante, adormecido, insolente, destruidor, desinibido, bêbado ou em estado de coma. Tudo depende de quem bebe, por que bebe, onde bebe e em que quantidade bebe." Cada pessoa possui variações absolutamente individuais e distintas que não nos permite falar de um "modelo toxicômano". Essas variações dependem do momento de vida em que o indivíduo se encontra, da sua história pessoal, de sua interação com os outros, enfim, de uma série de fatores que dificultam qualquer tipo de ajuda que esteja baseada na tentativa de estabelecimento de um paradigma, de um modelo.

A questão da relação entre o uso de álcool e de outras drogas e os processos psicopatológicos é problemática, pois as perturbações que se apresentam

podem ser compreendidas como causa, como efeito ou como efeito secundário. Podemos discutir sobre manifestações de psicoses em toxicômanos, ou de toxicomanias em psicóticos, assim como podemos também chegar à constatação da presença de sintomas psicopatológicos anteriores à dependência. Mas todas essas possibilidades são hipóteses a serem confirmadas em diagnósticos minuciosos, individuais, cuja elaboração demanda tempo e um cuidadoso trabalho de observação e "escuta" por parte do profissional, durante o tratamento. Reduzir o fenômeno ao campo da psicopatologia nos faz perder de vista sua dimensão existencial, fenomenológica e sociocultural.(BUCHER, 1992)

Ressaltar os limites e a complexidade de uma psicopatologia da dependência química não significa desmerecer suas contribuições. A psicopatologia pode examinar e classificar as perturbações que ocorrem quando em uma situação de uso abusivo: estados confusos, surtos psicóticos, alucinações, alterações da percepção espaço-temporal, alterações da imagem corporal, overdoses, etc.

Essa contribuição é válida quando não pretende abranger o fenômeno como um todo e, principalmente, quando esta voltada para o sujeito e não para a categoria. Enfim, a psicopatologia tem seu escopo de ação na dependência química e tende, a partir da contribuição que tem sido dada por profissionais especializados, a ampliar seu campo.

Assim, podemos resumir algumas das conclusões mais atuais a que alguns autores tem chegado no âmbito da psicopatologia da toxicomania e do alcoolismo.

- Não é o consumo do álcool e de outras drogas em si, mas a toxicomania e o alcoolismo que podem conter aspectos psicopatológicos, que no entanto, não perfazem a totalidade do fenômeno.
- A abordagem psicopatológica deve repousar em critérios científicos, empíricos e clínicos, evitando os critérios ideológicos e moralistas.
- Cada paciente detém variações individuais que o afastam do "tipo toxicômano" ou "alcóolico".

- Não existe uma estrutura psíquica profunda e estável específica dos comportamentos de dependência. Qualquer estrutura mental pode dar origem a esses comportamentos.
- O comportamento de dependência não altera a natureza específica da estrutura psíquica profunda, somente seu funcionamento secundário.
- A dependência de álcool e de outras drogas é buscada pelo sujeito como tentativa de defesa e de organização contra as deficiências e falhas que a estrutura apresenta.

A dependência psicológica normalmente é causada por drogas que entram na corrente sanguínea, por via oral ou endovenosa e vão até o sistema nervoso central, onde agem, interferindo de forma ainda não totalmente esclarecida no campo de energia emocional e intelectual do indivíduo. Já a dependência física se traduz na capacidade que uma droga tem de passar a fazer parte do metabolismo da vida do organismo, a tal ponto que, na sua falta, o organismo produz reações intensas e reações de sofrimento- a chamada síndrome de retirada ou síndrome de abstinência. Essa síndrome pode produzir desde sinais e sintomas leves ou até levar à morte. A maioria das drogas causa pouca dependência física, mas o álcool etílico, os barbitúricos e os derivados do ópio produzem alta dependência.

4. ANÁLISE SOCIOANTROPOLÓGICA DA DROGADICÇÃO

4.1. A Drogadicção como Problema Humano

A evolução crescente do consumo de drogas é alarmante, e eis que a perspectiva antropológica e histórica se impõe para entender o alcance das drogas como problema humano, está presente desde os primórdios da humanidade conforme revelam os mais antigos vestígios arqueológicos.

O homem é um ser social, de tal modo que ninguém fica plenamente ilhado em seu próprio mundo. Os grupos sociais se interpõem de diversas formas no palco de nossas vidas.

Nos grupos de trabalho, o que une os membros é a execução das tarefas. Entre eles prevalece uma relação mais distante, fria e pouco afetiva, e caso ocorra algum tipo de desentendimento ou agressão, a separação é inevitável e às vezes definitiva.

No grupo familiar, devido aos laços afetivos inconscientes, as relações normalmente são restabelecidas, mesmo que em alguns casos demore a ocorrer.

Nos grupos de lazer, o que mantém os relacionamentos é o objetivo comum do grupo, que gira em torno de situações prazerosas e de relaxamento.

O consumo de drogas faz parte, hoje em dia, da vida social como um todo, qualquer que seja a camada. Embora existam diferenciações importantes no padrão de uso.

O mundo das drogas oferece um ideal de prazer e de liberdade muito atrativos, porém falso. Neste caso o grupo exerce uma influência direta no comportamento de seus membros, principalmente quando se trata de adultos jovens e adolescentes. Todos buscam ser livres e felizes, e assim se tornam consumidores ávidos de tudo que seja capaz de ir ao encontro desses desejos. E o mundo das drogas encontra nestes indivíduos os consumidores ideais. Em busca de prazer e liberdade estes homens se tornam infelizes e prisioneiros.

Os conflitos interiores podem ser refletidos em problemas sexuais, depressões, fobias, dificuldade no relacionamento social, insegurança, instabilidade emocional, etc. Assim os indivíduos buscam nas substâncias psicotrópicas e no álcool um

elemento facilitador das relações sociais e também um mecanismo de contestação e fuga da realidade.

4.2. A Relação entre Sofrimento Psíquico e Drogadicção

Os sofrimentos humanos, quando bem trabalhados, tornam-se uma ferramenta que lapida a alma e estimula a sabedoria. Infelizmente, o uso de drogas reprime a ação e a consciência do “eu”, resultando no definhamento da capacidade e da habilidade de uma pessoa para trabalhar as experiências dolorosas. Não há pior remédio para a dor do que escondê-la, maquiá-la, anestesiá-la por meio do efeito psicotrópico das drogas. Sobre o tema CURY (2000, p. 117) afirma:

"O uso de drogas reprime a ação e a consciência do "eu" resultando no definhamento da capacidade e da habilidade de uma pessoa para trabalhar as experiências dolorosas. Não há pior remédio para a dor do que escondê-la, maquiá-la, anestesiá-la, por meio do efeito psicotrópico das drogas".

A dependência psíquica é a relação estreita e dependente que um usuário tem com uma droga psicotrópica em virtude da representação inconsciente e superdimensionada que a droga tem em sua memória. Nem todas as drogas causam dependência física, mas todas são capazes de provocar, em diversos graus a dependência psíquica. A dependência é caracterizada por uma representação psicológica inconsciente da droga, que canaliza as energias psíquicas para um desejo forte e, as vezes, incontrolável de usá-las. Segundo CURY (2000) as pessoas cedem às drogas devido a pelo menos três tipos de motivação, os quais descrevemos a seguir:

O reforço psicológico positivo é traduzido pela busca de experimentar drogas com o objetivo de obter prazer. Essa motivação geralmente é apoiada pela curiosidade pessoal, pela influência de amigos, pela pressão do grupo, etc. O reforço psicológico positivo é a porta de entrada para a dependência psicológica.

O reforço psicossocial é o apelo aos efeitos psicológicos da droga para suportar problemas, tensões e dificuldades sociais e pessoais, ou como forma de fugir deles.

Muitos usam o álcool etílico como facilitador das relações sociais. Esse tipo de motivação é sustentado pelos conflitos no relacionamento familiar, pelos transtornos psíquicos, pela rejeição social, pelas dificuldades financeiras, etc. Todos nós passamos por problemas e dificuldades na vida, mas nada justifica a utilização de drogas como tentativa de amenizar essas tensões ou sofrimentos. O uso de drogas nesse caso torna-se uma muleta química, incompatível com o equilíbrio e a maturidade de vida.

