

RESENHAS

ALCOOLISMO: OS MITOS E A REALIDADE*

Saulo Monte Serrat**

Considerações iniciais — O crescente consumo de bebidas alcoólicas, nas duas últimas décadas, em países desenvolvidos ou não, tem alarmado a todos que se preocupam com a saúde do Homem.

Em 1979, a 32ª Assembléia Mundial de Saúde, recomendou que fossem adotadas medidas que pudessem reduzir o consumo de bebidas alcoólicas, particularmente em relação aos jovens e às gestantes.

Nos "Subsídios para uma política do uso de bebidas alcoólicas em Saúde Pública", publicação da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (D.N.S.M. — M.S., 1981), enfatiza-se que o estudo dos males, advindos do uso imoderado de bebidas alcoólicas, não deve centrar-se apenas no Alcoolismo ou Síndrome de Dependência do Álcool, mas preocupar-se também com "... conseqüências outras; tais como acidentes de trânsito e de trabalho, incidência de criminalidade, queda de produtividade dos trabalhadores, desorganização familiar, mudanças de comportamento, distúrbios no desenvolvimento fetal, efeitos que incidem no indivíduo, na família e na comunidade, importando em vultosos gastos nos setores de tratamento e na reabilitação".

De acordo com Milan e Ketchan (1981), há mais de 10 milhões de alcoolistas nos Estados Unidos, dos quais morrem, por ano, centenas de milhares, por causas relacionadas ao consumo do álcool.

No Brasil, onde os dados epidemiológicos são precários, segundo os "Subsídios para o Programa Nacional de Prevenção e Tratamento do Alcoolismo" — D.N.S.M.-M.S. (1981), em relação a hospitais psiquiátricos: "O somatório do alcoolismo e psicose alcoólica nas primeiras admissões hospitalares vem ocupando o primeiro ou o segundo lugar, sendo que em 1977 ocupou o primeiro lugar nos registros das internações hospitalares".

As causas de um problema, cuja importância é reconhecida universalmente, são ainda hoje objeto de acirradas polêmicas. Doença provocada por uma suscetibilidade específica ao álcool, conseqüência de

* MILAN, J. R. e KETCHAN, K. — *Alcoolismo: Os mitos e a realidade*. Tradução de Auriphebo B. Simões, São Paulo, Ed., Fundo Educativo Brasileiro Ltda., 1983, 218 p.

** Departamento de Pós-Graduação em Psicologia Clínica — PUCAMP.

fuga a problemas psicológicos, conseqüência da ingestão imoderada e constante de bebidas alcoólicas, são algumas das explicações dadas, muitas vezes, de maneira exclusiva das demais.

A existência de posições conflitantes está a indicar a necessidade de estudos mais aprofundados dos fatores etiológicos do alcoolismo, uma vez que as terapias propostas são necessariamente baseadas neles.

E dentro desse quadro é publicado o livro de Milan e Ketchan, que já começou a provocar polêmicas pela posição unilateral que toma em relação ao problema.

"Alcoolismo: os mitos e a realidade" — Para os autores, que neste ponto concordam com os Alcoólicos Anônimos, o alcoolista é aquele que, por características fisiológicas, tem uma suscetibilidade particular ao álcool, que o leva, inexoravelmente, à dependência, a menos que se abstenha totalmente do consumo de bebidas alcoólicas. Nisto ele diferencia-se de outros bebedores, inclusive dos que ingerem habitualmente e em grande quantidade bebidas alcoólicas. Haveria, pois, uma analogia entre o problema do alcoolista e o do diabético.

O capítulo 1º inicia-se com a enumeração de atitudes preconceituosas em relação ao alcoolismo, desde a antigüidade até nossos dias.

O alcoolista tem sempre sido visto como degenerado moral que, por falta de autodisciplina, se degrada e causa profundos sofrimentos a si e aos outros.

