

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

SER ALCOÓLATRA
REPRESENTAÇÕES SOBRE A DEPENDÊNCIA DO
ÁLCOOL

Dissertação apresentada à
Universidade Federal de Santa
Catarina, como parte dos
requisitos para obtenção do
título de MESTRE EM
SOCIOLOGIA POLÍTICA, sob
Orientação da Prof^ª Dr^ª Luzinete
Simões Minella.

LÚCIA GORETI GOBATTO JUNKES

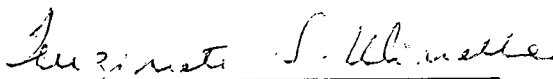
FLORIANÓPOLIS, MAIO DE 1997.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

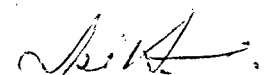
SER ALCOÓLATRA:
Representações Sobre a Dependência do Alcool

Lúcia Goreti Gobato Junkes


Esta Dissertação foi julgada e aprovada
em sua forma final pela Orientadora e
Membros da Banca Examinadora,
composta pelos Professores:



Prof^a. Dr^a. Luzinete Simões Minella
Orientadora



Prof. Dr. José Baus
Membro



Prof^a. Dr^a. Júlia Silvia Guivant
Membro

Florianópolis, junho de 1997.

***A meu pai Antônio e a meu irmão Júlio (in memoriam)
que, mesmo inconscientes, também foram
protagonistas desta história, dedico este trabalho.***

AGRADECIMENTOS

Durante o período que antecedeu ao momento final da apresentação deste trabalho, muitas pessoas marcaram profundamente a caminhada com seu apoio, carinho e amizade. Por isso, quero registrar meus sinceros agradecimentos.

A DEUS, na sua mais infinita bondade, por ter-me dado o dom da vida;

Ao Dário, meu esposo e companheiro de todas as horas, que sempre acreditou na minha capacidade de vencer e soube me entender nos momentos mais difíceis. Te amo!

À Luzinete, sempre mais que uma orientadora, mostrou-se uma amiga, soube me ouvir nas horas de angústia e teve uma palavra de carinho, compreensão e afeto. A você um forte abraço — sentirei saudades;

À minha mãe Derci, que com seu jeito simples me possibilitou voar um pouco mais alto. Te admiro!

À minha irmã Sandra, meu cunhado Cacun e meu sobrinho Gian, simplesmente por existirem.

Às minhas colegas de trabalho: Ana Paula, Corina, Deborah e Orivalda, pelo incentivo, carinho, amizade e tudo o que me proporcionaram nesses momentos de convívio. Grata pela compreensão e amizade. Muita luz! Com vocês aprendi a aprender.

Aos participantes desta pesquisa que através dos seus depoimentos puderam subsidiar material para escrever este trabalho me possibilitando conhecer uma história que não está escrita em nenhum livro, e sim, na vida de cada um. Vão em frente e boa sorte!

Aos coordenadores e profissionais que atuam junto ao SANPs através dos diversos grupos — GAM, GAEPD e GEPAL — pelos momentos de reflexão, crescimento e amadurecimento e que me ajudaram a entender melhor a questão da dependência química;

Aos funcionários da Pós-Graduação em Sociologia Política, Albertina e Fátima, pela presteza e carinho. Lembranças.

À CAPEs, pelo apoio financeiro;

Aos professores do Curso, pelos subsídios teóricos repassados neste período;

Aos colegas de turma, principalmente Siomara e Pedro, pelas discussões e aprendizagem conjunta e pela amizade;

Aos estagiários de Serviço Social, pela oportunidade de aprendermos juntos;

À professora Terezinha Junkes, pela dedicação na correção deste trabalho e pelas sugestões. Muito grata. Aprendi um pouco mais.

E a todas as pessoas que de uma forma ou de outra contribuíram na elaboração deste trabalho;

A todos vocês, muito obrigada! É de coração.

RESUMO

Esta dissertação é um estudo sobre a representação que os dependentes do álcool em recuperação fazem a respeito da sua condição de dependentes.

O objetivo da pesquisa é analisar a dependência do álcool a partir da representação que o próprio dependente faz a respeito de si mesmo e da doença, enfatizando: a história de vida de cada membro pesquisado, a representação que os dependentes fazem sobre o seu problema, o ponto de vista sobre os grupos de que participam e a construção da representação “álcool-doença” destes dependentes.

A metodologia utilizada valeu-se de 8 entrevistas gravadas, sendo 4 com servidores da UFSC e 4 com não-servidores. Acrescenta-se ainda o trabalho de observação e participação das reuniões dos grupos enquanto Assistente Social desta Universidade.

A pesquisa apresenta também dados mais específicos sobre a problemática do álcool e do alcoolismo, além de citar questões referentes à produção, consumo de bebidas alcoólicas, internações e conseqüências nas diversas esferas em nível de América Latina, Brasil, Santa Catarina e Florianópolis.

A questão da dependência, comumente relacionada à “falta de vontade” em parar de usar bebidas alcoólicas é introjetada pelos dependentes. A partir do processo de recuperação que se dá através de participação em grupos de auto-ajuda, os dependentes iniciam um novo entendimento sobre a doença — dependência de álcool. Passam, então, a perceber-se enquanto sujeitos portadores de uma doença incurável. Isso os leva a modificar sua relação com a bebida e, muitas vezes, leva a mudanças em seu próprio estilo de vida.

ABSTRACT

This dissertation is a study of the representation made by recuperating alcohol-dependents, regarding their condition as addicts.

The research sets out to analyze the alcohol-dependence from the standpoint of the representation made by the addict concerning himself and his illness, emphasizing the life story of each member investigated, and his individual representation with respect to the problem, the point of view of the groups that participate and the way the representation "alcohol-illness" is constructed.

The methodology utilized was based on eight recorded interviews, four of which were with employees of this university and four with non-employees. In addition, participation and observation in group meetings, in the capacity of Social Assistant from this university, was also included.

The study also presents more specific data on the problem of alcohol and alcoholism, besides dealing with matters concerning the production and consumption of alcoholic beverages and its consequences in various spheres on the level of Latin America, Brazil, Santa Catarina and Florianópolis.

The question of dependence, commonly related to the "lack of will-power" to stop using alcoholic beverages has been internalized by the dependents. Through a recuperation process which takes place as a result of their participation in self-help groups, the dependents begin to gain a new understanding regarding their illness - alcohol-dependence. They then come to realize that they have an incurable disease, which causes them to change the way they relate to drink, and often leads to changes in their very life style.

“... É longa a caminhada para a sobriedade. Mas posso esperar. Posso pôr um pé à frente do outro. A vida tem significado, senão perfeição. Estarei com minha família esta noite e encontrarei prazer em estar com ela. Eu me levantarei amanhã cedo e irei trabalhar; sem suor frio, dor de cabeça e a sensação de miséria que vem como pensamento de um outro dia de esforço com mais uma ressaca. Eu não tenho a vida inteira resolvida, e nunca terei, pois do contrário não haveria desafio nela. Mas trabalhar em seus mistérios tem suas próprias recompensas raras. Há uma oportunidade para felicidade agora. Antes eu não a tinha.

Depoimento de um alcoolista em recuperação.

SUI

Introdução e Metodologia	01
Capítulo I - Dependente do Álcool: Representação e Identidade.....	08
Capítulo II - Contextualização do Universo da Pesquisa - UFSC	
1. A UFSC na Busca da Recuperação do Dependente de Álcool.....	29
2. História e Filosofia de Trabalho dos Grupos de Recuperação na UFSC	33
Capítulo II - Duas Faces da Mesma Medalha: Álcool e Alcoolismo	53
1. Álcool: Curiosidades sobre “Sua Majestade”	54
2. Álcool e Alcoolismo: Uma Retrospectiva.....	57
3. Produção e Consumo de Bebidas — Quem Ganha e Quem Perde	62
4. América Latina: Do Álcool ao Alcoolismo	67
5. BRASIL: Um Retrato do Problema da Dependência do Álcool.....	70
6. SANTA CATARINA: As Festividades, o Álcool e o Alcoolismo	83
7. FLORIANÓPOLIS: Praia, Sol, Mar e a Dependência.....	91

Capítulo IV - Representações Sobre a Dependência do Álcool: A TRAJETÓRIA DOS DEPENDENTES E SUAS PERSPECTIVAS DO FUTURO	95
Considerações Finais: O Contexto da Dúvida.....	125
Bibliografia	131
Anexos.....	139

INTRODUÇÃO E METODOLOGIA

A presente pesquisa foi empreendida junto ao Grupo de Ajuda Mútua (GAM), e está inserida no programa de prevenção do uso indevido de drogas, nos níveis primário, secundário e terciário¹, da Pró-Reitoria de Assuntos da Comunidade Universitária (PRAC), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) .

O Grupo funciona no prédio do Centro de Ciências da Saúde (CCS), nas dependências da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em Florianópolis. Atende servidores e alunos desta universidade e também população em geral, não só do Estado de Santa Catarina como também de outras partes do Brasil. O GAM atende dependentes químicos de forma geral, bem como pessoas que sentem necessidade de mudar de comportamento. Salienta-se que a presente pesquisa limita sua análise aos dependentes, cuja droga de preferência é o álcool.

Foram informantes da pesquisa, por um lado, servidores da Universidade e, por outro, dependentes que não tinham vínculo com a instituição, mas que estavam em recuperação, ou seja, participando do grupo no momento em que as entrevistas foram realizadas, ou então, os denominados "recuperados" — aqueles que já cumpriram o tratamento

¹ Níveis: **primário:** reduzir incidência e aparecimento de novos casos;

secundário: recuperação dos atingidos;

terciário: manutenção dos resultados, reintegração do servidor recuperado.

(plano terapêutico de seis meses), mas que continuavam abstêmios ao álcool ou outra droga (exceto ao tabaco), no momento da pesquisa.

Deu-se encaminhamento à presente pesquisa juntamente com o trabalho que desenvolvo enquanto Assistente Social, na Divisão de Serviço Social (DiSS), Setor de Atendimento ao Servidor (SeAS), desta Universidade. Foi realizada de forma individual, contando somente com o apoio dos profissionais que já atuavam no GAM: psicólogos, enfermeiros, estagiárias de Serviço Social que contribuíram no sentido de subsidiar informações sobre o grupo em pauta, colaborando para a coleta dos dados necessários.

A questão do alcoolismo, de certa forma, já vem sendo discutida sob diversos enfoques, tais como psicológico, antropológico e médico, destacando-se dentre eles vários aspectos: conseqüências sociais, familiares, profissionais, estágios da dependência, prejuízos orgânicos, psicológicos, diferentes terapias que tratam a dependência e assim por diante. Diferentes disciplinas como psicologia, enfermagem, medicina, serviço social também têm procurado estudar o fenômeno do alcoolismo.

Após refletir sobre os possíveis enfoques do alcoolismo, tais como: alcoolismo nas empresas, nas instituições hospitalares e o aspecto etiológico da doença, surgiu a possibilidade de analisar a problemática do alcoolismo nas dependências da própria Universidade, isto porque já é um problema detectado que preocupa os administradores da instituição, pelas proporções alarmantes que vem assumindo, sendo considerada, inclusive, uma epidemia. Em outubro de 96, juntamente com um grupo de profissionais que atua com a questão da dependência química, começamos a discutir a reativação da Comissão do Uso Indevido de Drogas, na UFSC, para implementar uma política de ação junto à comunidade universitária com relação a esse problema. Outra questão é que o GAM — como os demais grupos que discutem esta problemática — foram criados exatamente para atender os servidores que apresentam este tipo de dependência e foi resultado da primeira etapa de funcionamento da Comissão do Uso Indevido de Drogas na UFSC, que até então estava

desativada. Após constatar todos esses fatores, decidimos, então, ter a Universidade, mais precisamente o GAM como campo de pesquisa .

O objetivo geral da pesquisa é analisar a dependência do álcool a partir da representação que o próprio dependente — em recuperação ou recuperados que participaram ou participam do GAM — faz a respeito de si mesmo e da doença, enfatizando:

- a) a história de vida de cada membro pesquisado;
- b) a representação que os dependentes fazem sobre o seu problema;
- c) o ponto de vista sobre o grupo em que estão inseridos;
- d) a construção da representação "álcool — doença" desses dependentes.

Com relação aos objetivos específicos pretendemos:

* Revisar e sistematizar a bibliografia a respeito do alcoolismo, privilegiando a perspectiva da sociologia política.

* Fornecer subsídios para outros pesquisadores sobre a representação social que os dependentes de álcool fazem sobre o seu problema.

* Indicar os possíveis fatores que contribuem na construção da representação do dependente de álcool.

Assim, pretende-se, nesta pesquisa, refletir sobre o próprio ponto de vista dos dependentes do álcool, analisando o seu discurso. Como esse discurso é construído a partir de que perspectiva, o dependente de álcool elabora a sua visão de dependência e dos problemas que vêm enfrentando, como ele constrói a lógica para explicar causas, conseqüências e tratamento.

A partir dessa perspectiva não serão a literatura, a medicina ou a sociedade que estarão formulando explicações para a questão da dependência ou por que o dependente procura tratamento, mas, será o próprio dependente quem estará elaborando a descrição a partir de suas próprias vivências e experiências, estabelecendo uma explicação para a sua situação.

Do ponto de vista teórico, a análise baseia-se em algumas contribuições significativas da Sociologia sobre a construção social da realidade do estigmatizado e sobre as representações.

Partindo do discurso construído pelos entrevistados far-se-á uma análise tentando captar a partir de que perspectiva o paciente constrói o seu discurso, para verificar se ele explica o alcoolismo tal como a sociedade ou de acordo com o grupo que participa, ou se sua discussão vai mais longe — se ele constrói de maneira própria sua interpretação do problema **e analisar o porquê assim o faz**. Nesse caso, verifica-se uma nova perspectiva de trabalho que poderá revelar muitos aspectos até então desconhecidos.

As hipóteses levantadas para responder aos questionamentos são as de que:

1) A formação desse discurso que espessa seu subjetivo vai se construir através da assimilação da ideologia introjetada pelo grupo a que pertence o dependente.

2) A percepção do alcoólatra em recuperação sobre o alcoolismo pode se dar:

a) tal qual a ideologia assumida pelo grupo de recuperação que participa;

b) mais autonomamente através de outras representações vivenciadas no seu cotidiano, tais como: os níveis cultural, social e econômico.

A metodologia utilizada nesta pesquisa constitui um estudo de caso, objetivando a análise comparativa de um campo específico de estudo. A abrangência deste campo diz respeito à construção da subjetividade/representação da doença dos dependentes do álcool em recuperação. Estes são, por um lado, servidores da Universidade Federal de Santa Catarina e, por outro, dependentes que não têm vínculo institucional com a UFSC. Ambos os grupos analisados estavam participando do GAM ou já haviam cumprido a etapa plena terapêutica, que corresponde a um período de seis meses e continuavam abstêmios.

A partir do contato com os servidores da UFSC e os não servidores procuramos captar o discurso destes com relação ao problema que os afetam, tentando evidenciar a partir de que perspectivas o discurso é construído, que influências sociais, culturais, religiosas e econômicas interferem na construção da representação da doença, elaborada para explicar o seu problema.

Os procedimentos metodológicos utilizados para coletar e interpretar os dados foram:

1) Pesquisa e Revisão Bibliográfica: realizou-se uma revisão bibliográfica do material publicado sobre a questão do alcoolismo, através de consulta a jornais, periódicos, revistas, boletins, livros, publicações, dissertações, monografias, relatórios de pesquisa que faziam referência à problemática pesquisada, subsidiando, assim, o aprofundamento sobre as variáveis que interferem na questão da dependência do álcool, suas causas, conseqüências, tratamento e perspectivas.

2) Pesquisa Empírica: nesta fase da pesquisa foi utilizada a técnica da observação direta como um instrumento constante para buscar subsídios sobre os dependentes de álcool que participavam do GAM, sua relação com os profissionais que atuavam na recuperação e, principalmente, seu discurso e suas representações sobre a questão da dependência, como também para entender toda a rede de relações estabelecidas, no grupo ou fora dele, para a formação da representação de sua dependência.

3) Utilizamos também a técnica da Entrevista Qualitativa como uma forma mais direta de captação do discurso e das representações que o informante faz do próprio problema. Para tanto, essas entrevistas, por serem bastante profundas e requererem mais de um contato com o pesquisado, foram gravadas para melhor subsidiar a pesquisa. No total foram realizadas 8 entrevistas. Todos os entrevistados cumpriram os critérios de já terem participado do grupo ou ainda estarem participando do mesmo. As entrevistas não tiveram um roteiro fechado. Foram semi-

estruturadas, ou seja, continham questões norteadoras gerais que contribuíram na organização das indagações apresentadas.

4) Após realizada a pesquisa empírica (trabalho de campo), o conteúdo das entrevistas foi analisado no sentido de compreender e comparar as representações que os dependentes de álcool, servidores da UFSC e não servidores, tinham da sua dependência.

A opção por servidores e não servidores se deve à necessidade de se saber se o vínculo institucional contribuiu de alguma forma para a formação de sua representação da doença ou se este fator não alterou a visão e a sua história de vida.

A presente dissertação é composta por 4 capítulos, as considerações finais, a bibliografia e os anexos.

No primeiro capítulo apresentaremos o **Referencial Conceitual Teórico** onde destacaremos a Teoria das Representações Sociais, através dos seguintes autores Canguilhem (1978), Goffman (1975;1988) e Berger (1972;1973). Estes subsidiarão os conceitos de saúde, doença, estigma, identidade social e individual e representações.

O segundo capítulo tem como título **Contextualização do Universo da Pesquisa** onde será apresentado um panorama sobre a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a história dos seus grupos de recuperação: Grupo de Ajuda Mútua (GAM), Grupo Alternativo de Estudos dos Problemas das Drogas (GAEPD) e Grupo de Estudos dos Problemas do Álcool (GEPAL).

No terceiro capítulo intitulado **Duas Faces da Mesma Medalha: Álcool e Alcoolismo** serão abordadas questões mais específicas sobre a problemática do álcool e do alcoolismo, tais como: etimologia, simbologia, composição química e definições do álcool enquanto uma droga, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Também apresentaremos questões referentes à produção e ao consumo de bebidas alcoólicas no Brasil, dados estatísticos sobre internações por este diagnóstico, conseqüências nas diversas esferas e a situação a nível de América Latina, Brasil, Santa Catarina e Florianópolis.

Representações sobre a Dependência do Álcool é o quarto capítulo da pesquisa onde faremos a análise dos dados. É nesse momento que analisaremos o ponto de vista dos dependentes de álcool em recuperação em suas representações a respeito da dependência do álcool, bem como a história de vida e de recuperação, suas recaídas e suas **perspectivas de futuro** a partir da recuperação.

Nas **Considerações Finais** procuraremos fazer a síntese de alguns aspectos considerados importantes destacar nessa pesquisa, bem como da convivência obtida durante o período em que a dissertação foi elaborada, tais como: 1) tendência dos grupos de recuperação da UFSC; 2) perspectivas dos entrevistados; 3) indagações sobre algumas posturas profissionais com relação à dependência, como também a outras doenças crônicas.

Apresentaremos em seguida a **Bibliografia** onde relacionaremos obras, relatórios de pesquisas, revistas, jornais e textos mimeografados que subsidiaram a pesquisa.

Por fim, serão acrescentados os anexos.

CAPÍTULO I

DEPENDENTE DO ÁLCOOL: Representação e Identidade

O problema da dependência de álcool pode ser abordado de diferentes maneiras e sob diversos aspectos. Neste trabalho, pretendemos abordar as representações que o dependente de álcool faz sobre a sua situação, tentando compreender como cada indivíduo, portador da dependência de álcool, interpreta, expressa e define sua condição. Para podermos abordar e interpretar os dados, basear-nos-emos em alguns autores contemporâneos que subsidiarão a análise e fundamentarão a reflexão sobre as informações obtidas. Com o intuito de atingir esses objetivos, nos apoiaremos nas contribuições de Canguilhem (1978), Goffman (1975;1988) e Berger (1972;1973). Também será ressaltada a Teoria das Representações Sociais que apresenta possibilidades de tentar entender a relação existente entre o sujeito e o objeto da ação. Sendo assim, esta teoria procura

recuperar um sujeito que, através de sua atividade e relação com o objeto-mundo, constrói tanto o mundo como a si próprio (GUARESCHI & JOVCHELOVITCH, 1995, p.19).

A produção desses autores subsidiará os conceitos de saúde, doença, estigma, identidade social e individual e representações. Não

queremos deixar de lado as contribuições de outras linhas teóricas e também de outros autores que poderiam ter sido utilizados. No entanto, como necessitávamos fazer um recorte teórico, são estes os autores que apoiarão a análise desta pesquisa. Outras contribuições e possíveis redefinições ficarão como sugestões para futuras pesquisas, como também para orientar novas leituras do problema pela própria pesquisadora.

O presente capítulo abordará, inicialmente, as diversas definições de dependência de álcool incluindo, aqui, a própria definição da Organização Mundial de Saúde (OMS). Em seguida, relacionaremos a dependência do álcool com o binômio normal e patológico. Posteriormente, relataremos algumas argumentações de autores como Ferreira (1994) e Rabello (1993) que discutem a interpretação do doente sobre a sua própria doença e sobre a sua condição.

Os pressupostos da presente análise se baseiam em Berger e Goffman. Do primeiro, resgatam-se as relações existentes entre o homem e a sociedade; do segundo, recuperam-se as categorias identidade e estigma.

No entanto, antes de tratarmos mais especificamente da fundamentação teórica desta pesquisa, precisamos deixar claro o conceito central da pesquisa, ou seja, a dependência de álcool, já que existem diversas definições para a mesma.

Destacamos, inicialmente, as definições gramaticais encontradas no Dicionário da Língua Portuguesa onde encontramos o seguinte:

- *Alcoólatra: pessoa que se entrega ao alcoolismo, viciada na ingestão de bebidas alcoólicas, alcoólico, alcoolista, etilista;*
- *Alcoólico: que contém álcool, espirituoso, referente ao álcool, alcoólatra;*
- *Alcoolismo: 1- Vício de ingerir bebidas alcoólicas, dipsomania. 2- Estado patológico originado pelo abuso do álcool;*
- *Alcoolizado: que contém álcool, ébrio, embriagado;*
- *Alcoolista: alcoólatra;*

- *Alcoolização: 1- ato ou efeito de alcoolizar-se, 2- ébrio, bêbado, embriagado, 3- próprio de ébrio;*
 - *Alcoolizar: Adicionar álcool a (qualquer líquido), 2- embriagar, embebedar, 3- embriagar-se, embebedar-se;*
 - *Dependência: estado ou caráter de dependente, 2- sujeição, subordinação;*
 - *Dependente: o que depende;*
- (FERREIRA, 1986, p.78-9, 537).

Os autores Gitlow & Peyser, por sua vez, definem o alcoolismo como:

Uma doença caracterizada pela ingestão repetitiva e compulsiva de quaisquer drogas sedativas, o etanol representando apenas uma deste grupo, de maneira tal a resultar na interferência em algum aspecto da vida do paciente, seja ele a saúde, o estado civil, a carreira, os relacionamentos interpessoais, ou outras adaptações sociais necessárias (1991, p.15).

O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, procurou definir os diversos termos que expressam esta dependência, da seguinte maneira:

Alcoolista: este termo refere-se tanto aos bebedores-problema quanto aos dependentes de álcool. Ainda que os termos alcoolista e alcoólatra possam ter o mesmo significado, dar-se-á preferência ao termo alcoolista.

Bebedor Moderado: pessoa que utiliza a bebida alcoólica sem dependência e sem problemas decorrentes de seu uso.

Bebedor Problema: pessoa que apresenta qualquer tipo de problema (físico, psíquico ou social) decorrente do consumo do álcool, sem dependência.

Dependente de Álcool: pessoa que preenche os critérios de dependência de álcool de acordo com a 10a. Revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID 10 (1992) considerando a presença de três ou mais dos critérios²,

²Os critérios são os seguintes: a) desejo intenso ou percepção de compulsão para beber; b) dificuldades para controlar o consumo de álcool quanto ao reinício, parada ou quantidade consumida; c) sinais de abstinência quando o uso do álcool for interrompido ou muito reduzido; d) presença da tolerância, sendo necessárias doses muito aumentadas de álcool para obter os efeitos desejados, antes produzidos com pequenas doses (o indivíduo pode tolerar doses de álcool capazes de incapacitar ou matar pessoas intolerantes); e) abandono progressivo de interesses e atividades de lazer devido ao uso do álcool, aumento do tempo utilizado para obter e consumir bebidas ou recuperar-se de

durante o último ano de sua vida, para que seja considerado um dependente (Ministério da Saúde — Secretaria de Assistência a Saúde; 1994).

Sendo assim, resumidamente, a dependência de álcool pode ser dimensionada por dois ângulos:

a) perda da liberdade frente às bebidas; b) transtornos psíquicos, corporais e sociais decorrentes do consumo regular ou irregular do álcool (FERNANDES, 1973, p.82).

Segundo Fernandes (1973), independente do conceito que se utilize para definir a dependência de álcool, o que se percebe é que o álcool é tratado enquanto um agente, no sentido de que:

todas as substâncias, elementos ou forças animadas ou inanimadas cuja presença ou ausência pode mediante contato efetivo com um hospedeiro humano suscetível de constituir estímulo para iniciar ou perpetuar um processo de doença (FERNANDES, 1973, p. 82).

Tendo em vista essas definições, neste trabalho utilizaremos o termo ***dependente do álcool*** para referir a pessoa que possui problemas com a bebida alcoólica. A opção por este termo justifica-se na medida em que preenche os quesitos da Classificação Internacional de Doenças e também por considerarmos mais completo. Outro aspecto relevante que cabe salientar é que concordamos com a definição de que a dependência de álcool é uma doença lenta, progressiva, até o presente momento incurável e que pode levar a pessoa à morte se não tratada a tempo, como também causar uma série de problemas físicos, psíquicos, econômicos, familiares e sociais.

Situando a dependência do álcool em um contexto mais amplo, verificamos que este tema pode ser correlacionado com a questão do

seus efeitos; f) uso persistente do álcool apesar das evidências de danos, tais como lesão hepática e prejuízos das funções cognitivas; g) Síndrome de Abstinência: conjunto de sinais e sintomas habitualmente encontrados nas pessoas dependentes do álcool quando da interrupção ou diminuição do seu uso.

normal e do patológico, já que a dependência do álcool, conforme nos coloca Murad (s/d), é considerada tanto pela Organização Mundial de Saúde quanto pela Associação Médica Americana como uma doença. Falar em doença leva a uma relação com patologia.

Segundo Canguilhem (1978), existem muitos problemas de estrutura e de comportamento patológico no homem. Para o autor, o portador de um defeito físico congênito, um invertido sexual, um diabético, um esquizofrênico, e aqui poderíamos acrescentar um dependente de álcool, levam à necessidade de realização de pesquisas de ordem anatômica, embriológica, fisiológica e psicológica e também social. No caso do dependente de álcool esses critérios ficam bem evidentes, haja vista que ainda não existe uma explicação única para a causa do problema da dependência.

Para alguns autores não há estado normal completo nem saúde perfeita, já que saúde perfeita seria um tipo ideal inatingível. Sabemos que umas pessoas são mais doentes que outras. Entendendo aqui ser doente

o homem viver uma vida diferente mesmo no sentido biológico da palavra (CANGUILHEM, 1978, p.64).

Nesse caso, ser doente implica uma forma diferente de viver. De acordo com o ponto de vista de um paciente "a doença é aquilo que perturba os homens no exercício normal de sua vida e de suas ocupações, sobretudo aquilo que os faz sofrer". Vale-ressaltar esta questão porque de acordo com Canguilhem (1978) a doença sob a perspectiva de quem a sofre é diferente da patologia sob o ponto de vista anatômico, vista pelo médico.

Aproximando-se deste ponto de vista, Ferreira assinala que para o doente:

A interpretação da doença não se faz apenas em base de sensações fisiológicas, uma vez que a própria leitura destas sensações é uma construção social (1994, p.06).

Isso significa dizer que do ponto de vista do doente a interpretação da doença não se faz somente tendo como base a descrição fisiológica, mas também através da leitura individual que cada um faz das sensações. Estas são também um produto social que é compartilhado e apreendido. Até porque, existe uma necessidade de linguagem e de nome para que a doença seja percebida como tal, já que

aquilo que não é classificado e nomeado pela cultura também não é percebido, Boltanski (apud QUEIROZ, 1991, p.34).

E, também, porque o indivíduo é doente segundo a sua sociedade, e de acordo com critérios e modalidades que ela fixa.

Como assinala Rabelo:

Tanto a doença como o processo de cura são experiências intersubjetivamente construídas, em que o paciente como sua família e aqueles que vivem próximos a ele estão continuamente negociando seus significados (1993, p.17).

Do ponto de vista do paciente:

As representações dos sintomas são influenciadas por vários elementos: suas representações de corpo em geral, suas experiências individuais e as compartilhadas por suas redes de relações. Contribui para as representações dos pacientes a apropriação do discurso médico, que alia aspectos deste discurso com suas próprias representações sobre o corpo e a doença. O médico por sua vez ao interpretar os sintomas do paciente se utiliza de seu saber legitimado pela ciência, aliado à aquisição de um saber popular, o que se dá através de sua prática e que é enfatizada na sua formação médica (FERREIRA, 1994, p.20-1).

Nesse sentido, percebemos que os fatos que compõem nossa vida passam por diversas mudanças de significado para cada um que os vivencia. Esses fatos fazem parte da biografia de cada indivíduo. Assim, percebemos que a biografia de uma pessoa pode ser vista como uma

forma de compreender como se dá a construção da identidade e das representações dessa pessoa.

Segundo Berger (1972), o consenso geral entende a biografia como uma seqüência de acontecimentos. Já Goffman (1988) pensa a biografia como uma identidade pessoal pois através dela pode-se estruturar uma história. Já que

tudo o que o indivíduo fez e pode realmente fazer, é passível de ser incluído em sua biografia, identidade pessoal e social (GOFFMAN, 1988, p.73).

E, segundo Peter Berger:

Os acontecimentos que constituem a vida de uma pessoa podem estar sujeitos a interpretações alternativas, pois nós próprios nunca deixamos de interpretar e reinterpretar nossa própria vida (1972, p. 67-8).

O passado, segundo Berger (1972), não é fixo, imutável e invariável. Pelo contrário, é maleável e flexível, modificando-se na medida que nossa consciência reinterpreta e re-explica o que aconteceu. E vários são os fatores que contribuem para esta freqüência de reinterpretações como, por exemplo, mobilidade social ou geográfica. Nesse sentido "tentamos corrigir o destino pela reformulação da história" (BERGER, 1972, p.72).

Tanto na formulação quanto na reformulação da história, a maioria das pessoas baseia-se nos significados adquiridos através de outras pessoas que fazem parte da sociedade onde o indivíduo vive. Por isso, a pessoa se habitua a esses significados e introjeta como sendo seus, construindo uma forma de "visão de mundo". Mas, isso não acontece de modo aleatório em relação à vontade do indivíduo. Esse, de certa forma, sofre uma coerção através do controle social. Em muitos casos, os meios de controle são muito sutis, mas, por outro lado, eficientes.

Nesses casos:

...em discussões grupais que se estendem durante um certo período, os indivíduos modificam suas opiniões originais, ajustando-se à norma grupal, que corresponde a uma espécie de média aritmética de todas as opiniões representadas pelo grupo (BERGER, 1972, p.84).

Isso se dá pelo fato de que quase sempre o jogo foi armado antes de nós entrarmos em cena, e, portanto, nosso papel é ser o que a sociedade espera que sejamos. Mas, para que essa canalização das ações humanas aconteçam se faz necessário que existam estruturas sociais que façam com que as normas sejam cumpridas. Essas estruturas estão baseadas em instituições sociais que têm por objetivo padronizar a conduta humana, já que essas sempre existiram.

Nesse caso:

A estrutura institucional da sociedade proporciona a tipologia para nossas ações e... exclui todas as outras opções em favor daquela que a sociedade pré-definiu para o homem (BERGER, 1972, p.101-2).

Dizer, então, que a atividade humana foi institucionalizada é dizer que esse segmento da atividade humana foi submetido ao controle social.

A realidade vivida pelo homem ao nascer é uma realidade objetiva porque já estava ali quando ele chegou — é, portanto, anterior a ele. Existe uma história anterior que antecede o nascimento do indivíduo e que não é acessível à sua lembrança biográfica, pois:

A objetividade do mundo institucional, por mais maciça que apareça ao indivíduo é uma objetividade produzida pelo homem... O mundo institucional é a atividade objetivada, e isso em cada instituição em particular (BERGER, 1973, p.87).