O *reforço psicológico negativo*, é a fase na qual o indivíduo chega à dependência psicológica propriamente dita. Neste estágio a pessoa que usa drogas não o fará apenas para buscar algum tipo de prazer ou para suportar problemas, mas para aliviar os efeitos psicológicos indesejáveis, decorrentes da abstenção. O indivíduo habituado a usar álcool e outras drogas durante semanas ou meses, ao parar de usá-las, sentirá insônia, angústia, depressão, ansiedade e irritabilidade. O grau dos sintomas varia de acordo com a intensidade da dependência, do tipo de droga usada, da frequência do uso e também do tipo de personalidade do dependente.

Faz-se necessário ressaltar que estes efeitos psicológicos indesejáveis, detonados a partir do fenômeno do gatilho da memória, é que caracterizam a dependência psicológica e levam o indivíduo a buscar, às vezes com grande desespero, novas doses para aliviar tais sofrimentos.

5. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS E ETIOPATOGENIA DO CONSUMO DE ÁLCOOL

5.1. Predisposições ao Uso de Álcool

O alcoolismo não é hereditário. As pessoas bebem por questões psicoemocionais e criam dependência por questões fisiológicas. Existe um quantidade de ingestão de bebida alcóolica que pode ser considerada de baixo risco. Usamos a unidade de álcool, que é de 10 g de álcool puro, para medir o quanto uma pessoa ingere de bebida alcóolica. Uma lata de cerveja normalmente contém cerca de 350 ml, e a concentração é ao redor de 5%, ou seja, 17 g de álcool, ou 1,7 unidades de álcool. Uma dose de pinga com 50 ml com concentração ao redor de 50% teria o equivalente a 2,5 unidades. Uma garrafa de pinga com 750 ml tem cerca de 37 unidades. Um copo de vinho contém cerca de 1 unidade. Um homem adulto pode beber até no máximo 21 unidades de bebida alcóolica por semana, sendo no máximo 3 unidades por dia. Uma mulher adulta não grávida pode beber até 14 unidades por semana, não mais que 2 unidades por dia. A quantidade é diferente na mulher por conta da absorção maior, e da quantidade de gordura corporal proporcionalmente maior que o homem, que aumenta a biodisponibilidade do álcool. Além desta quantidade a pessoa estaria colocando a sua saúde em risco.

Muitos tipos de pessoas enfrentam problemas com alcoolismo e este tem sido encarado tradicionalmente como um problema do homem, sendo esta uma visão falsa e incorreta, pois como doença, este mal atinge todas as classes e gêneros de membros de nossa sociedade. Em recente pesquisa realizada por SANTOS (2000) visando identificar a percepção de estudantes da área de saúde sobre o abuso de álcool no meio acadêmico, alguns aspectos importantes merecem ser salientados. Embora exista um preconceito maior contra a mulher, o uso da bebida em reuniões sociais em geral tem incluído as mulheres alcoólatras. Nesse casos, pelo fato da mulher encontrar-se alcoolizada em uma festa e por alguns deslize “dar vexame”, é visto como uma transgressão grave, ao passo que no homem é aceito com naturalidade. Outro fator

que chama atenção é que a mulher, ao desafiar as convenções e beber excessivamente, passa a enfrentar a hostilidade de muitas pessoas. Daí a tendência das mulheres alcoólatras, costumeiramente beberem sozinhas em casa e por conseguinte não encontrarem apoio para ajudá-las a deixar o vício. Há carência de informações e falta de métodos para lidar com as mulheres haja vista a grande maioria dos programas de tratamento do alcoolismo serem voltados para o homem.

Os adolescentes, como já citados anteriormente, fazem parte de um grande contingente de usuários de drogas e encontram uma série de problemas no combate ao alcoolismo. Dentre as dificuldades encontradas são registradas as dificuldades em se relacionar com os mais velhos, principalmente se estes lhes impõem uma filosofia rígida de abstinência, resultando, com frequência em resistência ao tratamento. Com referência as clínicas, estas são adaptadas para trabalhar somente com o indivíduo adulto, por conseguinte recebendo críticas dos pacientes mais jovens.

As crianças geralmente, são membros da família que já apresentam problemas de alcoolismo, ou elas mesmas se viciam em álcool devendo receber uma especial atenção. Como no caso dos adolescentes, a chave do sucesso no tratamento do alcoolismo em criança é o estabelecimento de bons canais de comunicação e vínculos de confiança e afeto.

Nas pessoas idosas, que abusam de álcool, incluem-se duas categorias, os que começam a beber antes de se tornarem idosos e os que se tornaram alcoólatras depois de velhos. O quantitativo de velhos que começa a beber em idade avançada é bem maior em relação aos que já bebiam antes. Isto se deve ao fato de querer uma resposta para seus problemas como solidão, sentimento de inutilidade, saúde precária, baixa auto-estima e às vezes por não aceitarem tratamentos sob controle de medicação. Também nestes casos é importante que o tratamento leve em conta a especialidade desse grupo de pacientes e seus problemas típicos.

5.2. Diagnóstico do alcoolismo

A dependência do álcool atinge cerca de 10% da população. Embora seja um fenômeno muito freqüente é pouco diagnosticada pelos médicos. Em geral o foco dos profissionais, que tratam destes usuários, está nas doenças físicas associadas e não na dependência subjacente. O diagnóstico da doença alcoolismo, não representa na prática maior dificuldade, pois se, por vezes, o paciente procura dissimular a gravidade de seu estado ou mesmo negar que faz uso de álcool/drogas, geralmente os familiares procuram fornecer todos os dados que permitem caracterizar a existência da doença. Embora, freqüentemente, a extrema ignorância de certas camadas mais modestas da população sobre os perigos do vício contribui para que certas informações preciosas sejam sonegadas ao profissional responsável pelo diagnóstico.

“ Uma anamnese bem conduzida e pormenorizada sobre o uso destas substâncias, seguida de um minucioso exame físico, com pesquisa cuidadosa sobre a presença de tremores das extremidades digitais, da língua e da musculatura facial permitem, na maioria dos casos, assegurar ou não a existência da doença.” (FORTES, 1985).

A Organização Mundial de Saúde adota o conceito de *Síndrome de Dependência ao Álcool (DAS)* cujos critérios estão descritos a seguir:

Estreitamento do repertório de beber: no começo a pessoa bebe com uma variabilidade. A medida que fica mais dependente, começa a beber todos os dias, e o padrão se torna estereotipado;

Saliência do comportamento de busca do álcool: o indivíduo tenta dar prioridade ao ato de beber ao longo do dia, mesmo nas situações socialmente aceitáveis (no trabalho, quando está doente, ao dirigir veículos, etc.);

Aumento da tolerância ao álcool: Aumento da dose para obter o mesmo efeito ou capacidade de executar tarefas mesmo com altas concentrações sanguíneas de álcool

Sintomas repetidos de abstinência: os sintomas de abstinência mais marcantes como tremor intenso e alucinações só ocorrem nas fases mais severas da dependência. No

início, esses sintomas são leves, intermitentes e causam muito pouca incapacitação. Sintomas de ansiedade, insônia e irritabilidade podem não ser atribuídos ao uso de álcool. A priori três grupos de sintomas podem ser identificados no diagnóstico da Síndrome de Dependência ao Álcool (SDA): os *sintomas físicos* (tremores, náuseas, vômitos, sudorese, cefaléia, caimbras, tonturas) os *sintomas afetivos* (irritabilidade, ansiedade, fraqueza, inquietação, depressão) e os *sintomas da sensopercepção* (pesadelos, ilusões, alucinações visuais auditivas ou tácteis).

Sensação Subjetiva de necessidade de beber: Existe uma pressão subjetiva para beber. Este sintoma foi atribuído no passado a uma compulsão. Atualmente considera-se como uma tendência psicológica a buscar alívio dos sintomas de abstinência;

Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo beber: este é um sintoma que na fase mais severa da dependência fica muito claro e a pessoa bebe pela manhã para sentir-se melhor. Mas ele também está presente nas fases mais iniciais quando a sua identificação necessita um pouco mais de cuidado. A pessoa pode sentir uma melhora do nível de ansiedade. E não atribuir isso à abstinência.

Reinstalação de síndrome após abstinência: após o período de abstinência que pode ser de dias ou meses assim que a pessoa volta a beber passa um curto espaço de tempo a beber no mesmo padrão de dependência antigo.

