

POLÍCIA MILITAR DE GOIÁS
ACADEMIA DE POLÍCIA MILITAR
CURSO DE APERFEIÇOAMENTO DE OFICIAIS

EVANDRO SILVA ALBUQUERQUE — CAP PMAM
VALDEIR PEREIRA DOS SANTOS — CAP PMGO

ALCOOLISMO, VÍCIO OU FUGA DO POLICIAL-MILITAR ?
FARMACODEPENDÊNCIA NA PMGO

GOIÂNIA, SETEMBRO DE 2000

POLÍCIA MILITAR DE GOIÁS
ACADEMIA DE POLÍCIA MILITAR
CURSO DE APERFEIÇOAMENTO DE OFICIAIS

EVANDRO SILVA ALBUQUERQUE – CAP PMAM
VALDERIR PEREIRA DOS SANTOS – CAP PMGO

ALCOOLISMO, VÍCIO OU FUGA DO POLICIAL-MILITAR?

FARMACODEPENDÊNCIA NA PMGO

Trabalho técnico-científico (TTC), apresentado como requisito parcial para conclusão do Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais/00, pós-graduação *Latu Sensu*. Sob orientação do Sr. Major PM Elói Bezerra de Castro Neto e Professora Nancy Ribeiro de Araújo.

GOIÂNIA, SETEMBRO 2000

BANCA EXAMINADORA – CAO/2000

Aprovado em ____/____/____

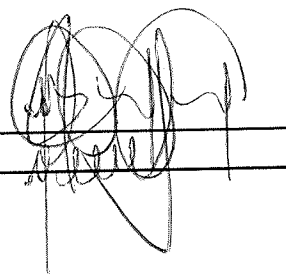
Presidente

Membro

Membro

**ALCOOLISMO, VÍCIO OU FUGA DO POLICIAL-MILITAR?
FARMACODEPENDÊNCIA NA PMGO**

1. **Orientados:** Evandro Silva Albuquerque – Cap PMAM
Valderir Pereira dos Santos – Cap PMGO



FOLHA DE APROVAÇÃO

2. **Orientadora de Metodologia:** Nancy Ribeiro de Araújo - Professora

1ª. Sessão (assunto(s) orientado(s)) estudo do projeto de
pesquisa: "Alcoolismo, vício ou fuga do
policial militar? Farmacodependência na
data 27/4/00 Ass. Ataliba

2ª. Sessão (assunto(s) orientado(s)) estudo correlacionado
no desempenho da nomenclatura
data 11/5/00 Ass. Ataliba

3ª. Sessão (assunto(s) orientado(s)) investigação quanto
em introdução de álcool no uso e consumo
data 5/5/00 Ass. Ataliba

4ª. Sessão (assunto(s) orientado(s)) formalização: vitórias
e melhorias publicações.
Data 5/6/00 Ass. Ataliba

5ª. Sessão (assunto(s) orientado(s)) revisão final.
data 10/8/00 Ass. Ataliba

Parecer final da Orientadora de Metodologia: O presente traba-
lho tem sido - realizado e aprovado para
apresentar o trabalho para a avaliação
final.

Data 11/8/00 Ass. Ataliba

ALCOOLISMO, VÍCIO OU FUGA DO POLICIAL-MILITAR?
FARMACODEPENDÊNCIA NA PMGO

1. Orientados: Evandro Silva Albuquerque – Cap PMAM
Valderir Pereira dos Santos – Cap PMGO

FOLHA DE APROVAÇÃO

2. Orientador de conteúdo: Elói Bezerra de Castro Neto – MAJ PMGO

1ª. Sessão (assunto(s) orientado(s)) CONVERSA INICIAL SOBRE O
TEMA: ALCOOLISMO / VÍCIO OU FUGA DO POLICIAL-MILITAR.
data 09/10/10 Ass. Elói Bezerra de Castro Neto

2ª. Sessão (assunto(s) orientado(s)) ORIENTAÇÃO E CONVERSA SOBRE
A SITUAÇÃO NA PMGO.
data 12/10/10 Ass. Elói Bezerra de Castro Neto

3ª. Sessão (assunto(s) orientado(s)) ORIENTAÇÃO SOBRE OS PROGRAMAS
EXISTENTES NA PMGO: APOIO AO ALCOOLISTA.
data 18/10/10 Ass. Elói Bezerra de Castro Neto

4ª. Sessão (assunto(s) orientado(s)) ORIENTAÇÃO: COMPLEMENTARIZ
A MONOGRAFIA: PROJETO DA DP-5
Data 01/11/10 Ass. Elói Bezerra de Castro Neto

5ª. Sessão (assunto(s) orientado(s)) LIBERAÇÃO FINAL (substância)
data 11/10/10 Ass. Elói Bezerra de Castro Neto

Parecer final do Orientador Metodológico: 1) PRESENTE TRABALHO ESTÁ
APTO A SER ENVIADO À BANCA EXAMINADORA
2) AVALIAÇÃO.

Data 14/10/10 Ass. Elói Bezerra de Castro Neto

DEDICATÓRIA

Uma vez que não somos daqui (S. João 17:16), que este (...) não é nosso lugar de descanso (Miquéias 2:10), que (...) não somos de nós mesmos (I Coríntios 6:19), que é nosso privilégio glorificar a Deus através do corpo (I Coríntios 6:20) e do espírito, dedicamos este TTC Aquele que é poderoso para fazer muito mais abundantemente além daquilo que pedimos ou pensamos(...) (Efésios 3:20), a fim de que efetue em nós (...) tanto o querer como o realizar, segundo a sua boa vontade (Filipenses 2:13).

AGRADECIMENTOS

A Deus Criador e Mantenedor de nossas vidas, pela realização deste TTC e pela certeza de que nos ama como somos e estamos.

Também reconhecemos o inestimável apoio e incentivo de nossas esposas - Eneida Tavares e Maria José - respectivamente, pois cada uma constitui-se companheira inseparável de todas as horas.

Aos nossos orientadores de conteúdo e de metodologia, Sr. Maj. PM Elói Bezerra e professora Nancy, respectivamente, pelos conhecimentos transmitidos.

Aos professores de Criminologia e Estatística Aplicada, Renato Posterli e Mauro César de Paula, respectivamente, por todo apoio técnico e essencial, atinente a cada disciplina.

A todo pessoal do serviço de Assistência Social do Hospital da Polícia Militar (HPM), da DP/5 e Caixa Beneficente, que nos auxiliaram nos trabalhos de entrevistas e questionários.

A todo corpo discente e administrativo da Academia de Polícia Militar.

REFLEXÃO

Palavras do rei Lemuel, de Massá, as quais lhe ensinou sua mãe.

Que te direi, filho meu? Ó filho do meu ventre?

Que te direi, ó filho dos meus votos?

Não dêś às mulheres a tua força, nem os teus caminhos às que destroem os reis.

Não é próprio dos reis, ó Lemuel, não é próprio dos reis beber vinho, nem dos príncipes desejar bebida forte.

Para que não bebam, e se esqueçam da lei, e pervertam o direito de todos os aflitos.

Dai bebida forte aos que perecem, e vinho aos amargurados de espírito;

para que bebam, e se esqueçam da sua pobreza, e de suas fadigas não se lembrem mais.

Provérbios 31: 1-7

RESUMO

A carência afetiva é um sentimento quase imperceptível que se internaliza no indivíduo modificando seu humor. É uma sensação desagradável de vazio e tristeza que acomete grande parte da humanidade. O homem tem fugido desse mal de variadas maneiras, sendo uma delas através do consumo de álcool. Esta substância consegue penetrar no cérebro rapidamente acelerando o funcionamento do sistema nervoso que, em alta velocidade, "alegrará" o bebedor fazendo-o esquecer, momentaneamente seus problemas. Os problemas se agravam quando o organismo abalado passa a eliminar os alimentos ingeridos e consumir apenas as energias oriundas do álcool. Todavia, a sensação de origem etílica é de "certa felicidade". Passado o efeito eufórico e festivo do álcool, o sistema nervoso estará debilitado pela forma veloz com que foi forçado a trabalhar. A carência afetiva de natureza leve sentida por alguém que não ingeria bebida alcoólica, cede, agora lugar, à depressão grave e desesperadora, podendo transformar-se em um quadro psicológico terminal conhecido por "a síndrome de pânico". Nessas condições a pessoa precisará beber cada vez mais para fugir do seu estado de ansiedade e sentir-se bem mesmo que seja por algum tempo. Esta é a dependência psíquica. Também, em razão do organismo aprender a usar o álcool como alimento e regulador de suas funções, o bebedor entrará em "crise de abstinência" caso lhe falte a substância. Esta é a dependência física. Na Polícia Militar do Estado de Goiás existe próximo de mil e trezentos alcoolistas que em média possuem 33 anos, são na maioria separados, setenta por cento começam a beber na adolescência, estão endividados e provocam um prejuízo anual acima de três milhões de reais aos cofres públicos devido às faltas ao serviço, tratamentos médicos, e reformas precoces. Juridicamente o alcoolista pode ser responsabilizado pelos seus atos, salvo se não entender o caráter ilegal da ação no momento da sua execução. Quanto à recuperação do alcoolista existem dois programas interessantes que contam com a boa vontade dos seus executores necessitando apenas de complementos.

SUMÁRIO

RESUMO.....	8
INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I	
1. Abordagem Teórica	16
1.1 - Álcool.....	16
1.1.1 – Absorção e efeitos.....	17
1.2 - Alcoolismo.....	20
1.2.1- Histórico	21
1.2.2 – As raízes e sementes do Alcoolismo.....	26
1.2.3 – A vontade.....	27
1.2.4 – Alcoolismo e empresa.....	29
1.3 - O Alcoolista.....	30
1.3.1 – A família	32
1.3.2 – O tratamento do álcool-dependente.....	34

CAPÍTULO II

2. A Embriaguez, a Lei e os aspectos disciplinares.....	41
2.1 – Da ética policial-militar.....	41
2.2 – Do direito penal militar.....	43
2.3 – Da imputabilidade.....	45
2.4 – Diagnóstico da embriaguez.....	49
2.4.1 – Observação comum.....	50
2.4.2 – O exame clínico.....	50
2.4.3 – Testes.....	51
2.4.4.1 – Dosagem alcoólica.....	51
2.5 – Embriaguez e os aspectos disciplinares.....	52

CAPÍTULO III

3. Alcoolismo na PMGO.....	55
3.1 - Situação na instituição.....	57
3.1.1 – PAIS/PM.....	59
3.1.1.1 – Conceito adotado pelo PAIS/PM.....	60
3.1.1.2 – Objetivo geral.....	60
3.1.1.3 – Objetivo específico.....	60
3.1.1.4 – Metodologia.....	62
3.1.1.5 – Preventivo.....	62
3.1.1.6 – Terapêutica.....	62
3.1.1.7 – Em nível institucional (...)......	63
3.1.1.8 – Atuação do Assistente Social.....	64
3.1.1.9 – Atuação do médico.....	65
3.1.1.10 – Atuação do psicólogo.....	66
3.1.2 – Abrangência do PAIS/PM.....	67
3.1.3 – Critérios para ingresso.....	69
3.1.4 – Adendamento das reuniões.....	69

3.1.5 – Equipe e operacionalização.....	70
3.2 – Caso da CBPMBM.....	71
3.3 – DP/5 Assistência Social.....	72

CAPÍTULO IV

4. Alcoolismo, vício ou fuga do policial-militar?.....	73
4.1 – As quatro fazes do alcoolismo.....	78
4.2 – Mecanismos de defesa.....	81
4.2.1 – Alguns mecanismos de defesas.....	82
4.3 – perfil do policial-militar do Estado de Goiás.....	83
4.3.1 – Abordagem metodológica.....	83
4.3.2 – Objeto de estudo.....	83
4.3.3 – Descrição das variáveis.....	83
4.3.3.1 – Quantitativa.....	83
4.3.3.2 – Qualitativa.....	83
4.4 – População.....	84
4.5 – Amostra.....	84
4.6 – Instrumentos para coleta de dados.....	84
4.7 – Apresentação.....	85
4.7.1 – Variáveis.....	85
4.7.2 – Interpretação.....	85

CAPÍTULO V

5. Discussão dos problemas.....	108
CONCLUSÃO.....	115
BIBLIOGRAFIA.....	121
ANEXOS.....	125

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento desta monografia sobre "***Alcoolismo, vício ou fuga do policial-militar? Farmacodependência na PMGO*** ", envolveu quatro momentos importantes, cada um com seus desdobramentos e especificidades, a saber: o projeto de pesquisa, a coleta de dados, a análise dos dados e a elaboração ou desenvolvimento do Trabalho Técnico-Científico (TTC), propriamente dito.

O tema foi delimitado inicialmente da seguinte forma: "Alcoolismo – Farmacodependência na PMGO", todavia, foi mudado na Diretoria de Ensino Instrução e Pesquisa (DEIP), tendo em vista a junção com o tema de outro Oficial Aluno do Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais (CAO), turma 2000, havendo, portanto, um hibridismo. Contudo, não procuramos contestar, abordamos o novo tema proposto e passamos a desenvolver o projeto de pesquisa com a devida orientação da professora da disciplina de Metodologia Científica.

Sabíamos que o alcoolismo é um dos problemas que não respeitam classe social, sexo, cor, idade, profissão e que também está presente na nossa Corporação, por isso resolvemos definir objetivos para o nosso TTC, tendo em vista a complexidade do assunto.

Para tanto, efetuamos uma análise multidimensional das fontes geradoras, das conseqüências e formas de tratamento utilizadas no combate a Álcool-dependência, bem como, as implicações deste fenômeno no âmbito interno da Corporação.

A justificativa do nosso trabalho reside justamente na grande relevância do problema.

Constantemente deparamo-nos com situações que revelam um cenário preocupante, onde mais de 10% (dez por cento) do efetivo da Corporação são álcool-dependentes e que se encontram em grave estado de comprometimento da saúde física e mental.

Portanto, percebemos a importância de contribuir para o surgimento de ações que venham combater as causas, bem como alertar sobre os efeitos do alcoolismo no âmbito da PMGO. Ainda entendemos que a nós cumpria esclarecer o dever moral que impulsiona a Corporação a tentar de alguma forma auxiliar os alcoolistas policiais-militares a recuperarem suas capacidades físicas e mentais.

É evidente que o assunto já foi estudado por diversas vezes, tanto na Academia de Polícia Militar do Estado de Goiás como em outros estabelecimentos de ensino superior civis e militares em todo País, contudo, procuramos dar uma nova visão sobre o problema, de forma mais intrínseca, buscando conhecer outras conceituações importantes e seguras, abordando aspectos penais e disciplinares, através de pesquisa bibliográfica e de métodos relacionados à pesquisa descritiva, utilizando instrumentos, tais como: entrevistas, questionários, pesquisa exploratória, pesquisa documental e outros.

A tese principal deste estudo fundamenta-se no pressuposto de que o alcoolismo é uma doença definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e que a maioria das pessoas encontra dificuldades para entender como isso funciona, principalmente na família e no local de trabalho. Alguns acham que é falta de vergonha; outros, que é falta de força de vontade; outros, acham que leva algum tempo para desenvolver tal "vício". A verdade é que algumas pessoas nascem com o organismo predisposto a reagir de determinada maneira quando ingerem o álcool. Aproximadamente dez em cada cem pessoas nascem com essa predisposição, mas só desenvolverão esta doença se entrarem em contato com o álcool, havendo outros fatores que podem levar ao primeiro "gole", tais como: o espírito de grupo, a curiosidade, incentivo dos pais, festas, a televisão, o estresse etc.

Para atendimento dos objetivos propostos neste TTC, procedemos a uma amostragem identificada ou observada, através da coleta de dados primários

e secundários (instrumentos) que nos permitiram conhecer, explorar e analisar o problema sobre alcoolismo na PMGO, bem como, definir algumas propostas, após a interpretação de cada fenômeno verificado e sem perder de vista o referencial teórico apresentado a seguir.

CAPÍTULO I

1. ABORDAGEM TEÓRICA

1.1 – Álcool

O álcool é uma droga psicotrópica, cuja substância produz efeitos psicoativos, porque causam modificações no funcionamento do Sistema Nervoso Central, afetando o estado mental da pessoa. É uma droga considerada lícita e a mais utilizada em todo mundo. Embora o seu consumo seja socialmente tolerado, e legalmente permitido para maiores de idade, o uso abusivo pode trazer conseqüências danosas para o indivíduo, para a família e para a sociedade.

O álcool é o resultado da reação química da fermentação ou apodrecimento de determinados materiais orgânicos na presença de microorganismos. Estes produzem enzimas que concorrem para a formação de álcool.

O álcool puro é incolor, um líquido relativamente volátil com um gosto adocicado e queimante apresentando propriedades solvente, combustível e explosiva.

Desagradável ao paladar quando puro, pode ser misturado a muitas substâncias diferentes adquirindo cores, formas e gostos distintos e até atraentes.

Geralmente a fermentação natural produz álcool concentrado em 13% (treze por cento). Porém, a destilação, um processo artificial de produção de álcool descoberta por volta de 800 depois de Cristo, na Arábia, pode aumentar essa concentração em níveis altos. Como exemplo verifica-se a vodca que contém próximo de 70% (setenta por cento) de álcool puro.

Para CABERNITE, o álcool é uma substância de efeito imediato e mágico. Na esfera sexual é usado como desinibidor e encorajador das relações sexuais (apud DINIZ, 1992, p. 5).

1.1.1 - Absorção e efeitos

Ao contrário dos demais grupos de alimentos (gorduras, proteínas e carboidratos), o aproveitamento do álcool pelo organismo humano é muito rápido sendo absorvido em alguns minutos pelas paredes do estômago e entrando na corrente sanguínea de onde passa a ser distribuído por todo o corpo.

Segundo BERTON ROUECHÉ, 30 (trinta) miligramas de álcool, quando digeridos pelo corpo, fornecem-lhe próximo de 170 (cento e setenta) calorias:

Aproxima-se do vigor calórico de uma dúzia de boas ostras, uma posta de carneiro grelhado, um pão duro, uma batata assada média, um copo de leite ou uma grande laranja. Como fonte concentrada de energia, o álcool se categoriza assim entre os alimentos mais ricos. Somente as gorduras, que têm um teor de 270 calorias por 30 gramas, são mais ricas (MILAN, KECTHAM, 1986, p. 37).

Neste caso, os batimentos cardíacos se aceleram, os nervos são forçados a trabalhar em alta velocidade e o bebedor se sente alegre e estimulado. Quando, porém, o efeito do álcool passa, os nervos exaustos e sem vigor levam o indivíduo à depressão, à tristeza e ao arrependimento.

O fígado, obrigado a filtrar as impurezas do sangue, sofre gradativas lesões, mas aos poucos os resíduos são eliminados do corpo e o sangue passa a fluir normalmente. A Bíblia Sagrada no livro de levítico adverte que *a vida está no sangue...e a ciência comprova que "sangue bom significa boa saúde"*, portanto, enquanto o fígado segue sendo lesionado gradativamente, a saúde do bebedor decresce proporcionalmente à quantidade de bebida que ingere, visto que haverá deficiência no funcionamento deste órgão.

Quase todo processamento do álcool ocorre no fígado, porém, se a presença de álcool no organismo é constante e

em grandes quantidades, o fígado precisará trabalhar incessantemente para decompô-lo e eliminá-lo, resultando assim acúmulo de serviço e má filtração do sangue no que se refere a outras substâncias podendo concorrer para intoxicação do organismo, comprometendo a saúde das células do corpo (apud MILAN, KETCHAM, 1986, p. 28).

No aspecto nutricional, o organismo também sofre perdas irreparáveis, pois as células, perturbadas, recebem um número muito grande de calorias oriundas do álcool deixando de aproveitar convenientemente os alimentos mais nutritivos. Como o organismo também não consegue absorver as vitaminas em razão do álcool que ainda lhe retira as reservas de energia através da aceleração do metabolismo, o resultado é a desnutrição, não importando a quantidade ou a qualidade do que se come (MILAN, KECTHAM, 1986, p. 36-38).

Encéfalo, fígado, coração, pâncreas, pulmões, rins e cada um dos órgãos e tecidos são infiltrados pelo álcool minutos depois de ter passado à corrente sangüínea.

O efeito do álcool sobre o encéfalo é bastante incomum, pois este é protegido contra a ação de substâncias químicas e drogas por um sistema de filtro eletroquímico conhecido como "a barreira sangue/encéfalo", o que assegura que apenas poucas moléculas simples, como as da água e do oxigênio, possam passar. Entretanto, a estrutura molecular simples do álcool permite que ele penetre nesta vedação seletiva e tenha acesso ao encéfalo e à sua extensão - a medula espinhal.

Pequenas doses de álcool estimulam as células encefálicas, produzindo sensação de felicidade e energia deixando o bebedor animado e

falador. À medida que se eleva o nível de álcool no sangue (NAS) cresce também no encéfalo a quantidade desse líquido vindo a modificar o funcionamento normal dos circuitos elétricos e químicos, ocasionando complicadas mudanças no comportamento.

O bebedor poderá apresentar sinais de embriaguez, expressar grande alegria, tristeza ou ira. Pode ainda cambalear, ter sua coordenação motora comprometida e falar de modo enrolado. Continuando a beber, provavelmente, terá a visão alterada; suas emoções, pensamentos e julgamento perceptivelmente desordenados. Caso as concentrações de álcool sejam muito altas pode haver a paralisação do sistema respiratório com a morte do bebedor. Ante tal quadro há que se perguntar: o que ou quais fatores contribuem para a procura pelo álcool? De forma resumida, é o que passamos a discutir.

1.2 - ALCOOLISMO

O que caracteriza a dependência do álcool (alcoholismo) é a necessidade de ingeri-lo para realizar qualquer tarefa (fuga). A progressão do alcoholismo é bem delimitada: “no início, extroversão; em seguida, um brincalhão; depois, um leão”; a partir daí acontece a perda da noção de honestidade e da auto-estima, o que leva, finalmente, à sarjeta. Neste estágio final só resta a internação clínica. O álcool atinge a região frontal do cérebro, a região da cognição, causando desde perda de memória até alucinações.

1.2.1- Histórico

A palavra “Álcool” é originária da palavra árabe *ALKUHL*, que significa essência, sutil.

Toda a história da humanidade está permeada pelo consumo de álcool. Registros arqueológicos revelam que os primeiros indícios sobre o consumo de álcool pelo ser humano datam de aproximadamente 6000 a.C. sendo, portanto, um costume extremamente antigo e que tem persistido por milhares de anos. A noção de álcool como uma substância divina, por exemplo, pode ser encontrada em inúmeros exemplos na mitologia, sendo talvez um dos fatores responsáveis pela manutenção do hábito de beber ao longo dos tempos.

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", surgindo então a palavra *whisky* do gálico *usquebaugh*, que significa "água da vida".

A partir da Revolução Industrial, registrou-se um grande aumento na oferta deste tipo de bebida, contribuindo para um maior consumo e aumento do número de pessoas que passaram a apresentar algum tipo de problema devido ao uso excessivo de álcool (Boletim Informativo do Ministério da Saúde).

