ALCOOLISMO... UM ENIGMA!

Rosana Scarponi Pinto

Capitão Psicóloga da PMMG

Simone Alvarenga Salgado Gomes

Tenente Psicóloga da PMMG

Paola Bonanato Lopes

Tenente Psicóloga da PMMG

Karla Brandão Bonato

Tenente Psicóloga da PMMG

INTRODUÇÃO

Ao se pensar neste tema, deparamo-nos com uma árdua tarefa: uma ambivalente situação nos leva a questionar a existência de um grande muro que divide a teoria de uma prática.

Mesmo a população dita mais esclarecida, ou até da área da saúde, não possui uma plena conscientização do que seja o alcoolismo em sua completude. Isto porque seu caráter multifatorial, muitas vezes, encobre ou está associado a outras problemáticas ou sintomas. Por suas conseqüências que levam a uma abordagem multiprofissional e pela necessidade fundamental de um trabalho curativo que envolve pessoas e grupos, além do sujeito, sua clínica mostra-se bastante difícil e muitas vezes frustrante.

É nossa preocupação um aperfeiçoamento nesta área de conhecimento, desde os primórdios da Psicologia na PMMG, sendo este tema já abordado em encontros, palestras e na 1ª Jornada dos Psicólogos. Vários projetos e tentativas de trabalho vêm sendo realizados nesta Organização, porém, consideramos, ainda, necessário acrescentar sempre algo mais, que possa nos proporcionar um maior conhecimento sobre este “enigma”.

Procuramos, neste trabalho, somar às nossas experiências e referenciais, pesquisas, observações e programas de acompanhamento do alcoolismo de diversas empresas de grande porte. Procuramos sintetizar estes estudos, conscientes de que este caminho é apenas o início de um trabalho com caráter mais objetivo, que se faz mais divulgado e conhecido em nossa atualidade, remetendo-nos a uma maior produção na área de atuação específica, ao outro lado do muro.

Nosso grupo se propõe a trazer à luz dos nossos conhecimentos todo o material e teoria pesquisados, nos momentos que se seguirão a este trabalho, pois nosso objetivo é o de ser um grupo de estudos permanente, mais um referencial deste tema, cujas atividades e investimentos serão divulgados e compartilhados com todos aqueles que possuem uma relação direta ou indireta com tão complexa patologia.

A construção de uma atuação mais eficiente se tornará viável se, aliado ao esforço conjunto de equipes multidisciplinares, forem realizadas análises em nível sócio-institucional, a fim de possibilitar mudanças de mecanismos geradores de deterioração da saúde mental.

O ALCOOLISMO E SUAS CARACTERÍSTICAS

Durante muitos séculos, o alcoolismo não foi reconhecido como uma doença ou um problema de saúde. Homens ou mulheres foram vistos mais com desrespeito do que com compreensão por beber constantemente e em excesso, sendo privados da riqueza, posição e responsabilidades familiares. Eram considerados desprovidos de força de vontade, de moral fraca. Uma vez cruzado o limite entre o beber social e o beber descontrolado, estavam, virtualmente, se condenando à morte prematura ou ao internamento numa instituição.

Culturalmente, o caráter simbólico do álcool é dotado de milênios. Mitologicamente, o álcool esteve presente em rituais e comemorações e até hoje faz parte de várias crenças populares, como “fonte de vida”, “sangue do poder” e muitos outros. Os brindes, as festividades, todas envolvem seu consumo. A palavra uísque, por exemplo, deriva de um termo gálico, que significa “água da vida”. O governo estimula seu consumo, pois é lucrativo. A mídia o divulga com associações inescrupulosas a poder, masculinidade e força.

Atualmente o alcoolismo é uma doença reconhecida e definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Ocorre um processo vicioso no sujeito portador de tal doença pois, ao alcançar algum objetivo com o “apoio” ao álcool, em situações de dificuldades posteriores, ele tende à repetição e subseqüentemente estabelece-se o vínculo com este objeto. Esta compensação de uma falta envolve todas as emoções, tanto individuais quanto familiares, tanto causa problemas emocionais, como é conseqüência dessas emoções.