De acordo com a OMS o diagnóstico requer um dano real que tenha sido causado à saúde física e mental do usuário. Padrões nocivos de uso são frequentemente criticados por outras pessoas e estão associados a conseqüências sociais adversas de vários tipos. O uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um distúrbio psicótico ou outra forma específica de distúrbio relacionado ao álcool ou drogas estiver presente. A demora em se fazer o diagnóstico e estabelecer a linha de tratamento pioram o prognóstico e disseminam a idéia de que os pacientes dependentes de álcool raramente conseguem a recuperação. Quanto mais precoce forem o diagnóstico e o tratamento melhores serão as chances de recuperação destes pacientes. O profissional responsável pelo diagnóstico deve estar apto a identificar o nível de dependência (leve, moderada e grave) em que se encontra cada paciente para melhor encaminhar o tratamento.

O investigação diagnóstica para identificação de drogaditos impõe uma anamnese minuciosa, um rigoroso exame físico e um cuidadoso exame psíquico, além de exames complementares tais como: alcoolemia, eletroencefalograma, avaliação do líquido cefaloraquidiano, pneumoencefalografia e aplicação de testes psicológicos.

5.3. Contribuições da Avaliação Psicológica no diagnóstico

O estudo mais fino e pormenorizado da personalidade do alcoólatra pôde ser realizado com a contribuição da Psicologia Clínica, como ressalta FORTES (1985):

“O desenvolvimento da Psicologia Clínica, permitiu, mormente com as técnicas projetivas, a realização de numerosas pesquisas com alcoólatras. Assim é que a psicologia do etilismo crônico proporcionou interessantes estudos.”

Os primeiros e mais numerosos estudos tratavam da personalidade do alcoólatra e utilizavam-se principalmente das técnicas projetivas e levando a uma determinação do tipo de personalidade alcoolista, em função da personalidade de base. Estas investigações evidenciaram também, nestes pacientes sinais decorrentes já da deterioração - sinais de organicidade nos testes de Rorschach, estereotípias, perseveração e caráter oral nas respostas. Um estudo realizado por Binois e Lefetz, descrito em sua obra *Deterioração Psicológica na Intoxicação Etilica Crônica (Détérioration Psychologique dans l'Intoxication Éthylique)*, relaciona as contribuições dos testes miocinéticos, psicomotores e intelectuais no diagnóstico e prognóstico das deteriorações provocadas pelo etilismo. O progresso da psicologia clínica levou ao desenvolvimento de várias técnicas inclusive as projetivas permitindo um conhecimento melhor da personalidade do alcoólatra, de sua personalidade de base, daí resultando algumas classificações desses toxicomaníacos. No início, a preocupação era mais de caráter diagnóstico dando como resultado a realização de numerosos trabalhos com os testes projetivos, principalmente com o Teste de Rorschach, com o Thematic Aperception Test de Murray (TAT) e com o Teste de

Frustração de Rosenweig. A interpretação dos resultados é sempre complexa. A maior parte destes estudos ocupa-se com a determinação dos “tipos de alcoólatras” em função daquilo que se poderia chamar de personalidade de base. Por outro lado estes estudos contribuíram para revelar certos sinais que devem já ser relacionados com a deterioração, tais como: sinais de organicidade de Rorschach, estereotípias, perseveração e caráter oral das respostas sem que se possa entretanto, desenhar um quadro sistemático. Outros trabalhos orientam-se mais definidamente para a noção de deterioração como os estudos desenvolvidos por Manson e Lamancha utilizando os testes de Rorschach, os testes psicomotores e os teste de resistência psíquica.

A aplicação de testes de personalidade em alcoólatras visa a reconhecer mais profundamente “quem bebe”, esses subsídios, além de permitirem o conhecimento mais aprofundado da personalidade, envolvem também implicação terapêutica, pois podem ser manipulados durante a psicoterapia. O emprego de testes permite identificar, de uma forma mais fina e discriminada, sinais de deterioração que o simples exame psíquico direto nem sempre é capaz de revelar.

Segundo FORTES (1985) o Teste Miocinético de Mira y Lopes , apresenta grandes vantagens para ser empregado em alcoólatras sobretudo para identificar os “sinais de agressão etílica”, fornecer indícios de valor para um diagnóstico diferencial com traços provenientes de outras origens e ainda pela relativa facilidade de sua aplicação prática. Os sinais puros de deterioração encontram-se bem sistematizados e são os mesmos para etilistas de diferentes tipos; já os sinais associados são muito diferentes assim como são heterogêneos os alcoólatras de um modo geral.

Os pacientes alcoólatras confirmados ao se submeterem a testes de inteligência apresentam 45 a 70% normais. Contudo, esses mesmos ao fazerem testes mais específicos em determinadas áreas do funcionamento mental, como a capacidade de resolver problemas, pensamento abstrato, desempenho psicomotor, memória e capacidade de lidar com novidades, costumam apresentar problemas. Os testes normalmente representam atividades desempenhadas diariamente e não situações especiais ou raras. Este resultado mostra que os testes superficiais deixam passar comprometimentos significativos. Os testes neuropsicológicos são mais adequados e precisos na medição de capacidades mentais comprometidas pelo álcool. Tem sido

observado também que no cérebro dos alcoólatras ocorrem modificações na estrutura apresentada nos exames de tomografia ou ressonância, além de comprometimento na vascularização e nos padrões elétricos. Como esses achados são recentes, não houve tempo para se estudar a relação entre essas alterações laboratoriais e os prejuízos psicológicos que eles representam.

Como se vê o assunto é complexo e a maior dificuldade reside no fato de se conseguir separar os traços de personalidade preexistentes no indivíduo, daqueles adquiridos pela ação lesional direta do álcool sobre o cérebro.

5.4. Complicações Neurológicas do Alcoolismo

De todos os efeitos somáticos do álcool sobre o organismo humano (aparelhos circulatório, digestivo e respiratório) sem sombra de dúvidas os mais devastadores recaem sobre o sistema nervoso central. O tecido nervoso é o mais atingido pela ação destrutiva do álcool, devido à grande afinidade existente entre ambos. Quanto aos efeitos do álcool sobre o cérebro, os resultados de exames pos-mortem (necropsia) mostram que pacientes com história de consumo prolongado e excessivo de álcool têm o cérebro menor, mais leve e encolhido do que o cérebro de pessoas sem história de alcoolismo. Esses achados continuam sendo confirmados pelos exames de imagem como a tomografia, a ressonância magnética e a tomografia por emissão de fótons. O dano físico direto do álcool sobre o cérebro é um fato já inquestionavelmente confirmado. A parte do cérebro mais afetada costumam ser o córtex pré-frontal, a região responsável pelas funções intelectuais superiores como o raciocínio, capacidade de abstração de conceitos e lógica. Os mesmos estudos que investigam as imagens do cérebro identificam uma correspondência linear entre a quantidade de álcool consumida ao longo do tempo e a extensão do dano cortical. Quanto mais álcool mais dano. Depois do córtex, regiões profundas seguem na lista de mais acometidas pelo álcool: as áreas envolvidas com a memória e o cerebelo que é a parte responsável pela coordenação motora.

Após ingestão de bebidas alcoólicas, a absorção se realiza rapidamente e a alcoolemia (grau de intoxicação alcoólica) atinge em pouco tempo, níveis suficientes

para que o paciente apresente os sintomas e sinais da intoxicação aguda. Acredita-se que ao fim de duas a seis horas, a taxa de impregnação alcoólica do Sistema Nervoso Central seja muito próxima da encontrada no sangue. Estudos realizados no campo da neurofisiologia demonstram ser o álcool, ao contrário do que se pensava, um agente depressor, com atividade preponderante sobre o sistema reticular ascendente (estrutura do mesencéfalo responsável pela atividade integradora), compreendendo-se assim, a depressão das inibições superiores, com liberação mais primitiva e conseqüente pseudo-excitação. Certas pessoas afirmam encontrar maior facilidade e rendimento na realização de certas tarefas quando levemente intoxicadas, mas pesquisas cuidadosas, realizadas com o emprego de testes psicométricos revelaram que isso não corresponde à verdade. Talvez na realização de tarefas muito automatizadas, ligeira turvação de consciência, com certa desinibição, favoreça a impressão de maior facilidade na execução das mesmas, plano puramente subjetivo. A mesma explicação se aplica ao fato de certas pessoas conseguirem aparentemente melhor rendimento no ato sexual, após ingestão prévia de pequena dose de bebida alcoólica.

