

Estado de Goiás
Polícia Militar
Academia de Polícia Militar
Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais

Alcoolismo Doença um Problema da
PMGO

Sebastião Divino Alves

Carlos Cezar Macário

Goiânia - 1995

SEBASTIÃO DIVINO ALVES CAP PM
CARLOS CÉZAR MACÁRIO CAP PM

ALCOOLISMO-DOENÇA, UM PROBLEMA DA PMGO

Estado de Goiás
ACADEMIA DE POLÍCIA MILITAR
BIBLIOTECA

Trabalho técnico-profissional apresentado
como exigência parcial para obtenção de
grau do curso de Aperfeiçoamento de
oficiais (CAO) à Comissão Julgadora da
Academia de Polícia Militar do Estado de
Goiás, sob a Orientação do CAP PM
Alexandre Freitas Elias.

ACADEMIA DE POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE GOIÁS
GOIÂNIA - 1995

DEDICATÓRIA

Dedicamos esta obra às nossas esposas Esmeraldina e Deuseni e aos nossos filhos Vinícius e Emiliano, por terem tido a paciência de suportarem nossos momentos de tensão durante a realização do Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais.

PENSAMENTO

“ A coragem cresce quando se correm perigos e firmeza quando se enfrentam obstáculos”.

(Schiller)

AGRADECIMENTOS

A Deus que, com sua sabedoria, nos fizeram trilhar um caminho cheio de luzes.

Ao Sr Cel RR PM Áureo Cabral Neto, Major PM Carlos Vieira de Brito e a Psicóloga Simone Inês M. Santos, por terem nos incentivado e fornecido todos os dados e informações necessárias ao nosso trabalho.

Ao Capitão PM Alexandre Freitas Elias, nosso orientador e ao Capitão PM César Pacheco de Araújo, colaborador, que, com labor, mostraram espontaneidade, compromisso, simplicidade e competência ao viabilizarem a concretização desse trabalho. A todos, os nossos sinceros agradecimentos.

Aos nossos pais que, com a bênção de Deus, deram-nos o dom da vida.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	07
I - O ALCOOLISMO-FUNDAMENTAÇÃO HISTÓRICA	10
II - CONCEITUAÇÃO E DEFINIÇÃO DE ALCOOLISMO	20
1 - Alcoolismo: diagnóstico clínico	28
2 - Aspecto epidemiológico do alcoolismo	32
3 - Fatores associados ao Alcoolismo	36
III - O ALCOOLISMO E O DIREITO	38
1 - Alcoolismo e a CLT	40
2 - Alcoolismo é doença: reiteração	43
3 - Alcoolismo e Direito Penal	46
IV - QUEM SERVE BEBIDAS A MENORES, OU A PESSOAS JÁ EMBRIAGADAS	49
V - ALCOOLISMO E EMPRESA	52

VI - PROGRAMAS DE ALCOOLISMO EM EMPRESAS (PAE)	56
1 - Implantação	58
2 - Etapas de funcionamento	60
3 - Tratamento	61
4 - Problemas mais frequentes	63
5 - Alcoólicos anônimos	66
VII - O ALCOOLISMO NA POLÍCIA MILITAR DO GOIÁS - PMGO	73
VIII - OBJETIVOS DO ESTUDO	76
IX - ASPECTO METODOLÓGICO DA PESQUISA	78
1 - Análise dos dados	79
2 - Comentários dos Dados	85
CONCLUSÃO - SUGESTÕES	94
BIBLIOGRAFIA	97
ANEXOS	99
I - Questionário aplicado à tropa do 1º BPM	100
II - Questionário aplicado aos comandantes de Unidades Operacionais	101

INTRODUÇÃO

O mundo das drogas é muito complexo e amplo. E trata-se de um mundo real, presente no dia-a-dia de cada um de nós. Esse trabalho pretende levar à Corporação as informações básicas sobre as principais ações do álcool no organismo humano. Porque a informação, embora sozinha não basta, é fundamental para que a Corporação possa de fato, tomar uma posição consciente diante de mais um desafio.

O pensamento, a memória, os sentidos e a inteligência são, entre outros, fenômenos que sempre intrigaram o homem. Alguns povos antigos atribuíam essas aptidões a órgãos como o fígado e o coração. Alguns chegavam mesmo a acreditar que esses poderes eram comandados por determinados deuses.

Como é sabido, as drogas são depressoras do sistema nervoso central e diminuem a atividade da pessoa, tornando-a “desligada” ou “alheia” ao que acontece ao seu redor. O comportamento do indivíduo é modificado, afetando,

por exemplo, os reflexos e a coordenação motora. Entre as drogas depressoras estudaremos o álcool, o nosso objeto principal de estudo.

O álcool pode estimular ou aquecer.

Nem uma e nem outra. Ai estão duas propriedades que muita gente atribui erroneamente ao álcool. Na verdade, um dos efeitos do álcool sobre o cérebro e o de “adormecer” o “centro da censura” da pessoa. Dessa maneira, o indivíduo fica descontraído em consequência da inibição ou depressão dos centros de controle cerebrais. Por isso, na verdade, o álcool atua inibindo o sistema nervoso central. A depressão nervosa se torna mais clara quando a bebida começa a comprometer a fala, a coordenação motora, o pensamento, podendo levar a pessoa à inconsciência e provocar um estado de coma e até mesmo provocar seu falecimento.

Existem pessoas que tomam goles para se “esquentar” principalmente no inverno. Mas, na verdade o que o álcool faz é promover a dilatação dos vasos sanguíneos periféricos da pele. Assim mais sangue e mais calor são “desviados” dos órgãos centrais da pele, trazendo uma falsa sensação de aquecimento. Nesse caso, nos dias frios, uma pessoa desprovida fica mais sujeito a perder grande quantidade de calor para o meio ambiente, o que lhe pode acarretar a morte.

O álcool, de fato, pode praticamente destruir física e mentalmente um indivíduo. Sob o efeito dessa droga, entre outros males, o estômago fica com a sua parte interna irritada, favorecendo o surgimento de gastrite e de úlceras; no fígado, por sua vez, muitos tecidos morrem e pode se desenvolver a cirrose hepática, doença em que o fígado deixa de executar direito as suas funções, podendo levar o indivíduo à morte. Mas é quando invade o cérebro que a intoxicação alcoólica é mais facilmente percebida. Os reflexos e a coordenação motora são seriamente afetadas, daí o perigo que uma pessoa alcoólica

representa dirigindo um veículo, por exemplo. Muitos acidentes de trânsito seriam evitados se a recomendação “não beba antes de dirigir e não dirigir depois de beber”, fosse respeitada pelos motoristas.

Diante deste embasamento, que foi desenvolvida a pesquisa, no sentido de comprovar que o alcoolismo é uma causa grave na imagem do policial militar, trazendo grandes transtornos e levando-o até mesmo, à punição, pois dentro da Corporação o policial que faz uso de bebidas alcoólicas é visto como um indivíduo desclassificado, marginalizado, às vezes.

A pesquisa objetivou, também, enfocar o assunto pelo ângulo do Direito, pois penalidades são previstas para o empregado que se embriagar durante o período de trabalho.

É elaborada, ao final, uma proposta na tentativa de chamar a atenção no sentido de que sejam tomadas decisões cabíveis para amenizar o problema do alcoolismo dentro da Corporação, a fim de que não seja denegrida a imagem de nossa polícia junto à sociedade

I - O ALCOOLISMO - FUNDAMENTAÇÃO HISTÓRICA

A história do álcool é tão antiga quanto a própria civilização. O álcool, como o vinho e a cerveja, é obtido pela ação de fungos monomoleculares existentes na casca dos frutos ou na atmosfera, sobre sucos de frutos ou de cereais, foi o único tipo de álcool conhecido pelo homem até a Idade Média. O vinho divinizado pelos gregos na figura de Baco (as orgias tomaram o nome de “bacanais”), atingiu o máximo de seu prestígio no Cristianismo, citado que foi em várias parábolas do evangelho e escolhido por Cristo para simbolizar o seu próprio sangue que “será derramado por muitos para remissão dos pecados”. Maomé e Buda, entretanto, proibiram seu uso entre os fiéis. Considerado como alimento, em pequenas doses, dado o baixo teor alcoólico, seu uso popularizou-se principalmente entre os povos latinos. Todavia, desejando um álcool mais forte, o homem passou a aquecer a bebida fermentada e a resfriar os vapores do álcool, surgindo assim o processo de destilação.

O álcool destilado dispõe de grande agressividade contra a célula orgânica, lesando-a e matando-a. No fígado, por exemplo, as ilhas de células necrosadas não se recompõem, mas são utilizados por tecidos fibrosos, no

processo denominado cirrose. O fígado cirrótico torna-se tão duro que, atirado a mesa de mármore de necrópsia, soa como um paralelepípedo.

O organismo humano não sabe destilar, mas utiliza amplamente o processo de fermentação, produzindo álcool no intestino pela ação de fermentos como os hidratos de carbono, na digestão de doces e massas.

Outro ponto que vale ressaltar é o hábito da repetição, especialmente dos chamados “aperitivos”. Está comprovado que é mais nocivo ao organismo o uso repetido, diário, de aperitivo (álcool destilado), do que um “pileque” eventual. Há indivíduos que tomam vários aperitivos por dia, o que não dá tempo ao fígado de eliminar cada dose de álcool antes de chegar à seguinte.

Segundo DOMINGO (1982), a difundida farmaco-dependência teve a sua origem há 250.000 anos, considerando a existência possível de um consumo alimentar ritual nos períodos paleolíticos tardios (30.000 a.C.), e, com certeza, o consumo a partir do período neolítico (8.000 a 10.000 a.C.).

Há postura de que o hábito de beber se teria originado, não uma única vez, mas várias vezes na História, em diferentes regiões geográficas que chegaram a alcançar maior desenvolvimento agrícola. A cerveja, proveniente da cultura do arroz na Índia ou da cevada cultivada no Egito, foi, provavelmente, a primeira bebida alcóolica elaborada pelo homem em grande escala. Os hábitos de beber existentes na América do Sul teriam resultado da influência indireta do grande desenvolvimento agrícola alcançado pelos povos maias, na América do Norte, e na América Central. Aparentemente, esses diferentes núcleos de difusão de bebidas alcólicas teriam surgido aproximadamente na mesma época, em pontos diferentes e muito distantes uns dos outros. (1)

(1)- GUEBALY, N. Alcohol abuse in ancien. IN: FORTES, J.R. Albuquerque. Alcoolismo Diagnóstico e Tratamento. São Paulo, Samer, 1991, p. 28

O domínio da técnica da cerâmica (neolítico) permitiu armazenar alimentos ricos em hidratos de carbono (mel, cereais e uva), exercer melhor controle sobre o processo de fermentação, melhorar as condições de produção das bebidas alcoólicas fermentadas, provavelmente a cerveja e o vinho, favorecer também o início da comercialização e dar lugar ao aparecimento dos primeiros pontos de venda de bebidas, as primeiras tabernas.

A Bíblia faz várias alusões à cultura da uva e do vinho, ilustrado com exemplos de embriaguez, entre eles o do patriarca Noé, mencionando o consumo de bebidas alcoólicas em caráter individual, moderado, exagerado ou indesejável, e descrevendo casos de pessoas que hoje em dia seriam consideradas alcoólatras. No entanto, a questão não foi focalizada sob o ponto de vista coletivo, seja porque o consumo já estava regulado pelos rituais e festas sagradas, seja pela falta de percepção social de seus próprios problemas dessas sociedades primitivas, embora as informações sobre os excessos alcoólicos de gregos e romanos, por ocasião das festas profanas, fossem divulgadas amplamente.

No Antigo Testamento existem referências às bebidas mais concentradas, que são apresentadas muitas vezes como símbolos de riqueza e paz, embora os excessos sejam condenados e a embriaguez da mulher estigmatizada.

O Judaísmo antigo já cultivava uma tradição de abstinência de bebidas alcoólicas. Os homens que adotavam “naziréat” durante um período de tempo não bebiam nenhum produto vindo da vinha.

Segundo SOURNIA (1986), do ponto de vista das religiões: judaísmo, cristianismo, islamismo e outras, assinala-se a posição um tanto ambígua assumida por elas em face dos étlicos, sobretudo, o vinho, por vezes enaltecendo

suas virtudes e outras vezes condenando o abuso dos mesmos. Nos textos religiosos são encontradas, também, normas dedicadas à produção e à comercialização das bebidas.

O aperfeiçoamento dos métodos de produção, conservação, transporte e distribuição de etílicos, com a participação das primeiras tabernas na venda deles, resultou na redução dos preços a nível do consumidor e contribuiu, poderosamente, para estimular o comércio e difundir a alcoolização da humanidade na época das grandes culturas clássicas, envolvendo o Mediterrâneo Oriental e o Oriente Médio. O transporte, através das caravanas, e a distribuição, por meio das primeiras tabernas instaladas nas cidades em formação, desempenharam papel relevante na difusão das bebidas industrializadas.

No Egito pré-dinástico, encontramos notícias sobre a existência de cervejas provenientes de diferentes tipos de cereais, sendo mais antiga a produzida a partir da cevada. Essa bebida teria precedido de algum tempo o aparecimento do vinho nesse país, e tornou-se logo a bebida nacional, diferenciando-se pela cor e sabor através do emprego de diversos aditivos. Os reis e as pessoas mais distintas socialmente tinham suas cervejarias particulares, enquanto os mais pobres a compravam em casa de cervejas que existiam disseminadas pelo país.

A cultura vinícola, a partir de cepas de uva de ótima qualidade, também apareceu no período pré-dinástico, primeiramente ao norte do Egito, permitindo desde logo a produção de vinhos muito procurados. Empregavam para aromatizar esses vinhos, sucos de arruda e absinto. Com a produção de vinho insuficiente para o consumo de todos, os egípcios desenvolveram também técnicas para a fabricação de diversos sucos de frutas de figo, de romã ou tâmara.

Esses povos possuíam, portanto, uma cultura bem desenvolvida de produção de alcoólicos, cervejas e vinhos, para a preservação das quais constantemente invocavam a proteção de seus deuses. A produção de bebidas alcoólicas só veio entrar em declínio, quando a influência islâmica sobre o Egito aumentou com a invasão desses países a partir do ano 640 da nossa era.

Aos reis, faraós e pessoas de maior destaque, era recomendada pelos padres e religiosos a moderação no consumo dos etílicos. Porém, nem sempre esses ministros obedeciam a essas recomendações, pois eles mesmos, por ocasião das festas religiosas e outras solenidades, às vezes, se embriagavam, ingerindo os vinhos e cervejas ofertados aos deuses.

Pouco a pouco, o consumo de alcoólicos foi crescendo nas diferentes classes sociais, incluindo os militares, estudantes, inclusive os de medicina. Era hábito oferecer a eles junto com a alimentação, uma porção de cerveja. As mulheres, sobretudo as de classes mais elevadas, também bebiam, estando registrados em papiros episódios de embriaguez de senhoras da sociedade.

Nas primeiras referências históricas, literárias ou artísticas do uso do álcool, mencionam-se as prescrições de vinho e de cerveja aos pacientes, por médicos egípcios, o que contribui para o aumento do consumo de alcoólicos pela população.

Segundo FERNANDES (1981), os antigos egípcios não demonstravam sentimentos adversos ao abuso do álcool; ao contrário, mostravam simpatia, pelo tóxico como fonte de prazer. Com o hábito difundindo-se cada vez mais, com o passar do tempo o desagrado começou a manifestar em ambas as camadas da população. No início, tratava-se de uma atitude discreta, cuja motivação maior era de natureza moral, que foi transformando-se vagarosamente em uma hostilidade aos consumidores. Ao mesmo tempo, foram se reforçando tabus

religiosos e quanto ao consumo de bebidas alcoólicas. Em conexão com essas atitudes, foram adotadas medidas governamentais, visando reduzir o consumo com a elevação dos preços das bebidas através de impostos. As virtudes atribuídas pelos gregos ao vinho foram contadas por muitos poetas e escritores, inclusive Homero e Eurípedes.