Se nos mantivermos fora do padrão desejado pela sociedade, somos punidos. A punição pode ocorrer de diferentes formas, por exemplo, através do isolamento, de exposição ao ridículo, da privação da liberdade, entre outros fatores. Para Berger (1972, p.106-113):

A sociedade é uma realidade externa ao indivíduo que o pressiona e coage... Somos então aquilo que os outros crêem que sejamos.

Nesse sentido, os indivíduos preferem ligar-se a outros indivíduos que sustentam sua auto-interpretação para que sua auto-identidade seja afirmada e assim sua identidade seja sustentada e sobreviva, por isso há necessidade de ligações específicas.

Para que essa identidade seja construída, existe a necessidade de participação em grupos já que as

pressões do grupo atuam efetivamente para fazer o indivíduo aceitar a nova imagem que lhe é proporcionada (BERGER, 1972, p.118).

Entende-se por identidade do eu:

O sentido subjetivo de sua própria situação e sua própria continuidade e caráter que um indivíduo vem a obter como resultado de várias experiências sociais (GOFFMAN, 1988, p.116).

Ou ainda, o conceito de identidade refere-se:

A maneira pela qual o indivíduo se apresenta a si mesmo e as suas atividades às outras pessoas, aos meios pelos quais dirige e regula a impressão que formam a seu respeito e as coisas que pode ou não fazer, enquanto realiza seu desempenho diante deles (GOFFMAN; 1975:07).

O conceito de identidade se relaciona ao conceito de papel social pois quando um indivíduo chega na presença de outras pessoas, ele

geralmente procura obter informações a seu respeito ou trazer à tona as que já possui.

Nesse caso, entra em cena a teoria dos papéis através da qual se oferece

uma visão do homem baseada em sua existência na sociedade. Essa visão nos mostra que o homem representa papéis dramáticos no grande drama da sociedade e que, falando-se sociologicamente, eles são as máscaras que têm de usar para representar (BERGER, 1972, p.119).

Isso porque, "pessoa" no entender de Goffman (1975) quer dizer "máscara". Sendo assim, o indivíduo está em todo lugar e sempre representando papéis, estando mais ou menos consciente disso, e, essa máscara é o nosso verdadeiro eu, ou pelo menos aquilo que gostaríamos de ser. Essa representação faz com que o indivíduo incorpore os valores socialmente reconhecidos por aquela determinada sociedade em que ele vive. Mas, tantos quanto forem os seus grupos sociais, tantas serão as suas individualidades sociais. Diante de cada grupo se apresentará com facetas distintas.

Esse processo, segundo Berger, é dinâmico, pois

a representação de papéis e os processos formadores de identidade são geralmente irrefletidos e não planejados, quase automáticos... as pessoas acreditam no que representam, esquecem convencidamente a representação anterior e seguem pela vida contentes, convictas de estarem à altura de todas as expectativas (BERGER, 1972, p.123).

Segundo Goffman (1988) tanto a identidade social quanto a pessoal fazem parte de interesses e definições de outras pessoas em relação ao indivíduo e isso justifica porque o indivíduo constrói

A imagem que tem de si próprio a partir do mesmo material ao qual as outras pessoas já construíram a sua identificação pessoal e social, mas ele tem considerável liberdade em relação àquilo que elabora (GOFFMAN, 1988, p.117).

Ilustrando essa afirmação, Goffman (1988) elabora uma descrição da forma com que as pressões atuam sobre o doente em um hospital em que os pacientes acabam cedendo à interpretação psiquiátrica de sua existência que constitui o quadro de referência comum do grupo "terapêutico".

Mas, apesar da sociedade produzir os homens de que necessita, existe a contrapartida, já que a sociedade funciona de maneira irrefletida e não planejada e que as idéias não ocorrem isoladas do contexto social, pois a realidade é, segundo Berger, construída socialmente.

Para o autor:

Nem todo pensamento humano deve ser considerado como "reflexo" direto das estruturas sociais, nem tampouco que as idéias devam ser vistas como inteiramente impotentes para traçar o rumo dos acontecimentos... todas as idéias são examinadas cuidadosamente para se determinar sua localização na existência social das pessoas que as cogitaram (BERGER, 1972, p.129).

Sendo assim, poderíamos dizer que a sociedade impõe, mas não todas as situações. Existe uma zona aberta, que poderíamos traduzir como um espaço onde poderemos ser nós próprios. É o que Goffman (1975) chama de "região de bastidores", o lugar onde as ilusões e impressões são construídas e onde o ator pode descontrair-se, abster-se de representar e sair de seu personagem porque aqui o público não penetra.

É aqui onde poderíamos dizer que existe uma liberdade humana em face aos vários determinantes sociais, pois “a sociedade nos define, mas é por sua vez definida por nós” (BERGER, 1972, p.144).

Isso significa dizer que da mesma forma que não existe poder total na sociedade, também não existe impotência total. Por isso podem ocorrer transformações das definições sociais. Mas, para que essa liberdade se concretize é necessário que possamos vislumbrar possibilidades de vida diferentes daquelas oferecidas pela sociedade, ou seja, o mundo aprovado pela sociedade não é a única forma que existe de viver.

Nesse sentido:

A sociologia mostra que o homem é aquilo que a sociedade o fez, e que esse mesmo homem tenta, debilmente, hesitantemente, às vezes apaixonadamente, ser outra coisa, alguma coisa que ele mesmo tenha escolhido (BERGER, 1972, p.172).

Porque o homem, segundo Junior (1993) é um animal de significação, constrói a si próprio e ao mundo em um processo de criação e interpretação.

O que cabe ressaltar é que o indivíduo não é apenas um subproduto de determinações infra-estruturais que lhe são impostas, tendo em vista a reprodução social. A reflexão foucaultiana nos leva a pensar que sob determinada ótica não temos como escapar dos efeitos da sociedade e das instituições, porque não há como constituir-se um sujeito fora das normas da sociedade. No entanto, resta uma perspectiva externa que surge como produto da produção primeira, ou seja, a própria questão do sujeito, e o modo como entende e elabora sua marca pessoal dentro deste processo maior. É um processo que mostra que determinados acontecimentos escapam ao controle e é onde nascem novas alternativas. Há que se entender, portanto, que as interpretações que os indivíduos dão a suas situações dependem dos diferentes contextos em que estes estão inseridos. Então, o indivíduo ao olhar para suas experiências passadas tentará interpretá-las de acordo com as suas circunstâncias atuais, com o

conhecimento que adquiriu. É como se voltasse ao passado com o objetivo de lhe dar um sentido à sua história e aos fatos que vivenciou, dar coerência a fatos fragmentados, para, a partir daí, construir uma nova forma de viver, dentro das possibilidades que ainda lhe restam.

Mas, para sabermos como essa realidade é construída, há necessidade de uma investigação para que possamos entender a questão objetiva e subjetiva da sociedade.

Nesse sentido, diz Berger (1973, p.149) que:

Qualquer redefinição significa que alguém começa a agir de maneira contrária às expectativas que lhe são dirigidas, de conformidade com a velha definição.

Essa modificação pode acontecer de forma individual ou grupal, onde os homens constroem seus próprios mundos, diferentemente daqueles em que foram originalmente socializados. A isso Goffman chama de "distanciamento do papel". E é nesse momento que o ator estabelece uma distância das rotinas normais da sociedade.

Essa mobilidade pode se tornar concreta a partir do momento em que percebemos, segundo Berger (1973), que o homem ocupa posição peculiar no reino animal porque possui um ambiente específico, estruturado segundo sua própria organização instintiva. O homem possui uma relação com seu ambiente de forma aberta ao mundo, ao contrário dos animais. Isso porque o homem, mesmo após o nascimento, acha-se em desenvolvimento biológico — mesmo em relação com o meio ambiente também está sendo formado biologicamente.

Sendo assim, o ser humano em desenvolvimento

não somente se correlaciona com um ambiente natural particular, mas também com uma ordem cultural e social específica que é mediatizada para ele pelos outros significativos que o têm a seu cargo (BERGER, 1973, p.71).

Vemos que não apenas a questão da sobrevivência biológica está em jogo, como também os dispositivos de que a sociedade se utiliza para o seu desenvolvimento orgânico. Desde o nascimento, o homem está submetido a uma interferência social e essas interferências acabam por moldá-lo através de formações sócio-culturais.

Mesmo o homem tendo uma natureza que sofra interferências externas a ele, pois quando ele nasceu a sociedade já estava pronta, ele terá liberdade de construir parte significativa dessa natureza. Até porque a institucionalização não é um processo irreversível. Pode haver, em várias áreas da vida social, uma "desinstitucionalização" ou a institucionalização pode diminuir. Nesse caso, o

Homem ao se exteriorizar constrói o mundo no qual se exterioriza a si mesmo. No processo de exteriorização projeta na realidade seus próprios significados (BERGER, 1973, p.142).

Mas sendo produtos da atividade humana,

todos os universos socialmente construídos modificam-se e a transformação é realizada pelas ações concretas dos seres humanos (BERGER, 1973, p.157).

A sociedade é uma realidade objetiva e subjetiva. Isso se dá pelo fato de que o indivíduo não nasce membro da sociedade, mas torna-se membro dela. Esse processo de tornar-se membro da sociedade se dá em um primeiro momento, através da interiorização. A interiorização, no entender de Berger (1973), se faz de duas formas: primeiro, através da compreensão de nossos semelhantes e depois através da apreensão do mundo.

Mas, essa apreensão

Não resulta de criações autônomas de significado por indivíduos isolados, mas começa com o fato do indivíduo "assumir" o mundo no qual os outros já vivem (BERGER & LUCKMANN, 1973, p.174).

Nesse processo de compreender o mundo, o homem se torna membro da sociedade. É é nesse período que ocorre o que Berger (1973) chama de socialização primária, que corresponde ao processo que é desencadeado na infância onde o indivíduo se torna membro da sociedade. Nessa situação, o indivíduo não somente absorve os papéis e atitudes dos outros, como também nesse mesmo processo assume seus mundos. É a fase de construção do primeiro mundo do indivíduo. E a socialização nunca está pronta nem acabada.

É nesse ínterim, nesta zona aberta que ocorre a socialização secundária, definida aqui como

qualquer processo subsequente que introduz um indivíduo já socializado em novos setores do mundo objetivo de sua sociedade (BERGER & LUCKMANN, 1973, p.175).

Os processos da socialização primária têm muito mais peso do que o da secundária. Os conteúdos obtidos na segunda são mais facilmente colocados entre parênteses, deixados de lado. Por isso, para que o conhecimento na socialização primária se modifique, é necessário que ocorram graves choques. Por outro lado, é fácil anular os conhecimentos da socialização secundária. Como existe essa fragilidade, criam-se técnicas para que a identificação com a socialização secundária aconteça e perdure. Mas, em muitos casos, a socialização secundária, ao criar novos conhecimentos sobre a realidade, entra em choque com a primária porque os conhecimentos adquiridos na socialização primária contradefinem uma realidade defendida pelos legitimadores "oficiais" da sociedade. É por ter em mente essa complexidade que, dependendo do

caso, são criados órgãos especializados para a construção de um novo processo educacional.

Então concordamos com Berger (1973) ao dizer que existe uma socialização objetiva — a realidade definida institucionalmente — e outra subjetiva — aquela apreendida na consciência individual de cada um.

Na socialização primária a realidade é apresentada como inevitável; já na secundária, citando como exemplo o dependente de álcool, a realidade subjetiva é mais vulnerável porque os conceitos não estão tão fixos na consciência sendo, portanto, mais suscetível de deslocamento. E para que a socialização secundária se intensifique é necessária uma rotinização para que essa realidade interiorizada perdure na vida cotidiana. Mas, a realidade da vida cotidiana também precisa ser reafirmada através do contato com outras pessoas, na sua interação do dia-a-dia. Os outros ocupam uma posição central na conservação da realidade.

Então:

Para conservar a confiança de que é na verdade a pessoa que pensa que é, o indivíduo necessita não somente a confirmação implícita desta identidade que mesmo os contatos diários casuais poderiam fornecer, mas a confirmação explícita e carregada de emoção que lhe é outorgada pelos outros significantes para ele (BERGER, 1973, p.199).

Ou seja, é a reafirmação do eu através dos outros porque os outros são os principais agentes de conservação de sua realidade subjetiva.

Já que

o veículo mais importante da conservação da realidade é a conversa.... porque mantém, modifica e reconstrói sua realidade subjetiva (BERGER, 1973, p.202).

Da mesma forma que a conversa mantém a realidade, também pode modificá-la porque todos os que empregam a mesma língua são mantenedores da realidade. Por outro lado, para que a realidade subjetiva seja mantida é necessário que o aparelho da conversa seja contínuo e coerente. Nesse sentido,

só é possível o indivíduo manter sua auto-identificação como pessoa de importância em um meio que confirma esta identidade (BERGER, 1973, p.204).

O que importa salientar de tudo o que foi dito até o presente momento, é que a socialização implica uma possibilidade da realidade subjetiva ser transformada através dos processos de re-socialização. A isso Berger (1973) chama de alternância. Quando o indivíduo entra em processo de alternância é necessário que esse desloque

todos os outros mundos, especialmente o mundo que o indivíduo "habitava" antes de sua alternância. Isto exige a separação do indivíduo dos "habitantes" dos outros mundos, especialmente de seus "co-habitantes" no mundo que deixou para trás (BERGER, 1973, p.210).

Esse deslocamento de ambientes e pessoas é importante principalmente na fase inicial para que fique protegido da influência de seu antigo ambiente. Depois que a realidade se consolidar, é possível voltar às antigas relações, embora isso ainda seja considerado perigoso, porque a mais importante exigência conceitual da alternância é a disponibilidade de um aparelho legitimador para a nova realidade e para dar sustentação ao abandono e repúdio a todas as outras realidades.

Nesse sentido Berger (1973, p.211) afirma que:

A velha realidade, assim como as coletividades e os outros significativos que anteriormente a mediatizavam para o indivíduo, devem ser reinterpretadas dentro do aparelho legitimador da nova realidade. Esta reinterpretação produz uma ruptura na biografia subjetiva do indivíduo em termo, antes e depois da alternância, implicando também uma interpretação da biografia passada à luz da nova realidade... isto inclui a retroprojeção para o passado dos esquemas interpretativos presentes... A ruptura biográfica

identifica-se assim com a separação cognoscitiva das trevas e da luz.

É necessário que se faça uma reinterpretação do significado dos acontecimentos e das pessoas que passaram pela biografia do indivíduo. Nesse sentido, segundo o mesmo autor (1973, p.215):

Na re-socialização o passado é reinterpretado para se harmonizar com a realidade presente, havendo tendência a retroprojetar no passado vários elementos que subjetivamente eram acessíveis naquela época. Na socialização secundária o presente é interpretado de modo a manter-se numa ação com o passado, existindo a tendência a minimizar as transformações realmente ocorridas.

Dito de outra maneira, a realidade básica para a re-socialização primária é o presente e, para a secundária, é o passado.

A socialização sempre acontece dentro de uma estrutura social específica. E essa socialização pode ser bem ou mal sucedida. A socialização bem-sucedida acontece quando existe um elevado grau de simetria entre a realidade objetiva e a subjetiva, e a mal-sucedida quando existe assimetria entre essas duas realidades. A socialização com sucesso total é impossível como a totalmente mal-sucedida também praticamente inexistente. O que pode acontecer são socializações sem êxito como no caso do bastardo, idiota, e poderíamos acrescentar o dependente de álcool. Nesse caso, esses grupos poderão se congregarem em grupos duráveis, poderão desencadear um processo de mudança, ou seja:

... pode ser objetivada uma contra-realidade no grupo marginal dos indivíduos incompletamente socializados neste ponto, evidentemente o grupo iniciará seu próprio processo de socialização (BERGER, 1973, p. 219).

Quando esses indivíduos não formam uma

contra-comunidade própria, sua identidade objetiva e subjetiva estará pré-definida de acordo com o programa institucional que a comunidade estabelece para eles (BERGER, 1973, p.219).

Serão o que são: leprosos, dependentes de álcool e nada mais.

Mas,

A cristalização da contra-realidade e da contra-identidade pode não chegar ao conhecimento da comunidade maior, que ainda pré-define e continua identificando esses indivíduos "estigmatizados" a quem é atribuída a categoria de "leproso" pode descobrir em si mesmo "profundidades ocultas". A pergunta "quem sou eu?" pode dar ensejo a duas respostas: Você é um leproso. Você é um filho de Deus. Você um vagabundo. Você é um doente. Como o indivíduo em sua consciência atribui condição privilegiada às definições da realidade e de si mesmo dadas pela colônia, acontece uma ruptura entre sua conduta "visível" na comunidade maior e sua auto-identificação "invisível" como alguém completamente diferente... Já não é mais aquilo que se propõe que seja (BERGER, 1973, p.220).

O número de estigmatizados constitui uma estrutura plausível para contradefinir a realidade; os indivíduos serão socializados na contra-realidade da comunidade, onde a

socialização imperfeita em um mundo social pode ser acompanhada pela socialização bem sucedida em outro mundo (BERGER, 1973, p.219).

Ter um estigma ou ser estigmatizado, segundo Goffman (1988), é ter uma marca ou uma impressão que indica uma degenerescência e isso torna a pessoa inabilitada para a aceitação social plena. Aquele que é banido da sociedade, carrega o sinal de degradação social, fica à margem da sociedade.

Segundo Goffman (1988), existem três tipos de estigmas, que em muitos casos são considerados defeito, fraqueza ou desvantagem. Entre eles podemos citar:

Culpas de caráter individual que são percebidas como uma vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos como, por exemplo: distúrbio mental, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical (GOFFMAN, 1988, p.14).

Para sintetizar a temática aqui abordada reafirmamos que o objetivo desta pesquisa é compreender como os dependentes de álcool, em recuperação, que participam do GAM constroem sua identidade social de alcoolista.

Se partirmos do pressuposto teórico, conforme nos colocou Berger — que a sociedade constrói o indivíduo — concluiremos que o dependente de álcool também é um produto da sociedade. Produto esse resultante de uma sociedade que produz o álcool e o legitima por ser uma droga legalizada e, ainda mais, cujo consumo é incentivado através de propagandas, de festas regadas a bebidas alcoólicas — o beber está relacionado à saúde, lazer, alegria, futebol, carnaval — que são as grandes "paixões nacionais". Enfim, a sociedade que produz o indivíduo é uma sociedade saturada pelo álcool. Sendo assim, como ficam as pessoas que ao se iniciarem no uso de bebidas alcoólicas por lazer ou "socialmente", depois de determinados anos tornam-se dependentes do álcool? Ou ainda, como ficam aquelas pessoas que por razões sociais, orgânicas, genéticas, hereditárias ou culturais já entram no processo de uso do álcool em desvantagem por terem algum tipo de propensão a se tornarem dependentes? O dependente de álcool é, portanto, uma consequência esperada dessa sociedade, e não um desvio como muitos os vêem.

Partindo desses pressupostos, serão analisadas as representações, as imagens, as visões de mundo, as perspectivas de futuro, dos dependentes de álcool entrevistados. Procuraremos também responder como se deu o processo de socialização do indivíduo na sociedade, como ele vivenciou a relação uso e abuso de álcool, a estigmatização por essa mesma sociedade que, depois de incentivar o consumo deixa o indivíduo à margem do processo de cidadania, e como esse mesmo indivíduo percebe a si próprio como um desqualificado, com "vontade fraca", que não pára de usar álcool porque não quer e assim por diante, internalizando, dessa maneira, o discurso do seu meio e como ocorre a mudança de se perceber de outra forma que não esta.

Buscaremos através da participação desses dependentes de álcool, no Grupo de Ajuda Mútua (GAM), a caminhada em busca da ressocialização, que não passa somente pela abstinência ao álcool, mas visa, principalmente, à busca da dignidade perdida perante os amigos, no trabalho e, principalmente, na família. Daí a importância do GAM estar inserido no contexto universitário.

CAPÍTULO II

CONTEXTUALIZAÇÃO DO UNIVERSO DA PESQUISA — UFSC

1. A Universidade Federal de Santa Catarina na Busca da Recuperação do Dependente de Álcool

A Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) foi criada pela lei nº 3.849, de 18/12/1960, tendo completado, em dezembro de 1995, 35 anos.

Quando a UFSC foi criada compunha-se das Faculdades de Direito, Ciências Econômicas e Odontológicas, Filosofia, Ciências e Letras, Medicina, Serviço Social e Escola de Engenharia Industrial. O Decreto nº 64.824 de 15/07/1969 do Presidente da República, extinguiu as antigas faculdades, criando centros e departamentos e adotando o sistema de créditos e matrícula por disciplina.

Segundo informações do Catálogo de Graduação 95/96, editado pela Pró-Reitoria de Ensino de Graduação — PREG, a UFSC tem seu campus instalado no sub-distrito da Trindade em uma área de 1.007.420m², distante do centro de Florianópolis em aproximadamente 7 Km.

Atualmente, no campus estão instalados a Reitoria, a Vice-Reitoria, as Pró-Reitorias, e os seguintes centros: Tecnológico (CTC), de Educação

(CED), de Ciências Físicas e Matemáticas (CFM), de Ciências Biológicas (CCB), de Ciências da Saúde (CCS), Sócio Econômico (CSE), de Comunicação e Expressão (CCE), de Filosofia e Ciências Humanas (CFH), de Desportos (CDS), de Ciências Jurídicas (CCJ). Além disso, fazem parte da UFSC a Biblioteca Universitária (BU), o Restaurante Universitário (RU), o Museu Universitário, o Planetário, o Núcleo de Desenvolvimento Infantil (NDI), o Colégio de Aplicação (CA), o Hospital Universitário (HU), a Farmácia Universitária, o Departamento de Administração Escolar, o Escritório Técnico Administrativo, a Imprensa Universitária (IU), a Editora Universitária (EDUFSC), o Centro de Convivência e Educação Continuada, o Biotério Central, o Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI) e as Fundações do Ensino da Engenharia de Santa Catarina (FEESC), de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU), de Pesquisa Sócio Econômica (FEPESE) e o Centro Regional de Tecnologia em Informática (CERTI).

A poucos quilômetros do campus encontra-se o Centro de Ciências Agrárias (CCA).

Também estão sob a administração da UFSC dois colégios agrícolas que atuam a nível de segundo grau. São eles: o Colégio Agrícola de Camboriú e o Colégio Agrícola de Araquari.

Segundo informações obtidas da Pró-Reitoria de Pós-Graduação em janeiro de 1996, e do Núcleo de Processamento de Dados, em agosto de 1996, a população da UFSC constituía-se de:

- Docentes Ativos (efetivos mais substitutos) : 2.228
- Servidores Técnico - Administrativos na Ativa: 3.336
- Alunos: Graduação: 13.468

Mestrado: 1.554

Doutorado: 483

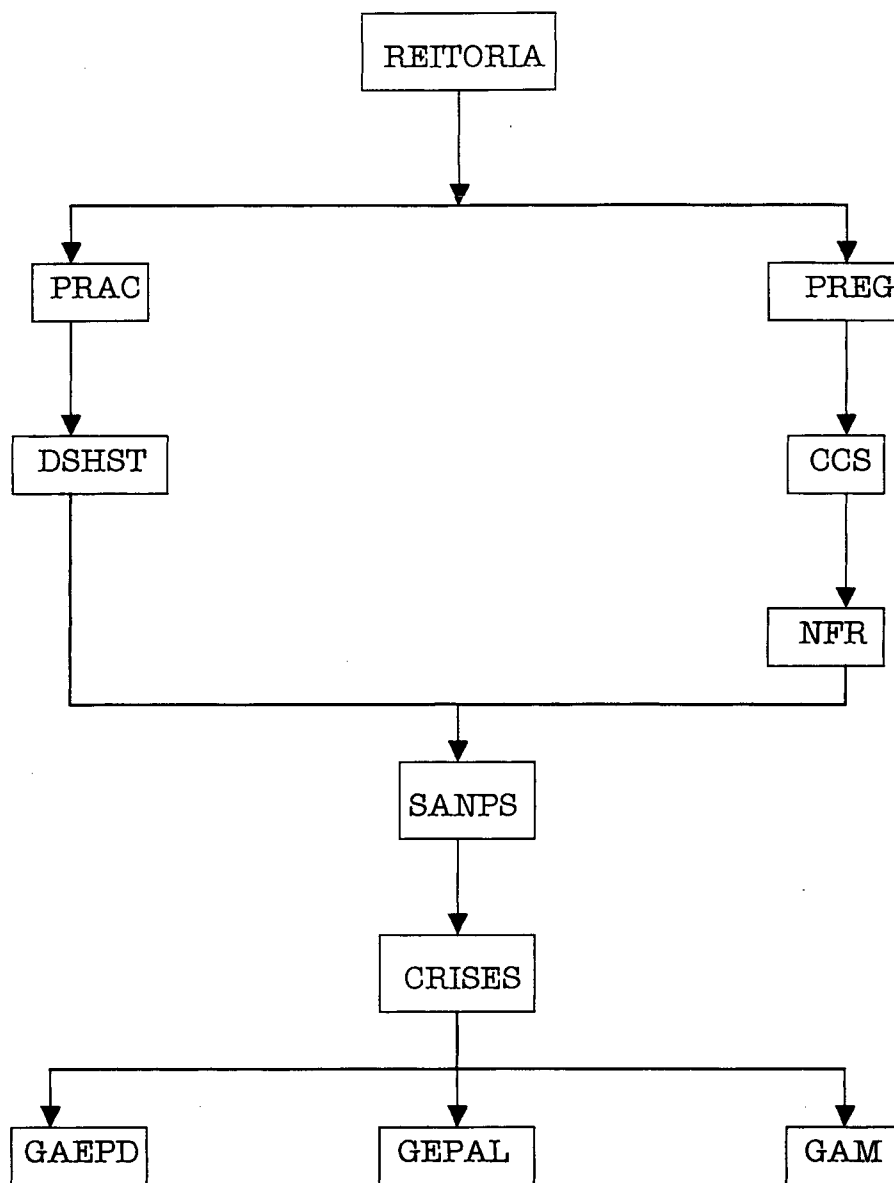
Na sua atual estrutura, a administração Universitária faz-se em nível Superior que se efetiva através dos órgãos Deliberativos Centrais tais como: Conselho Universitário, Conselho de Ensino de Graduação, Câmara de Pós Graduação, Câmara de Pesquisa, Câmara de Extensão e

Conselho de Curadores e dos Órgãos Executivos Centrais que englobam a Reitoria, Vice-Reitoria, Pró-Reitorias e Secretaria Especial. A administração em nível de Unidades efetivar-se-á por intermédio de Órgãos Deliberativos Setoriais que são os Conselhos de Unidades e os Departamentos e os Órgãos Executivos Setoriais do qual fazem parte a Diretoria de Unidades e as Chefias de Departamentos.

Segundo dados da Pró-Reitoria de Ensino de Graduação (PREG) e da Pró-Reitoria de Pós-Graduação (PRPG), a UFSC mantém atualmente 35 cursos de graduação que oferecem um total de 60 habilitações, 35 cursos de Mestrado, (2 temporários, oferecidos no interior do Estado) e 14 de Doutorado.

Acrescentamos a isso, os vários cursos de especialização que a UFSC oferece, tanto em sua sede como no interior do Estado e mesmo em outros Estados da Federação, tais como: Urbanismo e História da Cidade, Organização Sistemas e Métodos, Direito Processual Civil, entre outros.

Outras modalidades de ensino são os cursos de Atualização e de Extensão. Nessa modalidade podemos citar o SANPS que dentro do organograma institucional da UFSC está assim disposto administrativamente: o SANPS é um serviço de extensão do Departamento de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde e vinculado ao Departamento de Saúde Higiene e Segurança do Trabalho (DSHST) e à Pró-Reitoria de Assuntos da Comunidade Universitária (PRAC). Tudo isso pode ser visualizado no organograma a seguir:

ORGANOGRAMA

2. História e Filosofia de Trabalho dos Grupos de Recuperação na UFSC

Primeiramente cabe salientar a questão de saúde, considerada aqui no seu mais amplo sentido, que é uma preocupação tanto das instituições públicas como privadas. É uma necessidade que se faz presente para o atendimento das necessidades de seus funcionários.

A UFSC faz parte deste universo. Conta com o Hospital Universitário (HU) e também com outros recursos disponíveis na comunidade em geral. Não tinha até meados de 1980 um trabalho que atendesse as necessidades psicossociais da sua comunidade universitária. O Departamento de Enfermagem, através de seus professores de enfermagem psiquiátrica, vinha prestando assistência, de maneira informal, a estudantes, servidores e comunidade em geral. Mas, a concretização desse trabalho ocorreu a partir de determinados acontecimentos que passaremos a relatar através de uma entrevista realizada com o mentor e coordenador do Serviço de Atendimento às Necessidade Psicossociais (SANPS) o qual inclui o Grupo de Ajuda Mútua (GAM), o Grupo de Estudos dos Problemas do Álcool (GEPAL) e o Grupo de Estudos dos Problemas das Drogas (GAEPD).

Nessa entrevista, o coordenador, hoje professor aposentado Wilson Kraemer de Paula que atuava na área de Enfermagem Psiquiátrica, nos coloca que o histórico do GAM faz parte da própria história da Enfermagem Psiquiátrica na Universidade. Ele está na UFSC desde 1970 e na Enfermagem Psiquiátrica desde 1971. Na década de 80, tinha o sonho de trazer pacientes egressos do Hospital Colônia Santana e inseri-los no contexto da Universidade. Até tentou fazer isso antes da existência do GAM. A proposta era transformar a UFSC em ambiente terapêutico. Mas, no último momento de tornar o projeto realidade, as pessoas responsáveis pela administração acharam inviável tal proposta. Segundo palavras do coordenador do projeto "***tinha-se medo de colocar doentes mentais dentro da instituição como se nela não existissem loucos de todo***

o gênero". Mas até hoje o professor guarda no vidro de sua mesa uma frase de um paciente que chegou a freqüentar a UFSC que diz "**É fácil ser louco, mas o custo disso é a liberdade**".

No entanto, no período de 1986 e 1987, a Universidade passou a enfrentar algumas dificuldades por não saber administrar o problema do uso de álcool por seus servidores. Segundo o coordenador do SANPS, a criação de um grupo que atendesse pacientes com problemas relacionados ao abuso de álcool surgiu durante uma discussão informal em meados de 1987, quando da realização de um concurso na UFSC. Profissionais do Departamento de Saúde estavam reunidos com o Secretário do Centro de Ciências da Saúde e um dos professores de Enfermagem Psiquiátrica (hoje coordenador do SANPS) e iniciaram uma discussão a respeito dos problemas relacionados com os servidores que possuíam problemas de dependência de álcool. Partimos da seguinte questão: "**O que fazer com os servidores com problema de álcool ?**"

Dentre as dificuldades apontadas estava, além do absenteísmo, o custo elevado do tratamento, em geral, fora do alcance da maioria dos servidores. Além disso, havia outras dificuldades, tais como, baixo número de leitos disponíveis para o tratamento de dependentes do álcool (tanto na rede pública quanto na particular) e também a inexistência do ambulatório ou grupos de ajuda mútua próximos da Universidade.

Por ter experiência em Enfermagem Psiquiátrica, o professor foi questionado sobre o assunto. A esse respeito comenta que repassou algumas informações que tinha, embora não trabalhasse diretamente com essa problemática dentro da enfermagem psiquiátrica, mas convivia com o problema. Falou que o alcoolismo era considerado internacionalmente uma doença crônica, lenta e progressiva e que não tem cura. Que essa doença ataca muitas pessoas indiscriminadamente, sem escolha de sexo, idade, cor ou classe social.

Segundo o professor, talvez tudo que foi colocado para aqueles profissionais que estavam ali presentes fosse novidade. Nas suas palavras:

O que eu fiz foi tentar convencer as pessoas que ali estavam de que o alcoolismo era uma doença já que até mesmo eu há algum tempo atrás não tinha certeza que o alcoolismo era uma doença, mas havia me convencido de que deveria ser tratada como uma doença como outra qualquer.

E acrescenta:

Naquele momento não tinha muitos argumentos e então fiz comparações do alcoolismo com outras patologias. Por exemplo, ninguém chama um diabético ou um hipertenso que quebra sua dieta conscientemente de "vagabundo", de "fraco" ou diz que "falta força de vontade". E foram estes argumentos comuns, que a população adota, para definir outras patologias que comparei ao alcoolismo.

Para o professor, foi aí que foi convincente. As pessoas se interessaram pelo problema e em como poderiam ajudar os servidores que tinham este tipo de doença. Esse problema era bastante grave já que os servidores que apresentavam problemas em seu local de trabalho eram colocados à disposição do Departamento Pessoal (DP).