As classificações clínicas das manifestações psíquicas dos alcoólatras e as seqüelas orgânicas do alcoolismo se baseiam em um esquema fundamental constituído de três grupos: a) intoxicação aguda, b) psicose alcóolica, c) encefalopolineuropatia alcóolica. Esta classificação que foi utilizada pelos autores clássicos e que se conserva até hoje, fundamenta-se na idéia de que as manifestações psiquiátricas e neurológicas do alcoolismo são o resultado de uma alteração orgânica do sistema nervoso central produzida por uma causa exógena que atuou de forma aguda ou crônica (FERRER, 1977)

Alguns autores propuseram ordenações mais estratificadas do ponto de vista clínico ou introduziram critérios anatomoclínicos diferenciais ou concepções etiológicas.

Ao primeiro grupo pertence a classificação de Wilson o qual ordena as manifestações neuropsiquiátricas nas seguintes categorias:

- a) intoxicação aguda por uso de álcool
- b) alcoolismo crônico
- c) polineurite alcóolica

- d) meningite e encefalite alcoólica
- e) psicose alcoólica (1. Delirium Tremens 2. Psicose de Korsakoff)
- f) Dipsomania

Esta forma de agrupamento clínico padece de muitos defeitos, já superados, e introduz confusões desnecessários a classificação clássica.

A **síndrome de abstinência** constitui-se no conjunto de sinais e sintomas observado nas pessoas que interrompem o uso de álcool após longo e intenso uso. As formas mais leves de abstinência se apresentam com tremores, aumento da sudorese, aceleração do pulso, insônia, náuseas e vômitos, ansiedade depois de 6 a 48 horas desde a última bebida. A síndrome de abstinência leve não precisa necessariamente surgir com todos esses sintomas, na maioria das vezes, inclusive, limita-se aos tremores, insônia e irritabilidade.

A síndrome de abstinência torna-se mais perigosa com o surgimento do delirium tremens. Nesse estado o paciente apresenta confusão mental, alucinações, convulsões. Geralmente começa dentro de 48 a 96 horas a partir da última dose de bebida. Dada a potencial gravidade dos casos é recomendável tratar preventivamente todos os pacientes dependentes de álcool para se evitar que tais síndromes surjam. Para se fazer o diagnóstico de abstinência, é necessário que o paciente tenha pelo menos diminuído o volume de ingestão alcoólica, ou seja, mesmo não interrompendo completamente é possível surgir a abstinência. Alguns pesquisadores afirmam que as abstinências tornam-se mais graves na medida em que se repetem, ou seja, um dependente que esteja passando pela quinta ou sexta abstinência estará sofrendo os sintomas mencionados com mais intensidade, até que surja um quadro convulsivo ou de delirium tremens. As primeiras abstinências são menos intensas e perigosas.

O **Delirium Tremens** é uma forma mais intensa e complicada da abstinência. Delirium é um diagnóstico inespecífico em psiquiatria que designa estado de confusão mental: a pessoa não sabe onde está, em que dia está, não consegue prestar atenção em nada, tem um comportamento desorganizado, sua fala é desorganizada ou ininteligível, a noite pode ficar mais agitado do que de dia. A abstinência e várias outras condições médicas não relacionadas ao alcoolismo podem causar esse problema. Como dentro do estado de delirium da abstinência alcoólica são comuns os tremores intensos ou

mesmo convulsão, o nome ficou como Delirium Tremens. Um traço comum no delírio tremens, mas nem sempre presente são as alucinações táteis e visuais em que o paciente "vê" insetos ou animais asquerosos próximos ou pelo seu corpo. Esse tipo de alucinação pode levar o paciente a um estado de agitação violenta para tentar livrar-se dos animais que o atacam. Pode ocorrer também uma forma de alucinação induzida, por exemplo, o entrevistador pergunta ao paciente se está vendo as formigas andando em cima da mesa sem que nada exista e o paciente passa a ver os insetos sugeridos. O Delirium Tremens é uma condição potencialmente fatal, principalmente nos dias quentes e nos pacientes debilitados. A fatalidade quando ocorre é devida ao desequilíbrio hidro-eletrolítico do corpo.

O **estado de intoxicação** é simplesmente a conhecida embriaguez, que normalmente é obtida voluntariamente. No estado de intoxicação a pessoa tem alteração da fala (fala arrastada), descoordenação motora, instabilidade no andar, nistagmo (ficar com olhos oscilando no plano horizontal como se estivesse lendo muito rápido), prejuízos na memória e na atenção, estupor ou coma nos casos mais extremos. Normalmente junto a essas alterações neurológicas apresenta-se um comportamento inadequado ou impróprio da pessoa que está intoxicada. Uma pessoa muito embriagada geralmente encontra-se nessa situação porque quis, uma leve intoxicação em alguém que não está habituado é aceitável por inexperiência mas não no caso de alguém que conhece seus limites.

Os alcoólatras "pesados" em parte (10%) desenvolvem algum problema grave de memória. Há dois desses tipos: a primeira é a chamada Síndrome Wernicke-Korsakoff (SWK) e a outra a demência alcoólica.

A **Síndrome Wernicke-Korsakoff** (SWK) é caracterizada por descoordenação motora, movimentos oculares rítmicos como se estivesse lendo (nistagmo) e paralisia de certos músculos oculares, provocando algo parecido ao estrabismo para quem antes não tinha nada. Além desses sinais neurológicos o paciente pode estar em confusão mental, ou se com a consciência clara, pode apresentar prejuízos evidentes na memória recente (não consegue gravar o que o examinador falou 5 minutos antes) e muitas vezes para preencher as lacunas da memória o paciente inventa histórias, a isto chamamos fabulações. Este quadro deve ser considerado uma emergência, pois requer

imediate reposição da vitamina B1(tiamina) para evitar um agravamento do quadro. Os sintomas neurológicos acima citados são rapidamente revertidos com a reposição da tiamina, mas o déficit da memória pode se tornar permanente. Quando isso acontece o paciente apesar de ter a mente clara e várias outras funções mentais preservadas, torna-se uma pessoa incapaz de manter suas funções sociais e pessoais. Muitos autores referem-se a SWK como uma forma de demência, o que não está errado, mas a demência é um quadro mais abrangente, por isso preferimos o modelo americano que diferencia a SWK da demência alcoólica.

A **Síndrome Demencial Alcoólica** é semelhante a demência propriamente dita como a de Alzheimer. No uso pesado e prolongado do álcool, mesmo sem a síndrome de Wernick-Korsakoff, o álcool pode provocar lesões difusas no cérebro prejudicando além da memória a capacidade de julgamento, de abstração de conceitos; a personalidade pode se alterar, o comportamento como um todo fica prejudicado. A pessoa torna-se incapaz de sustentar-se.

Síndrome de abstinência fetal

A Síndrome de Abstinência Fetal descrita pela primeira vez em 1973 era considerada inicialmente uma consequência da desnutrição da mãe, posteriormente viu-se que os bebês das mães alcoólatras apresentavam problemas distintos dos bebês das mães desnutridas, além de outros problemas que esses não tinham. Constatou-se assim que os recém-natos das mães alcoólatras apresentam um problema específico, sendo então denominada Síndrome de Abstinência Fetal (SAF). As características da SAF são: baixo peso ao nascer, atraso no crescimento e no desenvolvimento, anormalidades neurológicas, prejuízos intelectuais, más formações do esqueleto e sistema nervoso, comportamento perturbado, modificações na pálpebra deixando os olhos mais abertos que o comum, lábio superior fino e alongado. O retardo mental e a hiperatividade são os problemas mais significativos da SAF. Mesmo não havendo retardo é comum ainda o prejuízo no aprendizado, na atenção e na memória; e também descoordenação motora, impulsividade, problemas para falar e ouvir. O déficit de aprendizado pode persistir até a idade adulta.

6. A DROGADIÇÃO E A FAMÍLIA

Ao longo da história da humanidade, as primeiras manifestações de organização social de grupos e comunidades ocorreu sob a forma de clãs. Nestes grupos formalmente organizados, existia um fio condutor que regulamentava normas e condutas e era originário do fazer comum e do viver em comum, sendo um atributo fundamental da cultura. Naquela época o verdadeiro sentido conceitual de família referia-se ao fazer em comum, fazer igual a mim, ser familiar.