O consumo exagerado era condenado, assinalando Alcebíades que nunca alguém viria Sócrates embriagado. Platão, cinco séculos antes de Cristo, desaconselhava a ingestão de vinho pelos menores de 18 anos, mas admitia o seu uso pelos adultos. Curiosamente, essa proposição superpõe-se ao critério adotado pelos astecas, que puniram severamente a embriaguez dos jovens e permitiam-na aos velhos. Ele proibia também o consumo de vinho pelos juizes e pilotos de barco, soldados em combate, assim como relações sexuais entre casais embriagados, usando prevenir prejuízos aos eventuais frutos dessas concepções.

A Itália conheceu a videira antes dos gregos. Durante vários séculos, o vinho foi uma mercadoria preciosa para eles que, aparentemente, não conheciam, até então, outra bebida fermentada. Com a desvalorização do preço dos grãos e a introdução do pão na alimentação, criando o hábito de comer e beber, a partir do século II a.C., começou a se expandir a cultura da uva. Até esta época, geralmente os romanos bebiam água, os camponeses o suco da uva; o vinho, muito raro, era proibido para as mulheres. Cerca de 200 anos antes do nascimento de Cristo, o aumento do consumo do vinho pela população e a transformação dos bacanais nas grandes festas populares fizeram com que os impostos sobre as bebidas aumentassem. A expansão da cultura da uva e da produção de vinho na Itália favoreceu o aumento do consumo local,

transformando-se em negócio muito lucrativo, sobretudo, após o início de sua exportação.

À medida em que Roma se alcoolizava cada vez mais, celebrizando-se pelos grandes festins populares regados a vinho, com bacanais, surgem as críticas aos excessos alcoólicos, responsabilizando o álcool pelas mais diversas consequências, até ao exagero, como veio a acontecer com historiadores do século XIX, que chegaram a apontá-lo como um dos responsáveis pela decadência do Império Romano. Pura conjectura, dado que não dispomos, nem mesmo aproximadamente, de uma noção quantitativa do vinho que se consumia na Itália naquela época, para comparar com dados mais objetivos e atuais.

Os séculos seguintes pareceram registrar uma queda no consumo de vinho na Itália, chegando mesmo a falar em ascensão e declínio do alcoolismo em Roma. De qualquer forma, julgamos impossível projetar o que se passava em Roma ou em outras cidades do interior do Império, tal sua extensão naquela época.

Convém assinalar que os padres bebiam tanto quanto os leigos.

No século VI, o vinho substituíra a cerveja como bebida popular nas tavernas de Paris. Registra-se, também, que os integrantes do clero, inclusive bispos, eram bebedores inveterados, chegando até a ocorrer casos de delírio alcoólico.

Entre os séculos VI e IX, vários concílios manifestaram-se contra o uso abusivo do vinho, pois, tanto para os clérigos como para os leigos, a bebida provocava doenças graves, comprometendo a inteligência e predispondo à prática de maus atos.

O povo francês descobriu o vinho com a mesma alegria de outros povos e, provavelmente, cometeu os mesmos abusos. Mas, gauleses e franceses já conheciam outros fermentados, hidromel e cervejas, não podendo ser afirmado que a importação da videira tenha contribuído para agravar o nível de alcoolização dessa população.

No século XI, em plena Idade Média, com a descoberta da técnica de destilação empregando o alambique, são obtidas bebidas de teor alcóolico mais elevado, contribuindo para agravar profundamente as consequências do uso e abuso dos etílicos. A rápida divulgação dessa técnica, relativamente simples, permitiu que toda a Europa pudesse dispor de destilados com maior graduação alcoólica, com preços mais atraentes, independentemente de quaisquer condições encontradas naquela época.

A Inglaterra, no século XVIII, sofreu as consequências do grande aumento do nível de alcoolismo na população, decorrente da proliferação indiscriminada de pontos de vendas do vinho e da cerveja, que anunciavam e vendiam livremente tais bebidas. A se dar conta da extensão e gravidade dos efeitos do fenômeno, foram fixadas normas restritivas à venda de bebidas alcoólicas, coibindo os abusos, o que contribuiu para a redução do alcoolismo no País.

A Suécia, por sua vez, no século XIX, passou pela mesma experiência. Esse país, não sendo católico e não estando envolvido nos interesses comerciais ligados à produção do vinho, inicialmente vacilou face ao grave problema de saúde pública que se alastrava por toda a Europa. Influenciada pelas medidas adotadas na Inglaterra um século antes e pressionada pelo grave problema médico-social, sob a liderança do médico Magrus-Huss que se aprofundou no

estudo do tema, adotou medidas de controle e prevenção do alcoolismo que serviram de modelo para os países vizinhos.

A alcoolização em outras partes do mundo também sofreu múltiplas influências de ordem cultural, religiosa, ecológica, tecnológica, social e econômica.

No Brasil, os primeiros portugueses que aqui chegaram, logo se depararam com o camim, do tupi, káwi, bebida fermentada preparada pelos índios a partir da mandioca cozida ou de sucos de frutos, como o caju ou o milho, mastigados e depois misturados e postos a ferver em vasilha especial de cerâmica que, posteriormente, enterravam no chão por alguns dias. Em 1557, assinala-se que a preparação do camim constituía atribuição exclusiva das mulheres e que os tupinambás só se embriagavam nas grandes ocasiões.

A instalação dos primeiros engenhos, logo no começo da colonização, para produção de açúcar de cana e aguardente, no Nordeste, Rio de Janeiro e São Paulo, ofereceu a oportunidade para a população mais simples, principalmente índios e escravos, de se embriagar com destilados nacionais. Segundo SOUTO MAIOR (1971) a aguardente conhecida popularmente com o nome de cachaça, obtida da fermentação da borra do melaço, era oferecida pelos fazendeiros aos escravos, tanto com finalidade medicinal, como para alegrá-los nos feriados e dias de festas religiosas. E ainda aponta os senhores de engenho como os mais responsáveis pela difusão do consumo de alcoólicos entre os negros escravos.

Além dos fatores apontados até aqui como mais responsáveis pela gravidade alcançada pelos níveis de alcoolização das populações, figura, também, a importância das diferentes etnias em relação a tolerância do álcool.

Embora a palavra álcool, segundo alguns pesquisadores, tenha origem chinesa, sempre foi registrado nível mais baixo de seu consumo pelos chineses e japoneses e outros povos orientais.

Como foi visto, desde os primórdios, a sociedade, pela sabedoria popular da parte mais ingênua da população mas também das elites, dos mais cultos e dos médicos, soube modificar suas posições quando defrontaram com o aparecimento das consequências mais graves do abuso dessa substância. Frente à agraviação dos fenômenos, sobretudo das repercussões nocivas no meio social, todas as sociedades, inclusive as mais primitivas, souberam fixar diretrizes e lançar mão de medidas eficientes para coibi-lo.

Salienta-se, também, que as informações mais antigas já registravam além do caso comum de embriaguez, certos tipos especiais de reação aos alcoólicos em determinadas pessoas, assim como o modo delas se relacionarem com eles a longo prazo. É curioso salientar que, sob o ponto de vista da medicina, sempre houve uma posição ambivalente, em diferentes épocas, frente ao problema: houve situações em que foram empregados produtos alcoólicos com fins medicinais e outras vezes foram proibidos categoricamente. Essa ambivalência veio até ao nossos dias.

II - CONCEITO E DEFINIÇÕES DE ALCOOLISMO

Está registrado que a dependência psíquica do álcool em vários graus, existe há várias décadas. Observa-se, também, nessa farmaco-dependência, o aumento da tolerância, nunca obviamente em grau compatível ao que se verifica com a morfina. A dependência física, por sua vez, é um fato bem estabelecido e a síndrome de dependência alcoólica muito característica, de severidade variável de pessoa para pessoa, é influenciada por várias circunstâncias e chega nos casos mais graves a colocar em risco a própria vida. A tendência individual ao tóxico é combatida por tratamento psiquiátrico, sendo também, usadas substâncias químicas que, reagindo ao álcool ingerido, produzem distúrbios desagradáveis, como náuseas, vômitos e vertigens.

Assim, o alcoolismo fica bem caracterizado como uma farmaco-dependência, pois geralmente se observa que o etilista tende a aumentar progressivamente as doses ingeridas e, por outro lado, quando interrompe completa e bruscamente a ingestão do álcool, apresenta um conjunto de sintomas físico-psíquicos que integram a síndrome de abstinência alcoólica.

O alcoolismo é hoje reconhecido como o carro-chefe do grupo das farmaco-dependências, prestando-se o seu estudo de modelo para o reconhecimento das demais toxicomanias.

No Brasil, nos últimos 25 anos, houve uma certa mudança na forma pela qual o alcoólatra é visto pela população em geral, pelos profissionais da área de saúde e pelos médicos. No entanto, ainda encontramos pessoas que, ao se referir a ele, fazem restrições morais, com o emprego de expressões pejorativas, atribuindo os excessos alcoólicos aos desvios morais, ao vício, a procedimentos susceptíveis de censura e castigo, reminiscências de épocas passadas quando os embriagados eram punidos, encarcerados e achibatados.

A evolução dos conhecimentos médicos nessa matéria foi influenciando as decisões judiciais.

A concepção de alcoolismo-doença se transforma em uma hipótese de trabalho para realização de novas pesquisas para orientar o tratamento de algumas formas de alcoolismo.

Pesquisas realizadas em diversos países, em diferentes áreas contribuíram para a criação de várias teorias sobre o alcoolismo e os vários tipos: alfa, delta, gama, beta, épsilon.

Alcoolismo alfa - dependência psicológica do efeito do álcool, visando avaliar desconforto corporal ou emocional. Desrespeito às convenções adotadas tacitamente pela sociedade para a ingestão de alcoólicos quanto a locais, horários, ocasiões, quantidade ingerida e efeitos aceitáveis. Não se verifica perda de controle, nem incapacidade para interromper a ingestão. O relacionamento no trabalho, devido às faltas frequentes, e a situação econômico-financeira da

família se agrava. Podem surgir carências alimentares. Nunca apresenta fenômenos de abstinência alcoólica ou indícios da existência de um processo em evolução; permanece estacionário.

Alcoolismo beta - presença de complicações somáticas, tais como polineuropatia, gastrite, cirrose hepática, sem dependência física ou psicológica. O uso de alcoólicos é induzido por fatores sócio-culturais, hábitos sociais, em conexão com carências alimentares. Queda da produtividade, precária situação financeira da família, redução da vida do paciente. Não apresenta sintomas de abstinência. A evolução para o alcoolismo gama ou delta só ocorre em casos excepcionais, em menor frequência do que se pode observar no alcoolismo alfa, onde nas formas de “cultura” alcoólica mais pura não deve ser observado.

Alcoolismo gama - maior tolerância adquirida dos tecidos ao álcool, adaptação do metabolismo celular, sintomas de abstinência e necessidade imperiosa de beber, isto é, dependência física, perda de controle. Progressão definida da dependência psicológica para a física e evidentes alterações do comportamento do indivíduo. Nessa espécie, verificam-se as consequências mais graves, comprometimento das relações interpessoais, saúde afetada globalmente, decadência social e financeira.

Alcoolismo delta - exceção feita à perda de controle, registramos as três primeiras características mencionadas no alcoolismo gama. A capacidade de controlar, em qualquer circunstância, a quantidade ingerida, permanece intacta.

Alcoolismo épsilon - corresponde à disposomania, muito conhecida na antiguidade e bem descrita na Alemanha, em 1819; pouco frequente, mas de grande importância teórica. As crises podem acarretar consequências muito grandes. Os trabalhos sobre a “síndrome alcoólica” contribuíram para distinguir

melhor os aspectos clínicos da farmacodependência e estabelecer uma diferenciação entre a “síndrome do álcool” e as outras formas de alcoolismo.

Nesse sentido, parece claro então, que se conseguíssemos reduzir em grande escala o consumo do álcool, o número de alcoólatras, do primeiro grupo citado, possuidores de fraca vulnerabilidade psicológica, reduzir-se-ia muito. Para eles, a ausência do álcool equivaleria à cura. Por outro lado, o segundo grupo, da neurose alcoólica, continuaria a procura pelo álcool, que deveria ser escasso e caro, de modo a reduzir o consumo a pequenas proporções.

Assim, oferecer a possibilidade a uma população de consumir alcoólicos nacionais ou não, dentro dos padrões admitidos pela sociedade, dos hábitos alimentares e dos costumes, possibilita a alcoolização dessa população. As consequências podem ser observadas por sociólogos e psiquiatras. A alcoolização exprime a relação entre oferta e demanda, entre disponibilidade e consumo das bebidas alcoólicas.

A expressão “alcoolização” é empregada para designar a redução da duração de vida das pessoas portadoras, em caráter permanente, de um certo nível de álcool no sangue, decorrente de um consumo diário significativo, mas que não apresentam nenhum indício de dependência física (alcoolismo beta) ou psíquica (alcoolismo alfa).

O alcoolismo constitui um caso particular da relação em que o álcool adquire a significação de um agente patogênico em conexão com certas condições etimológicas próximas do indivíduo.

São vários os autores que se propuseram a estudar os problemas provenientes da ingestão de etílicos.

Em 1965, foi proposto um conceito de alcoolismo em termos de doenças neurofisiológicas, assinalando que historicamente podem ser diferenciados no Chile três modelos sócio-culturais de ingestão de álcool, derivados das duas culturas principais - indígena e espanhola - e a resultante chilena.

O modelo indígena caracteriza-se por quatro a seis crises culturais anuais de ingestão de álcool, do tipo ritual. Participam todos os homens adultos e a embriaguez é procurada avidamente.

A maioria da população chilena, operários e trabalhadores rurais, desenvolveu um estilo de beber que se vincula ao modelo indígena, mas com muito mais frequência de ingestão, realizada praticamente em todos os fins de semana. Segundo o autor, para um jovem adolescente chileno se embriagar muitas vezes durante um ano não é necessário invocar a existência de uma psicopatologia individual prévia, neurótica, psicótica ou psicopática, pois é suficiente ele se incorporar à cultura dominante, participando da amizade do grupo através das libações e da embriaguez grupal.

No Brasil, a complexa questão “Conceito de Alcoolismo Crônico” foi focalizada em prova escrita, em concurso para a Cátedra na Escola Paulista de Medicina, em 1964, publicada na Revista de Medicina. Nessa prova, que despertou muito interesse dos especialistas brasileiros, o autor separa inicialmente a dipsomania e o alcoolismo habitual por estado de carência: o primeiro, por se tratar de um distúrbio instintivo de caráter periódico e o segundo, nos casos observados no Hospital de Juqueri, pela ingestão de álcool

como suprimento alimentar devido à nutrição precária desses pacientes, geralmente submetidos a trabalhos físicos muito pesados. Para ele, o conceito de alcoolismo crônico deve ser estendido a três classes de pacientes:

1) toxicofilia propriamente dita, como dinamismo primário do uso imoderado de álcool; a gratificação é fundamental sobre um substrato de inferioridade psicopática com duas alternativas; a) compensação de dificuldades emocionais (personalidades psicopáticas inseguras e instáveis); b) em função de incapacidade conetiva (personalidades psicopáticas);

2) toxicofilia alcoólica, com refúgio neurótico - intoxicação habitual, como defesa contra insuficiência subjetiva, também com duas alternativas: a) alcoolismo habitual, como expressão masoquista, e b) alcoolismo crônico, como fenômeno de compensação neurótico;

3) alcoolismo crônico por desordem instintiva, como os que recorrem à intoxicação por desvio instintivo adquirido, exemplificando com os casos das pessoas que sofreram encefalite tipo epidêmico na infância.