A Bíblia Sagrada registra, há quatro milênios atrás, que o patriarca Noé embriagou-se, provavelmente por acidente em razão de o próprio texto sugerir ser ele um homem “justo”; o fato se deu no interior de sua tenda. Além do álcool furta-lhe a consciência, no texto verifica-se também uma briga familiar entre Noé¹ e seus filhos (Gênesis 9: 20-21). Certo é o dito popular que diz: “onde houver álcool, ali haverá prejuízo”.

A palavra alcoolismo foi usada pela primeira vez em 1849 pelo médico sueco Magnus Hus que utilizou esta palavra em um ensaio intitulado “Alcoolismo Crônico” (DINIZ, 1992, p. 7).

Dezessete anos mais tarde (1866), outro médico chamado M. Gabriel falava sobre o alcoolismo em sua tese “Ensaio sobre o Alcoolismo” (DINIZ, 1992, P. 7).

Modernamente se conceitua o alcoolismo como doença. Segundo JELLINEK, a tendência para tal classificação teve sua origem em 1885, quando RUSCH denominou alcoolismo como sendo uma “doença odiosa” (GIL-MERLOS,

¹O texto sugere ser Noé um homem “Justo” ao ponto de merecer deferência do próprio Deus.

1985, p. 11). Em 1888, com a tese de doutorado de TROTTER, esta denominação atingiu a linguagem médica. Antes disso, pensava-se que o alcoolista não necessitava de tratamento e que podia-se parar de beber quando quisesse (GIL-MERLOS, 1985, P. 12).

ENGELS afirma que, até o século XVIII, o alcoolismo era tido como degradação moral e fraqueza de caráter. Jellinek contribuiu para que o alcoolismo fosse reconhecido oficialmente como doença pela Associação Médica Americana, no ano de 1956. E DICKINSON esclarece que, a partir de então, o alcoolista passou a ser tratado em Hospitais Gerais (apud DINIZ, 1992, p. 15).

Segundo KAPLAN e SADOCK, o alcoolismo tem sido descrito como perturbação crônica de comportamento, que se manifesta pela repetida ingestão do álcool, excedendo o seu uso social e dietético da comunidade, interferindo na saúde das pessoas que o consomem e no funcionamento social e econômico.

Mencionam ainda que, com a intensificação dos efeitos do álcool dá-se a embriaguez, que muda o comportamento do indivíduo, ocorrendo a agressividade, incapacidade de julgamento, depressão, euforia, instabilidade emocional e outras manifestações de comprometimento do funcionamento social e ocupacional da pessoa.

Alguns sinais fisiológicos apresentam-se como linguagem ininteligível, coordenação motora deficiente, andar desequilibrado e face avermelhada. Dependendo do grau de intoxicação, a pessoa pode tornar-se deprimida, retraída e lenta, até perder a consciência.

“A tolerância cada vez maior ao álcool é resultado da necessidade que tem o indivíduo de conseguir o efeito desejado e que antes alcançava com doses menores”(apud DINIZ, 1992, p.5-7).

“ENGELS afirmou que não existia uma definição precisa àquela época, pronta para funcionar e de validade geral, acerca do alcoolismo” (idem, p. 7).

Já FOUQUET, pesquisador francês, afirmou que o alcoolismo é um programa que se manifesta, essencialmente, através da ingestão de álcool que vem influir na conduta humana, levando a problemas com a saúde, econômicos, familiares, profissionais e outros (apud GIL-MERLOS, 1985, p.11-12).

Segundo SEIXAS, BLUME, CLOUD, LIEBER e SIMPSON, o alcoolismo é uma doença crônica, progressiva e fatal, caracterizada pela incapacidade do doente de abster-se do álcool, que leva o paciente a um acometimento deletério de sua vida psíquica, física e social e que, na fase inicial, apresenta como sintomas constantes o aumento da tolerância e desconforto na abstinência do mesmo (ibid., p.12).

HORWITZ afirmou ser o alcoolismo uma dependência psicológica e, sobretudo, física ao álcool, núcleo patogênico que se forma após um longo processo que obedece a um conjunto de causas: psicológicas, biológicas e culturais (ibid., p. 12).

A Associação Médica Americana, em 1956, de acordo com a aceitação de SONNENREICH, definiu o alcoolismo como enfermidade que se caracteriza pela elevada compulsão para o consumo de álcool e a perda de controle sobre seu uso, podendo chegar à intoxicação, quando iniciada a ingestão. Pode ser progressivo, tornar-se crônico e levar, geralmente, à incapacidade física e a desajustes emocionais, sociais ou ocupacionais (ibid., p. 12).

“MARCONI, por sua vez, definiu o alcoolismo como doença que se caracteriza pela dependência, manifesta-se pela incapacidade do indivíduo de deter-se antes ou abster-se após a ingestão do álcool” (apud ROSA, 1991, p. 15).

O'NEIL e ORR definiram alcoolismo como doença crônica caracterizada pela repetida ingestão de bebida alcoólica, numa extensão tal que excediam às usuais normas dietéticas e sociais da comunidade, interferindo na saúde do

bebedor, em suas relações interpessoais e econômicas (apud ROSA, 1991, p.15).

NEGRETE afirma que o mais aceito conceito da atualidade é o definido pela Organização Mundial da Saúde, o da "Síndrome de Dependência do Álcool", segundo o qual seria um estado psíquico e geralmente, físico resultante da ingestão de álcool, caracterizado por reações de comportamento e outras que sempre incluem uma compulsão para ingerir álcool de modo contínuo ou periódico, a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e por vezes evitar o desconforto de sua falta (idem, p. 16).

JELLINEK, considerado um dos precursores do estudo sobre alcoolismo, classificava-o em:

- *Alcoolismo Alfa: quando havia apenas dependência psíquica aos efeitos do álcool;*
- *Alcoolismo Beta: não havendo dependência física nem psíquica dos efeitos do álcool, sendo freqüente nos países consumidores de vinho;*
- *Alcoolismo Gama: quando houvesse perda da capacidade de controlar a quantidade de bebida a ingerir;*
- *Alcoolismo Delta: o indivíduo bebe de maneira moderada e controlada, porém todo dia, não podendo ficar sem o álcool, pois haveria manifestações da síndrome de abstinência;*
- *Alcoolismo Épsilon: quando o indivíduo pode viver em completa abstinência (apud DINIZ, 1992, p. 7).*

LUZ JUNIOR, por sua vez, afirma que nas diversas definições de alcoolismo existentes há concordância em alguns pontos fundamentais:

- *O alcoolismo é uma doença progressiva;*
- *O alcoolismo se manifesta por prejuízos dos mais diversos e nas mais diversas áreas da vida do alcoolista;*
- *O alcoolista perde definitivamente a capacidade de controlar-se e a quantidade de bebida a ingerir (apud ROSA, 1991, p. 17).*

1.2.2 - As raízes e sementes do alcoolismo

Em pesquisa recente realizada pela Psicóloga Denise De Micheli, no Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), utilizando uma amostra composta de 210 (duzentos e dez) adolescentes com idade entre 13 e 19 anos, alcançou, entre outros, os seguintes resultados:

Começo precoce – a pesquisa comprovou que a bebida chega mais cedo à vida dos adolescentes. A primeira dose é tomada por volta dos 12 anos para os não-consumidores e dependentes leves. Já os que apresentam dependência grave experimentaram álcool aos 9 anos. Talvez o uso precoce colabore para que esse jovem se torne dependente mais cedo por consumir a bebida por mais tempo. Infelizmente, o primeiro contato com outras drogas também é precoce.

Memória afetada – O uso prolongado de álcool diminui a capacidade do cérebro de uma pessoa, acarretando perda de memória, falta de concentração, entre outros males, explica. Sabe-se que os drinques matam neurônios, células nervosas do cérebro. As drogas também têm o poder de diminuir a autocrítica e o autocontrole, tornando-os mais destemidos e, portanto, mais expostos a riscos como brigas e acidentes de carros (O Estado, 1999, p. A14).

A pesquisa também confirma o que os especialistas sempre viram em seus consultórios: os adolescentes aprendem a beber em casa. No estudo, isso ocorreu com 77% dos não-consumidores; 41% dos dependentes leves e 80% dos dependentes graves. Existe um culto ao uso de álcool e de outras drogas legais no ambiente familiar, explica o psiquiatra Jorge Figueiredo (O Estado, 1999, p. A14).

Como se sabe, a adolescência é repleta de inseguranças e a cobrança do grupo é poderosa. A principal razão pela qual experimentam substâncias químicas é a curiosidade. A segunda, 45%, é a influência dos amigos, sendo que

27% usam-na com a finalidade de enfrentamento de situações desagradáveis. Outros motivos como pais que consomem o álcool, brigas em família com agressões, pais separados, timidez, e os costumes da comunidade, também os influenciam:

... sabe-se que 10% das pessoas que experimentam drogas se tornam dependentes e a predisposição genética é importante.

... cerca de 80% de jovens com idades entre 12 e 19 anos usam pelo menos álcool nos fins de semana. Na frente de lojas de conveniência é cada vez mais comum a cena de menores de idade consumindo bebidas alcoólicas.

Impunidade – Nas ruas da cidade, adolescentes enchem as calçadas com latas de cerveja ou caipirinhas na mão. Depois, vão dançar em locais onde a bebida é mais cara, mas também é servida (O Estado, 1999, p. A14).

Sobre o problema da fiscalização, o Promotor de Justiça de Defesa dos Interesses Difusos e Coletivos da Infância e da Juventude de São Paulo afirma que é necessário não só aumentá-la, mas que resultasse também em punições mais severas aos infratores.

1.2.3 – A Vontade

Muitas pessoas afirmam saber o que é o alcoolismo, porém, as opiniões se dividem entre ser ele vício ou doença. Conforme o dicionário AURELIO, “vício é a tendência habitual para certo mau- hábito de proceder mal; enquanto doença é falta de saúde, moléstia. A despeito disso, em 1958 a

Associação Médica Americana classificou o alcoolismo como doença” (GIL-MERLOS, 1985, p. 12).

O Dr. Narciso Irala, psicólogo e escritor, em sua obra Controle emocional e cerebral, afirma que:

Os perigos da era atômica em que vivemos são sinais exteriores de outra força interna mais explosiva e destruidora.

A vida psíquica de pensamentos, impulsos, instintos, sentimentos e emoções do homem moderno, seu proceder e desejos inconfessados, suas pressas, preocupação e abatimentos nervosos, são mais ameaçadores que a bomba atômica.

A cada mês se modificam as fronteiras da ciência, da indústria e da política. Cada dia nos vemos expostos a impressões excitantes de jornais, rádios cinema e televisão.

Na vida volitiva de desejos e decisões já são poucas as personalidades com normas fixas a seguir. Poucos sabem encarar a vida e superar as dificuldades. Pelo contrário, a cada passo encontramos homens sem princípios, sem força de vontade, homens e jovens derrotados até o suicídio. Ou antes, é uma multiplicidade de impulsos incoerentes ou de desejos imoderados, procedentes das excitações externas ou do instinto desenfreado, que anulam a decisão governada pela razão. Tudo isso produz indecisão, abulia, inconstância e desânimo a tal ponto o “eu consciente superior” deixa de exercer o controle sobre o “eu inferior inconsciente”, e a vontade perde as rédeas para dirigir o mundo psíquico.

A felicidade é nobre. Não há felicidade no vício, nas coisas baixas, no prazer ilícito. Após uma satisfação momentânea, de uma tendência parcial e baixa, segue um vazio e uma amargura persistente. As ânsias íntimas de grandeza verdadeira como a moral, se vêem inibidas ou contrariadas.

A causa profunda da nossa debilidade está na fraqueza de nosso querer. Quando se quer de verdade, brotam forças insuspeitas, até de organismos débeis.

1.2.4 – Alcoolismo e empresa

Conforme afirma o Dr. Ájax C. da Silveira em seu livro O drama do alcoolismo, nos Estados Unidos da América 175.000 trabalhadores faltam diariamente ao serviço por causa de problemas relacionados ao alcoolismo. Na França 600.000 horas de trabalho são perdidas pelo mesmo problema. Já no Brasil 60% dos trabalhadores ingerem bebidas alcoólicas e têm suas capacidades de trabalho reduzidas em 30%.

No trabalho TTC “Alcoolismo e Tabagismo Doenças: Um Problema na PMGO”, os autores², em linhas gerais, esclarecem que o alcoolista constantemente sai do trabalho durante o expediente para comprar cigarros, ir a médicos, etc., possui tendência a realizar mal seu serviço e ainda causar acidentes, não guarda segredos de interesse da empresa, falta excessivamente ao ambiente de trabalho, além de seu comportamento habitual ser inconveniente na maioria das vezes. As empresas adotam comumente duas formas distintas de agir diante desse problema: ou demitem o alcoolista ou utilizam a sua necessidade do emprego para forçá-lo a aceitar ser incluído em programas de recuperação.

² Aqueles e não estes

1.3 - O Alcoolista

“LECOQ tem como definição de alcoolista aquela pessoa que bebe mais do que pode suportar”(apud GIL-MERLOS, 1985, p. 15).

“JELLINEK definiu como sendo a pessoa que, em consequência do uso prolongado do álcool, sofre danos físicos, psíquicos ou sociais, ou nos três aspectos simultaneamente” (idem, p. 15).

BENSOUSSAN entende por alcoolista o indivíduo que faz uso de bebidas alcoólicas e este uso provoca distúrbios físicos e mentais, ou das relações familiares e sociais. Indivíduo no qual a bebida provoca dificuldades, todavia é incapaz de deixar de beber (ibid., p. 15).

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), por sua vez, define alcoolistas como sendo “bebedores excessivos, cuja dependência do álcool é suficiente para afetar sua saúde física e mental, além das relações com os demais - e seu comportamento social e econômico” (ibid., p. 15).

A demonstração dos sintomas de dependência física, orgânica e psicológica pode ocorrer depois de o indivíduo beber álcool ininterruptamente durante um período de oito a vinte anos. Geralmente, antes desse período, o indivíduo bebe e ninguém percebe que ele é alcoolista.

Também em decorrência de sua condição econômica, o dependente pode encobrir por maior número de anos sua doença, pois, ocupando cargos de chefia ou mesmo estando à frente da atividade que exerce poderá disfarçar com mais facilidade seus atrasos ao trabalho ou suas faltas.

“Sendo pobre, estará sujeito a demissão por **justa causa**, evidenciando o seu vício, em razão do desleixo pessoal, debilidade na saúde, habitação precária e faltando-lhe recursos para encobrir sua doença (FILHO, s.d., p. 31).

Geralmente, o alcoolista apresenta as seguintes manifestações gerais:

- *Comprometimento da coordenação motora;*
- *Dificuldades de equilíbrio;*
- *Problemas de coordenação muscular;*
- *Diminuição da percepção sensorial;*
- *Mudanças do humor e personalidade;*
- *Sonolência;*
- *Pupilas dilatadas;*
- *Sinais de euforia e desinibição;*
- *Hemorragia gástrica e intestinal (LAPATE, 1994, p. 38).*

Quando as forças do organismo se debilitam e o álcool começa a destruir definitivamente a vida física do alcoolista, as enfermidades se agravam sendo comum os problemas abaixo:

DIGESTIVOS – gastrite, vômitos fáceis, hemorragia gástrica ou intestinal;

HEPÁTICOS – hepatite alcoólica, fígado gorduroso, icterícia

(cor amarelada da pele) e cirrose hepática;

RESPIRATÓRIOS – laringite, bronquite, enfisema pulmonar (crônico) e dispnéia (falta de ar) ao falar ou subir escadas;

CARDÍACOS – miocardiopatia (doença do miocárdio) alcoólica com alterações circulatórias sob os efeitos tóxicos etílicos, aumenta o trabalho cardíaco, é um vaso dilatador periférico e provoca taquicardia (aumento dos batimentos cardíacos);

NEUROLÓGICOS

- *Lesão etílica cerebral (dismielinização do corpo caloso e substância branca do encéfalo):*
- *Déficit da coordenação motora;*
- *Delírios – confusão mental;*
- *Neurites periféricas (inflamações dos nervos);*
- *Miopatias (doenças dos músculos);*
- *Demência progressiva;*
- *Anorexia (falta de apetite) – desnutrição progressiva;*
- *Hipoglicemia (diminuição da glicose sanguínea);*
- *Anemias carenciais (alimentares);*
- *Pancreatite (inflamação do pâncreas);*
- *Impotência – infertilidade;*
- *Câncer de esôfago – estômago – fígado;*
- *Envelhecimento geral prematuro. (LAPATE, 1994, p. 39-40).*

1.3.1 - A Família

Os parentes de um álcool-dependente não devem abrir mão de suas atividades e de seus próprios interesses, muito embora ele precise receber uma

certa dedicação. “Se um dependente de álcool, por iniciativa própria não desenvolver responsabilidade por seus atos, nunca a desenvolverá, tendo um familiar dedicando-se a ele em tempo integral” (LARANJEIRA, PINSKY, 1997, p. 53-57).

As pessoas que efetivamente podem ajudar um álcool-dependente a tratar-se e apoiar sua recuperação são a família (esposa e filhos). A família tem experiência direta com o doente, sabe quanto é sério o seu problema e pode muitas vezes convencer emocionalmente ao mesmo da necessidade do tratamento. A família necessita saber o máximo possível sobre o alcoolismo para que possa manter uma distância emocional dos problemas e compreender a razão e a maneira como age o alcoolista.

Ao traçar a estratégia para confrontar o alcoólatra a respeito de sua moléstia, a família deve procurar aconselhamento profissional esclarecido, assessoria especializada em tratamento, membros de AA, médicos, clérigos e conselheiros comunitários sobre o alcoolismo, todos podem ser de auxílio na escolha do melhor programa de tratamento disponível e no planejamento da confrontação.

Após essas providências em que convocou auxílio de amigos, parentes, do médico e outros, somando-se o conhecimento da moléstia e a maneira de tratá-la, pode a família abordar o problema da bebida.

“Deverá ela, então, esclarecer o alcoólatra de seu problema e que todos estão dispostos a ajudá-lo. Não é fácil, mas é menos penoso do que continuar assistindo a sua morte lenta” (MILAN, KETCHAM, 1986, p. 121-123)

1.3.2 - O tratamento do álcool-dependente

Sem auxílio a maioria dos alcoólatras não pode abandonar permanentemente a bebida. Atua uma combinação de fatores para aprisionar o alcoólatra em sua dependência. No estágio inicial, de adaptação, antes de se desenvolverem os problemas sociais e psicológicos, nem o alcoólatra nem os que estão ao seu redor percebem qualquer razão pela qual ele deva deixar de beber. Quando os problemas começam a se desenvolver, a bebida em demasia é em geral vista como um mero sintoma e o alcoólatra pode ser aconselhado a obter auxílio para seus *problemas adjacentes*. Mais tarde, quando o próprio excesso de bebida está contribuindo claramente para seus problemas, é mais provável que ele e outros concluam que deva diminuir a bebida, não que a deixe de uma vez.

Tipicamente, só quando os sintomas mais espalhafatosos do alcoolismo se desenvolvem é que alguém sugere que o alcoólatra deve parar de beber completamente. Nessa ocasião, seus processos mentais estão sob a firme influência da dependência e sua necessidade de beber encobre todas as preocupações a respeito das conseqüências nocivas de continuar a beber. Ele talvez compreenda que deva parar e, sob pressão, pode até tornar-se *abstêmio* por uns tempos. Mas, sem nova perspectiva quanto ao problema e uma força

sustentadora suficientemente poderosa para sobrepujar a dependência, todos esses períodos de abstinência são temporários. Com maior frequência, o alcoólatra rejeitará qualquer idéia de que deve parar de beber. Como numa penumbra ele pode compreender que seus problemas estão ligados à bebida, mas a dependência cega-o para o fato de ser o álcool o causador desses problemas.

O álcool é seu primeiro socorro e seu remédio. O tratamento integral e o programa de Alcoólicos Anônimos são as armas mais poderosas contra a dependência, mas sabe-se de alcoólatras que conseguem sobriedade permanente através de uma conversão religiosa ou, mais raramente, depois de um incidente particularmente assustador, como um acidente quase fatal (apud MILAN, KETCHAM, 1986, p. 115-116).

O tratamento para a dependência de álcool, a internação, é uma das opções, nem melhor nem pior que as outras. Além da internação (ou até concomitantemente a ela), as outras possibilidades de tratamento são as de enfoque farmacológico, de terapia ambulatorial e os grupos de auto-ajuda. O encaminhamento para um determinado tipo de tratamento deve ser bem analisado, pois a eficácia das opções vai variar de acordo com a adequação do paciente ao tratamento escolhido.

As internações, que podem ser de curto ou longo prazo, visam, de maneira geral a dar oportunidade para os mais debilitados se recomponem e fiquem momentaneamente afastados do ambiente de consumo de bebidas alcoólicas.

As internações de curto prazo variam de uma semana a quinze dias, em média, e são utilizadas, de maneira geral, para o tratamento da síndrome de abstinência do álcool. É importante destacar que, mesmo para o indivíduo que já apresenta vários sintomas da síndrome de abstinência (suores, tremores, vômitos, agitação, mal-estar geral e, eventualmente, alucinações, depois de algumas horas sem beber), a internação não é necessariamente a única ou a melhor opção. De fato, excetuando-se os casos mais graves (dependentes com sintomas muito severos, passíveis de convulsões ou *delirium tremens*; indivíduos sem nenhum suporte social ou com muitas complicações médicas associadas), os outros poderão ser tratados em ambulatório.

Segundo Ajax da Silveira as internações prolongadas podem durar muitos meses (de um a nove meses, em geral) e são indicadas para os indivíduos que chegam a representar um perigo para si ou para os outros. Como medida geral, a internação deve ser pensada depois de outras medidas menos intensivas terem sido experimentadas.

Os grupos de auto-ajuda são um tipo de tratamento bastante popular. O grupo Alcoólicos Anônimos (AA), por exemplo, é bastante antigo e foi originalmente formado nos Estados Unidos, no final da época em que vigorou a lei seca. Atualmente, existem grupos AA em muitas partes do mundo, inclusive no Brasil. O trabalho é realizado com grupos de alcoolistas e as reuniões são centralizadas nos depoimentos pessoais sobre o uso do álcool. Um dos principais

objetivos das reuniões é a abstinência de bebidas alcoólicas por 24 horas (no dia seguinte, reafirma-se esse objetivo, e assim por diante).

O acesso a esses grupos é em geral bastante fácil; existem muitos deles funcionando em escolas, igrejas, associações de bairro, locais de internação etc. Outra enorme vantagem desse trabalho é o fato de ser gratuito. Além disso, o AA dá ao alcoolista o sentimento de pertencer a um lugar. Não há pré-requisitos para a aceitação de um indivíduo, apenas que ele tenha desejo de parar de beber. O AA tem uma filosofia, uma idéia sobre o alcoolismo bastante clara. O alcoolismo é visto como uma doença incurável que se caracteriza por uma progressão previsível e inevitável (se não houver abstinência do álcool) dos sintomas. A principal característica do alcoolismo, segundo essa visão, é a “perda de controle”. O alcoolista, assim, deve evitar o primeiro gole (que levaria inevitavelmente a mais e mais goles). Dessa maneira, a abstinência total e por toda vida em relação às bebidas alcoólicas é vista como a única solução possível para o alcoolista. Veja as declarações a seguir.

Alcoólicos Anônimos é uma irmandade de homens e mulheres que compartilham suas experiências, forças e esperanças a fim de resolver seu problema comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo.