O conceito de família foi sendo ampliado à medida que as civilizações evoluíram e a família passou a ser a mediadora entre o indivíduo e a sociedade, elemento através do qual percebemos o mundo e nos situamos nele, onde desenvolvemos o aprendizado do nosso primeiro papel social: o de filho. A família é o primeiro agente socializador da criança, ponto de referência na sociedade, fonte de repasse de valores sociais. E é o seio desta instituição que o indivíduo sente-se amado, acolhido ou rejeitado.

Houve um tempo, no qual a família constituiu a realidade mais impressionante da vida social. Trata-se de um período no qual "o indivíduo só se percebia a si próprio como parte de diversas entidades quase-orgânicas que davam sentido à sua vida e estavam presentes de maneira constante nos seus atos e nas suas idéias".

Com a dissolução dos conteúdos da experiência familiar e do significado tradicional da família, se produz também, especialmente no nosso século, a dissolução dos conteúdos tradicionais da identidade individual.

Ou seja, há um processo de crescente inconsistência individual. A solidão que o homem contemporâneo experimenta é produto da dissolução de suas tradicionais fontes de identidade e da falta de valores substitutivos que provenham de fontes similares ou equivalentes. Por esta razão, a conduta individual atual evidencia a procura intensa de meios para combater a solidão e a desintegração, muito mais do que a satisfatória obtenção de valores capazes de reconstituir realmente sua identidade. A família, e as transformações sofridas nesta, enquanto instituição, no decorrer dos anos, também tem interferido nas alterações dos padrões de consumo das drogas. Dentro de

sua principal função “acolhedora”, a família vem dando lugar a conflitos e desentendimentos. Sabe-se da interferência na dinâmica familiar, devido a adoção de novos modelos de família, ocorrendo desta forma disfunções do corpo social.

Conforme afirmam KALINA e KOVADLOFF (1988, p.89), em sua obra: *Drogadicção Indivíduo, Família e Sociedade*,

“ a drogadicção e uma manifestação de psicose e a psicose uma evidencia de tensões sociais graves que, fundamentalmente, chegam até cada indivíduo por intermédio desse microorganismo comunitário que é a família”

Nesta interação constante do homem com o meio através da família, configura-se esse complexo panorama de forças em conflito que induziram FREUD (1980, p.) a falar de um mal-estar na cultura, dizendo:

“ Se os critérios de cura que se aplicam ao tratamento das toxicomanias aspiram a ser fecundos, não podem desconhecer os elementos ideológicos que incidem, tanto quanto os fatores psicopatológicos, na configuração específica das doenças , assim como nos métodos que se empregam para abordá-las terapeuticamente.”

7. A DROGADIÇÃO E O TRABALHO

7.1. Aspectos Médico - Legais

O alcoolismo é mundialmente considerado um problema de saúde pública, sendo a terceira causa de absenteísmo no trabalho e a oitava causa para concessão de auxílio-doença pela Previdência Social no Brasil (CASTRO, 2002).

O consumo de substâncias psicoativas no local de trabalho constitui-se em atividade grave e extremamente perigosa, sendo antítese dos objetivos e funções do ambiente laboral. Essa prática, presente também em nossa realidade, é responsável por danos físicos (para o indivíduo, colegas, famílias e público em geral) e representa custo para o empregador e para a sociedade, resultando, ainda, em perda de produtividade e, finalmente, confiabilidade pública da empresa (MARINI, 1991).

Embora poucas organizações brasileiras disponham de estatísticas que relacionem acidentes de trabalho a dependências químicas, é consenso entre profissionais de recursos humanos e médicos do trabalho: um empregado sob influência de substâncias psicoativas está mais propenso a cometer atos inseguros responsáveis por danos à sua própria vida, à de terceiros e ao patrimônio da empresa. Possíveis razões para esse fato são a falta de concentração, o prejuízo dos reflexos, a desatenção na utilização de equipamentos de segurança e alteração do estado de humor do indivíduo.

Dados da Organização Mundial da Saúde mostram que o indivíduo com dependência de álcool falta cinco vezes mais (26 dias por ano, em média), com redução significativa na produtividade. Segundo **SPINELLI** (1995) quando somados o alcoolismo à dependência de outras drogas, as estimativas mostram que a redução de produtividade representa 5% a 8%. Resultados de pesquisas norte-americanas são coincidentes com esses achados: a população consumidora freqüente tem risco de acidentes quatro vezes maior, recebendo o triplo de benefícios de saúde que os demais trabalhadores (MARINI, 1991). Ainda no Brasil, o alcoolismo é a terceira causa de absenteísmo e a oitava para concessão de auxílio-doença no sistema previdenciário.

Os principais argumentos relativos à aplicação de programas de detecção que incluam análises toxicológicas são os aspectos éticos. Segundo Sérgio Buarque de Holanda, ética é "o estudos dos juízos de apreciação que se referem à conduta humana, suscetível de qualificação do ponto de vista do bem e do mal, seja relativo à determinada sociedade, seja de modo absoluto". São incluídos neste aspecto os dois principais pontos contrários às análises "em massa":

. Direito à privacidade - embora o empregador tenha o direito (e a necessidade) de empregados sóbrios, é muito mais obscuro e impreciso o direito de o empregador determinar o modo de vida de seus funcionários fora do período e ambiente de trabalho. Isso é mais válido ainda se o estilo de vida não interfere na produtividade do empregado:

. Metodologia das análises - apesar do desenvolvimento dos métodos analíticos observados na última década, um resultado positivo somente revela o contacto do indivíduo com determinada substância, sendo, porém, incapaz de determinar a quantidade consumida ou o lapso de tempo entre consumo e análise (algumas substâncias podem permanecer detectáveis por semanas, dependendo do padrão de consumo), além de não ser possível estabelecer se o indivíduo estava sob os efeitos da substância no momento do trabalho.

Sendo assim, a estratégia analítica é somente parte do processo, devendo estar articulada em programa de seguimento e reabilitação e possibilitando a recuperação do indivíduo com resultado positivo à análise.

Ao se propor um programa de local de trabalho livre de drogas, todos aspectos relacionados à ética devem ser enfocados. Segundo COSTA (1996) deve-se considerar os aspectos abaixo listados:

Legal - A legislação vigente permite a análise de substâncias psicoativas em locais de trabalho? Existe restrição legal à implantação do programa para análise?

Médico - É importante a participação do médico? A participação no programa é condizente com os preceitos do código de Ética Médica em vigor?

Estrutural - Existe pessoal dentro da instituição devidamente treinado para os procedimentos necessários à análise?

Laboratorial - Existe laboratório especializado para a análise ? Existe equipamento, pessoal, recursos, confiabilidade ?

Empregados - Deve haver participação de empregados no programa? Os sindicatos e organizações trabalhistas devem participar?

A coleta de material para análise toxicológica requer que haja o mínimo intervalo entre a escolha (ou sorteio) do indivíduo e a obtenção do material. Isso só não impede que o indivíduo "agende" seu consumo nos intervalos das análises, como também permite que sejam realizados com menor frequência, com custo consideravelmente reduzido. A coleta do material deve ocorrer em recipiente quimicamente descontaminado e com dispositivo de lacre, com a finalidade de impedir a adulteração das amostras. Também é função do laboratório determinar os procedimentos para coleta, empregar a metodologia adequada e manter a guarda das amostras positivas. Todos esses procedimentos devem ser documentados, constituindo uma espécie de histórico da amostra, visando demonstrar a integridade da amostra da coleta à disposição final (SILVA, 1994).

Algumas empresas já aplicam programas de detecção amparados em mecanismos legais, como por exemplo, a Esso do Brasil. Por meio da definição e justificativa da implantação do programa segundo os preceitos ético-legais, consegue-se a base legal para a realização desse programa. A participação do médico é considerada fundamental, tanto para receber e analisar os resultados das análises como para indicar o seguimento necessário ao indivíduo com amostra positiva, juntando a essa os dados obtidos da entrevista com o empregado, história médica e avaliação clínica. Somente após essa avaliação, a análise toxicológica pode ser considerada concluída (COSTA, 1996). A participação de empregados e entidades trabalhistas é fundamental para qualquer programa de prevenção ao consumo de substâncias psicoativas.