Embora há mais de cem anos, tenha adquirido foro de universalidade, tem sido objeto de críticas. Nos Estados Unidos da América somente foi adotada depois de 50 anos de seu aparecimento, pois naquele país, até então, havia uma preferência pela expressão ebriedade. Na Classificação Internacional de Doenças (CID), aprovada pela Assembleia Mundial de Saúde de 1976, o nome “alcoolismo” foi substituído pelo título de “síndrome de alcooldependência”, cuja definição, também proposta pela OMS, é: “um estado psíquico, e habitualmente também físico, resultante de tomar álcool, caracterizado por uma conduta e outras respostas que sempre incluem a compulsão para tomar álcool de uma maneira contínua ou periódica, com o objetivo de experimentar efeitos

psíquicos, algumas vezes para evitar as manifestações produzidas pela ausência, podendo estar presentes ou não a tolerância”.

A nova definição ainda não satisfaz plenamente, sendo considerada um tanto confusa do ponto de vista terminológico, causando espécie, também, a síndrome de alcooldependência incluir as formas parasíticas periódicas, admitidas pelos psiquiatras de um modo geral, como vinculadas mais fatores endógenos, disposições herdadas, do que a fatores exógenos, no álcool. São formas geralmente consideradas como alcoolismo secundário, filiadas a distúrbios instintivos, no qual o consumo de álcool, no mais das vezes, não foi suficiente demorado para que se estabelecessem os mecanismos bioquímicos da dependência farmacológica.

Segundo GROSS & EDUARD (1976), foi proposta outra denominação, à síndrome de dependência do álcool, firmando também uma prevalência para a existência do fenômeno dependência, valorizado da seguinte forma: Síndrome de dependência, é sem dúvida nenhuma, de enorme importância para quem trabalha tentando ajudar pacientes com problemas de bebida. É uma idéia muito próxima do que muitos chamam de alcoolismo dos Alcoólicos Anônimos.

Agressões em via pública, quedas com fraturas, graves acidentes automobilísticos, práticas de atos anti-sociais, tais como roubo ou estupro, resultam muitas vezes de ingestão de alcoólicos por pessoas que não apresentam nenhum grau de dependência. As pessoas podem sofrer perturbações agudas ou crônicas, como resultado de uma maneira de beber, e não serem dependentes do álcool.

Propõe, então, uma distinção entre problemas relacionados com o álcool e síndrome de dependência alcoólica, para abarcar todas as situações existentes.

É evidente que, na prática devemos distinguir a simples ingestão de alcoólicos do alcoolismo. Na sociedade norte-americana, a maioria bebe, enquanto uma proporção significativa de jovens, principalmente do sexo masculino, bebe a ponto de se envolver em complicações transitórias.

Os problemas ocasionados pelo consumo de álcool não restringem unicamente aos que são provocados pelos chamados alcoólatras, pois muitas pessoas que bebem uma ou outra vez excessivamente não podem ser rotuladas de alcoólatras. Entretanto, como já foi visto, essa forma de beber pode ter consequências para a saúde, ocasionar acidentes de trânsito, provocar práticas de delitos, comportamentos anti-sociais e outras formas de prejuízo para a sociedade.

Pode-se afirmar que o consumo de bebidas alcoólicas está largamente difundido no Brasil. As restrições feitas por força da legislação especial relacionada ao consumo, através da imprensa e outros meios de propaganda, são ainda muito frágeis e tolerantes, resultantes de atitudes pessoais e coletivas de aceitação tácita do uso de substâncias psicoativas e, entre elas, em destaque, o álcool.

A identificação do alcoolismo, o diagnóstico, está subordinado à influência de ordem social, política, legal e médica.

Mas, infelizmente, em nosso meio, o alcoolismo não é encarado como uma doença e, sim, como degeneração do caráter do indivíduo que é automaticamente colocado à margem da sociedade.

A consciência de que o indivíduo alcoólatra necessita de tratamento ainda não existe em todos os segmentos da sociedade brasileira. As empresas, as

Estado de Goiás
ACAD. MIL. DE POLÍCIA MILITAR
BIBLIOTECA

instituições em geral não aceitam o indivíduo que consome o álcool. Não existe nas empresas privadas ou públicas um departamento ou setor que ampare esses indivíduos.

1 - Alcoolismo: diagnóstico clínico

O diagnóstico clínico da doença alcoolismo, nos casos mais tépidos, na prática não representa maior dificuldades, pois, se por vezes o paciente tenta dissimular a gravidade de seu estado, geralmente os familiares, sobretudo a esposa ou marido, pais e irmãos procuram fornecer todos os dados que permitem caracterizar a doença.

No alcoolismo é comum tanto o homem como a mulher, negarem serem alcoólatras, afirmando reiteradamente ingerirem etílicos muito raramente ou quando o fazem, em quantidade insignificante. Procuram atenuar ou negar a situação, visando proteger sua auto-imagem atingida e questionada por eles mesmos. O critério do alcoolismo social, para figurar como parâmetro comparativo, é muito inseguro. Por vezes, por trás dele, já se encontra um alcoólatra descompensado.

No caso feminino, embora entre nós ultimamente tenha havido cada vez maior tolerância da sociedade para com a mulher que bebe, na verdade sua preferência pela ingestão solitária de alcoólicos, às escondidas, por vezes exige do examinador maior habilidade na condução da entrevista, visando positivar ou não a suspeita de alcoolismo.

Frequentemente, a extrema ignorância de certas camadas mais modestas da população sobre os perigos do vício, contribui para que certas

informações preciosas sejam sonegadas ao médico. É comum o paciente afirmar não beber de nenhuma forma e ao mesmo tempo relatar que ingere diariamente uma garrafa de cerveja batida com ovos no liquidificador, como fortificante.

Trata-se de um problema envolvido em preconceitos que embaraçam frequentemente a própria atuação do médico. Médico e paciente geralmente integram a mesma cultura, que desde a infância ensinou-lhes a ver o alcoolismo não como uma doença e sim como um sinal de fraqueza. Nesse caso, o médico ao avaliar seu paciente, não estaria fazendo um diagnóstico, mas simplesmente acusando-o de ser fraco. Por outro lado, o médico, ao se defrontar na prática com a questão, não pode furtar-se também de considerar seu próprio comportamento em relação a bebida. O não reconhecimento do alcoolismo do paciente poderia estar vinculado as suas dificuldades para avaliar seus próprios hábitos alcoólicos. Muitas vezes, devido a preconceitos até mesmo de natureza religiosa, deixa de firmar precocemente, como é necessário, o diagnóstico.

A identificação do paciente deve ser completa, pois, idade, sexo, origem étnica, natureza do trabalho e outros dados podem, em certos casos, fornecer subsídios para definir situações fronteiriças, pouco características. A “anamnese”, focalizando constantemente a ingestão de alcoólicos, visando estabelecer uma relação quantidade/dependência, deve ser minuciosa e bem conduzida. Atenção especial deve ser dedicada a obter indícios de alterações na esfera do sistema nervoso neurovegetativo, tais como: taquicardia, hipertensão arterial, náuseas, hipotermia, sudorese e distúrbios do ritmo vigília-sono, as quais devem ser pesquisadas sistematicamente.

Ainda, quanto à identificação dos sintomas de dependência, devem afastadas outras condições, tais como a própria ressaca e processos infecciosos gripais. A literatura pertinente ao assunto registra casos de pacientes que nunca

apresentaram tais sintomas e, no entanto, vieram a falecer por graves complicações somáticas de alcoolismo crônico.

O médico deve procurar examinar bem a situação do paciente no ambiente de trabalho, antecedentes de acidentes de trânsito, a vida conjugal e complicações policiais ou com a Justiça. Além disso, deve apurar, em termos gerais, a situação de saúde no plano somático. As informações obtidas nessas diversas áreas permitem ampliar em leque as interrogações a serem melhor esclarecidas com a colaboração de parentes e amigos, permitindo relacioná-las com o abuso de etílicos e, convenientemente avaliadas, discriminar melhor a forma de alcoolismo em questão, assim como o modelo quantidade/frequência prevalecente no caso. Separação de casais, perda de emprego, litígios judiciais, cirrose hepática e outras condições graves frequentemente estão embutidas em uma história minuciosa de alcoolismo crônico.

O alcoólatra, cujo sono geralmente é muito superficial, relata com frequência sofrer insônia, com dificuldades para conciliar o sono. Acorda numerosas vezes durante a noite, inquieto, com alucinações e ilusões. Geralmente só consegue dormir algumas horas mais tranquilamente depois de ingerir uma boa dose de destilados. Ao despertar durante a noite, habitualmente tem dificuldades para retornar a perfeita lucidez de consciência, falando com voz pastosa, com dificuldades de coordenar os movimentos. Nesse estado, sujeito a distúrbios alucinatórios, pode tornar-se perigoso, principalmente se dispuser de uma arma ao seu alcance.

O exame físico metódico constitui etapa muito importante, pois pode localizar complicações somáticas que exigem medidas mais urgentes em benefício do paciente.

No exame somático, alguns sinais e sintomas podem ser considerados patogênicos. A aparência geral do paciente é muito expressiva. O “fáceis patatorium” (copo cheio) ou “cara cheia”, como se diz vulgarmente, geralmente de tom avermelhado, é decorrente, da ação geral vasodilatadora do álcool (especialmente sobre os vasos cutâneos da face) e marcado também pela presença de dilatações capilares venosas e arteriais, mais visíveis na região do nariz.

Frequentemente, o alcoólatra ou etilista comparece ao exame em condições higiênicas precárias (por vezes, há dias sem tomar banho), com o vestuário em completo desalinho, barba por fazer, cabelos despenteados e dentes mal cuidados. Permanece cabisbaixo, em postura vacilante; a deambulação é insegura, vacilante, em ziguezague, a característica de marcha ebriosa.

Algumas vezes, chama logo a atenção do médico o cheiro de álcool que o paciente exala, resultante da eliminação de vapores alcoólicos pelos pulmões o que pode ser quantificado através de aparelhos como alcoômetro ou bafômetro. O resultado vai confirmar, ou não, o estado de alcoolização da pessoa e o grau do mesmo, tanto nas formas de intoxicação aguda como crônica.

Como se vê, a alcoolização do organismo compromete praticamente toda a fisiologia humana, afetando a crase sanguínea, a esfera cardiovascular, o endocrinismo e muitos outros setores. Habitualmente os alcoólatras têm uma pressão arterial mais elevada que o normal.

A cirrose hepática, e a atrofia cerebral, em casos suspeitos de alcoolismo, são indícios seguros, no plano somático da ação de alcoólicos sobre o organismo. Neste caso, o abdome volumoso, pernas finas, vênulas varicosas no nariz, úlcera péptica, hipertensão ou tuberculose que aparentemente não pode ser

controlada, crise convulsiva tardia, insuficiência hepática, aumento das parótidas, dores de cabeça, distúrbios gastrointestinais, dificuldade para concentrar-se, insônia e inquietação, constituem indícios suficientes para um médico suspeitar do alcoolismo crônico.

Todas as condições acima apontadas constituem, desde logo, elementos suficientes para o médico chegar ao diagnóstico clínico, mas uma história clínica cuidadosa, bem colhida, um clima de intimidade pessoal e bons relacionamentos são imprescindíveis. Nunca deve prevalecer a preocupação em fixar um diagnóstico somático ou psíquico, vinculado ao alcoolismo crônico, como um ponto final, que oferece certa tranquilidade ao médico e aumenta a angústia do cliente. Ao contrário, ao enfrentar a posição de resistência do paciente, que muitas vezes reluta em admitir ser um etílico e muito menos que suas complicações somáticas sejam consequência do uso imoderado de bebidas, o examinador deve assumir posição extremamente tolerante, ouvindo pacientemente tudo que for relatado, para, pouco a pouco, ir procurando localizar as principais raízes do problema.

2 - Aspectos epidemiológicos do alcoolismo

A clínica aborda o alcoolismo como um problema individual. A epidemiologia, de modo distinto, aborda esta patologia enquanto fenômeno coletivo e, conseqüentemente, social. Seu enfoque está centrado na procura de um diagnóstico populacional ou grupal, estimado através de medidas de frequência da doença em estudo. Dentre essas medidas, as mais importantes são a prevalência e a incidência.

Além desses indicadores, que revelam a extensão ou a magnitude da doença são também investigados possíveis fatores de risco, ou seja, características demográficas, sociais, culturais, econômicas e biológicas que, quando presentes, determinam o aumento da probabilidade de ocorrência de patologias definidas. As pesquisas epidemiológicas, em geral, se valem de instrumentos quantitativos para o estudo das associações entre fatores de risco e doenças em populações humanas.

Especificamente em relação ao alcoolismo e suas complicações, a epidemiologia vem sendo largamente empregada para a sua caracterização como um problema de saúde pública. Resultados de investigações epidemiológicas realizadas na América Latina indicam taxas de prevalência global de alcoolismo entre 3% a 23% (1955).

A evidente importância para a saúde pública assumida pelo consumo excessivo de álcool, e suas consequências justificam realização de estudos epidemiológicos sérios, cuidadosos e profundos, que podem se constituir em importantes fontes geradoras de subsídios para o planejamento, execução e avaliação das ações destinadas ao controle de alcoolismo.

No Brasil, o desenvolvimento de tais estudos na área das doenças mentais é muito recente, quando a comparação com a história de epidemiologia das doenças mentais em países industrializados. Apesar disso, o alcoolismo vem sendo atualmente contemplado com trabalhos nessa área.

As pesquisas mais antigas, que objetivaram a estimativa da prevalência de doenças mentais, empregavam dados de registros de serviços de atendimento, basicamente em hospitais. Confrontando-se com o número de indivíduos residenciais na área coberta por esses serviços, podia-se estimar a proporção de

casos diagnosticados, em tratamento. Este indicador, por suas características, é denominado prevalência de casos em tratamento.

Os primeiros estudos realizados no Brasil, que estimaram a prevalência do alcoolismo foram desenvolvido em 1967. A partir de uma investigação em Ribeirão Preto,- SP, que “encontrou taxas de 6,2 % de prevalência de alcoolismo crônico, além de 13,3% de bebedores excessivos.” Em 1976, “empregando um questionário adaptado da Universidade de Santiago do Chile e adotando os critérios diagnosticados de Marconi (op. cit. p.81) estudou 200 (duzentos) adultos em Porto Alegre-RS. A prevalência encontrada de alcoolismo foi também de 6,2 %. Em outra pesquisa, em 1979, foi estudada “uma amostra de 712 residentes numa área arruinada do centro da cidade, estimou uma taxa de 22,6% de alcoolismo, sendo que esta categoria contribuiu com 50% de todas as mobilidades psiquiátricas da área”. Um questionário foi aplicado por entrevistadores treinados para a identificação de casos suspeitos submetidos a uma entrevista clínica psiquiátrica para posterior confirmação diagnóstica. (2) Um outro estudo específico de consumo de álcool foi desenvolvido pela equipe do Departamento de Saúde Pública de Santa Catarina. Os autores empregando metodologia mal definida, fazem referência ao consumo de álcool por 50% da amostra estudada, principalmente pelo sexo feminino, não abordando a ocorrência do alcoolismo a não ser entre indivíduos sob tratamento psiquiátrico.

Em 1978, os pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade da Bahia, realizaram pesquisas com amostras representativas. A metodologia adotada foi semelhante (inquérito domiciliar, coleta de estágio múltiplo), incluindo aplicação de um questionário de detecção, seguida de uma entrevista psiquiátrica com aqueles considerados

(2) - NETO, Azoubel. D. Estado atual da epidemiologia do alcoolismo. Acla, 1967, p. 75

suspeitos para a confirmação diagnóstica. “A prevalência para o alcoolismo situou-se também em 3,4% na população acima de 14 anos. Verificou-se também que o consumo exagerado, tal qual definido pela população estudada, situava-se no mesmo patamar 3,4%, enquanto taxas mais elevadas foram encontrados para outros níveis de consumo: 9,7% para embriaguez semanal e 14,2% para o consumo diário. (3)

A tabela que segue mostra o resultado dos estudos brasileiros sobre a prevalência e abuso do álcool.

