

Artigo Original

SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL: RELATO DE UMA HISTÓRIA

Stéfano Sousa Farias (1)
Jadcely Rodrigues Vieira (2)
Gislene Farias de Oliveira (3)

Resumo

O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade, entretanto, seu consumo de forma excessiva, passa a ser um problema. Dependendo da dose, da frequência e das circunstâncias, pode provocar um quadro de dependência conhecido como alcoolismo. O consumo inadequado do álcool é considerado um problema de saúde pública, acarretando altos custos para a sociedade, envolvendo questões médicas, psicológicas, profissionais e familiares. Dada a relevância do problema, o presente estudo objetivou identificar, através de um relato de caso, o que leva um indivíduo a beber excessivamente, e como uma pessoa não consegue parar com o álcool, apesar das inúmeras perdas que a dependência gera. O presente estudo é um estudo de caso, realizado através de uma semi-estruturada, realizada numa única sessão, com um usuário de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em tratamento da dependência do álcool. Os resultados levaram a crer que o usuário não tem consciência de que faz uso abusivo do álcool e que este provoca dependência. Constatou-se a perda do controle volitivo, tanto relacionado às condições biológicas quanto a questões relacionadas a uma expectativa psicológica que o alcoólatra tem em relação ao uso do álcool. As causas que levam ao beber excessivo e a sua manutenção são inúmeras, dentre elas: falta de apoio familiar, baixa autoestima e crises de abstinência.

Palavras-Chave: Síndrome de dependência do álcool,

Introdução

A realidade contemporânea tem colocado novos desafios no modo como certos temas têm sido habitualmente abordados, especialmente no campo da saúde. Isto se dá pelo fato de que os objetos sobre os quais intervimos apresentam-se complexos, exigindo das pessoas o esforço de evitar simplificações reducionistas. Este é o caso do tema “álcool”, que indica a necessidade de uma ação conjunta, dos diferentes saberes e aportes teórico-técnicos.

O tema em questão tem ocupado lugar de destaque na mídia, nas discussões políticas e na sociedade em vários lugares do mundo. Moreira (2005) aponta que, no Brasil, foi criada em 1998 a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), com sede na Casa Militar e acesso direto à Presidência da República. Nesse mesmo ano, em Brasília, foi realizado o primeiro Fórum Nacional Anti-Drogas, o qual teve como objetivo definir as linhas norteadoras para a prevenção, o tratamento e a repressão, no país. Em 2001, realizou-se o segundo Fórum, em cuja abertura foi assinada a Política Nacional Anti-Drogas pelo Presidente da República – constatando-se assim a relevância do tema.

Discorrendo especificamente sobre o álcool cabe comentar que ele consiste na droga psicoativa mais utilizada pela humanidade e que merece ser estudado. O álcool é considerado uma droga psicotrópica, pois ele atua no sistema nervoso central, provocando uma mudança no comportamento de quem o consome, além de ter potencial para desenvolver dependência (MARQUES, 2001).

Em outras palavras, o álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade, entretanto, seu consumo de forma excessiva, passa a ser um problema, pois dependendo da dose, da frequência e das circunstâncias, pode provocar um quadro de dependência conhecido como alcoolismo, como afirma Bertolote e Ramos (1997).

O consumo inadequado do álcool é um importante problema de saúde pública, especialmente nas sociedades ocidentais, acarretando altos custos para a sociedade e envolvendo questões médicas, psicológicas, profissionais e familiares (BRASIL, 2003; CEBRID – CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS).

Dada a relevância do problema, o presente estudo objetivou identificar, através de um relato de caso, o que leva um indivíduo a beber excessivamente, bem como, identificar o(s) motivo(s) que levaram o sujeito da pesquisa a não abandonar o álcool, apesar das inúmeras perdas que a sua dependência gera, a sua própria vida.

O álcool: Aspectos históricos

Estudar o tema álcool remete ao fato de que esta substância é utilizada desde antigamente pela humanidade; seu uso era presença constante nos momentos de comemoração e fazia parte de rituais

religiosos (GIGLIOTTI e BESSA, 2004), além de servir para relaxar, liberar as inibições e até ser companhia em eventos sociais (BRASIL, 2004). Inicialmente, as bebidas tinham conteúdo alcoólico relativamente baixo, como por exemplo o vinho e a cerveja, já que dependiam exclusivamente do processo de fermentação. Com o advento do processo de destilação, introduzido na Europa pelos árabes na Idade Média, surgiram novos tipos de bebidas alcoólicas, que passaram a ser utilizadas na sua forma destilada. Nesta época, este tipo de bebida passou a ser considerado como um remédio para todas as doenças, pois “dissipavam as preocupações mais rapidamente do que o vinho e a cerveja, além de produzirem um alívio mais eficiente da dor” (CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas)

Com o passar do tempo à medida que as sociedades foram passando por transformações econômicas e sociais, principalmente com a revolução industrial – que provocou as grandes concentrações urbanas, multiplicou enormemente a produção e a disponibilidade das bebidas e reduziu de modo drástico os seus preços –, houve uma mudança profunda na maneira da sociedade e dos homens relacionarem-se com o álcool (GIGLIOTTI e BESSA, 2004). É como se houvesse sido revelada a outra face da moeda. Ou seja, a mesma substância que une, celebra e alegra, também estimula a agressividade, a discórdia e a dor, rompendo laços de família, de amizade e de trabalho.

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) o uso indevido de álcool e tabaco tem a maior prevalência global, trazendo também as mais graves consequências para a saúde pública mundial. Corroborando tais afirmações, estudo conduzido pela Universidade de Harvard e instituições colaboradoras (Murray e Lopez, 1996 apud BRASIL, 2003) sobre a carga global de doenças trouxe a estimativa de que o álcool seria responsável por cerca de 1,5% de todas as mortes no mundo.

O problema, então, é que o uso exagerado dessas bebidas acaba gerando um grave transtorno de saúde pública mundial. O transtorno em questão refere-se ao alcoolismo, sendo esta denominação utilizada pela primeira vez no Século XVIII de acordo com Gigliotti & Bessa (2004).

O alcoolismo é visto como uma toxicomania pela OMS (OLIVEIRA e LUIS, 1997), que a conceitua como um estado psíquico e algumas vezes também físico, resultante da interação entre o organismo vivo e uma substância, caracterizado por um comportamento e outras reações que incluem sempre compulsão para ingerir a droga, de forma contínua ou periódica, com a finalidade de experimentar seus efeitos psíquicos e às vezes para evitar o desconforto de sua abstinência. A tolerância pode existir ou faltar e o indivíduo pode ser dependente de mais de uma droga.

É válido ressaltar que, apenas na segunda metade do século XX (GIGLIOTTI e BESSA, 2004), o sistema de classificação, pela necessidade de critérios de maior confiabilidade e validade, passa por mudanças e começa a considerar os problemas com o álcool e outras drogas que não envolviam adição ou dependência. O que acontecia segundo Oliveira e Luis (1997) era que a ausência de um padrão homogêneo, de um curso único, ao contrário do que se pensava antes, faz com que alguns prefiram ver o alcoolismo como uma síndrome e não como uma doença.