Por esse motivo, o professor sugeriu a criação de um grupo de estudos dos problemas do álcool, nas dependências da UFSC. Segundo o professor foi neste bate-papo informal que foi plantada a primeira semente do SANPS.

A intenção não era criar um Alcoólicos Anônimos (AA), diz o professor, porque isso já existia na cidade e tem uma filosofia própria. Foi nessa oportunidade que o professor sugeriu a criação de um espaço de estudo do problema já que a própria Universidade está sendo afetada por isso. Fazendo uma comparação, destacou que estudos apresentam uma taxa de 10% de incidência de alcoolismo na população em geral. Se trouxesse este percentual para dentro da UFSC, poderíamos perceber que em uma população de mais ou menos 18 mil pessoas, teríamos cerca de 1.800 pessoas atingidas em menor ou maior grau pelo mesmo problema. Isto é um número significativo.

Sendo assim, em setembro 1987, foi criado o Grupo de Estudos dos Problemas do Álcool (GEPAL). Como existia um outro professor no Departamento de Enfermagem que estudava essas questões relacionadas à dependência de álcool, foi convidado para coordenar o GEPAL. O grupo teve também o apoio de uma Assistente Social da então Coordenadoria de Serviço Social. Mas este grupo não era o sonho do professor. O grupo, pela própria formação do coordenador, tinha muito do tradicional, com tempo cronometrado, com um coordenador formal, e assim por diante.

O GEPAL, segundo seu histórico, tem como proposta básica a metodologia utilizada pelos Alcoólicos Anônimos (AA) e tem como lema "**Evite o Primeiro Gole**". A partir dessa premissa, procura-se discutir os problemas relacionados à dependência do álcool. Esse grupo é dirigido a dependentes de álcool e/ou outras drogas, recuperados e/ou em recuperação, profissionais e estudantes interessados. A metodologia utilizada pelo GEPAL se faz através de reuniões com dia e hora marcados e são aquecidos por depoimentos e reflexões decorrentes dos participantes. Quando há necessidade, o GEPAL, através do Serviço Social, encaminha os pacientes para tratamento em clínicas terapêuticas, hospitais, ambulatórios e grupos de Alcoólicos Anônimos. Atualmente duas Assistentes Sociais atuam como coordenadoras.

Com a criação do GEPAL, que já estava funcionando todas as quintas-feiras, na sala 921 do Centro de Ciências da Saúde (CCS), como ainda acontece semanalmente, comenta o coordenador, foi solicitado junto à Reitoria, também um espaço para atendimento de pessoas em crise. E assim foi feito. Foi construída uma sala específica para esse atendimento. Assim, nasce o Serviço de Atendimento às Necessidade Psicossociais (SANPS), também em 1987.

O objetivo do serviço é prestar assistência de enfermagem às necessidades psicossociais da comunidade universitária, extensivo à comunidade em geral. As pessoas atendidas pelo SANPS devem expressar vontade e iniciativa pessoal pelo tratamento. A partir das consultas realizadas por esse órgão, os pacientes são encaminhados — por

indicação de médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros ou outro profissional — aos grupos de prevenção, conforme for o caso de cada um.

Entre os atendimentos realizados pelo SANPS, esclarece o coordenador, havia pessoas com problema de álcool que ele (o professor-coordenador) tentava trabalhar no convencimento da necessidade de se tratarem e então era oferecida a possibilidade dos mesmos participarem das reuniões do GEPAL. Intencionalmente ele agendava os pacientes para as quintas-feiras e após o atendimento encaminhava-os para a reunião. Uma série de servidores, que hoje estão muito bem, passaram pelo grupo.

No entanto, ressalva, o GEPAL não era um grupo obrigatório para todos os servidores com problemas de álcool. Constituiu-se como referência da preocupação da UFSC com essa problemática. E acrescenta que existem casos de servidores que nunca freqüentaram qualquer tipo de grupo, mas que a existência deste espaço fez com que os servidores sugeridos a participar do grupo, com medo do preconceito, optassem por outro tipo de atendimento. O encaminhamento dos servidores ao grupo, constituía-se como se fosse a última chance e que se não desse certo seriam demitidos. Essa era uma preocupação da coordenação do GEPAL e do SANPS. Não se poderia abordar a questão por esse lado já que o alcoolismo é considerado uma doença e não tem cura; o que poderia ser feito era uma ajuda, mas milagre ninguém poderia fazer. Ou seja, não era participando do grupo que o servidor tinha de “curar-se” .

Para o professor, a doença chega a uma fase que a pessoa já não bebe mais porque quer; ela bebe porque a doença se impõe sobre ela, contra a sua própria vontade.

Mas,

apesar de todas as dificuldades encontradas eu (professor-coordenador) considero um saldo positivo da experiência. Isso porque o assunto passou a ser discutido por toda a UFSC, mesmo que seja uma discussão negativa, ou seja, quando as pessoas falam mal do grupo e dos seus freqüentadores é uma forma de discutir e de se posicionar sobre o assunto. Eu considero o GEPAL a célula de toda esta proposta e do que aconteceu depois disso... isto foi o que

aconteceu historicamente com o grupo de alcoolismo. Mas, a questão da droga é um outro caminho até chegar no Grupo de Ajuda Mútua (GAM) e no Grupo Alternativo de Estudo dos Problemas das Drogas (GAEPD).

Sobre este assunto o coordenador assinala que a questão central da existência desses dois grupos é o fato de que a droga (ilícita) era vista naquela época da criação dos grupos de uma forma diferente do álcool. No entanto, hoje não dá mais para separar as coisas. O que muda é o tipo de droga, varia de pessoa para pessoa, até com gostos conscientes, diz o professor. Para ele a escolha da droga é uma questão de preferência consciente. Porém, na época em que os grupos foram formados, existia uma resistência dos alcoolistas com os usuários de outras drogas. Este grupo não era aceito. Existia uma estigmatização dentro do próprio grupo.

O Grupo de Estudos dos Problemas das Drogas (GAEPD) surgiu em um momento diferente do GEPAL, dentro da UFSC. O problema que vinha se enfrentando nessa ocasião era a dificuldade de se contornar os problemas decorrentes do vandalismo nas dependências da Universidade. O problema enfrentado afetava a questão de segurança. Eram roubos, dificuldade de encaminhar as pessoas que eram pegas furtando, portando, ou mesmo usando drogas no campus. Embora isso ainda ocorra, na época era mais crítica a situação, até mesmo dentro das salas de aula, comenta o professor.

Outra questão importante e que também contribuiu para a criação do GAEPD foi uma pesquisa realizada em 1984 onde verificou-se que cerca de 34% dos estudantes usavam ou já usaram algum tipo de droga.

Havia muita resignação dos servidores, os professores em sala de aula falando de drogas de uma maneira muito despreparada. Enfim, a Universidade, fonte do saber, não sabia o que fazer com a situação que ora se apresentava. Mas, seus dirigentes foram muito humildes e em 1988 chamaram a comunidade universitária para discutir o problema e ver os encaminhamentos necessários. Chamaram as autoridades da área médica, policiais enfim,

todas as instâncias que tratavam diretamente dessas situações. No entanto, poucas instituições participaram; houveram poucas representações. Vieram da UFSC representantes do Departamento de Farmacologia, de Enfermagem, de Psicologia e do Centro de Informações Toxicológicas. Dos coordenadores de curso só compareceram 2. O do Curso de Enfermagem, que na época era eu, e um outro professor.

Para o professor, o seu envolvimento na questão está também no fato de que naquela época ele era Coordenador do Curso de Enfermagem e foi um dos únicos a participar da reunião e também porque era enfermeiro psiquiátrico. Com a sua experiência em psiquiatria, surgiu idéia de fazer prevenção primária e secundária. Na discussão com outros profissionais ali presentes, surgiu também a prevenção terciária. Já, naquele momento, sugerimos que a prevenção não fosse só com drogas ilícitas, mas que se incluísse o álcool também. A Universidade sugeriu que se formasse uma Comissão do Uso Indevido de Drogas que na época foi presidida por um dos Pró-Reitores. Se falava em Uso Indevido já que dentro da Universidade existia o uso devido que era em laboratórios, no HU e assim por diante. A comissão deu início a seus trabalhos elaborando um pré-projeto de como atuar junto a essa questão.

Uma das primeiras ações da Comissão foi a necessidade de prevenção primária junto ao Colégio de Aplicação (CA), mas até hoje isso não funcionou. O que deu certo foi a proposta de discutir o assunto junto a uma disciplina que atingisse um maior número de alunos a nível de 3º grau na UFSC. Haviam então duas opções: Prática Desportiva (PDS) e Estudos dos Problemas Brasileiros (EPB). Com o PDS não houve possibilidade de abertura. O Chefe de Departamento não abriu esse tipo de espaço, embora o professor considerasse esta disciplina como a ideal, por tratar da questão de saúde. Só mais tarde foi tornado público que havia pessoas dentro daquele Departamento que eram comprometidas com o uso de drogas e por isso a sugestão não foi levada adiante. Então a proposta do seminário ficou para o EPB, que “abraçou” a idéia prontamente.

Decidido sobre a prevenção primária, faltava a parte de "calibrar as informações" que era uma das principais questões. Depois de colocar os melhores especialistas em farmacologia e toxicologia para discutir a questão, foi percebido que havia divergências de ideologias quanto ao uso de drogas. Essa situação foi tão crítica que foram gastos mais de seis meses para que pudesse ser preparada uma aula de aproximadamente 2 horas. Depois de calibradas as informações, ou seja, que tipo de informações seria passado ao grupo de alunos, foi realizado o primeiro seminário. Isso aconteceu em 1989. Durante o primeiro semestre foram atingidos em torno de 800 acadêmicos. Para avaliar o seminário, os alunos respondiam a um questionário que retomava os diversos aspectos do seminário. Uma das perguntas em destaque referia-se ao interesse em continuar a discussão relacionada à dependência das drogas. Do total de alunos, 10% mostraram interesse em continuar o estudo do tema. Para essas pessoas foi sugerido um encontro em uma quarta-feira, às 17:00 horas, na sala 911 do CCS. No início era um grupo que queria informações, aprofundar conhecimentos, ou mesmo curiosos. Mas, a prática semanal trouxe outras perspectivas para o grupo e ele tomou outro caminho. Foram convidadas pessoas que tinham problemas com drogas para também participarem do grupo.

Primeiramente, nos conta o professor, os dependentes eram o centro das atenções porque tinham o "status" de drogado dentro de um universo "carente" (carentas são as pessoas que não utilizam droga, segundo o dependente). Todos queriam saber sobre efeitos, como era, como não era e assim por diante. Os dependentes se sentiam muito importantes. Mas, como a vida do dependente é muito restrita, o assunto acabou ficando muito repetitivo, muito pobre de conteúdo e muito limitado. O grupo que não era usuário começou, então, a colocar o outro lado da vida, ou seja, como era a vida sem droga, e que esta vida era muito interessante. Esse confronto acidental proporcionou que o grupo de não usuários convidasse o dependente a passar um final de semana com eles para poderem ver como era o outro lado.

Sendo assim,

a idéia de 1984 que pretendia trazer pacientes egressos do Hospital Psiquiátrico estava se concretizando e mostrando que existia um lado sadio dentro da campus. A idéia foi se fortalecendo. E o GAEPD desde seu início se mantém com esta característica, ou seja, a maioria de seus freqüentadores são pessoas não usuárias. São estudantes das mais diversas áreas, profissionais de fora da Universidade que sabem da existência do grupo e vêm conhecer, são também familiares dos dependentes e um número bastante alto de pacientes em recuperação, uns com bastante tempo em recuperação — esses também não são considerados usuáios, são considerados caretas.

Atualmente, segundo o relatório editado pelo SANPS, o GAEPD tem como finalidades:

- manter um fórum de discussão sobre drogas na UFSC;
- prestar assistência a dependentes de drogas e/ou álcool, através do Grupo de Ajuda Mútua (GAM);
- propor a busca de alternativas terapêuticas não discriminadoras;
- minimizar a deficiência de vagas nos serviços especializados;
- oferecer assistência a dependentes de drogas portadores do vírus HIV;
- oportunizar aos dependentes de drogas experiência vivencial em contexto sadio;
- promover a reintegração social;
- baixar os custos dos tratamentos;
- servir de campo de ensino e pesquisa.

Além destes encontros semanais que já vinham sendo realizados, surgiram outras necessidades. Um funcionário que estava internado em uma fazenda de recuperação pediu alta precoce e então profissionais que atuavam junto a essa área sugeriram que este funcionário ficasse junto à Coordenadoria de Enfermagem, sob a chefia do então coordenador do curso que é o atual coordenador do SANPS e acompanhasse os dois grupos já existentes — o GAEPD das quartas-feiras e o GEPAL das quintas-feiras.

Para o professor, o **Grupo de Ajuda Mútua** (GAM), surgiu exatamente neste momento, ou seja, quando este funcionário ficou junto à Coordenadoria de Enfermagem. Logo após este fato, um estudante que sofreu um acidente na Fazenda de Recuperação também teve alta precoce pois como estava com gesso não poderia permanecer lá por falta de recursos. O funcionário que conhecia o estudante, por ocasião da passagem pela Fazenda, convidou-o para participar das atividades do grupo. Ele ficou na coordenadoria como bolsista.

Até aí tudo bem, diz o professor. No entanto, foi convidada uma terceira pessoa que não tinha nada a ver com a Universidade. Uma pessoa da comunidade. Os três permaneceram ali na coordenadoria e freqüentavam os grupos existentes. A Coordenadoria de Enfermagem ficava ao lado da direção do CCS que não se incomodou com a situação. Os servidores da Coordenadoria de Enfermagem também aceitaram passivamente a presença dessas pessoas ali. Foi assim que o Departamento de Enfermagem “abraçou” o Grupo de Ajuda Mútua (GAM).

A partir desses novos acontecimentos

foi necessário discutir o funcionamento do grupo. Os profissionais que atuavam com as pessoas com problema começaram a verificar as terapias usadas nas Fazendas e adaptá-las à realidade e ao contexto da Universidade. Por exemplo, nas Fazendas existe a Laborterapia — terapia ocupacional. Na Universidade, a situação era diferente. Não poderíamos trazer pessoas para trabalhar dentro do campus até para não criar vínculo empregatício. A solução foi fazer exatamente o contrário. Deixar o dependente parado, desocupado, sem fazer nada. Aí deu origem à terapia desocupacional. É neste período em que a pessoa não faz nada pode se conscientizar de que tem um grave problema. Tiramos o fazer para a droga, pois quando na ativa ele fazia tudo em função da droga, agora não faria nada para poder ter tempo de analisar e tomar consciência disso.

Outra questão importante ressalva o professor é que foi descoberto nesse período de contato com os dependentes que o cocainômano não se

alimenta sob efeito da droga e aquele que fuma maconha sente muita fome. Aí surgiu um problema. Os dependentes saíam da Universidade e iam para casa ao meio dia para retornar à tarde. Quem garantiria que eles retornariam? Então, se não come está recaído ou prestes a recair, se está com muita fome é porque fumou maconha. Estas descobertas impulsionaram a pleitear junto à Pró-Reitoria de Assuntos da Comunidade Universitária (PRAC), o passe do Restaurante Universitário (RU), para os participantes do GAM. E assim o almoço passou a funcionar como um controle.

Em outro momento,

surgiu a dificuldade do passe de ônibus para vir participar do grupo ou então para ir embora. Nesse ínterim começaram a aparecer outras pessoas. Conseguimos o passe de ônibus via Universidade. A UFSC oferece aos recuperandos duas fichas para transporte urbano nos dias úteis. Mas, não se dá simplesmente os passes por dar. Existe toda uma filosofia por trás disto. Quando os passes são entregues é dito o seguinte: "agora você está indo para casa com esse passe, mas amanhã nós te esperamos de volta e entregamos o outro passe. E essas fichinhas se tornaram simbólicas para muitos pacientes. Lá pelas tantas ele põe a mão no bolso e pega a fichinha e lembra do grupo. Tem muitos relatos que trazem a fichinha como um compromisso com a volta.

Segundo relatório dos grupos, as fichas têm como objetivo: controlar horário de chegada e saída, eliminar a possibilidade de justificativa de ausência; funciona como símbolo do grupo; serve como meio de controle de recaídas. Esses dois auxílios continuam até hoje, o passe do RU e do ônibus a todos os participantes do GAM.

Segundo o professor todas essas alternativas foram criadas em função de não se ter celas, médicos, remédios e outras coisas mais. O trabalho baseia-se na filosofia que o senso de liberdade é um caminhar para a plena saúde mental. O contrário conduz à doença. O participante do GAM sai do grupo com toda a possibilidade de usar droga, mas é a sua liberdade que está em jogo, ou seja, existe a possibilidade de não usar. É

simplesmente uma questão de escolha, porque, quando se usa droga, torna-se uma pessoa dependente, escrava, subordinada, perde-se a autonomia frente à droga. Em contrapartida, ao dizer não a ela está exercendo a sua liberdade. Segundo o professor, liberdade

é a necessidade Humana Básica de ter a possibilidade de vir a ser. Como medida terapêutica propõe-se o não uso do álcool e ou outras drogas, como um exercício de liberdade.

Continua o relato do professor:

E assim o grupo foi crescendo. As normas foram sendo criadas a partir da convivência com o próprio drogado que nos deu subsídios para conhecer o seu mundo como também pistas de como agir perante determinadas situações. Alguns tabus começaram a ser quebrados, diante da própria realidade apresentada pelos dependentes. Os dependentes de álcool tinham preconceitos com relação aos drogados porque os consideravam perigosos e os dependentes de drogas também tinham seus preconceitos com relação aos alcoolistas. O que se passou a perceber é que o cocainômano recaía na cocaína porque bebia, e, tiveram casos de alcoolistas que iniciaram também no uso de outras drogas. Por fim esses preconceitos por si só foram quebrados a partir do momento que apareceram para freqüentar o grupo pessoas que tinham dependência cruzada³ e se assumiam enquanto tal.

Desta forma,

o grupo passou a ser freqüentado tanto por dependentes de álcool e também de outras drogas. Até porque haviam situações de servidores que eram internados para desintoxicação em clínicas e ao retornarem de lá recaíam porque não tinham nenhum tipo de acompanhamento. O GAM aparece, então, como uma possibilidade a mais para os alcoolistas.

³Dependência cruzada é aquela em que o dependente se utiliza de drogas lícitas e ilícitas ao mesmo tempo, tais como álcool, maconha e/ou cocaína, entre outras.

Para o professor, a população do GAM sempre foi muito auto-reguladora e cresceu de acordo com a sua própria condição. Iniciou-se com um, depois dois, três, cinco, dez, e assim por diante. Nunca se rejeitou ninguém. Quando uma pessoa nova entra no grupo ou manifesta interesse em freqüentar as reuniões são colocadas as quatro regras básicas :

- 1) chegar às 08:30 e sair às 17:30hs;
- 2) participar de todas as atividades;
- 3) almoçar no RU;
- 4) andar sempre acompanhado.

As regras são mínimas, comenta o professor, todos têm a liberdade de usar ou não as drogas, como também a liberdade de participar do grupo. O que não pode acontecer é a pessoa comparecer sob efeito ou então portar droga dentro do grupo. As regras são termômetros para avaliar a recuperação do dependente. Por exemplo, um dependente não tem compromisso com nada a não ser com a sua própria doença. Fica difícil usar droga e chegar às 08:30 da manhã e assistir à reunião até às 10:30 ou 11:00 hs. O normal de uma pessoa que está na ativa é virar a noite usando ou procurando droga e então dormir até mais tarde. Se o dependente em recuperação chegar mais tarde é interpretado como comportamento de quem está recaído. Não é só o fato de usar ou não usar droga. Todo uso da droga precede um comportamento como por exemplo determinadas atitudes ou mesmo com relação à alimentação. Antes de usar a droga a pessoa já recaiu no comportamento, ou seja, já agiu como se já estivesse usado a substância e o chegar cedo é uma forma de avaliar o processo de recuperação.

Os recuperandos, em tratamento, almoçam diariamente no Restaurante Universitário (RU), a partir das 11:45 horas. Segundo relatório do SANPS o almoço "cortesia" tem finalidades terapêuticas que são explicitadas aos usuários do serviço, como: controla a recaída, disciplina horário, oportuniza convivência com pessoas sadias, garante

uma refeição balanceada. Esse tipo de comportamento é incompatível com o usuário da ativa.

Quanto ao andar acompanhado é para que o dependente não recaia. Então deverá estar com outra pessoa do grupo que conheça o seu problema e de preferência que esteja há mais tempo abstinente. Assim, se um tivesse a compulsão de recair o outro poderia "segurar as pontas". Esta medida também evita a solidão, a abordagem de traficantes e a evasão.

Todos esses comportamentos como também o ambiente se tornaram incompatíveis com o uso de drogas. Porque para se ter o uso de drogas são necessários três fatores: o ambiente, o homem e a droga. A Universidade e o CCS, onde o GAM funciona não é ambiente para o uso de drogas, nem os banheiros da UFSC são ambientes para o uso de drogas. A circulação de drogas até existe, mas não há o traficante, o ponto "a boca como o pessoal fala". A venda do álcool também é proibida segundo legislação interna. Então, o homem está aí, o local não é propício para tal uso e a droga ou o álcool não fazem parte da rotina da UFSC. Sendo assim, a pessoa vivendo aqui fica incompatível o uso. A abstinência passa a ser uma consequência, explica o professor.

Quanto às fases do tratamento, o professor coloca que é muito genérica e cada caso é estudado em separado. Hoje o GAM trabalha com seis meses. Seis meses foi um meio termo achado. As Fazendas Terapêuticas trabalham com nove meses. Os três primeiros meses é o período de desintoxicação. Nos três próximos meses é o tratamento propriamente dito, a conscientização sobre a doença, e os três últimos é a fase de ressocialização. No caso do GAM a ressocialização acontece desde o primeiro momento que ele inicia o tratamento porque a pessoa não perde o vínculo com a família, com o local de trabalho e com a sociedade em geral. A pessoa está em liberdade a todo momento. Considerando essas questões, foi optado por seis meses. Mas, a questão do tempo e tratamento é muito empírica. Existem casos que estão há mais de um ano

em abstinência e continuam de uma forma ou de outra vinculados ao grupo — ou como voluntário, ou como membro participante .

Globalmente, segundo o professor, poderíamos falar em três fases de tratamento. No primeiro bimestre — dois primeiros meses — é a fase da terapia desocupacional. No período matutino o grupo se reúne com um coordenador para falar da sua condição de doente que é a razão principal da existência dos grupos de auto-ajuda. Nessas reflexões são colocados os sentimentos, como estão se sentindo naquele dia, como está o tratamento, que tipo de cuidados estão tendo e quais as dificuldades encontradas. Nesse sentido, a proposta é um escutar o outro para se auto-ajudarem, por isso — Grupo de Ajuda Mútua. E também porque um velho ditado diz que **"quando nós falamos o ouvido mais próximo é o nosso"**. No período vespertino entra a terapia propriamente dita da desocupação. Fazer nada bem devagarinho. Nesse período é para que a pessoa se preocupe com ela mesma e não com outras coisas. Trabalho nem pensar. O não fazer é usado como uma forma de ocupar o espaço do fazer drogado. No segundo bimestre (3º e 4º meses) o dependente começa a participar de atividades da Universidade. Pode se matricular em disciplinas como aluno ouvinte, matrícula em cursos de extensão, programação de vídeo, esportes, cursos profissionalizantes, grupo de reflexão, operativos, terapêuticos, enfim arranjar espaços de ocupação fora do grupo. Diferentemente dos serviços tradicionais onde todas as ações praticadas já são esperadas e previamente controladas, no GAM, propõe-se o exercício constante da criatividade, ocupando espaços no contexto social, físico, didático e pedagógico em toda a Universidade.

Nos últimos dois meses, explica o coordenador:

É o processo de reintegração social mais ampla. Se a pessoa tem vínculo empregatício já retorna ao trabalho nos dois últimos meses. Se não, sugere-se que vá investigando possibilidades de trabalho através de consulta em jornais, por exemplo. Mas existem situações muito complicadas em que quando as pessoas chegam no grupo já estão desempregadas, e em situações bem difíceis.

Para o coordenador, uma das perspectivas de se trabalhar esta questão era montar micro-empresas para que os dependentes pudessem se auto-sustentarem. Isto ainda é um sonho. Assim, eles poderiam ficar se protegendo do uso das drogas, não estariam se discriminando. Quando se fala em discriminação aqui é: porque a carteira profissional dessas pessoas sofre uma queda a nível de empregos. Se, por exemplo, uma pessoa tem nível superior chegará em determinado momento que estará trabalhando como braçal. Aí o empregador vai querer saber o porquê dessa decadência e assim por diante. Então a pessoa fica numa situação difícil, se abre o jogo de início ou não. É uma forma de discriminação.

Outra questão importante que queremos salientar é sobre a interpretação das recaídas pelo grupo. No grupo, as recaídas são vistas como fazendo parte do tratamento. Para o GAM as pessoas que recaem necessitam de terapia mais intensificada. Nesse momento, é repensada a situação do indivíduo para uma reorganização do tratamento como também de princípios e pressupostos. É hora de se fazer uma avaliação para ver o que não estava bem e porque aconteceu a recaída. A pessoa não é discriminada porque recaiu. Isso não quer dizer que o grupo incentive a recaída, mas trabalha esse momento como uma dificuldade do próprio tratamento.

No entendimento do professor, a Universidade enquanto mentora do saber não deverá fazer experiência por experiência, mas precisa buscar novas alternativas, novos caminhos para a superação dos problemas apresentados pela sociedade. A proposta do GAM é trabalhar os acontecimentos de forma diferente da sociedade, de um hospital ou de uma clínica. A Universidade não deve excluir o problema. Ou seja, se uma pessoa está com dificuldades de fazer sua recuperação, de se manter em abstinência e assim por diante, é esta pessoa que a Universidade deve acolher e tentar achar uma solução. Não dá para conceber a Universidade agindo como a sociedade em geral age. Ela tem de dar respostas às questões que são apresentadas. Devem existir alternativas, caminhos diferentes para essas pessoas que não conseguiram achar a solução ou o

seu caminho. Buscar caminhos que ultrapassem o senso comum. Esta é a proposta ideológica do grupo. Buscar caminhos diferentes para os que não estão dando certo nos outros tratamentos como: clínicas, hospitais e fazendas.

Citando como exemplo os Alcoólicos Anônimos (AA), o professor coloca que para ser membro do AA a pessoa deverá cumprir os doze passos, 11 não valem. Nesses passos, o indivíduo deverá admitir que é impotente perante o álcool, que o alcoolismo é uma doença. Mas existem pacientes que dizem “***eu vou dar um nó nesta doença e acabar com ela***”. Sendo a Universidade um centro de experiências, ela deverá aceitar essa concepção, por mais que se saiba da dificuldade que isso signifique e se tente mostrar para a pessoa. Mas não podemos descartar a possibilidade de se criar técnicas que possam curar o dependente de droga. É a lei natural da ciência, como acontece com o câncer, a AIDS entre outras patologias.

A questão da religiosidade é outro aspecto. Para o professor, outros grupos concebem um poder superior como auxiliador ou monitor do tratamento. E se existir uma pessoa atéia como fica? Onde irá se tratar? Como o GAM é um fórum aberto e deve conviver com as diferenças, cada um professa a fé que lhe convier e que poderá ajudá-lo de alguma forma em seu tratamento. Todas as ideologias são respeitadas. É tradição da Universidade respeitar as diferenças, de ser democrática e aberta a todos. Algumas autoridades podem ser autoritárias, mas o espaço é de democracia, embora não se possa negar o poder do saber a que muitas vezes temos que nos submeter.

Dentro dessa liberdade e dessa ideologia algumas outras questões são importantes e devem ser acrescentadas. O GAM não faz reunião de equipe. Segundo o professor, isso acontece :

primeiro porque no mundo das profissões existe muita disputa de espaços dentro da sociedade. Experiências anteriores mostraram isso. Nas reuniões uns poderiam querer impor sua ideologia perante o outro e coisas deste tipo. Mas isto não é motivo para que o trabalho não dê

resultados. O GAM conta com o apoio de profissionais de diversas áreas, tais como: Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, entre outros. Quem quiser contribuir com a proposta, o grupo está aberto. O que não se admite é fazer grupos específicos com dependentes de drogas. O que se quer é justamente o contrário — mostrar às pessoas o outro lado da vida, o lado sadio, e só convivendo com pessoas sadias é que se poderá ter esta visão e tentar também chegar lá. Não interessa ao GAM fazer um grupo específico de atividades para seus participantes. O que se quer é inseri-los no contexto da Universidade, fazendo com que eles possam ir à biblioteca, fazer leituras, fazer cursos, mas nada com exclusividade. Nem as reuniões são exclusivas, são abertas a quem quiser participar.

Segundo o GAM, o tempo previsto de tratamento são seis meses. Quando o dependente mantém-se em abstinência por esse período ele é graduado. Nesse dia é feita uma solenidade especial e entregue uma placa de honra ao mérito. Isso acontece por dois motivos. Primeiro porque um dependente nunca termina o que faz. Nesse sentido é o momento de mostrar que ele é capaz e dá certo. É também momento de buscar a auto-estima da pessoa que por diversas razões estava esquecida. O segundo motivo da graduação é pela própria estrutura universitária. Quando se conclui um curso dentro da UFSC é feita uma graduação. Nesse caso, simbolicamente o dependente é graduado pelo cumprimento dessa primeira fase de tratamento.

Para o coordenador do SANPS, discutir resultados de doenças ainda incuráveis é temerário. No relatório são apresentados alguns dados que poderão fornecer subsídios para reflexões. Como é o caso do relatório do SANPS de 1996 que aponta os resultados atingidos pelo GAM, abrangendo o período de dezembro de 1991 a dezembro de 1995. Nesse período foram selecionados pacientes que freqüentaram o grupo e permaneceram em tratamento por mais de 15 dias. Foram computadas 224 pessoas. Dessas, 220 eram dependentes de álcool e/ou drogas e 4, embora ainda não fizessem uso freqüente, participavam de "gangs" que consomem essas substâncias ou apresentam distúrbios de comportamento.

Segundo o relatório estatístico apresentado, 5 pacientes foram a óbito no período, sendo 4 dependentes de drogas injetáveis que faleceram por doenças oportunistas, e um outro alcoolista crônico, por complicações do alcoolismo. A faixa etária variou entre 11 a 54 anos e é composta, na grande maioria, por adolescentes e adultos jovens.

Nesse relatório, são considerados recuperados para fins estatísticos, os pacientes que permaneceram em abstinência e freqüentaram o grupo por um prazo não inferior a seis meses. Sendo assim, obtiveram alta recuperados, 59 pessoas, sendo um não dependente e 58 usuários de álcool e/ou drogas.

Sabe-se que 25 (42,37%) dos recuperados mantêm-se abstinentes, 31 (52,54%) dos recuperados recaíram pelo menos uma vez e destes, 9 (29,03%) estão na "ativa", ou seja, usando álcool ou drogas. A situação de 3 recuperados (5,09%) é ignorada.

O relatório aponta ainda que dos 12 servidores recuperados, 4 (33,33%) recaíram e estão na ativa e 4 (33,33%) recaíram e retomaram a abstinência e 4 (33,33%) permanecem abstinentes. Abandonaram o tratamento após terem participado do grupo, sem no entanto concluírem os seis meses propostos, 34 pacientes (16,65%).

Um total de 11 recuperados, por não se adaptarem ao tratamento, sugestão do grupo ou de familiares, foram transferidos para Hospitais ou Comunidades Terapêuticas até dezembro de 1994. No entanto, 3 retornaram ao grupo e/ou estão reintegrados ou obtiveram alta.

Na questão de abandono de tratamento, quer por recaídas ou não adaptação à proposta terapêutica, foram registrados 98 pacientes (43,75%).

A população do GAM gira em torno de 35 a 40 pacientes em recuperação, sendo que alguns são retornos de recaídas, abandono ou transferências para outros tratamentos, tais como hospitais, clínicas, fazendas, entre outros.

Neste primeiro capítulo contextualizamos o SANPS e relatamos um breve histórico dos grupos e da sua atuação para que possamos entender

o contexto e a filosofia desse trabalho. Isto se torna imprescindível para que entendamos, também, como essa forma de abordar a dependência será absorvida pelos dependentes que participam dos grupos.

CAPÍTULO III

Duas Faces da Mesma Medalha: o Álcool e o Alcoolismo

Neste capítulo, pretendemos abordar questões mais específicas sobre o álcool e o alcoolismo. No primeiro item, abordaremos questões sobre a etimologia da palavra álcool, a simbologia do álcool como substância "divina", sua composição química e sua definição. Analisaremos, ainda, a inclusão do álcool como uma droga, conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS). Os autores Mansur (1978), Martins (1982) e Milan (1983) subsidiarão os dados e conceitos desta parte inicial.