7.2. Aspectos Sociais e Preventivos

Locais de trabalho que possam vir a sofrer conseqüências por transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas podem considerar diversas estratégias de abordagem do problema. É considerado que a uma estratégia corretiva desses problemas deve ser dirigida a aspectos educacionais e preventivos

Os programas assistenciais devem permitir o ingresso voluntário, tanto na participação e desenvolvimento quanto nos aspectos relativos à reabilitação. Devem abranger um extenso leque de aspectos relacionados à vida saudável e à saúde propriamente dita. Se a análise toxicológica é incluída como opção, esta deve ser aplicada em momentos diferentes do vínculo empregatício, conforme descrito acima. Os principais momentos de aplicação das análises incluem a admissão ao trabalho, os acidentes ou incidentes de trabalho, as análises realizadas quando existe razoável grau de suspeita, as análises voluntárias e aleatórias e, principalmente, durante o processo de reabilitação do indivíduo. De qualquer maneira, os testes devem ser considerados apenas como parte de uma abordagem sistemática que inclui entrevista com empregados, informações a respeito dos efeitos das substâncias em diversos graus de consumo (quantidades consumidas), aspectos educacionais relativos a estilo de vida saudável e uma intervenção terapêutica voltada à reintegração do indivíduo ao trabalho oferecida ao trabalhador problemático (International Labour Office, 1993).

O programa deve ser divulgado por escrito, detalhando todos os procedimentos adotados na realização das análises, desde a coleta de fluidos corporais até a divulgação dos resultados. A instituição deve divulgar amplamente sua política, enfatizando os propósitos do emprego das análises e a utilidade dos resultados. É de imensa importância a divulgação de quais substâncias serão testadas e as razões para tal, explicando, ainda, os métodos laboratoriais empregados e sua margem de segurança (Bureau of Justice Statistics, 1992; International Labour Office, 1993).

A confidencialidade, direito individual obrigatório, deve ser preservada em todas as etapas do processo, para garantir a privacidade dos resultados. Essa informação deve, também, ser divulgada por escrito, incluindo os seguintes pontos:

- . Identidade do indivíduo analisado mantida sob sigilo;

- . Dados obtidos dos trabalhadores, assim como sua ficha de trabalho, devem ser mantidos seguros com restrições seguras ao acesso;
- . Deve ser obtida a autorização do trabalhador por escrito antes da realização das análises e divulgação dos resultados para a instituição (administração da empresa);
- . A divulgação dos resultados para terceiros deve ser realizada após autorização por escrito do indivíduo, sendo que na mesma autorização deve constar a identificação completa dos indivíduos que receberão tais informações;
- . Uma autorização anexa dos terceiros deve ser assinada previamente à realização dos exames;
- . Preenchimento dessas autorizações sob testemunhos;
- . A política relativa à confidencialidade deve ser comunicada a todos os integrantes da comunidade laboral antes da implantação do programa de detecção.

O mecanismo da comunicação dos resultados ao indivíduo testado também deve ser considerado. A Organização Internacional do Trabalho propõe que essa divulgação, obrigatoriamente, permita que o indivíduo detectado ingresse em intervenção terapêutica, quando esta estiver indicada e no caso de consentimento do próprio indivíduo (International Labour Office, 1993).

Conforme citado acima, a política da aplicação da análise deve ser comunicada por escrito, incluindo os principais propósitos do emprego de programas de detecção. Os mais comuns são: assistência em investigação de acidentes e/ou incidentes em locais de trabalho, indicação terapêutica apropriada ao trabalhador, redução dos níveis de consumo de substâncias psicoativas na comunidade, responder às necessidades regulatórias e legais da sociedade, aumentando a confiabilidade desta na empresa, instituição, organização ou corporação.

8. TRATAMENTO

8.1. Dificuldades no Tratamento

Diversas são as barreiras para um dependente de substâncias psicoativas chegar a um tratamento. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, a principal delas deve ser a não-universalização dos atendimentos pelo sistema público de saúde. Entretanto mesmo que algumas barreiras sejam externas ao indivíduo, é importante abordá-las inicialmente como são subjetivamente percebidas pelos próprios sujeitos que irão ou não procurar atendimento especializado. A maioria dos dependentes parece adiar a procura por tratamento ou simplesmente não pensa na possibilidade de se tratar. Considerar que o problema não é grave o suficiente para merecer tratamento, negando sua gravidade, é uma das barreiras mais citadas por pacientes dependentes e por usuários ocultos dos serviços de saúde. Considerar o tratamento não relevante para promover mudanças de vida é outra alegação frequentemente citada, optando tais usuários por lidarem sozinhos com o problema. Medo do estigma por procurar tratamento parece ser outro fator relevante. Outras barreiras comumente citadas por estes pacientes são: considerar o tratamento ineficaz, não se considerar dependente por não fazer uso diário das substâncias ou não as injetar, achar que ficaria sozinho porque ninguém teria problemas semelhantes, ter dificuldade de compartilhar problemas, ignorar e desconhecer locais onde são oferecidos tratamentos, Ter medo de perder o emprego ou causar transtornos à família, achar que não se adaptar às regras ou aos modelos de tratamento que conhece, principalmente os de conotação religiosa, Ter medo de recair e ficar envergonhado, não querer abandonar o prazer de usar, medo de não corresponder ao papel masculino socialmente esperado (no caso de usuários homens), achar que a família lhe desestimularia, considerar inadequada a localização dos serviços, temer o hospital e o tratamento, não querer perder tempo, mulheres que tem medo de represálias por parte de companheiros também usuários.

Barreiras de ordem prática podem surgir após a decisão de tratar-se como a não cobertura do tratamento pelo plano de saúde, longas listas de espera, não conseguir abstinência enquanto espera a vaga. Algumas destas barreiras podem ser exatamente

os motivos para que outras pessoas procurem tratamento (medo de perder o emprego por exemplo) daí a importância das significações pessoais desses fatores. A relação entre as barreiras subjetivas e os mecanismos psicológicos de defesa contra a angústia acrescenta maior importância às significações pessoais. Ressalte-se que algumas barreiras subjetivas não são apenas imaginadas pelos dependentes, podendo corresponder a fatos, por exemplo, o medo de serem estigmatizados pelos próprios profissionais de saúde são uma ameaça real.

O tratamento de um usuário de álcool e drogas é um processo que começa com a desintoxicação passando em seguida por um tratamento ambulatorial que pode ser realizado pelo próprio clínico. O primeiro passo é o diagnóstico. Se o paciente faz um uso nocivo, o médico pode fazer um aconselhamento cuja a meta não necessariamente precisa ser a abstinência mas pode ser uma orientação sobre a quantidade considerada de baixo risco no beber. Pesquisa tem demonstrado que uma intervenção curta de uma consulta mensal por quatro a cinco meses, com duração de não mais que 15 minutos de aconselhamento, pode ser efetiva nos casos de uso nocivo ou dependência leve. Se o paciente possui uma dependência já instalada a meta deve ser preferencialmente a abstinência e o clínico pode considerar o encaminhamento para um serviço especializado de psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, etc.

Alguns medicamentos podem ser utilizados juntamente com a prática do aconselhamento.

O tratamento biológico do alcoolismo pode ser dividido em duas fases: 1ª Desintoxicação e 2ª Condicionamento aversivo.

A desintoxicação visa a eliminar todo o álcool existente no organismo, favorecendo melhora do estado geral e correção das deficiências nutritivas, vitamínicas e calóricas, pois o alcoólatra é um expoliado, globalmente falando. Não existem modelos rígidos de desintoxicação, estes devem sempre ser ajustados às condições particulares de cada paciente e baseiam-se na reposição mais ou menos intensa das perdas hídricas, eletrolíticas e calóricas.

O Coma alcoólico, em vista do seu caráter de urgência e da gravidade, não raramente levando ao óbito, merece especial atenção. Na verdade, o tratamento do Coma Alcoólico constitui também um aspecto particular da fase de desintoxicação.

Especial atenção deve ser dedicada ao diagnóstico diferencial entre o coma alcoólico e coma hipoglicêmico. Para que este se desenvolva, sobretudo nas intoxicações agudas, parece ter muita importância a existência de um período de jejum de pelo menos 24 horas antes da ingestão do álcool. Geralmente, no coma alcoólico propriamente dito, a alcoolemia encontra-se em torno de 400 mg%. Nesse estado, o paciente encontra-se inconsciente e em anestesia profunda.