Assim, em 1970 Edwards e Gross, citados por Marques (2001) propuseram o conceito de “Síndrome de Dependência do Álcool”, ampliando a visão anterior, que considerava o indivíduo como alcoólatra ou não alcoólatra. A dependência do álcool passou a ser definida como um conjunto de sintomas e sinais decorrentes do uso disfuncional da substância. De acordo com esse conceito sua etiologia e perpetuação seriam decorrentes de aspectos físicos, psicológicos e sociais, de intensidade variável em cada indivíduo.

Síndrome de Dependência do Álcool

Segundo Gigliotti e Bessa (2004) a Síndrome de Dependência do Álcool (SDA) não é uma enfermidade estática que se define em termos absolutos, mas um transtorno que se constitui ao longo da vida. É um fenômeno que depende da interação de fatores biológicos e culturais – por exemplo, religião e valor simbólico do álcool em cada comunidade –, que determinam como o indivíduo vai se relacionando com a substância, em um processo de aprendizado individual e social do modo de se consumir bebidas. 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.

Os autores acima citados acrescentam ainda que, os elementos constituintes da Síndrome de Dependência Alcoólica são:

1) Estreitamento do repertório – No início, o usuário bebe com flexibilidade de horários, de quantidade e até de tipo de bebida. Com o tempo, passa a beber com mais frequência, até consumir todos os dias, em quantidades crescentes, ampliando a frequência e deixando de importar-se com a inadequação das situações.

2) Saliência do comportamento de busca do álcool – Com o estreitamento do repertório do beber, há uma tentativa do indivíduo de priorizar o ato de beber, mesmo em situações inaceitáveis (por exemplo, dirigindo veículos, no trabalho). Em outras palavras, o beber passa a ser o objetivo da vida do usuário, acima de qualquer outro valor, saúde, família e trabalho.

3) Aumento da tolerância ao álcool – Com a evolução da síndrome, há necessidade de doses crescentes de álcool para obter o mesmo efeito conseguido com doses menores, ou a capacidade de realizar atividades apesar de altas concentrações sanguíneas de álcool.

4) Sintomas repetidos de abstinência – Quando há diminuição ou interrupção do consumo de álcool, surgem sinais e sintomas de intensidade variável. No início, eles são leves, intermitentes e pouco incapacitantes mas, nas fases mais severas da dependência, podem manifestar-se os sintomas mais significativos, como tremor intenso e alucinações.

Os estudos descritivos identificaram três grupos de sintomas: a) físicos: tremores (desde finos de extremidades até generalizados), náuseas, vômitos, sudorese, cefaléia, câibras, tontura; b) afetivos: irritabilidade, ansiedade, fraqueza, inquietação, depressão; c) sensopercepção: pesadelos, ilusões, alucinações (visuais, auditivas ou tácteis).

5) Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo aumento da ingestão da bebida – Este é um sintoma importante da SDA, sendo difícil de ser identificado nas fases iniciais. Torna-se mais evidente na progressão do quadro, com o paciente admitindo que bebe pela manhã para sentir-se melhor, uma vez que permaneceu por toda noite sem ingerir derivados etílicos.

6) Percepção subjetiva da necessidade de beber – Há uma pressão psicológica para beber e aliviar os sintomas da abstinência.

7) Reinstalação após a abstinência – Mesmo depois de períodos longos de abstinência, se o paciente tiver uma recaída, rapidamente restabelecerá o padrão antigo de dependência.

Essa sistematização da Síndrome de Dependência do álcool, teve sua validade clínica comprovada por inúmeros estudos e modificou a compreensão dos problemas relacionados ao álcool pela medicina, influenciando as classificações posteriores. (GIGLIOTTI e BESSA, 2004).

Ao se investigar a dependência do álcool é imprescindível tratar também da Síndrome de abstinência alcoólica, a qual será tratada no tópico seguinte.

Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA)

De acordo com Maciel e Kerr-Corrêa (2004) a Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) é responsável por um aumento significativo na morbidade e mortalidade associadas ao consumo de álcool e é um dos critérios diagnósticos da síndrome de dependência de álcool. Caracteriza-se por sinais e sintomas decorrentes de uma interrupção total ou parcial de consumo de bebidas alcoólicas em dependentes que apresentam um consumo prévio significativo. Esses sinais e sintomas não são específicos somente da síndrome de abstinência alcoólica, podendo estar presentes em outras síndromes de abstinência (por benzodiazepínicos, por exemplo). São, ainda, insidiosos e pouco específicos, o que torna seu reconhecimento e avaliação processos complexos; variam quanto à intensidade e gravidade, podendo aparecer, como dito, após uma redução parcial ou total da dose usualmente utilizada.

Os sinais e sintomas mais comuns da Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) são, entre outros, agitação, ansiedade, alterações de humor (disforia), tremores, náuseas, vômitos, taquicardia e hipertensão arterial (MACIEL e KERR-CORREA, 2004; LARANJAEIRA et al, 2000). As autoras ainda alertam que existem complicações secundárias relacionadas a SAA, como convulsões e alucinações, as quais são as mais comuns. E complicações mais graves e menos comuns como o *delirium tremens*, que é um quadro específico de delirium, relacionado à abstinência do álcool.

Uma série de fatores influenciam o aparecimento e a evolução dessa síndrome, entre eles: a vulnerabilidade genética, o gênero, o padrão de consumo de álcool, as características individuais biológicas e psicológicas e os fatores socioculturais. Os sintomas e sinais variam também quanto à intensidade e à gravidade, podendo aparecer após uma redução parcial ou total da dose usualmente utilizada, voluntária ou não, como, por exemplo, em indivíduos que são hospitalizados para tratamento clínico ou cirúrgico (LARANJEIRA et al 2000).

Após o relato dos malefícios que o álcool gera, incluindo a SAA, fica o questionamento acerca do que leva um indivíduo a beber em excesso, ou ainda, o que causa a dependência?

Causas da dependência do Álcool

Ao se investigar uma causa para o consumo excessivo do álcool, não encontra-se uma resposta clara e definitiva; Masur (1984) afirma que existem várias tentativas de respostas como vulnerabilidade biológica, vulnerabilidade psicológica e vulnerabilidade social. Isto partindo da premissa de que todos os que bebem têm potencialmente a possibilidade de se tornarem alcoolistas. A maior ou menor probabilidade vai depender da interação entre os diferentes fatores da vulnerabilidade.

Existem algumas teorias que tentam explicar o desenvolvimento da dependência de álcool através de processos psicológicos, que incluem tanto processos cognitivos (pensamento, memória, atenção) como fatores afetivos (sentimentos e atitudes). Segundo Bertolote e Ramos (1997) cada teoria psicológica procura explicar o desenvolvimento da dependência de álcool através de seu referencial teórico. Os autores acrescentam que, existe também, uma determinação sócio-cultural, onde os fatores interpessoais, como a influência dos pares e o comportamento da família, também são muito importantes na determinação do padrão de uso de álcool

O CEBRID corrobora com o exposto relatando que, os fatores que podem levar ao alcoolismo são variados, podendo ser de origem biológica, psicológica, sociocultural ou ainda ter a contribuição resultante de todos estes fatores. A dependência do álcool é uma condição frequente, atingindo cerca de 5 a 10% da população adulta brasileira.