No item II os autores Medeiros (1951), Lazo (1989), Bertolote (1991), Souza (1992), Murad (s/d) entre outros, contribuirão no sentido de fornecer subsídios para a apresentação da história do uso do álcool e seus malefícios. Faremos também uma retrospectiva histórica da inclusão da dependência de álcool como uma doença através de diversos escritos. Demonstrando, desta forma, a antigüidade do problema, chegaremos até a definição da OMS que incluiu a dependência do álcool no Código Internacional de Doenças.

Na seqüência, trataremos das questões referentes à produção e consumo de bebidas alcoólicas no Brasil. Para tanto, nos utilizaremos de dados fornecidos pelos seguintes autores: Carvalho (1937), Medeiros

(1951), Mansur (1982), Wolf e Galperin (1982), Jorge (1983), Ferrari (1987), D'Albuquerque (1990), Geberowickz (1991), Kolck van et al (1991) além de dados da Revista Veja (1981) e da Associação Brasileira de Bebidas (ABRABE).

Dados estatísticos sobre a situação da dependência de álcool, dados de internações sobre este diagnóstico, conseqüências nas diversas áreas, políticas de recuperação a nível de América Latina, Brasil, Santa Catarina e Florianópolis correspondem aos assuntos a serem tratados nos itens IV, V, VI, VII e VIII. Os autores que contribuirão nesta análise são: Oliveira (1945), Manfredi (1956), Pereira (1958), Fortes (1961/91), Souto Maior (1971), Andrad (1973), Shirakawa & Glau Siusz (1973), Souza (1979/92), Castro (1980), Negrete (1981), Mansur (1982), Parreira (1983), Milan (1983), Soibelm (1984), Raeder & Carlini Cotrin (1988/90) Rehfeldt (1990), Ramos (1990), Pechansky (1995) além de dados do CEBRID, Ministério da Saúde, Revistas IstoÉ e Veja.

Cabe salientar ainda que os autores apresentados nos citados itens estão mencionados conforme a ordem cronológica dos seus escritos.

1. Álcool: Curiosidades Sobre "Sua Majestade"

A palavra álcool vem do árabe "Kuhl", "Koh'l", ou "Kohol" que significa "pó muito fino". Segundo Martins (1982) mais tarde passou a significar "essência" que segundo Paracelso é a "mais sutil parte do vinho". A partir de então foi utilizada a expressão "álcool vini" que tinha como sentido "espírito do vinho".

Segundo Mansur (1978, p.534):

A noção de que álcool era uma substância divina é encontrada na mitologia de povos iletrados, sendo que água, leite e vinho se tornaram símbolos de rituais, com

significado de fonte da vida. Acrescenta-se a isto, a visão simbólica da equivalência do álcool com sangue, que transparece nos rituais da Igreja Católica, que passaram a simbolizar a vida e a morte.

Talvez, por esse motivo, o álcool tenha tido maior oportunidade de expandir-se que as outras drogas psicotrópicas, ou seja, pelo caráter simbólico que adquiriu, como também pela antigüidade e difusão do seu uso.

Então:

O fato das bebidas alcoólicas passarem a predominar nos rituais transformando-se no símbolo por excelência da vida, poderia ser conseqüente o seu efeito de, ao liberar as inibições, produzir uma sensação de poder e de confiança. É oportuno lembrar que as bebidas alcoólicas destiladas foram inicialmente conhecidas como água vital, sendo que a palavra uísque deriva do termo gálico uisquebaugh que significa "água da vida" (MANSUR, 1978 p.534).

Esse caráter simbólico do álcool extrapola os rituais e, hoje, é nos bares e restaurantes, por exemplo, que ele ganha novo significado — o de identificação, pois o ato de beber cria laços de amizade e promove ligações.

O álcool etílico ou etanol é um excremento de levedura, um fundo com um apetite voraz por coisas doces (MILAN, 1983 p.27).

Segundo esse mesmo autor, quando a levedura se encontra com mel, frutas, cereais ou outros componentes se converte em açúcar, dióxido de carbono (CO₂) e álcool (CH₃ CH₂ OH). Esse processo é denominado de fermentação.

Na fermentação natural a concentração de álcool chega a 13 ou 14%. No entanto, a fermentação pode ser cessada artificialmente, ou acontecer um processo inverso, ou seja, quando a levedura termina o seu papel na fase de fermentação, o homem assume essa função e, nesse caso, o grau de concentração de álcool pode ser elevado de 40 até 75% de álcool puro.

A quantidade de concentração de álcool nas diferentes bebidas é expresso em graus "Gay-Lussac" (° GL) que correspondem ao número de mililitros (ml) de etanol em cada 100 ml de bebida.

Quando a pessoa ingere álcool, segundo a literatura consultada, esse segue pelo estômago e cerca de 20% vão direto para a corrente sangüínea. No entanto, existem diversos fatores que interferem na concentração de álcool no sangue de uma pessoa. Isso se dá pelo fato de que o sexo, o peso, a alimentação, o tipo de mistura ingerida afetam a absorção. Acrescenta-se a isso, o grau de concentração de álcool da bebida ingerida como também a temperatura em que a mesma se encontra.

A forma natural de eliminar essa concentração de álcool ocorre através da urina, transpiração e respiração, mas, o principal responsável pela eliminação da maior parte do álcool é o fígado. Por esse motivo, a maioria dos dependentes de álcool, freqüentemente, sofrem de problemas hepáticos.

O álcool é um líquido incolor, de cheiro característico, inflamável, volátil (PE 78° C) e que produz efeito intoxicante quando consumido em maior quantidade. Para sabermos se o álcool é ou não considerado uma droga, buscamos através da Organização Mundial de Saúde (OMS) uma definição para essa questão. Segundo a organização:

Drogas são produtos que produzem na maioria dos usuários uma necessidade irresistível dela, um aumento da tolerância para seus efeitos e dependência física desta, manifestada através de sintomas sérios e dolorosos quando ela é suprimida (apud MILAN, 1983, p.35).

Para a OMS, segundo Milan (1983), nessa definição estariam incluídas também a heroína que causa 100% de dependência e a morfina que causa 70% de dependência nos seus usuários. Sendo assim, o álcool não estaria incluído como uma droga porque apenas 10% dos seus usuários ficam dependentes e, também, porque para outros são necessários anos para que a dependência se instale.

A OMS classifica o álcool na categoria "intermediário em espécie e grau" porque os seus efeitos não podem ser generalizados, já que para a maioria dos usuários não causa dependência, mas sim, para a minoria — aqui denominados dependentes de álcool. Para esses, os critérios de dependência são cumpridos, ou seja:

Há um aumento da tolerância do tecido à droga, uma dependência física com sintomas físicos, síndrome de abstinência e uma necessidade irresistível da droga quando ela é suprimida (MILAN, 1983, p.35).

Nesse caso, o álcool é considerado uma droga que cria "dependência seletiva" conforme nos coloca Milan. Mesmo assim, esta é uma das drogas mais consumidas em todo o mundo e é legalizada. Ou seja, podemos adquiri-la sem nenhuma restrição e, embora existam leis que proíbam a venda de bebidas alcoólicas a menores, nem sempre isto é cumprido, já que normalmente não se pede documentação quando se vai comprar tal produto.

2. Álcool e Alcoolismo: Uma Retrospectiva

Ao apresentar a questão da dependência do álcool, Souza (1992) ressalta que sua história é tão antiga quanto à história da civilização, já que para se obter o fenômeno da fermentação são necessários apenas: açúcar, água, fermento e calor. E isso sempre existiu. Talvez, por esses motivos, a cerveja tenha sido a primeira bebida alcoólica elaborada em grande escala pelo homem.

Outros autores relatam que o uso de bebidas alcoólicas é antigo, provavelmente existe desde o período neolítico e que o aparecimento da cerâmica propiciou a fermentação. Além disso, em várias passagens bíblicas também se faz referência ao uso e abuso do álcool.

O livro *Práxis Cristã II* coloca a questão de que:

As drogas quase se converteram em uma questão mítica dentro de nossa sociedade. A utilização de produtos para modificar as condições psíquicas não é um fato novo, pois, aparece frequentemente ao longo da história (RINCÓN ORDUÑA, 1983, p. 219).

Souza (1992), baseado nos escritos de Santo Domingo, relata que o uso ocasional do álcool, provavelmente tenha ocorrido há 250.000 anos, e o uso ritual há 8.000 a 10.000 anos a.C.. Postula-se, também, que o hábito de beber tenha ocorrido várias vezes na história e em diferentes regiões.

Este mesmo autor apresenta dados de que entre os séculos VI e II a.C. não se falava das moléstias causadas pelo álcool, como também não se relacionava perturbações psíquicas com o seu uso abusivo. Já a propósito de sua ingestão pelos italianos, mencionava que alguns não toleravam seu uso, enquanto outros podiam beber sem se embriagarem e outros ainda não podiam interromper seu uso após o primeiro gole.

Os relatos de Martins (1982) mostram que a maioria de nossas tribos indígenas conheciam a fermentação. Em 1554 o alemão Hans Stadem descreveu o ritual de preparação dos cereais que resultava em uma bebida conhecida como cauim, que os índios só bebiam por ocasião de acontecimentos importantes. No cotidiano eles eram abstêmios.

Por outro lado, algumas civilizações conhecendo o uso abusivo dos fermentados, regulamentaram seu uso através da cultura. Por exemplo, na Índia a comercialização e consumo de bebidas eram considerados crime. Já para os judeus foi possível manter a formação do compromisso onde se fixavam festas e rituais para o uso de bebidas alcoólicas. Os gregos puniam os excessos alcoólicos, e para os aztecas a bebida era permitida nos festivais, fora isso só para velhos e doentes, considerados incapacitados para o trabalho, já que abreviaria suas vidas.

Apesar de todas as tentativas de ponderar o uso abusivo do álcool, o alcoolismo, segundo Medeiros (1951) é um dos flagelos sociais do

mundo moderno pois, com o passar do tempo, ele se infiltrou e se desenvolveu em todas as camadas sociais. No entanto, o mais agravante, segundo Lazo (1989), é que quando se fala em álcool as pessoas não o pensam como uma droga, por ser legal, ou seja, está dentro da lei e pode ser consumida sem maiores restrições. Pelo contrário, o seu uso está relacionado a coquetéis, comemorações, momentos alegres, experiências agradáveis. Enquanto que a droga (ilícita) lembra morte, prisão, tráfico, cenas dramáticas — está fora da lei, portanto, é ilegal. Mas, o que a maioria das pessoas não sabe é que o álcool, na realidade, também é uma droga, mata mais que as demais drogas juntas, exceto o cigarro, e torna a pessoa dependente.

Para Lazo (1989) não é exagero apresentar dados de que 98 milhões de brasileiros fazem uso do álcool de alguma forma, pelo menos esporadicamente. Desse total, em torno de 10 milhões de pessoas estão em algum estágio da dependência. Os que não abandonarem a bebida, caminham para a loucura irreversível ou à morte prematura. E, ainda, morrerão, simbolicamente, antes mesmo de morrerem fisicamente, já que as pessoas que os cercam prefeririam que já estivessem mortos. Isso porque a dependência escraviza e suas vítimas entram em degradação física e moral.

Segundo Martins (apud LAZO, 1989, p.58):

O álcool é um dos solventes mais eficientes do mundo, fazendo desaparecer não somente coisas como manchas em um tapete, mas os próprios tapetes e ainda outras coisas como empregos, casamentos e até vidas.

W. C. Filds, (apud MURAD, 1989), por sua vez coloca, ironicamente, que o álcool e não o cão é o maior amigo do homem.

Essa frase humorística mostra como o álcool é difundido e aceito pela civilização ocidental, onde ele é um componente normal na vida das pessoas que são consideradas normais por consumi-lo.

Embora o álcool seja um velho conhecido da humanidade, seu uso abusivo foi considerado, durante muito tempo, um distúrbio de caráter, sinal de uma personalidade fraca, incapaz de resistir ao "vício do álcool", ou seja, a pessoa era responsável pela situação em que se encontrava.

Somente nos fins do século XIX é que a palavra alcoolismo passou a ser empregada. Antes, porém, o alemão Hufeland empregou a palavra dipsomania como sinônimo de alcoolismo crônico.

Magnus Huss, em 1849 criou a expressão "Alcoholismus Chronicus" significando a perturbação como a causa e a conseqüência da degeneração física e moral do alcoólatra, uma discrasia ou intoxicação crônica causada pela ingestão crônica e prolongada do álcool contido em qualquer bebida alcoólica.

Já em 1852, a definição de alcoolismo como doença foi confirmada pelo alemão Van Dem Busch com o cognome, Chronische Alcoholskrankheit. Bertolote (1991) comenta que Dechambre (1865) já dizia que Alcoolismo Crônico é uma doença de evolução lenta e progressiva, causada pelo abuso prolongado de bebidas espirituosas e caracterizada, anatomicamente, por inflamações especiais não-supurativas ou por degeneração gordurosa dos órgãos e, sintomaticamente, por alterações funcionais que interferem, principalmente, nos sistemas nervosos e digestivos.

Mas, o verdadeiro precursor do estudo científico sobre a dependência de álcool foi Thomas Trotter que em seu livro ***Um Ensaio Médico, Filosófico e Químico sobre a Embriaguês***, publicado em 1778, considerava a embriaguês estritamente falando como uma doença...

No século XVIII escreveu-se o primeiro relato médico americano sobre o alcoolismo. Em 1933 o tema foi reconhecido pela Comissão Nacional sobre Nomenclatura de Doenças. No ano de 1935 foi fundado Alcoólicos Anônimos (AA); em 1942 o tema foi reconhecido pela Associação Médica Americana e em 1944 pelo Serviço de Saúde Pública. Em 1960 Jelinek define alcoolismo como "qualquer uso de bebidas

alcoólicas que ocasiona prejuízos ao indivíduo, à sociedade ou a ambos" e em 1967 o alcoolismo é reconhecido pela OMS como:

síndrome de dependência do álcool que resulta do estado psíquico e físico conseqüente da ingestão de álcool, caracterizado por reações e alterações de comportamento, e outras que sempre incluem uma compulsão para a ingestão de álcool, de forma contínua ou periódica, a fim de experimentar seus efeitos psíquicos ou evitar o desconforto de sua falta, a tolerância do mesmo podendo ou não estar presente..." (apud FORTES, 1975, p.03).

No ano de 1883 Jacques Bertillon apresentou no Congresso Internacional de Estatística, em Chicago, a "Classificação de Causas Morte" e na Seção II — Enfermidades Gerais faz referência ao alcoolismo. Essa classificação se tornou a primeira versão da Classificação Internacional de Doenças e Causas Morte (CID), editada periodicamente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e adotada por todos os países. Em 1976 a nova edição da Classificação Internacional de Doenças (CID 9) é aprovada pela Assembléia Mundial de Saúde onde se substitui o termo alcoolismo por "Síndrome de álcool-dependência".

A partir de então, foram elencadas na Classificação Internacional de Doenças (CID), da OMS, as seguintes nomenclaturas para denominação de internações com esse diagnóstico: Rubrica nº 291 - Psicoses Alcoólicas; Rubrica nº 303 - Síndrome de Dependência de Álcool:

Dentro dos conceitos contemporâneos de dependência de álcool, abandona-se o princípio da unicausalidade e passa-se a pensar essa dependência em termos multidimensionais a partir de fatores físicos, psicológicos e sociais como conseqüência da intoxicação.

Segundo Bertolote (1991), a opinião prevalecente nos dias atuais é que o alcoolismo é uma doença. No entanto, as autoridades médicas se dividem a esse respeito. Muitos médicos, particularmente os especialistas, fazem do tratamento do alcoolismo um negócio e uma fonte de lucro, afirmando, assim, que é uma doença. Em oposição a esses, um grande número de destacados médicos nega, peremptoriamente, que o alcoolismo

seja uma doença, classificando o dependente como "viciado", fraco, entre outros. Essa idéia, embora pareça recente, já tinha sido expressa em 1882 pelo médico norte americano I.E. Tood.

A Associação Médica Americana, o Conselho Nacional de Alcoolismo e os Alcoólicos Anônimos consideram o alcoolismo uma doença crônica e potencialmente fatal, embora existam outras concepções sobre a dependência de álcool, que o define como um "desvio de caráter" ou uma "dificuldade psicológica".

Esse aspecto também foi revelado em uma pesquisa realizada pela Revista Human Behaviour (apud Milan, 1983) que aponta os dependentes de álcool como pessoas menos aceitáveis que os epiléticos e diabéticos. Tal revelação mostra que as pessoas ainda agarram-se a uma visão moralista de que a dependência do álcool é uma fraqueza, enquanto que os outros doentes são vítimas de moléstias sobre as quais não têm controle. Portanto, o dependente de álcool escolheu o seu destino, sendo o causador de sua própria incapacidade.

Está cientificamente comprovado que o álcool é uma droga tóxica para a qual há provas de que em pouca quantidade é bom para a saúde, mas pode ser trágico porque

... não há uma só família que não esbarre na triste evidência dos danos e perigos inerentes ao uso de bebidas alcoólicas (MURAD,s/d, p.03).

3. Produção e Consumo de Bebidas — Quem Ganha e Quem Perde

Segundo informações fornecidas por Wolf & Galperin (1982), qualquer produção de bebida alcoólica, após o controle de qualidade, do Ministério da Agricultura, deve ser inscrita na Comissão Nacional de Fiscalização do Ministério da Saúde, que é o órgão máximo e soberano de autorização e passível de apreensão de produtos dessa natureza. Os

critérios de produção e industrialização de produtos alcoólicos estão disciplinados pelo Ministério da Agricultura para que se verifique os graus de álcool permitidos, bem como a introdução de elementos naturais.

Além do Ministério da Agricultura, autoridades sanitárias e policiais devem fiscalizar a extração, produção, fabricação, transformação, preparação, importação, exportação, reexportação, expedição e transporte das bebidas alcoólicas, conforme artigo 3º do Decreto Lei, número 891.

Segundo Junior e Curiati (1981, p.11):

O uso do álcool tem acompanhado a história da humanidade, sendo a fabricação e o consumo características ligadas a valores, costumes, tradições, bem como ao progresso tecnológico das civilizações. A evolução técnica propiciou o aumento da produção e conseqüentemente o incentivo ao consumo, situação reforçada e estimulada pelos processos publicitários explorados através dos meios de comunicação de massa.

Nesse sentido, podemos observar claramente a influência dos meios de comunicação com relação às propagandas de bebidas alcoólicas. Em uma observação mais atenta a uma revista de circulação nacional e de periodicidade semanal, fizemos uma verificação no número de propagandas de bebidas alcoólicas anunciadas. No período de 24/07/96 a 26/08/96 constatamos a frequência de 7 propagandas em um total de 5 números da revista. Chamou atenção o fato de na revista que noticiava a abertura das Olimpíadas de Atlanta houve maior índice de propaganda: 3 na mesma revista. Isso se explica tendo em vista ser o esporte um dos maiores alvos desse tipo de propaganda. Ao prestarmos atenção nos estádios de futebol ou nos anúncios da TV durante a transmissão de algum esporte, principalmente o futebol, temos a confirmação do fato. Em apenas um exemplar não houve anúncio de bebida alcoólica.

A Associação Brasileira de Bebidas — ABRABE divulgou a existência de 4.000 companhias operando na área de bebidas alcoólicas, registradas no Ministério da Agricultura, sendo que, somente em São

Paulo, foram contabilizados cerca de 40.000 postos de venda do produto. Segundo a Revista Hospitalidade (1992), a OMS tolera a existência de somente um estabelecimento de venda de bebidas alcoólicas para cada 3.000 habitantes.

Geberowickz (1991) constata a existência de 16.000 marcas de aguardentes registradas no Instituto Nacional de Propriedade Industrial. Segundo D'Albuquerque (1990), essas companhias empregam em torno de 54.000 pessoas.

Dados da ABRABE, no ano de 1987, mostram a produção legal de 2 bilhões de litros de pinga; 3 bilhões de litros de cerveja; 400 milhões de garrafas de outras bebidas alcoólicas; 70 milhões de litros de vodca; 400 milhões de litros de vinho. Essa mesma associação afirma que milhões de litros de pinga são comercializados anualmente por empresas clandestinas, ficando, assim, fora das estatísticas oficiais. Estima-se que cerca de 46% das bebidas destiladas, consumidas em 1984, foram produzidas ilegalmente. Sendo assim, calcula-se que para cada 1 bilhão de litros de pinga produzidos de forma legal, existe 1 bilhão produzidos ilegalmente. Quanto à produção de vodca e uísque a situação não é diferente, principalmente por causa do contrabando.

De acordo com Jorge (1983), por essa razão desconhece-se a relação existente entre fabricação, comercialização e, conseqüentemente, uso abusivo de bebidas alcoólicas no Brasil. Outro fator, segundo o autor, é porque inexistem dados sobre a produção, já que essa está inserida em um contexto mais amplo, ou seja, o registro em órgão competente não se dá de forma diferenciada — as fábricas de bebidas não discriminam bebidas alcoólicas de não alcoólicas.

Segundo Jorge (1983) destacam-se no país grande produção de cana-de-açúcar, ineficaz fiscalização estatal, relativa facilidade para a destilação de cana — qualquer produção de cana torna-se um produtor de fundo de quintal em potencial.

A partir de estudos realizados por Kolck van et al. (1991), o Brasil é apontado como um dos maiores consumidores de produtos destilados do

mundo. O Institute of Wine and Spirit Record da Inglaterra (apud FERRARI,1987) coloca o Brasil como o segundo consumidor de bebidas destiladas (10 garrafas/ano/habitante), sendo superado apenas pela Hungria que atinge um índice de 15,8 garrafas/ano/habitante, desde a cachaça até o uísque, constituindo-se o alcoolismo como uma das principais causas de afastamento de trabalho em nosso país. E Mansur (1982) acrescenta ser o Brasil grande consumidor de bebidas alcoólicas; ocupa o 13º lugar no ranking mundial, com 9,12 litros "per capita" por ano. A partir desses dados, Murad (1989, p.04) conclui que no Brasil consome-se mais álcool que leite...

Dados da Revista Veja, publicados em 1981, apresentam o Brasil como recordista na categoria de consumo de destilados, com 13,4 litros "per capita" por ano, ou seja, mais que o dobro do 2º colocado, que é a Polônia, com 5,6 litros "per capita" por ano. Isso se dá, segundo Jorge (1983), porque a pinga, ou **"como quer que seja chamada em cada região"** tem um preço acessível e contém uma grande concentração de álcool.

Para Mansur (1982), se compararmos o Brasil com outros países perceberemos que o consumo de cerveja e vinho é menor que em outros países. O vinho é mais consumido pelos franceses, com 98 litros "per capita" por ano; os portugueses, 91,3; os italianos 91; os espanhóis 70 e os brasileiros 3,3 litros.

Já com relação ao consumo de cerveja, os brasileiros consomem cerca de 38,8 litros "per capita" por ano contra 145,6 dos alemães ocidentais e 140 dos belgas.

Para o Ministério da Saúde, a população de baixa renda é quem consome mais bebidas, e por isso concentra maior número de doentes. Essa é a explicação para o grande consumo de cachaça. Por outro lado, Lazo (1989) coloca que é comum achar que no Brasil existe muito alcoolista porque na sua grande maioria o povo brasileiro é um povo sofredor, que bebe para suportar seu destino. O autor acrescenta que isso é ilusão porque o índice de dependentes de álcool, na classe pobre, é idêntico ao da classe média e alta, mas como no Brasil existem mais

pobres, logo há mais dependentes de álcool, pobres. E acrescenta que os alcoolistas pobres não encobrem, ou não conseguem encobrir sua situação.

Por outro lado, existe uma visão diferente para bebedores da classe baixa e da classe média e alta. Respectivamente,

o pobre bebe demais porque é pingüço, pau d'água e bêbado, o rico não, bebe porque é boêmio (LAZO, 1989, p.37).

A questão do boêmio é uma marca na literatura brasileira. Vários livros, romances, filmes baseiam-se na história de boêmios que não deixam de ser dependentes de álcool para ilustrar alguns de seus personagens. Como exemplo podemos citar, entre outros, os livros de Jorge Amado ***Dona Flor e seus Dois Maridos*** que traz em seu início o carnaval e a bebida e ***A Morte e Morte de Quincas Berro D'Água*** que conta a história de um boêmio.

Segundo Lazo (1989), muitos autores, compositores e pintores também fazem uso do álcool para ajudar no desempenho de suas atividades e no aumento de sua criatividade, tanto que, muitos ganhadores do Prêmio Nobel de Literatura, e poderíamos acrescentar aqui, muitos filósofos, morreram em função da dependência de álcool.

Levando em conta esses dados, torna-se possível entender porque o brasileiro é considerado "um bom de copo" e também porque o país detém um mercado que interessa mundialmente às empresas de bebidas de alto teor alcoólico.

Segundo Carvalho (1937), se por um lado os impostos sobre bebidas alcoólicas sejam fonte de renda para o Estado segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1980 a indústria de bebidas foi a terceira na geração de impostos, colaborando com 10% da arrecadação total do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI). Por outro lado, não deixa de ser um índice de empobrecimento da população. O governo não tem idéia dos gastos causados com a dependência. A literatura calcula que 5,4% do Produto Interno Bruto (PIB) segundo

especialista o PIB de Santa Catarina, são gastos com assistência médica, internações, afastamento para tratamento de saúde, acidentes de trabalhos, entre outros, já que a dependência de álcool se apresenta como a segunda maior causa de internações nos hospitais psiquiátricos. Para Legrain (apud CARVALHO, 1937, p.1294) uma nação que se alcooliza, torna-se rica em miseráveis, sofredores, sacrificados e inúteis.

Sendo assim, torna-se possível identificar a contradição: por um lado estão a produção e comercialização de bebidas alcoólicas que geram lucros exorbitantes, estando disponíveis em todos os locais e, por outro, as despesas, os riscos, a saúde, a dependência que custam muito mais para o país.

4. América Latina: Do Álcool ao Alcoolismo

O hábito de beber é antigo e mundialmente conhecido. No entanto, na América do Sul, segundo Fortes (1991), essa influência está diretamente relacionada ao desenvolvimento agrícola alcançado pelos povos Maias, na América do Norte e América Central.

Souza (1992) concorda com a hipótese e acrescenta que o aperfeiçoamento na produção, conservação, transporte e distribuição reduziu preços e contribuiu para estimular o comércio e, conseqüentemente, também para alastrar a alcoolização, principalmente na época das Grandes Culturas Clássicas.

Para Castro (1980), a questão do uso do álcool, em toda a América Latina, é antiga. Os nativos usavam e abusavam de bebidas alcoólicas que eram fabricadas através da fermentação de diferentes raízes e frutos. A partir da colonização, os espanhóis, portugueses e muitos outros iniciaram um processo de aculturação. Nessa fase de mudanças, o uso de bebidas alcoólicas também sofreu interferência, principalmente com a introdução do plantio da cana-de-açúcar que passou a produzir aguardente em diferentes regiões da América do Sul.

Nesse sentido, Souza (1979) considera que fatores culturais e sociais influenciaram no uso do álcool, já que o alcoolismo, em muitos casos

es resultado de um deseo de adaptarse a las costumbres de un grupo y representa la necesidad de prestigio personal (CASTRO, 1980, p.76).

Negrete (apud JUNIOR, 1981) em seu livro "**El Alcohol y las Drogas**" acrescenta que a pressão cultural face ao consumo de álcool, nos países latino-americanos, é mais presente no caso masculino, apresentando-se como forma manifesta de virilidade.

Souza (1979) coloca que a miserabilidade da população na América Latina incentiva uma busca do prazer a partir do encobertamento da percepção da realidade amarga. Nesse caso, o álcool seria utilizado como uma gratificação química, disponível e barata. Mas, ao invés do protesto, o refúgio ao uso abusivo de álcool traz submissão e conformismo, além de conseqüências físicas, sociais e econômicas.

Castro (1980), comentando acerca das investigações epidemiológicas da farmacodependência, conclui que essas pesquisas são recentes. Somente nos últimos 25 anos é que as pesquisas acerca do alcoolismo, na América Latina, atingiram seu auge, e com destaque para os países da Argentina, Brasil, Colômbia, Chile, Costa Rica e Peru. Os serviços de controle do alcoolismo e das farmacodependências estão separados e só se recorre aos métodos epidemiológicos para dar apoio aos programas de recuperação. Isso porque, a única vinculação entre álcool e drogas (ilícitas) está no fato de que ambas causam dependência pois o consumo, comércio, produção e distribuição de bebidas alcoólicas são aceitos pela sociedade. Por esse motivo, não se estuda mais profundamente a questão epidemiológica do uso e abuso do álcool em toda a América Latina, ou seja, sua legalização.

O autor acrescenta ainda que em apenas poucos países da América Latina existem programas nacionais de alcoolismo ligados ao setor de

saúde. Por outro lado, em quase todos os países existem programas para o controle da farmacodependência, e esses estão ligados ao setor da justiça, enfatizando-se, prioritariamente, o controle ao tráfico e não à dependência como uma doença que deve ser enfrentada enquanto um problema de saúde pública.

Frente a esses fatos, Souza (1979) aponta para a inviabilidade de se saber ao certo o número de pessoas que tenham problemas com álcool. Calcula-se que 40% das internações psiquiátricas em toda a América Latina se deva ao uso e abuso do álcool. No Chile, estima-se que a dependência do álcool atinja cerca de 5% da população adulta. Em outros países, os números encontrados são um pouco menores.

De acordo com Castro (1980), no Brasil é possível obter resultados diferenciados se agruparmos os bebedores excessivos e os que já se encontram em estado de dependência. As taxas atingem entre 15 a 20% da população adulta.

Em vários países, os dados estatísticos sobre a produção de bebidas alcoólicas constituem indicadores do problema do alcoolismo. No entanto, Castro (1980) questiona esse método, visto que a produção ilegal e o contrabando não poderiam ser computados. Assim, não dá para saber ao certo o que realmente se produz e o que se consome.

A mortalidade por cirrose hepática poderia ser outro indicador do problema do alcoolismo. Mas, este dado não é exato e impede cálculos mais próximos da realidade, já que, além do álcool outros fatores também causam cirrose.

Segundo o autor, apesar de todo esse viés que as pesquisas sobre alcoolismo possam ter, fazendo-se uma comparação sobre as taxas de mortalidade por cirrose hepática no Chile, México e Brasil e fazendo-se os devidos ajustes por idade, as taxas encontradas são comparadas às da França, onde o índice de alcoolismo é considerado alto.

Castro (1980) ressalva que, mundialmente, as estatísticas sobre mortalidade tendo como causa-morte o alcoolismo são incompletas e tem sido aperfeiçoadas nos últimos anos. Sendo assim, para se fazer

comparações entre os diversos países, deve-se ter as devidas cautelas já que os hábitos de diagnósticos podem diferir, sendo necessário, antes de mais nada, conhecer os detalhes acerca da forma com que as amostras foram colhidas. Acrescenta-se a isso que na maioria dos países, os pacientes com dependência de álcool ou outras drogas não são admitidos em hospitais gerais, mas quando isto ocorre, os diagnósticos anotados nos seus prontuários, raramente apontam como causa de internação a dependência, e sim problemas correlatos.

5. BRASIL: Um Retrato do Problema da Dependência do Álcool

No Brasil, o relato sobre o consumo de bebidas alcoólicas é antigo. Os portugueses, que aqui chegaram, descreveram o uso de determinadas bebidas pelos índios. A mistura era conhecida como "cauim" do Tupi "Ka'wi" que era uma bebida fermentada, preparada pelas mulheres com mandioca cozida ou suco de frutas. Segundo Souza (1992), os tupinambás só se embriagavam nas grandes comemorações.

Com a vinda dos colonizadores, esses trouxeram para cá o vinho, a cerveja, a aguardente e destilados em geral, que eram desconhecidos dos índios. Com o início da colonização, foram instalados, principalmente no Nordeste, Rio de Janeiro e São Paulo os engenhos para produção de açúcar e aguardente. Isso fez com que as populações mais simples (escravos e índios) pudessem ter a oportunidade de se embriagar.

Para Souto Maior (apud FORTES, 1971), os senhores de engenhos seriam os principais difusores do uso de bebidas alcoólicas entre os negros escravos, já que "os primeiros ofereciam aos segundos a cachaça, usada para fins medicinais ou para os alegrarem em festas e feriados.

Pelos motivos acima mencionados e pelo seu preço acessível, a cachaça popularizou-se e contribuiu para o agravamento da alcoolização da população brasileira. E, hoje, conforme nos coloca Fortes (1991), a

questão do alcoolismo já está sendo considerada problema de saúde pública porque traz sérias conseqüências para a psique da pessoa, como também problemas na esfera social.

