

Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos

Wolfgang Heckmann
Camila Magalhães Silveira

INTRODUÇÃO

O consumo de álcool na sociedade contemporânea é visto predominantemente de forma positiva, o que dificulta o reconhecimento de determinados padrões de consumo como doença e, ao mesmo tempo, a mobilização de profissionais de saúde para diminuir índices de problemas decorrentes do uso do álcool.

A dupla moral de uma sociedade que, por um lado, tolera ou promove o consumo moderado do álcool e, por outro, discrimina o consumo excessivo e fora de controle, confunde a população, que precisa se orientar pelas normas.

Desde os tempos mais remotos, a definição de alcoolismo está associada ao *status* social, uma espécie de suporte às relações e às interações sociais. No entanto, foi em 1849 que surgiu o termo alcoolismo e uma de suas primeiras definições, com Magnus Huss, que o definiu como “o conjunto de manifestações patológicas do sistema nervoso, nas esferas psíquica, sensitiva e motora”, observadas nos sujeitos que consumiam bebidas alcoólicas de forma contínua e excessiva, durante longo tempo.

Mais tarde, com Morton Jellinek¹, a definição de alcoolismo foi reestruturada e o comportamento do alcoólico passou a ser classificado como doença, o que gerou uma noção de repercussão negativa e social. Jellinek definiu o alcoolista² como todo indivíduo cujo consumo de bebidas alcoólicas pudesse prejudicar o próprio, a sociedade ou ambos, e categorizou o alcoolismo como doença, tendo como base as quantidades de álcool consumidas.

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS)² define o alcoolista como um bebedor excessivo, cuja dependência em relação ao álcool é acompanhada de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do comportamento social e econômico.

FARMACOLOGIA E IMPACTO NUTRICIONAL DO ETANOL

O etanol (ou o “espírito do vinho”, do latim *spiritus vini*), cuja fórmula química é C_2H_5OH , é um líquido incolor encontrado em todas as bebidas alcoólicas.

Nem todas as pessoas estão igualmente propensas a se tornar dependentes do álcool. Para que a dependência alcoólica ocorra, é fundamental que haja vulnerabilidade e suscetibilidade à dependência, fomentadas por condições biológicas, psicológicas, sociais e ambientais. Do ponto de vista médico, é relevante o fato de que as enzimas que metabolizam o álcool no organismo diferem de indivíduo para indivíduo, o que se chama vulnerabilidade biológica.

A farmacologia do álcool é um tema particularmente importante a ser abordado neste capítulo, pois facilita o entendimento dos problemas decorrentes do uso dessa substância em muitos indivíduos que o consomem.

O etanol é uma molécula simples que se move facilmente através das membranas celulares, equilibrando-se rapidamente entre o sangue e os tecidos. O nível do álcool no sangue é expresso em miligramas ou gramas de etanol por decilitro (p.ex., 100 mg/dL ou 0,10 g/dL); um nível de 0,02 a 0,03, por exemplo, é o resultado da ingestão de uma a duas doses de bebidas alcoólicas. O organismo, subsequente, metaboliza e excreta aproximadamente uma dose por hora.

Além do etanol, são encontrados, nas bebidas alcoólicas, outros produtos de sua maturação ou fermentação, como metanol, butanol, aldeídos, ésteres, histaminas,

fenóis, ferro, chumbo e cobalto, que são, em grande parte, responsáveis pela diferenciação de sabor entre os tipos de bebidas.

Como consequência de sua alta solubilidade em água, o etanol cai rapidamente na corrente sanguínea, de onde é distribuído para a maioria dos órgãos e sistemas. É absorvido pelas membranas mucosas da boca e do esôfago (em pequenas quantidades), do estômago e do intestino grosso (em quantidades moderadas) e pela porção proximal do intestino delgado, local principal de sua absorção e também onde as vitaminas B são essencialmente absorvidas. A taxa de absorção é aumentada quando o esvaziamento gástrico está acelerado, como na ausência de proteínas, gorduras ou carboidratos, que interferem na absorção, além de outros produtos oriundos da fermentação do álcool, na diluição de uma porcentagem moderada de etanol (máximo de 20% do volume) e na presença de gás carbônico (p.ex., champanhe).

Cerca de 2 a 10% do etanol (baixas e altas concentrações de álcool no sangue, respectivamente) é excretado diretamente pelos pulmões, pela urina ou pelo suor, mas a maior parte é metabolizada no fígado. A mais importante via de metabolização, porém, ocorre no citosol das células hepáticas, em que a álcool desidrogenase (ADH) produz o acetaldeído, que é rapidamente destruído pela aldeído desidrogenase (ALDH) no citosol e na mitocôndria do hepatócito. Em altas doses, a aldeído desidrogenase pode produzir histamina e, por mecanismos variados, causar diminuição dos níveis pressóricos, náusea e vômitos.

A relativa destruição da ALDH pelo dissulfiram é responsável pela intolerância ao álcool em indivíduos alcoolistas tratados com esse medicamento (Figura 1). A segunda via de metabolização ocorre nos microsossomos do retículo endoplasmático liso e no sistema microsossomal hepático de oxidação do etanol (MEOS), que é responsável por aproximadamente 10% da oxidação do etanol quando a concentração de álcool no sangue está elevada.