A transição do beber moderado ao beber problemático ocorre de forma lenta, tendo uma interface que, em geral, leva vários anos. Alguns dos sinais do beber problemático são: desenvolvimento da tolerância, ou seja, a necessidade de beber cada vez maiores quantidades de álcool para obter os mesmos efeitos; o aumento da importância do álcool na vida da pessoa; a percepção do “grande desejo” de beber e da falta de controle em relação a quando parar; síndrome de abstinência (aparecimento de sintomas desagradáveis após ter ficado algumas horas sem beber) e o aumento da ingestão de álcool para aliviar a síndrome de abstinência (CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas).

Assim, tornar-se dependente do álcool pode resultar de uma variedade de inter-relações de influências, em função de que cada variável repercute de forma ímpar em cada pessoa.

Prevenção e Tratamento

Para tratar a Síndrome de Dependência do Álcool ou Síndrome de Abstinência Alcoólica faz-se necessário em primeiro lugar realizar o diagnóstico das mesmas. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) o diagnóstico e tratamento precoces da dependência ao álcool têm papel fundamental no prognóstico deste transtorno, o que se amplia em uma perspectiva global de prevenção e promoção da saúde, e se agrava ao constatarmos que, de uma forma geral, o despreparo significativo e a desinformação das pessoas que lidam diretamente com o problema, sejam elas usuários, familiares ou profissionais de saúde.

Especificamente sobre a prevenção o Ministério (BRASIL, 2003) aponta que, deve ser estimulado o desenvolvimento de ações de prevenção nas escolas, locais de trabalho, sindicatos e outras associações. As ações incentivadas devem ter caráter permanente, ao invés iniciativas pontuais e esporádicas como campanhas, sem no entanto, prescindir de ações de curta duração voltadas para a multiplicação da atuação preventiva. Ocorre que, educar a população é fundamental, pois promove a redução dos obstáculos relativos ao tratamento e à atenção integral voltada para os consumidores de álcool, aumentando a consciência coletiva sobre a frequência dos transtornos decorrentes do uso indevido de álcool e drogas.

Moreira (2005) alerta para o fato de que, se existe um consenso sobre a proporção e magnitude do problema, existe, do outro lado, uma controvérsia de como enfrenta-lo. Historicamente, as duas posturas mais importantes de enfrentamento dos problemas relacionados ao uso indevido do álcool são o de “Guerra às Drogas” e a de “Redução de Danos”.

A autora explica que o movimento “Guerra às Drogas” prega a intolerância ao uso de drogas e tem como objetivo um mundo livre delas, sendo o seu grande investimento direcionado à repressão.

Moreira (2005) também ressalta que, as estratégias de prevenção desse movimento utilizam técnicas que se resumem a persuasão dos indivíduos para a abstinência: “diga não às drogas”. Não há uma preocupação com as diferentes formas de uso ou com a abordagem dos fatores relacionados à proteção e ao risco do abuso dos psicotrópicos.

No que diz respeito a estratégia de abordagem ao uso indevido de drogas denominado “Redução de Danos” Gorgulho (2009) explica que esse conceito existe há mais de 30 anos; tendo seu início na década de 1980 quando houve o estouro das epidemias de hepatite e do HIV. A autora coloca que a Redução de Danos foi uma resposta de saúde pública à disseminação do HIV e das hepatites.

Ao se perceber a impossibilidade de algumas pessoas em interromper o uso de drogas, foram defendidas medidas para que, ao quadro de consumo de substâncias psicoativas não se sobrepusessem problemas relacionados a outras esferas de saúde como a infecção pelo HIV, outras doenças sexualmente transmissíveis ou a doenças transmitidas pelo compartilhamento de itens utilizados no uso injetável de drogas. (GORGULHO, 2009, p.9).

A proposta da Redução de Danos surgiu, então, incentivando formas de auxílio cujo principal objetivo era melhorar o bem estar físico e social dos usuários, minimizando os prejuízos causados pelo uso das substâncias psicoativas (MOREIRA, 2005).

A Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA) define redução de danos como políticas e programas que tentam principalmente reduzir, para os usuários de drogas, suas famílias e comunidades, as consequências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento. Esta é a definição mais sucinta e útil de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). Seu foco é no trato das consequências do uso de drogas em vez de enfatizar apenas a redução do consumo de uma determinada droga. Ela pode ser aplicada tanto para drogas lícitas como ilícitas. Da mesma forma, também pode se aplicar à produção legal e clandestina de álcool.

Andrade (apud Moreira, 2005) define a Redução de Danos como uma política de saúde que se propõe a reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas.

Verifica-se, então que, a abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2003).

Atualmente no Brasil, as ações de redução de danos são apoiadas pelo Ministério da Saúde através das coordenações de DST/Aids e de Saúde Mental e são dirigidas ao controle de Aids, de hepatites, e também, estão cada vez mais presentes pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como ações de abordagem dos usuários de drogas que não querem, não podem ou não conseguem parar de usar drogas (DONEDA, 2009).

Gorgulho (2009) alerta para o fato de que o conceito de Redução de Danos prevê também a abstinência, a conscientização e a prevenção; o desafio é fazer a sociedade e profissionais entenderem que existem diferentes formas de lidar com essa questão.

Portanto, deve-se entender que para o problema do álcool e outras drogas existe a necessidade de várias abordagens que possam oferecer diferentes espaços para o tratamento dos dependentes.

Método

O presente trabalho é um Estudo de Caso descritivo. Segundo Almeida e Freire (2003) a pesquisa qualitativa é entendida como dinâmica, fenomenológica e associada à história individual e aos contextos uma vez que, além da importância de identificar os comportamentos observáveis, torna-se necessário conhecer os sistemas de crenças e de valores, os sistemas de comunicação e de relação, bem como as suas representações para os indivíduos ou grupos em causa. Com efeito, o grande objetivo da metodologia qualitativa é compreender o significado do fenômeno em estudo, adaptando a perspectiva dos indivíduos estudados, muitas vezes no contexto onde ocorrem os fenômenos (Ribeiro, 2007).

O Estudo de Caso por sua vez, pode ser caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida, como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa ou uma unidade social. Visa conhecer o seu “como” e os seus “porquês”, evidenciando a sua unidade e identidade próprias. É uma investigação que se assume como particular, debruçando-se sobre uma situação específica, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico (PONTE, 2011). Quanto ao Estudo de Caso do tipo descritivo o autor acrescenta que ele visa justamente oferecer um panorama completo de uma determinada situação.