D'albuquerque & Silva (1990), por sua vez, acrescentam que as precárias condições de vida da população em geral, principalmente a nível de Brasil, como os problemas sociais, econômicos, de saúde pública acabam por "desarrumar a vida das pessoas". O aumento do uso de álcool e/ou outras drogas pode ser conseqüência disso. Acrescenta-se o fato de que os envolvidos são, cada vez mais, pessoas jovens, em época de fértil produtividade e de pleno vigor físico.

Em Conferência realizada em Vitória — ES, Bucher (s/d, p.17) coloca o Brasil como sendo **"um dos países latino-americanos que mais dispõe de dados epidemiológicos recentes sobre o consumo de substâncias psicoativas"**. Embora essa notícia possa ser considerada animadora, percebemos a escassez de pesquisas a esse respeito, dificultando um diagnóstico mais preciso da situação geral do país, pois os dados são fragmentados, obtidos em populações específicas ou sobre drogas singulares, de modo que não autorizam extrapolações mais gerais.

Nesse sentido, para podermos dar uma visão mais ampla da dimensão do problema da dependência de álcool no Brasil, mencionaremos algumas pesquisas, em ordem cronológica, realizadas por diversos pesquisadores.

Oliveira (1945), por exemplo, realizou alguns estudos sobre incidência de hospitalização por alcoolismo e encontrou, em Pernambuco, entre 1931-1935, 330 pacientes internados no hospital do Estado, com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool. Desse total, 284 eram do sexo masculino e 40 do sexo feminino. Com relação a outras características dos internados, constatou que a idade das mulheres varia de 26 a 30 anos e, dos homens, de 31 a 35. Quanto ao estado civil, 50% solteiros, 40,31% casados, 8,7% viúvos e 0,9% não informaram. Com relação à profissão verificou-se acentuado percentual de classe operária 56,6%.

Na pesquisa realizada por Manfredi (1956) ficou constatado que as internações, tendo como diagnóstico a dependência de álcool, cresceram ano a ano, sendo que o maior índice de dependentes foi encontrado no Rio Grande do Sul, com uma proporção de 60 alcoolistas para cada 100 mil habitantes. Em São Paulo, a relação foi 52 para 100 mil e em Pernambuco 18 para 100 mil, sendo esse índice o mais elevado no Nordeste. A nível de Brasil, no período de 1950-1954 foram registradas 13.378 internações por alcoolismo. Considerando que nesse período o Brasil tinha 55 milhões de habitantes, tínhamos 24 alcoolistas para cada 100 mil habitantes.

No período entre 1947-1957, Pereira (1958) encontrou no Ceará um total de 7,5% de internações psiquiátricas, tendo como diagnóstico a dependência de álcool. Desse percentual, 75,7% residiam na Capital e 23,3% no interior.

Fortes (1961) em pesquisa realizada em um Hospital Municipal de São Paulo, nos anos 1959-60 constatou que 42% das internações, entre setembro de 1952 e novembro de 1958, ocorreram em virtude de toxicomania alcoólica. Na Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, foram registradas 30% de internações devido ao mesmo diagnóstico, no mesmo período.

Parreira (apud MORGADO et al, 1983), durante um estudo desenvolvido em 1962 e publicado em 1965 no Jornal Brasileiro de Psiquiatria, coletou dados de 187 instituições onde encontravam-se internados 225.198 pacientes. Desse total, 9.992 (4,44%) eram dependentes de drogas, sendo que 9.385 (93,9%) tinham problemas relacionados ao uso abusivo de álcool.

Em outro levantamento, onde foram consultados 6.037 prontuários de pacientes em um hospital psiquiátrico, registrou-se uma proporção de internações por dependência de drogas de 17,59%, das quais 16,30% estavam relacionadas à dependência de álcool e 1,9% de outras drogas. Totalizando, os autores chegaram à conclusão de que 92% das internações foram devido ao abuso de álcool contra 8% de outras drogas.

Andrad (apud SHIRAKAWA & GLAU SIUSZ, 1973) comentando a questão das internações de pacientes, percebeu que, em 1968, 30% dos pacientes masculinos internados em hospitais psiquiátricos — públicos e particulares — eram portadores do diagnóstico "Psicoses Exotóxicas" que é sinônimo de alcoolismo, e Brandão (apud MORGADO et al. 1983), no ano de 1970, pesquisou as internações em 20 estabelecimentos psiquiátricos na cidade do Rio de Janeiro. Dos 2.176 pacientes hospitalizados 1.656 eram homens (94,9%) e 89 eram mulheres (5,1%), totalizando dessa forma 1.745 pacientes (80,2%) com problema de dependência de álcool.

Esses dados reforçam as colocações de SHIRAKAWA & GLAU SIUSZ, 1973, p. 91) ao verem o alcoolismo

como legítimo problema de Saúde Pública do Brasil, seja pelo número de doentes que necessitam de cuidados hospitalares, em uma primeira internação e internamentos posteriores, seja pelo que representa no conjunto da assistência hospitalar e extra-hospitalar.

Milan vai ainda mais longe ao dizer que os alcoólatras enchem nossas prisões, instituições mentais, hospitais e listas de bem estar (1983, p.19).

Outras pesquisas foram realizadas em hospitais psiquiátricos. Segundo Parreiras (1964), 8,4% dos leitos eram ocupados por dependentes de álcool; Cerqueira (1970) considerou o alcoolismo como a segunda causa das primeiras entradas em hospitais psiquiátricos públicos e particulares; Caetano (1974) encontrou 19% dos leitos ocupados por este diagnóstico; Tancredi (1981) verificou que 50,3% das internações em São Paulo são por esse diagnóstico e o Ministério da Saúde constatou ser o dependente de álcool a segunda maior causa de internações em hospitais psiquiátricos nos últimos anos.

Milan (1983) acredita que no Brasil existam em torno de 6 a 12 milhões de dependentes de álcool. Soibelman (1984) considera que a taxa de alcoolismo no Brasil seja de 7 a 10% do total da população adulta.

Mansur em 1982 divulgou na Revista *Ciência Hoje* o resultado de sua pesquisa realizada em 1979, onde constatou que morreram 9.500 brasileiros por cirrose hepática e doenças do fígado, e 1.500 por síndrome de dependência de álcool. Essas estatísticas estão aquém da realidade, pois milhares de pessoas morrem por causas relacionadas ao abuso de álcool o que não é apontado como o verdadeiro motivo da causa-morte nos atestados de óbito. Por isso conclui-se que esses percentuais são bem mais elevados.

No ano de 1984, em pesquisa realizada sobre a prevalência de alcoolismo no Brasil, Soibelman apresenta a seguinte tabela:

Autor	Ano	Estado	%	Local
Azoubel Neto	1967	SP	6,4	Vila Marginal
Luz Júnior	1973	RS	6,2	Vila Marginal
Moreira e Colab.	1978	RN (cap.)	32%H 5%M	Ambulatório
Schwartzman	1979	RS	20,66	Hosp. Geral
Mansur e Colab.	1979	SP	53%H 6%M	Hosp. Geral
Mansur e Colab.	1980	SP	56%H 18%M	Hosp. Geral
D'Assumpção e Colab.	1980	RN	19,4	Área Urbana
Schwartzman e Colab.	1981	RS	25,33	Hosp. Geral
Pechansky e Colab.	1983	RS	16	Ambulatório

(SOIBELMAN, 1984, p.22)

Raeder & Carlini-Cotrim (1990) destacaram alguns dados contidos em diferentes pesquisas sobre a dependência de álcool no Brasil, como:

- Carmona (1977) coloca o alcoolismo ocupando o primeiro lugar das internações do Distrito Federal, atingindo cerca de 40% do total de internações.
- Gomes de Matos & Karniol (1984) também verificaram que o diagnóstico de alcoolismo era motivo de 50% das hospitalizações, do sexo masculino, em hospitais ou pronto-socorros psiquiátricos de Campinas — SP.
- Mansur e Jorge (1986) relataram que o Ministério da Saúde informou que em 1981 os diagnósticos relacionados com álcool constituíram o segundo grupo mais freqüente entre todas as internações psiquiátricas nos últimos anos.

Para Rehfeldt (1990) embora existam poucas estatísticas sobre a questão do alcoolismo, pode-se constatar:

- 40% de todas as consultas médicas do SUS estão relacionadas com alcoolismo;
- Segundo o próprio SUS, o alcoolismo é a terceira maior causa de faltas ao serviço.

Dados da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas (ABEAD), apontam um percentual de 54% dos acidentes de trabalho, incluídos os de percurso, relacionados diretamente a doses exageradas de álcool, sem contar os índices preocupantes de absenteísmo e queda de produtividade, acidentes de trânsito, doenças orgânicas, delitos, síndrome fetal pelo álcool e transtornos familiares. Outras estatísticas mostram que 50% dos acidentes de trânsito e 70% das separações conjugais estão diretamente vinculadas ao uso abusivo de álcool.

Ramos (1990), em seu livro *Alcoolismo Hoje*, recupera alguns dados de pesquisas realizadas por diversos autores sobre a prevalência do abuso do álcool em grupos populacionais brasileiros, de acordo com o sexo.

Autor	Amostra	Prevalência		Local
		M	F	
Azoubel Neto (1962)	203	1 a 13,6	1 a 9	SP
Luz Júnior (1974)	514	11	1,5	POA
Coutinho (1976)	742	27,7	20,1	BA
Santana (1978)	1.549	6	0,7	BA
Santana e Almeida F ^o (1985)	1.047	11	1,5	BA

(RAMOS et al., 1990, p. 33)

Quanto à prevalência do alcoolismo em serviços médicos, Ramos (1990) apresenta o seguinte quadro:

Amostra	Local	%	Autores	Ano
200	Ambulatório	53-6	Mansur et al	1979
200	Ambulatório	32-5	Moreira et al	1980
167	Enfermaria	27-4	Moreira et al	1980
113	Enfermaria	52-16	Mansur et al	1980
86	UTI	29-9	Luz Jr. et al	1983
146	Ambulatório	16-2	Pechansky et al	1985
234	Enfermaria	27-5	Jorge et al	1985
120	Enfermaria	17-1,8	Kerf Correa	1985

(RAMOS et al., 1990, p. 46)

Segundo o Ministério da Saúde, as internações devido à Psicose Alcoólica (CID 291) e Dependência de Álcool e de Drogas (CID 303/304) representaram em 1993, respectivamente, a segunda e a quarta causas de internação psiquiátrica, sendo que a Psicose Alcoólica representou em 1992 a nona causa de todas as internações da rede hospitalar do SUS.

O Sistema Síntese DATASUS/MS (1993), em análise feita através das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), verificou que o número de pacientes internados, em 1993, com diagnósticos relacionados à dependência química, atingiu cerca de 150 mil pessoas, significando um percentual de 35,14% do total de todas as internações por transtornos mentais. Com relação ao custo dessas internações em hospitais psiquiátricos, estima-se que no Brasil tenham alcançado a marca de 85 milhões de dólares.

Pechansky (1995) fez um estudo com adolescentes de 10 a 18 anos na cidade de Porto Alegre, com o objetivo de verificar a experimentação, uso habitual e uso problemático de bebidas alcoólicas mais comuns como cerveja, vinho, destilados.

O resultado da pesquisa demonstra que 71% desses adolescentes, da cidade de Porto Alegre já experimentaram bebidas alcoólicas por conta própria, no mínimo uma vez. Esses dados demonstram similaridade aos de nível nacional. Os números variam de 72,2% até 86,6%. Azevedo e col. (apud PECHANSKY, 1995) constataram que 58,5% das crianças na faixa etária até 15 anos de idade têm alguma prevalência para algum tipo de bebida. Esse índice coloca o urbano prevalecendo sobre o rural. Segundo o autor, os dados são similares na América Latina e América do Norte.

Já o Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas (CEBRID), nos anos de 1987, 1989 e 1993 realizou pesquisa sobre o uso de drogas psicotrópicas com estudantes de 1º e 2º graus, de 10 capitais brasileiras. O estudo revelou que a droga mais consumida é o álcool. Dos 24.634 estudantes entrevistados em 1993, 22,8% já usaram drogas pelo menos uma vez na vida, sendo que o uso freqüente do álcool chega a 18,8%.

Nesse sentido, verifica-se que o consumo de drogas no país é preocupante, principalmente na camada jovem da população, sendo a droga lícita (álcool) a mais usada.

Durante o ano de 1988, Raeder & Carlini-Cotrim (1988) efetuaram um levantamento das internações por dependência de drogas (CID-9 304), psicoses alcoólicas (CID-9 291) e síndrome de dependência do álcool (CID-9 303), abrangendo 436 hospitais e clínicas psiquiátricas do Brasil. Desse total, apenas 36,5% enviaram os dados completos. A análise desses dados constatou-se que das 65.304 internações relatadas, 36.188 ocorreram devido à dependência de álcool (55,4%), 26.054 devido a psicoses alcoólicas (39,9%) e 3.062 são relativas à soma de todas as outras drogas (4,7%).

Abaixo consta a tabela sobre pacientes internados por dependência de drogas, síndrome de dependência de álcool e psicoses alcoólicas por Unidade da Federação, conforme resultado da citada pesquisa:

DIAGNÓSTICO CID-9

UF	Dep. drogas		Dep. álcool		Psic.Alcoólic.		Total	
	304		303		291			
	N	%	N	%	N	%	N	%
	%		%		%		%	
AC	0	0,0	18	94,7	1	5,3	19	100
	100							
AL	20	4,2	245	51,9	207	43,9	472	100
	100							
BA	18	4,9	140	38,0	210	57,1	368	100
	100							
CE	9	1,0	283	31,5	607	67,5	899	100
	100							
DF	20	8,9	203	90,6	1	0,5	224	100
	100							
ES	26	4,7	72	13,0	457	82,3	555	100
	100							
GO	55	5,5	566	56,1	388	38,4	1.009	100
	100							
MA	7	77,8	1	11,1	1	11,1	9	100
	100							
MG	113	3,7	1.110	36,7	1.803	59,6	3.026	100
	100							
PB	35	7,6	271	58,5	157	33,9	463	100
	100							
PE	31	6,8	320	70,5	103	22,7	454	100
	100							
PI	21	5,8	302	83,7	38	10,5	361	100
	100							

PR	252 100	4,2	4.694	78,4	1.040	17,4	5.986	100
RJ	213 100	3,8	1.688	30,0	3.723	66,2	5.624	100
RN	11 100	2,2	41	8,2	446	89,6	498	100
RS	487 100	11,7	3.035	73,2	625	15,1	4.147	100
SC	22 100	1,8	1.047	87,5	128	10,7	1.197	100
SE	15 100	5,4	19	6,9	243	87,7	277	100
SP	1707 100	4,3	22.133	55,7	15.876	40,0	39.716	100
Total	3062 100	4,7	36.188	55,4	56.054	39,9	65.304	100

(RAEDER & CARLINI-COTRIM, 1990, p. 35)

Nas internações por dependência de álcool, os Estados que se destacaram foram Santa Catarina, Paraná, Piauí, Pernambuco e Acre. No entanto, aqui cabe uma ressalva já que os Estados de Santa Catarina, Minas Gerais, Paraná e Rio de Janeiro foram também os que mais contribuíram com relação às respostas dos questionários. Com relação às psicoses alcoólicas destacam-se os Estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo, Bahia e Rio Grande do Norte. Em relação ao Distrito Federal e Maranhão os resultados ficam prejudicados em função de que somente 1 clínica de cada um desses estados respondeu às solicitações.

No total de todas as internações ocorridas, constatou-se a predominância masculina com um percentual de 93,8% contra 6,2% de percentual feminino. Quanto à faixa etária predominou a idade superior a 30 anos — 78,0%. Com relação ao tempo de internação dos pacientes

pesquisados o índice foi alto, 1/3 dos internados permaneceram por mais de 30 dias, principalmente no caso das psicoses alcoólicas. Dos pacientes internados 59,5% receberam alta prescrita pelo médico. Nas psicoses alcoólicas constatou-se 1,5% de óbitos, um número significativo se comparado com os outros diagnósticos.

De um modo geral, o autor conclui que o número de internações, envolvendo o consumo de álcool, é preocupante. Foram mais de 60 mil pessoas em um ano, despendendo, em sua maioria de mais de 16 dias de internação. Essas internações atingiram predominantemente pessoas do sexo masculino com mais de 30 anos, principal contingente da força de trabalho.

De acordo com o autor:

Tais achados vêm somar-se a outros indicadores de que realmente as patologias associadas ao consumo excessivo de álcool em nosso País estão entre os mais sérios problemas psiquiátricos enfrentados (RAEDER & CARLINI-COTRIM, 1990, p. 38).

E acrescenta

o presente estudo indica a importância de se priorizar o álcool no esboço de políticas públicas preventivas, dada a sua expressividade numérica e a população por ele atingida (RAEDER & CARLINI-COTRIM, 1990, p.39).

Para Marconi (apud SOIBELMAN, 1980) existem 5 índices indiretos que permitem avaliar a magnitude do alcoolismo em determinada região: a) mortalidade; b) morbidade; c) acidente de trânsito e do trabalho; d) prisões e detenções; e) absenteísmo no trabalho.

Para Castro (1980) existem diversas situações apresentadas como estimulantes para beber: a) abundância de estabelecimentos de bebida; b) publicidade em volume e multiplicidade; c) baixo preço.

Mas,

a sociedade mostra-se ambivalente em relação ao hábito de beber: estimula, para rejeitar o indivíduo quando este se transforma num dependente (SOIBELMAN, 1980, p.23).

Como se vê, a sociedade toma atitudes antagônicas em relação ao uso do álcool. Ao mesmo tempo que estimula o indivíduo ao consumo, estigmatiza quando este se torna dependente.

Acrescenta-se a todos esses dados o que é comum nos demais países, ou seja, a dificuldade dos dependentes de álcool serem diagnosticados como tal quando dão entrada em hospitais gerais por causas secundárias.

Soibelman (1984) ilustra essa afirmação apresentando dados de outros autores sobre a situação:

- Campana (1983) confirma que 30 a 40% dos alcoolistas que procuram o hospital geral não são diagnosticados como tal;
- Mansur e col. (1980) constataram que em hospitais gerais, diagnosticava-se, apenas, 50% dos alcoolistas internados;
- Schwartzman (1979/81) encontrou 68 e 53% de casos de alcoolistas detectados pela equipe médica em 2 estudos em hospital-escola. Quanto ao encaminhamento para tratamento o percentual foi de 6 e 0%.
- Pechansky e col. (1984), no mesmo hospital acima citado, de um total de 18 casos de pacientes dependentes de álcool a equipe médica constatou apenas 1. Os demais não receberam qualquer menção nos prontuários sobre o uso de álcool.
- Soibelman e colaboradores (s/d) encontraram apenas 5% de alcoolistas nos prontuários analisados.
- Ferreira e col. (1983) constataram que apenas 41% do total de 91% de alcoolistas internados em hospital geral receberam sugestão para tratamento após alta hospitalar.
- Luz Junior e Col. (1983) verificaram que 70% dos dependentes de álcool internados em UTT's não possuíam esse diagnóstico previamente.

Além dos diversos gastos que o problema da dependência do álcool traz em sua forma específica, existem outros gastos que são bem mais abrangentes e que muitas vezes não são tratados como problemas decorrentes do uso abusivo do álcool como, por exemplo: gastrite, hepatite, câncer de boca e esôfago, úlcera gástrica, pancreatite, doenças cardíacas, infertilidade, aborto espontâneo, pneumonia, tuberculose e síndrome do alcoolismo fetal.

Esse grupo de patologia vem representando um elevado custo tanto no plano individual como no social e econômico. Nesse sentido, segundo Rehfeldt (1990) estima-se que o custo do alcoolismo no país consome 5% do Produto Interno Bruto (PIB), em função das conseqüências trazidas pela dependência do álcool. Isso significa, praticamente, o investimento do país em saúde e educação.

Recente publicação realizada pela revista Globo Ciência (1993) aponta que cerca de 15% da população brasileira, ou seja, 22,5 milhões de brasileiros, em menor ou maior grau, sofrem com a dependência de álcool. E se considerarmos uma pesquisa realizada pela Universidade Federal do Paraná — UFPR (1988) onde estima-se que, no Brasil, a proporção afetada é de 6 homens para 1 mulher; geralmente afeta o líder da família, ampliando-se cada vez mais o contingente de pessoas atingidas pelo alcoolismo. Sendo assim, podemos perceber a abrangência dessa doença que pode ser considerada problema de saúde pública.

6. Santa Catarina: As Festividades, o Álcool e o Alcoolismo

Dados do Censo de 1991 apresentam Santa Catarina (SC) com uma população de 4.541.994 pessoas. Desse total 2.275.714 são homens e 2.266.280 são mulheres. A população urbana representa 3.208.537 habitantes; do total 1.580.704 são homens e 1.627.833 são mulheres. No

setor rural, temos 1.333.457 pessoas sendo que 695.010 são homens e 638.447 são mulheres.

O Estado de Santa Catarina está dividido em 6 micro-regiões. São elas: Grande Florianópolis, Norte Catarinense, Oeste Catarinense, Região Serrana, Sul Catarinense e Vale do Itajaí. O Estado era composto por 260 municípios no ano de 1991.

Segundo dados da Revista Veja (1991,13/03) SC é a sétima economia brasileira, segunda indústria têxtil, quinto produtor de alimentos e representa a terceira maior renda "per capita" do país. É o maior produtor de peixes, aves, suínos, maçãs, alho e mel do país. Partindo desse contexto, podemos perceber a importância do Estado no contexto Nacional. No ano de 1990, SC contribuiu com 3,33% do Produto Interno Bruto (PIB). Soma-se a isso a indústria turística, roteiro escolhido por mais de 1 milhão de turistas, que no ano de 1990, deixaram 284 milhões de dólares no Estado.

Além disso, Santa Catarina conta com um dos mais expressivos parques industriais brasileiros, e uma produção de bens e serviços que triplicou ao longo dos últimos vinte anos, enquanto o aumento de seus consumidores e usuários foi proporcionalmente menor, já que a população catarinense cresceu apenas 46% nesse período.

Pesquisa realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e publicada pela Revista IstoÉ em 26/06/96 mostra que Santa Catarina ocupa o 4º lugar, com um índice de 0,827. A pesquisa teve por objetivo classificar os estados brasileiros, tendo por base o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que cruza informações sobre expectativa de vida ao nascer, escolaridade e padrão de vida. Cabe salientar ainda que os índices de avaliação variaram de 0 a 1.

Além de todos esses atrativos, SC é um Estado que "**vive em estado de festa**". Isso se deve ao número de opções festivas realizadas nos mais diversos municípios do Estado. Segundo o Calendário de Grandes Eventos organizados pela Secretaria de Turismo do Estado (SANTUR), no ano de 1996, estão relacionados 81 eventos, divididos nos 12 meses do ano,

dentro das mais diversas categorias, tais como: Festas Típicas, Culturais, Esportivas, Tradicionalistas, Populares e Religiosas.

Muitas dessas festividades são conhecidas nacional e até internacionalmente, como é o caso da Oktoberfest, Marejada, Fenachopp, Fenarreco, Festa do Vinho, Festa da Cachaça, entre tantas outras. Todos esses eventos têm como ênfase o consumo de bebidas alcoólicas tais como cerveja, vinho, chopp e cachaça, já que

o próprio conceito de festa passou a ser um conceito associado à inclusão de álcool (SEGANFREDO et al., 1993, p.06).

Todo potencial econômico, produtivo e, principalmente, festivo do Estado, além de divisas financeiras traz consigo o reverso da medalha, ou seja, muitos catarinenses (e aqui não temos conhecimento de pesquisa que identifique um número exato de dependentes de álcool, no Estado, mas podemos mencionar que cerca de 10 a 15% do total da população de Santa Catarina) sofrem com a dependência de álcool se Santa Catarina se configura como um reflexo do contexto nacional e internacional nesse aspecto. A dependência do álcool no Estado pode ser melhor visualizada através de dados estatísticos apresentados pela Secretaria de Saúde, em seu Relatório Anual de Informações sobre Mortalidade dos anos de 1992, 1993 e 1994.

Esses dados seguem os padrões da Nomenclatura Internacional de Doenças (CID) apresentados nos atestados de óbito nos seguintes casos: Psicose Alcoólica, Síndrome de Dependência de Álcool e Cirrose Alcoólica do Fígado. Esses dados constituem-se, apenas, como a ponta do iceberg. Isso porque, a maioria dos casos de dependentes de álcool, que são atendidos nos hospitais gerais, não tem como diagnóstico, nos seus prontuários, a dependência, mas sim, causas secundárias como gastrite, pancreatite, vítimas de atropelamentos ou acidentes de trabalhos. Conseqüentemente, nos atestados de óbitos não é registrada a verdadeira causa-morte, mas as conseqüências da causa principal. Os números a

seguir poderão contribuir para algumas considerações sobre o panorama do Estado acerca da dependência de álcool.

No ano de 1992 foram registrados 2 óbitos masculinos por Psicose Alcoólica; 67 casos de Síndrome de Dependência do Álcool, sendo 64 masculinos e 3 femininos; 311 registros de Cirrose Alcoólica do Fígado, sendo 247 masculinos e 64 femininos.

Já em 1993 foram encontrados 4 casos masculinos de Psicose Alcoólica; 46 de Síndrome de Dependência do Álcool, sendo 45 masculinos e 01 feminino e 343 casos de Cirrose Alcoólica do Fígado, sendo 283 masculinos e 60 femininos.

Em 1994 a Psicose Alcoólica levou a óbito 481 pessoas, sendo 157 masculinas e 324 femininas; a Síndrome de Dependência de Álcool matou 481 pessoas, sendo 157 masculina e 324 feminina e com relação à Cirrose Alcoólica do Fígado foram registrados 4.810 casos, sendo 1.570 masculinos e 3.240 femininos.

Os casos de óbitos por questões referentes à dependência de álcool vão crescendo, principalmente com relação à Cirrose Hepática que registrou um aumento considerado sobre as demais patologias. Fica a indagação: o número de óbitos por esse diagnóstico aumentou ou os profissionais de saúde estiveram mais atentos e mais preparados para diagnosticar a verdadeira causa-morte?

O Hospital Psiquiátrico Colônia Santana, localizado no município de São José, é ponto de referência para todo o Estado, no tratamento de pacientes com problemas psiquiátricos e por dependência de drogas. De acordo com o levantamento de internações e reinternações do Boletim Anual da Instituição de 1974, tem-se a seguinte situação:

Diagnóstico	Internações		Reinternações		Totais		Total G	%
	M	F	M	F	M	F		
Alcoolismo	153	7	216	8	396	15	384	13,8
Psic. Alc.	38	-	30	-	68	-	68	2,4
Total	191	7	246	8	464	15	452	16,2

Segundo informação de um levantamento epidemiológico na Ilha de Santa Catarina realizado entre 1974-1975, depois da esquizofrenia que atingiu um percentual de 40,4%, como índice de prevalência das internações nosocomiais, o alcoolismo, com 16,2%, constitui a segunda maior causa de hospitalização verificada no Hospital Colônia Santana.

No ano de 1994 o Hospital Colônia Santana possuía 800 leitos. Durante esse ano, o hospital internou e reinternou 3.527 pessoas. Desse total 568 foram novos casos de internação por dependência de álcool, sendo 545 masculinos e 23 femininos e 1.681 foram reinternações por esse mesmo diagnóstico, sendo 1.084 masculinos e 29 femininos.

Em 1994, o Relatório Estatístico Anual da Instituição aponta uma média de 47,66% de internações e reinternações por dependência de álcool.

Já no período de janeiro a dezembro de 1995 esta mesma instituição realizou 921 novas internações, sendo 783 internações masculinas e 138 femininas, e 2.223 reinternações, sendo 1.763 masculinas e 460 femininas. Das 921 internações realizadas, 502 tinham como diagnóstico a dependência do álcool, sendo 485 masculinas e 17 femininas. E do total de 2.223 reinternações, 959 também estavam relacionados à dependência do álcool, sendo 943 masculinas e 16 femininas.

Todas as internações/reinternações somam 3.144 pacientes, sendo 3.461 com diagnóstico de dependência de álcool. Isso representa 46,46% do total de todas as internações realizadas pela instituição. Esse percentual é bastante expressivo, principalmente com relação às

reinternações que representaram 51% no caso masculino e 94% no feminino.

Em julho de 1996 a Instituição em pauta contava com um total de 640 leitos, sendo 45 destinados a pacientes com problemas de drogas. Durante o mesmo mês a instituição realizou 142 novas internações, sendo 35 femininas e 107 masculinas, efetuou também 39 reinternações, sendo 9 femininas e 30 masculinas.

Desse total de 181 internações/reinternações ocorridas, 63 masculinas e 02 femininas tinham como diagnóstico a dependência de álcool. Isso representou 35% do total de todas as internações/reinternações ocorridas no mês de julho de 1996 na referida instituição.

Outro aspecto que merece destaque são os dados relativos às internações no Instituto São José, cujo diagnóstico é a dependência de álcool. O hospital está também localizado no município de São José e atende pacientes de todo o Estado.

Através dos dados fornecidos pelo Consultor Químico, que atua junto a essa instituição, obtivemos dados de pacientes masculinos internados pelo Sistema Único de Saúde — SUS, isso porque os pacientes particulares e os do sexo feminino, os dados são computados como pacientes psiquiátricos gerais, ou seja, não existe registro específico com relação à questão da dependência propriamente dita. No entanto, o tratamento SUS e casos masculinos particulares é o mesmo, mudando apenas as acomodações. Já para os casos femininos não existe um tratamento mais específico sendo as pacientes atendidas na ala psiquiátrica, somente para desintoxicação.

O Instituto São José não atende, através do SUS, pacientes com dependência de outras drogas ou dependência cruzada — álcool e outras drogas.

Esses dados correspondem ao atendimento realizado pela instituição no período de agosto de 1994 a junho de 1996. Neste período foram

atendidos 892 pacientes sendo 626 internações e 286 reinternações — todos do sexo masculino e com um processo de tratamento de 30 dias.

Outra forma de atendimento para pacientes com problema de dependência de álcool é a Clínica Belvedere, anexa ao Hospital de Caridade. Essa Clínica trata dependentes de drogas em geral, mas só oferece internação para pacientes particulares. Segundo dados fornecidos pela profissional do Serviço Social, que atua na instituição, no ano de 1995 foram internados 75 pacientes com dependência de álcool. Desse total, 69 eram do sexo masculino e 6 feminino.

Dos 75 atendimentos ocorridos, 20 foram de novos casos, ou seja, primeira internação na instituição, sendo 16 masculinos e 4 femininos e 55 foram reinternações, sendo 53 masculinas e 2 femininas. Nesse caso, as reinternações representaram 73% do total de todas as internações ocorridas no período pelo diagnóstico de dependência de álcool.

Rehfeldt (1990), por sua vez, em trabalho apresentado no Congresso da Associação Brasileira do Estudo do Álcool e Outras Drogas (ABEAD) chama a atenção para os dados relativos ao Estado de Santa Catarina. No ano de 1989, das 500 mortes ocorridas, vítimas de acidentes de trabalho, 350 estavam relacionadas ao abuso de álcool. Já em 1989 dos 2.000 casos de invalidez registrados, 1.400 também estavam também relacionados com conseqüências do alcoolismo.

Uma pesquisa realizada no Sul de Santa Catarina, segundo Souza (1979,p.174) demonstrou que há duas curvas de consumo etílico bem definidas:

A do mineiro, que cresce nos dias de semana e chega ao máximo na sexta-feira, para declinar abruptamente nos sábados e domingos, e do agricultor em que há abstenção nos dias úteis, para um pico da ingestão nos fins de semana .

No ano de 1993, a Secretaria de Estado da Educação, Cultura e Desporto de Santa Catarina, através da Perfil — Empresa Executora de Pesquisa — realizou uma pesquisa com estudantes de 1º e 2º graus de

escolas públicas e particulares do Estado de Santa Catarina. Os resultados obtidos foram bastante significativos. Entre os estudantes de 1º grau (não especificando o tipo de escola) o álcool se destaca de forma acentuada, sendo que 82.1% dos alunos já usaram esse produto pelo menos uma vez na vida e 54.4% usaram álcool nos últimos 30 dias.

Com relação aos alunos de 2º grau, o percentual aumenta, sendo que 94,2% já usou álcool pelo menos uma vez na vida e 72.9% usou nos últimos 30 dias. Nos dois graus de ensino (1º e 2º) a bebida mais usada foi a cerveja e/ou o chopp.