O alcoolista é uma pessoa que apresenta um perfil psicológico característico, latente, mesmo antes da eclosão da doença. Sua personalidade inclui: imaturidade afetiva e emocional, não suporta frustrações, hipersensibilidade, tendência à evasão ou fuga e outras características. Seus mecanismos de defesa estão muito associados à personalidade estruturalmente neurótica.

Os fatores ambientais, culturais e familiares se reforçam positiva ou negativamente.

A sociedade mantém uma postura ambivalente diante de tal problema: oferece e repudia quem aceita.

As conseqüências do alcoolismo alcançam um raio equivalente a todo o meio do sujeito e, mais além, o de quem está próximo dele. Danos irremediáveis à sua saúde orgânica, comprometimentos familiares, financeiros, sociais e principalmente as alterações psicológicas, como distúrbios da afetividade, do caráter, intelectuais e diversos outros.

Portanto, trata-se de uma doença muito complexa e de difícil abordagem pelo seu caráter múltiplo em que não é só o sujeito que causa ou sofre de suas conseqüências. Poderíamos relacioná-lo à doença onde o sujeito é portador, porém, também contaminado.

No aspecto terapêutico, o tratamento do alcoolismo se faz emergente em situações cujo comprometimento vital do sujeito irá remetê-lo a intervenções clínicas e medicamentosas. Porém, a meta principal, hoje em dia, quando os olhos da área da saúde alcançam um campo de visão mais ampliado, é buscar um trabalho principalmente preventivo, por ser este um método mais evoluído e efetivo. Mas, numa cultura onde prevalece, em número, uma população analfabeta, os investimentos financeiros sofrem desvios na sua aplicação e o sistema da educação se vê falido diante do básico, esta visão se depara com impossibilidades, nossos esforços se tornam multiplicados e nossa frustração se eleva.

A ineficácia de um tratamento apenas curativo e voltado só para o sujeito e seus sintomas é fato. Especificamente, nesta patologia, a função clínica eficaz atravessa estes limites.

Qualquer projeto ou direção do tratamento, mesmo dentro de toda esta estrutura limitada, deverá partir de uma diferenciação fundamental, que é: “de quem parte a demanda de intervenção?” Se é do sujeito, pela gravidade de um comprometimento orgânico, se pelas conseqüências danosas de sua estrutura ou meio, se pela conscientização de unia patologia, o profissional assumirá algumas condutas específicas. Se a demanda parte da sociedade, familiares, agentes punitivos ou chefes, naturalmente o percurso sofrerá modificações.

Basicamente, um trabalho ampliará suas possibilidades prognósticas positivas caso seja possível abordar o sujeito no seu contexto, principalmente o familiar. Esta família, na maioria dos casos, maléfica em sua estrutura, é causadora ou mantenedora de um foco patológico.

Podemos refletir sobre o aspecto compulsivo desta doença e observar que geralmente sua “pseudo-cura” se realiza num processo associado a algum deslocamento que substitui um objeto por outro. A religião, o esporte, o trabalho, o investimento intelectual, associações como A.A. entram na vida do sujeito ou são resgatadas por ele com um caráter de maciço investimento, compulsivo e rígido. Seu aspecto de êxito vem pelo seu reconhecimento cultural favorável. Torna-se um “vício” não danoso. Porém, se avaliamos seus vínculos, encontramos uma substituição identificativa do significante álcool por outros significantes cujas relações se fazem nas mesmas bases.

Seria esta então uma solução inadequada? Não, se consideramos que se faz necessária alguma saída efetiva e real da relação com o significante álcool, devido ao seu caráter extremamente danoso, mas a associação de um tratamento terapêutico para uma reformulação e reorganização desta estruturação se faz complementar e necessária.

A sublimação se faz necessária a uma sobrevivência sociocultural.

Quanto ao caráter preventivo do tratamento, principalmente institucional, cabe aos seus controladores a percepção de que a economia de seus gastos não condiz com os grandes recursos gastos para seu tratamento, quando já se instauraram seu malefícios.

O ALCOOLISMO NA POLÍCIA MILITAR

O policial militar sofre as influências e os fatores determinantes do alcoolismo como qualquer cidadão civil, assim como suas conseqüências. No entanto, o militar, devido a sua atividade específica, seu comprometimento com a Organização, sua cultura, o ambiente hostil e agressivo de sua atuação, a maior vulnerabilidade aos sentimentos, a angústia, o desgaste e tudo aquilo que se faz inerente à sua escolha, é colocado numa posição um tanto quanto diferenciada.