O único requisito para se tornar membro é o desejo de parar de beber. Para ser membro de AA, não há necessidade de pagar taxas nem mensalidades; somos auto-suficientes graças às nossas próprias contribuições. AA não está ligado a nenhuma seita ou religião, nenhum movimento político, nenhuma organização ou instituição; não deseja entrar em qualquer controvérsia; não apoia nem combate quaisquer causas. Nosso propósito primordial é nos mantermos sóbrios e ajudar outros alcoólicos a alcançar a sobriedade (Um clérigo pergunta a respeito de AA, 1979, p. 02)

Os alcoólicos anônimos resumem as atitudes dos alcoolistas necessárias para deixarem o álcool em Os Doze Passos de Alcoólicos Anônimos ,transcritos logo a seguir.

PRIMEIRO PASSO

Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.

SEGUNDO PASSO

Vimos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos a sanidade.

TERCEIRO PASSO

Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.

QUARTO PASSO

Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.

QUINTO PASSO

Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.

SEXTO PASSO

Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.

SÉTIMO PASSO

Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.

OITAVO PASSO

Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.

NONO PASSO

Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem.

DÉCIMO PASSO

Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.

DÉCIMO PRIMEIRO PASSO

Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós e forças para realizar essa vontade.

DÉCIMO SEGUNDO PASSO

Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades (Os Doze Passos, 1995, p. 02-06).

Na Irmandade preserva-se o anonimato dos seus membros, garantindo a ligação destes com o AA, embora muitos membros não se importem em ser identificados como freqüentadores de AA. Um membro não está autorizado a quebrar o anonimato de outro membro, o que vem a preservar a intimidade dos seus freqüentadores.

Baseiam-se ainda, em um programa simples, como já foi mencionado, de "Evitar o primeiro gole", apenas por "vinte e quatro horas", depois destas iniciam-se outras e outras com a finalidade da abstinência total do álcool.

Para a assistência aos familiares dos alcoólicos existe uma outra Irmandade paralela, intitulada AL-ANON (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc, 1980, p. s/n).

Para jovens na adolescência existe outra Irmandade paralela denominada Al-Teens, onde normalmente participam parentes de alcoolatras, porém não são todas as cidades que possuem estrutura para tal.

Existem ainda inúmeros tratamentos: alguns dietéticos visando mudar os hábitos alimentares estimulantes (carnes, café e condimentos) por regimes

mais leves; outros aliando exercícios físicos e psicoterapias; e às vezes, para casos graves, o tratamento médico (Manfred Krusche, revista vida e saúde).

Também, muitas instituições há que se prestam a ajudar o álcool-dependente: umas religiosas e outras não, algumas governamentais e outras da iniciativa privada. Todas, porém, são iniciativas positivas capazes de atender as necessidades dos diversos tipos e personalidades de alcoolistas.

CAPÍTULO II

2. A EMBRIAGUEZ, A LEI E OS ASPECTOS DISCIPLINARES

O policial-militar logo que entra para a caserna e passa a fazer parte da família miliciana aprende todas as noções basilares sobre postura, compostura e como tratar o cidadão, quando estiver no exercício da sua árdua missão, tomando conhecimento inclusive sobre noções de Direito Constitucional, Direito Penal, Direito Civil, Relações Públicas, enfim, tudo o que seja necessário ao bom desempenho da sua atividade policial. Deverá saber ao final de cada curso, discernir o certo e o errado e como evitar transgredir o regulamento Disciplinar da Polícia Militar do Estado de Goiás.

2.1 – Da Ética Policial-Militar (Estatuto dos Policiais-Militares)

Segundo o que prescreve o Art. 27 da Lei nº 8.033, de 2 de dezembro de 1975 (Estatuto dos Policiais-Militares do Estado de Goiás), o sentimento do dever,

o denodo policial-militar e o decoro da classe impõem, a cada um dos integrantes da Polícia Militar, conduta moral e profissional irrepreensíveis, com observância dos seguintes preceitos da ética policial-militar.

- I – Amar a verdade e a responsabilidade como fundamento da dignidade pessoal;*
- II – Exercer com autoridade, eficiência e probidade as funções que lhe couberem em decorrência do cargo;*
- III – Respeitar a dignidade da pessoa humana;*
- IV – Cumprir e fazer cumprir as leis, os regulamentos, as instruções e as ordens das autoridades competentes;*
- V - ...;*
- VI – Zelar pelo preparo próprio, moral, intelectual, físico e, também, pelo dos subordinados, tendo em vista o cumprimento da missão comum;*
- VII – Empregar todas as suas energias em benefício do serviço;*
- VIII - ...;*
- IX – Ser discreto em suas atitudes, maneiras e em sua linguagem escrita e falada;*
- X - ...;*
- XI - ...;*
- XII - ...;*
- XIII – Proceder de maneira ilibada na vida pública e na particular;*
- XIV - ...;*
- XV – Garantir assistência social moral e material ao seu lar e conduzir-se como chefe de família modelar;*
- XVI – Conduzir-se, mesmo fora do serviço ou na inatividade, de modo que não sejam prejudicados os princípios da disciplina, do respeito e do decoro Policial-Militar;*
- XVII - ...;*
- XVIII - ...;*
- XIX – Zelar pelo bom nome da Polícia Militar e de cada um dos seus integrantes, obedecendo e fazendo obedecer aos preceitos da ética Policial-Militar.*

Claro que todos os preceitos acima mencionados sobre a ética policial-militar serão facilmente desrespeitados, quando o policial-militar estiver sob efeito

de substância alcoólica, principalmente aqueles especificados nos itens I a IV e VI a IX, além de não dar a atenção que é devida à família e nem dar importância quanto ao procedimento ideal em serviço ou mesmo quando estiver fora da sua atividade profissional.

2.2 - Do Direito Penal Militar

O direito penal militar brasileiro tem suas origens no direito vigente nos acampamentos romanos, nos séculos I e II d.C..

O primitivo direito militar era exercido em tempo de guerra, em campanhas de guerra, nos acampamentos do Exército Romano. Um de seus principais autores foi o imperador Justiniano, de Bizâncio, conquistador de Roma. Justiniano foi chamado, o pai do Direito Penal Militar Romano, embora tivesse nascido na atual Iugoslávia, na cidade de Skopije.

Entre outras obras (como "Institutas" e as "Novelas"), escreveu *De Re Militar*, ou *Das coisas Militares*, que tratou da parte do direito repressivo, embrião do direito penal militar.

No direito penal romano, tínhamos crimes de guerra, que eram puníveis com a pena de morte, como exemplo, a evasão do campo de luta e o abandono do posto. Entre as principais penas militares havia: a já citada pena de morte, pena corporal, prisão e penas pecuniárias, estas consistiam

na privação do soldo com fins disciplinares (Revista A Força Policial, ano 1998, n. 17, p. 87 a 89).

A embriaguez sempre foi preocupação do legislador castrense e foi tratada com excessivo rigor.

Destaca-se o art. 24, dos Artigos de Guerra, do Conde de Lippe³ que decretava:

Se qualquer soldado cometer algum crime estando bêbado, de nenhum modo o escusará do castigo a bebedice; antes, pelo contrário, será punido dobradamente, conforme as circunstâncias do caso (Revista Direito Militar, 1997, p. 20)

O Código Penal da Armada, no art. 147, § único, estabeleceu a embriaguez como agravante:

Todo o indivíduo ao serviço da marinha de guerra que, tendo sido designado para um serviço qualquer, for encontrado em estado de embriaguez ou apresentar-se nesse estado para prestá-lo – Pena de prisão com trabalho, de dois a seis meses (Revista Direito Militar, 1997, p. 20).

³Conde Wilhelm von Scheumburg-Lippe, príncipe alemão, que chegou a Portugal em 1762, enviado pela Inglaterra para transformar o Exército português. Reestruturou-o e modernizou-o, para a nova guerra que se avizinhava daquela nação, pois D. José I recusou-se a entrar no Pacto de Família, que reunia numa aliança os Bourbons da Espanha, França, Nápoles e Parma, contra a aliada Inglaterra. O conde foi enviado a Portugal com uma força de 8.000 (oito mil homens), incluindo oficiais superiores. Logo que chegou, foi nomeado Marechal-General e Comandante Chefe de todas as forças nacionais e aliadas. Até então o Código Penal Militar vigente, criado no reinado de D. João V, compreendia 42 (quarenta e dois) Artigos de Guerra, sendo que 26 (vinte e seis) deles atribuíam penas de morte como punição, à crimes previstos. O Conde Lippe, introduz então, mais 29 (vinte e nove) novos Artigos de Guerra, os quais vigoraram em nosso Exército, até 1907. (Revista Direito Militar, ano I, n. 5, 1997, p. 20, Edjur Publicações S/C Ltda.).

Hoje a conduta está tipificada no art. 202, do Código Penal Militar, com o seguinte texto:

*Embriagar-se o militar, quando em serviço, ou apresentar-se embriagado para prestá-lo:
Pena – Detenção, de seis meses a dois anos (CPM, 1980, p. 80).*

O que o texto legal tipifica ou prevê são duas situações:

...o militar se apresenta ao serviço já embriagado ou se embriaga durante o serviço (LOUREIRO, 1993, p. 172-173).

2.3 – Da imputabilidade

Ao falar-se da embriaguez, há que se tratar da imputabilidade penal, que o Código Penal Militar descreve no seu art. 48:

Não é imputável quem, no momento da ação ou da omissão, não possui a capacidade de entender o carácter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, em virtude de doença mental, de desenvolvimento mental incompleto ou retardado.

O nosso código adotou os moldes do Código Penal comum, o sistema chamado biopsicológico ou misto, que combina os sistemas biológico e psicológico, sendo descritos na Exposição de Motivos do Código Penal comum como seguem:

O biológico:

condiciona a imputabilidade à saúde mental, à normalidade da mente. Se o agente é portador de uma enfermidade ou grave deficiência mental, deve ser declarado irresponsável sem necessidade de ulterior indagação psicológica; e

O psicológico:

não indaga se há uma perturbação mental mórbida: declara a irresponsabilidade se, ao tempo do crime, estava abolida no agente, seja qual for a causa, a faculdade de apreciar a criminalidade do fato (momento intelectual) e de determinar-se de acordo com essa apreciação (momento volitivo).

O art. 49, do CPM, estabelece que:

Não é igualmente imputável o agente que, por embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força maior, era, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único. A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente por embriaguez, proveniente de caso fortuito ou força maior, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

As circunstâncias agravantes, descritas no mesmo diploma legal, ordenam:

Art. 70. São circunstâncias que sempre agravam a pena, quando não integrantes ou qualificativas do crime:

...II – Ter o agente cometido o crime:

...c) depois de embriagar-se, salvo se a embriaguez decorre de caso fortuito, engano ou força maior.

Do texto da lei depreende-se que a embriaguez voluntária ou culposa, pelo álcool ou substância de efeitos análogos, não exclui a imputabilidade penal, em razão de:

a) a contrário senso de seu art. 49, que só admite a inimputabilidade por embriaguez quando proveniente esta de caso fortuito ou força maior;

b) do fato de a embriaguez constituir por si só crime militar (Arts. 202 e 279); e

c) importar sempre em circunstância agravante para o militar quando não proveniente de caso fortuito, engano ou força maior (art. 70, II, c, e Parágrafo único).

No caso de embriaguez preordenada, o agente responderá sempre a título de dolo, e em sendo não preordenada, mas voluntária ou culposa, responderá por crime doloso ou culposos, conforme as circunstâncias o indicarem.

Se militar, a pena será sempre agravada (Art. 70, II, c, e Parágrafo único), quando civil, só no caso de embriaguez preordenada (Art. 61, II, letra I, do CP) (ROMEIRO, 1994, p. 146-151).

O eloqüente, intrépido e carismático mestre RENATO POSTERLI nos fez compreender melhor os conceitos acima mencionados sobre embriaguez e ainda nos exemplificou outros, também descritos na página 40 do seu livro *Aspectos da Psicopatologia Forense Aplicada*, publicado em 1979.

Em relação aos Códigos Penal e Penal Militar, depreendemos que apenas a EMBRIAGUEZ COMPLETA E ACIDENTAL (proveniente de caso fortuito ou força maior) constitui uma das causas (causa biológica com repercussão psicopatológica) que excluem a RESPONSABILIDADE, se por causa dela o agente, no momento do crime estava

inteiramente destituído da capacidade de livre determinação. Mesmo *ACIDENTAL A EMBRIAGUEZ* (caso fortuito ou força maior), mas não plena, não completa, não autoriza a isenção de pena, pelo fato de não comprometer totalmente a consciência nem a vontade, ou seja, a capacidade intelectual e a volitiva.

Quanto a embriaguez plena, é claro que alguém a tal ponto embriagando-se que, entrando no período letárgico, encontra-se obviamente em *EMBRIAGUEZ COMPLETA*. Pergunta-se então: Como pode ser causa de crime essa condição de estado letárgico por embriaguez completa? Ora, claro que somente pode ser *CAUSA DE CRIME POR OMISSÃO*.

Claro fica então que, a *EMBRIAGUEZ VOLUNTÁRIA* ou *CULPOSA* ("actio libera in causa") mesmo que completa, não elimina a responsabilidade penal nem atenua a pena, por mais que "conspurque", diríamos nós, os pressupostos psíquicos, quais sejam, as capacidades de entender e de determinar-se. Isto porque livremente se colocou (voluntariamente) em condição de delinquir, querem os penalistas; ou seja, "ACTIO LIBERA IN CAUSA": a ação criminosa foi livre na sua causa. Cabe aqui, do ponto de vista médico, e para isso chamamos a atenção, o perito não descuidar da *EMBRIAGUEZ PATOLÓGICA*, elucidando o caso quanto a sua imprevisibilidade que é de gênese patológica. Sabemos muito bem que álcool e epilepsia, por exemplo, nunca se deram bem, podendo mesmo dispor, *EMBRIAGUEZ PATOLÓGICA* não quer dizer *EMBRIAGUEZ COMPLETA*.

Do ponto de vista prático é claro que o período letárgico, comatoso da embriaguez (terceiro período), identifica embriaguez plena ou completa, enquanto a *EMBRIAGUEZ INCOMPLETA* identifica-se por exclusão (primeiro período); o segundo período é também identificado como embriaguez completa. Como exemplo de *EMBRIAGUEZ ACIDENTAL* (caso fortuito ou por força maior) podemos citar: o caso da pessoa em lipotímia, a quem se tenha sido ministrado elevada dose de bebida alcoólica; caso de embriaguez por impulso patológico; caso de pessoas que trabalham em local com exalações etílicas (o que constitui acidente no trabalho, ou mais particularmente, doença profissional); caso de desproporção entre a embriaguez e a causa; e outros casos. Há que se comentar ainda acerca da *EMBRIAGUEZ PREORDENADA* (dolosa – premeditada), a qual não só não isenta de responsabilidade, ainda que completa, como também *AGRAVA A PENA*, a título de *DOLO* – é embriaguez premeditada ou dolosa e não simplesmente voluntária ou culposa (*EMBRIAGUEZ CULPOSA*); daí o Art.

24, II, combinado com o Art. 44, II, letra c (do Código Penal de 1940) ou Art. 56,II letra c (do novo Código Penal Brasileiro), sendo que ambos deixam claro: "SEMPRE SE CONSIDERA AGRAVADO O CRIME SE O AGENTE O LEVA A EFEITO DEPOIS DE EMBRIAGAR-SE PROPOSITADAMENTE PARA COMETÊ-LO" (apud POSTERLI, 1979, p. 38-39).

Segundo o professor POSTERLI, há uma grande e íntima relação entre o alcoolismo e a criminalidade, sobretudo aqueles crimes perpetrados por condutores de veículos.

2.4 - diagnóstico da embriaguez

As manifestações do alcoolismo são determinadas pelo teor do álcool no sangue, e dá-se o nome de alcoolemia. Esse teor consistente no número de gramas de álcool puro por litro de sangue, permite avaliar o grau de intoxicação do doente.

No indivíduo vivo, o diagnóstico da embriaguez alcoólica poderá ser feito:

- pela observação comum;
- pelo exame clínico;
- por testes; e
- através da dosagem de álcool.

2.4.1 - Observação comum

Tem por base as alterações no equilíbrio, no hálito alcoólico, na disartria (dificuldade de articular palavras) e na confusão mental. No entanto pode haver erro; no equilíbrio, por exemplo, pode ocorrer outros fatores que não a ingestão de bebidas alcoólicas; o hálito alcoólico não tem correspondência necessária com a existência da embriaguez; a disartria pode ser causada por choques emotivos e defeitos orgânicos; e a intoxicação pelo óxido de carbono, pode ser causa de confusão mental, levando o indivíduo a gestos e explicações confusas (JUNIOR, Almeida, apud BRAGA, Francisco José, 1999, p. 38).

2.4.2 - O exame clínico

Nos ensinamentos de SILVA JUNIOR, pode ser esquematizado da seguinte maneira:

- *aparência: olhos vermelhos?, Sonolento?, Faces congestionadas? Vômito?*
- *Atitude: excitado? Arrogante?*
- *Memória: sabe onde mora? Lembra os atos que praticou?*
- *prova de cálculo simples*
- *Elocução: fala com clareza? Mandar ler um trecho qualquer.*
- *Orientação no tempo e espaço: onde está? Que dia é?*
- *Coordenação motora: apanhar um objeto pequeno.*
- *Prova escrita.*
- *Hálito (apud LOUREIRO, 1993, p. 184).*

2.4.3 – Testes

Para verificação de perturbações motoras, como andar, erguer do chão pequenos objetos.

2.4.3.1 - Dosagem do álcool

Podem ser utilizados, para se dosar a quantidade de álcool no organismo humano, a saliva, a urina, o líquido cefalorraquiano, o ar expirado e o sangue:

- *na saliva, desaconselhada pois outras substâncias podem levar a resultados falsos;*
 - *na urina, o número de micções e o fato de estar a bexiga vazia ou não torna a pesquisa duvidosa;*
 - *o líquido cefalorraquiano quase não é usado;*
 - *os métodos expirométricos, basicamente são dois: o alcoômetro (Yale) e o bafômetro:*
 - *o alcoômetro, acusa a dosagem através da reação do ar expirado com uma solução química, que posteriormente é medida por célula fotoelétrica;*
 - *o bafômetro, recolhe o ar expirado por um tubo plástico descartável e o ar vai atravessar uma ampola contendo reagente, que muda de cor pelo vapor do álcool; e*
 - *concentração de álcool no sangue: a taxa de concentração do álcool pode ser determinada pelo macrométrico de Nicloux que consiste na oxidação a quente do álcool pelo bicarbonato de potássio em meio sulfúrico, que varia a coloração desde o amarelo ao amarelo esverdeado (LOUREIRO, 1993, p. 184).*
-

2.5 - Embriaguez e os aspectos disciplinares

Disciplinarmente, a embriaguez encontra-se descrita como transgressão disciplinar, nos números 116 e 117, do Art. 68, do Regulamento Disciplinar da Polícia Militar do Estado de Goiás (RDPMEGO), aprovado pelo Decreto Estadual n.º 4.717, de 07 de outubro de 1996, nos seguintes termos:

116. ter em seu poder ou introduzir, em área militar ou sob a administração policial-militar, bebidas alcoólicas, salvo quando devidamente autorizado;

117. embriagar-se ou induzir à embriaguez, embora tal estado não tenha sido constatado por médico;

A transgressão disciplinar tem sua definição no Art. 12, do mesmo regulamento, com sendo:

Artigo 12 – Transgressão disciplinar é toda violação do dever e das obrigações militares.

Estas transgressões disciplinares acima mencionadas estão classificadas como “graves” segundo sua intensidade, desde que não haja causas de justificação, de acordo com o art. 15, § 3º do RDPMEGO.

As transgressões disciplinares podem ainda ser também, conforme se vê a seguir:

Justificação, Atenuação e Agravamento:

Art. 18. No julgamento das transgressões podem ser levantadas causas que as justifiquem ou circunstâncias que as atenuem ou agravem.

§ 1º - A transgressão poderá ser justificada:

I – quando cometida na prática de ação meritória, no interesse do serviço ou da ordem pública;

II – quando cometida em legítima defesa, própria ou de outrem;

III – quando cometida em obediência à ordem de superior;

IV – quando cometida a fim de compelir o subordinado a cumprir rigorosamente o seu dever, em caso de perigo iminente, necessidade urgente, calamidade pública e para preservação da ordem e da disciplina;

V – quando cometida por motivo de força maior, plenamente comprovada;

VI – no caso de ignorância plenamente comprovada, desde que não atente contra os sentimentos normais de patriotismo, humanidade e probidade.

§ 2º - Não haverá punição quando for reconhecida qualquer causa de justificação.

§ 3º - São circunstâncias atenuantes da transgressão:

I – o bom comportamento;

II – relevantes serviços prestados;

III – ter sido cometida para evitar mal maior;

IV – ter sido cometida em defesa própria, de direitos próprios ou de outrem, desde que não constitua causa de justificação;

V – falta de prática no serviço;

VI – ação de solidariedade humana plenamente comprovada.

§ 4º - São circunstâncias agravante da transgressão:

I – o mau comportamento;

II – a prática simultânea ou conexão de duas ou mais transgressões;

III – a reincidência;

IV – o conluio de duas ou mais pessoas;

V – ter sido cometida durante o serviço;

VI – ter sido cometida em presença de subordinado, tropa ou em público;

VII – ter abusado o transgressor de sua autoridade hierárquica;

VIII – a premeditação.

O Decreto Estadual nº 4.713, de 24 de setembro de 1996, também estabelece para os praças integrantes da Corporação, nos termos do Art. 3º, seguido dos incisos, alíneas e dos parágrafos 1º , 2º e 3º c/c o Art. 5º do RDPMEGO, a possibilidade de exclusão a bem da disciplina , entre outras punições, para os policiais-militares que possuem em seus assentamentos punições por “conduta irregular”, ou seja, tenham ingressado no comportamento MAU em virtude da prática de 4 (quatro) ou mais transgressões disciplinares, efetivamente apuradas e punidas com pena concreta de prisão ou detenção, nos últimos 2 (dois) anos, além de outros motivos que podem levar o transgressor a ser submetido a Conselho de Disciplina.

Em 1995, o problema da ingestão de bebidas alcoólicas tanto preocupou o Comando da Corporação que houve uma publicação em Boletim Geral para que a DP/5 e a Seção de Assistência Social do Hospital da Polícia Militar de Goiás (HPM) estabelecessem programas referentes ao combate e prevenção do alcoolismo, sendo que em janeiro de 1996 foi criado o Programa de Atenção Integral a Saúde do Policial-Militar (PAISPM) que será comentado no próximo Capítulo.

CAPÍTULO III

3. ALCOOLISMO NA PMGO (Farmacodependência)

Embora o termo “Farmacodependência” esteja mais relacionado a “Toxicomania”, ou seja, um estado de intoxicação aguda ou crônica, nocivo ao indivíduo e à sociedade, provocado pelo uso exagerado e freqüente de determinada droga natural ou sintética, o objeto da nossa pesquisa é o fenômeno álcool-dependência.