"Sabe-se que o alcoolismo é, na verdade, uma moléstia fisiológica que transforma suas vítimas, deixando-as com pouco ou nenhum controle sobre seu comportamento. No entanto, a maioria das pessoas neste país, tanto profissionais como não profissionais, se agarra à crença de que o alcoolismo é uma "fraqueza emocional" e um mal moral suscetível de destruir a sociedade".

Milan e Ketcham relacionam 16 idéias difundidas sobre o alcoolismo, que consideram mitos, e opõem a elas o que seria realidade a seu ver.

Eis as oposições mais relevantes e polêmicas, que serão desenvolvidas nos capítulos seguintes:

— **Mito:** O álcool é uma droga que cria dependência e qualquer pessoa que o beba por tempo suficiente e, em grande quantidade, tornar-se-á dependente.

— **Realidade:** O álcool é uma droga seletivamente viciante. Cria dependência em apenas uma minoria de seus usuários, os alcoólatras. A maioria das pessoas pode beber ocasionalmente, diariamente e até em

grandes quantidades, sem criar dependência, enquanto que os alcoólatras se tornarão dependentes, não importando a quantidade que bebam.

— **Mito:** A dependência do álcool muitas vezes é psicológica.

— **Realidade:** A dependência do álcool é principalmente fisiológica. Os alcoólatras se tornam dependentes porque seu organismo é incapaz de assimilar normalmente o álcool.

— **Mito:** As pessoas se tornam alcoólatras porque têm problemas psicológicos e emocionais que procuram aliviar através da bebida.

Realidade: Os alcoólatras têm os mesmos problemas psicológicos e emocionais como todas as pessoas, antes de começarem a beber. Estes problemas são agravados, no entanto, por sua dependência. O alcoolismo corrói e enfraquece a capacidade do alcoólatra de enfrentar os problemas normais da vida. Além disso, as emoções do alcoólatra se tornam inflamadas, tanto quando ele bebe excessivamente, como quando pára de beber. Assim, quer beba quer se abstenha, sentir-se-á irado, temeroso e deprimido, em grau exagerado.

— **Mito:** O fato de que os alcoólatras continuam a sentir-se deprimidos, ansiosos, irritáveis e infelizes depois que param de beber, é evidência de que sua doença é causada por problemas psicológicos.

Realidade: Os alcoólatras que continuam a sentir-se deprimidos, ansiosos, irritáveis e infelizes, depois que param de beber, na realidade estão sofrendo de "Síndrome de abstinência prolongada". Os danos causados por beber de modo excessivo durante anos, não foram ainda reparados e eles necessitam de terapia mais efetiva.

— **Mito:** Se as pessoas bebessem somente de maneira controlada, não se tornariam alcoólatras.

Realidade: Muitos bebedores inicialmente controlados tornam-se alcoólatras. O descontrole posterior é uma característica da doença.

— **Mito:** O alcoólatra precisa de querer ajuda, para ser ajudado.

Realidade: A maioria dos alcoólatras não deseja auxílio. São pessoas doentes, incapazes de pensar racionalmente e de abandonar o álcool por si próprias. A maioria dos alcoólatras recuperados foi forçada a tratamento contra sua vontade. A automotivação geralmente ocorre durante o tratamento, não antes.

— **Mito:** A psicoterapia pode ajudar muitos alcoólatras a conseguir a sobriedade, por meio do autoconhecimento.

Realidade: A psicoterapia desvia a atenção das causas físicas da doença, aumenta o sentimento de culpa e de vergonha dos alcoólatras e mais agrava do que alivia seus problemas.

— **Mito:** A ansiedade por álcool pode ser aliviada pela ingestão de alimentos com alto teor de açúcar.

Realidade: Os alimentos com alto teor de açúcar aumentam a depressão, irritabilidade e tensão do alcoólatra e intensificam seu desejo de beber para aliviar os sintomas.

— **Mito:** Às vezes os tranqüilizantes e sedativos são úteis no tratamento de alcoólatras.