A disciplina e a hierarquia constituem os patamares fundamentais de sua conduta, a observância de leis externas seguem rigidamente uma observância das leis internas e, nesta rigidez, a incoerência atitudinal gera uma problemática mais acentuada e uma ressonância exacerbada. Do cidadão civil embriagado, sem contudo causar maiores danos a terceiros, aceita-se com certa complacência, do militar nas mesmas condições, não.

Além disso, a submissão a regulamentos e código de leis e ética diferenciados lida com as conseqüências de sua doença de forma mais rígida e punitiva.

O reconhecimento de tais condições nos remete a uma complexidade maior e postura diferenciada quando se trata o alcoolismo neste contexto.

A PSICOTERAPIA E O PSICOTERAPEUTA DE ALCOOLISTAS

Não temos a intenção de discorrer sobre as diversas abordagens psicoterápicas de tratamento do alcoolismo, mesmo porque acreditamos que cada profissional possui sua formação e tem a opção de eleger a abordagem com a qual se sente mais familiarizado. Consideramos entretanto, oportuno lançar alguns “olhares” sobre a psicoterapia e o psicoterapeuta de alcoolistas. De uma maneira geral, podemos dizer que um bom psicoterapeuta de alcoolistas deve ser capaz de lidar com as frustrações inerentes ao tratamento de uma doença crônica, conhecer um pouco de psicofarmacologia, ter uma certa dose de diretividade e empatia. É possível que uma das principais características da psicoterapia de alcoolistas seja que as formas de tratamento não estão ainda completamente estabelecidas e talvez por isto valem-se de componentes de diversas técnicas. Para este tipo de atendimento, um certo ecletismo e uma dose de criatividade são fundamentais. A terapia é, em grande parte, uma questão de encontrar um ponto de equilíbrio (e de reencontrar rapidamente o equilíbrio) e, com muita frequência as coisas saem erradas porque o equilíbrio foi perdido.

O terapeuta deve, portanto, analisar cada caso, cada paciente em sua complexidade psíquica e social, para adotar uma postura de equilíbrio no que diz respeito aos seguintes aspectos:

Foco terapêutico - Focalizar exclusivamente a ingestão de bebida alcoólica pode significar uma limitação do trabalho terapêutico. Há muitas maneiras de se errar ao se ver um paciente como “um alcoolista” e achar que todos os seus problemas devem ser entendidos e tratados no contexto dessa definição. Outro extremo é uma percepção sensível da situação global de vida do indivíduo, não se levando em conta a realidade do álcool como um aspecto destrutivo que permeia a situação. Encontrar o ponto de equilíbrio neste caso significa não subestimar nem superestimar a ingestão de bebida alcoólica. Cada terapeuta deve ter consciência da direção para a qual ele tende a se desviar e lembrar que a direção do erro muda com o passar do tempo.

Meta terapêutica - Às vezes, as coisas não dão certo porque o terapeuta (e o paciente) perdem a medida quanto a uma expectativa razoável das mudanças que podem ser conseguidas ou do ritmo dessas mudanças. A decisão do equilíbrio quanto à meta terapêutica é, com frequência, uma questão de se tentar elevar as expectativas e observar o que se pode atingir.

Indulgência e rigidez - Um relacionamento terapêutico eficaz depende da capacidade de escolher, da maneira mais adequada e confiável, o momento de dar apoio e o momento de fazer o paciente enfrentar a realidade. Há ocasiões em que a indulgência é terapeuticamente útil e há outras ocasiões em que é bom e construtivo desafiar abertamente.

Diretividade - Especialmente, no tratamento do alcoolismo, o terapeuta se defronta com o problema da diretividade. Muitas vezes, parece óbvio que o paciente está desenvolvendo um comportamento autodestrutivo, prejudicial ao seu organismo, revelando uma incapacidade de tomar decisões para melhorar de vida. O tratamento do alcoolismo, portanto, parece desafiar intensamente a noção ortodoxa da necessidade do terapeuta manter uma neutralidade. Talvez uma solução para este dilema seja o estabelecimento em comum acordo das metas de tratamento. Há uma diferença entre impor uma idéia e aguardar que uma meta combinada seja atingida. Outra solução pode ser levar o paciente a perceber as conseqüências prováveis de suas escolhas e decisões.