Instrumento e Procedimentos

Para atingir os objetivos propostos, ou seja, tentar identificar o que leva um indivíduo a fazer uso indevido do álcool, bem como apreender as razões deste indivíduo não “abandonar” seu vício e ter inúmeras recaídas – utilizou-se como instrumento de coleta de dados uma entrevista semi-estruturada, realizada numa única sessão, com um usuário de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que faz tratamento em função da dependência do álcool.

O discurso do usuário foi obtido através de uma entrevista semi-estruturada, em uma única sessão com um usuário de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que faz tratamento em função da dependência do álcool. Para a realização da análise, essa se deu de maneira comparativa, tomando-se como referencial a literatura sobre a temática.

Resultados

A seguir, encontram-se partes da transcrição da entrevista realizada com o usuário E.L.C., dividida em tópicos/temas, optando-se por identificá-lo apenas com as iniciais de seu nome, com a finalidade de preservar sua identidade.

A seguir, informações para caracterização e contextualização do Caso.

E.L.C. Tem 40 anos de idade, é casado, pai de dois filhos com idades de 15 e 25 anos. Atualmente está desempregado e faz tratamento para o alcoolismo no CAPs. Estudou só até a terceira série. Veio de uma família de 13 filhos, sendo que dois morreram por conta do alcoolismo. Teve sua primeira experiência com o álcool aos 15 anos de idade. Trabalhou numa empresa onde iniciou sua experiência com o alcoolismo e saiu da primeira empresa com 23 anos de idade. Segundo E.L.C, não teve infância. Ele e seus irmãos não tiveram, foi só de trabalho.

Tema 1. Alcoolismo e fatores biológicos, psicológicos e sociocultural:

Esse tema mostra a vivência do usuário com o álcool no que concerne as influências ou tendências à dependência promovidas no âmbito familiar, sociocultural, incluindo como foram os contatos iniciais com a bebida.

“Meu pai e minha mãe nunca bebeu. Eu não sei porque tanto eu quanto meus irmãos, os homens, as mulheres não, todos eles, se tornou praticamente alcoólatra. Porque entre todos eles, chegou a situação de perder o controle, inclusive dois foi simhora por álcool.”

Seu primeiro contato com a bebida foi no trabalho, *“quando ia consertar as estradas na chuva, a empresa mandava a gente ir e os meninos levava litro de cachaça, e ai foi continuando, você vai achando bom aquele negócio engraçado e você não sabe que ela é uma doença progressiva.”*

No que diz respeito ao ambiente que se frequenta ou os amigos que o acompanham o Sr E. diz que: *“encontra os colegas e o que eles dizem: ‘Rapaz, bora tomar só uma...’, e digo: ‘Não, quero não, posso não... E se eu beber, minha mulher não deixa entrar em casa...’, e começa aquele negocio... O que você deve evitar então? Os lugares de ativa... Não é ficar com raiva de ninguém, e nem falar com ninguém, é respeitar, mas eles não tem conhecimento, por isso não vão respeitar... Induz até você a voltar a beber. Se você chegar num lugar qualquer desse aí, ninguém te oferece um prato de comida, mas a bebida com certeza”.*

“Aí incentivo de colega de bebida pra mim ir pro Rio de Janeiro, aí fui pro Rio de Janeiro, chegou lá eu achando que chegando lá por não conhecer ninguém não ia beber ia ser eu no meio de outros sem conhecer, ia ser um reforço pra não beber, porque lá eu não conhecia ninguém e eu não ia beber, mas é engano. A bebida é uma doença, que onde você vai ela vai com você, não adianta, porque onde você chegar vai ter sempre ela, e acontece essas coisas, então eu achava que chegando lá ia ser diferente, mas na realidade quando cheguei lá a coisa se tornou pior.”

“Não, na realidade é o que falei, não tinha conhecimento que isso era uma doença, por eu não ter o conhecimento a gente entrava naquele negocio, encontrava os amigos daqui, a gente se encontrava com o pessoal na hora de largar o serviço, a gente trabalha dois três perto um do outro a gente comprava um litro, fritava alguma coisa e fazia uma farofa, todo dia a gente bebia, então praticamente você já era dependente, porque você todo dia já ficava torcendo pra largar o serviço pra se encontrar com os parceiros, então não tinha condição de você controlar e a tendência aí era só

aumentar. Eu cheguei numa situação, de não saber nem que dia era da semana, a facilidade que tinha no Rio de Janeiro, tinha aquele jornal que vendia nas bancas de jornais e por lá eu olhava qual era o dia e data do mês por que eu não sabia nem qual era o dia da semana.”

Tema 2: O desprezo da família e a percepção social em relação ao dependente de álcool:

O usuário descreve a percepção de seus amigos e familiares (e dele mesmo, a princípio) acerca de quem faz uso abusivo do álcool, trazendo como consequência, o desprezo da sua família.

“Aconteceu o seguinte, que devido a bebida demais, você perde até o direito de viver qualquer coisa tá tudo bom, ao invés de procurar uma igreja, uma pessoa pra te ajudar, você acha que as coisas não tem mais solução. Então fica difícil, aí vem à família, vem os irmãos, como diversos irmãos meus lá, vendo minha situação, mas não ajudou, só sabia me chamar de safado, disso e daquilo outro, mas nenhum me ajudou. Então eu mesmo perto da casa da minha irmã, dormia na rua e me enturmava com os mendigos pra ter uma segurança pra pelo menos ter umas três horas de sono à noite. “

“Às vezes as pessoas falam assim: ‘bebe porque é safado...’, eu dizia isso quando meu irmão faleceu de cachaça, eu dizia assim: ‘Tá assim porque quer...’, e ele: ‘Quando quiser eu paro, quando quiser eu paro, bebo quando eu quero...’, desde que eu não sabia que a doença era progressiva.”

“O alcoólatra não tem nome, tem diversos nomes, mas nos nomes não eram nomes de batismo. São Pitu, Casagrande, Pé de cana, Velho Barreiro, 51... São esses aí... e você atende.

Tema 3: A importância do apoio social:

Segue abaixo alguns fragmentos da fala do usuário que demonstram os momentos nos quais o apoio social foi fundamental para ele iniciar um tratamento, para ele desejar ficar melhor.

“Na realidade pra mim estar aqui na Paraíba, eu primeiro tenho que agradecer a Deus, e segundo a meu cunhado que tem um ano e pouco que faleceu, que Deus ponha ele em bom lugar, quando ele chegou lá viu minha situação e disse que vou te levar de volta, aí peguei umas tralhas que eu tinha lá e botamos dentro do caminhão e fui lá pra Ceasa com ele e de lá viemos embora. Foi daí que cheguei aqui mesmo bebendo, consegui e levantar mais ou menos, mas não foi o normal que era preciso. “

“Eu continuei bebendo, aí daí deu naquela situação, aí eu querendo parar de novo, mas não conseguia, aí veio esse grupo do A.A. que foi fundado aí, eu fui lá numa reunião, chegando lá o rapaz tinha aberto mas não tinha colocado nenhuma pessoa que tivesse condição, e o grupo ficou a mercê, ficou numa situação difícil, chegando lá me escondi lá atrás pra dizer que não sabia, negando a Deus praticamente, ali foi onde eu tinha salvado minha vida, e muitas coisas que me deu condição, e eu cheguei e fiquei escondido...”