Realidade: Os tranqüilizantes e sedativos são úteis somente durante o período agudo de desintoxicação. Após esse período, estas drogas são destrutivas e, em muitos casos, mortais para os alcoólatras.

O Capítulo 2º trata especificamente do álcool: suas características químicas, os fenômenos fisiológicos relacionados com sua ingestão, o álcool como estimulante e sedativo, o álcool como droga que cria dependência de modo seletivo e o álcool como fonte de energia.

É descrito o processo de eliminação do álcool assim que a droga atinge o fígado. Uma enzima, a desidrogenase do álcool (A.D.H.) atua em sua molécula, removendo dois átomos de hidrogênio e dando lugar à formação do acetaldeído. Como é ele um agente tóxico, que pode produzir náuseas, aumento do batimento cardíaco, tontura, dor de cabeça e confusão mental, o fígado, imediatamente, inicia a segunda fase do processo de eliminação: a transformação do acetaldeído em acetato. O acetato é, posteriormente, convertido em dióxido de carbono e água, que são eliminados do organismo.

Neste capítulo é mostrada a função estimulante do álcool, quando tomado em pequenas doses e os resultados maléficos causados, quando as doses são grandes e ingeridas de maneira contínua.

O Capítulo 3º trata dos fatores predisponentes ao alcoolismo. Começa, informando que nos Estados Unidos, mais de 100 milhões de pessoas ingerem bebidas alcoólicas das quais, aproximadamente, 10 milhões são alcoólatras. São feitas duas indagações: "o que torna um alcoólatra diferente de um não-alcoólatra?"; "O alcoólatra bebe em demasia por apresentar problemas orgânicos ou apresenta problemas orgânicos por beber em demasia? "

A resposta dada é que o alcoólatra começa a beber do mesmo modo e pelas mesmas razões que o não-alcoólatra. Bebe para sentir-se eufórico, estimulado, relaxado ou embriagado. Algumas vezes bebe para compensar suas frustrações; outras para ficar de bom humor, ou adquirir confiança, ou porque gosta da companhia de outros bebedores.

Os alcoólatras, como os não-alcoólatras, podem mudar seu comportamento em relação à bebida, por causa da morte de uma pessoa

amada, de separação, de perda de emprego, de solidão, de depressão, de temores e de insegurança.

Embora as causas que levam as pessoas a beber possam ser as mesmas, uns se tornarão alcoólatras e outros não.

A explicação dada pelos autores é que há diferenças fisiológicas entre alcoólatras e não-alcoólatras. Para eles, os fatores psicológicos, culturais e sociais influenciam apenas nos padrões de beber e o comportamento do bebedor. Mas, será a fisiologia e não a psicologia que determinará quem, entre os bebedores, irá ou não se tornar alcoólatra.

São enumerados a seguir os fatores básicos predisponentes ao alcoolismo: metabolismo anormal, preferência, hereditariedade, influências pré-natais e suscetibilidades étnicas.

Em relação ao metabolismo anormal, é dito que Lieber, do Bronx Veterans Administration Hospital, constatou que a mesma quantidade de álcool produzia níveis de acetaldéido no sangue, muito diferentes em alcoólatras e não-alcoólatras. Lieber concluiu que o acúmulo incomum de acetaldéido era causado em parte pelo mau funcionamento das enzimas do fígado.

Schuckit, da Universidade da Califórnia, deu mais um passo ao verificar que a decomposição do acetaldéido em acetato, o segundo passo no metabolismo do álcool, é realizada nos alcoólatras numa taxa 50% menor que nos não alcoólatras.

É esta diminuição de ritmo no metabolismo que, aparentemente, causa o acúmulo de acetaldéido.

O problema crucial era o de se saber se o mau funcionamento das enzimas era causado pelo excesso de bebida ou se o precedia.

Lieber constatou que as mitocôndrias das células hepáticas dos alcoólatras são anormais e incapazes de transformar o acetaldéido em acetato, numa taxa igual à dos não-alcoólatras. Esta baixa capacidade foi evidenciada nos estágios iniciais do consumo do álcool, indicando uma alteração celular que não poderia ser atribuída ao consumo intenso e contínuo do álcool.