Com relação à idade, observa-se que o consumo é progressivo com o seu aumento, sendo que se torna surpreendente verificar que entre os 8 e os 12 anos 76,3% já experimentaram álcool e que, aproximadamente, 45% consumiram nos últimos 30 dias. Conseqüentemente, com o avanço das séries, eleva-se também o uso de álcool, não apenas com o uso eventual, mas também enquanto usuários nos últimos 30 dias. Dados dessa mesma pesquisa apontam que o consumo aumenta de acordo com a classe social, ou seja, quanto maior o poder aquisitivo maior o consumo de drogas.

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, tendo como parâmetro de análise os diferentes sexos — masculino e feminino — a pesquisa demonstrou taxas muito próximas tanto com relação ao uso eventual quanto nos últimos 30 dias. Nesse sentido, verificou-se que 84.0% das alunas usou álcool esporadicamente ou pelo menos uma vez na vida, e que 55,8% usou-o nos últimos 30 dias. Por outro lado, 87,0% dos estudantes do sexo masculino fez uso eventual ou pelo menos uma vez na vida, de bebida alcoólica, e 63,3% usou álcool nos últimos 30 dias. Como dados gerais a pesquisa aponta 59.2% de usuários de álcool entre os estudantes de 1º e 2º graus de SC contra 40.8% de não usuários.

A pesquisa revela consumo bastante elevado de bebida alcoólica entre os estudantes de 1º e 2º graus, de escolas de Santa Catarina. Alunos que não apenas experimentaram (85.2%), como mais da metade consumiu álcool nos últimos 30 dias. Entre os estudantes maiores de 18

anos, 92.4% já experimentaram alguma bebida alcoólica e 62,9% fez uso nos últimos 30 dias.

Segundo essa mesma fonte, há no Estado de Santa Catarina uma cultura indutora ao consumo de bebidas alcoólicas ligada às festas tradicionais próprias das culturas alemã e italiana. A iniciação ao uso de bebidas alcoólicas é vista não apenas com tolerância pela sociedade, que associa o seu uso a uma forma de "curtir" a vida, prazer, diversão e auto-afirmação, como também incentiva, acha "graça" nas crianças que o experimentam. A iniciação é precoce no Estado, sendo que 6.6% experimentaram álcool com menos de 7 anos.

Embora haja toda uma cultura indutora ao consumo de álcool, como já foi demonstrado anteriormente, os estudantes, em sua maioria, identificam como doentes ou como "sem força de vontade" a atitude daqueles que não conseguem parar de beber. O que ainda se faz necessário é mostrar para a população em geral que o número de internações hospitalares, por dependência no uso abusivo de álcool, é significativamente maior do que o abuso de drogas. Normalmente somos levados a pensar o contrário, e somente nos preocupamos com o uso de drogas ilícitas, não percebendo o quão prejudicial é a bebida alcoólica.

7. Florianópolis: Praia, Sol, Mar, Álcool e a Dependência

Florianópolis, capital de Santa Catarina, é também conhecida "Ilha da Magia". Os primeiros habitantes da ilha aqui aportaram em 1514, mas os primeiros colonizadores só se instalaram no Desterro como foi chamada, em 1675. Em 1714 foi elevada à condição de freguesia e em 1726 à de vila, mas, sua população ainda era considerada insignificante. Esse quadro só foi alterado 20 anos mais tarde com a vinda de colonizadores açorianos. No início, a ênfase da agricultura foi a plantação de mandioca e depois o comércio.

Em 1823, Florianópolis assume a condição de capital catarinense. O nome da capital é justificado em homenagem a Floriano Peixoto, que por diversas razões ainda é renegado por muitos de seus habitantes.

Florianópolis não escapou à febre de crescimento urbano do século XX, mas apesar disto mantém um patrimônio histórico que serve de atrativo turístico. Acrescenta-se a isso, hábitos, histórias pitorescas, muitas praias e paisagens marinhas que encantam e fazem sua beleza e atraem inúmeros turistas, principalmente durante o verão, por causa de suas belas praias.

O artesanato tem como expressão as rendas de bilro e as peças de barro e de palha de vime, com destaque também para a confecção de canoas.

Com relação ao folclore, o litoral de Santa Catarina se destaca com suas festas e folguedos populares que são heranças açorianas. O mais popular e tradicional evento folclórico é o "Boi-de-Mamão" seguido pelo "Pau-de-Fita", "Terno-de-Reis". Cabe destacar também a festa do "Divino Espírito Santo" e a "Farra-do-Boi".

No aspecto físico e geográfico, Florianópolis exerce sobre as pessoas uma atração muito forte, e não é de hoje. O relevo é outro aspecto importante da ilha, com alguns morros de onde se pode ter uma visão mais abrangente de toda a costa que banha as terras de Florianópolis.

O clima da Ilha é "mesotérmico úmido", sem estação seca. A temperatura média anual é de 20,4° com a máxima atingindo 40° e a mínima 3°.

Considerando a situação geográfica, Florianópolis faz limite, ao norte, com o município de Governador Celso Ramos e com o Oceano Atlântico. Ao leste, o limite é o Oceano Atlântico, bem como ao sul, juntamente com a cidade de Palhoça. A oeste, os municípios limítrofes são Palhoça, São José e Biguaçu.

Estima-se que Florianópolis tenha em torno de 255.000 habitantes. A taxa de crescimento populacional anual gira em torno de 3% e o município registra uma densidade demográfica de 577 habitantes por

Km². Uma das características populacionais de Florianópolis é o grande número de migrantes que se instala na cidade, oriundos do interior do estado e de outras regiões do país. Além disso, no verão, Florianópolis muda completamente, sendo literalmente invadida por milhares de turistas, principalmente sul-americanos que vêm em busca de belas paisagens e de um clima agradável.

A população de Florianópolis é diversificada, embora em sua maioria seja de origem portuguesa (açoriano e madeirense). No entanto, muitos gaúchos, paranaenses, paulistas e cariocas, além de pessoas naturais de outros municípios catarinenses, como também argentinos e uruguaios adotaram a cidade. O último censo aponta que 64,26% da população é composta por pessoas naturais do município e 35,74% composta por migrantes. Essa característica de ter uma população bastante diversificada se deve aos seguintes aspectos: instalação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); instalação da Centrais Elétricas do Sul do Brasil (ELETROSUL). Também por opção de vida — mais próximas da natureza — muitas pessoas escolheram a Ilha como um lugar para viver mais calmamente.

A pesca já contribuiu significativamente na economia de Florianópolis, mas hoje vem sofrendo declínio. Apesar disso, a captura de frutos do mar ainda é a maior contribuição do município em atividades extrativas a nível de microrregião da Grande Florianópolis. A informática e o vestuário são dois campos de atividades que vêm apresentando um crescimento substancial.

No que se refere aos problemas causados pelo uso abusivo do álcool, a Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, através do Sistema de Informações Sobre Mortalidade, nos anos de 1992, 93 e 94 no que diz respeito a casos de causa-morte no município de Florianópolis, indica: no ano de 1992 ocorreram 01 morte de pessoa do sexo masculino em decorrência de Psicose Alcoólica e 16 casos por Cirrose Alcoólica de Fígado, sendo 13 masculinos e 3 femininos. Com relação à Síndrome de Dependência de Álcool não houve nenhum registro.

No ano de 1993 registrou-se 01 óbito masculino, em função da Psicose Alcoólica; 01 caso, também masculino por Síndrome de Dependência de Álcool e 22 em decorrência da Cirrose Alcoólica de Fígado, sendo 16 masculinos e 6 femininos.

Já em 1994 não houve registros de óbitos por Psicose Alcoólica e a Síndrome de Dependência de Álcool registra apenas 01 pessoa do sexo masculino. Quanto à Cirrose Alcoólica de Fígado foram computados 26 casos, sendo 21 masculinos e 5 femininos. Verifica-se a partir desses dados que cresceu o número de óbitos por Cirrose Hepática também no Município de Florianópolis.

Com relação a pesquisas sobre a questão da dependência do álcool, na Ilha de Santa Catarina, o único registro obtido foi de um levantamento epidemiológico do alcoolismo, realizado pelo Departamento Autônomo de Saúde Pública — Seção de Saúde Mental, realizado no período de 1974-1975.

Esse levantamento apresenta os seguintes números: 50% da população urbana estudada revelou fazer uso de bebidas alcoólicas contra 40% da população da zona rural. A maior ingestão está representada pela cachaça, principalmente no interior da ilha, seguida da cerveja e do vinho, sendo que no centro da cidade a cerveja prevalece.

Com relação à pesquisa realizada pela PERFIL, empresa executora de pesquisas, em 1993, sobre consumo de drogas por estudantes de 1º e 2º graus de Florianópolis, constatou-se que em torno de 85% usaram-na na vida e em torno de 58% usaram-na nos últimos 30 dias.

Os dados aqui apresentados, relativos à dependência do álcool, mostram a gravidade do problema que atinge a sociedade brasileira e latinoamericana. Chamam todos a uma reflexão sobre a problemática do alcoolismo, tornando-se, inclusive, um desafio para a ciência.

CAPÍTULO IV

REPRESENTAÇÕES SOBRE A DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL: A TRAJETÓRIA DOS DEPENDENTES E SUAS PERSPECTIVAS DE FUTURO

O principal objetivo nesta pesquisa é analisar o ponto de vista dos dependentes de álcool em recuperação e suas representações a respeito da dependência do álcool, bem como analisar sua trajetória de recuperação e sua perspectiva de vida a partir da recuperação.

Muitas pesquisas já foram realizadas sobre a dependência do álcool. O próprio Ministério da Saúde e a OMS consideram-na uma doença. No entanto, grande parte da população vê o dependente de álcool com preconceitos, estigmatizando-o. A observação dessa dicotomia "alcoolismo/doença/bêbado/vagabundo" nos leva a refletir e analisar o ponto de vista dos dependentes de álcool em recuperação.

Essa reflexão se fundamenta na análise da vivência dos entrevistados. Os informantes da pesquisa foram oito (08) dependentes informantes cuja droga de preferência era o álcool e que no momento da pesquisa estavam freqüentando e/ou freqüentaram os grupos de ajuda mútua e continuavam abstêmios. Embora a entrevista seja estruturada, não seguiu um roteiro fechado já que visava obter o relato da história de vida do entrevistado, ou seja, a descrição de sua vivência. Nesse sentido,

nos orientamos por questões norteadoras (conforme anexo 01) que contribuíram no contato com o entrevistado.

A história de vida constituiu-se em um instrumento de pesquisa importante no decorrer do processo de coleta de dados, pois foi através dela que conseguimos obter dados relativos às experiências íntimas de cada entrevistado, na forma de biografia pessoal. Essa biografia remonta a própria história da dependência de álcool e da sua recuperação. É nesse sentido que consideramos a história de vida:

Uma fonte importante de dados... e é através dela que o pesquisador descobre a concepção que o indivíduo tem de seu papel e de seu status nos vários grupos de que é membro (Nogueira, apud MARCONI & LAKATOS, 1986, p.106).

Inicialmente vale destacar que todos os entrevistados eram do sexo masculino. Isso se deve ao fato de que não havia pessoas do sexo feminino, apenas com problemas de dependência de álcool, freqüentando o grupo, ou que já tivesse passado pelo grupo e que se mantivesse em abstinência, no momento da pesquisa. As dependentes tinham problema de droga cruzada. Merece relatar também que embora alunos da UFSC freqüentem o GAM, no momento da pesquisa não havia nenhum que estivesse dentro desse perfil da pesquisa. Dos entrevistados, 4 são servidores da UFSC e 4 são da comunidade externa. Essa divisão pretende observar se o ambiente de trabalho, ou o vínculo empregatício influenciou de alguma forma no tratamento ou na percepção de cada participante. Acrescenta-se a isso que embora todos participassem ou participam do grupo de recuperação da UFSC, 3 deles também participavam de outros grupos como os Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA).

Na primeira parte desta análise será feita uma exposição do perfil de cada entrevistado. A partir dessa base de dados, relacionaremos as coincidências e as divergências no discurso a propósito do "**porquê**" se bebe e como cada um interpreta a sua dependência. Tentaremos resgatar

a imagem que o dependente de álcool tem de si e da sua situação, mostrando, assim, a resignificação de sua história pessoal — por que procurou tratamento no GAM; qual o papel do grupo nessa etapa de sua vida. Buscaremos também explorar a trajetória dessa sua situação, procurando evidenciar os altos e baixos, ou seja, as internações, a visão de "cura" e as recaídas.

Em seguida, tentaremos vislumbrar como eles consideram que as outras pessoas os vêem e também como eles se vêem, como é a relação com a família e com os amigos e qual a perspectiva para o futuro. Refletiremos sobre as reuniões do GAM e a importância dessas para o tratamento dos dependentes e sua recuperação. Por fim, tentaremos evidenciar se houve mudanças de percepções ou de opinião a partir do ingresso no grupo. Como havia pessoas que participavam do GAM e também do grupo de Alcoólicos Anônimos (AA), é possível podermos perceber algumas comparações e paralelos sobre as duas formas de tratamento, a partir do ponto de vista de quem participa delas.

Quanto ao perfil dos entrevistados — servidores da UFSC — podemos destacar os seguintes aspectos:

O Wilson⁴ ocupa o cargo de vigilante na UFSC e tem 52 anos. Sua religião é católica e é natural de Florianópolis, de descendência portuguesa. Seu quadro familiar é composto pela esposa e dois filhos. Trabalha na UFSC há 16 anos. Na sua história de dependência, o servidor tinha em torno de 15 anos de uso de álcool e mais ou menos uns 3 de dependência. Com relação ao tratamento realizado, ele foi internado por um período de 30 dias no Instituto São José, em um primeiro momento, depois continuou participando por 3 meses das reuniões de Alcoólicos Anônimos (AA), no próprio hospital, após sua alta hospitalar. Também participou das reuniões do GEPAL por um período de 2 anos. Nesse período, até o momento da entrevista não teve nenhuma recaída. Hoje, segundo o entrevistado, tem controle sobre a bebida e bebe controladamente. Outro fato importante que cabe ressaltar é que o

⁴Os nomes utilizados são fictícios para preservar o anonimato dos entrevistados.

servidor não tem problema de dependentes na família. Atualmente não está participando de nenhum grupo e já está há 10 anos em recuperação.

Salésio também é servidor da UFSC. Tem 41 anos de idade. Tem instrução primária (primeiro grau incompleto) e é natural do município de Palhoça. Sua religião é a católica, de descendência alemã por parte de pai e portuguesa por parte de mãe. Seu quadro familiar é composto pela esposa e 2 filhos. Salésio tinha 15 anos de uso de álcool e em torno de 5 de dependência. Para iniciar o tratamento não fez internação. Em um primeiro momento participou de 2 reuniões dos Narcóticos Anônimos (NA), mas não se adaptou. Foi então participar das reuniões do GAM as quais frequentou por um período de 3 meses e meio. No momento da entrevistas estava há 1 ano e 4 meses em abstinência. Nesse período não teve recaídas. Atualmente não está participando de nenhum grupo. Na sua família o avó, o pai e um irmão têm problemas de uso abusivo de álcool.

Sampaio é servidor da UFSC há 26 anos. Tem 46 anos de idade e concluiu o segundo grau. É natural de Florianópolis e tem descendência italiana. O seu quadro familiar é composto pela esposa — eles separaram-se, mas reataram — e tem 2 filhos. Sua profissão na UFSC é de Assistente Administrativo, mas ocupa o cargo de Operador Técnico. Sampaio usou bebida alcoólica desde os 18 anos de idade. De uns cinco anos para cá começou a sentir necessidade do álcool diariamente. No entanto, no momento da pesquisa o servidor estava há 76 dias em abstinência e 63 dias participando do GAM. Quanto a dependentes na família informa que um irmão tem problemas com álcool e outro com dependência química. Este é seu primeiro tratamento.

Olegário é servidor da UFSC há 20 anos. Sua idade é de 43 anos. Seu grau de instrução é o primeiro grau incompleto e sua religião é a católica. Também é natural de Florianópolis e vem de descendência índia. O quadro familiar é formado pela esposa — segundo casamento. A primeira separação ocorreu em função do uso abusivo do álcool; tem 4 filhos. A profissão é de carpinteiro e pintor; atualmente ocupa o cargo de

pintor. Olegário usa álcool desde os 14 anos de idade. O seu tratamento foi marcado por 3 passagens pelo GAM/GEPAL e uma internação no Instituto São José. Sua primeira recaída aconteceu após 3 meses de abstinência no primeiro tratamento. Na segunda participação no grupo manteve-se em abstinência por 2 anos. No momento da pesquisa está há 9 meses sem usar bebida alcoólica. Na família tem problemas de dependência de álcool com o pai, que faleceu em função do álcool, tio, irmão e mãe também têm problemas de uso abusivo de bebida alcoólica. Os seus irmãos por parte de pai também bebem.

João não é servidor da UFSC. Tem 44 anos de idade. Seu grau de instrução é 3º grau incompleto. Abandonou o curso de Física na UFSC no ano de 1985. Depois cursou até a 6a. fase do curso de Design pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Sua religião é católica, não praticante, e é natural de El Salvador. Descende de índios com espanhóis. Atualmente vive sozinho. Sua profissão é desenhista, mas já fez de tudo um pouco. Sua última ocupação foi na construção civil. João usava álcool desde os 18 anos, mas a dependência instalou-se em meados de 1991. Seu tratamento em função do álcool já fez com que fosse internado por 2 vezes no Instituto Psiquiátrico Colônia Santana e a última no Instituto São José. Normalmente após as internações ficava em média uns 2 meses em abstinência, época em que não freqüentava nenhum grupo de auto ajuda. No momento da entrevista estava há 2 meses e 25 dias em abstinência e há 1 mês e 20 dias freqüentando o GAM. Além do grupo da UFSC também freqüenta as reuniões de AA. Na sua família os irmãos também têm problema de dependência de álcool.

Sebastião também é da comunidade externa à UFSC. Tem 35 anos de idade. Cursou até a 1ª fase de Ciências Contábeis pela Fundação Universidade de Criciúma — FUCRI. Tem o catolicismo como religião apesar de gostar da umbanda, mas não pratica em virtude do uso de álcool em seus rituais. Sebastião é natural de Tubarão e vem de descendência espanhola e portuguesa. Apesar de ter 4 filhos, pais e irmãos não tem contato com os mesmos — vive sozinho. Sua profissão é

Auxiliar Técnico Contábil. No entanto, atualmente ocupa o cargo de síndico de uma das casas do grupo. Depois do uso de álcool por um período de 20 anos está há 2 anos em abstinência, período que participa do GAM. Antes, porém, fez uma internação no Instituto Psiquiátrico Colônia Santana. Em sua família sabe que o avô usava vinho durante as refeições e o pai bebia. Por problemas de saúde não usa mais álcool.

Carlos também é externo à UFSC. Tem 40 anos de idade e 2º grau em Técnico em Edificações. Sua religião é episcopal, mas participou de centros espíritas. Carlos é natural de Pelotas — Rio Grande do Sul e tem descendência espanhola. Atualmente vive sozinho, embora tenha 2 filhos. Está separado de sua esposa. Sua profissão é Técnico em Projetos de uma grande empresa de Florianópolis. Sua história do uso de álcool vem desde os 17 anos de idade e há 8 anos vive o problema da dependência. Seu tratamento iniciou com uma internação no Instituto São José e depois ingressou no AA. Além disso está participando do GAEPD há mais ou menos 6 meses e do AA há 1 ano e 7 meses. Quanto a problemas de dependentes na família não sabe porque tem pouco contato com os mesmos.

Nivaldo tem 57 anos e cursou o 1º grau incompleto. Sua religião é católica e é natural de Florianópolis. Vem de descendentes italianos e portugueses. É funcionário público federal, aposentado há 13 anos. Era carteiro. Atualmente não está exercendo nenhuma outra atividade. Seu quadro familiar é composto pela mãe e o neto de sua irmã, com quem mora. Está separado há 12 anos e tem 11 filhos. Sua carreira alcoólica vem desde os 18 anos de idade e tem problema com o álcool há uns 18 anos. No momento da pesquisa está há 1 ano, 4 meses e 11 dias em abstinência. Participa do grupo há 3 meses e também frequenta as reuniões de AA e NA. Esse é seu segundo tratamento, o primeiro tratamento fez no A.A.

Para fins de análise, transformamos o roteiro da entrevista em blocos de questões. Em seguida agrupamos as perguntas de acordo com o assunto a que se referia conforme anexo 02. As perguntas foram

agrupadas em blocos: 1° a história da dependência e os problemas decorrentes; 2° a questão do tratamento, importância de grupos, diferenças entre outros grupos; 3° abstinência, compulsão, controle ou cura; 4° a visão pessoal sobre a dependência; 5° visão dos outros sobre a dependência e 6° futuro.

Dentro do primeiro bloco de questões abordadas podemos perceber que o início do uso aconteceu na idade entre 14 e 18 anos, sendo que a primeira bebida utilizada foi cerveja, mas o uso era "controlado" como foi colocado, isto é, as pessoas iniciaram no uso de forma social, como podemos visualizar no exemplo:

O início do álcool acontece de forma controlada. Eu lembro muito bem, no começo nós caçava muito à noite e começamos a tomar em garrafinha pequeninha porque era muito frio, isso era uma vez por semana. Depois foi se agravando e era todo dia e aí tomava durante o dia em casa (Wilson: 52 anos).

Em outros casos, o início do uso passou despercebido pela pessoa já que foi na adolescência que tudo começou. Vejamos:

Eu não lembro de quando comecei a beber. Eu acho que tudo acontece em certa idade da gente, principalmente os guris, aquela idade que está entrando na adolescência, ele quer se propagar já no meio da sociedade como um adulto, já o homem da parada (Sebastião: 35 anos).

O meio social também influencia o uso de bebidas, e, às vezes, a própria família o faz, como mostram os depoimentos:

...como os ambientes são barzinhos, discoteques e clubes, etc, rola a bebida. E todo homem que se diz homem vai lá beber. Era um desafio, talvez tinha tudo a ver com a idade das emoções, das descobertas (Sebastião: 35 anos).

Meu primeiro porre foi com a idade de 14 anos. Acharam graça, até meu pai achava graça porque sabia que eu não ia continuar nisso, aquilo passou despercebido (Nivaldo: 57 anos).

Em alguns casos uma comemoração marca a pessoa com seu primeiro porre, como diz João, 44 anos:

A minha vida alcoólica começou aos 18 anos, mais ou menos. Foi uma comemoração da saída do colégio. A turma se reuniu para uma comemoração. Foi meu primeiro gole e primeiro porre.

Entre outros casos, embora o primeiro porre tenha sido marcado pela repreensão, não modificou em nada a trajetória da pessoa. É o que mostra Olegário, 43 anos:

Eu lembro que desde a idade de 14 anos eu bebia. Quando eu tomei meu primeiro porre eu levei uma surra da minha mãe, mas não adiantou. Eu experimentei o álcool e gostei, achei engraçado.

Depois da descoberta do álcool, alguns quando perceberam a situação já estavam na dependência:

Isso é uma lenda, quando eu vi, dei por mim eu já estava dependente. Se a gente soubesse que iria ficar dependente parava (Salésio: 41 anos).

Eu comecei a beber com 18 anos e cada ano que passava a gente sentia que ia bebendo mais, já faz 28 anos que eu bebo, mas de 5 anos para cá não teve mais jeito (Sampaio: 46 anos).

Em alguns casos ficou registrado que a pessoa não gostava de álcool. No entanto, o ambiente em que conviveu, bem como as influências e as companhias propiciaram e incentivaram o uso abusivo.

Veja o depoimento:

O meu primeiro porre foi de cerveja, mas foi a cachaça que me deixou sem condições de nada. Engraçado que eu tinha horror à cachaça, não gostava mesmo. Quando eu terminei o curso técnico fui trabalhar numa fábrica e convivi com pessoas de favela, analfabetos, iam alcoolizados para o trabalho e me convidavam para beber, mas eu não queria ir. Mas, um dia, não pude escapar, foi quando saiu meu salário que tive que pagar bebida para todo o pessoal da fábrica. Neste dia bebi um litro de cachaça e a partir daí a gente ficou marcado de cachaça e de cerveja também (João: 44 anos).

Com a dependência já instalada, o uso de álcool passou a ser uma constante na vida dessas pessoas. A quantidade ingerida aumentava a cada dia, eram doses altas de destilados, principalmente, contam João, 44 anos, e Sampaio, 46 anos:

Comprava uma garrafa de cachaça todos os dias. Teve épocas em que eu nem bebia mais escondido, bebia durante o expediente. Bebia o dia inteiro. Bebia muito.

Tinha final de semana que de sábado para domingo eu tomava 2 litros de vodca e uma caixa de cerveja.

Já não existia nem dia nem hora para a bebida. Todo hora era hora para Vilson, 52 anos:

Bebia mais de um litro de cachaça quase todo dia. De manhã se eu tivesse em casa eu tomava.

A bebida passou a ser companheira inseparável de todas as horas de Sebastião, 35 anos:

Eu não saía de casa sem a garrafa de pinga na sacola. Então ficou uma coisa assim muito dependente. Tudo o que eu fazia tinha que ter o álcool em primeiro lugar. Eu não conseguia ver a minha vida sem o álcool. Teve dias que eu sozinho tomei em casa 2 a 2 litros e meio de cachaça. Eu tomava álcool como água.

Necessidades fisiológicas como o sono já estavam condicionadas à bebida. Nesse caso, podemos dizer que existia uma dependência física instalada:

Se eu não tivesse bebido eu não dormia, eu tinha que beber pelo menos um litro para começar a relaxar e dormir. Já era dependência física (Sebastião: 35 anos).

Em outros casos, como a dependência era de ordem psicológica, a quantidade de álcool ingerida por um dependente não era alta se comparada as demais. Essa foi a experiência que vivenciou Carlos, 40 anos:

A minha quantidade não era tão alta, porque meu consumo era um litro e meio a dois litros de vodca por semana. Como a minha dependência era mais psicológica, então, com pouca quantidade eu já chegava no nítido prazer que eu procurava.

Com o uso prolongado e volumoso de álcool todos os dias, começam a aparecer os problemas decorrentes da dependência. E a manifestação pode acontecer em diversas instâncias:

A esposa e filhos não gostam de ver o pai bêbado, às vezes, sem condições de dirigir (Sampaio: 46 anos)

O álcool me fez perder a família com dez filhos (Nivaldo: 57 anos).

Na esfera física, vários problemas começam a fazer parte do dia-a-dia dos dependentes:

Já tive cirurgia de pulmão, problema de fígado várias vezes, tudo em consequência da bebida (Sampaio: 46 anos).

Estive internado três vezes em coma alcoólico. Me deu problema de coração em função do álcool, eu acredito. Problema de raciocínio, eu perdi muito, apaguei muitas vezes coisas da memória (Sebastião: 35 anos).

Financeiramente, as pessoas com problema de dependência tendem a sofrer um desequilíbrio para conseguirem sustentar o uso contínuo da bebida:

A gente fazia três, quatro contas no buteco e chegava no final do mês a zero (Sampaio: 46 anos).

A violência também foi uma das questões que apareceram como problemas decorrentes do uso abusivo do álcool. Sob efeito, as pessoas se tornavam agressivas, conta Salésio, 41 anos:

Brigava em casa, quebrava coisas, dava soco em vidros, janela, só dentro de casa.

Nos pontos acima abordados, podemos avaliar que tantos os servidores como os não servidores tiveram as mesmas dificuldades decorrentes da sua dependência. O que chama a atenção é com relação ao aspecto vínculo empregatício. Os servidores da UFSC foram privilegiados, ou seja, não perderam o emprego; muitos deles conseguiram conciliar o álcool e o trabalho. Talvez essa diferença possa ser explicada pela própria legislação a que os servidores públicos federais sejam contratados o Regime Jurídico Público, como também pelo próprio entendimento de dependência — doenças pelos profissionais que atuam junto a estes servidores. Isso revela os depoimentos:

No meu trabalho até que não tive problemas. Abriram um processo, processo administrativo, mas eu superei porque parei na época, não foi tão grave assim no serviço porque mesmo bebendo vinha trabalhar (Olegário: 43 anos).

O problema começou no serviço embora eu nunca faltei ao serviço, mas bebia a noite e no outro dia vinha trabalhar com ressaca. Depois, no final, eu comecei a trabalhar bêbado. Bebia à noite e vinha trabalhar bêbado. Ninguém via isso (Salésio: 41 anos).

Empregatícia não, apesar da minha bebida eu tenho 4 chefias na UFSC e acredito que pegava cargos ainda melhores se não fosse a bebida. Mas minha fama dentro da UFSC não é muito boa. É que a bebida levava à violência. Mas meu serviço era bem feito, então, profissionalmente não afetou (Sampaio: 46 anos).

No caso de um funcionário de uma outra empresa, que não a UFSC, a situação foi assim percebida pelo dependente:

Com relação ao trabalho é uma coisa engraçada porque a característica de todo alcoólatra é diminuir a produtividade, de ter faltas em serviço. Eu nunca faltei em serviço, isso foi uma das coisas que eu me exigia muito. A minha produtividade claro que caiu e eu sabia que ela tinha caído, mas o que aconteceu foi que exatamente na fase que começou a minha queda, a produtividade de toda empresa caiu também, então ficou mascarado (Carlos: 40 anos).

Em outros casos, a dependência foi causa para aposentadoria.

Fui aposentado por causa dessa doença (Nivaldo: 57 anos).

Por outro lado, houve dois casos em que a dependência conseguiu dismantelar a vida da pessoa de forma a perder, inclusive, vínculos empregatícios.

Normalmente eu saía do emprego antes de me mandarem embora. Era consequência do álcool. A paciência ia diminuindo (Sebastião: 35 anos).

Na faculdade até que um tempo não teve problemas, mas depois comecei a não freqüentar as aulas e também já não acordava cedo para ir trabalhar. Faltava 3 a 4 dias por semana e sempre vinham os descontos no final do mês.

Também comecei a não freqüentar as aulas à noite e aos poucos fui atrasando o curso. De desenhista passei a trabalhar de ajudante de pedreiro, tinha que ser ajudante de pedreiro porque não sabia fazer outra coisa e o ambiente era o único que me acompanhava com meu álcool (João: 44 anos).

No segundo bloco, a questão central abordada diz respeito ao tratamento propriamente dito, seja em forma de internação, seja através da participação em grupos de ajuda mútua como o GAM e o AA.

A questão em análise revela que dos 8 entrevistados, 6 foram internados em hospital especializado para desintoxicação; 1 fez internação em hospital geral em virtude de problemas decorrentes do álcool e um não realizou qualquer tipo de internação. Somente 1 dos entrevistados teve mais de uma internação.

O incentivo ao tratamento, ou seja, o que os levou a procurar auxílio para iniciar um processo de recuperação aconteceu de forma mais ou menos parecida. A maioria foi incentivada por amigos, parentes ou profissionais das instituições onde trabalhava. Somente em um caso a busca de auxílio aconteceu de forma espontânea.

Faziam 13 dias que eu não ingeria álcool em função de uma briga em casa...me dei conta que a briga em si tinha sido gerada porque eu estava alcoolizado, não podendo estar. A situação estava péssima, além de que eu estava com compulsões para voltar a beber, mas não querendo. Fui conversar com uma amiga...teve um momento que ela começou a falar e eu sabia exatamente que ela ia falar sobre o álcool. E foi a primeira vez que eu não tentei fugir. Porque é aquela questão que eu vejo, o alcoólatra da ativa se ele pega uma revista que tem um assunto de alcoolismo, ele trata de virar a página que ele não quer ler porque se ele ler ele sabe que vai se desapontar consigo mesmo, e ele não quer isso. Na ativa ele tenta fugir de si mesmo. Então ela tocou no álcool e eu resolvi admitir que eu tinha problema com o álcool. Foi me proposto a internação e eu aceitei. A máscara caiu, foi um alívio porque era um sofrimento muito grande (Carlos: 40 anos).

Os colegas falaram da internação e eu aceitei na hora. Eu aceitei porque eu achei que não tinha outra saída, como eu ia parar, não tinha jeito. Os colegas que me internaram também bebem e usam drogas. Eles me colocaram lá na Colônia Santana e me deixaram lá 30 dias para ver se me desintoxicava, para mim não ter problema de saúde, mas não contavam que eu fosse dar um fim nessa história toda prá sempre! (Sebastião: 35 anos).

O que impulsionou as pessoas a buscarem ajuda, a aceitarem ajuda, ou mesmo a ir em busca de tratamento foi visualizado de forma peculiar por alguns entrevistados, como podemos verificar:

O fundo do poço é uma situação que a gente vê que está ficando completamente sem saída porque existe uma loucura interna muito grande e a gente quer uma saída, quer uma porta, quer sair daquela situação porque a gente não está conseguindo encarar mais ninguém, nem a si mesmo. Então a pessoa começa a entrar em desespero. E foi exatamente nesta situação que eu me internei. O motivo dessa aceitação eu prefiro dizer que foi um despertar espiritual. Quando eu via um bêbado eu me enxergava nele (Carlos: 40 anos).