Verifica-se a instalação ou estabelecimento da farmacodependência quando o viciado (álcool-dependente ou alcoolista) torna-se escravo do vício (álcool). Suas sensações o dominam. Os efeitos alucinantes ou excitantes da droga compelem-no a buscar qualquer meio e pagar qualquer preço para obtê-la. A dose, inicialmente pequena, em pouco tempo deixa de satisfazer, exigindo acréscimos progressivos. O abismo é profundo e tétrico. O viciado (alcoolista) se arruina, envelhece precocemente, desperdiça, em pouco tempo, tudo o que tem

e tudo o que é. Torna-se um desajustado social, um errante, uma mácula na família. O ponto final dessa existência desventurada não raro chega através do auto-extermínio, ou de doenças terrivelmente repugnantes e degenerativas.

*E por falar em etimologia, é oportuno ressaltar que a impropriedade do **étimo** toxicomania é caso cediço. Por isso mesmo a Organização Mundial de Saúde (OMS), entre outras coisas, responsável por uma linguagem científica comum, após observar, em diferentes países, inúmeros significados da palavra **mania**, adotou o termo **farmacodependência**, utilizando o critério de inserção do nome da droga antes da palavra dependência: Cannabis-dependência, álcool-dependência, cocaína-dependência etc. (apud. POSTERLI, 1997, p.150).*

Queira ou não, a farmacodependência é o vício que mais fere a coletividade. Depois, e pela ordem, o etilismo, o jogo, a prostituição, a vadiagem etc.

Todo farmacodependente acaba se tornando extremamente pernicioso ao meio social (apud POSTERLI, 1997, p. 153).

Após a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), como reflexo sobre o nosso país, o Brasil, sem contar com leis que protegessem o cidadão viu-se dominado por terrível onda de farmacodependências.

Naquela época – mais precisamente de 1920 a 1930 – a cocaína viveu período de ouro em nossa terra. Tanto assim que, em São Paulo, foi fundado o “Clube da Morte”, destinado ao uso e gozo hedonístico desse entorpecente, desse estupefaciente que se constituiu num “vício elegante” (idem, p. 153).

É do nosso conhecimento que a administração das anfetaminas (bolinhas) ou então dos anorexígenos com álcool (bebida alcoólica) pode, por

sinergismo, aumentar, com risco, os efeitos estimulantes, vez que o álcool predispõe uma desinibição, aumentando a sensibilidade receptiva das substâncias estimulantes do Sistema Nervoso Central (SNC). É possível, embora não seja de fácil comprovação, que policiais-militares façam uso da mistura acima mencionada para suportarem a sobrecarga do serviço policial-militar, os “bicos”, que no intuito de aumentarem a renda familiar ainda concorrem para o estresse, doença que também mantém íntima relação com o alcoolismo e com o excesso de ativismo.

Ainda sobre anfetaminas, através de pesquisa bibliográfica sobre o assunto estudado, descobrimos que as mesmas são utilizadas no tratamento da obesidade e depressão, o que tem sido hoje frontalmente contestado por alguns médicos, pois os riscos e agravos não compensam os aparentes benefícios, principalmente se os pacientes fazem uso de bebida alcoólica. As anfetaminas são drogas que provocam Anorexia, que é redução ou perda de apetite, ou seja, inapetência

Atletas em fase de competição, estudantes em vésperas de exame, motoristas, enfermeiros, vigias, policiais-militares e outros profissionais obrigados a permanecerem acordados durante a noite, vez por outra recorrem ao estímulo anti-natural das anfetaminas. As conseqüências deste franco desrespeito às leis da natureza são dramáticas: pode instalar-se a farmacodependência, quando aqueles que as utilizam sentem-se impotentes para dispensá-las, e surgir desordens que vão dos estados confusionais à agressividade. A desintoxicação

não exige a retirada gradual da droga, mas sua suspensão de uma só vez, o que, preferivelmente, deve ser acompanhado pelo médico.

3.1 - Situação da Instituição

Não obstante a relevância quanto a solução do problema relacionado ao alcoolismo na PMGO, somente a partir de 1995 foi que a nossa gloriosa e centenária Corporação se preocupou no sentido de estudar sobre o assunto, com a finalidade de desenvolver programas de prevenção e combate ao uso de substância etílica por policiais-militares, através de um levantamento efetuado pela DP/5, que é o setor responsável pelo serviço de assistência social da Polícia Militar do Estado de Goiás.

Conforme aquele estudo em relação ao ano anterior, ou seja, mais especificamente no período compreendido entre os dias 01 a 23 de outubro do ano de 1994, o Centro de Operações da Polícia Militar (COPOM) registrou um total de 19 (dezenove) ocorrências envolvendo policiais-militares em visível estado de embriaguez alcoólica (apud MACÁRIO, Carlos César, 1995, p. 83).

Em termos percentuais significava 0,83% (zero, oitenta e três por cento) por dia, cuja média anual seria em torno de **300 (trezentas) ocorrências.**, Era um quadro bastante assustador e digno de toda preocupação.

O Centro de Assistência Social (CASO) da Caixa Beneficente dos Servidores Militares do Estado de Goiás registrou a procura de 22 (vinte e dois)

policiais-militares que ali compareceram clamando ajuda, no ano de 1994, sendo que no ano seguinte, isto é, em 1995 foi detectado o mesmo número de atendimento.

TABELA 1- Quantitativo de policiais-militares álcool-dependentes, no Estado de Goiás, no ano de 1995.

Alcoolistas da PMGO	Freqüência	Percentual
Unidades da Capital	278	37
Unidades do Interior	475	63
Total	753	100,0

Fonte: DP/5 em Goiânia

Na Tabela 1, pode-se observar na primeira coluna de forma genérica os quartéis da PMGO na capital e no interior do Estado de Goiás. Na segunda coluna verifica-se o número de policiais-militares observados (freqüência absoluta), predominando àqueles do interior, representando 63% (sessenta e três por cento), tendo em vista que nas Organização Policiais Militares (OPM) o grau de afinidade superior subordinado é mais acurado, sendo que este fator é de fundamental importância na recuperação do alcoolista ou álcool-dependente, pois saberá que não estará sozinho, tem alguém que se preocupa com ele. Na terceira coluna, vislumbramos o percentual corresponde aos números demonstrados na coluna anterior.

Obtém-se o resultado multiplicando cada número da frequência por cem e, em seguida, dividindo-se pelo número total de observações (regra de três simples).

O número corresponde a 753 (setecentos e cinquenta e três) e representava naquela época aproximadamente 6% (seis por cento) do efetivo geral da PMGO. Fica claro para todos nós que o alcoolismo é problema difícil de ser admitido pelo álcool-dependente, pois o mesmo somente procura ajuda quando o seu quadro já estiver deplorável, portanto, estimativamente somos induzidos a pensarmos que o número oculto (*alcoolismo oculto*⁴), ou seja, aquele que não pode ser visto e só é combatido através de campanhas educativas, mediante um trabalho preventivo, “*também gira em torno de 95%* (noventa e cinco por cento)” (apud MENDES, Sérgio et. al., 1996 p. 9) do número real encontrado ou observado. Da amostra acima mencionada, apenas 2 (dois) policiais-militares eram oficiais.

3.1.1 – Programa de Atenção Integral a Saúde do Policial Militar (PAISPM)

No mês de janeiro do ano de 1996, surgiu o Programa de Atenção Integral a Saúde do Policial Militar (PAISPM), passando a funcionar no Hospital da Polícia Militar do Estado de Goiás (HPM-GO), cujo trabalho começou a ser

⁴ O alcoolismo que não pode ser visto, por causa do anonimato enquanto o álcool-dependente não estiver em estado crônico

desenvolvido pelo Serviço Social desta Unidade Hospitalar, visando atender a uma demanda existente na Corporação, passando a desenvolver ações de caráter sócio-educativo voltadas para a prevenção e o tratamento do alcoolismo.

3.1.1.1 – Conceito Adotado pelo PAISPM

Alcoolismo é uma doença primária, crônica, com fatores genéticos, psicossociais e ambientais influenciando em seu desenvolvimento e manifestações. A doença é freqüentemente progressiva e fatal. Tem por características contínuas ou periódicas a perda de controle sobre a ingestão de bebida, o uso do álcool apesar das conseqüências adversas e distorções de raciocínio. A negação do problema se torna parte integrante da doença e o maior obstáculo para a recuperação do doente.

Tal definição foi elaborada, pelo Conselho Nacional do Alcoolismo dos Estados Unidos da América, em conjunto com a Associação Americana de Dependências Químicas (cf. ALENCAR, Vânia M. R., 2000).

3.1.1.2 – Objetivo Geral

Contribuir na prevenção do alcoolismo e na recuperação do alcoolista da Polícia Militar do Estado de Goiás.

3.1.1.3 – Objetivos Específicos

- “Implementar ações de caráter preventivo;
 - Conscientizar-se da problemática do alcoolismo na Corporação... “
(cf. ALENCAR, Vânia M. R., 2000).
-

3.1.1.4 – Metodologia

A prática metodológica desenvolvida por equipe interdisciplinar considera o alcoolista como sujeito de seu processo de tratamento, tendo como princípio básico a adesão do alcoolista ao tratamento de forma voluntária. As atividades do Programa terão caráter preventivo, terapêutico e em âmbito institucional.

3.1.1.5 – Preventivo

São realizadas programações que abrangem o maior número possível dos policiais-militares de cada OPM, através de:

- palestras educativas sobre o alcoolismo;
- filmes educativos que abordam a dependência do álcool;
- seminários que debatam a problemática do alcoolismo;
- campanhas e mensagens de conscientização sobre a dependência do etanol.

3.1.1.6 – Terapêutica

Após a avaliação biopsicossocial do alcoolista, o processo de tratamento poderá ocorrer através de:

- tratamento ambulatorio, com ou sem afastamento do servico policial-militar (SPM);
- internacao hospitalar nos casos de intoxicacao alcoolica, psicoses alcoolicas, em situacao de agitacao psicomotora ou outras situacoes que a equipe julgar necessarias;
- terapia de apoio, individual e/ou grupal, ao alcoolista e sua familia;
- suporte psicossocial aqueles atendidos nos ambulatorios, bem como aos egressos dos hospitais e clinicas;
- divulgacao e encaminhamento aos grupos especificos de auto-ajuda, considerados indispensaveis ao tratamento, como A.A., CEREIA e outros.

3.1.1.7 – Em nivel institucional e com equipe interdisciplinar

- orientar os policiais-militares em funcao de comando das OPM (s) da capital e do interior sobre a abordagem para a identificacao dos alcoolistas e dos propensos ao uso abusivo do alcool;
- articular e organizar um sistema de atendimento com as instituicoes convencionais pelo IPASGO, especializadas no tratamento, nos casos em que o HPM-GO nao tenha condicoes de atender;
- estabelecer criterios sobre a participacao e os niveis de atuacao dos profissionais de saude envolvidos no Programa;

- definir as rotinas e o fluxo de atendimento ao alcoolista, desde sua recepção, até seu desligamento do Programa, prevendo ainda sua reintegração nos casos de recaída.

3.1.1.8 - Atuação do Assistente Social

- coordenação do PAISPM, através da organização das atividades preventivas e da assistência prestada ao alcoolista;
- propor ações que constituam um referencial no atendimento diferenciado aos dependentes do etanol;
- entrevista inicial com o policial-militar e com sua família, visando levantar os dados sócio-econômicos, familiares e laborais que repercutam em seu cotidiano;
- apresentar ao usuário as propostas do PAISPM;
- convocar a família, quanto à participação no processo de tratamento;
- acompanhamento social realizado em nível ambulatorial e/ou de internação hospitalar de forma individual ou grupal, através de uma prática informativo-reflexiva sobre os determinantes conjunturais e estruturais causais de sua problemática com o álcool;
- fazer visita domiciliar quando necessário;
- encaminhar usuários às instituições que tratam do alcoolismo, quando for possível, ou quando não for indicado sua internação no HPM-GO;
- encaminhar os dependentes de etanol aos grupos de auto-ajuda;

- coordenar e realizar palestras sócio-educativas com os usuários e seus familiares;
- organizar cursos sobre alcoolismo para os policiais-militares das diversas OPM (s), objetivando a formação de elementos multiplicadores;
- propiciar a articulação da equipe, favorecendo o trabalho interdisciplinar;
- promover parcerias com os grupos de auto-ajuda;
- elaborar relatórios e dados sobre o PAISPM;
- propiciar a articulação da equipe, favorecendo o trabalho interdisciplinar;
- realizar reuniões periódicas para avaliação com a equipe do Programa.

3.1.1.9 – Atuação do Médico

Analisar o alcoolista mediante consulta, dando ênfase aos seguintes aspectos:

- estado nutricional e sistema digestivo;
 - sistema nervoso e cardiovascular;
 - exame mental completo, com ênfase nos aspectos psico-dinâmicos e avaliação da personalidade pré-mórbida;
 - detecção de outras patologias associadas;
-

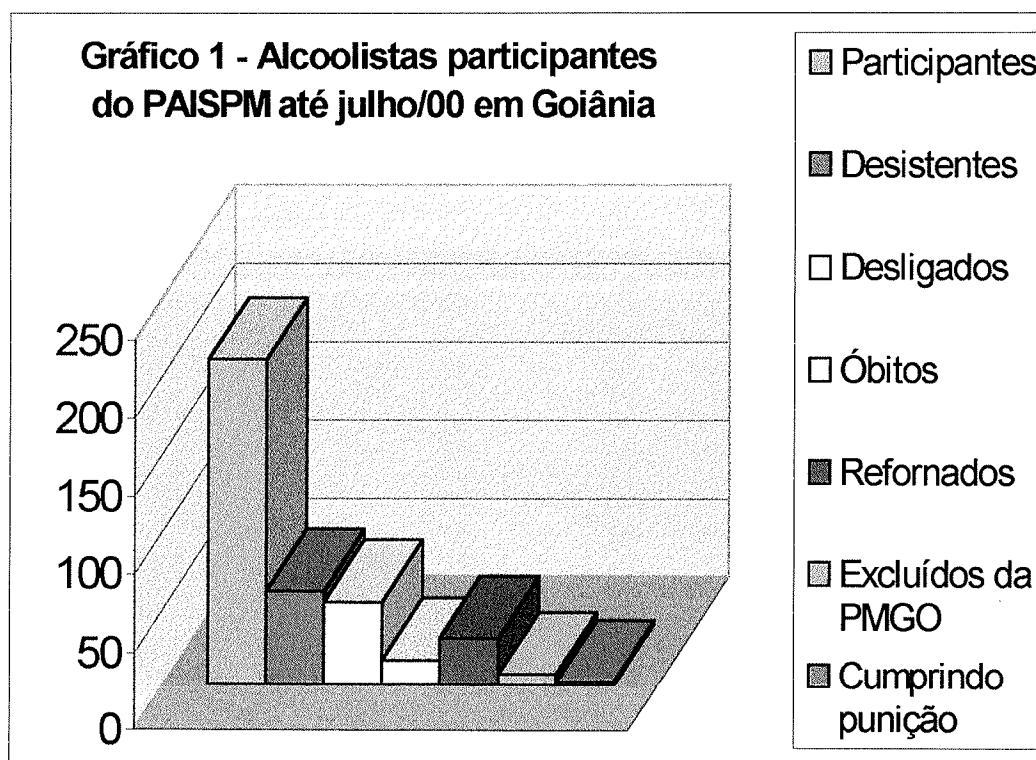
- diagnósticos;
- prognósticos;
- tratamento recomendado;
- acompanhamento periódico do alcoolista, com ênfase nos aspectos psicoterápicos;
- dar ênfase em todo o processo de tratamento, ao trabalho informativo/educativo;
- colaborar na programação do nível preventivo do Programa;
- participar de reuniões periódicas com a equipe interdisciplinar.

3.1.1.10 – Atuação do Psicólogo

- elaborar e realizar palestras educativas;
- assessorar atividades de caráter preventivo;
- avaliação psico-diagnóstica;
- atendimento individual e grupal;
- acompanhar os pacientes alcoolistas com síndrome de abstinência, alterações patológicas em decorrência de intoxicação alcoólica aguda e em caso de exames invasivos, quando do tratamento hospitalar;
- traçar perfil do policial-militar alcoolista;
- participar de reunião interdisciplinar.

3.1.2 - Abrangências do PAISPM

- policiais-militares e seus dependentes legais;
- unidades que já possuem policiais-militares cadastrados no PAISPM: 1º BPM; 2º BPM; 6º BPM; 7º BPM; 9º BPM; 10º BPM; 11º BPM; 12º BPM; 13º BPM; 14º BPM; 15º BPM; 16º BPM; BPMChoque; BPMFlo; BPMTran; RPMont; QAG; DAL; APM; DS; GM; 2ª CIPM; 3ª CIPM; 4ª CIPM; 5ª CIPM; 6ª CIPM; 8ª CIPM; 9ª CIPM; e 11ª CIPM.



FONTE: HPM (Seção de Serviço Social) em Goiânia

No Gráfico 1 verifica-se da esquerda para a direita o cenário atual do PAISPM, contando hoje com 208 policiais-militares (PPMM) participantes; 60

PPMM desistiram do Programa; 53 PPMM foram desligados, tendo em vista o não comparecimento em reuniões, sem dar as devidas satisfações, sinal que não foram simpáticos ou de alguma forma sentiram-se constrangidos em continuar, além de outros fatores, tais como: a “malhação” dos colegas e/ou a falta de incentivos dos companheiros e dos Chefes imediatos em dispensá-los devido ao acúmulo de serviço (hipóteses levantadas pelos autores deste TTC), 16 PPMM foram a óbito, 30 PPMM passaram para a inatividade, sendo que destes apenas quatro passaram para a reserva remunerada por tempo de serviço; 7 PPMM já foram excluídos e 2 PPMM estão presos; tudo em decorrência do alcoolismo, segundo nos informou o Capitão Feminino Chefe da Seção de Serviço Social do HPM-GO

TABELA 2- Quantitativo de policiais-militares álcool-dependentes, no Estado de Goiás, condecorados de 1996 a 1999.

Alcoolistas da PMGO	Freqüência	Percentual
Medalhas de um a três anos de sobriedade	58	16
Abstinência por mais de seis meses	114	31
Não condecorados	193	53
Total	365	100,0

Fonte: HPM (Seção de Serviço Social) em Goiânia

Nota-se na Tabela 2 o perfil dos álcool-dependentes, do ponto de vista motivacional, havendo preponderância para aqueles da categoria denominada como **não condecorados** da variável qualitativa “Alcoolistas da PMGO”,

representando 53% (cinquenta e três por cento); 31% (trinta e um por cento) correspondem a categoria aqui denominada de ***Abstinência por mais de seis meses*** e 16% (dezesesseis por cento) representam aqueles PPMM que receberam medalhas por estarem de um a três anos de sobriedade.

Segundo declaração da Chefe do Serviço de Assistência Social do HPM-GO, já foram realizadas ações de caráter preventivo (palestras e filmes) de março/96 a maio/99, em 16 OPM (s); sendo ainda realizados cursos para multiplicadores com participação de praças e oficiais de todas as OPM (s) da PMGO no mês de maio de 1997, inclusive com a distribuição de panfletos e de divulgação na imprensa.

3.1.3 – Critérios para ingresso

- Ser policial-militar da ativa, da reserva e reformado, estendendo aos familiares;
- voluntariedade do alcoolista;
- assumir a condição de alcoolista;
- adesão ao tratamento;
- participação da família.

3.1.4 – Agendamento das reuniões

- Agendamento para entrevista com a Assistente Social: Somente na

- Seção do Serviço Social do HPM-GO, pessoalmente ou por telefone (0**62 295-1032);
- as reuniões com os participantes obedecem a um cronograma elaborado pelo Serviço Social do HPM-GO e previamente distribuído às OPM (s) envolvidas;
- o encaminhamento de policiais-militares ao PAISPM será feito através de ofício de suas respectivas OPM (s).
- Ao final das reuniões programadas os policiais-militares receberão um cartão de retorno para as próximas reuniões.

3.1.5 - Equipe e operacionalização

*Dada a complexidade do alcoolismo, o PAISPM é operacionalizado por uma equipe de profissionais de saúde que investem no trabalho interdisciplinar, por acreditarem ser esta a melhor forma de enfrentar o desafio proposto, buscando ainda o estabelecimento de parcerias com grupos de auto-ajuda **A.A. CEREIA, AL-ANON E AJA** (cf. ALENCAR, Vânia M. R., 2000).*

- Equipe responsável pela execução do PAISPM:
 - Maj. QOSPM Imar Crisógno Fernandes – Clínico Geral;
 - Cap. QOSPM Vânia Maria de R. Alencar – Assistente Social;
 - 1º Ten. QOSPM Francisco Eduardo Cortes – Clínico Geral;
 - 1º Ten. QOSPM Déborah de Cássia B. Maia – Psiquiatra;
 - Ana Maria Sabatinni – Psicóloga; e
 - Neide S. Costa – Psicóloga.

3.2 - Apoio do CASO da (CBPMBM)

O CASO é o Centro de Assistência Social da **Caixa Beneficente dos Servidores Militares do Estado de Goiás** (CBPMBM), esta é uma Instituição privada com fins lucrativos e é mantida por associados, sendo estes integrantes da Polícia Militar e do Bombeiro Militar do Estado de Goiás, da ativa e da inatividade.

O CASO tem exercido um papel também importantíssimo desde 1994, efetuando trabalhos de conscientização, através de atividades preventivas na sede da Instituição e nos quartéis da capital e do interior do Estado de Goiás, mediante palestras ministradas por médicos, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais entendidos na problemática do alcoolismo.

As assistentes sociais Magali e Márcia do CASO acreditam que o número de policiais e bombeiros-militares que têm o hábito de beber “socialmente” é assustadoramente maior do que aqueles considerados alcoolistas em estado crônico, por isso é que elas efetuam ações no sentido de combater e conscientizar os associados da CBPMBM sobre o “alcoolismo oculto”.

As assistente sociais e as psicólogas do CASO acreditam ainda que se, por um lado, vários fatores levam o indivíduo a beber pela primeira vez, por outro, apenas dois levam à continuidade do uso: **a predisposição orgânica**, caracterizada principalmente pela tolerância; **e os benefícios**, fatores sociais que reforçam o uso.

3.3 - DP/5 Assistência Social

O programa de apoio ao policial-militar está em funcionamento desde o início do ano anterior (1999). É um programa de apoio ao álcool-dependente no qual se procura tratar as pessoas acometidas da álcool-dependência, bem como orientar o pessoal da PMGO a respeito dos aspectos que envolvem o assunto.

O Tratamento consiste em cadastrar álcool-dependentes e após verificar a sua legítima intenção de ser tratado, são encaminhados para uma clínica na cidade de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo. A Polícia Militar, inicialmente paga as despesas que hoje giram em torno de R\$ 1000,00 (mil reais) por cada álcool-dependente, cujo valor será descontado do policial-militar em parcelas suaves.

O Dr. José Toufik Rahd, médico responsável pela clínica, de início realiza um trabalho de esclarecimento dos pacientes sobre a álcool-dependência e os incentiva a se esforçarem a deixar o hábito de ingerir álcool. O tratamento é ambulatorial e composto de três doses de um medicamento inibidor da vontade de beber.

A maioria dos policiais-militares que experimentou o tratamento, foi recuperada. De qualquer forma, somente quando há total interesse do álcool-dependente é que o tratamento dá certo. Calcula-se que 90% (noventa por cento), ou seja, 49 (quarenta e nove) do total de 55 (cinquenta e cinco) PPMM encaminhados foram curados através do programa.