Além da busca de equilíbrio nos aspectos acima descritos, ressaltamos ainda a importância do terapeuta de alcoolistas desenvolver uma percepção particularmente nítida em relação às defesas que

geralmente se manifestam nesta doença. Uma resposta inadequada às defesas do paciente é uma das razões retais comuns para que as coisas saiam erradas. São defesas geralmente comuns aos alcoolistas: negação pura ou mista, a própria doença, a absorção, a defesa romântica, discussões intermináveis, o fato de conhecer alguém que bebe mais, a liderança grupal, entre outras.

No início deste texto, falamos das características de um psicoterapeuta de alcoolistas - lidar com as frustrações inerentes ao tratamento da doença. Há ocasiões no tratamento do alcoolismo, em que tudo parece dar errado, as recaídas freqüentes, o não comprometimento com o tratamento, as complicações físicas e até a morte. Esses períodos ocorrem de fato, e o terapeuta que se vê nesta situação deve se lembrar (ou ser lembrado) de que o tratamento do alcoolismo é inevitavelmente uma tarefa, às vezes, muito pesada e perturbadora. Pode acontecer que o terapeuta tenha selecionado casos difíceis ou tenha se descuidado, mas o mais provável é que as dificuldades tenham se acumulado por acaso e que o terapeuta precise de um apoio para resgatar sua autoconfiança, ao invés de ser levado a se culpar pela sua falta, de tentar ser onipotente. Tratar o alcoolista é mobilizá-lo, através de todas as estratégias, para uma aliança com sua recuperação. As dificuldades, como vimos, são muitas, mas acreditamos que com experiência, paciência, flexibilidade e esforço mútuo as coisas muitas vezes, felizmente, dão certo.

ANEXO 1

Sugerimos este programa de atuação junto ao alcoolista, que poderá sofrer alterações e adaptações de acordo com a realidade da Unidade e referencial do profissional que lida nesta área.

Consideramos necessário seguirmos alguns passos para o funcionamento do programa “PAAS-PMMG”:

PAAS-PMMG - Prevenção e Acompanhamento de Alcoolistas da PMMG

a) Sensibilização:

Esta deverá ter como marco, comandos e chefias, através de palestras, discussões teóricas e melhoria no processo de conscientização de tal problemática, para que possamos tê-los como colaboradores do nosso trabalho, tanto preventivo quanto curativo.

Posteriormente, sugerimos que seja realizada uma palestra educativa a toda a tropa, podendo ser esta em grande ou pequenos grupos, fomentando, assim, demandas espontâneas, além de sua função informativa. A composição desta palestra dependerá do trabalho e criatividade de cada profissional.

O oficial médico, da Unidade ou não, também deverá ser sensibilizado a acompanhar nosso trabalho, como suporte das mais variadas disfunções orgânicas decorrentes do uso do álcool.

Ao término de cada palestra, algum material gráfico contendo informações básicas sobre o alcoolismo e divulgação dos acompanhamentos aos quais o profissional da Unidade se propõe a fazer, servirá como prolongamento deste processo de sensibilização, que consideramos bastante significativo, seja em forma de folder, folhetim ou encarte.

b) Avaliação e encaminhamento:

Mobilizados pela palestra de sensibilização, encaminhados pelo médico, chefia ou familiares, o alcoolista poderá então chegar ao gabinete psicológico, onde se procederá uma avaliação individual que poderá levar uma ou mais sessões. Para esta avaliação, o psicólogo poderá lançar mão dos instrumentos técnicos que julgar necessários ou abordagens específicas de cada formação. Para Araújo (1990), a primeira

consulta possui uma finalidade ímpar no desenvolvimento do processo de tratamento, pois é a partir dela que a relação terapêutica estabelecer-se á. É importante que, ao final desta(s) consulta(s), o paciente e o terapeuta estejam suficientemente seguros quanto a algumas questões que irão nortear o atendimento.