TABELA I

PREVALÊNCIA DO ALCOOLISMO E ABUSO DO ÁLCOOL ESTIMADO EM ESTUDOS POPULACIONAIS BRASILEIROS DE ACORDO COM O SEXO

Autor	Tamanho da amostra	Prevalência		Local
		masculina	feminino	
Azoubel Neto 1962	203	1° a 13,6	1 a 9,0	Ribeirão Preto-SP
Luiz Júnior (1974)	514	11,0	1,5	Porto Alegre-RS
Coutinho (1976)	742	27,7	20,1	Salvador-BA (área de prostituição)
Santana (1978)	1,549	6,0	0,7	Bairro de baixa renda de Salvador
Santana de Almeida Filho (1985)	1,047	11,0	1,5	Área industrial. Região metropolitana Salvador-BA

FONTE: RAMOS (1990, P. 41).

Deve-se ressaltar que embora realizados com amostras de população totais, em sua maioria, a generalização dos seus achados é limitada às áreas estudadas. Não obstante, a inexistência de estudos nacionais leva a um constante uso equivocado dessas taxas.

(3) - SANTANA & ALMEIDA FILHO, Prevalência do abuso do álcool em duas áreas metropolitana de Salvador. 3º Congresso Médico - Salvador - BA, p. 406.

3 - Fatores associados ao alcoolismo

Vários fatores sócio-econômicos e culturais parecem estar associados ao alcoolismo e ao consumo de bebidas alcoólicas.

A tabela abaixo mostra taxas de prevalência do alcoolismo e padrões de consumo de bebidas alcoólicas, de acordo com algumas variáveis sócio-econômicas e culturais realizado por Caetano (1984).

TABELA II

PREVALÊNCIA DE ALCOOLISMO E CONSUMO DE ÁLCOOL DE ACORDO COM VARIÁVEIS SELECIONADAS, ÁREA URBANA. SALVADOR (1984)

Variáveis	Nº	Alcoolismo	Beber exagerado	Embriaguez semanal	Consumo diário
IDADE					
15-24 anos	608	1,8	2,1	4,8	10,7
25-54 anos	780	4,6	4,5	11,7	16,3
+ 55 anos	127	3,3	3,3	12,1	17,2
SEXO					
Masculino	693	6,3	6,3	7,1	11,1
Feminino	818	0,8	0,9	12,0	16,7
SITUAÇÃO FAMILIAR					
Solitário	14	14,3	-	28,6	36,7
Fam. pequena	740	3,8	3,7	12,0	16,0
Fam. média	664	2,9	3,2	7,9	13,1
Fam. grande	94	2,1	4,3	4,3	5,4
SITUAÇÃO CONJUGAL					
Solteiro	545	3,5	2,9	9,1	11,0
casado	371	2,7	2,5	8,8	5,4
Amasiado	265	6,0	7,9	13,2	11,7
Viúvo (separado)	115	0,9	0,9	20,9	20,9

Aqui, também se observa claramente o efeito da variável sexo preciosamente de acordo com as indicações da literatura. Entre os homens, a prevalência de alcoolismo e de consumo exagerado, é cerca de oito vezes maior que entre as mulheres. O inverso ocorre em relação à embriaguez semanal e consumo diário de álcool, com razões de prevalência de respectivamente 1,7:1 e 1,5:1 a favor do sexo feminino.

Quanto à relação familiar, a taxa de alcoolismo maior é dos indivíduos que vivem sozinhos. Para o padrão de consumo exagerado, a taxa mais alta, que é de 4,3% , ocorre nas famílias maiores.

Quanto à relação situação conjugal e alcoolismo e uso/abuso de álcool, a taxa mais baixa ocorre entre os viúvos e separados. Os maiores taxas de prevalência de alcoolismo e abuso de álcool foram assinaladas para os “amasiados” 6,0% e 7,9%, respectivamente.

A maior contribuição da abordagem epidemiológica para o conhecimento do problema do alcoolismo consiste em estabelecer, com base de dados populacionais e não apenas clínicos, uma distinção marcada entre a síndrome psicopatológica de dependência do álcool e o consumo interno e frequente de bebidas alcoólicas.

No Brasil, evidentemente, temos uma aproximação apenas inicial ao entendimento de tão importante problema de saúde pública em nosso meio. Mais estudos precisam ser feitos, não apenas para descrever os processos sociais de determinação desse fenômeno, mas também para subsidiar o planejamento, implantação de programas de saúde distintos para prevenção e controle de alcoolismo e suas consequências.

III - O ALCOOLISMO E O DIREITO

A história da humanidade mostra que o homem, cedo descobriu bebidas alcoólicas, por seu efeito tônico e euforizante, que permitia alívio de angústia e liberação das repressões. Mais tarde, ao lado dessas características, passou-se a atribuir ao álcool outras propriedades, ditas “fisiológicas”, segundo os quais a bebida alcoólica seria reconfortante e daria força e vitalidade. É evidente, contudo, que essas características não bastam para explicar a dependência alcoólica que pode ser inclusive hereditária, modalidade esta incurável pela necessidade constante de embebedar-se para suprir a falta deste componente que ocorre em seu sangue desde a gestação até a morte.

A problemática do alcoolismo não pode ser reduzida aos efeitos do álcool sobre o organismo. Devem ser também considerados os motivos mórbidos que levam as pessoas a beber em demasia, bem como a tolerância e a personalidade de cada indivíduo, além de outros dados.

As reações do indivíduo ao álcool dominam toda a etiologia do alcoolismo. A tolerância pode definir-se como a reação existente entre a concentração de álcool no organismo e os graus de intoxicação. Varia com a

idade, sexo, predisposições hereditárias, hábitos alimentares, estado orgânico e psíquico, tempo de intoxicação.

O chamado “consumo social” é a situação em que o álcool é tomado como auxiliar da comunicação social, facilitando a integração das pessoas. Por isso, muitos acham erroneamente que o álcool é um estimulante. O grau de perigo reside quando o consumo social dá espaço para o consumo excessivo e diário. Nesse caso, a pessoa pode se tornar dependente da doença e virar um alcoólatra.

No tocante ao campo do Direito, a realidade é outra. O complexo mundo do Direito mescla-se, intrelaça-se. Há abraço fraterno unido, como em um todo; ao mesmo tempo cada pedaço, cada fatia, é de independência fabulosa.

Do gari ao médico; do industrial do funcionário público de qualquer condição - todos, que nome tenha o Estatuto que oriente as respectivas vidas profissionais; seja um celetista, um estatutário, regido pelo regime único ou até mesmo militar de qualquer condição, o Direito do Trabalho, genérica ou especificamente terá interesse direto e imediato na vida e na morte de cada um e de todos.

Assim, sendo a doença do alcoolismo tema historicamente recente (não esquecendo que para a História um ano é contado como muito pouco), é correto que os usos e costumes, por justamente dependerem de números, de intimidade de ocorrências, afetaram bem mais de perto e mais depressa, e com maior vigor, o chão das relações entre os bilhões que dão trabalho e os milhares que recebem labor.

O alcoolismo é o principal problema funcional das empresas estatais (federais), em relação a uma grande parcela de seus funcionários. Cerca de vinte milhões de trabalhadores celetistas brasileiros são vítimas de alcoolismo. O tratamento bancado pela Nação com tal número de pacientes é imensurável. Foram catalogados mais de dois milhões de acidentes de trabalho no ano de 1990, dos quais, quarenta e três por cento ocorreram devido à doença do alcoolismo, direta ou indiretamente. Quarenta e oito por cento dos internamentos previdenciários, na área psiquiátrica, foram também de responsabilidade do alcoolismo.

1 - Alcoolismo e a CLT

A consolidação das Leis de Trabalho trata do tema alcoolismo como nefasto vício. Punível com, no mínimo, demissão sumária por justa causa absoluta.

“E no elenco das justas causas - art. 482, letra “f”. eis claramente definido como possibilidade de admitir em seu lugar, outro empregado alcoólatra. Além de ter perdido todo o investimento feito para formar e preparar o empregado”. (4)

A pequena amostragem da jurisprudência que encontramos demonstra claramente uma falta de informação muito grande a respeito do assunto alcoolismo-doença. Neste passo, contudo, a culpa maior está na área jurídica. O tema compete mais aos advogados abrirem debates neste novo caminho, mostrando doutrina e compilando jurisprudência. Afinal, nem sempre a culpa pelo mal julgamento está nas mãos do juiz, que na maioria das casos é bem

(4) - TEIXEIRA, João R. F. Alcoolismo. Doença no Mundo do Direito. Curitiba, Juruá, 1992, p. 33 e 55

intencionado. Quase sempre livra-se da tremenda repetição da falta de meios materiais para trabalhar.

O Tribunal Superior do Trabalho, no processo RR4.176 Ac. 898/77, prescreve:

“Alcoolismo patológico é doença e não falta grave. A consequência jurídica é o encaminhamento à previdência social e não despedimento”.

O Tribunal Regional do Trabalho-TRT-PR, no processo R 0739 de 1983, Ac. 776/83, prescreve:

“Embriaguez - prova: Para que se caracterize a embriaguez habitual, ou em serviço, ensejadora de justa despedida com fulcro na letra “f” do artigo 482 consolidado, não basta ao empregador alegar ingestão cotidiana de bebidas alcoólicas. Mister que fique provado o consumo na forma da Lei”. (5)

TRT 8ª Região, Pará, RO 412/89 Ac 837/89:

Embriaguez - justa causa:
 “O alcoolismo é um doença. E atinge tanto o indivíduo da classe operária quanto da classe patronal. É tempo do legislador

(5) - BENTHAN, IN: Alcoolismo: Doença e Tratamento. p. 42

tratar com maior cuidado científico esta matéria, afim inclusive de evitar excessiva severidade de certos empregadores, que aliás, com seus próprios costumes de consumo alcoólico, costumam ser muito benevolentes”.

O termo embriaguez é tão vago, tão impróprio, tão pouco científico, que tornou-se, ao longo do tempo vernacularmente, até inaplicável.

Com a dificuldade inclusive de provar, pois a alcoolemia só se comprova com exames de laboratório, e tais exames exigem sangue do acusado, e sangue do apontado, aqui como lá, como em qualquer ramo do Direito, impõe concordância para a retirada, sendo que a negativa determina simples indício contra, nunca prova.

A evolução fez caminhar, embora a lei trabalhista não tenha sido alterada em sua letra formal. Não se pode temer a afirmação de que, hoje, os Tribunais do Trabalho estão deixando de acatar a falta grave “alcoolismo”, mesmo que chamada erroneamente de embriaguez habitual ou em serviço. Inclusive, as empresas maiores e mais conscientes, melhor organizadas, não despedem mais o empregado doente do álcool. Buscam recuperá-lo. Mesmo por economia: sendo o alcoolismo encontrado, no mínimo em dez por cento da população válida, de acordo com a estatística da Organização Mundial de Saúde. Quem manda empregado embora por ser alcoólatra, tem enorme possibilidade de admitir em seu lugar outro empregado alcoólatra.

2 - Alcoolismo é doença: reintegração

A revista Vivência, nº 5, de outubro de 1987, publicou parte de interessante Acórdão em Recurso Ordinário julgado pela 4ª turma do Egrégio Tribunal Regional do Trabalho de Minas Gerais, que acompanhou unicamente o voto do Juiz, que se pronunciou:

“O alcoólatra é doente e não deve ser dispensado, deve ser reintegrado ao serviço e encaminhado a tratamento previdenciário” .

Isso fez com que o empregado demitido da Rede Ferroviária Federal, fosse reintegrado.

“Doença não gera demissão, mas tratamento. Sem prova contundente, técnica e específica, não se admite embriaguez. Cientificamente, a embriaguez é uma doença. E ao admiti-lo, evidentemente que se deve prescrever o tratamento adequado. Para uma doença o remédio não é uma punição (TRT - 3ª Região MG. Rel. Juiz Wagner Moura).

3. Alcoolismo no Direito Civil

A abrangência do Direito Civil é universal. Por isso, nem todos a conhecem de perto e intimamente.

Dáí vem a afirmação:

“A crítica primeira é contra a expressão LOUCOS DE TODO GÊNERO, usada no Código Civil ainda em vigor. Essa expressão é considerada pelo autor como superada e vencida e mesmo em desuso. (6)

Felizmente, no Anteposto do Código Civil, já restrito, edição do Senado Federal em 1989, a matéria já tomou outro rumo embora ainda criticável na terminologia usada.

Na Exposição de Motivos, Parte Geral, há alerta que está em lugar destacado e merece ser transcrita:

“Destinando-se a Parte Geral a fixar os parâmetros de todo o Sistema, as alterações nele efetuadas reflete nosso propósito de máximo rigor conceitual, a começar pelos artigos pertinentes ao sempre delicado problema da capacidade absoluta ou relativa. Acolheu a comissão a proposta do professor José Carlos Moreira Alves no sentido atender a situação das quais a lei atua não cogita, ou o faz de maneira imprecisa, como, por exemplo, a dos que, ainda que por causas transitórias, não podem exprimir a sua vontade; ou, a dos fracos de espírito, ébrios rituais e viciados em tóxicos, considerando, outrossim, absolutamente incapazes ou silvícolas, nos termos da lei especial”

(6) - PEREIRA, P.S. Citado por Teixeira, José R. F. p. 50

Nota-se que a expressão arcaica “loucos de todo gênero” não está presente. Orienta-se o Código Civil para a modernidade. Mas, persiste em erros quanto ao alcoolismo.

Dai se considera o termo “ébrio habitual” como impróprio, pois revela inocência no trato da matéria. Para ele, o certo, o correto é “Doentes do Alcoolismo”.

“Os pródigos e os interditos toxicômanos ou entoxicados habituais por entorpecentes, inebriantes, em geral, ou bebidas alcoólicas, equipadas, “in caso”, aos relativamente incapazes (Decreto Lei nº 891), de 25 de novembro de 1938, art. 29) tem capacidade delitual e para os atos ilícitos relativos. Quanto aos negócios jurídicos “strectu sensu” o prodigo só fica privado de praticar os atos que cogita o art. 459, e os outros incapazes juridicamente, só são para os negócios jurídicos e atos jurídicos, “strectu sensu”, quando precisarem a assistência de Tutor ou Curador (TOMOI, 1970)”. (7)

Na doutrina é ampla a confusão Toxicomanias e Alcoolismo. Quase todos os autores, grandes ou pequenos, caem na mesma tecla. Com as drogas completamente antepostas, não há nem um caso de interdição por alcoolismo.

A jurisprudência não é fértil, na área civil, quando se fala de alcoolismo, e mesmo haverá de buscarmos “alcoolismo-doença”, o que já ocorre com julgados pretórios trabalhistas de diversas instâncias, onde a matéria já aparece com insistência.

(7) - PONTES de Miranda. Toxicomanias e alcoolismo. Tomo 01. Borsi, 1970, p. 183.

4 - Alcoolismo e Direito Penal.

O alcoolismo é colocado sob seis formas no Direito Penal:

a) Embriaguez involuntária completa

Quando o estado ilícito é completamente alheio à vontade do agente. Ou ingestão induzida; ou quando efetivamente o agente não tinha condições, possibilidades de aferir os resultados do beber. Neste caso há isenção de pena.

b) - Embriaguez involuntária incompleta.