CAPÍTULO IV

4 - ALCOOLISMO, VÍCIO OU FUGA DO POLICIAL-MILITAR?

Primeiro deve-se esclarecer que o alcoolismo não difere psicologicamente da dependência de outras drogas. Destarte, tanto as fases como o desenvolvimento emocional do dependente e a recuperação são idênticas, não importando qual a droga de escolha, seja ela o álcool, cocaína, *crack*, maconha ou qualquer outra droga alteradora do humor.

Desde criança, recebemos diversas informações sobre a dependência do álcool e de outras drogas. Muitas delas, pouco ou nada científicas e quase sempre estereotipadas.

Começamos a aprender que o bêbado é uma pessoa “perigosa”, que bate na mulher e nos filhos. Que não é um pessoa responsável. Através da TV e do cinema (o filme “Farrapo Humano”), tivemos a ilusão de que o alcoólatra não

pode ver uma garrafa, que “bebe todas” até perder a consciência e que vende até a própria alma por mais um gole. Vive na sarjeta e transforma-se em mendigo. Sempre perde o emprego por trabalhar embriagado. Isso sem falar nos falsos motivos que levam o álcool-dependente a beber: algum problema emocional, personalidade desajustada, falta de força de vontade, falta de “vergonha na cara”, traumas, tristezas de todos os tipos, revoltas, perda de emprego, “chifre” da mulher ou do marido, problemas sexuais, brigas familiares, etc.

Os dependentes de outras drogas são vistos como “delinqüentes”, anormais, ladrões, assassinos, **viciados irremediáveis**, a palavra “maconheiro” sempre é usada como ofensa. Dependentes de cocaína são vistos como pessoas muito “perigosas”. O *crack* é sempre associado a menores abandonados, ladrões, violência, assassinatos, etc. Infelizmente há essa tendência a generalizações em nossa sociedade.

Os adjetivos pejorativos são tantos que nós poderíamos escrever por horas e horas, somente dando exemplos. A das pessoas já teve a oportunidade de ler muito sobre essas personalidades ditas **desajustadas** e que na realidade são apenas portadoras de uma doença.

Com toda essa carga negativa sobre a dependência química, como um dependente químico (álcool-dependente e/ou dependente de outras drogas), em sua consciência, poderia admitir que é verdadeiramente um dependente?

Assim, conforme a dependência química (farmacodependência) vai **evoluindo**⁷, tanto o dependente quanto os familiares vão desenvolvendo uma “muralha psicológica” que impede que o indivíduo entre em contato com a realidade da sua dependência. Essa muralha é constituída por “Mecanismos de Defesa da Personalidade”.

Por isso devemos lembrar que é uma doença, não uma falta de caráter. O alcoólatra (objeto do nosso estudo) e também o dependente de outras drogas realmente se tornam o **mito**, se transformam em tudo aquilo que sempre tiveram medo de ser, através do que a psicologia chama de **profecia auto-realizadora**.

*aquilo que temo me sobrevém, e o que receio me acontece.
Não tenho descanso, nem sossego, nem repouso, e já me
vem grande perturbação*⁸.

Conforme o parágrafo anterior e as afirmações bíblicas, o próprio indivíduo cumpre a profecia. Isso ocorre por não conseguir entrar em contato com determinados sentimentos. Esses sentimentos são totalmente normais em nós, seres humanos, e devem ser desenvolvidos para que não assumam o controle da situação.

O processo de recuperação consiste, dentre muitas outras coisas, na identificação desses mecanismos de defesa e no reconhecimento da verdadeira

⁷ Voltamos a lembrar que a doença inicia-se no primeiro uso, se houver predisposição orgânica e benefícios.

⁸ atordoamento, perda da serenidade, pavor e medo.

intenção por detrás destes. Por exemplo: muda-se de cidade para ver se as coisas melhoram. Os próprios desejos e sentimentos são projetados no mundo e no outro (Projeção⁹). Assim há a falsa idéia de que mudando de cidade os problemas ficarão em outro lugar bem distante. Só que o dependente não admite a própria maneira doentia de usar drogas (álcool), bem como o fato de que os problemas são consequência do uso. Neste caso ele procura fugir da realidade, aprofundando-se no vício.

O dependente tem uma dificuldade incomum de identificar os próprios sentimentos, os quais são “projetados” no mundo exterior, isto é, procura motivos para justificar o seu hábito de beber.

Estamos dando ênfase a este aspecto para que todos os integrantes da PMGO tenham uma melhor compreensão de como é quase impossível para um dependente em álcool lidar com todas essas mentiras que a sociedade nos ensina sobre a dependência, porque ele só consegue ver a própria realidade e os próprios sentimentos em outras pessoas (há carência afetiva). Por isso sempre acha que o vizinho é que é o bêbado. Acredita que é o outro quem não presta, que o outro é quem é alcoólatra. Ele realmente acredita que bebe compulsivamente devido a algum motivo, ou fator externo. E os não dependentes também são vítimas dessa mesma projeção. Por não conseguir desenvolver determinados sentimentos que não são “ruins como ele pensa, esses sentimentos acabam transformando-se numa personalidade separada, desconhecida,

⁹ *Projeção – consiste em atribuir aos outros o que é de si. Exemplo: o caso do netinho, no zoológico – O senhor está com medo vovô!*

chamada de “sombra” pela psicologia de **JUNG** e que só vem à tona quando se usa. Essa “sombra” é feita de sentimentos não desenvolvidos. Quando o alcoólatra está bêbado, aquela personalidade é a PRÓPRIA SOMBRA se manifestando. Uma personalidade totalmente obscura que só emerge em determinados momentos. Muitos a chamam de “demônio”, mas na realidade é uma personalidade infantil, “birrenta”, egocêntrica como toda criança.

Enfim, a nosso ver, “endiabram” a pessoa, como que a “endemoniando”. Justifica assim, do ponto de vista etimológico, dentro da abordagem semântica, semasiológica, a palavra droga, que em persa significa demônio. (apud. POSTERLI, 1997, p. 149).

Essa personalidade desconhecida e temida pelo dependente e pelos familiares é justamente o “mito” que se tornou-se realidade através de uma profecia auto-realizadora (há poder em suas palavras).

Existem diversos mitos (mentiras) que são perfeitamente conhecidos entre nós: o mito do homossexual e da prostituição são apenas exemplos de como a sociedade desconhece a verdade sobre as minorias. Sem falar naqueles que a sociedade elegeu como “Salvadores da Pátria”: que determinada igreja resolve o problema, que a escola resolve o problema, que a família resolve o problema. Que um grande amor resolve o problema.

A verdade é que nada disso adianta se o dependente não quiser parar de fugir do seu vício¹⁰. Portanto, preconceitos de quaisquer tipo são totalmente inadmissíveis para um processo de recuperação. Quando condenamos o outro por determinadas atitudes que não estão de acordo com a nossa maneira de pensar, na realidade estamos condenando a nós mesmos.

Porquanto, assim diz a palavra de Deus, na carta aos Romanos, capítulo 12, versículos 4 e 5:

Porque, assim como num só corpo temos muitos membros, mas nem todos os membros têm a mesma função; assim também nós, conquanto muitos, somos um só corpo em Cristo e membros uns dos outros.

4.1 – As quatro fases do alcoolismo

Fase 1 (fase social, sem dependência física, apenas dependência emocional): Inicia-se na primeira vez que se bebe (lembrando-se que dois fatores são fundamentais: a predisposição orgânica e os benefícios, do contrário a doença não se desenvolve).

¹⁰ Vício – é um mal pessoal e social. A sociedade russa atual sofre tremendamente com o problema do alcoolismo: mau governo, má participação como cidadãos, trabalho desregrado, interesses difusos, etc. O vício é um sintoma exagerado de um ser humano por outro, de uma instituição, de uma **substância**, de uma atividade, ou de um padrão de pensamento ou comportamento. O vício é multidimensional. Inclui dimensões físicas (por exemplo a dependência bioquímica nas drogas, inclusive o álcool; emocionais (as necessidades emocionais que podem originar e impulsionar o vício); mentais (obsessão pelo agente viciador); comportamentais (a compulsão em direção ao ciclo de vício) e espirituais (incredulidade e idolatria)pelo agente viciador); comportamentais (a compulsão em direção ao ciclo de vício) e espirituais (incredulidade e idolatria)pelo agente viciador); comportamentais (a compulsão em direção ao ciclo de vício) e espirituais (incredulidade e idolatria) (Sem autor; ps. – O senhor vício. **Revista Resistência**. São Paulo: Cultura Cristã, n.3, 1999, p. 51-55).

O primeiro sintoma é a dependência emocional (ver o 1º questionário, “diversão”). O desenvolvimento emocional pára e a pessoa torna-se pouco tolerante (ver o 1º questionário, “para esquecer os problemas”). Como geralmente isso acontece na infância ou na adolescência, a mudança emocional geralmente não é percebida, pois confunde-se com má-criação, infantilidade ou temperamento forte. A partir daí, a doença desenvolve-se mais ou menos devagar, dependendo da predisposição orgânica. Bebe-se pouco e “socialmente” (ver 2º questionário, “beber socialmente”), não há perdas em virtude do uso da bebida. Não há problemas físicos.

Fase 2 (fase social, sem dependência física, apenas dependência emocional): O organismo modifica-se: tem-se a tolerância aumentada (bebe-se mais que na fase 1). Não há problemas em consequência da moderada ingestão de álcool. Não há problemas físicos.

Fase 3 (fase problemática, com dependência física e emocional): Bebe-se muito (altíssima tolerância). O beber torna-se um problema. Ocorre problemas emocionais, ressacas constantes, problemas em decorrência da bebida, problemas familiares, problemas de relacionamento. Há o início da **síndrome de abstinência**, começam as “PARADAS ESTRATÉGICAS”, pode haver internações. Há boas expectativas de recuperação física. Há muitas perdas. Perda de controle.

Entende-se por **Síndrome de abstinência**:

É um conjunto de sintomas que se apresenta quando as substâncias tóxicas são interrompidas parcial ou totalmente, ou quando as doses não são suficientes para manter a fase de compensação, ocorrendo um estado geral de mal-estar. A síndrome de abstinência pode ocasionar calafrios, tremores, vômitos, náuseas, diarreia, sudorese, confusão mental, delírios, fenômenos alucinatórios, ilusões, convulsões, dores generalizadas e outros sinais e sintomas. Os transtornos fisiológicos diferem conforme o tipo de droga, intensidade do uso e da sua toxicidade. A síndrome de abstinência, também chamada classicamente de necessidade vital de Charcot, é então o conjunto de manifestações somáticas (físicas) e mentais que o dependente experimenta, quando se vê privado ao tóxico. Toda síndrome de abstinência é penosa, pois uma vez declarada, instalada está a dependência física (apud. POSTERLI, 1997, p. 35-36).

Fase 4 (fase problemática, com dependência física e emocional):

Bebe-se muito pouco, menos que na fase 1. Inicia-se a atrofia do cérebro. Pode-se ter delírios. Pode-se ter as mãos trêmulas por períodos excessivamente longos, além de problemas físicos e emocionais extremos.

Pode-se ter ainda **esquizofrenia**⁵. Muitas vezes confunde-se com **PMD**⁶ (Psicose maníaco-depressiva). Há poucas expectativas de recuperação física e perdas extremas, na saúde, nas finanças, no rendimento da atividade profissional e até na família.

⁵"Esquisofrenia" – é uma doença mental; grave psicose, caracterizando-se por esvaziamento afetivo-volitivo, é com frequência, delírio (alteração do pensamento) e/ou alucinação (comprometimento da representação). (Apud POSTERLI, 1979 p. 74-76).

⁶ P.M.D. – também conhecida por **Psicose Afetiva**, caracteriza-se especialmente pela periodicidade de seu curso, com fases alternadas de excitação (mania) e de depressão (melancolia), sem motivação para isso (Apud POSTERLI, 1979 p.76).

Embriaguez patológica – uma pequena dose causa estardalhaço.

*Necessidade imperiosa (**dipsomania**), toma álcool com água e açúcar (**birinaite**), ou com perfume, desodorante, verniz etc.*

*Delirium tremens – tremores de extremidade, sudorese profunda, forte ansiedade, ilusão (fenômenos ilusórios). Ilusão é a sensopercepção distorcida de um objeto real e presente; vê-se uma coisa e percebe outra, identifica outra. Vê bichos, insetos saindo da pele (**zoopsia**).*

Alucinose alcoólica – de tanto beber, a pessoa passa a ouvir vozes que se referem ao seu sexo, sempre na terceira pessoa do singular, depreciando-o. Ele não acredita (por isso é alucinose e não alucinação), mas se irrita. Ouve: ele é “viado”; ele é “gay”.

Paranóia de ciúme – é rejeitado pela esposa, em virtude da falta de asseio, cheirando “macaco esfaqueado” e com “bafo de onça”, irritado. Como se acha impotente, de tanto beber, passa a fazer interpretação, colocando em dúvida a fidelidade do cônjuge (cf. POSTERLI, CAO/2000).

4.2 – Mecanismos de Defesa

As quatro fases mencionadas na página anterior, porém, apresentam determinados sintomas semelhantes, que são os **Mecanismos de Defesa**, decorrentes do preconceito em relação ao alcoólatra. Na realidade os mecanismos de defesa são mentiras que o alcoólatra e/ou dependente químico) usa para tentar encobrir o aspecto doentio da própria vida.

Possibilidade inadequada, imatura e neurótica de defesa da personalidade.

Não adianta tentar afogar as mágoas na bebida, porque as mágoas sabem nadar (cf. POSTERLI, 2000.).

4.2.1 – Alguns Mecanismos de Defesa

- **Negação:** (o mais comum) “não sou alcoólatra, nunca compulsivo. Nunca fiquei bêbado. Não tenho problemas em decorrência da bebida. Bebo muito pouco”.
 - **Justificativa:** “bebo porque gosto, páro na hora que quiser. Bebo para relaxar. Bebo para comemorar. Bebo para esquecer. Bebo para ouvir música. Bebo devido a problemas emocionais. Bebo para me divertir”.
 - **Projeção** (todos os sentimentos e a própria vida são vistos apenas no outro): “O outro é quem bebe muito. O vizinho é que é alcoólatra, coitado”.
 - **Autopiedade:** “o mundo não me entende. Nada dá certo para mim”. Faz com que as pessoas sintam pena dele (alcoolista).
 - **Minimização:** “só bebo vinho. Só bebo final de semana. Só bebo à noite. Todo mundo bebe. Não bebo pinga”. Tenta minimizar os prejuízos.
 - **Intelectualização:** encontram-se justificativas científicas: “beber faz bem ao coração”.
 - **Racionalização:** raciocina-se errado: “se um beber só vinho vai estar tudo bem. Se eu parar por um tempo vai ficar tudo bem”.
 - **Fuga Geográfica:** muda-se de cidade, de emprego.
-

Semelhante àquele que possui “P.P. Lábil de Ânimo”, ou seja, àquele que não se fixa em coisa alguma: nos casamentos, nem nas profissões, em nada, trazendo problemas aos outros e aos familiares. “Não esquenta lugar” (cf. POSTERLI, id.).

4.3 - Perfil do policial-militar no Estado de Goiás

Efetuamos pesquisas de campo, aplicando um questionários no intuito de alcançar as metas estabelecidas nos objetivos ressaltados no projeto de pesquisa, obtendo os resultados apresentados a seguir.

4.3.1 - Abordagem Metodológica

O presente estudo apresenta um delineamento sobre levantamento de dados que envolve a observação dos seguintes elementos:

4.3.2 - Objeto de estudo

Álcool-dependentes da Polícia Militar do Estado de Goiás (PMGO), observando-se os dados segundo as amostras.

4.3.3 - Descrição das variáveis

4.3.3.1 - Quantitativa: o instrumento de pesquisa conterà três variáveis quantitativas que permitirão a análise da *idade, o tempo de uso de bebida alcóolica e o tempo de serviço.*

4.3.3.2 - Qualitativa: o instrumento de pesquisa conterá cinco variáveis qualitativas que permitirão analisar as seguintes características: ***o nível de escolaridade, as causas do alcoolismo, o bebedor antes do ingresso na PMGO, o credo religioso e o bebedor social.***

4.4 - População

A população estudada, nesta monografia, foi aquela representada pelo efetivo da PMGO, em relação ao alcoolismo.

4.5 - Amostra

As amostras foram formadas por policiais-militares da PMGO, observados na Diretoria de Apoio Logístico (DAL) e da Academia de Polícia Militar, num total de 40 (quarenta) PPMM no primeiro questionário e 20 (vinte) PPMM no segundo questionário.

4.6 - Instrumento para coleta de dados

Foram utilizados como instrumento de coleta de dados dois questionários (fonte primária), que foram aplicados aos PPMM que estavam saindo ou entrando de serviço, em dias diferentes, sem distinção de sexo, posto, graduação ou qualquer outro fator que dificultasse o apanhado fiel dos dados.

4.7 – Apresentação

Objetivamente, os dados foram organizados em tabelas e gráficos de modo a facilitar a demonstração dos resultados obtidos. Como mencionamos anteriormente, a população (universo do efetivo da PMGO) estudada permitiu a análise estatística (descrição) de determinados índices mensurados e, conseqüentemente, o estabelecimento das significâncias entre as diferenças observadas.

4.7.1 - Variáveis

- Idade dos policiais-militares (quantitativa).
- O tempo de uso de bebida alcóolica (quantitativa).
- O tempo de serviço (quantitativa).
- O nível de escolaridade (qualitativa).
- As causas do alcoolismo (qualitativa).
- O bebedor antes do ingresso na PMGO (qualitativa).
- O bebedor social (qualitativa).
- O credo religioso (qualitativa).

4.7.2 - Interpretação dos dados

Para análise dos dados estudados, utilizamos a metodologia concernente à pesquisa descritiva, através de questionários, aplicados a 60

(sessenta) PPMM da Polícia Militar do Estado de Goiás, observados na DAL e na APM, durante o mês de julho e agosto do ano de 2000.

QUADRO 1 - Levantamento sobre a idade, numa amostra de 40 policiais-militares, observados na Diretoria de Apoio Logístico (DAL), em Goiânia, durante o mês de julho/00.

CÓDIGOS Idade dos 40 policiais-militares

Resultados observados em cada policial-militar (PPMM)

35 35 42 32 29 39 33 22 44 45 31 33 40 25 28 21 24 24 26 39
32 24 27 31 33 29 21 34 48 42 27 43 35 24 30 39 23 30 35 40

TABELA 1 - Distribuição de freqüência sobre a idade, numa amostra de 40 policiais-militares, observadas na DAL, em Goiânia, durante o mês de julho de 2000.

Classes das idades (anos)	Freqüência (fi)	Ponto Médio (xi)	xi.fi
20 —— 26	9	23	207
26 —— 32	10	29	290
32 —— 38	10	35	350
38 —— 44	8	41	328
44 —— 50	3	47	141
Total	40		Σ=1316

Fonte: Pesquisa de campo, realizada na DAL em Goiânia

Verifica-se na Tabela 1 que o perfil predominante dos policiais-militares observados na DAL em relação à idade, é aquele apresentado pelas frequências de maior valor, ou seja, aquelas que representam os PPMM, cuja faixa etária, variam entre 26 a 38 anos, conforme se vê na segunda e na terceira classes, ambos com 10 (dez) PPMM observados, em torno de 50% (cinquenta por cento).

A média aritmética, ou idade média dos PPMM observados corresponde aproximadamente a 33 anos de idade, conforme o cálculo a seguir.

Fórmula para dados agrupados:

$$\text{Média Aritmética: } MA = \frac{\sum xi.fi}{\sum fi}$$

$$MA = 33$$

TABELA 2 - Distribuição de frequência sobre o tempo de uso de bebida alcóolica (anos), numa amostra de 40 policiais-militares, na DAL em Goiânia, em julho/00.

Tempo de uso de bebida alcóolica	fi	xi	xi.fi
00 — 05	6	2,5	15
05 — 10	14	7,5	105
10 — 15	17	12,5	212,5
15 — 20	2	17,5	35
20 — 25	1	22,5	22,5
Total	40		Σ=390

Fonte: Pesquisa de campo, realizada na DAL em Goiânia

Nota-se na Tabela 2 que a maioria, ou seja, 17 policiais-militares da amostra observada já faziam uso de bebidas alcólicas, como se vê na terceira classe que varia de 10 a 15 anos de consumo alcóolico, representando 42,5% (quarenta e dois, cinco por cento); a seguir vem a segunda classe de 5 a 10 anos, correspondendo a 14 PPMM, ou seja, 35% (trinta e cinco por cento); logo após vem a primeira classe de 0 a 5 anos com 6 PPMM, significando 15% (quinze por cento); e por último a quarta e quinta classes de 15 a 20 e 20 a 25 anos com 2 e 1 PPMM, respectivamente, juntas representam 7,5% (sete, cinco por cento).

A média Aritmética, isto é, o tempo médio de consumo alcóolico dos PPMM corresponde a mais ou menos 10 anos de uso, conforme o cálculo a seguir.

Fórmulas para dados agrupados:

Média Aritmética:
$$MA = \frac{\sum xi.fi}{\sum fi}$$

MA = 10

TABELA 3 - Distribuição de freqüência sobre o nível de escolaridade, dos 40 policiais-militares observados na DAL, em julho/00.

Nível de Escolaridade¹	Freqüência	Porcentagem
Nível Superior	6	15
Nível médio	23	57,5
Nível de ensino fundamental	9	22,5
Nenhum nível completo	2	5
Total	40	100,0

¹As categorias correspondentes ao último nível de escolaridade oficialmente completado.

Fonte: Pesquisa de campo, realizada na DAL em Goiânia.

Na Tabela 3, anteriormente apresentada verifica-se que os dados são satisfatórios em relação ao nível de escolaridade, pois 57,5% (cinquenta e sete, cinco por cento), correspondem ao percentual de policiais-militares possuidores do nível médio de escolaridade, seguidos de 22,5% (vinte e dois, cinco por cento) que possuem somente o ensino fundamental; todavia, 50% (cinquenta por cento) estão freqüentando os cursos supletivos ministrados na caserna e nos estabelecimentos de ensino público e privado em Goiânia; segundo dados do questionário, logo após aparece o valor correspondente ao nível superior completo, que significa 15% (quinze por cento) e finalmente aparecem aqueles que ainda não concluíram nem o ensino fundamental, na ordem de 5% (cinco por cento).

TABELA 4 - Distribuição de freqüências sobre as causas do uso de bebida alcóolica, numa amostra de 40 (quarenta) policiais-militares observados na DAL em Goiânia em julho/00.