“Eu vim por que eu achei que não tinha mais solução nenhuma pra mim e que aqui também não tinha mais jeito, mas aqui eu consegui pelo menos amenizar, diminui muito, e fui melhorando as coisas, consegui um caminhão pra entregar água, trabalhei um bom tempo, trabalhei no caminhão da prefeitura pegando lixo nas ruas, e depois o menino vendeu o caminhão e parou tudo.

“Foi um rapaz anônimo, que trabalha num quiosque na praça Afonso Pena, como era perto do prédio de onde eu trabalhava, onde eu tava começando a levantar, eu escutei ele abordando outra pessoa, não era nem eu, mas eu escutando, fiquei lá sentado... Aí ele convidou o rapaz, e ele disse vou ali e já volto (o rapaz), aí a gente vai... Aí ele disse: “Esse não volta mais...”, Aí ele me disse: “Você tem problemas com álcool?”, eu disse que tenho, ele disse: “ Você que assistir a uma reunião?”, aí foi aí que em 23 de março de 1996, aonde eu comecei realmente a voltar a viver, que eu não tinha mais prazer na vida pra mim.”

“Primeiramente Deus, e depois no prédio onde eu trabalhava, onde eu era manobreiro, a minha patroa era muito bacana, foi a primeira pessoa a me incentivar pra mim ir pra reunião e me liberar no horário de serviço, até isso hoje eu tenho uma gratidão por ela, era uma pessoa muito bacana.”

Tema 4: As experiências dolorosas em relação ao alcoolismo:

Nessas transcrições encontram-se os relatos daquilo que o usuário perdeu (casa, emprego, autoestima, domínio sobre si mesmo, etc) em função do alcoolismo.

“A pior época da minha vida foi em 2004, quando eu passei a dormir na rua, porque perdi tudo, emprego não tinha nada, tinha que dormir debaixo de marquise, se inturmar com os mendigos pra que tivesse alguém que olhasse um ao outro, na realidade você se inturmar, tem que se inturmar para que um tome conta do outro, se tiver cinco naquele lugar, quatro dormem e um fica acordado, depois um acorda e o outro vai dormir, e vai revezando a noite toda, com medo das pessoas passar e fazer alguma maldade.”

“Devido a bebida demais, você perde até o direito de viver qualquer coisa tá tudo bom, ao invés de procurar uma igreja, uma pessoa pra te ajudar, você acha que as coisas não tem mais solução. “

“Depois que você se torna alcoólatra, você não tem mais domínio sobre você, então você não sabe nem responder as coisas que as vezes as pessoas pergunta. Porque só sabe quem é alcoólatra, o que é alcoólatra, quem é alcoólatra. Porque alcoolismo é uma doença muito perigosa, porque às vezes você pensa uma coisa e é outra totalmente diferente. Você as vezes sai pra pagar uma prestação por exemplo, você sai com aquele dinheiro pra pagar a prestação, aí chega num determinado ponto de bebida daquele e vem aquela compulsão pra você beber e fala “Ah, depois eu pago os juros”, e pega aquele dinheiro e não paga nenhuma prestação e chega em casa mentindo, que é isso que acontece.”

Tema 5: Alcoólatra? Eu?:

Nesta sessão o Sr E. descreve quando assumiu (apesar das resistências) o fato de que era portador de uma doença o – alcoolismo.

“Na verdade eu não me considerava alcoólatra, quando me chamavam de alcoólatra eu xingava de todas as maneiras porque eu não tinha conhecimento de nada, aí foi quando me levaram ao A.A. que eu vim conhecer o que era alcoólatra, depois com um certo tempo eu fui me adaptando a situação que era alcoólatra. Alcoólatra é aquela pessoa que quando toma o primeiro, toma mil, então é o seguinte, se você evitar o primeiro gole você não vai tomar o segundo, se você tomar o primeiro você toma mil, na realidade o que embebeda o alcoólatra não é aquelas doses que ele toma não, é a primeira, que se tomou a primeira, abre caminho para as outras.”

Tema 6: A abstinência:

Aqui está o momento no qual o usuário após estar períodos sem beber tem uma recaída, e, depois, novamente outra recaída. Ele fala quais sentimentos são suscitados nesses momentos

“Fica difícil porque você... Quando aconteceu de eu voltar a beber, lembro de quando eu cheguei em casa eu falei: “Meu Deus o que foi que eu fiz?”, essa foi a primeira coisa que venho a minha cabeça, e eu sabendo que 4 anos e 10 meses de futuro e joguei tudo fora.”

“Depois passei um ano e seis meses sem beber, por que eu estava coordenando as reuniões do A. A. e fez muita diferença na minha vida!”

“Não transcorreu mais nada, você não passa a não ter mais nada as pessoas passam a te ver de outra maneira, não é como era, você se sente o resto do resto.”

“Eu já estava de um jeito que não ligava mais pra nada, então pra mim qualquer coisa era aceito do mesmo jeito. Eu tava perdido no mundo.

Outra recaída:

“Foi o seguinte, meu cunhado carregou uma carga pro Rio de Janeiro e ele disse que só ia se eu fosse porque só carregava o caminhão se eu fosse porque não conhece nada lá, e eu disse a ele que eu ia, só que lá, quando eu cheguei lá, aconteceu tudo de novo, então o Rio de Janeiro pra mim não da boa recordação, porque eu tava com 1 ano e 6 meses e quando cheguei aqui foi um arraso, já cheguei praticamente desnorteado de novo, e os meninos diziam assim: “Mas rapaz, porque você foi pra essa viagem?”, eu dizia que fui porque tinha que ir, e aconteceu porque tinha que acontecer, cheguei na casa da minha irmã e quando pensei que não estava bebendo de novo. Deu tudo errado... Meu cunhado até me reclamou muito, “Mas rapaz, esse tempo todinho que você tava e agora você voltou tudo de novo...”, e o pior não é isso, depois que toma a primeira toma mil, é aquilo que eu disse, não é aquelas mil que embebeda e sim a primeira, porque é ela que abre caminho pra elas

todas. Porque se você toma uma tem que tomar as outras, porque é uma coisa que eu sempre digo é que tenho um dragão dentro de mim, se eu acordar ele eu não consigo mais, é difícil... “

Tema 7: O A.A hoje:

A vivência atual em relação ao AA, o qual já chegou até a ser coordenador:

“Hoje to não, to ausente... Até porque sou muito arengueiro, sabe? Devido às coisas que vejo como é a programação, ele quer botar de outra maneira, entendeu? E eu não aceito e reclamo demais, reclamo com razão, porque lá é proibido proibir ... O companheiro me proibir de eu falar o que ta errado, não, não pode... Fica até ruim, eu ir pra uma reunião e voltar pior do que eu vou, então não adianta, e pode ser que no primeiro bar eu vou encher a cara, até porque quem vai me entender? Minha irmã não tem o mesmo problema que eu, eu não posso falar nada disso com ela, a minha mulher dizia isso : “Você bebeu suas cachaças, se vire pra lá...” era assim que ela dizia, e eu vou fazer o que? Como eu podia diminuir a bebida se eu não tinha quem me apoiasse? Se eu tinha algum problema, eu tinha que dividir com ela... E dizia que ia ali e pronto... Que era beber...”