Quando a alcoolemia é verificada por ingestão anômala de álcool, condições individuais, intervenções maliciosas de terceiros, alterações ou substituições de bebidas. Neste caso a pena é diminuída de 1/3 a 2/3, a critério puro do julgador.

c) - Embriaguez culposa

Embora não haja intenção determinada de chegar ao estado etílico final, o agente tem condições de prever o resultado, e assume os riscos. Não há qualquer exclusão de criminalidade.

d) - Embriaguez voluntária

Esse tipo de embriaguez confunde-se com a culposa. O autor, contudo, acha que o agente, neste caso, se entrega à bebida sem uma intenção

predeterminada, embora saiba que neste estado pode delinquir. Na penalização repete-se a situação anterior.

e) - Embriaguez pré-ordenada

Aqui o agente ingere álcool deliberadamente para delinquir. O dolo é evidente e total. É a forma clássica da “actio libera in causa”, onde o crime é a causa da embriaguez e não consequência, como nos quatro casos anteriores. Neste caso, por óbvio, o alcoolismo é agravante da pena, que estará, fatalmente, aumentada.

f) - Embriaguez habitual

“É o alcoolismo crônico, fase final, conhecida pelos Alcoólicos Anônimos como “fundo do poço”. Normalmente as esperanças de recuperação quanto à doença são meros do que mínimas - chegando apelo ao milagre. Havendo cometimento de crimes em estado crônico de embriaguez, é imperativa, além da pena, aplicação de medida de segurança.” (8)

O estudo é interessante e prático. Sofreu já algumas restrições no traslado do original para o ponto de onde esta agora. De qualquer forma, embriaguez é termo consagrado em linguagem penal brasileira.

(8) SANTOS, Newtons e Pacheco. Op. Cit., 1985, p. 22

No campo das contravenções penais a medida é mais suave, não ajudando nem ao contraventor nem a sociedade.

Bêbado público, causando escândalo e perturbando a ordem, será punido com prisão simples de quinze dias a três meses ou multa.

Mas se a “embriaguez é habitual”, notória, o contraventor é internado em casa de custódia e tratamento.

IV - QUEM SERVE BEBIDAS A MENORES OU A PESSOAS JÁ EMBRIAGADAS

Quem serve bebidas a menores ou a pessoas embriagadas, ou que sabidamente sofrem das faculdades mentais poderá ser apenado com prisão simples de dois meses a um ano ou pagar a multa alternativamente.

A jurisprudência penal em termos da doença do alcoolismo é bastante singela. Acontece ao contrário do que ocorre na área trabalhista, embora a voz dos tribunais quanto ao álcool seja mais generosa. Na área penal repete-se, em termos similares, o que acontece no campo civil.

A discussão apresentada até aqui mostrou que, na área do direito, o alcoolismo é considerado doença.

O vício como foi considerado durante séculos, “falta de caráter” e até “pecado capital” evoluiu para o conceito de doença, formalmente admitida e reconhecida por órgãos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde.

É uma doença grave, que mata muito. As estatísticas da OMS revelam que é um dos males que mais ceifam vidas no mundo, tendo ocupado um triste terceiro lugar. Isto sem levar em consideração que no obtuário mundial não constam como mortes causadas pelo alcoolismo, as milhares de baixas atestadas por doenças cardíacas, males cerebrais, problemas do aparelho digestivo e outras.

Esta doença não só mata mas também aleija, quando assola o paupérrimo trabalhador, causando-lhe a miséria e ainda tirando-lhe o emprego. A embriaguez habitual ou em serviço é considerada uma justa causa, que autoriza a demissão sem pagamento indenizatório. Embora a Jurisprudência Trabalhista caminhe em sentido contrário, consertando o defeito do texto legal, há todavia, Juízes Trabalhistas e empregados ainda desinformados. Esta doença invade os lares sem quaisquer tipos de respeito e está presente em quase todos os problemas pertinentes às Varas de Família deste País.

A vítima do alcoolismo sente necessidade permanente do álcool. No geral não consegue abster-se em absoluto ou somente com grande dificuldade. Geralmente é incapaz de ajudar-se a si mesma a sair de sua situação. As causas do alcoolismo encontram-se profundamente enraizadas na complexa necessidade e insegurança do indivíduo. Não existe o que poderíamos chamar “tipo alcoólico”. O viciado pode beber sem descanso, dia-após-dia, ou então durante certas temporadas, seguida por período de abstinência. É uma doença séria, progressiva e quase sempre fatal, com possibilidade de cura total ainda hoje discutível, minimizante ou duvidável.

Negar que o alcoolismo existe é impossível, negar os males que causa é temerário, que cada um faça o possível, dentro de sua área, para dar combate viável, minorando suas consequências, é verdadeira obrigação social.

Advogados, Magistrados, Membros do Magistério Público, todos, social ou profissionalmente, devem dar sua contribuição e apoio aos portadores de doença do alcoolismo, dentro de sadios princípios da justiça. Entendendo que para uma doença, castigo não é solução. Uma pessoa doente, tem direito, merece tratamento, não demissão, condenação ou exclusão. É dever dos profissionais do Direito possibilitar ao enfermo o caminho científico da cura. Está é uma obrigação social de cada um. “Juntos, todos, na verdade perseguimos a ... Justiça”, porque a conscientização gera compressão.

Os homens e mulheres da Lei têm papel importantíssimo no conjunto social. Os doentes do alcoolismo precisam dessa tão respeitável ajuda.

V - ALCOOLISMO E EMPRESA

Os reflexos causados pelo abuso de álcool no trabalho têm motivado empresas brasileiras a implantarem programas de diagnóstico precoce e tratamento de alcoolismo.

Existem, pelo menos, duas razões pelas quais as indústrias deveriam planejar e executar tais programas. Primeiro, as empresas poupam dinheiro, evitando a perda de funcionários especializados, reduzindo a deterioração da eficiência, custos de treinamento, acidentes, absenteísmo e poupança de gastos com doença. Em segundo lugar, é dito que a empresa efetivamente motiva o alcoolismo em direção a um tratamento bem-sucedido.

Os trabalhos já publicados sobre resultados mostram um índice de recuperação entre 50% e 70% em empresas, comparado com cerca de 30% em egressos de tratamento hospitalar. Entretanto, o principal atrativo desses programas tem sido a redução de gastos.

Em 1972 foi mostrado que o Departamento de Trânsito de Nova Iorque, com 34.000 empregados, economizou 1,5 milhões de dólares por ano em gastos com doenças a um custo de 65.000 dólares por ano na administração de seu planejamento (8). E com isso, as estimativas de custo levam em conta que o alcoolismo tem alta prevalência e é causa de baixa produtividade.

Não encontramos em nosso meio, publicações a respeito da prevalência de alcoolismo em empresas. Sabemos que o seu cálculo é dificultado pelas diferentes características de cada organização e resistência dos empregados ao responderem questionários, devido ao receio de serem demitidos. Estima-se que esteja na faixa de 3% a 12%. Os indicadores de baixa produtividade mais comumente associados ao alcoolismo são o absenteísmo e acidentes de trabalho.

Vários estudos na literatura tentam relacionar faltas e problemas com álcool. O absenteísmo está frequentemente encoberto por atitudes “protetoras” de colegas para não prejudicar o empregado frente a organização e por atestados médicos onde não consta o diagnóstico de alcoolismo ou excesso alcoólico. Em 1976, constataram que 36% dos atestados de indivíduos alcoólatras tinham diagnóstico psiquiátrico, 10% acidentes, 14% problemas respiratórios e somente 3% alcoolismo. Esses indivíduos tinham, em média, 70 dias de faltas no ano. Outra forma do absenteísmo é aquela chamada parcial, onde o empregado comparece ao trabalho, porém não executa ou o faz lentamente ou perde tempo em outros setores”.(9)

(8) - VON WEIGAND. IN: RAMOS. P.S. Alcoolismo Hoje. 1990. p.218

(9) - Saad e Maddem (1976) En alcoolismo Diagnóstico e Tratamento.

Quanto aos acidentes, observou-se um índice três vezes maior de alcoolismo do que no *grupo de controle*. Nos acidentes com homens, os índices eram mais altos nos jovens. É provável que os homens mais velhos sejam mais habilidosos em suas tarefas e por isso a deterioração seja menos evidente.

Há estudos mostrando que, em determinadas indústrias, um alto índice de acidentes no início da tarde está relacionado com alta alcoolemia. Há um consenso de que acidentes no trabalho são mais frequentes em alcoólatras. Além do absenteísmo e acidentes, outros problemas podem ser encontrados.

Existem também, estudos que mostram em determinadas indústrias, um alto índice de acidentes no início da tarde, interrelacionados com a alta alcoolemia. Além de acidentes, outros problemas podem ser encontrados. Atrasos são frequentes, principalmente nas segundas-feiras. É comum a baixa produtividade no trabalho, perda de material, excesso de horas extras para tentar manter o índice desejado de produtividade, mal relacionamento com colegas, insubordinações e empréstimos financeiros excessivos. O setor médico é muito solicitado devido ao alto índice de complicações clínicas, exames de laboratórios, atestados e benefícios-doenças. O serviço social é igualmente solicitado, atendendo conflitos familiares e problemas sócio-econômicos consequentes do alcoolismo.

Há evidências de que algumas ocupações têm altos índices de consumo alcóolico problemático. Isto é reforçado por estudos clínicos, dados de mortalidade por cirrose hepática e estudos de ocupações específicas. Em 1978, na Suécia, observou-se que viajantes comerciais estavam representados treze vezes mais no grupo de alcoolismo do que na população em geral. Estudos realizados na Escócia, indicaram que trabalhadores não manuais, de ambos os

sexos, tinham um consumo maior de bebidas alcoólicas que trabalhadores manuais.

Apesar de muitos estudos nesse sentido, pouca importância tem sido dada para o tipo de trabalho como fator etimológico. Ajustes diminuindo os riscos na estrutura de várias ocupações certamente colaborariam para um menor consumo de álcool e diminuição de recaídas em pacientes tratados. Há uma teoria de que as pessoas propensas ao alcoolismo procurariam profissões que se adaptam a seu alto consumo. Assim sendo, destacamos alguns fatores de risco no trabalho, quais são:

- 1 - acesso fácil ao álcool;
 - 2 - pressão social para beber;
 - 3 - ocupações que promovem afastamento social e sexual;
 - 4 - falta de supervisor no trabalho;
 - 5 - trabalhos que exigem um alto rendimento ou um baixo rendimento;
 - 6 - conluio com colegas, paternalismo de chefias;
 - 7 - ocupações que submetem o empregado a um “stress” constante;
 - 8 - pré-seleção de indivíduos com alto risco.
-

VI - PROGRAMAS DE ALCOOLISMO EM EMPRESAS (PAE)

Os programas de alcoolismo em empresas começaram a surgir nos Estados Unidos da América, em organizações militares e em empresas privadas, motivadas somente para diagnósticos e tratamento. Seguia-se o conceito de alcoolismo como doença e a meta terapêutica era a abstinência.

A aceitação do programa era baixa, pois provocava rejeição por parte dos funcionários. A resposta terapêutica também era baixa, porque, na maioria das vezes, identificava os alcoólatras já em fase avançada da doença, com poucas possibilidades de recuperação.

Um PAE visa essencialmente ao diagnóstico precoce e encaminhamento dos indivíduos com o problema para tratamento. Há muito se ignora o potencial de prevenção do alcoolismo no trabalho. Neste sentido, alguns pontos podem ser ressaltados:

- 1 - problemas com a bebida podem ser sinais de um futuro alcoólatra, e a dependência alcoólica pode acarretar diminuição de produtividade desde a fase inicial.

2 - O relacionamento patrão/empregado favorece uma intervenção por parte do primeiro quando há queda de produção.

3 - o trabalho para adultos jovens constitui ponto de vital importância, tornando-os sensíveis às intervenções;

4 - o confronto tende a precipitar uma crise, motivando o indivíduo com problemas a aceitar a ajuda e se responsabilizar pelo tratamento.

Além das dificuldades de diagnóstico, a questão custo x benefício é ressaltada, como atrativo dos PAE. Em nosso meio, o interesse tem surgido no intuito de atender a situações graves e conhecidas de alcoolismo, não havendo prioritariamente a preocupação com os custos para a Organização. A preocupação está restrita em aliviar os setores sobrecarregados pelo problema, utilizando da medicina do trabalho, prevenção de acidentes e assistência social, o que ocorre também, nas demais empresas públicas ou de economia mista, onde a demissão de funcionários improdutivos é muito rara.

Uma forma mais sofisticada de abordagem é feita por indivíduos treinados para esse fim, sendo em geral, da área de recursos humanos e que procuram as diretorias de empresas, munidos de farto material audiovisual, resultado de pesquisas, além de outros dados relacionados com o custo x benefício de um programa.

Outra maneira também utilizada é a apresentação de um anteprojeto onde deve constar a prevalência do alcoolismo medido pela aplicação do CAGE e GGT em toda empresa e uma possível relação com alguns indicadores de queda da produtividade. A dificuldade nesse tipo de abordagem é que, pela

complexidade do anteprojeto, desinteresse das empresas pela pesquisa e morosidade de execução, acaba acarretando desistência do programa.

Para funcionar perfeitamente, a empresa deve manter seus programas e estabelecer um plano básico de identificação e atendimento. Esta atividade pode ser dividida em três etapas:

- a) mobilização;
- b) levantamento de recursos;
- c) elaboração do programa antes da implantação.

Na fase de mobilização devem ser feitas reuniões semanais com todos os interessados, assistentes sociais, médicos e psicólogos, para discussão de conceitos sobre alcoolismo e as necessidades da empresa. Na etapa de levantamento de recursos, deve ser avaliada a questão custo X benefício e esclarecidos os recursos já em disponibilidade. Finalmente, na elaboração do programa, deve ser apresentado o programa básico a ser implantado, frisando que não se pretende transformar o alcoolismo num grande problema para a empresa e sim alertar sobre a importância do assunto, solucionando crises e antecipando soluções.

1 - Implantação

O primeiro passo para a implantação do PAE é a elaboração de um contrato, que deve ser assinado pela diretoria, contendo as linhas mestras para coordenação do programa. O contrato deverá ter as seguintes bases fundamentais:

- 1 - política, por escrito, especificando procedência para identificar e confrontar empregados que têm dependência alcoólica, incluindo um

reconhecimento explícito da empresa de que o alcoolismo é um problema de saúde no emprego e que empregados com problemas não serão penalizados ao procurar ajuda;

2 - escolha de um coordenador do programa que cuidará do treinamento para identificação do problema, confrontação e encaminhamento dos casos diagnosticados para recursos de tratamento na comunidade;

3 - objetivos claros quanto a expectativas de recuperação;

4- treinamento de chefias e supervisão para identificação de baixo rendimento e encaminhamento para o programa.

5 - inclusão de todo o corpo funcional, independentemente do cargo que ocupe;

6 - educação para toda a empresa sobre problemas causados pelo álcool e os recursos disponíveis para a sua resolução;

7 - contato permanente com supervisores habilitados para que o programa não sofra distorções com o passar do tempo.

Além de estabelecer a linha básica de procedência, o contrato tem ainda a finalidade inicial de proteger o empregado e coordenar o programa. O passo seguinte é a escolha do treinador, que dentro da realidade de nossa empresa, são as assistentes sociais e médicos do trabalho, ficando para o coordenador o treinamento de chefias, elaboração de programas educativos, confrontação, encaminhamento e acompanhamento do tratamento.

2 - Etapas de funcionamento

As principais etapas de funcionamento de um programa são: identificação, confronto e tratamento. Na identificação as chefias são treinadas para identificar baixa produtividade. E para isto são usados os seguintes indicadores:

1 - absenteísmo: faltas ao trabalho, não-realização de tarefas determinadas, lentidão, perda de horas e outros setores, falta por motivo de doença (atestados);

2 - atrasos frequentes ao trabalho;

3 - acidentes de trabalho, também fora do horário de trabalho, mas que impliquem ausência;

4 - queda na produção e qualidade de trabalho, perda de material, excesso de horas gastas para a mesma produção, trabalhos defeituosos;

5 - relacionamento com colegas e chefias: atritos físicos e verbais, irritabilidade, agressividade, insubordinação.