Alcoolismo (causas)	Freqüência	Percentagem
Estresse	4	10
Falta de Deus	4	10
Por diversão	16	40
Para esquecer os problemas	12	30
Dívidas	2	5
Causas hereditárias	2	5
Total	40	100,0

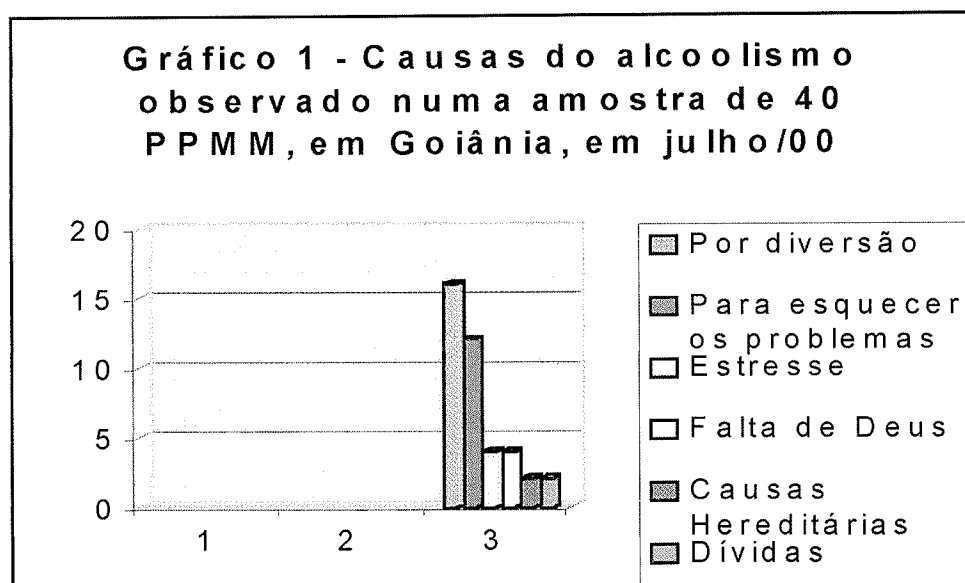
Fonte: Pesquisa de campo, realizada na DAL em Goiânia

Na Tabela 4 nota-se que segundo as informações colhidas através do questionário aplicado, conforme a amostra já mencionada, o que pode estar influenciando diretamente a qualidade do serviço prestado pelos integrantes da PMGO, pela ordem, são os seguintes fatores: 16 PPMM da amostra observada responderam que bebem por diversão; 12 PPMM bebem para esquecer os problemas; 4 PPMM alegaram problemas relacionados com o estresse, sendo este mesmo valor atribuído àqueles que elegeram a falta de Deus como causa do alcoolismo; também empatados com 2 PPMM em cada categoria vieram aqueles que alegaram problemas relacionados com dívidas e hereditariedade.

Os PPMM alegaram que bebem **por diversão** 40% (quarenta por cento); 30% (trinta por cento) estão bebendo, **para esquecer os problemas**, ou seja, este grupo representa aqueles PPMM da segunda etapa da **Fase 1**, em que começa a aparecer alguma dependência emocional; em terceiro lugar estão aqueles PPMM que alegaram como causa da álcool-dependência o **estresse e a falta de Deus**, empatados em 10% (dez por cento); por último aparecem os que alegaram os problemas relacionados com as **dívidas e as causas hereditárias**, empatados em 5% (cinco por cento).

O primeiro e o segundo fenômenos, poderiam ser verificados com mais precisão do ponto de vista da medicina, pelo serviço de Assistência Social da Polícia Militar e/ou pelo serviço de Psiquiatria e Psicologia do HPM, tendo em vista a diferença discrepante com as demais categorias da variável **Alcoolismo (causas)**. Acredita-se que esses grupos, representados pelas categorias já

mencionadas, somente são combatidos mediante campanhas educativas, através de um trabalho preventivo, usando-se de ações estratégicas no sentido de angariar a simpatia dos mesmos, orientando-os a não progredirem quanto à quantidade de bebida ingerida por dia e por semana e não mudarem para a próxima fase e, se possível, persuadi-los a deixarem o hábito de beber.



FONTE: Pesquisa de campo, realizada na DAL em Goiânia

No Gráfico 1 vislumbra-se com mais clareza as causas do uso de bebidas alcólicas conforme a amostra de 40 (quarenta) policiais-militares (PPMM) colhida na DAL, havendo destaque para as causas aqui tipificadas, como: “Por diversão” e “Para esquecer os problemas”, havendo, portanto, uma espécie de fuga, cujo aspecto deverá ser melhor estudado por profissionais técnicos da área de medicina.

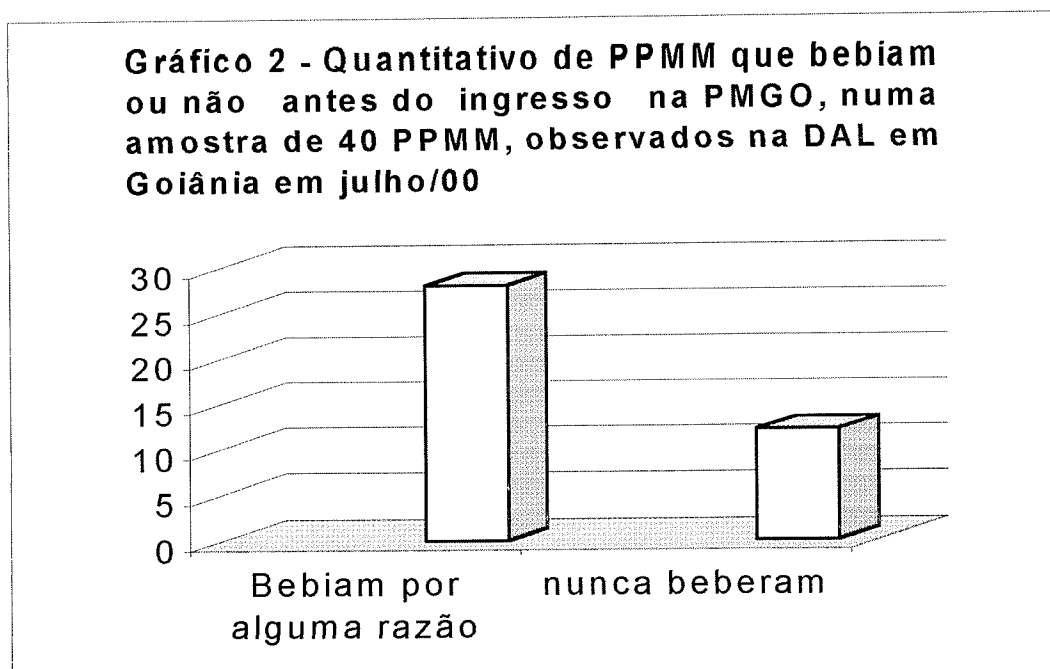
TABELA 5 - Distribuição de freqüência sobre o motivo do uso de bebida alcóolica, antes do ingresso na PMGO, dos 40 policiais-militares observados na DAL, em julho/00.

Motivo de uso de bebida alcóolica	Freqüência	Percentagem
Socialmente	6	15
Ocasionalmente	17	42,5
Somente quando convidado por amigos	1	2,5
Somente nos finais de semana	4	10
Nunca bebeu	12	30
Total	40	100,0

Fonte: Pesquisa de campo, realizada na DAL em Goiânia.

Na Tabela 5 verifica-se que em relação a variável “*motivo de uso de bebida alcóolica*”, 42,5% (quarenta e dois, cinco por cento), bebiam ocasionalmente; 15% (quinze por cento) bebiam socialmente; 10% (dez por cento) bebiam somente nos finais de semana; 2,5% (dois, cinco por cento) bebiam somente quando convidados por amigos (influência=benéficos); e que apenas 30% (trinta por cento) nunca haviam ingerido bebida alcóolica, sendo todos evangélicos; logo 70% (setenta por cento) faziam uso de bebida alcóolica, dadas as razões já mencionadas, segundo dados da amostra (vide o Gráfico 2, da página a seguir).

O que é importante enfatizar é que a pergunta foi elaborada no sentido de verificar se o policial-militar "já bebia antes do ingresso na PMGO" (vide o primeiro questionário em anexo deste TTC).



FONTE: Pesquisa de campo, realizada na DAL em Goiânia

QUADRO 2 - Levantamento sobre a idade, numa amostra de 40 policiais-militares, observados na Diretoria de Apoio Logístico (DAL), em Goiânia, durante o mês de julho/00.

CÓDIGOS Tempo de serviço dos policiais-militares

1. Até cinco anos de serviço
2. De cinco a dez anos de serviço
3. De dez a quinze anos de serviço
4. De quinze a vinte anos de serviço
5. Vinte a vinte e cinco anos de serviço

Resultados observados em cada policial-militar (PPMM)

1 3 3 2 4 2 1 3 4 2 1 4 5 1 1 2 1 1 1 5 3 2 5 3 1 2 3 1 3 3 3 3 3 2 1 5 5 3 2

TABELA 6 - Distribuição de frequência sobre o tempo de serviço (anos), numa amostra de 40 policiais-militares, na DAL em Goiânia, em julho/00.

Tempo de serviço (anos)	fi	xi	xi.fi
00 — 05	11	2,5	27,5
05 — 10	8	7,5	60
10 — 15	13	12,5	162,5
15 — 20	3	17,5	52,5
20 — 25	5	22,5	112,5
Total	40		$\Sigma=415$

Fonte: Pesquisa de campo, realizada na DAL em Goiânia

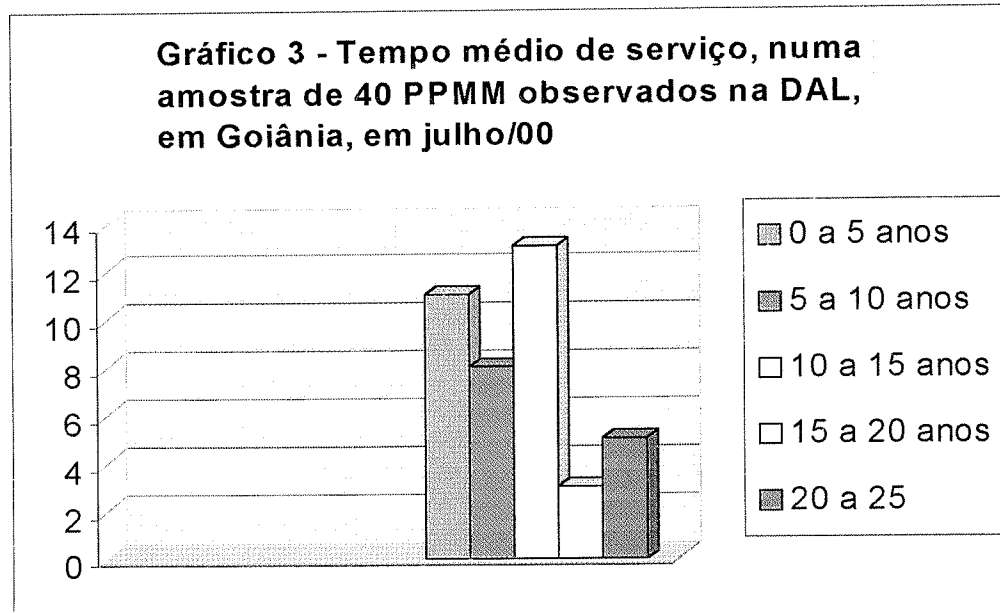
Nota-se na Tabela 6 que a maioria, ou seja, 13 PPMM da amostra observada continuam experiência considerável, como se vê na terceira classe que varia de 10 a 15 anos de serviços prestados; em seguida, vem a primeira classe de 0 a 5 anos com 11 PPMM; juntas representam 60% (sessenta por cento); depois vem a segunda classe de 5 a 10 anos com 8 PPMM; a quinta classe de 20 a 25 anos vem com 5 PPMM; a quarta classe com 3 PPMM; estas três juntas correspondem ao restante na ordem de 40% (quarenta por cento).

A média Aritmética, isto é, o tempo médio de serviço corresponde a aproximadamente 10 anos, conforme o cálculo a seguir. Coincidência ou não, verifica-se que o valor aqui encontrado é igual àquele do tempo médio de uso de bebida alcoólica.

Fórmula para dados agrupados:

Média Aritmética: $MA = \frac{\sum xi.fi}{\sum fi}$

MA = 10



FONTE: Pesquisa de campo, realizada na DAL em Goiânia

No Gráfico 3, verifica-se com mais clareza as informações contidas na tabela 6, a respeito do tempo médio de serviço, conforme a amostra observada de 40 (quarenta) PPMM, todavia, vislumbra-se que a terceira classe com idades de 10 a 15 anos, representa uma ligeira preponderância sobre a segunda classe que varia de 5 a 10 anos de serviço, justificando a média encontrada, conforme o cálculo anteriormente efetuado.

QUADRO 3 - Levantamento sobre o Credo Religioso, numa amostra de 40 policiais-militares, observados na Diretoria de Apoio Logístico (DAL), em Goiânia, durante o mês de julho/00.

CÓDIGOS: Credo Religioso

1. Católico Apostólico Romano
2. Evangélicos
3. Espíritas
4. Outros

Resultados observados em cada policial-militar (PPMM)

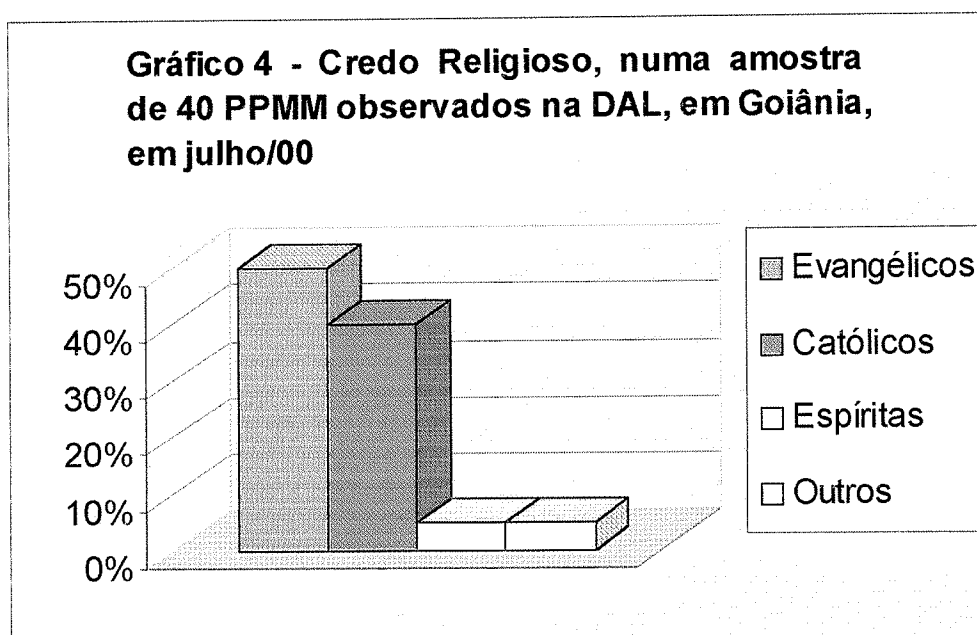
2 1 1 2 1 2 2 1 1 1 1 1 1 2 2 2 3 1 4 2 2 2 1 2 3 2 1 1 2 2 2 4 1 1 2 2 2 1 2 2

TABELA 7 - Distribuição de frequência sobre o credo religioso, dos 40 policiais-militares observados na DAL, em julho/00.

Nível de Escolaridade	Frequência	Porcentagem
Católicos Apostólicos Romanos	16	40
Evangélicos	20	50
Espíritas	2	5
Outros	2	5
Total	40	100,0

Fonte: Pesquisa de campo, realizada na DAL em Goiânia.

Na Tabela 7 nota-se uma ligeira preponderância da categoria denominada evangélicos, onde foi observado o número correspondente a 20 PPMM; logo em seguida, observamos aqueles da religião católica com 16 PPMM; depois vê-se o número daqueles que declararam serem espíritas com 2 PPMM, sendo que este mesmo valor foi encontrado para aqueles que possuem outros credos religiosos. Veja o gráfico a seguir.



FONTE: Pesquisa de campo, realizada na DAL em Goiânia

O Gráfico 4 demonstra com mais clareza os fenômenos observados, segundo a amostra já mencionada, onde 50% (cinquenta por cento) são evangélicos; 40% (quarenta por cento) são católicos; 5% (cinco por cento) são espíritas, sendo este mesmo valor também atribuído àqueles que possuem outras religiões.

Vale a pena ressaltarmos que essa mesma amostra de 40 (quarenta) PPMM, antes do ingresso na PMGO, 70% (setenta por cento) já faziam uso de bebida alcoólica e que os outros 30% (trinta por cento) eram todos evangélicos e nunca haviam ingerido qualquer tipo de substância etílica. Hoje verifica-se que o número de evangélicos aumentou consideravelmente, pois antes haviam apenas 12 PPMM, hoje existem 20 PPMM evangélicos, havendo portanto, um acréscimo de 66,66% (sessenta e seis, sessenta e seis por cento).

Aqui encerram-se os assuntos relacionados às perguntas do primeiro questionário, iniciando-se a interpretação do segundo questionário, sobre **o beber social**, contendo 30 perguntas, com três opções de respostas objetivas, cada uma delas; que fora aplicado numa amostra de 20 PPMM, na APM, em Goiânia, no mês de agosto do ano em curso. Então vejamos a seguir.

VOCÊ É BEBEDOR SOCIAL?

1. Em que contexto bebe freqüentemente?		
Especialmente em ocasiões sociais	Sempre com um ou dois outros	Freqüentemente só
2. Você rejeita bebidas que lhe são oferecidas?		
Freqüentemente	Ocasionalmente	Raramente
3. Como se sentiria numa reunião social em que não sirvam bebidas alcoólicas?		
À vontade	Descontente	Muito aborrecido

4. Bebe até sentir-se “alto”?		
Raramente	Ocasionalmente	Freqüentemente
5. Em reuniões sociais, quanto você bebe?		
Pouco	Como a maioria	Mais do que a maioria
6. Você está preocupado(a) com seu padrão atual de consumo alcoólico?		
Nunca	Às vezes	Freqüentemente
7. Você bebe durante a realização de um negócio ou num contexto profissional?		
Raramente	Freqüentemente	Rotineiramente
8. É importante que você beba para sentir-se à vontade?		
Não	Ajuda	É importante
9. Ao escolher amigos, é importante que compartilhem seu interesse em beber?		
Não	Um pouco importante	Necessário
10. Sente, às vezes, necessidade de uma dose?		
Nunca	Ocasionalmente	Freqüentemente
11. Qual imagina ser sua razão mais importante para beber durante eventos sociais?		
Para ser sociável	Para desfrutar melhor o acontecimento	Para sentir-se à vontade
12. Ao aceitar convites para atividades sociais, sempre leva em conta se serão servidas bebidas alcoólicas ou não?		
Nunca	Às vezes	Freqüentemente
13. Como julga que reagiria numa ocasião em que não fossem servidas bebidas alcoólicas?		
Estaria à vontade	Não se sentiria à vontade	Ficaria aborrecido
14. Tem sempre notado que não se pode lembrar de acontecimentos ligados com uma experiência de consumo de bebida?		
Nunca	Ocasionalmente	Freqüentemente

15. Tem percebido alguma mudança em sua habilidade de executar seu trabalho como resultado do hábito de beber?

Nenhuma	Leve mudança para pior	Considerável mudança para pior
---------	------------------------	--------------------------------

16. Como se sentiria se seu superior hierárquico lhe chamasse a atenção pelo fato de beber?

À vontade	Ofendido	Defensivo
-----------	----------	-----------

17. Tem sentido tremores e agitação como resultado do consumo de álcool?

Nunca	Ocasionalmente	Freqüentemente
-------	----------------	----------------

18. Com que freqüência tem tido ressacas?

Raramente	Ocasionalmente	Freqüentemente
-----------	----------------	----------------

19. Como se sente com relação à euforia que o uso de álcool tende a inspirar?

Bem	Muito bem	Não o consigo facilmente
-----	-----------	--------------------------

20. Quantos tragos geralmente terá em conexão com qualquer experiência isolada de bebida?

1 ou 2	3 ou 4	5 ou mais
--------	--------	-----------

21. Quão importante é o hábito de beber com relação a sua atividade profissional?

Sem importância	De auxílio	Essencial
-----------------	------------	-----------

22. Como descreveria suas próprias práticas no consumo de álcool?

Inteiramente sob controle	De controle dúbio	Fora de controle
---------------------------	-------------------	------------------

23. Como se sentiria caso alguém íntimo lhe fizesse perguntas sobre seu hábito de beber?

Ficaria admirado	Ficaria ressentido	Ficaria furioso
------------------	--------------------	-----------------

24. Como seu cônjuge reage ante seu hábito de beber?

Não há problemas	Não aprecia	Com ressentimento
------------------	-------------	-------------------

25. Como seu hábito de beber afeta seu relacionamento no trabalho?

Não causa efeito	Prejudica um pouco	Causa freqüentes problemas
------------------	--------------------	----------------------------

26. Como os membros de sua família reagem a seu hábito de consumir álcool?

Não demonstram preocupação especial	Revelam algum ressentimento	Separação e abandono
-------------------------------------	-----------------------------	----------------------

27. Alguma vez já mudou de local de trabalho por sua iniciativa em razão de seu hábito de beber?		
Nunca	Poucas vezes	Com freqüência
28. O que acha que mais freqüentemente incentiva na atualidade seu hábito de beber?		
Decisão pessoal	Oportunidade social	Interferência de outros
29. Sente sempre necessidade de interromper suas atuais práticas de consumo de álcool a fim de obter o domínio próprio?		
Nunca	Poucas vezes	Esforço e preocupações freqüentes
30. Como sente os efeitos do hábito de beber sobre você?		
Não tem efeito particular	Às vezes, incômodo	Freqüentemente sentimento de temor e incômodo

O questionário acima serviu apenas para medir o quantitativo de bebedores sociais e ainda esclarecer se isto faz bem ou mal. Primeiro gostaríamos de enfatizar que, se a maioria das respostas for nas colunas **2** e **3**, a pessoa deverá procurar um médico de imediato, conforme o transcrito de "Vida Integral" (apud KNISELY, 1984). Veja-se os resultados obtidos, a seguir.

Quadro 4 – Quantitativo de respostas por cada pergunta enumerada, numa amostra de 20 PPMM, observados na APM, em Goiânia, em agosto/00

Colunas Questões	Numeração das perguntas sobre o beber social de 1 a 15														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1ª Coluna	14	11	13	13	13	13	14	15	13	12	12	10	10	9	9
2ª Coluna	2	5	5	4	5	5	4	3	5	5	7	7	9	9	9
3ª Coluna	4	4	2	3	2	2	2	2	2	3	0	2	0	2	1
TOTAL	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	19	19	19	20	19

Quadro 5 – Quantitativo de respostas por cada pergunta enumerada, numa amostra de 20 PPMM, observados na APM, em Goiânia, em agosto/00

Colunas Questões	Numeração das perguntas sobre o beber social de 16 a 30														
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1ª Coluna	12	13	12	12	11	10	12	11	9	9	10	9	10	10	10
2ª Coluna	6	5	6	7	7	9	6	6	7	7	6	7	6	6	6
3ª Coluna	2	1	0	0	2	0	2	3	3	4	4	4	6	2	3
TOTAL	20	19	18	19	20	19	20	20	19	20	20	20	18	18	19

Onde não foi completado o total, é porque houve resposta(s) em branco. Verifica-se nos Quadros 4 e 5 que realmente o “beber social” existe na PMGO, e que este ainda encontra-se em um estado moderável, podendo agravar-se de acordo com o tempo e com a resistência de cada indivíduo, conforme se pode observar na segunda coluna de cada resposta.

Para prevenir doenças cardíacas, basta tomar um pouco de vinho cada dia. Isso é o que alguns pesquisadores estão dizendo e o que milhões de pessoas estão crendo piamente. Acontece que essa história toda a respeito dos efeitos fisiológicos do uso moderado de álcool não está bem contada.