Tema 8: A experiência com o CAPS:

Relato de como conheceu o CAPs no qual é atendido atualmente

“Na realidade eu vim para o CAPS aqui, eu tava bebendo, foi no dia da inauguração do prédio novo, eu tava numa barraca lá perto de casa, tomando umas e outras e chegou uma pessoa que não recordo quem, dizendo que tinha uma festa grande da prefeitura na antiga maternidade, eu disse que vou lá e tomei o resto da bebida que tava bebendo lá e vim embora pro CAPS e encontrei S. de T. , que era Secretária de Saúde, aí ela disse : “ Quero você aqui amanhã de manhã...” , eu não sabia nem o que era que ela tinha pra mim, no outro dia vim pra cá todo arrumado, chegando aqui achando que era outra, e to aqui até hoje... Já vai pra um ano e sabe-se lá quanto... Mas me sinto muito bem aqui, porque aqui é uma família que eu não tenho, por aqui é onde todo mundo ajuda todo mundo, aqui só se procura ajudar, ninguém critica ninguém, procuro ajudar também de certa forma... Eu mesmo me sinto melhor aqui do que em casa, as vezes quando não venho aqui, fica tocando na minha mente sentindo falta de vir pra cá, porque aqui começa a se familiarizar, aí vira um conjunto, o que você tem? O que você precisa? Um ajudando o outro de certa forma... Todos que vamos vendo que temos algum valor, apesar de algumas pessoas achar que a gente é isso ou aquilo, não existem isso, existe aqui um pessoal que apóia a gente, que dá força, mesmo que você esteja em desespero, tem como você, de certa forma ficar com a mente mais leve, porque você tem um psicólogo, você tem uma enfermeira, de toda forma que você procurar ajuda você encontra, tem amizade com as meninas da cozinha, com todo mundo, né? Se você procurar, se precisar vai encontrar, vai ver que tem...”

Tema 9: Agora na entrevista só fazia 5 dias sem a bebida:

Segue abaixo o discurso do paciente acerca de suas expectativas futuras, incluindo as dificuldades de enfrentar a vida numa cidade pequena onde a oferta para lazer é pequena, mas para beber é grande

“Eu to pedindo a Deus pra ficar o máximo possível... Porque você tem que pedir a Deus e fazer sua parte... Porque não é só pedir a Deus, pedir a Deus é fácil, tudo quanto não presta a gente pede a Deus, e na realidade a gente não faz a nossa parte... E como pode se resolver dessa forma? Você tem que pagar um preço... O preço é o que? Renunciar! É um preço barato, mas se torna caro quando você tem um problema que é a doença...”

“É aquilo que é sugerido no A. A. , né? Se você não tem passarinho, pra que você quer gaiola? O que quer dizer isso? A gaiola é o bar, o passarinho é você, o que você vai ver lá no bar? Se você for pro bar, certamente você tá querendo voltar a beber, porque lá é o lugar de negatividade, puxa você só pra forças negativas, não vai levar você pro positivo, lá só vai encontrar os amigos de ativa ou outros que tão pior que você, mas ele não tem o conhecimento e não aceita, você falar isso: “Vamos assistir a uma reunião lá no A. A. ?”, sabe o que eu dizia? É melhor ser um bêbado conhecido, do que um alcoólatra anônimo...”

Tema 10: Percepção sobre a dependência:

As transcrições a seguir apresentam a percepção do Sr E. acerca do que a dependência alcoólica fez e faz na vida dele mesmo e de outros dependente, e, a sua própria definição de alcoolismo

“Na realidade, com a bebida eu perdi tudo praticamente, tudo... Essa semana mesmo, sábado à tarde eu tava em casa, sentado lá no sofá e comecei a ver aquele filme, porque tá assim, porque tá assado, eu era pra ter caminhão meu, era pra ter tudo meu, não era pra tá nessa situação não.”

“Eu só queria que essas pessoas, que Deus abrisse a mente deles, e procurassem uma ajuda pra ter, porque na realidade, se eu for fazer um balanço do que eu perdi, isso aí não volta mais,[...], você pode ter o problema que tiver, você se apóia nela mas não resolve, quando você acorda tá com ele dobrado,[...] você tira o exemplo de Zé, quando tava tratando, tava com emprego, cadê Zé hoje? Tava jogado ali... Quantas vezes eu peguei Zé deitado no retorno, no sol quente,[...] então essas coisas eu não critico não porque sei que é uma doença, [...]. [...]99% das pessoas que bebem, acho que 100% das pessoas que bebem na segunda feira não trabalham, eu não tirei, pelas graças de Deus, nunca faltei o serviço quando tava no Rio de Janeiro, nunca faltei, mas na realidade eu ia até botando os bofes pra fora, mas eu ia, porque eu ia? Por que sabia que a empresa ia descontar dois dias e mais a folga três do meu salário, e isso aí ia fazer um buraco grande, e esse buraco grande no meu pagamento, como é que eu ia manter a bebida? Então, é porque é difícil, é difícil de conscientizar quem é alcoólatra, eu tenho um cunhado, que ele bebe demais, agora ele toma três canas e fica bebo,

ele já chegou pra mijar dentro do guarda roupa, olha a situação que a pessoa fica, você não sabe o que fez no outro dia, as vezes o alcoólatra ele é uma pessoa que fica pensando no outro dia, se ele bebeu demais ontem, fica com medo até de sair de casa, ele não sabe o que fez ontem, acontece muito isso, aconteceu isso comigo em Realengo lá no Rio de Janeiro, na segunda feira pra eu sair de casa, o vizinho tava varrendo a frente da casa lá, a calçada, e eu não saía, eu ficava atucalhado, quando ele entrou pra dentro de casa, aí fui que sai, mas na primeira barraca que eu tomasse uma já acabou tudo de novo, é assim, o álcool é isso, ele lhe da coragem, mas uma coragem mentirosa, porque você fica numa dependência dele, você não tem coragem de ser você, ta entendendo? Mas depois que você toma uma, você é você, e mais do que qualquer coisa, é isso que acontece.”

“Alcoolismo pra mim, é o fim de tudo, que você perde o domínio sobre tudo, o alcoolismo é uma coisa que você não sabe que vai ser alcoólatra, a pessoa nem sabe que vai ser alcoólatra, às vezes as pessoas falam assim: A gente é conscientizado, sabe que não pode, mas eu nem sei nem como é isso,[...] ele é muito poderoso, eu respeito o álcool, se vê aquele que não respeita o álcool, você vê quantas pessoas morrem sem nem ter nada a ver com álcool, [...] a minha mãe foi atropelada na porta de casa em 74, por um cara que veio do carnaval de Boqueirão, veio de João Pessoa pra Boqueirão. Ele botou uma garota de 13 anos no volante do carr [...], ela colocou o carro pra cima da parede, derrubou a parede, com minha mãe encostada na parede, o carro derrubou a parede com minha mãe, minha mãe perdeu a perna, aquilo ali, eu não esqueço nunca, foi uma segunda feira de carnaval de 1974.”