O Condicionamento Aversivo é uma das modalidades de tratamento que objetiva desenvolver no paciente uma aversão ao álcool; quando bem sucedido, alguns pacientes chegam a exteriorizar repugnância ou repulsão até mesmo pelo cheiro do álcool. Baseia-se na repetição de experiências muito desagradáveis, tantas vezes quanto necessário, até estabelecer-se um reflexo condicionado em que a simples ingestão de álcool passa a desempenhar papel de reforço. Em alguns casos o condicionamento é tão intenso que as manifestações surgem à simples vista do rótulo da garrafa de bebida.

O tratamento na fase do "Delirium-Tremens" deve ser realizado em hospital, precedido de cuidadoso exame clínico e, quando necessário, do exame laboratorial, realizando-se dosagens de sódio, potássio, cloretos, reserva alcalina, magnésio, glicemia, gases sanguíneos, além de exame hematológico e radiografias que forem necessárias. O paciente em "Delirium-tremens" deve ser sedado para que não sofra com as visões aterrorizantes que agravam o quadro. Nesse sentido, é eficiente o clordiazepóxido injetável. A contenção no leito ou na maca, necessária por vezes para prevenir quedas com eventuais traumatismos craneencefálicos, deve sempre ser feita de forma branda e moderada para evitar formação de ferimentos nos pontos que foram amarrados com muita força. É preferível manter o paciente sedado, com certa restrição cuidadosa de movimentos, principalmente dos membros superiores e inferiores. As causas mais frequentes de óbitos no "Delirium Tremens" são a insuficiência cardíaca e as infecções pulmonares. Em casos extremamente graves, com sinais e sintomas de abstinência insuportáveis, justifica-se a administração de pequenas quantidades de álcool por via oral ou mesmo de álcool diluído na veia.

Somente em caráter excepcional o alcoólatra crônico incipiente pode ser tratado em ambulatório. Regra geral, como ocorre nas demais fármaco-dependências, o

alcoólatra deve sempre ser *hospitalizado*. A inexistência de hospitais destinados *exclusivamente* aos etilistas faz com que estes pacientes sejam admitidos nos hospitais psiquiátricos com muita frequência, em promiscuidade com os demais doentes mentais. No entanto, em vista de serem sempre muito numerosos os casos de alcoolismo crônico, não raramente vão constituir nesses hospitais o maior contingente da população.

No tocante a hospitalização FORTES (1985) defende a fundação de hospitais exclusivamente para o tratamento de alcoólatras pelos seguintes fatos:

- 1º - o numero muito elevado de dependentes químicos
- 2º - o plano de tratamento hospitalar do alcoólatra pode ser bem sistematizado, isso permite a realização de tratamento em elevado número de pacientes ao mesmo tempo;
- 3º - etilistas internados conjuntamente com outros pacientes psiquiátricos, por vezes, sofrem repercussões consideráveis na suas personalidades.“

O critério de curta permanência, que preside atualmente a internação de alcoólatras em hospitais brasileiros, deve ser duplamente condenado: não permite que se realize um tratamento completo e a desintoxicação incompleta, com ausência das demais fases do programa, contribui para novo insucesso do tratamento, representando na realidade, catastrófico desperdício financeiro. Internações a curto prazo só se justificam como medidas de emergência a fim de prevenir riscos para o paciente, a família ou o meio social. As internações para curta permanência representam reinternações sucessivas, chegando a dezenas de vezes, em alguns casos. Somando-se tais períodos, verifica-se a permanência de pacientes durante anos, sem nada ter conseguido.

Como já dissemos anteriormente a tarefa de recuperação do alcoólatra é ingrata. Simplesmente fazer com que ele fique sem beber alguns meses não representa resultado satisfatório. Além de se obter *abstinência*, devemos insistir na ocorrência de *modificações mais profundas* da personalidade para que se possa considerar o caso "resolvido" ou falar de "cura". Tratamentos mais demorados devem ser realizados em hospitais especialmente destinados a esses casos.

A repercussão do álcool na vida do indivíduo é profunda, sobretudo face ao ambiente de trabalho e à sociedade. Frequentemente encontram-se desempregados,

sem oportunidade de recomeçar unicamente com seus próprios recursos. A reintegração no seio familiar e social é fundamental.

O aconselhamento profissional, desenvolvido por uma equipe técnica especializada, constitui uma etapa importante do tratamento, visando identificar o conjunto de aptidões do indivíduo, procurando desenvolvê-lo na prática, através de atividade planejada e bem orientada em oficinas, "ateliers" e programas de recapacitação para o trabalho.

8.2. Psicoterapia do Alcoolista

A psicoterapia é sempre indicada após a desintoxicação do paciente, só se excetuando esta indicação nas formas mais graves do Alcoolismo Crônico: episódios confusionais, psicose polineurítica de Korsakoff, Doença de Gayet-Wernicke e outras.

Pode-se submeter o alcoólatra a qualquer uma das formas de psicoterapia desde a psicanálise até as chamadas psicoterapias reeducativas, de apoio e reparadoras e sugestivas. Para que se inicie a psicoterapia, o paciente deve-se encontrar desintoxicado, lúcido, consciente, bem orientado, sem distúrbios produtivos na esfera psíquica, caso contrário não terá condições de participação e não obterá qualquer benefício do processo psicoterápico.

Muitos pacientes não têm possibilidades de estabelecer um relacionamento favorável para início de tratamento psicoterápico ou por condições desfavoráveis do ponto de vista social, ou por elevado nível de intoxicação ou por acentuado grau de decadência em que se encontram. Dessa forma, impõe-se a seleção de alcoólatras, qualquer que seja a modalidade do método psicoterápico escolhido.

Fortes (1985 p. 96) sugere algumas modalidades de psicoterapia incluindo métodos psicoterápicos sugestivos e interpretativos: apoio; clarificação de sentimentos; hipnose individual ou em grupo; psicanálise; psicoterapia analítica existencial; psicoterapia de grupo, com ou sem base analítica; terapia reeducativa ou reconstrutiva.

De modo geral, o critério de escolha da abordagem terapêutica a ser utilizada varia de acordo com o tipo de paciente, assim os Métodos Interpretativos se aplicam a

alcoólatras mais diferenciados e os Métodos Sugestivos a alcoólatras menos diferenciados.

De fato, as técnicas mais sofisticadas de psicoterapia, como a psicanálise, a analítica existencial, a psicoterapia de inspiração psicanalítica e equivalentes, devem ser indicadas aos alcoólatras de bom nível intelectual e cultural, cuja personalidade se encontra menos comprometida.

Sendo tratamento de alto custo, é necessário que o paciente ou a instituição que lhe presta assistência faça face às despesas. Em nossa experiência, os melhores resultados com essas técnicas foram obtidos com alcoólatras cuja estrutura de personalidade era de tipo neurótico (FORTES, 1985).

Dada a heterogeneidade de diferentes estruturas de personalidade encontradas no alcoólatra, a análise existencial, calcada em modelos proporcionados pelas filosofias existencialistas, oferece ao paciente amplas possibilidades de expansão dos seus potenciais humanos. Esta abordagem investiga a história da vida do paciente, mas não a explica segundo pressupostos rígidos. Atua mostrando ao paciente quando e em que medida fracassou na realização de sua humanidade, utilizando suas próprias expressões, quando necessário. Trata de fazê-lo experimentar tudo isso da forma mais radical possível, como um guia turístico mostrando planícies, montanhas, desfiladeiros.

O terapeuta deve estar preparado para identificar desde logo os principais traços de personalidade do paciente e dessa forma avaliar as probabilidades de sucesso neste tipo de tratamento. Além disso, deve estar convencido de que o paciente não só reconhece franca e lealmente a necessidade de remodelar sua personalidade no trabalho de grupo, mas também se angustia com esse fato. Deve ser salientado ao paciente sua responsabilidade grupal, sua atuação e o que se pode esperar dele.

Guido Heten, apud Fortes (1992), propõe sessões de psicoterapia de grupo em que as esposas dos alcoólatras são habilmente envolvidas, passando também a submeter-se à psicoterapia, que se desenvolve paralelamente. Assim, os resultados finais de alcoólatras recuperados são melhores que os obtidos em tratamento exclusivos, unicamente dos etilistas.