No dia 23 de agosto às 5 horas da manhã acordei com os pés sujos, aí fui tomar banho e procurar ajuda. Quando a pessoa chega em casa toma banho, mas chegar em casa bêbado tomar banho de que jeito? Chegava em baixo do chuveiro e saía, aí um dia fiquei com vergonha do meu pé sujo. Foi onde procurei tratamento (Salésio: 41 anos).

Depois do primeiro tratamento, 3 dos entrevistados tiveram recaídas, mas retomaram a recuperação. A recaída foi percebida pelos entrevistados da seguinte forma:

Na primeira vez, o tratamento não deu certo, eu acho que foi porque o vício era mais forte que eu. Eu achava que a bebida estava me dando força em vez estava me destruindo. Quando eu saí do Instituto São José, passei uns cinco dias sem beber, depois veio aquela vontade, aquela secura na garganta, que é uma coisa interessante que a gente sente do vício, isso é uma coisa brava (Olegário: 43 anos).

Quando eu saí do hospital me sentia forte, recuperado, bem recuperado, sem vontade de beber. Não me passou pela cabeça que a gente podia recair, achava que estava tão bem e forte que poderia beber outra vez normalmente, e fomos beber. Passados 15 dias eu estava igual, bebendo de 1 a 2 litros de cachaça. Da segunda vez, me senti forte de novo... e resolvi fazer um teste comigo, ver se o tratamento é realmente bom, se é bom vou conseguir beber normalmente. E fiz o teste e caí de novo. Coincidiu também que foi festa de natal e ano novo, foi impossível a gente dizer: não vou beber. Porque é festa, todo mundo está festando, não posso ficar aqui sentado vendo assim da janela todo mundo bebendo (João: 44 anos).

Todos os entrevistados participaram das reuniões do GAM e ou GAEPD e ou GEPAL e ou AA depois das internações. Alguns conheceram primeiro o AA e depois os grupos da UFSC.

Meu primeiro contato com a recuperação foi com o AA. Na sala existia uma faixa que dizia assim "ali morria um bêbado e nascia um homem". Eu me dei conta de que até aquele momento eu nunca havia sido um homem (Carlos: 40 anos).

Dos entrevistados, 4 só conheceram os grupos da UFSC, sendo que um conheceu o AA, mas não se adaptou e 3 participam ativamente do AA e também dos grupos da UFSC. O contato com AA aconteceu no Instituto São José .

Dentro do Instituto São José a filosofia do AA é muito grande e o encaminhamento é todo para o AA (Carlos: 40 anos).

A participação em grupos de auto ajuda, independente da filosofia, tem um significado muito importante para os entrevistados. Cada um coloca de forma positiva esta participação, comparando-a a um remédio que se tem que tomar diariamente.

Vejamos os depoimentos:

O grupo dá muita força prá gente, todo mundo reunido ali contando a sua história, o que passou na vida que perdeu mulher, perdeu filho.... perdeu tudo na vida. O grupo conseguiu me dar altas forças (Olegário: 43 anos).

Bastante importante a participação em grupos. É muito importante o cara participar porque um ajuda o outro, cada um colocando o seu problema e aí falando, explicando fica mais fácil ajudar o outro (Vilson: 52 anos).

Se eu não tivesse conhecido o grupo eu não sei o que teria feito e hoje, meu Deus, a minha vida é outra em função do grupo, eu tenho um verdadeiro amor pelo grupo, uma coisa que é muito pessoal, mas acho assim que é uma gratidão enorme ao grupo, à Universidade ... (Sebastião: 35 anos).

...os depoimentos sempre me tocaram porque eu acho que um alcoólatra passa pela mesma situação... então, ele começa a tomar consciência dos seus erros... aquela loucura toda que está passando não é uma coisa somente sua. Então tu começa a querer saber como aquelas pessoas conseguiram chegar lá. Aí começa a troca de experiência porque a gente se acha que é o único no mundo. Ele não gosta da situação como ele não gosta de si mesmo. Porque sobre muitos aspectos o alcoólatra se odeia, ele quer ter uma vida que não é a dele, então ele tenta viver a vida dos outros e não a sua. Então ele toma consciência que existe uma saída. Esta saída pode ser expressa na seguinte frase: 'não sou o que deveria ser, não sou o que queria ser, não sou o que esperava ser, mas não sou o que era'. Mesmo tendo dificuldades, mesmo querendo ser um pouco mais, uma coisa me conforta, que já não sou o que era. Uma porta consegui abrir (Carlos: 40 anos).

Por eu ser doente eu quero tomar esse remédio que é NA, AA, e GAM que são os únicos remédios que me fazem bem. É o único remédio que faz me encontrar, porque são pessoas que sofreram na pele o que eu sofri, só uma pessoa que sofreu uma doença igual ao álcool é que admite o sofrimento dela, a nossa recuperação é a base de depoimento, escutar (Nivaldo: 57 anos).

Quando perguntado aos entrevistados porque alguns tratamentos para algumas pessoas não deram resultado positivo, foi possível observar

que as respostas referem-se à falta de vontade própria do indivíduo, porque não está consciente de seu problema, embora admita que exista uma dependência instalada e isto é que propicia a compulsão e as recaídas. Observamos:

Bom eu não sei se é segredo, é uma questão que todo mundo sabe, mas às vezes não põe em prática ou porque talvez é muito jovem, ou não passou por aquela experiência, ou porque esqueceu o que passou e não dá importância para reunião de grupo (João: 44 anos).

Não leva fé no tratamento quem não quer. Quem tem um problema como eu tive pega essa ajuda toda, porque tem que pegar com os dois braços e agarrar... (Sampaio: 46 anos).

Eu particularmente considero a recaída, o camarada que está fazendo mal tratamento, ele não está levando o tratamento a sério quando deveria. É óbvio que a recaída é provocada pela dependência, e a dependência é uma doença, mas se ele levar a sério e entender que ele está fazendo aquilo para ele, não vai se deixar levar por um momento de compulsão. Esse camarada que se deixa levar por um momento de compulsão, raros casos, é porque ele quis. A doença ajuda bastante, mas ele chegou ao fato porque ele quis mesmo, se entregou. A pessoa não está disposta a se tratar (Sebastião: 35 anos).

Os depoimentos relacionados às diferenças entre tratamentos, para os que conheceram outros grupos além do da UFSC, como AA e NA, bem como internações, revelaram que não existe muita diferença entre as propostas dos grupos. O que marca bastante os depoimentos dos freqüentadores das reuniões de AA e NA, é o que diz respeito ao "poder superior" ou um "despertar espiritual". Mas isso não aparece claramente no discurso como uma diferença, para os dependentes entrevistados.

São quase idênticos de maneira que o cara esteja no grupo ele tem que estar consciente porque lá é diferente um pouco mais não tem nada a ver, o importante é a participação em grupo, não importa aonde (Vilson: 52 anos).

São todos idênticos, porque o objetivo é evitar a droga e evitar o primeiro gole que é o álcool que não deixa de ser droga, prá mim é a pior. O GAM, NA e AA todos têm uma finalidade, a recuperação. E eu estou falando da recuperação de um suíno (Nivaldo: 57 anos).

As semelhanças entre o grupo da UFSC e o AA são muitas, embora colocado em palavras diferentes. Os dois falam em mudar de vida. No grupo da UFSC mudar de vida pode ter uma conotação mais radical como, por exemplo, se sua profissão é garçom até mudar de profissão. O AA não chega a tocar neste aspecto, mas coloca mudar a maneira de pensar, principalmente. Com relação à recaída dentro do grupo da UFSC eu acho ela interessante e perigosa. Quando a pessoa cai participando desse grupo ele não fica com vergonha de voltar e colocar que caiu. No AA eu noto que a pessoa que cai quando volta, quando volta, porque a maior parte não retorna, o seu sentimento de vergonha é muito grande. Na UFSC não, têm muitos que recaíram no final de semana e na segunda-feira já estão de volta. No AA o pessoal que cai quando retorna é depois de 2, 3 ou 4 anos. Então é uma diferença bem grande. Na UFSC facilita para a pessoa voltar, como facilita para pessoa cair. Então tem 2 lados (Carlos: 40 anos).

Uma questão bastante importante abordada por um dos entrevistados é com relação à participação de outras pessoas "não doentes", nas reuniões do GAEPD. Isso, provoca o entrosamento de pessoas com problemas com outras sem problemas para poderem discutir sobre a temática e conhecer um pouco como cada um pensa a dependência e encara a vida sem o uso de substâncias que modificam o comportamento, como é o caso das drogas.

Embora eu adore o AA, agradeço muito o AA, o AA me ajuda a me manter em pé, mas eu fico sempre de um lado da moeda, conhecendo a cabeça de um alcoólatra, e eu não conheço a cabeça de uma pessoa, vamos dizer normal. É essa experiência que eu começo a dividir dentro da UFSC, no GAEPD, de trocar experiências de minha cabeça de

alcoólatra com a cabeça de uma pessoa sadia, de saber como ela pensa, como ela age. E isso é uma experiência válida, me ajuda sobre muitos aspectos, até a ver que muitas vezes era ilusão que eu criava de querer ter uma outra vida, de pensar de uma outra maneira, não é bem assim como eu pensava (Carlos: 40 anos).

As reuniões de segunda à sexta (GAM) são um remédio. Mas na quarta feira (GAEPD) é um super remédio porque neste dia tem os parentes dos doentes em geral, parece que dá mais fibra naquela reunião (Sampaio: 46 anos).

Embora apenas 2 entrevistados não estivessem freqüentando nenhum grupo no momento da pesquisa, mesmo assim consideraram a participação importante.

Não fui mais em lugar nenhum. Às vezes tenho vontade, às vezes relaxo, chega na hora esqueço ou coisa parecida, mas é importante para dar força para os amigos, que por mim estou consciente... (Wilson: 52 anos).

O fato de não poder mais beber é a "pretensa cura de sua doença". Essa é uma realidade com que os dependentes necessitam aprender a conviver diariamente. Cada um tenta de alguma forma driblar esse primeiro gole, nem que seja manipulando a si próprio, a sua vontade. No entanto, em alguns casos essa manipulação se dá de forma bastante consciente.

Tanto o grupo da UFSC como o AA não se coloca nunca, nunca não existe, não se coloca que não vai se beber nunca mais. O que se procura é não beber hoje, nestas 24 horas, e essas 24 horas são muito importantes. Não pela bebida em si, mas porque o alcoólatra na ativa bebia 72 horas e não 24 horas. Eu bebia a vergonha do álcool, a loucura de criar o amanhã, de imaginar o que eu ia fazer amanhã e a loucura do hoje: Viver ontem e o amanhã e tentar passar o hoje. O que eu procuro é viver o hoje. O amanhã a Deus pertence. Claro que é uma manipulação, é manipular de passar esse gole prá um outro dia, prá um outro momento. Eu acho que a saída é por aí (Carlos: 40 anos).

Frente aos depoimentos, pergunta-se: em uma sociedade que incentiva o uso do álcool, através de todos os meios de comunicação de massa, onde a bebida deixou de ser um acessório para tornar-se componente importante em qualquer atividade que se faça, **como fica, então, o controle daqueles que não têm mais condição de fazê-lo?** Observamos que existe grande dificuldade, por parte das pessoas que estão em tratamento, de manter-se em abstinência. Observamos a aflição retratada nos depoimentos:

É difícil, não é fácil, é a doença mesmo, é uma loucura. Às vezes fala, cerveja e me dá secura na garganta. Tem que ter força de vontade. Vontade de beber sempre tem, nunca está seguro. Tem que ser forte (Olegário: 43 anos)

No início é difícil, e por outro sentido é fácil. Eu arrumei uma arma, quando dá vontade de beber eu me alimento e passa a vontade (Sampaio: 46 anos).

A gente está habituado a viver anos, praticamente mais da metade da vida eu passei bebendo. Então é uma coisa difícil agora, continuar careta. Hoje eu quero ser um ser humano, alguém sem beber que é uma coisa totalmente diferente. Mas tá bom, eu acho que vale a pena continuar (Sebastião: 35 anos).

É difícil, chego a chorar. Às vezes estou em casa sozinho chego a chorar de vontade que me dá, chego a ver um litro na minha frente, aí eu pego um refrigerante tomo bastante refrigerante, estou sempre com a barriga cheia, sei que não é fácil, tem que ter muita força de vontade e estar sempre pensando: eu não quero, não vou, não posso (Salésio: 41 anos).

Em uma sociedade em que a bebida acompanha toda a vida das pessoas, principalmente nas horas de lazer, como fica o dependente nessa situação. Frequentar ou não lugares já que ali está o seu inimigo? Como conviver nessas ocasiões?

No início eu tinha um pouco de receio, mas eu fiz algumas experiências, questões ocasionais, não voluntárias. Teve momento que me bateu uma vontade de beber, mas eu

estava em tratamento. Não bebo até porque não quero atropelar os meus planos e encarei isso normalmente, mas foi a pior situação que eu passei...eu fujo de quem está com copo na mão, porque aparenta o que eu fui no passado, sob efeito eu não consigo manter uma conversa de 5 minutos...é pela forma com que a pessoa fala, eu não confio no que ela fala.. eu vivi um bocado da minha vida desse jeito aí, a gente não percebe como é feio, fazer o quê? (Sebastião: 35 anos).

Eu não parei com a minha vida normal, normal porque eu parei com o álcool. Gosto de jogar canastra, gosto bastante, tenho vício do jogo de canastra e lá todos bebem, eu tomo refrigerante e água mineral. Porque eu acho errado a pessoa se esconder, tem que participar de tudo, só não beber. É mais fácil de se vigiar tendo a bebida por perto, aí vou dizer: não posso. Quando eu comecei no grupo eles diziam que eu tinha que me afastar, eu era contra, eu dizia, eu não vou me afastar. Eu pesco numa ilha que tem cachaça de monte, eu sirvo cachaça para os outros e eu não bebo, porque se eu quisesse beber ninguém me segurava. Mas eu não posso e até agora está dando certo para mim (Salésio: 41 anos).

Apenas um dos entrevistados coloca que mudou seus hábitos, deixando de freqüentar lugares que propiciem o uso do álcool.

Eu fico mais em casa, às vezes saio com minha mulher. Não me misturo com negócio de jogo do bar, com dominó (Olegário: 43 anos).

Embora as pessoas com problemas de dependência continuem a freqüentar lugares onde o uso de bebida é uma constante, até mesmo porque não existe lugar onde não tenha bebida alcoólica, a menos que se isole do mundo civilizado, mesmo assim, o dependente tem consciência de que não pode enfrentar a bebida, ou entrar em desafio com a mesma. Mesmo sendo os lugares freqüentados "habitat" natural da bebida, o segredo é não desafiar. Ela é toda poderosa, cada um fica no seu canto.

Eu vou em todos os lugares, não me recuso a ir. Porque uma coisa eu coloquei dentro de mim quem não quer beber sou eu, as outras pessoas podem consumir o que quiserem,

é problema delas. Por outro lado não me testo mais. Se eu chegar num ambiente e tiver bom para mim eu fico, do contrário saio. Eu não vou a lugar nenhum que tenha bebida no sentido de provar que eu resisto a ela. Eu não entro em guerra com a bebida porque ela me derruba sempre (Carlos: 40 anos).

E, como fica a situação do dependente de álcool, em uma sociedade que, muitas vezes, ainda vê nessa uma pessoa fraca e mesmo assim a julga responsável pela situação em que vive?

Conforme os autores Gluckman & Turner (apud QUEIROZ, 1991, p.12):

Numa situação de crise ou instabilidade, os valores perdem a sua condição de absolutos e a realidade passa a ser construída, interpretada, manipulada, destruída e reconstruída, tendo como matéria prima o confronto de vários valores provenientes da situação de cada ator social.

Nesse sentido, poderíamos acrescentar que sendo o corpo percebido como uma pluralidade de aspectos, cada qual o interpreta de uma forma, levando em consideração as suas especificidades e especialidades. O paciente, no entanto, realiza outra interpretação conforme sua lógica particular.

Muitos órgãos como a OMS e o Ministério da Saúde consideram o álcool uma droga, porque estão dentro de determinados critérios de doença. Mesmo assim, o próprio dependente cria também determinados conceitos e sintomas para definir a dependência como uma doença, dentro da sua vivência enquanto dependente. É o que revelam os depoimentos:

Acho que é doença porque o cara se torna dependente dela, dependente do álcool (Wilson: 52 anos).

Hoje já tenho mais facilidade e comecei a aceitar como doença foi lendo um livro exatamente sobre essa questão, que a pessoa mais difícil de achar como doença é o próprio alcoólatra porque para ele é senvergonhice (Carlos: 40 anos).

Agora eu aceito sim. Hoje eu admito perante Deus e prá mim que sou um doente de álcool (Nivaldo: 57 anos).

Isso sempre foi complicado para mim, antes do tratamento, agora eu aceito com naturalidade. Vejo como uma coisa incurável, vai ser para a vida inteira e você tem que se preparar desde o início. Desde o início eu me preparei para isso. A dependência física até que diminuiu, mas da cabeça a gente não consegue apagar nada da memória. Eu fui vendo como uma doença eu mesmo porque as conseqüências, o meu estado físico foi me forçando a pensar em tratamento. Mas foi no grupo que comecei a enxergar que isso era uma doença por causa das reações. Perco o sono à noite, dá suador, acordava todo encharcado de suor, tenho sonhos à noite, dá recaída seca. Tem dias que eu não sinto nada, outros dias dá uma angústia, fico mal, eu fico pensando não aconteceu nada, está tudo indo dentro do normal, e de repente dá um estalo, chega a dar água na boca. Isso só pode ser doença, não tem outra explicação, eu próprio não quero mas dá água na boca. Isso é uma doença mental, é física, é lógico, porque tu produz dentro do teu organismo uma química, durante quase vinte anos, que o teu organismo se deturpa (Sebastião: 35 anos).

Quando eu estava no hospital eu não dizia que era doença, sabia o que era doença, eu via muito bem...não tem remédio, não tem cura, mas não dizia que era um doente, me sentia mal e as vezes acordava dizendo assim 'eu não sou doente', chegava a chorar de noite. Um doente de alcoolismo nunca. E hoje em dia depois de ter aceitado isso no AA e no grupo da UFSC é uma repetição contínua. Algumas vezes me dá vergonha de ser um alcoólatra, agora eu aceito bem que sou um doente e que tenho que ficar me cuidando o tempo todo (João: 44 anos).

O conjunto desses depoimentos conduz às seguintes reflexões: a identidade do homem é elemento chave da realidade subjetiva e toda realidade subjetiva está em relação com a sociedade. A identidade é formada por processos sociais que podem ser mantidos, modificados ou mesmo remodelados pelas relações sociais. Os processos sociais que são responsáveis pela formação e conservação da identidade são determinados pela estrutura social.

Nesse sentido, um dos entrevistados ainda tem dificuldade de ver na dependência uma doença. O que está nele internalizado ainda faz parte de sua primeira socialização onde se vê no dependente um homem sem vontade própria. Essa é a representação feita por Salésio, 41 anos:

Não sei se é doença, é vício, dependência, sei lá. Não sei se é um vício. Eu fumo, é um vício, ou será que é uma doença também? Eu sei que sinto falta como o diabético sente falta do açúcar, de comer doçura, eu sinto falta do álcool. Ele tem no sangue precisa do açúcar, eu acho que comigo é o mesmo com o álcool. Prá mim que não tenho estudo é difícil afirmar que é doença. Eu sei que nos grupos falam que é doença. O coordenador do grupo que tem experiência nisso diz que é doença. Eu não sei, acho que é um pouco de falta de vergonha na cara também, porque quando eu tive vergonha do meu pé sujo eu procurei ajuda, assim também posso me cuidar e ter vergonha de beber.

Até essa pretensa cura não ser atingida ou vivenciada pelo indivíduo, ele vive em um estado de patologia ou doença. Isso o leva a ser discriminado e segundo Goffman (1988) a ser "estigmatizado" porque registra e rotula a pessoa em determinada categoria. Como exemplo, podemos citar a loucura ou a dependência ao álcool por serem consideradas indicativos de degenerescência e indicam uma pessoa que está inabilitada para a aceitação social plena. É o que os entrevistados sentem quando perguntados como as outras pessoas que não são dependentes os vêem:

Dentro da sociedade é um vagabundo e não quer saber se é doença (Nivaldo: 57 anos).

Eu acho consciente que é uma doença, as vezes um diz não, mas são idéias diferentes, um é diferente do outro... (Wilson: 52 anos).

As pessoas doentes e, conseqüentemente estigmatizadas, podem tentar corrigir seu defeito. Uma pessoa dependente de álcool pode ser encaminhada ou procurar um tratamento de desintoxicação e iniciar sua

participação em grupos de ajuda mútua para poder melhor conviver socialmente. Não que a pessoa vá mudar de "status", continuará a ser o dependente de álcool, mas vai existir uma mudança desde quando era

alguém que tinha um defeito particular e se transforma em alguém que tem provas de tê-lo corrigido (GOFFMAN, 1988, p.18).

Partindo dessa perspectiva de doença, vamos considerar a saúde sob esse mesmo prisma. Isso quer dizer que a volta ao estado normal representaria o poder de voltar a desempenhar as funções cotidianas ou "**retornar a uma atividade interrompida**" (CANGUILHEM, 1978, p.75) e, dessa forma, implica não estar inválido e poder se adaptar às novas circunstâncias.

No caso dos dependentes de álcool, estar recuperado significa poder voltar a desempenhar normalmente suas atividades, adaptando-se ao fato de que não poderá mais voltar a beber, pelo menos enquanto não existir uma cura definitiva para a situação. Mas esse estado de saúde, mesmo que adaptado às novas circunstâncias, tem um significado pessoal para cada um, dependendo do como o indivíduo construiu essa forma de viver. De acordo com Queiroz (1991, p.55):

A cura encontra maior probabilidade de ocorrer se a doença for socialmente reconhecida, o que permite ao paciente desempenhar legitimamente o papel de doente.

As colocações do autor são compatíveis com os depoimentos dos entrevistados:

Ainda um alcoólatra em recuperação. Eu acho que essa doença a gente vai ter pelo resto da vida da gente. É fígado doente, é o estômago que a gente come e tudo faz mal, mas isso tudo foi por causa mesmo da bebida. Porque eu acho que se a gente não bebe não tem esse problema todo dentro da gente. Eu me senti doente quando eu vim para o grupo, aí eu vi que era um alcoólatra mesmo e hoje eu sinto que sou um alcoólatra em recuperação. A doença é perigosa

mesmo. A gente não consegue dizer que está seguro...é um negócio que não sei, vai da cabeça (Olegário: 43 anos).

Justamente com a internação e a participação no grupo. A única forma foi essa, a internação e a participação no grupo (Vilson: 52 anos).

Depende muito de cada pessoa manter-se em abstinência. Se a pessoa não fez um bom tratamento, não entendeu a proposta, ela recai. A pessoa se apoia em algo que é uma fantasia já que existe uma dependência física instalada, apesar de ela estar lá no cantinho dela. Mas cada vez que altera o quadro emocional existe a possibilidade de passar pela cabeça a recaída (Sebastião: 35 anos).

Para evitar o primeiro gole tem que ter muita força de vontade, tudo vai da tua mente. Tu dizer não quero, não quero e não quero. Esse é o primeiro gole que tem que evitar, que desde a hora que tu ingeriu a bebida tchau, vai voltar tudo, aquele tempo todo que tu tinha via perder de novo. Evitar sempre o primeiro gole, toda a vida. E para fazer isso tem que ter cabeça. Não se misturar muito dentro do bar, quando outra pessoa convidar cair fora. Procurar comprar cigarro por exemplo num mini-mercado onde eles não vendem bebida. Eu faço assim (Olegário:43 anos).

Procurar Deus, o AA e reuniões que é o nosso remédio. Porque nas reuniões de AA tem médicos, se existisse remédio eles faziam um remédio para eles. Então está provado que o álcool é uma doença (Nivaldo: 57 anos).

Nenhum gole, evitar o primeiro gole. Os AAs são para isso, falar continuamente o que aconteceu, aquela tragédia que a gente viveu e passou. Não esquecer que foi ontem que eu bebi, segurar o primeiro gole, não hoje, talvez amanhã, depois de amanhã. Jogar para frente o primeiro gole. As três vezes que eu fui internado e as três recaídas que eu tive aconteceu do mesmo jeito, por que eu vou experimentar de novo? Não beber naquele dia. Quando acordo aproveito para programar o dia inteiro. Fazer uma programação diária e nem sequer pensar em álcool (João: 44 anos).

Apesar de tantas desvantagens frente a uma sociedade que incentiva o uso do álcool e condena a pessoa depois que ela se torna dependente; apesar das barreiras a serem enfrentadas quase que

diariamente, através da manipulação da vontade, da compulsão insistente em beber; apesar de toda essa "desvantagem" perante as demais pessoas, mesmo assim existe a esperança de um futuro melhor. Os dependentes, em recuperação, colocam que apesar do sofrimento que significa não poderem mais beber, eles estão satisfeitos com a experiência de vida pela qual estão passando agora e esperam continuar nesse caminho. Mesmo conscientes das dificuldades que vão enfrentar, a força de vontade e o otimismo persistem:

Eu agora estou vivendo uma vida melhor, estou vendo a vida de frente, uma vida nova, estou vendo mais coisas na minha frente, coisas que nunca vi na minha vida, antes eu só via a casa do dono do bar e os que estavam ao meu lado. Agora estou vendo outro mundo, porque a gente vê outro mundo quando pára de beber, um mundo melhor, se adquire bastante coisa. Eu estou contente por essa vida boa (Olegário: 43 anos).

Me esquecer do álcool, apagar papo de álcool, papo de grupo, especificamente da própria bebida e preencher tudo isso com um projeto de vida, de lazer. Ter uma casa com um monte de livros, um computador, TV, som. Esquecer tudo, não lembrar mais do álcool. Mas me falaram que isso eu nunca vou apagar da minha vida, nunca vou esquecer, porque vem a compulsão. Pretendo também estudar e ser professor (João: 44 anos).

Eu só tenho uma coisa, eu não quero mais. Eu penso em 24 horas, hoje eu não quero mais, só sei isso (Salésio: 41 anos).

É uma incógnita, eu acho que está muito difícil de recomeçar, muito difícil mesmo. Esperança é a última que morre. Está difícil, por exemplo, conseguir um emprego que me satisfaça no sentido profissional e que me traga algum resultado prá que eu consiga ter um plano para o futuro, a nível de investimento para a minha vida. Eu tenho, por exemplo, que criar alguns dispositivos para isso, a distração, por exemplo, é uma necessidade. Só que as distrações que a sociedade apresenta para as pessoas e que tenha um custo relativamente baixo são distrações que eu vou ter que me envolver, não diretamente, mas estarei num meio em que estarão usando álcool, uma boate, um bar, etc. e neste caso eu não sei qual seria a minha reação.

Mas eu posso participar de outras atividades, que acho que é uma questão de tempo, readaptação de vida, estou preparado para isso, vou começar a criar rotinas de coisas que me satisfaçam e que eu fique dentro de um padrão normal, sem pensar em usar nada, sem correr esse risco (Sebastião: 35 anos).

O futuro é difícil porque aí entra em choque com aquilo que a gente diz que o futuro a Deus pertence. É claro que a gente pensa em futuro. Não naquela maneira de pensar na loucura que é na doença quando a gente pensava em futuro. Claro que com relação à família eu desejo ter de volta a minha família, quando eu cito família digo em relação a minha esposa, porque meus filhos eu tenho nos finais de semana. O futuro é cada vez aprender mais. Eu me acho muito novo no sentido de aprender. Eu vejo um campo muito grande de aprendizado no frequentar o AA e o GAEPD é uma experiência muito importante de vida que eu acho que a gente não aprende em nenhum outro lugar e para mim faz bem. Eu durante muito tempo imaginei que a pessoa chegasse numa idade que já soubesse tudo da vida e a partir daquele momento passaria a transmitir para os outros. Hoje eu acho que ainda sou muito novo, quero aprender, estou sempre aprendendo. É a principal experiência que eu adquiro é que a vida é um eterno aprendizado. Aprender virou um estilo de vida para mim (Carlos: 40 anos).

Considerando os depoimentos dos entrevistados queremos concluir o capítulo retomando alguns pontos importantes, apresentados no Referencial Teórico.

Como nos alertou Canguilhem (1978), verificamos que ser doente é, de fato, uma forma diferente de viver. O dependente de álcool expressou bem esse significado quando diz que apesar de todos os desafios impostos pela sociedade, que incentiva o uso do álcool, não é fácil manter-se em abstinência. Mas o presente mostra que essa forma diferente é uma constante em suas vidas, precisam aprender a manipular a vontade, buscando novos dispositivos, novas formas de vida, novas opções de lazer, novas amizades, novos locais de convívio, enfim, um novo estilo de vida.

O significado — ser dependente de álcool — ganha nova interpretação a partir do convívio com o grupo de auto ajuda, principalmente com pessoas que enfrentam a mesma situação. Nesse sentido, a doença passa a ser construída socialmente através da troca de experiência e informações, sobretudo com relação a considerar a dependência como uma doença e a partir daí apropriar-se do discurso do grupo para explicar a sua situação de dependência, de recaída, de compulsão, e através desta busca — resignificar a vida e dar um novo sentido ao passado.

A partir das contribuições de Goffman (1975 e 1988) e Berger (1972 e 1973) torna-se possível compreender que a identidade dos entrevistados passa a ser construída através de contatos com novas explicações para a situação vivenciada até então: Interpreta-se e reinterpreta-se o que aconteceu com base nos conhecimentos obtidos para, a partir de então, tentar corrigir e modificar o destino da própria história. Para que essa reformulação aconteça, o dependente de álcool baseia-se em significados adquiridos no período de participação nos diversos grupos e os introjeta como sendo seus, construindo sua forma de explicar o seu passado e a situação atual de dependência. Muitas vezes, essa mudança não acontece tão naturalmente como possa parecer, pois embora o grupo procure facilitar a consciência de que a dependência é uma doença, muitos ainda têm dificuldade de visualizá-la desta forma, visto que a primeira socialização é mais forte que a segunda, ou seja, o que está introjetado pela sociedade — de que o alcoolismo é vício — ainda perdura. Isso faz com que o dependente tenha dificuldades de assim se expressar e de se enquadrar enquanto um doente.

A importância dos grupos de recuperação mencionados, pelos dependentes entrevistados, aparece como um suporte para sua autoafirmação e para sustentação dessa nova identidade que terá de ser afirmada perante a sociedade, a família e o trabalho. A pessoa que até então era considerada inapta socialmente, agora mostra que introjetando a filosofia dos grupos de ajuda-mútua encontra uma nova forma de viver.

Isso acontece de forma até inconsciente, mas constitui-se um quadro de referência — ***se os outros têm problemas e os enfrentam sem beber***, eu também tenho condições de viver uma vida diferente da vivida até então, vislumbrando alternativas concretas de mudanças e de futuro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O CONTEXTO DA DÚVIDA

Ao finalizar esta pesquisa sobre as representações que o dependente de álcool elabora sobre sua situação, queremos colocar algumas percepções a respeito do que foi vivenciado durante as entrevistas com os pesquisados, como também questões que puderam ser observadas durante os dois anos de convívio direto com os servidores e não servidores que participaram dos grupos de recuperação, como outros que optaram por outros tipos de tratamento. Seguramente, essas afirmações e indagações foram construídas no dia-a-dia de trabalho com os dependentes, não só de álcool, mas de outras drogas, além de visitas domiciliares, atendimentos individualizados, acompanhamento a familiares, visitas a instituições que prestam atendimento a esse tipo de pacientes, conversas com profissionais que atuam junto a essa problemática, como médicos, assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros, além da participação em cursos, congressos, encontros, debates que discutem o assunto.

□ O que se percebe é que o alcoolismo é algo que ainda assusta profissionais e familiares de dependentes, dificultando, desta forma, um tratamento mais adequado. Percebemos também que na maioria dos casos os diagnósticos só aparecem quando as pessoas já estão no chamado "fundo de poço", ou seja, quando a situação de dependência já assumiu proporções alarmantes, não havendo como negar a dependência porque já existe comprometimento físico, repercussões negativas no trabalho, na

família e assim por diante. Nesses casos, a recuperação é mais demorada e despende de mais tempo de tratamento além de outros cuidados.

Outra questão que merece destaque, falando agora especificamente da Universidade, diz respeito ao despreparo das chefias em detectar o problema em fases mais iniciais. Mesmo conhecendo a situação do servidor, a grande maioria não procura os recursos necessários, ou não conhece os caminhos para tal. Sendo assim, preferem o paternalismo, permitindo o absenteísmo, o trabalhar sob efeito da droga, os acidentes em trabalho, os atestados, contribuindo de forma significativa para o agravamento da situação de dependência. No entanto, essas chefias consideram que estão contribuindo com o servidor, porque não encaminham as faltas e assim não há descontos salariais e nem estão discriminando o indivíduo.