Nós últimos dez anos, na década dos anos 90 pesquisas científicas reforçaram a idéia de que a ingestão de álcool em pequenas doses diárias contribui para o afastamento de perigo de doenças cardíacas. Esses estudos se basearam no fato de que o álcool, em pequenas porções, estimula a síntese do

“bom colesterol” (lipoproteínas de alta densidade-2) que está diretamente relacionada com o decréscimo dos males cardíacos.

Entretanto, em 1984, pesquisadores da Universidade de Stanford descobriram que os bebedores sociais – pessoas que bebem duas ou três doses por dia – não apresentavam elevados níveis do “bom colesterol” (HDL-2). Ao invés disso, tinham grande quantidade de outro tipo de colesterol (HDL-3), sobre o qual não pesa a mesma fama de que possa prevenir ataques cardíacos.

Num estudo subsequente, os pesquisadores foram mais longe. Descobriram que a bebida eleva os níveis de ambos os tipos de colesterol. Então, o suposto efeito protetor do consumo moderado de álcool fica questionado.

Há necessidade de pesquisas mais definidas. Ainda que fique claramente confirmado, algum dia, que o álcool pode elevar os níveis do “bom colesterol” (HDL-2), sobrarão todo um questionamento da validade dessa solução em virtude do alto risco de dependência e de outras complicações patológicas associadas ao uso do álcool. Boa parte dos últimos estudos tem se concentrado nos efeitos dessas pequenas doses de álcool ingeridas pelos “bebedores sociais”.

Uma importante pesquisa mostrou que a introdução continuada de pequenas porções de álcool no organismo causa um acúmulo de glóbulos vermelhos do sangue, em certos vasos. Em vasos dos olhos, por exemplo, o

exame microscópico mostrou a ocorrência de pequenos derrames, os quais se tornaram mais notáveis com o aumento do consumo do álcool.

A partir de então, o Dr. M. H. Knisely concluiu que este mesmo fenômeno, ocorrendo nos capilares do cérebro, seria responsável pela queda da oxigenação e conseqüentemente morte de células nervosas. Lamentavelmente, Knisely morreu antes de chegar a provas definitivas.

Mais tarde, entretanto, outros cientistas retomaram a teoria dos efeitos destrutivos do álcool sobre as células nervosas. O pensamento é que as pequenas doses do álcool causam danos às células do cérebro de tal forma que o bebedor social tem sua capacidade de julgamento afetada tendendo a incrementar a freqüência e o consumo, gerando assim uma maior disfunção cerebral, numa espécie de “efeito bola-de-neve” ou círculo vicioso, de tal forma, que uma conseqüência se torna a causa de outra, e assim por diante.

Entre os efeitos, sobre o cérebro, do chamado consumo social de álcool, notou-se uma relação direta entre a quantidade de álcool ingerida e os resultados de determinados testes. As habilidades, como pensamento abstrato, adaptação e formulação de conceitos, ficam mais prejudicadas à medida que o consumo aumenta.

Uma avaliação dos hábitos de beber de um grupo de bebedores sociais da região de Detroit revelou que os homens bebem em média doze vezes por

mês e consomem dois vírgula sete doses de vez. As mulheres , por seu lado, bebem duas doses cada vez, sete vezes por mês.

Os testes demonstraram que , a partir de dois vírgula cinco doses, os efeitos sobre a memória e o raciocínio abstrato são bem perceptíveis. E ainda mais, os testes foram efetuados com pessoas que não haviam ingerido qualquer porção de álcool nas vinte e quatro horas precedentes.

Outra evidência colhida na pesquisa de Detroit, e noutra similar realizada na Califórnia, é que o acréscimo de apenas **uma dose em cada dia** de consumo é suficiente para determinar uma queda na capacidade de ordenar os pensamentos. O estudo de Detroit revelou que essa queda eqüivale ao acréscimo de dois vírgula quatro anos à idade da pessoa. O estudo feito na Califórnia chegou à conclusão que essa equivalência pode chegar a três vírgula sete anos. Portanto, os efeitos do álcool, da mesma forma que o aumento da idade natural, contribui para deterioração mental dos bebedores de meia-idade ou mais velhos.

Em relação aos mais jovens, as conclusões não foram muito diferentes.

Pesquisando entre jovens, do primeiro ano de faculdade, a Drª Hannon relatou:

É importantíssimo como tanto moços quanto moças, que começaram a beber poucos anos, apresentam declínio na capacidade de ordenar os pensamentos, inclusive quanto estão sóbrios (HANNON, Roseana, apud, FAJARDO, [1990?], p. 330-331).

Um alcoólatra pode consumir entre sessenta e cento e trinta litros de álcool puro por ano. Mas a queda nas habilidades mentais já pode ser percebida a partir de um consumo de apenas quatro litros por ano, ou dois terços de uma dose de bebida destilada, ou ainda menos de que uma cerveja por dia. À medida que a ingestão aumenta em direção aos níveis de alto consumo, a habilidade para recordar eventos e informações se deteriora.

CAPÍTULO V

5. DISCUSSÃO DOS PROBLEMAS

O álcool destilado ou fermentado é a bebida cujo efeito tem influenciado a vida de milhões de pessoas no mundo. A falsa felicidade conseguida através dele tem sido a ruína de muitas famílias. As populações mundial, nacional e local sofrem pelas conseqüências da álcool-dependência que escraviza e reduz multidões inconscientes a condições subumanas.

Há situações em que sessenta por cento das internações em hospitais estão relacionadas com a ingestão de álcool. Estes, porém, são dados que não têm sido considerados com a seriedade que merecem.

Na polícia militar do Estado de Goiás a situação é grave. Onze de cada cem profissional são dependentes dessa substância que os tornaram incapazes momentaneamente de servirem à sociedade goiana.

Esta substância é muito forte, mas sua estrutura química consegue penetrar em regiões sensíveis do cérebro onde causa danos gravíssimos. Em consequência disso, o organismo passa a consumir o álcool em lugar dos alimentos ingeridos, tornando-se fraco e dependente dele.

A álcool-dependência é uma doença que se instala em consequência da ingestão continuada de álcool causando danos à saúde do bebedor e lhe reduzindo a capacidade de abster-se deste líquido.

Na maioria dos casos de álcool-dependência o paciente afirma que começou a ingerir bebidas alcoólicas ainda na adolescência e na sua própria casa. Influenciado por numa cultura favorável, os jovens sentem a necessidade de participarem do prazer de tomar o primeiro gole. Muitos são os homens, que ainda com pouca idade, já são fracassados mentais, físicos e moralmente. Sucumbiram diante do inimigo de aparência agradável chamado de “amigo”.

A despeito desse fato, a lei que proíbe a venda de bebida alcoólica para menores de idade segue sendo desrespeitada por comerciantes, autoridades e pelos próprios menores. Acreditamos que se esta legislação fosse cumprida muitos dependentes seriam, hoje, homens respeitados, capazes de serem felizes e proporcionarem felicidades a outros semelhantes. Mas não é só a legislação que impede a reversão do quadro. Grande parte dos próprios doentes não colaboram. Segunda a maioria dos autores que escrevem sobre temas, o único dolo de um álcool-dependente é ele não aceitar ajuda para se libertar da doença,

o que nos leva ao conflito existente a respeito da fuga e do vício. Sobretudo, quando o problema afeta empresas e funcionários, pois ao sabermos que o trabalhador de determinada empresa ou órgão bebe por livre e espontânea vontade, podemos tomar medidas mais enérgicas contra eles, o que não pode ser levado a efeito se o caso é de dependência química.

As pessoas bebem devido à ansiedade que sentem diante das situações cotidianas buscando esquecer os fatos desagradáveis que permeiam sua existência. Na fuga dos seus problemas procura compensação em várias fontes alternativas que escolhem por iniciativa própria. Dentre estas, a procura pelo álcool é a principal atitude tomada.

Os problemas decorrentes aparecem logo e são grandes para o bebedor, porém se tornam ainda maiores quando transcendem a vida pessoal e invade a empresa onde ele trabalha. Quando isto ocorre, os prejuízos são inevitáveis e o empregador enfrentará dificuldades.

As empresas precisam criar incentivos e programas de prevenção que impeçam o funcionário de se dirigir ao álcool com a intenção de se refugiar dos problemas, pois, antes de tomar as primeiras doses possui muito mais chance de resistir à atração pela bebida. Depois de se tornar dependente, não controlará sua vontade, e será obrigado a lutar contra a doença.

Neste sentido, a aplicação de punições não pode ser dispensada. O temor de ser punido, inclusive com a perda do emprego, poderá levar muitos bebedores a se desviarem das bebidas alcoólicas para outras formas mais adequadas de compensação.

Com a intenção de canalizar a mente desses bebedores para emoções mais agradáveis, deve merecer destaque o papel da família que bem orientada pode ser a barreira mais forte para o cidadão não se sentir atraído pelas substâncias etílicas.

Quanto ao dever da empresa, caso tenha realizado a parte preventiva, e mesmo assim, não obter os resultados esperados, estará com sua produtividade comprometida pela presença de alcoolistas que, inclusive, segundo o Dr. Ájax da Silveira no livro o Drama do alcoolismo, têm suas capacidades de trabalho reduzidas em 30% (trinta por cento).

Assim, fica constatada a importância de que sejam tomadas todas e quaisquer medidas legais capazes de impedir a proliferação da doença no meio profissional.

Na Polícia Militar do Estado de Goiás existem atualmente três programas destinados a resolver problemas relacionados ao consumo etílico. São programas que estão funcionando em razão da boa vontade dos seus administradores, porém em absoluta falta de integração das ações. Enquanto

o Hospital da Polícia Militar oferece tratamento em nível ambulatorial, a DP/5 manda os pacientes inscritos em seu programa para São José de Rio Preto a fim de receberem tratamento médico.

Realmente, não há integração entre os programas, o que impossibilita a formação de um banco de dados sobre os portadores da doença concorrendo para a dispersão de meios.

Tendo em vista que a dependência do álcool é doença, a junta médica da Corporação, não deveria classificar como sendo outras enfermidades, os casos de policiais-militares que se reformam por problemas relacionados com a ingestão de álcool, e também buscar a identificação de alcoolistas através de exames de sangue durante a seleção de candidatos para o ingresso na PMGO (se for cientificamente possível).

As autoridades policiais-militares não têm aplicado a lei com referência ao uso de bebida dessa natureza. Constantemente, deparamo-nos com festas da Instituição regadas ao líquido mencionado anteriormente, sendo que, da mesma forma se promovem torneios esportivos dentro dos quartéis cujos prêmios oferecidos aos vencedores são verdadeiros "banquetes etílicos"..

O regulamento da PMGO oferece meios adequados para se corrigir o abuso do álcool, e o código penal militar nos fornece uma maneira de motivar o homem a fugir do álcool e não na direção dele. Trata-se das penalidades neles

previstas para os policiais-militares que se embriagarem, permitindo inclusive, que sejam presos em flagrante de delito.

Muitos têm, por piedade, deixado de exercer a autoridade necessária para debelar tal abuso. Com o objetivo de “proteger o álcool-dependente” acabam por deixá-lo cair em um abismo, levando consigo as esperanças dos filhos e esposa, além de sua capacidade de trabalho pela qual recebe salário e da qual a população necessita. Como está escrito na Bíblia “Melhor é a repreensão franca do que o amor encoberto” (Prov. 27:5).

Sem exagero nas punições, com a divulgação de informações a respeito de como evitar o problema e com o oferecimento de ajuda, a Polícia Militar do Estado de Goiás estará isenta de culpa pelo estado doentio em que alguns policiais-militares possam vir a imergir. Caso isto ocorra, só restará o processo legal para sua demissão, visto que comete o único e fatal erro que os estudiosos identificam nos álcool-dependente, rejeitar auxílio.

A Corporação também tem prejuízos econômicos relacionados ao fenômeno estudado, pois o nível de comprometimento do efetivo em relação ao problema é de 6% (seis por cento), conforme dados do Hospital da Polícia Militar.

Porém, este não é o número que representa eficazmente a situação da Instituição. Segundo atesta o Dr. Renato Posterli, eminente psiquiatra e professor, o alcoolismo assim como o estupro apresenta a denominada cifra

negra, do inglês *dark number*, ou índice oculto. Isto é, devido à insinceridade da vítima quando da coleta de dados que por vergonha e timidez deixa de falar que está com o problema. Este número oculto é calculado em 95% (noventa e cinco por cento) do índice apurado. Dessa forma o índice de 6% (seis por cento) se eleva para 11% (onze por cento) o que se aproxima mais dos números representativos deste tipo de pesquisa.

Fixando este número em dez por cento, poder-se-á fazer algumas interpretações. Como o efetivo da Polícia Militar do Estado de Goiás é de treze mil homens, logo, mil e trezentos estão doentes de alcoolismo. O número muito agressivo, inclusive.

A fim de se saber o valor exato do prejuízo que a Polícia Militar do Estado de Goiás tem com seus alcoolistas, poder-se-ia fazer cálculos matemáticos envolvendo as faltas ao serviço, saídas durante o expediente, consultas e internamentos médicos e outros.

Citamos mais uma vez o Dr. Ajax da Silveira que em sua obra O drama do alcoolismo, reproduz cálculos de estudos Norte Americanos que fixam em trinta por cento o prejuízo causado pelo álcool-dependente a empresa onde trabalha.

Se adotarmos o salário médio de setecentos reais do alcoolista da Polícia Militar do Estado de Goiás teremos um prejuízo anual de três milhões duzentos e setenta e seis mil reais. E Isto, apenas com salário.

O programa de auxílio ao alcoolista existente no Hospital da Polícia Militar constatou que dos últimos trinta policiais-militares alcoolista que deixaram o serviço ativo, apenas quatro completaram seu tempo de serviço, dois morreram e os demais, vinte e quatro, se reformaram com vinte e um anos de serviço em média, deixando de servir a comunidade por quase nove anos, causando um prejuízo anual de três milhões duzentos e quinze mil e trezentos e trinta e três reais ao erário.

A Polícia Militar necessita localizar urgentemente os mil e trezentos homens que estão doentes de dependência etílica e estabelecer metas para recuperá-los. A operacionalidade está sensivelmente carente dessa mão de obra preparada à custa de sacrifícios da administração e dos instrutores que durante algum tempo os instruíram para servir ao Estado e ao seu povo.

O profissionalismo neste aspecto deve imperar, pois um prejuízo assim pode até comprometer o alcance dos objetivos fundamentais da corporação: auto-preservação, desenvolvimento, integração, interação, e inter-relação, exercício das atividades inerentes à missão e exercício da influência.

CONCLUSÃO

O rei de Israel, o histórico Salomão, demonstra seu conhecimento a respeito da carência afetiva que induz algumas pessoas a procurarem *fuga* na bebida alcoólica ao dizer que as mesmas bebiam para se *esquecerem de seus problemas*, conforme transcrição contida na reflexão deste TTC.

Na verdade a bibliografia analisada permitiu a constatação de que o álcool-dependente ingere bebidas alcoólicas por se tornar seu dependente. Imerso em tristeza profunda e uma vida imprestável segundo imagina, busca nos efeitos do álcool a possibilidade de esquecer suas agonias e decepções. Às vezes busca nele uma momentânea alegria e se mantém bêbado para não sentir o segundo estágio da ação da substância etílica, a depressão.

O líquido que no início inculca no bebedor a sensação de alegria, na verdade estava acelerando seu sistema nervoso; que após passado o efeito da

bebida se encontraria debilitado, provocando um sentimento de culpa e desespero no dependente.

A alegria conseguida sem o auxílio do álcool já não supera a depressão provocada pelo etanol. É uma armadilha imperceptível aos olhos leigos e quase inocentes do bebedor. Quanto mais se bebe álcool e se obtém euforia, maior é a depressão e a sede decorrente do processo de queima da substância etílica.

Em não se podendo negar que o homem em fuga de problemas tende a se refugiar no álcool salientamos que o álcool-dependente, na maioria das vezes, não liga nem para a sua própria vida, estando em fuga permanente dos efeitos depressivos provocados pelo álcool. Não bebe porque tem vício ou maldade no coração, bebe porque necessita suprir a carência afetiva, cada vez mais intensa à medida que ingere bebida alcoólica.

O álcool-depedente integrante das fileiras da Polícia Militar do Estado de Goiás não é diferente. Pensa que o serviço estressante é a causa de sua dependência. Sem dúvida é um fator concorrente, mas não é a causa principal. O trabalho na verdade dignifica o homem; se a natureza do serviço traz aspectos psicologicamente negativos, não ter emprego é pior. O programa Fantástico da rede de televisão Globo, no ano passado, exibiu pesquisa em que o desemprego é a maior causa de estresse atualmente.

Sem trabalho e salário o estresse é maior, porém, pesquisas demonstram que os desempregados não bebem mais que os funcionários públicos. Na Prefeitura de São Paulo, por exemplo, o índice daqueles que *fazem uso de bebida alcoólica*¹¹” dentre os funcionários chega a 40% (quarenta por cento), enquanto na Polícia Militar do Estado de Goiás esse percentual corresponde a 70% (setenta por cento). Vale lembrar que, segundo a Organização Mundial de Saúde, o número corresponde, em termos percentuais, de pessoal álcool-dependente corresponde a 10% (dez) da população mundial.

O nível de comprometimento do efetivo da Polícia Militar do Estado de Goiás em relação a este problema é de 6% (seis por cento), conforme dados do Hospital da Polícia Militar do Estado de Goiás. Porém, este não é o número que representa eficazmente a situação da corporação. Segundo atesta o Dr. Renato Posterli, eminente psiquiatra e professor, o alcoolismo assim como o estupro apresentam a denominada cifra negra, do inglês *dark number*, ou índice oculto (alcoolismo oculto). Destarte, a insinceridade das vítimas quando da coleta de dados, por timidez e/ou deliberação própria, deixa de expressar a verdade, todavia, através de outras pesquisas realizadas, e devidamente comprovadas cientificamente, esse alcoolismo oculto representa aproximadamente 95% (noventa e cinco por cento) do número observado. Assim sendo, considerando o atual efetivo da PMGO, o índice de 6% (seis por cento) elevar-se-á para 11% (onze por cento), o que se aproxima mais dos números representativos neste tipo

¹¹ Ver aqueles que alegaram fazer uso de bebida alcoólica na PMGO.

de pesquisa. Este percentual representa, verdadeiramente o atual número de pessoas que dependem de substância etílica na PMGO, ou seja, são álcool-dependentes que necessitam de tratamento especializado e de acompanhamento.

Fixando este número em 10% (dez por cento), poder-se-á fazer algumas interpretações. Como o efetivo da Polícia Militar do Estado de Goiás varia em torno de *treze mil homens*¹²; logo, mil e trezentos policiais-militares da PMGO estão doentes, ou seja, são presas de um inimigo feroz e letal.

A fim de se saber o valor exato do prejuízo que a Polícia Militar do Estado de Goiás tem com seus alcoolistas, poder-se-ia efetuar cálculos matemáticos envolvendo as faltas ao serviço, saídas durante o expediente, consultas e internamentos médicos e outros.

A falta de coordenação motora, desequilíbrio, diminuição da percepção sensorial e mudanças de humor e de personalidade comprometem a utilização do profissional. Alguns prejuízos não podem ser mensurados economicamente, como por exemplo os causados à imagem da corporação, quando o álcool-dependente se apresenta visivelmente embriagado, ou mesmo quando comete um delito em razão do seu estado de embriaguez.

¹² *Arredondamento para base de cálculo.*

O que se poderia dizer de um desses policiais militares álcool-dependentes, tendo que empunhar com as mãos trêmulas sua arma para executar um disparo em defesa do cidadão que confia nos guardiões de sua integridade física e moral?

O Dr. Ájax da Silveira, em sua obra "O drama do alcoolismo", reproduziu cálculos de uma pesquisa realizada nos EUA que fixavam valores correspondentes a 30% (trinta por cento) de prejuízo causado pelos álcool-dependentes às empresas onde trabalhavam; isto referindo-se ao valor pago como salário.

Adotando-se um salário presumidamente de R\$ 700,00 (setecentos reais) por álcool-dependente na Polícia Militar do Estado de Goiás, ter-se-á um prejuízo anual de R\$ 2.520,00 (dois mil quinhentos e vinte reais) por cada policial militar. Assim sendo, a Instituição terá nesse período um prejuízo total de três milhões duzentos e setenta e seis mil reais. Isto apenas com salário.

O programa de auxílio ao álcool-dependente, em funcionamento no Hospital da Polícia Militar, constatou que dos últimos trinta policiais-militares devidamente inscritos no PAISPM e que deixaram o serviço ativo, nos últimos três anos, apenas quatro completaram seu tempo de serviço; dois morreram e os demais, vinte e quatro, se reformaram com vinte e um anos de serviço em média. Deixaram de servir a comunidade em quase nove anos, causando um

prejuízo anual de três milhões duzentos e quinze mil e trezentos e trinta e três reais ao erário.

Estes são os valores que o Estado de Goiás está sendo obrigado a pagar por permitir que um produto tão vil e covarde seja anunciado como artigo de primeira necessidade, com apelos quase irresistíveis diariamente no rádio e na televisão.

Diante do exposto conclui-se, que o alcoolismo é um grave problema na Polícia Militar do Estado de Goiás, carecendo de estudos técnicos mais acurados e soluções compatíveis com sua amplitude. É imperioso que este pequeno exército de álcool-dependentes seja resgatado da escravidão e do sofrimento, para o ceio da maioria da família miliciana, a fim de que a Polícia Militar seja grande e seus integrantes respeitados, resgatando a moral e o prestígio do povo que espera e também confia nesta centenária e honrada Organização.