Para este mesmo autor, ao final desta avaliação o terapeuta deve ser capaz de responder às seguintes questões:

1. Este é o primeiro contato do paciente com um tratamento?
2. A situação de atendimento poderá ser tratada de forma ambulatorial, sem necessidade de hospitalização ou encaminhamento clínico?
3. O status mental e físico do paciente permite uma abordagem de seu problema de forma sistemática sem configuração de urgência?
4. O paciente apresenta-se em condições que não o põem em risco, nem a seus familiares ou terceiros?
5. Há manutenção de sua vida familiar, conjugal e profissional?
6. Qual é a percepção do paciente de seu problema?
7. Há alguma compreensão do que motivou a consulta agora?
8. Houve devolução, por parte do terapeuta, do que foi entendido por este na consulta?
9. Foi dada ao paciente uma explicação clara do plano proposto até a próxima consulta?
10. A proposição imediata de abstinência é adequada?
11. Caso tenha sido esta a combinação feita com o terapeuta, o paciente ficou seguro sobre a natureza e a extensão dos possíveis sintomas de abstinência que poderá vir a experimentar?
12. Há certeza da real disponibilidade ou não do terapeuta para qualquer contato que precise ser feito independente da data da próxima consulta?

Uma vez concluída esta avaliação e constatado o desejo do paciente de se recuperar, dar-se-á continuidade ao tratamento através de encaminhamento adequado.

Observamos que tais colocações não objetivam uma mecanização ou roteirização do processo terapêutico já desenvolvido pelos profissionais psicólogos. Porém, a partir de nossos estudos e pesquisas, refletimos sobre a singularidade que envolve tal paciente e quadro geral, nos transpondo ao questionamento de uma formulação de uma terapêutica diferenciada e específica.

As opções posteriores são diversas e poderão ser feitas analisando-se cada caso. Vale ressaltar que a maneira pela qual e por quem este paciente chega até nós é de suma importância para o encaminhamento.

1 - Internação - Juntamente com o profissional médico, deverá ser avaliada tal possibilidade, forma e local.

2 - Avaliação psiquiátrica - O trabalho em conjunto com a Psiquiatria é muito importante no tratamento do alcoolismo e devemos encaminhar o paciente sempre que necessário.

3 - Atendimento psicoterápico - Uma avaliação criteriosa determinará a indicação de uma psicoterapia. Uma vez o paciente afastado da bebida, a necessidade de psicoterapia e a adequação do indivíduo a ela poderão ser avaliadas exatamente pelos mesmos critérios utilizados para se decidir se qualquer outra pessoa (com ou sem um problema de bebida) deve entrar em psicoterapia, ou para decidir a forma de psicoterapia mais adequada às necessidades individuais. A forma como o paciente chega até nós pode nos auxiliar na escolha de uma psicoterapia individual ou de grupo. Aquele que vem sozinho com demanda própria, querendo assumir as rédeas de seu tratamento, pode ser um candidato à psicoterapia individual. Outro que vem encaminhado pela família ou chefia imediata, fechado, com dificuldade para se colocar, pode tirar mais proveito de uma psicoterapia de grupo. Sabemos, entretanto, que as formas de psicoterapia podem ocorrer concomitantemente, e que uma psicoterapia de grupo pode ser um primeiro passo para uma psicoterapia individual. Um trabalho com grupos de apoio na PMMG poderá ser muito útil, proveitoso e importante, se criarmos um espaço sério, aberto para demandas espontâneas onde trabalharemos temas como: amor próprio, estruturação de tempo, estilo e objetivo de vida, entre outros. Este grupo de estudos do alcoolismo, estará enviando, mensalmente, para cada Unidade da PMMG, sugestão de material para trabalho com esses grupos de apoio. Os critérios para o funcionamento desses grupos se encontram ao final deste trabalho.

4 - Acompanhamento familiar - Poderá surgir demanda para acompanhamento de familiar(es). Esta deverá ser avaliada, analisada e bem conduzida, pois sabemos o quão importante é o contexto familiar para a recuperação do indivíduo.

5 - Alternativas de acompanhamento de grupo - É inegável o apoio que estes grupos dão ao alcoolista, especialmente os AA. O terapeuta deve ser sempre capaz de indicar este caminho. Uma sugestão importante pode ser verificar a existência de membros do AA na Unidade e estabelecer um trabalho em conjunto.

c) Retroalimentação/Feedback

Chamamos de retroalimentação as estratégias que iremos utilizar para a manutenção/ sustentação do Programa PAAS-PMMG.