Os estudos de Schuckit com descendentes de alcoólatras, também indicaram que a anormalidade metabólica preexiste ao uso da bebida. Filhos de alcoólatras que antes do experimento nunca haviam tomado álcool, foram incapazes de converter acetaldéido em acetato à velocidade normal.

A presença do acetaldéido no fígado, em grande quantidade e por longos períodos de tempo, segundo Lieber, pode danificar de modo irreversível as células hepáticas.

Mas, os efeitos nocivos do acetaldeído não se confinam ao fígado. Altos níveis de acetaldeído podem inibir a síntese de proteína no músculo cardíaco, prejudicando o funcionamento do coração.

No encéfalo, o acúmulo de acetaldeído tem conseqüências significativas. Disputando com vantagem com as aminas encefálicas (ou neurotransmissores) a atenção de certas enzimas, impede que elas cumpram seu papel de inibidor das atividades das aminas.

As aminas encefálicas livres interagem com o acetaldeído formando as isoquinolinas, que são muito parecidas com os opiatos. Os pesquisadores sugerem que as isoquinolinas podem atuar nos receptores de opiatos existentes no encéfalo, contribuindo, deste modo, para a dependência ao álcool.

O Capítulo 4º trata do estágio inicial do alcoolismo, quando há uma adaptação do organismo à droga.

Este estágio é reforçador do comportamento de beber, pois o alcoólatra adquire uma capacidade acima do normal para tolerar o álcool e desfrutar de seus efeitos estimuladores e euforizantes.

O alcoolismo é difícil de ser reconhecido e diagnosticado em seus estágios iniciais, porque os sintomas são sutis e facilmente confundidos com as reações normais ao álcool.

As reações e adaptações orgânicas permanecem despercebidas, embora estejam ocorrendo.

Há adaptações no fígado e no sistema nervoso central, que provocam maior tolerância ao álcool e melhor desempenho sob o efeito da bebida.

Graças à entrada em ação de um sistema adicional para processar o álcool, denominado por Lieber de sistema microssomático de oxidação do etanol, aumenta a capacidade do alcoólatra de converter álcool em acetaldeído.

Como não é aumentada a capacidade de transformação do acetaldeído, o alcoólatra é levado a beber mais, para manter um nível de álcool suficiente para vencer e bloquear os efeitos devastadores do acúmulo de acetaldeído. Esta seria a base do "imperativo fisiológico" que impele o alcoólatra a beber continuamente.

O álcool contém um suprimento de energia maior do que a maioria dos alimentos, com a vantagem de ser energia facilmente liberável.

Nos alcoólatras, as mitocôndrias, aparentemente, procuram suprir-se ao máximo dessa rica fonte de energia, mudando sua estrutura, de modo que aumente sua capacidade de armazenamento. As mitocôndrias normais são redondas, com paredes externas e estruturas internas claramente definidas.

Nos alcoólatras, elas tornam-se aumentadas e malformadas, mudando também sua arquitetura interna.

São descritas também adaptações que ocorrem nas membranas celulares do sistema nervoso central.

As adaptações ocorridas fazem com que, no estágio inicial, a diferença mais visível entre o alcoólatra e o não-alcoólatra é que o primeiro melhora seu desempenho quando bebe e o piora quando pára de beber.

Desde que as doses de bebida alcoólica estejam dentro dos limites de tolerância do alcoólatra, ele sente-se bem, pensa claramente e age normalmente.

Para obter efeito terapêutico, ele precisa manter constante seu nível de álcool no sangue. Se parar de beber, o nível cai e seu desempenho tanto físico como psicológico será afetado sensivelmente.

Assim, a maioria dos alcoólatras, cedo, descobre sua "dose de manutenção" e aprende a se proteger contra os efeitos da queda de nível do álcool no sangue.