Após a identificação do problema, o chefe encaminha o indivíduo a coordenação do programa para avaliação das causas do baixo desempenho. A postura do chefe tem que ser centrada exclusivamente nos fatos que demonstram a quebra do contrato de trabalho.

Um outro setor importante a ser treinado na identificação de possíveis casos de alcoolismo, é o médico. O treinamento deve ser feito no sentido de

diagnosticar problemas com o uso do álcool e sinais clínicos sugestivos. É onde, além do exame periódico de todos os funcionários, devem ser feitos exames clínicos, e laboratoriais básicos, dentre eles o GGT. Uma vez suspeitando da dependência alcoólica, os indivíduos devem ser encaminhados à coordenação do programa para diagnóstico e tentativas de correção.

Umas das dificuldades encontradas é com o indivíduo com testes positivos, diagnóstico de alcoolismo confirmado pela avaliação clínica, porém sem apresentar problemas no trabalho. Isso diminui o poder de pressão da empresa e até mesmo o direito de intervenção, pois neste caso pode ocorrer o rompimento do contrato de trabalho, e também ser maior a resistência em aceitar ajuda para o tratamento.

O confronto é feito pelo coordenador do programa ou por técnico designado para tal. Podem se convidados chefes do setor, familiares e outras pessoas envolvidas com o problema. Neste momento são evidenciados seus problemas com o trabalho, através de documentação objetiva e investigada a relação provável com a dependência alcoólica. Se confirmado o diagnóstico, o confronto precipita uma crise que motiva o empregado a aceitar ajuda para o tratamento de seu problema. Em algumas empresas que são mais rígidas a não aceitação de tratamento implica em demissão de funcionário.

3 - Tratamento

Uma vez aceita a ajuda, o empregado é encaminhado para o tratamento, onde será confirmado o diagnóstico e elaborado um plano adequado às necessidades individuais. O tratamento é feito preferencialmente fora da empresa, pois a sua realização na empresa poderia provocar problemas, tais como: medo do paciente em expor seus problemas, interferência de interesse da

diretoria, quebra de sigilo e manipulação de resultados. As empresas têm optado pela utilização de serviços conveniados, o que simplifica muito o processo; porém, eleva um pouco mais os custos. Ainda assim, ficam dentro da previsão de gastos com saúde de que cada organização dispõe. A participação no grupo de Alcoólicos Anônimos como forma de tratamento deve ser incentivada, porém não como única opção de ajuda e sim como tratamento complementar, pois há muitas situações de dependência alcoólicas que não se beneficiam com a filosofia destes grupos.

É importante saber que os objetivos do tratamento sejam os mesmos do programa assistencial da empresa. Por exemplo, o programa pode ter como objetivo o tratamento de indivíduos com dependência alcoólica, visando à abstinência mas somente uma melhoria de comportamento no trabalho. Isto pode criar riscos, e a empresa poderia tomar o caso como um fracasso por não atingir os seus objetivos almejados.

Várias empresas brasileiras implantaram programas de alcoolismo: entretanto, não há resultados publicados. A maioria dos programas ocupacionais dos E.U.A. mostram índices de 50% a 70% de recuperação. Trata-se de resultados otimistas quando comparados aos encontrados em clínicas de tratamento, que giram em torno de 30%. A avaliação dos sucesso dependerá das metas a serem alcançadas em cada programa. Estas, em geral, são divididas em quatro grandes grupos: abstinência alcoólica ou beber-controlado, nível de rendimento no trabalho, redução de custos e nível de penetração. A abstinência costuma ser meta comum a vários programas.

Do ponto de vista clínico, parece inegável que há melhor desempenho profissional com o tratamento: porém, a medida deste fato por muitas vezes é

difícil e os resultados, contraditórios. As próprias empresas muitas vezes não possuem meios de medir produtividade. Os critérios de absenteísmo ou acidentes não constituem parâmetros confiáveis. O resultado torna-se mais confiável quando a empresa conta com meios adequados de produtividade e quando se usam *grupos de controle* adequados para comparação.

O conceito de penetração é derivado do modelo de saúde pública e baseia-se na idéia de que existe um grupo de risco em meio à população em geral. Um programa terá maior sucesso quanto mais penetre nesse grupo de risco. O índice de penetração é calculado dividindo o número de alcoólatras atendidos pelo total esperado em determinada empresa. A dificuldade encontrada é na medição do índice de prevalência de alcoolismo numa empresa. Calcula-se que seja em torno de 10% semelhante ao da população em geral. Em nosso meio há poucas pesquisas de índice de prevalência de alcoolismo na população, havendo limitações metodológicas. Em empresas, as dificuldades são aumentadas pela diferença de características populacionais e variações quando ao tipo de trabalho. Um programa de alto nível de penetração pode não refletir o mesmo em termos de recuperação. Podemos atingir quase toda a população de risco e o tratamento ter resultados pobres, resultando o sucesso deste parâmetro inútil de expectativa dos empregados.

4 - Problemas mais frequentes

Entre os problemas mais frequentes destacam-se os seguintes: quanto aos indicadores, dificuldades conceituais, empregados mais **GRADUADOS**, política da empresa, supervisão e avaliação.

Quanto aos indicadores, há tendência de supervalorizar aqueles de baixa produtividade como sendo exclusivo do alcoolismo. Muitas vezes ocorrem

pressões para que o empregado admita que suas dificuldades são devido ao uso abusivo do álcool e, às vezes, por medo de represálias acabam concordando para fugir de sua real causa. Estes indicadores são apenas sugestivos tanto é que no próprio conceito de dependência alcoólica, as consequências não aparecem como elementos diagnósticos. A tendência é de esses indicadores estarem presentes naqueles indivíduos com diagnóstico óbvio. Outras vezes, torna-se complicada a verificação destes parâmetros devido à natureza de certas ocupações.

No que diz respeito as dificuldades conceituais, a adoção do conceito de doença alcoólica por grande parte dos programas ocupacionais limita o sucesso de funcionamento, por se tratar de um modelo médico e de pouca abrangência. Dentro desta filosofia, os indivíduos com alcoolismo são identificados, confrontados e encaminhados para o tratamento em regime de internação ou ambulatorial em clínicas especializadas com tratamento não-personificado. Esta medida ignora meios mais simples de tratamento e, pior, tendo a não diagnosticar casos iniciais ou com dependência alcoólica não muito grave. A simples procedência de identificação, confronto e orientação e muitos casos pode ser mais efetiva que um tratamento a longo prazo.

No que se refere aos empregados mais graduados o programa é abrangente. A maioria dos que estão funcionando não atinge os empregados mais graduados, principalmente em empresas de economia mista onde contam com a proteção política de vários “padrinhos” dificultando a abordagem. É frequente uma postura paternalista frente a este tipo de empregado para evitar problemas de relacionamento, pois convivem juntos no dia-a-dia e repartem responsabilidade semelhantes. Um outro elemento complicador é quando o chefe tem dependências alcoólica, não há interesse em identificar seus funcionários, encobrindo falhas, dificultando o encaminhamento do mesmo para o tratamento.

Quanto à política da empresa, muito cuidado deve ser tomado ao se propor um plano no atendimento a alcoólatras. Há necessidade de contrato por escrito, objetivando cada passo do programa, mesmo assim, muitas vezes há rompimento de contrato unilaterais devido a mudanças da política, sendo necessárias medidas protetoras para salvaguardar os empregados. Recomenda-se envolver o sindicato dos trabalhadores na realização do contrato. Muitas vezes ocorre o interesse de um departamento em implantar um plano, sem a concordância contratual da diretoria, ou apenas o reconhecimento verbal de sua parte.

O programa sobrevive de assistência ao empregado (PAE), onde o alcoolismo é atendido junto com outras prioridades de saúde prevalentes naquele local. O indivíduo recebe um atendimento global de saúde particularizado e não parcializado, como componente de num programa especial, falho e estigmatizado.

A supervisão tem sido tônica de muitos programas em funcionamento. Entretanto, as pessoas habilitadas são procuradas para implantação e são dispensadas assim que se adquire um ritmo de funcionamento. Isto colabora para um funcionamento irregular, incorporando falhas progressivamente, recebendo interferência de fatores internos da empresa e com falta de critérios para a avaliação de eficácia dos trabalho. Esta postura costuma acabar em termino gradual dos programas ou publicação de resultados duvidosos.

Na avaliação, são muitas as dificuldades em avaliar o sucesso de programas de alcoolismo em empresas. O método que tem sido adotado é o de avaliar um período pré e pós-tratamento, rende o indivíduo o próprio controle. A crítica a este método reside na dificuldade em medir o impacto do tratamento. Sem grupo-controle não há como saber quais as medidas que resultariam na

mudança de comportamento do empregado. Outros fatores que complicam as pesquisas de avaliação são as diferenças de rendimento de cada caso quanto à identificação, confronto e uma série de opções de tratamento.

Além desses problemas já mencionados, pesquisas em empresas oferecem algumas dificuldades adicionais:

a - falta de interesse e recursos financeiros;

b - medo de que a divulgação de resultados possa prejudicar a imagem da empresa frente à opinião pública, devido ao estigma do alcoolismo;

c - os próprios membros do programa podem evitar a avaliação por sentirem-se questionados quanto à eficácia de seus métodos e orientação filosófica;

d - falta de um modelo da pesquisa, com os programas funcionando com prontuários inadequados e procedimentos diversos tornando difícil a posterior avaliação;

e - a inexistência de pesquisadores neste programas é mais comum do que em outras áreas. A avaliação dos resultados é feita de maneira amadorística, às vezes pelos próprios funcionários da empresa com falhas metodológicas que invalidam a pesquisa. Muitos resultados são tendenciosos, adaptados a conveniências do programa e empresa.

5 - Alcoólicos Anônimos

Os Alcoólicos Anônimos têm sido, sem dúvida, uma instituição de tratamento com sucesso e que faz uso de métodos simples para uma época em

que as técnicas estão cada vez mais sofisticadas. Todo o trabalho tem, claramente, como passo de fundo, o conceito de alcoolismo como doença e não deixa de observar os tentáculos que essa doença estende às outras áreas da vida do indivíduo, sem se fixar apenas no ato de “beber de mais”.

Embora possamos nos deparar com várias críticas a esse trabalho, pelo próprio conceito de doença, o AA trata do indivíduo como alguém mal visto e com muitos problemas, procurando a substituição dos sintomas pelo entendimento da doença e o doente em si.

Através de depoimento ou comentários, a tônica constante é o confronto usado com muita propriedade para alertar o indivíduo sobre seu próprio mecanismos de defesa a proporcionar a oportunidade de auto-avaliação. Paralelamente a isso, o fato de ser recebido como alguém mas que será compreendido e respeitado, permite uma melhora da auto-estima tão arrasada.

Esse clima acolhedor e até mesmo familiar é de crucial importância para a manutenção da sobriedade, também porque proporciona a experiência diferente nos contatos pessoais onde as dificuldades são crescentes e muitas vezes perduram mesmo após a conquista da sobriedade.

O sucesso do funcionamento em grupo de AA mostra claramente a necessidade que o alcoolismo tem de agregar-se para seguir um programa pouco pretensioso na sua extensão (pois propõe abstinência por 24 horas), mas muito amplo quanto às suas metas, que se constituem na busca de melhor qualidade de vida e na mudança do comportamento alcoólico, conseguido às custas da abstinência.

No AA, os pacientes conseguem ajuda que não foi conseguida com um serviço profissional. Além disso, dispõem de vários aspectos como: o ambiente de liberdade criado para falar sobre a bebida em conotações morais ou, ainda, a disponibilidade de horários e dias, facilitando em muito o controle de um momento de crise e prevenindo uma recaída.

O AA, opera em um universo que, embora pareça pequeno, é de extrema importância para a manutenção da Sobriedade.

Fundada em 1935, nos E.U.A., a irmandade de AA vem, ao longo do tempo, estendendo sua ideologia através das fronteiras, de forma que, atualmente, 114 países podem contar com seus serviços e dispor de cerca de 48.000 grupos.

Toda essa obra teve início a partir do encontro de dois alcoolatras que se beneficiaram com a troca de experiências, transformando essa constatação numa maneira de ajudar os que sofrem do mal do alcoolismo.

No Brasil, a semente inicial foi plantada no Rio de Janeiro em 1948, quando o primeiro grupo foi fundado. A última estimativa feita é de 2.515 grupos distribuídos pelo país.

O AA tem uma organização própria, com centrais a nível mundial, nacionais e estaduais, cuja unidade de tratamento de grupo funciona através das reuniões de seus membros.

As reuniões são caracterizadas pela informalidade e têm como objetivo a troca de experiências. O número de membros é variável, assim como a

frequência às reuniões. Não existe obrigatoriedade formal de frequência e presença, mas sim de um “programa” pessoal, que é feito dentro de uma ideologia básica, orientado pelos “12 passos”. Esses são: enunciados e propostas de avaliação, retomada de um lado espiritual e mudança.

A meta é sempre não beber por um espaço de tempo suportável, geralmente 24 horas, tendo por base que, evitando o primeiro gole, certamente será mais fácil reter todo o processo da perda do controle que a doença alcoolismo impõe ao indivíduo acometido por ela.

A filosofia do AA termina por encaminhar ao exame dos problemas psicológicos e morais que sobrevivem ao alcoolismo, tratando assim da reabilitação do seu membro como um todo, proporcionando a oportunidade de recompor a auto-estima e imagem frente à sociedade. Ajuda a encontrar meios de mudar o ambiente social, encontrar novos amigos, desfrutar a vida familiar e profissional.

A recaída é uma possibilidade sempre presente e jamais impede que retorne para nova tentativa.

Qualquer pessoa que tenha o problema é bem-vinda e dificilmente quem não tem abstinência como meta consegue se adaptar ao AA.

O membro de AA é muito valorizado pelos companheiros, pela decisão tomada de parar de beber. Um alcoólatra é capaz de enxergar no outro aspectos conhecidos como medo, idéias, reações. Como consequência, o contato íntimo com outro alcoólatra, observar as dificuldades e as necessidades próprias de compreender a natureza de seus problemas, permite adquirir a consciência crescente de si mesmo e aliviar suas ansiedades.

Os grupos de AA diferem entre si não só por regiões, mas de grupo para grupo. Dentro de uma cidade, os grupos apresentam diferentes quanto ao perfil das pessoas que o frequentam. Assim, ao se recomendar a um alcoólatra que procure o AA, é conveniente que se tenha idéia do funcionamento dos grupos disponíveis, pois, como estabelecem relações pessoais, é necessário que haja compatibilidade social, intelectual e afetiva. É importante que o profissional que recomende o AA saiba exatamente o que está indicando, tendo tido contatos pessoais com os membros de AA e, mesmo tenha frequentado reuniões, além de conhecer a literatura própria deles.

No que se refere a quem frequente o AA, é importante observar que poucos autores tiveram, até agora, a preocupação com a identificação de um alcoólatra que frequenta o AA.

No Brasil, temos um único trabalho que nos dá um perfil desse alcoólatra, no que se refere às características sócio-demográficas, história do alcoolismo e modo de frequentar os grupos de AA, deixando de avaliar o perfil psicológico. Em 1983, numa amostra de 156 alcoolatras dos grupos existentes em Porto Alegre, podemos visualizar o seguinte: “trata-se de pessoas de meia idade (média 44 anos), com renda familiar entre três e nove salários mínimos regionais, casados, católicos e em atividade remunerada. Têm um conceito claro da doença e perda de controle, com cerca de 18 anos de evolução da dependência, com início por volta dos 26 anos”. (10).

A maioria tem história de alcoolismo na família e pelo menos uma internação por essa doença e não frequentada outro tipo de tratamento.

(10) - CAMPANA, A.A. et. Alii. Quem frequenta os alcoólicos anônimos? In ENCONTRO NACIONAL DE ALCOOLISMO, 7º - Florianópolis, 1983

O tempo de filiação ao AA é inferior a dois anos e a frequência às reuniões é de duas vezes por semana.