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, João Ferreira de - ***A Bíblia Sagrada*** – ed. rev. atual. Brasília: SBB, 1969.
- ALVES, Sebastião Divino; MACÁRIO, Carlos César – ***Alcoolismo-doença, um problema na PMGO***. Goiânia: APM, CAO, 1995. 96 p.
- ALVES, Sidney Câmara - ***Drogas: descriminalizar, legalizar, reprimir, prevenir ou educar?*** São Paulo: CAES, CAO I/98, 1998. (Monografia).
- ANDRADE, Jácomo Antunes de. ***Estudos de problemas brasileiros “Polícia Militar e alcoolismo”, causas-controle-ação-sanitária***. São Paulo: APMBB – Es A ES, CAO I/84, 1984. (Monografia mimeo).
- AZEVEDO, Amílcar G. – ***Estatística básica***. 4. ed. Rio de Janeiro: Livros técnicos, 1981. 232 p.
- BOARIM, Daniel F.S – ***Nutrição, saúde, naturismo***. 2. ed. São Paulo: Vida Plena, 382 p. 1988.
- CALDAS, Jorge César – ***Procedimento padrão para educação física***. Goiânia: APM, CAO(Monografia mimeo) 1992.
- CASTRO, Lauro Sodr e – ***Pontos de Estatística***. Rio de Janeiro: 14. ed. Científica: 1967. 261 p.
- DINIZ, Sebastiana Aparecida - ***Sentido da vida, base para a compreensão do alcoolista***. Ribeirão Preto: USP/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1992. (Dissertação de Mestrado mimeo).
-

- EGEA, Sonia - Drogas, estresse, alcoolismo. *Revista O Tuiuti*, São Paulo, ano I, n. 1, p. 26-27, 1998.
- FAJARDO, Augusto – *Qualidade de vida com saúde total*. São Paulo: Colorcrom, (198-), passim.
- FERRARINI, Edson - *Tóxico e alcoolismo: o que devem saber pais, professores e jovens*. Ed. do autor, São Paulo: [198-]a
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda Ferreira – *Minidicionário*. Nova Fronteira, 2. ed. Rio de Janeiro: 1988.
- _____ - *Tóxico e alcoolismo: orientação para todos*. Ed. do autor, São Paulo: [198-]b.
- FERREIRA, Avilmar Santos – *Coletânea de leis da Polícia Militar do Estado de Goiás*. 2. ed. Goiânia: Grafset, 1999. p. 328-351.
- FERREIRA, Wolgran Junqueira – *Comentários à Constituição de 1988*. 1. ed. São Bernardo dos Campos: Julex Livros, 1989, volume 1.
- FILHO, Cid Paroni - *Álcool: o tóxico livre*. São Paulo: Petit Editora e Distribuidora, 1987.
- FONSECA, Luiz Fábio G. da - *O PM e o Alcoolismo*. São Paulo: CAES, CSP/87. 1987. (Monografia mimeo).
- GAUDÊNIO, Paulo – Síndrome do pânico. *Revista Vida e Saúde*, São Paulo p. 6-7, agosto, 1996.
- GIL-MERLOS, Antonio Simão - *Aceitação e rejeição do alcoolismo: Um estudo com alunos de enfermagem*. Ribeirão Preto: USP/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 1985. (Dissertação de Mestrado mimeo).
- GOMES, João Carlos Pacheco - *O alcoolismo contrapondo-se ao desempenho da atividade policial militar*. São Paulo: CAES, CAO/87. 1987. (Monografia mimeo).
- HARAZIM, Dorrit - A crua realidade do alcoolismo. *Revista Veja*, São Paulo ano 30, n. 21, p. 62-77, 1997.
- IRALA, Narciso – *Controle cerebral e emocional*. 15. ed., Edições Loiola, São Paulo, p 64-65, 1968.
- KRUSCHE, Manfred – Como deixar de beber. *Revista Vida e Saúde*, São Paulo, Especial n. 1, p. 24, 25.
-

- LAPATE, Vagner; ROMEU, Tuma - ***Drogas: educando para a vida***. Curitiba: Editora Posigraf AS, 1994.
- LARANJEIRA, Ronaldo; PINSKY, Ilana - ***O alcoolismo: mitos e verdades***. São Paulo: Editora Contexto, 1997.
- LARINI, Lourival; SALGADO, Paulo E.T. – O alto custo das bebidas alcoólicas ***Revista Decisão***, São Paulo, número especial, p. 9-11.
- LIMA, Durval R.; MESQUITA, Lucimar de Oliveira – ***Reformas prematuras de policiais militares por incapacidades físicas – principais causas***. Goiânia: APM, CAO, 1997, 129 p.(monografia mimeo)
- MARI, Juliana De; TEICH Daniel Hessel; NOGUEIRA, Paulo; CAMARGOS, Daniela; PIMENTEL, Márcio - A luta contra o vício. ***Revista Veja***, Editora Abril, São Paulo: 1999, ano 32, n. 8, p. 96-103.
- MENDES, Sérgio; et. Al. – ***Tabagismo e alcoolismo doença: um problema na PMGO***. Goiânia: APM, CAO, 1996. p 1-22.(monografia, mimeo).
- MILAN, James R.; KETCHAM, Katherine - ***Alcoolismo Mitos e Realidade***. São Paulo: Livraria Nobel AS, 1986.
- NOALE, Antonio Celso - ***Programa de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas Lícitas e Ilícitas Voltado para o público Interno: Proposta***. São Paulo: CAES, CAO, 1998 (Monografia, mimeo).
- Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo***. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 1994.
- Os doze passos e as doze tradições***. São Paulo: JUNAAB, [199-]
- PERES, Andréia - A barra pesada do alcoolismo. ***Revista Cláudia***, São Paulo, p. 14-19, fevereiro, 1999.
- POSTERLI, Renato – A periculosidade do doente mental. Goiânia: Del Rey, 1995, 83 p.
- ____ ***Aspectos da psicopatologia forense aplicada***. Goiânia: Santa Inês, 1979, 323 p.
- ____ ***Tóxico e comportamento delituoso***. Goiânia: Del Rey, 1997. 184 p.
- ____ ***Transtornos de preferência sexual***. Goiânia: De Rey, 1996, 261 p.
- Problemas relacionados com la dependencia de las drogas y el alcohol: Manual para agentes de salud comunitarios***. Ginebra: Organizacion Mundial de La Salud, 1987.
-

- ROSA, Adalberto Jesus Silva da - **Assistência de enfermagem a alcoolistas: a opinião de 21 enfermeiros**. Ribeirão Preto: USP/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 1991. (Dissertação de Mestrado, mimeo).
- SOLA, Lourdes - Adolescentes são seduzidos por bebida alcoólica. **O Estado de São Paulo**, São Paulo Cad. Geral/Comportamento, de 28 de fevereiro de 1999, p. A 14.
- Sem autor; – O senhor vício. **Revista Resistência**, Cultura Cristã, São Paulo, n.3,, p 51-55, 1999.
- SEVERINO, Antônio J. – **Metodologia do trabalho científico**. 19. ed., São Paulo: Cortez, 1993, 254 p.
- SILVA, Rubens; SILVA, José A.; SILVA, Sônia Terezinha Melo – **Saúde Naturalmente**. 3. ed. São Paulo: Colorcrom, 1993. 107p.
- SILVEIRA, Ájax C. – **O drama do alcoolismo**. 3. ed. São Paulo: Casa Publicadora Brasileira, 1987, 208 p.
- TAYLOR, Cecelia Monat - **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica**. 13. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
-

ANEXOS



ANEXO A

**Proposta de criação do Núcleo de prevenção, controle e tratamento
do alcoolismo na Polícia Militar do Estado de Goiás.**

ESTADO DE GOIÁS
POLÍCIA MILITAR
GABINETE DO COMANDANTE GERAL

PORTARIA N° /2000 – PMGO

O Excelentíssimo Sr Cel QOPM, Comandante Geral da Polícia Militar do Estado de Goiás, no uso de suas atribuições legais e regulamentares e,

Considerando a necessidade de disciplinar as ações e os procedimentos relacionados ao alcoolismo e seus aspectos peculiares nos diversos escalões de comando da Corporação,

RESOLVE:

1º. Criar no âmbito da DP/5 o Núcleo de Prevenção, Controle e Tratamento de Alcoolismo da Polícia Militar do Estado de Goiás (NPCTA).

2º. O NPCTA manterá atualizados dados estatísticos sobre os índices característicos do perfil do Alcoolista e do Alcoolismo na Polícia Militar do Estado de Goiás.

3º. O NPCTA estabelecerá um programa capaz de atender as necessidades básicas da Corporação no que se refere à administração de problemas relacionados à identificação, orientação e controle de alcoolistas, além de analisar os resultados alcançados no sentido de erradicar o alcoolismo da Instituição.

4º. O NPCTA manterá atualizado um cadastro de todos alcoolistas da Corporação;

5º. O NPCTA aferirá os resultados do grau de aprendizado dos efetivos das Unidades Policiais Militares relativos ao problema de alcoolismo.

6º. A Diretoria de Apoio Logístico providenciará os meios extraordinários para que o NPCTA publique periodicamente informativos a respeito do alcoolismo.

7º. Todas as Organização Policiais Militares (OPM) deverão encaminhar ao NPCTA a indicação de um Oficial para ser o coordenador das ações do Núcleo nas suas respectivas organizações.

8º. Ao receber Policiais Militares encaminhados, o setor competente do NPCTA orientá-lo-á, fará seu cadastro e classificá-lo-á como dependente do álcool, como estando em grupo de risco ou ainda não sendo bebedor de substâncias etílicas.

9º. O NPCTA manterá convênios com clínicas de tratamento de alcoolistas e grupos de auto ajuda para onde deverão ser encaminhados os policiais Militares inscritos no programa.

10º. Os Comandantes, Chefes e Diretores da Corporação devem encaminhar ao NPCTA quaisquer policiais militares que se enquadrem no grupo de risco da dependência do alcoolismo.

11º. O NPCTA providenciará palestra e meios auxiliares de forma a capacitar os Oficiais das Unidades Operacionais e Administrativas da Instituição a atuarem como orientadores do efetivo respectivo a fim de manter os policiais militares da unidade informados a respeito dos males que o consumo de álcool pode causar a sua saúde e à Corporação.

12º. Os programas de auxílio ao alcoolista devem obrigatoriamente considerar o acompanhamento da sua família.

13º. Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

ANEXO B

Proposta de regulamentação dos procedimentos a serem adotados em casos de ocorrências de fatos relacionados com embriagues.

ESTADO DE GOIÁS
POLÍCIA MILITAR
GABINETE DO COMANDANTE GERAL

PORTARIA Nº /2000 – PMGO

O Excelentíssimo Sr Cel QOPM Leopoldo da Silva Freire, Comandante Geral da Polícia Militar do Estado de Goiás, no uso de suas atribuições legais e regulamentares e,

Considerando a necessidade de disciplinar as ações e os procedimentos relacionados ao atendimento de ocorrências de fatos relacionados com embriaguez.

RESOLVE:

1º. Recomendar aos integrantes da Polícia Militar do Estado de Goiás que se abstenham de consumir bebidas alcoólicas no período que se inicia doze

horas antes até o final de qualquer serviço tendo em vista os comprovados e nocivos efeitos do álcool no organismo humano, bem como os prejuízos para o serviço .

2º. Determinar que os Policiais militares encontrados em estado de embriaguez alcoólica sejam conduzidos ao Hospital da Polícia Militar a fim de realizar teste de dosagem alcoólica no sangue.

3º. Determinar que, em caso de resistência o médico deverá atestar com duas testemunhas que o policial militar esteve em sua presença e que se recusou a se submeter ao teste de dosagem alcoólica.

4º. Determinar que após a comprovação do estado de embriaguez etílica ou atestado da resistência do policial militar em submeter-se ao teste de dosagem alcoólica o mesmo deverá ser conduzido à corregedoria onde será lavrado o competente Auto de Prisão em Flagrante de Delito, salvo se for dependente de álcool e inscrito no Programa de Erradicação do Alcoolismo da Polícia Militar, devendo neste caso ser encaminhado ao NPCTA que decidirá sobre sua permanência naquele programa.

5º. Determinar que em caso de haver, além da embriaguez, o cometimento de crime ou transgressão da disciplina o Auto de Prisão em Flagrante respectivo deverá ser lavrado independentemente da condição de alcoolista do policial militar devendo se for o caso informar-se ao NPCTA sobre o ocorrido.

6º. Recomendar que os princípios de respeito devido à pessoa humana sejam sempre observados devendo ser evitado quaisquer constrangimentos desnecessários.

7º. Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

ANEXO C

Proposta de linhas de ações que poderão ser adotadas na implantação do Programa de Erradicação do Alcoolismo da Polícia Militar do Estado de Goiás.

2.3.1 - LINHAS DE AÇÕES

- A equipe multidisciplinar poderá contar com Assistentes Sociais, Psicólogos, psiquiatras, e outros que se comprove necessários;
- O Programa poderá disponibilizar aos seus integrantes, serviços ambulatoriais, além de manter funcionando um grupo de psicoterapia de auto-ajuda, semelhante aos Alcoólicos Anônimos e jovens livre, a fim de que possa haver trocas de experiências;
- O programa manterá convênios e parceria com clínicas e grupos de auto-ajuda a fim de oferecer opções ao alcoolista que deseje se livrar da doença; Se houver despesas, estas deverão ser pagas pela Corporação e cobradas gradativamente do dependente de álcool;
- O alcoolista deverá ser incentivado a participar paralelamente de grupos de alcoólicos anônimos a fim de obter um apoio mais efetivo;
- O NPCTA deve promover sempre que possível palestras nas Unidades de Polícia Militar;
- As campanhas de esclarecimento devem ser voltadas principalmente para os policiais militares que ainda não bebem substâncias etílicas;

- O NPCTA deverá incentivar a criação de sub-grupos nas regiões onde o Policial Militar trabalhe;
 - O NPCTA poderá incentivar a criação de grupos de auto-ajuda para os familiares dos alcoolistas;
 - O NPCTA poderá incentivar os membros desses grupos de auto-ajuda a administrarem os grupos com relativa autonomia;
 - O NPCTA apresentará sempre que possível, propostas para diminuir o nível de estresses no trabalho da Instituição;
 - O NPCTA poderá criar a semana da sobriedade na qual se realizaria uma olimpíada com esportes, concursos de redação, e outros eventos e solenidades que possam concorrer para a satisfação e esclarecimentos do público interno.
-

ANEXO D

ENTREVISTA I

No dia 02 do mês de agosto de 2000, entrevistamos a Sgt PM Celma A. de Oliveira Paiva, Assistente Social (Cress 1474/19ª Regional) da Assistência Social da DP/5 da Polícia Militar do Estado de Goiás.

Pergunta – Atualmente existe algum programa de auxílio ao policial-militar álcool-dependente na DP/5?

Resposta – Sim. Está em funcionamento um programa de apoio ao dependente no qual procuramos tratar as pessoas acometidas desta doença.

Pergunta - Como funciona este programa?

Resposta – Consiste em cadastrar-se dependentes de álcool e, após verificar a sua legítima intenção de ser curado, encaminhá-los para uma clínica de tratamento na cidade de São José do Rio Preto. A Polícia Militar paga as despesas que são descontadas gradativamente.

Pergunta – Em que consiste este tratamento?

Resposta – O Dr. José Toufik Rahd, médico responsável pela clínica, de início realiza um trabalho de esclarecimento dos pacientes sobre a álcool-dependência e os incentiva a se esforçarem a deixar o hábito de ingerir álcool. O tratamento é ambulatorial e composto de três doses de um medicamento inibidor da vontade de beber.

Pergunta - Como o tratamento é recebido pelos dependentes de álcool?

Resposta – Poucas pessoas falam mal do tratamento, mas a maioria, daqueles que o experimentaram, confiaram e foram recuperados. De qualquer forma, somente quando há total interesse do álcool-dependente é que o tratamento dá certo.

Pergunta – Quanto tempo tem o programa de apoio aos dependentes de álcool?

Resposta – Um ano.

Pergunta - Quantos dependentes de álcool foram recuperados com este programa de apoio?

Resposta – Não temos dados exatos, mas calculamos em 90% dos 55 (cinquenta e cinco) dependentes que foram encaminhados para a clínica, ou seja, 49 (quarenta e nove).

Pergunta - Qual o perfil do policial-militar inscrito no programa?

Resposta – Este dependente tem em média 35 anos e já bebe desde a adolescência. Quando ele chega aqui (na Assistência Social), está falido financeiramente e, na maioria das vezes já perdeu a família e quer recuperá-la.

ENTREVISTA II

No dia 02 do mês de Agosto de 2000, entrevistamos o Sd PM Paulo Donizete de Godoy (130007) que conseguiu parar de beber devido aos programas existentes na PMGO.

Pergunta - Desde quando o Sr. ingere bebida alcoólica?

Resposta - Desde os dezenove anos.

Pergunta - O Sr. Era álcool-dependente?

Resposta - Sim.

Pergunta - Quando parou de beber?

Resposta - Completou-se um ano.

Pergunta - Como era sua vida nesta época?

Resposta - Estava doente, endividado e desmoralizado.

Pergunta - O Sr. gostava de beber?

Resposta - No começo sim, mas depois tentei parar, mas já não conseguia.

Pergunta - Como o Sr. se sente agora após ter parado de beber?

Resposta - Não devo mais nada a ninguém e muitas pessoas me respeitam, até os donos dos comércios me chamam para comprar fiado, embora eu não precise.

Pergunta - A Polícia Militar lhe ajudou a parar de beber?

Resposta - Sim. O grupo de auto-ajuda do PAIS/PM e o tratamento na clínica de São José do Rio Preto da DP/5 me tiraram do vício.

Pergunta - Qual o conselho que o Sr. Daria aos seus colegas de farda?

Resposta - Não bebam e se já beberem parem em quanto é tempo. O cérebro de uma pessoa que bebe é semelhante a uma vela que pode ser apagada e apesar de que a parte danificada não se regenera, ainda é possível evitar que a queimadura continue a crescer. Quem diz que bebe socialmente, na verdade mente ". Todo dependente de álcool já bebeu socialmente".

ANEXO F

ENTREVISTA III

No dia 27 do mês de Julho de 2000, entrevistamos o Cap PM Fem Vânia Maria Rodrigues Alencar, Chefe do serviço social do Hospital da Polícia Militar do Estado de Goiás (HPM/Go).

Pergunta – Quantos policiais-militares já foram atendidos pelo PAIS/PM?

Resposta - Atualmente temos 365 pessoas inscritas, porém foram atendidos mais de setecentas em cinco anos.

Pergunta – A assistência Social do HPM/Go possui algum programa de auxílio ao álcool-dependente?

Resposta – Sim, O PAIS/PM.

Pergunta – O que vem a ser o PAIS/PM?

Resposta – É uma iniciativa do Serviço de Assistência Social do HPM que visa contribuir com a prevenção e tratamento de alcoolistas, através de conscientização e encaminhamentos.

Pergunta – A Sra. Sabe o índice de policiais-militares que bebiam antes de ingressarem na PMGO?

Resposta – Dos que bebiam 90% já o faziam antes de entrar na PMGO.

Pergunta – Qual o índice de aproveitamento referente à recuperação de álcool-dependente no PAIS/PM?

Resposta – 58 receberam medalhas por estarem abstinentes por mais de um ano e cento e quatorze não bebem desde Janeiro.

Pergunta – Na sua opinião o alcoolismo é fuga ou vício?

Resposta – É doença complexa.

PRIMEIRO QUESTIONÁRIO

Este questionário faz parte de um trabalho acadêmico, no qual, não há necessidade da sua identificação, no entanto, solicitamos a sua colaboração, no sentido de responder correta e francamente os diversos itens.

1. Qual o seu nível de escolaridade?

a. nenhum grau de instrução completo.

Está fazendo supletivo?

sim não

b. primeiro grau completo.

c. segundo grau completo.

d. terceiro grau completo.

2. Qual o seu tempo de serviço na Polícia Militar do Estado de Goiás?

a. até cinco anos de serviço.

b. de cinco a dez anos de serviço.

c. de dez a vinte anos de serviço.

d. de vinte a trinta anos de serviço.

3. Na sua opinião, quais são as causas do alcoolismo ?

a. o estresse.

b. beber por diversão.

c. para esquecer os problemas.

d. as dívidas.

e. outros (relacionar) _____

4. Você já bebia antes de ingressar na Polícia Militar do Estado de Goiás?

a. socialmente.

b. ocasionalmente.

c. somente quando convidado ou com os amigos.

d. somente nos finais de semana.

e. () nunca bebeu.

5. Qual o seu credo religioso?

a. () Católico Apostólico Romano.

b. () Evangélico.

c. () Espírita.

d. () outros (relacionar) _____.

6. Qual a sua idade? _____.

7. A quanto tempo você faz uso de bebida alcoólica? _____.

ANEXO H

VOCÊ É BEBEDOR SOCIAL?
SEGUNDO QUESTIONÁRIO

A fim de que o resultado deste teste seja autêntico, use de sinceridade consigo mesmo.

1. Em que contexto bebe freqüentemente?	Especialmente em ocasiões sociais	Sempre com um Ou dois outros	Freqüentemente só
2. Você rejeita bebidas que lhe são oferecidas?	Freqüentemente	Ocasionalmente	Raramente
3. Como se sentiria numa reunião social em que não sirvam bebidas alcólicas?	À vontade	Descontente	Muito aborrecido
4. Bebe até sentir-se "alto"?	Raramente	Ocasionalmente	Freqüentemente
5. Em reuniões sociais, quanto você bebe?	Pouco	Como a maioria	Mais do que a maioria
6. Você está preocupado (a) com seu padrão atual de consumo alcóolico?	Nunca	Às vezes	Freqüentemente
7. Você bebe durante a realização de um negócio ou num contexto profissional?	Raramente	Freqüentemente	Rotineiramente
8. É importante que você beba para sentir-se à vontade?	Não	Ajuda	É importante
9. Ao escolher amigos, é importante que compartilhem seu interesse em beber?	Não	Um pouco importante	Necessário
10. Sente, às vezes, necessidade de uma dose?	Nunca	Ocasionalmente	Freqüentemente
11. Qual imagina ser sua razão mais importante para beber durante eventos sociais?	Para ser sociável	Para desfrutar o melhor acontecimento	Para sentir-se à vontade
12. Ao aceitar convites para atividades sociais, sempre leva em conta se serão servidas bebidas alcólicas ou não?	Nunca	Às vezes	Freqüentemente

13. Como julga que reagiria numa ocasião em que não fossem servidas bebidas alcóolicas?	Estaria à vontade	Não se sentiria à Vontade	Ficaria aborrecido
14. Tem sempre notado que não se pode lembrar de acontecimentos ligados com uma experiência de consumo de bebida?	Nunca	Ocasionalmente	Freqüentemente
15. Tem percebido alguma mudança em sua habilidade de executar seu trabalho como resultado do hábito de beber?	Nenhuma	Leve mudança para pior	Considerável mudança para pior
16. Como se sentiria se seu superior hierárquico lhe chamasse a atenção pelo fato de beber?	À vontade	Ofendido	Defensivo
17. Tem sentido tremores e agitação como resultado do consumo de álcool?	Nunca	Ocasionalmente	Freqüentemente
18. Com que frequência tem tido ressacas?	Raramente	Ocasionalmente	Freqüentemente
19. Como se sente com relação à euforia que o uso de álcool tende a inspirar?	Bem	Muito bem	Não o consigo facilmente
20. Quantos tragos geralmente terá em conexão com qualquer experiência isolada de bebida?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou mais
21. Quão importante é o hábito de beber com relação a sua atividade profissional?	Sem importância	De auxílio	Essencial
22. Como descreveria suas próprias práticas no consumo de álcool?	Inteiramente sob controle	De controle dúbio	Fora de controle
23. Como se sentiria caso alguém íntimo lhe fizesse perguntas sobre seu hábito de beber?	Ficaria admirado	Ficaria ressentido	Ficaria furioso

24. Como seu cônjuge reage ante seu hábito de beber?	Não há problemas	Não aprecia	Com ressentimento
25. Como seu hábito de beber afeta seu relacionamento no trabalho?	Não causa efeito	Prejudica um Pouco	Causa frequentes problemas
26. Como os membros de sua família reagem a seu hábito de consumir álcool?	Não demonstram preocupação especial	Revelam algum ressentimento	Separação e abandono
27. Alguma vez já mudou de local de trabalho por sua iniciativa em razão de seu hábito de beber?	Nunca	Poucas vezes	Com frequência
28. O que acha que mais freqüentemente incentiva na atualidade seu hábito de beber?	Decisão pessoal	Oportunidade social	Interferência de outros
29. Sente sempre necessidade de interromper suas atuais práticas de consumo de álcool a fim de obter o domínio próprio?	Nunca	Pouca vezes	Esforço e preocupação frequentes
30. Como sente os efeitos do hábito de beber sobre você?	Não tem efeito particular	Às vezes, incômodo	Frequentes sentimentos de temor e incômodo