Infelizmente, a capacidade de beber de modo controlado é apenas temporária. A extensão de tempo entre as fases de adaptação e declínio varia de um alcoólatra para outro mas, ao longo dos anos, vai aumentando sua necessidade de ingerir álcool.

Em relação a este capítulo, julgamos que a descrição do mecanismo que produz o "imperativo fisiológico", não está suficientemente clara.

O Capítulo 5º trata do que os autores denominam de estágio intermediário do alcoolismo, que seria caracterizado por três pontos básicos: dependência física, sentida em síndromes agudas ou prolongadas de abstinência, desejo imperioso de beber e perda de controle em relação à bebida.

Depois de algum tempo, as células do alcoólatra se tornam incapazes de funcionar sem o álcool.

Quando isto acontece, aparecem os vários sintomas conhecidos como "Síndrome de abstinência", que pode ser aguda ou prolongada. Ambas são caracterizadas pelo fato de o alcoólatra se sentir mais doente quando pára de beber.

Seu organismo adaptou-se à presença constante do álcool, suas células ficaram acostumadas a funcionar tendo o álcool como principal fonte de energia e estimulação e como antídoto para a toxicidade sempre presente. Assim, quando ele deixa de beber, os vasos sanguíneos se contraem, diminuindo o fluxo de sangue e de oxigênio para as células. Os níveis de glicose no sangue baixam acentadamente e permanecem instáveis.

As aminas do encéfalo, serotonina e norepinefrina, decrescem de modo impressionante. Os hormônios, as enzimas e os níveis de fluído do organismo sofrem também influência com a ausência do álcool.

Estas modificações provocam perturbações fundamentais na atividade química e elétrica do cérebro e o resultado é um quadro de confusão mental, problemas de memória, falta de coordenação muscular, convulsões, alucinações, paranóia, comportamento violento ou atemorizado, todos associados à síndrome de abstinência aguda.

A síndrome de abstinência aguda varia de acordo com a quantidade de bebida ingerida habitualmente e com o intervalo de tempo, em que o alcoólatra bebeu de modo contínuo. Nos casos mais severos ocorrem convulsões, alucinações e o "delirium tremens".

A síndrome de abstinência prolongada caracteriza-se por insônia, depressão, agitação, mudança de ânimo e desejo acentuado pelo álcool, meses ou anos depois dele ter sido abandonado.

Isso faz com que o alcoólatra e as pessoas que o cercam, inclusive especialistas, pensem que o problema é de ordem psicológica.

No entanto, a depressão e a ansiedade são sintomas de uma abstinência prolongada e indicam que as células ainda não se recuperaram dos danos causados pelo álcool.

As causas principais da síndrome de abstinência prolongada são: desnutrição, hipoglicemia, disfunções do sistema nervoso autônomo, atrofia cortical e diminuição de aminas encefálicas.

Os programas de recuperação de alcoólatras, comumente, não levam em conta os itens acima referidos, razão pela qual raramente logram êxito.

O Capítulo 6^o trata do estágio final do alcoolismo, caracterizado pelo aumento da toxicidade do álcool e pelos danos crescentes nos órgãos e sistemas do corpo.

Cardiomiopatia alcoólica, hepatite alcoólica, cirrose hepática, perturbações gastrintestinais, moléstias do trato respiratório, pancreatite, desnutrição, polineuropatia, encefalopatia de Wernicke, Psicose de Korsakoff, são algumas das moléstias provocadas pelo alcoolismo ou a ele associadas e que acabam provocando a morte do alcoólatra, ou pelo menos a acelerando.

No Capítulo 7^o, é relatado o caso de um alcoólatra que percorre todos os estágios do alcoolismo.

O Capítulo 8^o trata de como levar o alcoólatra ao tratamento pois, em geral, ele oferece grande resistência à idéia de deixar a bebida.

Os autores são contrários à idéia de se deixar o alcoólatra "chegar ao fundo do poço", pois então ele poderá estar tão arrasado física e psicologicamente, que terá dificuldade em encontrar forças para reagir.