Concluindo, e inegável a importância que essa irmandade vem tendo na história do tratamento do alcoolismo como doença, seja como auxiliar ou como método eficientes por si. Tanto cresce o número de grupos filiados como também o número de profissionais que usam desse recurso.

Outro aspecto que merece ser ressaltado é a disponibilidade do recurso para o problema a qualquer nível sócio-econômico e, principalmente, nas comunidades onde não existem outros.

E quanto ao AL-ANON, nasceu em decorrência das necessidades, doenças e dificuldades que passavam as pessoas dos primeiros participantes do AA, em meados dos anos 40 elas se organizaram em uma irmandade paralela aqui, embora independente, funcionava aliada ao AA.

Tem como objetivo, além de proporcionar um alívio àquele que tem experimentado frustração no desgaste de um esforço contínuo para que seu familiar pare de beber, também ensinar o exame de seu próprio comportamento.

Os princípios metódicos do trabalho são muito parecidos com os do AA, por se tratar igualmente de grupos de auto-ajuda que têm origem muitas vezes nesses outros, com o uso dos 12 passos devidamente adaptados e estruturados de funcionamento dos grupos nos mesmos moldes.

Finalmente, em 1957 um adolescente cujos pais participavam, respectivamente, de AL-ANON e AA, fundou um grupo que pudesse atender às

necessidades de sua faixa etária. Essa nova extensão do AA, também criada sob mesmos moldes, logo teve repercussão e proliferou rapidamente, atendendo hoje muitos jovens.

VII - O ALCOOLISMO NA POLÍCIA MILITAR DE GOIÁS - PMGO

As circunstâncias especiais que envolvem a vida do policial diariamente, tais como: alegria, tensão, decepções, coragem, medo e perigo, podem, às vezes, gerar mudanças de comportamento, advindas dessas pressões, principalmente quando o indivíduo é predisposto ao uso de bebidas alcoólicas.

Por outro lado, muitas instituições, através de seus departamentos de Recursos Humanos, têm se preocupado com a questão do alcoolismo. Na Polícia Militar de Goiás, é embrionária a idéia de implantar um setor dessa natureza, pois ainda existe aquela crença de que o alcoolismo não é doença e sim um comportamento patológico que merece punição disciplinar e não tratamento.

Logo que tentamos iniciar as pesquisas de campo, sentimos que o trabalho não ia ser fácil, pois as informações eram difíceis e muitas vezes negadas, pelo medo de perder o emprego ou mesmo de ficar marginalizado dentro da corporação.

O alcoolismo na Polícia Militar do Estado de Goiás está previsto no Regulamento Disciplinar de 21.10.1989, no art. 14, inciso CXIII, que especifica:

“Embriagar-se ou induzir outrem à embriaguez, embora tal estado não tenha sido constatado por médico constitui transgressão grave” (11).

Isso nos faz acreditar que a polêmica existente em torno do alcoolismo é, além de antiga, revestida por tabus que impedem qualquer progresso no sentido de conscientização de que ele é uma doença.

Parece paradoxal falar de alcoolismo numa época como a de hoje, de intensa alcoolização da sociedade em geral, onde qualquer conversa por mais banal que seja, começa com um drinque. Qualquer crítica nesse sentido é tida imediatamente como retrógrada, repressora da liberdade alheia de beber. Entretanto, essa mesma sociedade que defende o hábito de beber repudia e marginaliza o doente do alcoolismo. Os efeitos do alcoolismo são graves, tanto mentalmente, quanto fisicamente. O alcoólatra perde gradualmente o apetite e pode cair em estado de perigosa desnutrição, com seus múltiplos agravamentos. Ainda podem ocorrer lesões no coração alterações em outros órgãos e sobretudo depressão do sistema nervoso, seguido de paulatina e progressiva desintegração da personalidade.

Muitas causas podem levar o indivíduo ao vício, podendo ser esquematicamente divididas em:

1 - Causas ocasionais: Quando determinadas pelo próprio meio ambiente;

(11) Regulamento Disciplinar art. 14, inciso CXVIII.

2 - Causas secundárias: Quando a ocorrência se faz após um transtorno mental, como na epilepsia e na arteriosclerose cerebral;

3 - Alcoolismo de causa psicopática: Quando disposições caracteristicamente congênitas facilitam o vício;

4 - Alcoolismo por conflitação neurótica: Quando o desenvolvimento neurótico da personalidade é que vai condicionar o aparecimento do hábito.

VIII - OBJETIVOS DO ESTUDO.

1 - Levar ao conhecimento da comunidade policial militar e aos nossos familiares, os males causados pelo abuso do álcool;

2 - Orientar para que sejam encaminhados ao tratamento todos os que dele precisam, mantendo um acompanhamento adequado e constante, sem o que, os riscos de recaídas serão enormes;

3 - Esclarecer que o alcoolismo é uma doença catalogada pela Organização Mundial de Saúde, sendo responsável por um número elevado de mortes;

4 - Propor a criação de um centro de assistência ao dependente do álcool no âmbito da Polícia Militar do Estado de Goiás;

5 - Propor a criação e distribuição de material didático preventivo para a tropa sobre o alcoolismo.

A escassez de dados que ajudam a retratar a situação do portador de doença do alcoolismo, tanto de natureza qualitativa como quantitativa, constitui

um sério entrave àqueles que se dedicam a estudos dessa natureza. O mesmo ocorre a nível do material bibliográfico disponível, que são pouco significativos e não mostram a nossa realidade. A pesquisa teve como universo a Polícia Militar de Goiás - PMGO, sem contudo fugir à realidade da sociedade civil, que também faz uso de bebidas alcoólicas.

IX - ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

Para a elaboração do trabalho foi utilizada a pesquisa bibliográfica e de campo. Esta com aplicação de questionários aos Comandantes de Unidades Operacionais da Polícia Militar de Goiás e da Tropa do 1º BPM (Batalhão Anhanguera), sediado no Setor Pedro Ludovico, nesta Capital. Uma coleta dos dados estatísticos foi feita na Seção de Assistência Social da PMGO (DP/5), no CASO (Centro de Assistência Social) da Caixa Beneficente da PMGO e na Auditoria da Justiça Militar.

No mês de maio de 1995, quando de uma formatura geral, os policiais militares pertencentes ao 1º BPM foram submetidos ao Test-Mast, criado pelo Professor Melvin Selzer, da Universidade de Michigan - USA. 1966.

Segundo o autor, o teste surgiu da necessidade de se ter um instrumento de diagnóstico confiável e que pudesse oferecer alguma precisão de resultados, consistindo de vinte e cinco questões do tipo SIM/NÃO.

Análise dos Dados

Dos 142 questionários aplicados, os resultados obtidos estão a seguir:

1 - Você se julga um bebedor normal?

Sim - 101 = 71% - não: 41 = 29%

2 - Alguma vez você se levantou pela manhã, após ter bebido na noite anterior, e se deu conta que não se lembrava de uma parte da noite?

Sim - 21 = 19,8% - não: 85 = 2%

3 - Sua esposa (ou marido), pais, alguma vez se queixaram de você beber ou se preocuparem com isto?

Sim - 44 = 31% - não: 98 = 69%

4 - Você pode parar de beber sem esforço, após um ou dois aperitivos?

Sim - 120 = 85% - não: 22 = 15%

5 - Você já se chateou com seu jeito de beber?

Sim - 25 = 18% - não: 117 = 82%

6 - Seus amigos ou familiares acham que é normal o que você bebe?

Sim - 100 = 70% - não: 42 = 30%

7 - Você já tentou limitar o uso de bebidas a determinadas horas do dia ou a certos locais?

Sim - 92 = 65% - não: 50 = 35%

8 - Você sempre é capaz de beber quando quer?

Sim - 92 = 65% - não: 50 = 35%

9 - Alguma vez você participou de uma reunião de alcoólicos anônimos?

Sim - 11 = 8% - não: 131 = 92%

10 - Você já se envolveu em brigas ao beber?

Sim - 20 - não: 122

11 - Você e sua esposa (ou marido) já tiveram problemas por causa da bebida?

Sim - 16 = 14% - não: 426 = 88%

12 - Sua esposa ou outro membro da família, já procurou alguém para ajudá-lo quanto ao seu jeito de beber?

Sim - 10 = 7% - não: 132 = 93%

13 - Você já perdeu algum emprego por causa da bebida?

Sim - 00 - não: 142 = 142%

14 - Você alguma vez perdeu amigos ou namorada (namorado) por causa da bebida?

Sim - 5 = 4% - não: 137 = 96%

15 - Você já teve problemas no trabalho por beber?

Sim - 6 = 4% - não: 136 = 96%

16 - Você já se descuidou de suas obrigações, sua família, seu trabalho por dois ou mais dias consecutivos por estar bebendo?

Sim - 5 = 4% - não: 137 = 96%

17 - Você sempre bebe antes do meio dia?

Sim - 10 = 7% - não: 132 = 93%

18 - Já lhe disseram que você tem problemas de fígado? Cirrose?

Sim - 7 = 5% - não: 135 = 95%

19 - Você alguma vez teve “delirium tremens”, tremores severos ou ouviu vozes ou coisas que não existiam depois de beber muito?

Sim - 5 = 4% - não: 137 = 96%

20 - Você já procurou ajuda de alguém por beber?

Sim - 4 = 3% - não: 138 = 97%

21 - Alguma vez, você já esteve hospitalizado por causa da bebida?

Sim - 5 = 4% - não: 137 = 98%

22 - Você já esteve internado em Hospital Psiquiátrico, com problemas provocados pela bebida?

Sim - 1 = 1% - não: 141 = 99%

23 - Você alguma vez foi à psiquiatria, clínica de saúde mental, médico, assistente social, psicólogo, ou padre para obter ajuda num problema emocional, no qual a bebida fazia parte?

Sim - 00 - não: 142 = 100%

24 - Você já esteve preso mesmo por poucas horas por comportar-se como um bêbado?

Sim - 09 = 6% - não: 133 = 94%

25 - Você alguma vez foi preso por dirigir embriagado ou após beber?

Sim - 00 - não: 142 = 100%

Além da pesquisa realizada, recorreu-se ao COPOM, onde se pode constatar várias ocorrências pertinentes ao assunto, junto à DP/5 e ao CASO.

a) Ocorrências registradas no COPOM - Centro de Operações da Política Militar, envolvendo policiais militares em visível estado de embriaguez alcoólica:

Período de: 01.10.94 a 23.10.94

total de ocorrências: 19 (dezenove)

b) Quantitativo de policiais militares dependentes do álcool, segundo levantamento da DP/5:

Unidade da Capital - 278 PM;

Unidade do Interior - 475 PM;

TOTAL:..... 753 PM.

c) Atendimentos realizados pelo CASO, da Caixa Beneficente dos Servidores Militares do Estado de Goiás, no ano de 1994, até maio de 1995.

1994 - 22 PM;

1995 - 22 PM;

TOTAL 33 PM.

Os dados acima mostram uma grande discrepância, o que nos leva a constatar que a situação é mais grave e é escamoteada, mesmo considerando que alguns questionários apresentam respostas contraditórias.

Para clarear esta situação, fizemos um levantamento na Auditoria da Justiça Militar sobre o número de processos existentes naquela especializada que envolvem o uso do álcool e obtivemos o resultado de 10% do total.

Foi remetido um questionário no mês de maio de 1995 para 25 Unidades Operacionais da PMGO. Dessas 25 unidades, 21 devolveram os questionários devidamente preenchidos. Os resultados das questões formuladas seguem abaixo:

01 - Quantas ocorrências houve na Unidade envolvendo Policiais Militares por uso de bebida alcoólica, no ano de 1994 até a presente data?

R. 271 ocorrências.

02 - Quantos Policiais Militares foram punidos na Unidade por motivo de uso de bebida alcoólica, do ano de 1994, até a presente data?

R. 365 Policiais Militares.

03 - Existem na Unidade Policiais Militares que apresentou problemas com o uso de bebida alcoólica e que vêm acarretando transtornos ao serviço policial? Em caso positivo, quantos?

R. 83 Policiais Militares.

04 - Há casos na Unidade em que Policiais Militares tenham deixado sua família em dificuldades de sobrevivência, devido ao uso de bebidas alcoólicas? Caso positivo, quantos?

R. 22 Policiais Militares.

05 - Existe na Unidade Policial Militar que momentaneamente, ausenta-se do serviço policial para fazer uso de bebidas alcoólicas?

R. Em 13 unidade foi constatado policiais com essa conduta.

06 - A maior incidência de faltas ao serviço policial nos finais de semana e segundas-feiras, está relacionado com:

R. Motivo justificáveis	05
Motivo fútil	04
Desconhecimento da escala	02
Doença	05
Transportes	02
Bebida	03

07 - O Sr., como Comandante de Unidade, acha válida a criação na PMGO de uma seção para o acompanhamento e recuperação de Policiais Militares alcoólatras? Caso positivo, dê sua opinião.

R. Dezenove Comandantes de Unidades entendem que sim, apoiando totalmente a idéia da criação da seção; 02 (dois) não consideraram importante a iniciativa, entendendo que o RDPMEGO é o suficiente.

2 - Comentários sobre os dados

A presente pesquisa permitiu verificar nitidamente que na Corporação não existe um programa preventivo, diagnóstico e terapêutico, para que possa atender os doentes do alcoolismo, ficando aos mesmos sem nenhuma assistência médico-hospitalar.

Os alcoólatras são timidamente acompanhados pela Caixa Beneficente dos servidores Militares do Estado de Goiás, e pela DP/5, que apenas encaminha

o policial a uma clínica médica especializada, não realizando um trabalho contínuo de recuperação dos mesmos.

Vale ressaltar ainda, que em alguns casos o doente pode ser excluído da Corporação, quando aplicado somente o RDPMEGO.

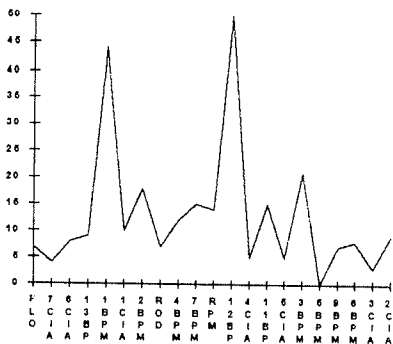
Dos resultados alcançados com esta pesquisa, ficou evidenciado que é séria a questão do alcoolismo na PMGO, tanto pelo número de processos que tramitam na Auditoria da Justiça Militar, quanto pelas respostas dadas pelos Comandantes de Unidades. Há que se considerar, ainda, os dados estatísticos levantados, que são provas evidentes, embora, nesse caso, se reconheça haver uma desorganização nessa modalidade de registro.

De acordo com os dados obtidos através da pesquisa, ficou evidenciada a importância de se adotar uma política de prevenção, com o objetivo de orientar o policial quanto à gravidade do uso de bebidas alcoólicas e paralelamente, auxiliar aqueles que já se encontram no vício.

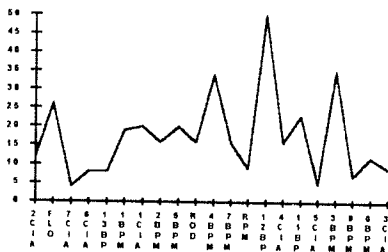
A visualização gráfico-estatística dos resultados alcançados, a partir da análise e interpretação das respostas dadas nos instrumentos de medida aplicados é objeto da ilustração que se vê nas páginas seguintes.

GRÁFICOS

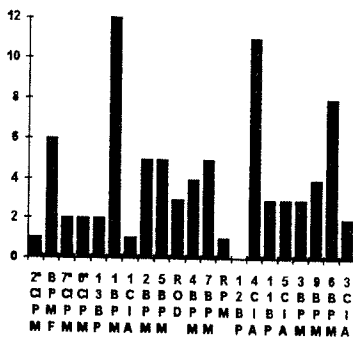
1. Quantas ocorrências houve na Unidade envolvendo PM por uso de bebida alcoólica, do ano de 1994 até a presente data?