Manteremos uma publicação mensal de folhetins com material sobre o tema deste trabalho - alcoolismo, que serão remetidos aos oficiais psicólogos de cada Unidade para divulgação, utilização em trabalhos com grupos de apoio ou de acordo com o interesse deste profissional.

Serão necessárias freqüentes interlocuções com os demais oficiais QOPM para questionamento de possíveis dificuldades surgidas para a aplicação do programa e da necessidade do envolvimento destes no mesmo.

As palestras de caráter preventivo e educacional sugeridas neste programa poderão ter uma certa freqüência (semestral/anual), considerando o nível de rotatividade do pessoal nas Unidades.

A permanência de um contato e avaliação por parte dos oficiais psicólogos que implantarem este projeto ou que tenham material e propostas pessoais será de grande apoio para o aprimoramento e evolução de um trabalho, para que não se percam as teorias e estudos realizados.

PAAS/PMMG - Grupos de Apoio

Critérios de funcionamento:

a) Número de participantes: até 12. Caso exista maior número, sugere-se formação de mais grupos.

b) Periodicidade: uma vez por semana, com duração de 1 hora e 30 min a 2 horas.

c) Adesão: voluntária, não se fazendo necessário autorização prévia de superiores, porém, estes deverão ser notificados caso seja dentro do horário do expediente e, portanto, contamos com a colaboração das chefias. Após a manifestação do desejo de participar do grupo, o paciente deverá estar ciente dos limites e normas estabelecidos para o funcionamento dos trabalhos.

d) O estado alcoolizado do participante, no momento da reunião do grupo, poderá levá-lo a um atendimento individual, anterior ou imediatamente posterior a esta reunião, para que o profissional possa trabalhar tal situação e justificar seu impedimento nas atividades do grupo naquele dia e posterior reintegração a ele. O grupo apóia a abstinência mas, caso ocorra alguma recaída, o sujeito não deve interromper sua participação.

e) As faltas e ausências deverão ser comunicadas com antecedência, podendo o grupo acompanhar o desenvolvimento de cada um de seus membros, estimulando os contatos externos que favoreçam a manutenção do grupo.

f) Após a terceira ausência consecutiva, sem justificativa aceitável, o membro será desligado do grupo, podendo ter acompanhamento individual ou assumir, de maneira consciente, as conseqüências de sua impossibilidade de se manter em acompanhamento. Caso reformule tal conduta, poderá ser reintroduzido no grupo. Seu desligamento permanente deverá ser comunicado ao seu chefe direto, inclusive como forma de preservação e manutenção deste projeto.

g) Permanência do membro no grupo: os grupos de apoio funcionarão em caráter permanente, podendo um ou outro membro se desligar devido a situações reais ou manifestação própria e ser substituído por outro membro.

h) Nestas reuniões, cada profissional atuará de acordo com sua experiência, porém sugerimos discussão de textos, filmes, relatos, dinâmicas, etc.

i) Os assuntos discutidos nas reuniões do grupo deverão ficar em sigilo.

j) Este roteiro deverá ser discutido com o grupo no seu primeiro encontro e individualmente com cada participante novato. Consideramos necessária a instauração de regulamento para o funcionamento desses grupos e que poderá sofrer as alterações e acréscimos necessários dentro da visão de cada profissional e de acordo com a realidade de sua Unidade.

REFERÊNCIAS

EDUARDES, Griffith. **O tratamento do alcoolismo**. São Paulo: Paulinas. 1995.

FONSECA, Liliam Simone Godoy. **Alcoolismo: uma clínica possível?** Pretextos. In: JORNADA DA CLÍNICA DO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA, 2, 1993, Belo Horizonte. Belo Horizonte: PUC-MG, 1993. p. 98-100.

GUERRA, Domingos Lage, SILVA, Francisco de Assis Leal da, SOUZA, Alexandre. **Alcoolismo entre Policiais Militares: Correlação com a Disciplina Institucional**. Belo Horizonte: APM/ CAO-1, 1996. 111 p.

MANSUR, Jandira. **A Questão do Alcoolismo**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

TONICO, Leonida Silva. **Alcoolismo como entender e ajudar**. São Paulo: Paulinas, 1995.