Como sempre acontece em psicoterapia, com qualquer das modalidades escolhidas, a relação médico-paciente desempenha papel preponderante, pois enquanto alguns alcoólatras necessitam de personalidades fortes, dominadoras, outros dão-se melhor com psicoterapeutas mais suaves e sutis. Uns impedem o alcoólatra de beber pela energia e atitudes imperativas, outros pelo apoio que oferecem. Nas técnicas interpretativas, provavelmente a personalidade do terapeuta exerça papel mais apagado.

Do ponto de vista prático, no início de tratamento deve haver certa tolerância com relação às faltas, horários e outras demonstrações de falta de pontualidade, pois isso, no fundo, traduz aspectos intrínsecos da própria personalidade do alcoólatra. À medida que o tratamento progride é que se poderá exigir cada vez mais em termos de frequência, regularidade e comportamento abstinente.

Um extraordinário passo na luta anti-alcoólica foi dado com a criação da Instituição dos Alcoólatras Anônimos ocorrida em 1935 nos Estados Unidos, por iniciativa de dois alcoólatras crônicos que conseguiram completa recuperação. No Brasil o primeiro núcleo foi criado em São Paulo, o movimento se ampliou, elevando significativamente a quantidade de adeptos e contando com numerosas ramificações em muitas cidades brasileiras, nas quais vem desenvolvendo campanhas de conscientização com objetivo de promover uma melhor crítica pessoal ao consumo de álcool. É uma Instituição que preocupa-se em ajudar as pessoas cujo problema ou dificuldade é poder deixar de beber. Seu lema é: “ Se o seu problema é beber, o problema é seu. Se é deixar de Beber, o problema é nosso.”

“ O tratamento proposto pelos Grupos de AA, representa um movimento de grupo, de estrutura fraternal, que procura reduzir a liderança ao máximo. Não funciona nos moldes de uma psicoterapia de grupo clássica, embora na prática até certo ponto atue como tal. Fundamenta-se em experiência religiosas, espirituais e psicológicas, dotadas de certa conotação existencial, oferecendo alguns parâmetros básicos para os candidatos à abstinência. Funciona na base da tendência natural à solidariedade humana.” (ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, 1994).

9. CONCLUSÕES

O debate sobre álcool e drogas no Brasil tem sido alimentado muito mais pelo calor da paixão ou do pânico moral do que pela frieza da razão e dos dados empíricos. A sociedade no geral e a mídia escrita e televisiva em particular buscam capturar evidências da dimensão do consumo de drogas e muitas vezes acabam somente criando um clima de desamparo frente a um problema que aparentemente é inevitável.

Nos Estado Unidos da América do Norte o governo financia inúmeros programas com o objetivo de obter informações sobre tendências de consumo de drogas entre diferentes populações e o que realmente funciona nas intervenções nas escolas. Um desses programas chama-se "Monitoring the Future" e visa entender o comportamento dos jovens americanos, tendo em mente quais ações atuais irão evitar que mais uma geração de americanos sofra com as drogas.

No Brasil estamos longe de uma ação governamental integrada e séria. As primeiras manifestações da recém-criada SENAD (Secretaria Nacional Antidroga) parece servir mais como uma manifestação de mídia do que uma política consistente.

Por outro lado, iniciativas como a criação do CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, que funciona no Departamento de Psicobiologia da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), são louváveis por tratar-se de uma entidade sem fins lucrativos que existe exclusivamente para ser útil à população. Para cumprir esta função, o CEBRID ministra cursos, palestras e reuniões científicos sobre drogas, publica livros, faz levantamentos sobre o consumo de drogas entre estudantes, meninos de rua, etc., mantém um banco de trabalhos científicos brasileiros sobre o abuso de drogas e publica um boletim trimestral O CEBRID é constituído por uma equipe técnica multidisciplinar, composta de especialistas nas áreas de medicina, sociologia, farmácia/bioquímica, psicologia e biologia.

Através desses estudos, que estão sendo feitos por vários grupos de pesquisadores de diferentes universidades, estamos começando, a duras penas e com pouca ajuda governamental, a monitorar o futuro de nossas populações mais jovens e criando a sensação de que não existe nada de inevitável no uso de drogas por essa população.

Ao finalizar a presente revisão bibliográfica, objeto desta monografia, fica clara a complexidade do tema e abre-se espaço para o desafio de continuar a estudar fenômeno do alcoolismo, suas causas e conseqüências, seu impacto nas esferas física, psíquica, social, familiar e laboral do sujeito identificado como drogadicto.

Certamente a medida que nos aprofundarmos neste estudo maiores as possibilidades de desenvolver projetos que possibilitem identificar e tratar muitos indivíduos (servidores da Universidade) que permanecem prisioneiros do impiedoso carrasco da drogadicção.

A luz da psicologia clínica procurar o entendimento da estreita relação entre sofrimento psíquico e dependência química. E sob a ótica da psicologia organizacional identificar as interfaces da drogadicção e o mundo do trabalho.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS – Alcoólicos Anônimos Atinge a Maioridade: Uma Breve História do AA. São Paulo, Centro de Distribuição de Literatura de AA, 1994.

BAZZO, Ezio Flávio - **Algumas Considerações Sobre a Saúde Mental dos Funcionários Públicos.** Psicologia Ciência e Profissão, São Paulo, 17 : 1 p. 41 - 44, 1997.

BUCHER, R. - **Drogas e Drogadição no Brasil.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

CASTRO, Karen Carvalho de – **Álcool e Trabalho: uma experiência de tratamento de trabalhadores de uma universidade pública no Rio de Janeiro.** Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do grau de mestre, Rio de Janeiro; 2002.

COSTA, C.A.L. - **A Ética e Testagem de Drogas no Trabalho.** Fórum Nacional sobre Dependência Química nas Empresas. Relatos e Conferências. São Paulo, Editora IMS, 1996.

CURY, Augusto Jorge - **A Pior Prisão do Mundo.** São Paulo, Editora Academia de Inteligência, 2000.

FERRER, Sergio Ducaud - **Complicaciones Neurológicas Crónicas del Alcoholismo.** Santiago de Chile, Ediciones Universitarias , 1977.

FONTANELLA, Bruno José B. e TURATO, Egberto Ribeiro - **Barreiras na Relação Clínico-Paciente em Dependentes de Substâncias Psicoativas Procurando Tratamento.** in Revista de Saúde Pública; 36(4): 439-447, ago. 2002.

FORTES, José Roberto de Albuquerque - **Alcoolismo**. São Paulo; Sarvier Editora, 1985.

FREUD, S - **O Mal-estar da Civilização**. E.S.B. Obras Completas, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

KALINA, Eduardo e KOVADLOFF, Santiago - **Drogadicção: indivíduo, família e sociedade**. Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves Editora, 1988.

LARANJEIRA, Ronaldo - **O Tratamento de Alcoolismo para o Clínico Geral**. Revista Brasileira de Psiquiatria, vol. 21 nº 2; São Paulo Apr/June , 1999.

LAZO, Donald M. - **Alcoolismo: o que você precisa saber**. São Paulo, Edições Paulinas, 1989

MARINI, G. A - **Comprehensive Drug-abuse Program Can Prove Effective in the Workplace** – Occupational Health and Safety 60(4): 54-59, 1991.

MERRIT, H.H. - **Tratado de Neurologia**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2000.

OLIEVENSTEIN, C.O. - **O Destino do Toxicômano**. São Paulo, Artmed, 1985.

OMT/OMS. **Comitê Misto de Medicina do Trabalho**. Genebra, 1984.

RAMOS, Sérgio de Paula e BERTOLUCCI, José Manoel - **Alcoolismo Hoje**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997

SANTOS, L.V. dos et al.- **Percepção de Estudantes da Área de Saúde Sobre o Abuso de Álcool no Meio Acadêmico**. In: Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental, 6., 2000, Ribeirão Preto. Anais... Ribeirão Preto: FIESP; EERP-USP; FAPESP, 2000. P. 198-209

SILVA, O . A .- Implantação de um Programa de Controle da Dependência Química na Empresa. Apresentado no Fórum Nacional sobre Dependência Química nas Empresas, São Bernardo do Campo, Editora IMS, 49-55, 1994

SPINELLI, E. & SILVA, O.A.- Identificação de Usuários de *Cannabis* por Cromatografia em Camada Delgada de Alta Eficiência. – Revista Brasileira de Toxicologia 8(2): 21-28, 1995.