Por outro lado, a medicina tradicional tem evoluído pouco em relação a alguns aspectos no tratamento do dependente de drogas. A esse respeito a experiência acumulada em dois anos de trabalho permite algumas afirmações:

1) Existe um grande despreparo acadêmico com relação ao diagnóstico de pessoas com problema de dependência;

2) o não diagnóstico precoce contribui significativamente para o agravamento das situações de dependência;

3) muitas instituições que tratam de pessoas com problema de dependência ainda são muito arcaicas no tratamento deste tipo de doença, além de serem muito pouco os números de leitos destinados a esses tipos de pacientes, principalmente vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, conseqüentemente, no momento em que se necessita de uma vaga para internações não existe;

4) os dependentes de drogas ainda são tratados como doentes mentais, por isso se internam em hospitais psiquiátricos; em vista disso, muitos pacientes acabam não aceitando o tratamento em virtude de ficarem estigmatizados como "loucos";

5) o uso de medicamentos para controlar as crises de abstinência são "uma faca de dois gumes" pois enquanto o organismo reage em função de eliminar altas doses de drogas ingeridas até então, busca-se através de outras drogas o controle dessa situação;

6) outra questão bastante polêmica diz respeito à verdadeira causa que leva uma pessoa a ficar dependente. Será que com tantos avanços tecnológicos na área da medicina e aqui poderíamos citar a famosa "clonagem" entre tantas outras, não haverá mesmo um controle para as doenças crônicas tipo: dependência de drogas, diabete, hipertensão, entre tantas outras? Será que é realmente dificuldade em diagnosticar a verdadeira causa do problema e a partir daí dificuldade de buscar alternativas de tratamento ou existem muitos interesses econômicos envolvendo medicações, bebida e drogas?

Com relação ao trabalho desenvolvido pelos grupos de auto ajuda na Universidade, percebemos que esses são de suma importância para o contexto em que vivemos, já que estando dentro de uma instituição formadora de profissionais e de opiniões, necessário se faz que o assunto seja pauta de muitas discussões e pesquisas. Salientamos, ainda, o grande papel que a Comissão do Uso Indevido de Drogas tem a realizar junto à comunidade acadêmica, principalmente enquanto fórum permanente de discussão, de sugestão e de encaminhamentos com relação a:

1) Garantia de que os currículos tenham nas mais diversas áreas de conhecimento uma disciplina que discuta a problemática da dependência química. Do contrário, continuaremos diplomando professores, médicos, psicólogos, enfermeiros, engenheiros, assistentes sociais, advogados e administradores que nunca ouviram falar da dependência enquanto uma doença. Conseqüentemente, no seu dia-a-dia de profissionais não saberão como lidar com pessoas com esse tipo de problemática, continuando a reproduzir o que está introjetado na sociedade "são vagabundos, malandros, sem-vergonha, e que não têm vontade". É necessário que se garanta um mínimo de formação. Outras

Universidades já assumiram a questão da dependência e garantem disciplinas específicas que discutem essa problemática.

2) Torna-se imprescindível que os grupos de auto ajuda recebam o apoio necessário para continuarem seu trabalho de referência em recuperação de dependentes químicos. Fica a interrogação: se o mentor e coordenador do projeto de recuperação da UFSC decidir em não mais acompanhar o projeto, como fica a situação? Se os administradores desta Universidade não tiverem uma política de atuação junto à questão, a situação poderá sofrer um retrocesso.

3) Com relação às tendências do próprio grupo, percebe-se que por ser uma população muito flutuante, com avanços e retrocessos no próprio tratamento, haja vista as ondulações normais do próprio doente, sempre haverá uma variação de participantes, sendo que ultimamente está existindo um grande número de pessoas bastante jovens que estão em busca de tratamento.

4) O grande desafio que esses grupos ainda têm pela frente é buscar alternativas de tratamento para os dependentes que contraíram o vírus da AIDS. O que estatísticas têm apresentado é a grande dificuldade destes manterem-se em abstinência por um período de tempo igual ao não portador do vírus. Necessário se faz um tratamento mais específico para esses casos, não discriminatório, e sim, um tratamento que abranja as diversas facetas das doenças — dependência e AIDS.

Por fim, cabe salientar que as perspectivas para as pessoas que convivem com a dependência é uma incógnita. Hoje podem estar bem; amanhã podem ocorrer recaídas e assim por diante. Cabe ressaltar que dos oito entrevistados três tiveram recaídas após a entrevista, 1 servidor da UFSC e 2 não servidores.

A mesma incógnita também acompanha os familiares dos dependentes, pois sempre fica a dúvida: será que está tudo bem? Será que ele não vai recair? Será que ele poderá frequentar festas? E assim por diante.

O futuro também é uma incógnita. Embora muitos queiram apagar a questão da dependência sabem que necessitarão conviver com isso até quando ninguém sabe. Para eles, o futuro é hoje, pois conseguiram vencer uma barreira que era parar de beber. Agora o difícil é continuar abstinência. Apenas um dos entrevistados revelou que atualmente bebe controladamente. O grupo de recuperação considera esse tipo de atitude como uma recaída e que é só uma questão de tempo para que a dependência se instale novamente. Sabe-se, por outro lado que existem pesquisas, bastante remotas ainda, que têm procurado estudar o fenômeno e buscar alternativas do beber controlado; no entanto, não se chegou a resultados conclusivos sobre o assunto.

Outro ponto que merece destaque é com relação à "discriminação" que os dependentes de álcool sentem com relação aos dependentes de outras drogas. Em muitos momentos os primeiros têm medo de serem confundidos com os segundos, e então fazem questão de frisarem que têm problemas com álcool somente e não gostariam de serem confundidos. Na prática, portanto, existe a dicotomia: droga forte como cocaína e droga fraca como o álcool, embora constantemente nos grupos e na teoria tudo seja considerado como droga.

A partir dos depoimentos, torna-se possível concluir que os dependentes de álcool em recuperação assumem o discurso do grupo para explicarem a sua situação de dependência. Em alguns momentos, percebe-se ainda a idéia de alcoolismo enquanto vício, não referendado, portanto, enquanto doença. Isso deixa a seguinte dúvida: será que sou doente ou será que sou um viciado? Essa dúvida expressa o cotidiano da primeira socialização que ainda é mais forte que o conteúdo da segunda socialização, ou ainda, segundo Berger, ao mesmo tempo em que o indivíduo constrói a si próprio também sofre influência do meio em que vive e do seu passado.

Finalizando, esperamos que a pesquisa possa contribuir não só para instrumentalizar o GAM e a nossa própria formação profissional, mas também possa ser útil para os dependentes de álcool em geral, na

expectativa de que possam superar o seu contexto de dúvida: sua permanência na situação de dependente ou a transformação de sua realidade tanto subjetiva como objetiva.

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO-FERNANDEZ, Francisco (1991). A Personalidade Pré-Alcoólica. *Temas*, São Paulo (40-41): 19-30.
- ALVES, Paulo César & SOUZA, Iara Maria (1994). *Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: O Itinerário Terapêutico*. (Trabalho Apresentado no XVIII Encontro Anual da ANPOCS). Caxambu.
- ANDRADE, Oswald Moraes (1992). *AIDS e o Uso de Drogas. Abordagem Psiquiátrica e História das Grandes Epidemias. Educação e Prevenção do Abuso de Drogas*. Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Úrsula.
- _____. (1961). Alcoolismo — Responsabilidade Criminal. *Arquivos do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho*. Vol. 27:13-26.
- ARAÚJO, Vicente Antonio de et al. (1981). Tratando Alcoolistas em Grupo: Desenvolvimento de uma Proposta. São Paulo: *Temas*, (21):46-48.
- ARAÚJO, Vicente Antonio de & LIMA, Nilo Sérgio Viana Andrade (1981). A Síndrome da Dependência de Álcool: Possibilidades de Tratamento. São Paulo: *Temas*, (21): 43-45.
- ARGIMON, Irani de Lima (1991). *Alcoolismo*. Florianópolis. (Mimeo).
- BALTAZAR, Maria Lúcia (1981). Internações Breves no Tratamento de Alcoolistas. São Paulo: *Temas* (21): 33-39.
- BASÁGLIA, Franco (1985). *A Instituição Negada: Relato de Um Hospital Psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- BAU, Claiton H. D. & SALZANO, Francisco M. (1993). O Papel da Personalidade e da Suscetibilidade ao Estresse na Identificação de Três Grupos de Alcoolistas. *Publicação Trimestral da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas (ABEAD)*. São Paulo, (17): 01-07.
- BELO, A. L. F. et al. (1990). Pesquisa: Alcoolismo e Comunidade. *Cartilha do Instituto de Filosofia Social*. (01-17) (Mimeo).
- BERGER, Peter L. (1972). *Perspectivas Sociológicas: Uma Visão Humanística*. Petrópolis: Vozes.

- BERGER, Peter L. & LUCKMANN, Thomas. (1973). ***A Construção Social da Realidade: Tratado de Sociologia do Conhecimento***. Petrópolis: Vozes.
- BERTOLETE, José Manoel (1987). Aspectos Sociais do Alcoolismo: Uma Questão Metodológica. São Paulo: ***Temas***, (32-33): 149-152.
- _____ (1991). Alcoolismo: Doença, Vício, ou... ? São Paulo: ***Temas***, vol 21 (40/41): 31-38. Jan/Jun.
- _____ (1992). Saúde Mental e Dependência Química: A Superação de Falsas Dicotomias. São Paulo: ***Temas***, vol 22 (44):109-115. Jul/Dez.
- BRITO, Hélio Soares de (1967). A Psicoterapia de Grupo na Recuperação dos Alcoolistas. ***Revista de Psicologia Normal e Patológica***. São Paulo, vol. 13: 209-216.
- BUCHER, Richard (s.d.). ***Drogas em Debate***. (Parte de uma Conferência realizada em Vitória - ES) (Mimeo).
- BUENO, João Romildo (1985). Aspectos Biológicos das Dependências. ***Jornal Brasileiro de Psiquiatria***. Vol 34 (nº2). Mar/Abr.
- CALDAS, Marcus Tulio (s.d.). Considerações sobre o Conceito de Alcoolismo. ***Círculo Psicanalítico de Pernambuco***. p. 1-4 (Mimeo).
- CANGUILHEN, Georges (1978). ***O Normal e o Patológico***. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- CARDIM, Marisa de Souza & AZEVEDO, Belarmino Alves de (1991). Repercussões Psicossociais do Alcoolismo. ***Jornal Brasileiro de Psiquiatria***. 40 (7): 365-370.
- CARLINI, E. A. (1981). Considerações sobre o Tratamento e Recuperação dos Doentes que Apresentam Dependência Física ou Psíquica. ***Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria***. São Paulo, vol. 3 (6): 65-68.
- CARLINI, E. A. et al. ***II Levantamento Nacional Sobre o Uso de Psicotrópicos em Estudantes de 1ª e 2ª graus - 1989***. Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID. São Paulo.
- CARVALHO, A. Homem (1937). O Alcoolismo e sua Significação Social. Rio de Janeiro: ***Imprensa Médica***. Vol. 8, p. 1293-1295.
- CARVALHO, Ridette J. Gomes de (s.d.). Epidemiologia do Alcoolismo. Distrito Federal: ***Revista Brasileira de Psiquiatria***. (3): 83-89.
- CASTRO, Josué de (1980). Alcoholismo y Dragadiccion en el Brasil y en la Latinoamerica. ***Ceará Médico***. Jun.
- Catálogo de Graduação 95/96***. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Catálogo dos Cursos de Pós Graduação*** (1997). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- CLÍNICA BELVEDERE. Centro de Estudos de Ensino e Pesquisa da Dependência do Álcool e outras Drogas (s.d.). ***Critérios Diagnósticos para Abuso de Substâncias psicoativas***. Florianópolis. (Mimeo).
- Consumo de Drogas Psicotrópicas no Brasil*** (1989). Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

- D' ALBUQUERQUE, Luiz A. Carneiro & SILVA, Adávio de Oliveira e (1990). **Doença Hepática Alcoólica**. São Paulo. Savier.
- DRATCU, Luiz & ARAÚJO, Vicente Antonio de (1985). **Alcoolismo: do Conceito ao Tratamento**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 34 (4): 263-268.
- EDLER, Nikodem (1983). Contribuição ao Tratamento Reflexológico do Alcoolismo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio Grande do Sul. Vol 32 (4): 251 - 256. Jul/Ago.
- ELKIS, Hélio (1981). Contribuição para o Estudo da Deterioração Intelectual Subclínica e, Alcoólicos Crônicos: Investgção através do Método Psicodramático. São Paulo: **Temas**, (21): 16-22.
- _____ (1986). Depressão e Alcoolismo. São Paulo: **Temas**, (30-31): 103-108.
- Estudos sobre Alcoolismo e Diretrizes da Comissão Multidisciplinar de Diagnóstico e Prevenção do Alcoolismo na UFPR** (1988). Universidade Federal do Paraná. Dez.
- FEIX et al.. **Recaída: Fatores Preditivos segundo a opinião da Alcoolistas Egressos do CDQUIM. UFRGS/CDQUIM**. (s.d.) Resumo. (Centro Dependente Químico Parque Belém). Porto Alegre.
- FERRARI, Branca T. (1987). Alcoolismo: Doença sem Barrreiras Sociais. **Revista Brasileira Clínica Terapêutica**. Vol. 16 (73).
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda (1986). **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Nova Edição. Revista e Ampliada. Rio de Janeiro. Ed. Nova Fronteira.
- FERREIRA, Jaqueline (1994). **O Corpo Sígico**. Trabalho Apresentado no XVIII Encontro Anual da ANPOCS. Caxambu/MG. Nov. (Xerox mimeo).
- FILHO, Durval Mazzei Nogueira (s.d.). Psicanálise e o Uso de Drogas. São Paulo: **Temas**, vol 23 (45): 50-58.
- FLACH, Luiz Matias (s.d.). **Parecer sobre os Projetos de Lei em Tramitação no Congresso Relacionados a Álcool e Drogas**. Porto Alegre. (Mimeo).
- FORTES, J.R. Albuquerque (1975). **Alcoolismo**. São Paulo: Savier.
- FORTES, J.R. Albuquerque & CARDO, Walter Nelson (1991). **Alcoolismo: Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Savier.
- FOUCAULT, Michel (1990). **Tecnologías del Yo**. Buenos Aires: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- FRANCES, Richard & ALEXOPOULOS, Georges (1981). O Tratamento do Paciente Alcoólico Hospitalizado. São Paulo: **Temas**, (21): 23-32.
- GALDURÓZ, José Carlos Fernandes; et al. (1992). A "Mentira" do Alcoólico: Um Estudo Relacionado ao Consumo de Álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro. Vol. 41 (3): 117-119.
- GALDURÓZ. José Carlos Fernandez (1993). **III Levantamento Sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1^o e 2^o Graus em 10 Capitais Brasileiras**. (Mimeo).

- GARRAFA, Edgard Matteis (1937). **O Alcoolismo como Fator Anti-Social. Alcoolismo e Criminalidade. Necessidade de se Condenar o uso Abusivo do Álcool.** São Paulo. Vol. 8.
- GEBEROWICKZ, Bernardo (1991). **A Terapia com Famílias de Toxicômanos: Avaliação de Uma Experiência de 10 anos.** Palestra Proferida no IX Congresso Brasileiro de Alcoolismo e Outras Farmacodependências — ABEAD. Maio.
- GERMANO, Aires (1992). Droga e Alcooldependência. Hospitalidade. **Revista de Saúde Mental. Relações Humanas e Problemas de Marginalização.** Ano 56: (220). Jul/Set.
- GITLOW & PEYSER (1991). **Alcoolismo: Um Guia Prático de Tratamento.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- GOFFMAN, Erving (1975). **A Representação do Eu na Vida Cotidiana.** Petrópolis: Vozes.
- _____ (1988). **Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada.** 4^a ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- GOODE, William Josiah & HATT, Paul (1972). **Métodos em Pesquisa Social.** 4^a ed., São Paulo: Editora Nacional.
- GRANDINO, Adilson & JUNIOR, Andres dos Santos (1991). O Alcoolismo pelo Alcoólico. São Paulo: **Temas**, (21): 9-15.
- GRIFFITH, Edwards (1987). **O Tratamento do Alcoolismo.** São Paulo: Martins Fontes.
- GUARESCHI, Pedrinho & JOVCHELOVITCH, Sandra (Orgs.) (1995). **Textos em Representações Sociais.** 2^a ed., Petrópolis: Vozes.
- GUATARRI, Felix & ROLNIK, Suely (1993). **Micro-Política: Cartografias do Desejo.** 3^a ed., Petrópolis: Vozes.
- GUERREIRO, Manoel Hybernon & NERY, Gabriel Cedraz (1952). Contribuição ao Estudo do Alcoolismo Crônico. **Arquivos de Assistência aos Psicopatas da Bahia.** Bahia. Vol. 1, p. 31-51.
- HORWITZ, José et al. (1967). **Bases para una Epidemiología del Alcoholismo en América Latina.** Buenos Aires: Acta, 1967.
- JORGE, Miguel Roberto & FERRAZ, Marcos Pacheco de Toledo (1981). A Percepção pelo Alcoólatra do que o leva ao Alcoolismo e a Internação. **Boletim de Psiquiatria.** São Paulo: Vol. 3: (132-137). Set.
- JORGE, Miguel Roberto (1983). Aspectos Sociais, Culturais, Políticos e Econômicos Relacionados ao Uso e Abuso de Bebidas Alcoólicas no Brasil. **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria.** São Paulo, Vol. 5 (18): 177-178. Jul/Ago/Set.
- JUNIOR, Lourival Belém de Oliveira et al. (1992). **Pesquisa do Instituto Jamil Issy. Características do Usuário de Drogas.** p.1-10.
- JUNIOR, Octávio Gonzaga & CURLIATI, Antonio S. (1981). O Alcoolismo nos Conflitos Familiares: Uma Abordagem Criminológica. **Arquivos da Polícia Civil.** Vol. 23, 1^o semestre.

- KOLC K VAN, Odete L. et al. (1991). Auto Imagem em Alcoólicos Crônicos. São Paulo: **Temas: Teoria e Prática do Psiquiatra**. Vol. 21 (42): 374 - 382. Jul/Dez.
- LANCETTI, Antonio (direção) (1993). **Saúde e Loucura: Grupos e Coletivos**. São Paulo: Editora Hucitec. (4) Série Saúde em Debate.
- LAZO, Donald M. (1989). **Alcoolismo: O que você precisa saber**. 3ª ed., São Paulo: Edições Paulinas/Reindel.
- LEVANTAMENTO EPIDEMOLÓGICO DO ALCOOLISMO NA ILHA DE SANTA CATARINA (s.d.). Florianópolis: Departamento Autônomo de Saúde Pública.
- LUZ, Madel T. (1994). **Racionalidades Médicas e Terapêuticas Alternativas**. Caxambu.
- MANSUR, Jandira (1978). Abordagem Biológica, Psicológica e Social do Alcoolismo. **Ciência e Cultura**. São Paulo: vol. 30 (06): 686-696. Jun.
- _____ (1978). Conjecturas Sobre o Uso Milenar de Bebidas Alcoólicas. **Ciência e Cultura**. São Paulo: vol. 20 (5): 531-534.
- _____ (1981). Questões Sobre o Tratamento do Alcoolismo. São Paulo: **Temas**, (21): 3-8.
- _____ (1986). Alcoolismo. **Medicina em Monografias**. São Paulo: vol 2 (10): 197-215.
- _____ (1988). Drogas: Qual é o Problema? **Revista Ciência Hoje**, vol. 8 (47): 56-61. Out.
- MANSUR, Jandira & DEL PORTO, José Alberto (1982)O. Alcoolismo. **Revista Ciência Hoje**. (56-60). Set/Out.
- MARCARENHAS, Eduardo (1990). **Alcoolismo, Drogas e Grupos Anônimos de Mútua Ajuda**. 2ª ed., São Paulo: Siciliano.
- MARCONI, Marina de Andrade & LAKATOS, Eva Maria (1982). **Técnicas de Pesquisa: Planejamento e Execução de Pesquisas, Amostragem e Técnicas de Pesquisas, Elaboração, Análise e Interpretação de Dados**. São Paulo: Editora Atlas.
- MARIZ, Cecília Loreto (1994). **Libertação e Ética: Uma Análise do Discurso de Pentecostais que se Recuperam do Alcoolismo**. Trabalho Apresentado no XVIII Encontro Anual da ANPOCS. Caxambu/MG, Nov. (Mimeo).
- MARTINELLI, Reynaldo (1963). O Poder Legislativo e o Álcool. **Arquivos do Departamento de Assistência aos Psicopatas do Estado de São Paulo**. São Paulo: vol. 29:(278-281).
- MARTINS, Maria Cristina C. A. (1982). Álcool, Alcoolismo e Alcoologia. Dados Históricos. **Neurobiologia**. Recife: vol. 45 (1):19-30. Jan/Mar.
- MATOS, E. Gomes de & KARNIOC, I. G. (1983) Algumas Características Sociais e Sintomatológicas de Pacientes Alcoólatras Internados. **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, vol 6 (20): 12-22.
- MEDEIROS, Maurício (1951). Toxicômanos e Casamento - Toxicomanias que Justificam a Anulação ou Desquite. **Arquivos do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho**, vol. 20.

- MELMAN, Charles (1993). Alcoolismo e Toxicomania: Uma Abordagem Psicanalítica. São Paulo: **Temas**, vol. 23 (45): 41-49. Jan/Jun.
- MENDES, Rui H. Dolácio (1989). **O Drogado e a Família**. 2ª ed., São Paulo: Edições Paulinas.
- MILAN, James R. & KETCHAM, Katherine (1983). **Alcoolismo: Os Mitos e a Realidade**. Tradução de Auriphebo Berrance Simões. São Paulo: Editora Fundo Educativo Brasileiro.
- MONTEIRO, Maristela Goldnadel (1990). Bases Genéticas do Alcoolismo: Visão Geral. **Revista da Associação Médica do Brasil**. Rio de Janeiro, vol 36(2): 78-82. Abr/Jun.
- MORGADO, Anastácio F. et al. (1983). Epidemiologia da Dependência de Drogas em Grupos Populacionais do Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, vol. 32 (5): 281-292.
- MORGADO, Anastácio F. & IGUCHI, Takum (1983). **Quimeras e Verdades: O Consumo de Drogas no Brasil. A Saúde no Brasil**. Brasília: vol. 1 (3). Jul/Set.
- MURAD, José Elias (1989). **Alcoolismo: Doença ou Distúrbio de Comportamento?** Belo Horizonte.
- NETO, Dirceu de Campos Valladaos (org.) (1991). **As Várias faces da Personalidade**. Belo Horizonte: Libru.
- Normas e Procedimentos na Abordagem do Alcoolismo** (1994). 2a. Ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- OLIVEIRA, Cleonides Martins de (1990). Alcoolismo: Uma Abordagem Sistêmica. **Informação Psiquiátrica**. Rio de Janeiro, vol. 9(3): 88-90. Jul/Ag/Set.
- PAULA, Wilson Kraemer de (1995). **Tratamento do Uso Indevido de Álcool e Outras Drogas**. Proposta Alternativa da UFSC. Florianópolis. Junho. (Mimeo).
- PECHANESKY, Flávio (1995). Padrões de Consumo de Bebidas Alcoólicas em Adolescentes Residentes na Cidade de Porto Alegre. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, vol. 44(5): 231-242.
- QUEIROZ, Marcos de Souza (1991). **Representações Sobre Saúde e Doença: Agentes de Cura e Pacientes no Contexto do SUDS**. São Paulo: Editora da UNICAMP.
- RABELO, Mirian Cristina (1993). Religião e Cura: Algumas Reflexões Sobre a Experiência Religiosa das Classes Populares Urbanas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 9 (03): 316-325. Jul/Set.
- RALDER, Romilda J. & CARLINI-COTRIM, Beatriz (1990). Internações Hospitalares no Brasil por Dependência de Drogas, Álcool e Psicoses Alcoólicas em 1988. **Revista ABP-APAL**. São Paulo. vol. 12 (1,2,3,4): 33-39.

- RAMOS, Sérgio de Paula et al. (1987). **Alcoolismo Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- REHFELDT, Kalus H. G. (1989). **Álcool e Trabalho: Prevenção e Administração do Alcoolismo na Empresa**. São Paulo: Editora EPV.
- _____ (s.d.). **Alcoolismo: Um Gusto que Não Consta nas Planilhas**. (Mimeo).
- REVISTA ISTOÉ (1996). São Paulo: Editora Três, nº 1395, 26/junhyo/96.
- REVISTA VEJA. Suplemento Santa Catarina. nº 11, 13 de março/91.
- REZENDE, Gustavo Augusto de (1985). A Fatalidade que Estigmatiza a Descendência dos Alcoolistas. **Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais**. Vol. 4, p. 86-88.
- RIBAS, João Carvalhal (1975). O Alcoolismo: Propaganda A Favor e Contra. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo: vol. 4, p. 193-202.
- RINCÓN ORDUÑA, R. et al. (1983). **As Drogas: Ação Sobre o Psiquismo . O Comportamento**. Práxis Cristã H. São Paulo: Edições Paulinas.
- Rotinas: Álcool e Outras Drogas** (sd). Universidade Federal de Santa Catarina. (Folder).
- SAIDE, Osvaldo Luiz et al. (1992). Alcoolismo e Depressão. Estudo realizado em pacientes Internados na Casa de Saúde Vilar dos Teles (RJ). **Informativo Psiquiátrico**. Rio de Janeiro, vol. 11(1): 26-30>
- SANTA CATARINA (1996). Secretaria de Estado da Tecnologia e Meio Ambiente. Santur. **Guia Turístico Oficial do Município**. Florianópolis.
- SANTA CATARINA (1996). Secretaria de Estado do Desenvolvimento Econômico, Científico e Tecnológico. **Calendário de Grandes Eventos**. Florianópolis.
- SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO CULTURA E DESPORTO (1993). Estado de Santa Catarina. **Consumo de Drogas Psicotrópicas entre os Estudantes de 1^o e 2^o Graus no Estado de Santa Catarina - 1993**. Empresa Executora Perfil Pesquisa Ltda. Florianópolis.
- SHIRAKAWA, Itiro & GLAUSIUSZ, Ladislau Ruy Ungar (1973). Alcoolismo: As Terapêuticas Psiquiátricas sob o Ponto de Vista Epidemiológico. **Boletim de Psiquiatria**. São Paulo. Vol. VI (03): 59-100.
- SILVA, Carlos Eduardo da Rocha e (1987). Desenvolvimento de uma Metodologia de Diagnóstico e Tratamento de Alcoolistas. São Paulo: **Temas**, (32-33): 153-165.
- SILVA-FILHO, Armando Ramos & MANSUR, Jandira (1986). A Modulação dos Efeitos do Álcool por Fatores Individuais, Situacionais e Ambientais. **Ciência e Cultura**. São Paulo, vol. 38(5): 749-759. Maio.
- SILVA, Rosane Correia et al. **Política do Ministério da Saúde na Área de Drogas**. Coordenação de Saúde mental. Ministério da Saúde. pag. 81-86.
- SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE (1992/93/94). **Relatório da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina**.
- SOIBELMAN, Mauro (1984). Alcoolismo - Desperta Brasil! **Revista Médica ATM**. Porto Alegre, vol. 11(1): 21-6.

- SONENREICH, Carol & ESTEVÃO, Giordano (1980). Reflexões sobre o Alcoolismo. **Revista Psiquiátrica do RS**. Porto Alegre, vol. 2(2): 119-127. Mai/Ag.
- SONENREICH, Carol & ARAÚJO, Vicente Antonio de (1981). Debates Atuais em Alcoolismo. São Paulo: **Temas**, (21): 40-42.
- SONENREICH, Carol et al. (1990). A Doença e a Internação: Analisando o Ponto de Vista dos Pacientes. São Paulo: **Temas**, (38): 69-82.
- SOUZA, João Batista de (1992). A Concepção de Alcoolismo Enfermidade. **Informação Psiquiátrica**. Rio de Janeiro, vol. 11 (suplemento 01): 04-13.
- SOUZA, Paulo Roberto (1979). Atualização. Alcoolismo: Concepções Atuais. **Arquivo Catarinense de Medicina**. Vol. 8 (4): 173-177. Dez.
- SPINK, Mary Jane P. (1993). O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 9(3): 300-308. Jul/Set.
- UCHOA, Darci M. (1972). Sobre a Personalidade do Alcoolista. **Boletim de Psiquiatria**. São Paulo, vol. V (04): 103-142. Dez.
- UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA (1993). **Cultura Tolerante ao Uso de Bebidas Alcoólicas**. Chapecó. Dez.
- VELHO, Gilberto (1980). Uma Perspectiva Antropológica do Uso de Drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, vol. 29(6): 355-358.
- WOLF, Marlene & GALPERIN, Júlio Copstein (1982). Alcoolismo e Legislação Brasileira. **Revista Psiquiátrica**. Porto Alegre, vol. 4(2):130-5. Maio/Agô.

ANEXOS

ANEXO 1

GUIA DE ENTREVISTA

a) Identificação do Servidor:

- 1) Nome:
- 2) Idade:
- 3) Grau de Instrução:
- 4) Religião:
- 5) Sexo:
- 6) Naturalidade:
- 7) Descendência:
- 8) Quadro familiar (se tem esposa, companheira, filhos) e se vive com eles ou não, ou seja, como está constituído o seu quadro familiar.
- 9) Profissão:
- 10) Servidor da UFSC:
- 11) Se sim, há quanto tempo?
- 12) Quantos anos de dependência?
- 13) Quanto tempo participa do grupo?
- 14) Quanto tempo de abstinência?
- 15) Alguma recaída?
- 16) Quantas?
- 17) A última aconteceu quando?
- 18) Você tem outros dependentes na família?

b) Questões Norteadoras da Entrevista:

- 1) Carreira alcoólica - história da dependência
- 2) Quando iniciou o uso do álcool?
- 3) Quando percebeu que o álcool estava lhe trazendo prejuízos?
- 4) Que tipo de conseqüências a dependência lhe trouxe? (físico, no trabalho, na família)
- 5) Você se referia a alguma causa para o fato de beber em demasia?
- 6) Hoje você percebe algo que poderia ser a causa da sua dependência?
- 7) Onde foi seu primeiro tratamento?
- 8) Qual o motivo que impulsionou você a fazer o primeiro tratamento?
- 9) Por que você acha que este tratamento não deu resultados?
- 10) Quantos outros tratamentos você fez?
- 11) Quais foram?
- 12) Para você, qual o motivo por que os outros tratamentos não conseguiram que você ficasse em abstinência?
- 13) Como você chegou no GAM?
- 14) Qual a diferença entre o GAM e os demais grupos que participou?
- 15) O que significa ser dependente do álcool?
- 16) Que visão você tinha sobre o alcoolismo, antes de freqüentar o grupo?
- 17) E, hoje, qual sua visão da sua dependência?
- 18) Você se considera um dependente de álcool?
- 19) Você se considera um doente?
- 20) Qual o segredo para manter-se em abstinência?
- 21) Como você vê a questão da abstinência, ou seja, não poder mais usar bebida alcoólica?
- 22) Quais são as perspectivas para o futuro, ou seja, que planos tem para sua vida e de sua família (caso viva com eles e mesmo se não vive se pretende mudar sua relação com os membros da família) e também quais as perspectivas para seu mundo profissional e afetivo?

ANEXO 2

ENTREVISTA EM BLOCOS DE QUESTÕES

- 1) Início do uso
- 2) Com relação aos problemas provocados pelo uso abusivo do álcool
- 3) Problemas em casa por causa da dependência
- 4) Problemas físicos
- 6) Bebia muito com a dependência instalada

- 7) Incentivo ao tratamento
- 8) Quando falaram da internação
- 9) Depois da internação — o tratamento
- 10) Quanto tempo de participação no grupo da UFSC
- 13) Por que tem tratamento que não dá certo
- 17) Diferença entre tratamentos
- 16) Grupos, reuniões, ajudam
- 22) Importância da participação em grupos
- 21) Participação em grupos atualmente

- 12) O que fazer para não beber mais
- 14) Dificuldade de manter-se em abstinência
- 19) Compulsão
- 18) Controle sobre a bebida — cura

20) Tempo de abstinência para poder ter controle

15) Freqüência a lugares

1) Você se considera um dependente de álcool?

5) Por que bebia?

11) Considera o álcool uma doença?

23) Como os outros vêem a dependência?

24) Futuro