Discussão

A discussão a seguir apresenta constatações encontradas na fala do Sr E. e relaciona-as ao que a literatura diz, sugere e conclui sobre o assunto.

No discurso do usuário verifica-se que o mesmo identifica quando começou a beber, mas sem consciência de que o uso abusivo do álcool provoca a dependência. Também percebe-se que os fatores que o levam a beber podem ser de origem sociocultural – uma vez que os amigos de trabalho sempre lhe ofereciam bebida alcoólica – , conforme atesta o CEBRID: “Os fatores que podem levar ao alcoolismo são variados, podendo ser de origem biológica, psicológica, sociocultural ou ainda ter a contribuição resultante de todos estes fatores”.

O Sr E. é adepto da filosofia dos Alcoólicos Anônimos, ou seja, acredita que a abstinência é o único caminho a ser seguido. A crítica que se faz a essa postura é o fato de que o AA não reconhece plenamente a evidência científica de que alguns alcoolistas conseguem beber apenas socialmente. Deve ser levado em consideração ainda que não existem evidências sobre quais fatores poderiam antecipar a certeza de que um alcoolista pode tornar-se um bebedor social ou não (BRASIL, 2004).

Os comentários de Bertolote e Ramos (1997) também condizem com a realidade do Sr E. ao afirmarem que o alcoolismo era visto dentro de uma postura essencialmente moralista, sendo considerado um problema de caráter e, como medidas terapêuticas, só cabiam métodos punitivos, castigos e prisão. O indivíduo que hoje chamamos de alcoolista, não passava de um bêbado sem caráter, marginalizado por todos e tratado sem o mínimo de carinho e compreensão. E é esse relato de marginalização, inclusive realizado pelos familiares, que aparece diversas vezes no discurso do entrevistado: “às vezes as pessoas falam assim: ‘bebe porque é safado...’, eu dizia isso quando meu irmão faleceu de cachaça, eu dizia assim: ‘Tá assim porque quer...’, e ele: ‘Quando quiser eu paro, quando quiser eu paro, bebo quando eu quero...’, desde que eu não sabia que a doença era progressiva.”

Outro ponto que atesta o que consta na teoria é o fato do Sr E. ter sido abandonado e não falar mais com sua família por causa do uso abusivo do álcool. Ocorre que (BRASIL, 2004), as mudanças negativas provocadas por essa dependência do álcool afetam a qualidade das relações interpessoais e o estilo de vida (familiar, conjugal, profissional) e podem diminuir significativamente a harmonia da família e do ambiente.

Verifica-se também que o SR E. tem vários intervalos de abstinência e em seguida recaídas, sem no entanto identificar um evento ou motivo específico para sua recaída. Assim, Constatou-se que a perda de controle de fato existe, mas, ela depende muito não só de determinadas condições biológicas, mas também da expectativa psicológica que o alcoólatra tem em relação ao álcool.

Mazuca e Sardinha (2010) ressaltam que, qualquer uma das formas de tratamento para a dependência do álcool, a tarefa mais difícil e complexa é conseguir a manutenção da mudança do comportamento inadequado, ou seja, conseguir se manter sem ter a recaída. Então, a maior dificuldade não está em parar de beber, mas sim em manter-se em abstinência sem ter a recaída.

Mazuca e Sardinha (2010) ainda acrescentam que, as reincidências constituem um tópico importante a ser estudado, uma vez que representam primordial importância no processo de recuperação do dependente. A moral ainda permeia o campo do alcoolismo e o reincidente é mal visto, é como se tivesse cometido um ato de indisciplina, tivesse fracassado. Geralmente, quando o dependente apresenta a recaída, sua família tende a marginalizá-lo e a considerá-lo como tal, quando deveria ser a primeira a mobilizar o indivíduo para a formação de uma aliança em busca de sua recuperação.

Nogueira e Ribeiro (2008) apontam como sugestão a técnica para prevenção de recaídas, que consiste numa modalidade psicoterapêutica, na qual o tratamento é individualizado, abordando variáveis cognitivas, ou seja, os pensamentos do sujeito que determinam o seu comportamento. O sujeito é considerado como o principal agente de mudança, tanto a nível da abstinência como da vida pessoal. Assim, deve ser apoiado na motivação, na evitação de situações ou lugares onde haja consumo, na utilização de suporte de familiares e/ou amigos, na valorização da mudança de comportamento e no desenvolvimento de comportamentos alternativos. Neste sentido, podem ser de

grande utilidade os programas de treino (assertividade, competências na comunicação, resistência à pressão do grupo).

Dando sequência, no discurso do Sr E. percebe-se nas seguintes palavras que o álcool passou a dominar sua vida, seus sentimentos e o ilude: “*you think that you can solve things if you drink, you solve that, you solve that, if you see a person go to the football field already drinking at home*”, ou ainda, “*a drink is a sea of illusion, you can have the problem you have, you rely on it but it doesn't solve, when you agree with him*”, o Sr E. coloca também que. “*alcohol is this, it gives you courage, but a false courage, because you are dependent on it, you don't have courage to be you*”. Verifica-se aqui, que a dependência está instalada, segundo características do diagnóstico mencionadas por Nogueira e Ribeiro (2008), ou seja: redução ou abandono de prazeres com o uso do álcool; uso persistente com consequências nocivas.

Segundo Edwards (1995), para se entender porque algumas pessoas bebem excessivamente é fundamental saber que o álcool é uma droga capaz, pelo menos a curto prazo, de remover ou afastar uma ampla variedade de sentimentos desagradáveis, como por exemplo angústia ou depressão. Para o indivíduo inseguro ou que duvida de seu próprio valor, beber pode remover temporariamente estes sentimentos. A pessoa que bebe demais está, frequentemente, usando o álcool para alterar sua percepção do mundo, que ela acha difícil, ou para aliviar sentimentos insuportáveis a seu próprio respeito, este beber excessivo pode levar ao alcoolismo.

O alcoolista pode perder sua autoestima, convencido de que ele não vale nada, preso a um sentimento de culpa, profundamente pessimista e, clinicamente deprimido. O beber e suas consequências levam a estes sentimentos e o álcool então é usado. Ao alcoolista parece não existir outra forma de lidar com estes sentimentos de menos-valia (EDWARD, 1995).