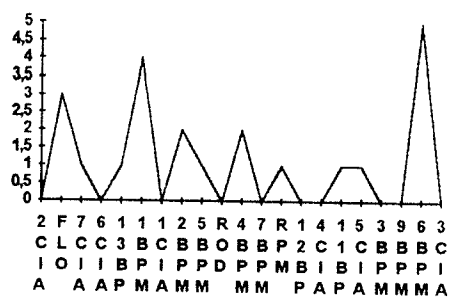
2. Quantos PM foram punidos na Unidade por motivo do uso de bebida alcoólica, do ano de 1994 até a presente data?



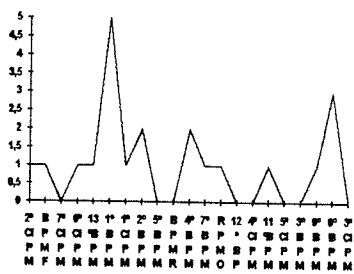
3. Existem na Unidade PM que apresentem problemas com o uso de bebida alcoólica e que vêm acarretando transtornos ao serviço policial? Em caso positivo, quantos?



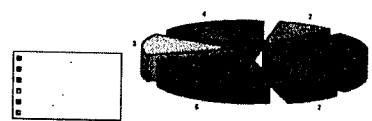
4. Há casos na Unidade em que o PM tenha deixado sua família em dificuldades de sobrevivência, devido ao uso de bebida alcoólica?
Caso positivo, quantos?



5. Existe na Unidade PM que momentaneamente, ausenta-se do serviço policial para fazer uso de bebida alcoólica? (beber um trago)



6. A maior incidência de faltas ao serviço policial nos finais de semana e segunda-feiras, está relacionado com:



7. O Senhor, como Comandante de Unidade, acha válida a criação na PMGO de uma Seção para acompanhamento e recuperação de PM alcoólatras?



QUESTIONÁRIO TESTE-MAST

01. Você se julga bebedor normal?



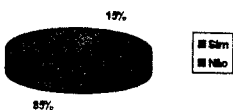
02. Alguma vez você levantou de manhã, após ter bebido na noite anterior, e se deu conta de que você não se lembrava de uma parte da noite?



03. Sua esposa (ou marido) ou pais alguma vez se queixaram de você beber ou se preocuparam com isto?



04. Você pode para de beber, sem esforço, após um ou mais aperitivos?

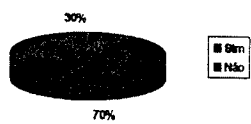


05. Você já se chateou com o seu jeito de beber?



Estado do Goiás
COMANDO-MIA DE POLÍCIA MILITAR
BIBLIOTECA

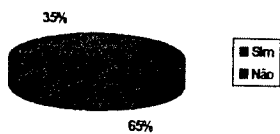
06 - Seus amigos ou familiares acham que é normal o que você bebe?



07- Você já tentou limitar o seu uso de bebida a determinadas horas do dia ou a certos locais?



08- Você sempre é capaz de beber quando quer?



09- Você alguma vez participou de uma reunião de alcoólicos anônimos?



10. Você já se envolveu em brigas ao beber?



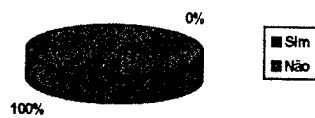
11. Você e sua esposa (ou marido) já tiveram problemas por causa da bebida?



12.Sua esposa ou outro membro da família já procurou alguém para ajudá-lo devido a seu jeito de beber?



13. Você alguma vez perdeu algum emprego por causa da bebida?



14. Você alguma vez perdeu amigos ou namorada (namorado) por causa da bebida?



15. Você já teve problemas no trabalho por beber?



Estado de Goiás
SECRETARIA DE POLÍCIA MILITAR
BIBLIOTECA

16. Você se descuidou de suas obrigações, sua família, seu trabalho por dois ou mais dias seguidos por estar bebendo?



17. Você sempre bebe antes do meio dia?



18- Já lhe disseram que você tem problemas de fígado? Cirrose?



19- Você alguma vez teve delirium tremens, tremores severos, ou ouviu vozes ou viu coisas que não existiam depois de beber muito?



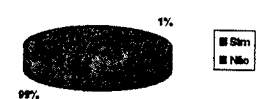
20- Você já procurou a ajuda de alguém por beber?



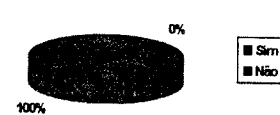
21- Alguma vez você esteve hospitalizado por causa da bebida?



22- Você já esteve internado em hospital psiquiátrico, sendo a bebida o seu problema?



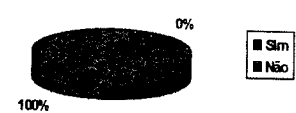
23- Você alguma vez foi ao psiquiatra, clínica de saúde mental, médico, assistente-social, psicólogo, ou padre para obter ajuda num problema emocional, do qual beber fazia parte?



24- Você já esteve preso ou detido mesmo por poucas horas por comportar-se como um bêbado?



25-Você alguma vez foi preso por dirigir embriagado ou após beber?



CONCLUSÃO E SUGESTÕES

Ao chegar ao final deste trabalho, ficou claro que procuramos demonstrar funcional e operacionalmente o valor de um programa de assistência aos alcoólatras que existem no meio da Corporação.

Não nos detemos em declarar conceitos uma vez que o fizemos ao longo do próprio texto e no contexto das discussões. Aqui destacamos, apenas alguns dos conceitos utilizados por serem fundamentais pela sua abrangência teórica e por constituírem o pano de fundo sobre o qual trabalhamos.

Sem dúvida alguma normalmente podemos ir de um lugar para outro seguindo roteiros, trajetórias ou caminhos diferentes. Porém, só conseguiremos atingir nosso destino, nossa meta, se nos prepararmos para isso, se escolhermos uma rota adequada e trilharmos com convicção e persistência. Consequentemente, **NÃO** adiantará nos prepararmos e iniciar uma jornada, com convicção é persistência, se o caminho escolhido não for sólido, não tiver condições de suportar o alicerce sobre o qual mostraremos todos nossos esforços. Em assunto de alcoolismo, a solidez do caminho está no respeito. Está no respeito do alcoólatra que por sua vez está na dependência do mesmo.

A análise dos dados constantes deste estudo nos levou a concluir que o alcoolismo é uma doença grave e progressiva que afeta indiscriminadamente pessoas de diferentes idades e classes sociais. Quanto mais tarde for detectado, menores serão as chances de recuperação.

Todo alcoólatra apresenta problemas sérios de comportamento tais como: desarmonia familiar, perda de sentido, de responsabilidade, menor produtividade no trabalho, deficiência auditiva, impaciência e, alguns casos chega até mesmo, às raias da violência.

Essas consequências se agravam quando o dependente do álcool é um policial militar, pois qualquer incidente entre membros da corporação ira refletir, sobre maneira, na imagem da Polícia Militar como um todo causando o descrédito da sociedade e maculando a sobriedade e a serenidade que sempre marcaram o trabalho desenvolvido pela Polícia Militar do Estado de Goiás.

Considerando que o policial doente de alcoolismo pode causar inúmeros danos para si próprio, para a família e para a Corporação, é necessário e indispensável que todos os oficiais que ocupam chefia na Polícia Militar se engajem num único esforço de prevenir e combater o alcoolismo entre seus subordinados.

Dessa forma, fica clara a necessidade de se criar dentro da Corporação da PMGO, um departamento que atenda todos os policiais que apresentarem problemas de alcoolismo e fazer um tratamento preventivo contra essa doença.

Quanto às sugestões, podemos enumerar algumas:

- 1 - Elaboração e distribuição de “Cartilha” com esclarecimento sobre os perigos que provém do álcool;
- 2 - Elaborar um Programa Preventivo que envolva todos os Comandantes de Unidades, Diretores e Chefes que possuam algum alcoólatra sob seu comando;
- 3 - Procurar fazer um trabalho de conscientização junto à famílias dos alcoólatras para minimizar os problemas das esposas e filhos de alcoólatras;
- 4 - Criar um Centro de Prevenção, diagnóstico e tratamento, com os meios já existente na PMGO.;
- 5 - Criar grupos de ajuda mútua;
- 6 - Criar um programa de divulgação sobre alcoolismo e suas consequências.

A criação de um departamento de assistência, acompanhamento, prevenção e tratamento da doença do alcoolismo na Polícia Militar, é projeto viável e necessário, uma vez que o tratamento atualmente dispensado aos policiais militares vítimas do alcoolismo é feito de modo simplista.

Assim, esperamos ter deixado a nossa pequena contribuição no sentido de tentarmos esclarecer a problemática do alcoólatra dentro da Corporação e, ao mesmo tempo, deixar bem claro que o alcoolismo é uma doença e por esta razão merece ser tratado nas suas raízes.

BIBLIOGRAFIA

- ALCOÓLICOS, Anônimos. Texto básico para alcóolicos. 3ª ed. São Paulo: s.e. 1976.
- ALONSO-FERNANDEZ, F. Álcool Dependence Madrid, Pirâmide, 1981.
- ANDRADE, José. Um drinque doutor. Informações Psiquiátrica. São Paulo: Científica Nacional. n. 11. 1992.
- FONSECA, Alexandre Guerreiro. Tóxicos, o que são as causas, como evitá-lo. São Paulo: Santuário, 1986.
- FORTES, José Roberto de Albuquerque. Alcoolismo: diagnóstico e tratamento. São Paulo:, Sarvier, 1991. 327p.
- FREIRE, Gilberto. O açúcar. Rio de Janeiro: IAA, 1969.
- GROSS, & EDUARD. Alcoolismo: Diagnostico e tratamento. 1991, p. 23
- KRAMER, S. N. Mesopotâmia: berço da civilização. Rio de Janeiro: José Olympio, 1983.
- MASUR, Jandira. O que é alcoolismo, 2 Ed. São Paulo: Brasiliense, 1991, 74p.
- MURAD, José Elias. Alcoolismo, doença ou distúrbio de comportamento. Belo Horizonte: Abraço, 1989. 23p.
- RAMOS, Sérgio de Paula. Alcoolismo hoje. 2 Ed., Porto Alegre, Artes Médicas. 1990, 236p.
- ROTMAN, Flávio, Cocaína, comida, sexo. Salvar alcoólatras. Rio de Janeiro: Record, 1976.

SANTIAGO, Maria das Graças. Alcoolismo por que tanto silêncio. João Pessoa: União Cia, 1981.

DOMINGO Santo. O alcoolismo, 1982.

SELLTIZ, C. Et alli Métodos de pesquisas nas relações sociais São Paulo: Herder, 1965.

SENISE, Nelson. Pare de beber. Rio de Janeiro: Record, 1975.

SEVERINO, Antônio Joaquim, Metodologia do trabalho científico; diretrizes para o trabalho Científico-didático na universidade. 5. Ed. São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.

SIQUEIRA, L. Mesquita, Pesquisa bibliográfica. São José do Campo. ITA, 1969 (miniografado).

SOUTO, M. S. Cachaça. Rio de Janeiro: IAA, 1971.

SOUZA, Rui Barbosa. Tudo sobre tóxicos. Porto Alegre: Riguel, 1984.

SOURNIA, J.C. História de alcoolismo. Paris: Flammarion, 1986.

TEIXEIRA, João Régis Fassbender. Alcoolismo doença no mundo do direito. Curitiba: Juriá, 1992, 78p.

ANEXOS

I - Questionário aplicado à tropa do 1º BPM
TEST - MAST

QUESTIONÁRIO TEST-MAST.

01. Você se julga bebedor habitual ?

(☐) SIM (☐) NÃO

02. Alguma vez você levantou de manhã, após ter bebido a noite anterior, e se deu conta que você não se lembrava de uma parte da noite?

(☐) SIM (☐) NÃO

03. Sua esposa (ou marido) ou pais alguma vez se queixaram de você beber ou se preocupam com isto?

(☐) SIM (☐) NÃO

4. Você pode parar de beber, sem esforços, após um ou dois aperitivos?

(☐) SIM (☐) NÃO

5. Você já se chateou com o seu jeito de beber?

(☐) SIM (☐) NÃO

6. Seus amigos ou familiares acham que é normal o que você bebe?

(☐) SIM (☐) NÃO

7. Você já tentou limitar o seu uso de bebida a determinadas horas do dia ou a certos locais?

(☐) SIM (☐) NÃO

8. Você sempre é capaz de beber quando quer?

(☐) SIM (☐) NÃO

9. Você alguma vez participou de uma reunião de Alcoólicos Anônimos?

() SIM () NÃO

10. Você já se envolveu em brigas ao beber ?

() SIM () NÃO

11. Você e sua esposa (ou marido) já tiveram problemas por causa da bebida?

() SIM () NÃO

12. Sua esposa o outro membro da família, já procurou alguém para ajudá-lo devido o seu jeito de beber?

() SIM () NÃO

13. Você alguma vez perdeu algum emprego por causa da bebida?

() SIM () NÃO

14. Você alguma vez perdeu ou namorada (namorado) por causa da bebida?

() SIM () NÃO

15. Você já teve problemas no trabalho por beber?

() SIM () NÃO

16. Você já se descuidou de suas obrigações, sua família, seu trabalho por dois dias seguidos por estar bebendo?

() SIM () NÃO

17. Você sempre bebe antes do meio dia?

() SIM () NÃO

18. Já lhe disseram que você tem problemas de fígado? Cirrose?

() SIM () NÃO

19. Você alguma vez teve delirium tremens, tremores severos, ou ouviu vozes ou viu coisas que não existiam depois beber muito?

() SIM () NÃO

20. Você já procurou ajuda de alguém por beber?

() SIM () NÃO

21. Alguma vez você esteve hospitalizado por causa da bebida?

() SIM () NÃO

22. Você já esteve internado em Hospital Psiquiátrico, sendo a bebida o seu problema?

() SIM () NÃO

23. Você alguma vez foi ao psiquiatra? Clínica de saúde mental, médico, assistente-social, psicólogo, ou padre para obter ajuda num problema emocional, no qual beber fazia parte?

() SIM () NÃO

24. Você já esteve preso ou detido mesmo por poucas horas por comportar-se como um bêbado?

() SIM () NÃO

25. Você alguma vez foi preso por dirigir embriagado ou após beber?

() SIM () NÃO

II - Questionário aplicado aos Comandantes de Unidades Operacionais.

QUESTIONÁRIO

01. Quantas ocorrências houve na Unidade envolvendo PM por uso de bebida alcoólica, no ano de 1994 até a presente data?
02. Quantos PM foram punidos na Unidade por motivo do uso de bebida alcoólica, no ano de 1994 até a presente data?
03. Existem na Unidade PM que apresentem problemas com o uso de bebida alcoólica e que vêm acarretando transtornos ao serviço policial? Em caso positivo, quantos?
04. Há casos na Unidade em que o PM tem deixado sua família em dificuldades de sobrevivência, devido ao uso de bebida alcoólica? Caso positivo, quantos?
05. Existem na Unidade PM que, momentaneamente, ausenta-se do serviço policial para fazer uso de bebida alcoólica (bebe um trago)?
06. A maior incidência de faltas ao serviço policial nos finais de semana e nas segundas-feiras, está relacionado com:
- | | |
|--|--|
| ☐ Transportes | ☐ Doença |
| ☐ Uso de bebida alcoólica | ☐ Motivos justificáveis |
| ☐ Motivos fúteis | ☐ Desconhecimento das escalas |
07. O Sr., como Comandante de Unidade, acha válida a criação na PMGO de uma seção para o acompanhamento e recuperação de PM alcoólatras? Caso positivo, dê sua opinião.