Sugerem também às pessoas que pretendam auxiliar um alcoólatra, que procurem: **1.** saber o que é alcoolismo; **2.** evitar julgamentos de ordem moral ou atitudes condescendentes, que tornam o alcoólatra defensivo e hostil, afastando-o do tratamento; **3.** escolher um programa de tratamento integral que inclua: **a.** desintoxicação com supervisão médica; **b.** um mínimo de quatro semanas de assistência com internação; **c.** programas educacionais que salientem a base orgânica da doença e suas conseqüências sociais e psicológicas; **d.** terapia e educação nutricional intensiva; **e.** ênfase ao programa dos Alcoólicos Anônimos, visando a manutenção da sobriedade a longo prazo; **f.** assistência cuidadosa após a desinternação; **4.** procurar auxílio de agências e de pessoal especializado a enfrentar o problema.

Neste capítulo, são também relacionados os auxílios que poderão ser prestados pela família, pelo empregador, por amigos, pelos alcoólicos anônimos e por diferentes profissionais.

O Capítulo 9º é um guia para o tratamento. Nele se diz que os Alcoólicos Anônimos, apesar de sua fundamentação moralista, apresentam o melhor programa de recuperação do alcoolismo, particularmente, em relação à manutenção da sobriedade a longo prazo. Fazendo reparos às colocações de ordem moral dos Alcoólicos Anônimos, reconhece que eles têm sido a força mais poderosa atuando sobre a sociedade, no sentido de que ela aceite o alcoolismo como doença que pode ser tratada.

Faz uma comparação entre os inúmeros programas de recuperação existentes nos E.E.U.U., apontando os pontos fracos de muitos deles.

Desaconselha qualquer programa que não preconize a total abstinência ao álcool ou que prescreva drogas substitutas, além do período agudo da desintoxicação.

Dá, a seguir, o modelo de tratamento que considera adequado e que é posto em prática, há 11 anos, pelo Hospital Alcenas.

O capítulo 10 trata dos problemas gerados pela associação do álcool com drogas.

O último capítulo fala dos preconceitos e das concepções errôneas que existem sobre o alcoolismo, da necessidade de serem aprofundadas as pesquisas sobre o assunto e do estabelecimento de programas educacionais, preventivos e de treinamento. Termina com informações sobre instituições que se preocupam com o alcoolismo.

Conclusão: Apesar de ser destinado ao grande público, o livro de Milan e Ketchan, pela relevância do tema que aborda, deveria merecer a atenção dos especialistas que lidam com o problema.

É uma obra polêmica e chega a ser provocadora, quando critica o papel da psicoterapia e dos psiquiatras, no tratamento do alcoolismo.

Mesmo discordando da abordagem unilateral feita e da pouca importância dada aos aspectos psicológicos envolvidos no problema, julgamos que os autores apresentam fatos que podem ser contestados ou confirmados pelos especialistas das diversas áreas a que eles dizem respeito.

Jandira Masur adverte que diferentes modalidades de alcoolismo pedem diferentes modalidades terapêuticas, que podem ser os programas dos Alcoólicos Anônimos, as técnicas psicoterápicas, as terapias medicamentosas. Alerta contra o perigo de se submeter o alcoólatra a vários tipos de tratamento concomitantemente, pois eles, como já advertiu Mc Guire, podem atuar não sinérgica mas antagonicamente.

A verdade é que ainda pouco sabemos sobre o alcoolismo. As explicações conflitantes que são dadas e o baixo índice de recuperação obtido pelos diversos tipos de tratamento, comprovam isto.

O livro de Milan e Ketchan, apesar de sua tendenciosidade e de seu dogmatismo, está a exigir respostas mais objetivas e menos emocionais do que as que tem provocado.

Afinal, ele trata de um problema que afeta profundamente o ser humano, e cuja resolução deve estar bem acima do prestígio das profissões ou da luta pelo mercado de trabalho.