Um outro ponto marcante no discurso do Sr E. diz respeito ao ambiente que se frequenta ou os amigos que o acompanham; ele relata que: “*you find your friends and what they say: 'Brother, go drink only one...' and I say: 'No, I don't want to, I can't... If I drink, my wife won't let me go home...' and you start that business... What should you avoid then? The places you go to... Don't stay angry with anyone, and don't talk to anyone, it's respect, but they don't have knowledge, for this they won't respect... It leads you to drink again.*” Também nas palavras do Sr E. “*When you go to any place, no one offers you a plate of food, but the drink with certainty*”. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), enfrentar esse lugares e essas pessoas que oferecem bebida alcoólica ao indivíduo constitui-se num desafio real; assim, faz-se necessário mudar tal cultura e esse é um exercício de longo prazo, que inclui uma mudança na forma como o álcool é promovido, assim como uma mudança nas concepções aceitas pela comunidade.

Beber é geralmente uma atividade social realizada em grupos. Se o álcool é o ponto focal dessa atividade, ele pode criar problemas. Porém, se tal “atividade” também envolve comer e dançar, ou jogar sinuca, é provável que o álcool seja menos relevante e assim alguns problemas possam ser evitados.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), ressalta, portanto, que é razoável presumir a utilidade de se conhecer os efeitos do álcool no corpo e no comportamento humanos – utilidade esta que o Sr E. não teve durante sua vida, apenas quando já dominado pela dependência; assim, quem decidir beber estará, de alguma maneira, ciente dos problemas que poderão surgir, o que não significa que irão mudar seu comportamento, ou mesmo reduzir os problemas mas para algumas pessoas este será o resultado. Mas, a divulgação de informações sobre como “manejar” o próprio consumo de álcool e o de amigos é importante.

Especificamente sobre o tratamento a Associação Americana de Psiquiatria(2005) recomenda:

- Com segurança clínica confirmada pela evidência: Terapias cognitivo- -comportamentais, Abordagem motivacional, Terapia familiar ou de casal.
- Com segurança clínica de menor confirmação pela evidência: Terapias de Grupo, Técnicas facilitadoras dos 12 Passos, Terapia psicodinâmica e interpessoal.

Assim, O tratamento da dependência alcoólica deve ser feito no contexto de uma abordagem multidisciplinar com uma dimensão biológica, psicológica e social cujo objetivo é o de prevenir as recaídas, melhorar a qualidade de vida e reduzir a possível co-morbidade psiquiátrica do doente alcoólico.

Considerações finais

Ao término deste trabalho verificou-se que as causas que levaram ao beber excessivo foram inúmeras e, parecem depender de uma série de fatores. Significa que a origem do beber prejudicial pode estar em fatores biológicos, psicológicos, ou até socioculturais; e dependem da tolerância, predisposição de cada indivíduo, ou mesmo da forma como ele enfrenta sua vida.

No que diz respeito às recaídas, que sempre ocorrem com os dependentes do álcool, podem estar associadas também a distintos fatores: falta de apoio familiar, baixa autoestima, ou para se livrar dos sintomas da crise de abstinência, ou outros.

O fato é que, é preciso se levar em conta, no tratamento, todas as possibilidades existentes e, tentar conciliar o que for possível, ou seja, desde a tentativa de abstinência, como a redução de danos. Importa, pois, ter como foco que, a dependência química é um transtorno crônico e pela sua própria natureza, tem grandes tendências a lapsos e recaídas, e que, por este motivo, enfrentar e aprender com as recaídas constitui um aspecto extremamente importante na recuperação do alcoólatra.

Referências

- ALMEIDA, L.; FREIRE, T. **Metodologia da investigação em psicologia e educação**. 3ªed. Braga: Psiquilibrios, 2003.
- APA Work Group on Substance Use Disorders. **Practice Guideline for the treatment of patients with Substance Use Disorders**. 2 ed Arlington, VA: APA; 2005. p. 89-100.
- BERTOLETE, J. M.; RAMOS, S.P. **Alcoolismo Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. Brasília: DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: DF, 2003.
- CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Disponível em: http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/alcool_.htm. Acesso em: 27 de junho de 2011.
- DONEDA, D. Os rumos das ações voltadas à redução de danos e à abstinência. IN: **Revista Diálogos - Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília: ano 6, n 6, novembro de 2009.
- EDWARDS, G. **O Tratamento do Alcoolismo**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
- GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. A. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. IN: **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo: v 26, supl 1, maio de 2004.
- GORGULHO, M. **Álcool e outras drogas: a perspectiva dos direitos humanos dos usuários**. IN: **Revista Diálogos - Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília: ano 6, n 6, novembro de 2009.
- LARANJEIRA, R. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. IN: **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo: SP, v 22, n 2, Junho, 2000.
- MACIEL, C.; KERR-CORREA, F. Complicações psiquiátricas do uso crônico do álcool: síndrome de abstinência e outras doenças psiquiátricas. IN: **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo: v 26, supl 21, Maio de 2004.
- MARQUES, A. C. P. R. O Uso do Álcool e a Evolução do Conceito de Dependência do Álcool e Outras Drogas e Tratamento. IN: **Revista IMESC**: n. 3, 2001
- MASUR, J. A questão do alcoolismo. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- MAZUCA, K. P. P.; SARDINHA, L. S. **Dependência do Álcool: A importância da família no tratamento e na recaída**. Disponível em: <http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Cursos/Psicologia/boletins/1/artigo3.pdf> [PDF] >Acesso em: 17/06/2011.
- MOREIRA, F. G. **Prevenção do Uso Indevido de Drogas: Avaliação de conhecimentos e atitudes dos coordenadores pedagógicos das escolas públicas da cidade de São Paulo**. Tese de Doutorado Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 2005.

NOGUEIRA, T. SÁ; RIBEIRO, C. Abordagem terapêutica da dependência alcoólica. IN: **Rev Port Clin Geral**: v 24, 2008.

OLIVEIRA, E. R. de; LUIS, M. A. V. Distúrbios psiquiátricos relacionados ao álcool associados a diagnósticos de clínica médica e/ou intervenções cirúrgicas, atendidos num hospital geral. IN: **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto: SP, v 5, Maio de 1997.

PONTE, João Pedro. **O Estudo de Caso na Investigação em Educação Matemática**. Disponível em <[http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jponte/docs-pt/94-Quadrante\(Estudo%20caso\).doc](http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jponte/docs-pt/94-Quadrante(Estudo%20caso).doc)> Acesso em 28/05/2011.

RIBEIRO, J. P. **Metodologia de investigação em psicologia e saúde**. Porto: Legis, 2007.



Sobre os Autores:

1. **Stéfano Sousa Farias** é graduado em Psicologia e Especialista pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande.
2. **Jadcely Rodrigues Vieira**, é Psicóloga, Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba e Professora Adjunta da Universidade Estadual da Paraíba. **E-mail:** jadcelyvieira@hotmail.com.
3. **Gislene Farias de Oliveira** é Psicóloga, Doutora em psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba e Professora Adjunta da Universidade Regional do Cariri – URCA. **E-mail:** gislenefarias@gmail.com.

Como citar este artigo (Formato ISO):

FARIAS, S.S. VIEIRA, J.R. OLIVEIRA, G.F., P.P. Síndrome da Dependência do álcool: Relato de uma história. **Id on Line Revista de Psicologia**, Fevereiro de 2012, vol.1, n.16, p. 69-89. ISSN 1981-1189.