Apesar do álcool fornecer calorias (uma dose de bebida alcoólica contém 70 a 100 kcal), estas são desprovidas de nutrientes, como minerais, proteínas e vitaminas. O álcool pode, também, interferir na absorção de vitaminas no intestino delgado e diminuir seu armazenamento no fígado com efeitos no folato (ácido

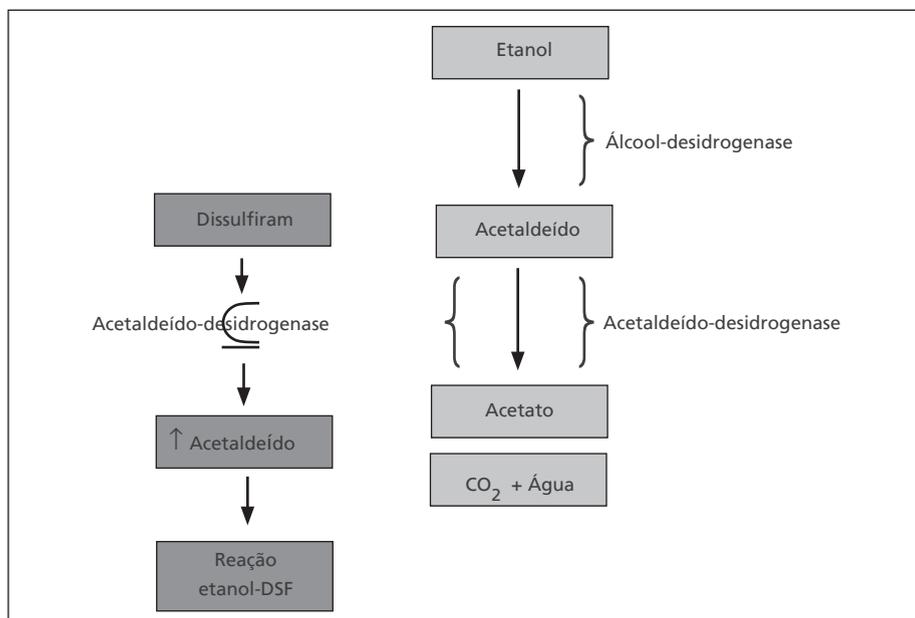


Figura 1 Mecanismo de ação do dissulfiram (DSF).

fólico), na piridoxina (B6), na tiamina (B1), no ácido nicotínico (niacina, B3) e na vitamina A.

Alguns indivíduos metabolizam o álcool melhor que outros. Além disso, é possível que ocorra algum tipo de alteração no sistema biológico devido ao consumo freqüente e abusivo do álcool ou ao esgotamento do organismo, fazendo com que uma pessoa que, até então, tolerava bem o álcool passe a reagir ao consumo de forma patológica. É importante considerar, também, a quantidade de bebida consumida diariamente por um período prolongado, sendo que a fronteira de risco para os homens é aproximadamente 60 g de álcool puro/dia e para as mulheres, de 40 g/dia. Isso significa que uma margem segura deve estar abaixo desses limites. Todavia, a dependência física, com suas conseqüências devastadoras, aparece relativamente tarde, geralmente após 4 a 6 anos de consumo regular para o adolescente e após 6 a 8 anos para o adulto.

SINAIS E SINTOMAS RELACIONADOS AO USO AGUDO E CRÔNICO DE ALCOOL

Segundo Dubowski³, os indivíduos alcoolizados são portadores de um conjunto de sinais comuns, entre os quais se destacam:

- rubor e edema moderado da face;
- edemas das pálpebras;
- olhos lacrimejantes;
- eritrose palmar;
- hálito alcoólico;
- falta de coordenação motora;
- vertigens e desequilíbrio;
- suores;
- tremor fino nas extremidades.

Hematomas podem indicar traumatismos durante a intoxicação ou alterações da coagulação induzidas por insuficiência hepática. No entanto, existem, também, outros sinais relacionados ao consumo crônico e excessivo, como câibras musculares, vômitos matinais, dores abdominais, taquicardia e tosse crônica.

Os indivíduos que fazem consumo excessivo do álcool revelam um conjunto de sintomas físicos ou psicológicos. Os sintomas físicos manifestam-se como pequenos sinais de abstinência, que podem ser neuromusculares, caracterizados por tremores, câibras ou parestesias; digestivos, caracterizados por náuseas ou vômitos; neurovegetativos, por suores, taquicardia ou hipotensão ortostática; e psíquicos, tais como: ansiedade, humor depressivo, irritabilidade, insônias ou pesadelos. A tolerância também é sintoma latente e caracteriza-se pela resistência aos efeitos do álcool.

Quanto aos sintomas psicológicos, caracterizam-se três elementos principais: a alteração do comportamento face ao álcool, a perda de controle e o desejo intenso de consumi-lo. A perda de controle foi um conceito descrito por Jellinek¹, que ajudou muito na compreensão da dependência alcoólica, pois a dificuldade de

controle é um dos principais fenômenos da dependência. O desejo obsessivo e intenso de consumir o álcool (*craving*) é outro fenômeno da dependência, isto é, o indivíduo alcoolizado nunca está satisfeito com a quantidade consumida, o que o faz encontrar inúmeros motivos para consumir mais bebidas alcoólicas.

DEFINIÇÕES

A maioria das pessoas que bebem o fazem de forma moderada. Contudo, há evidências de que o “beber pesado” tem se tornado cada vez mais freqüente e disseminado tanto entre homens quanto entre mulheres. Assim, o aparecimento de problemas decorrentes desse padrão de beber é cada vez mais comum, mesmo em indivíduos que não apresentam o diagnóstico de dependência alcoólica⁹.

Quando os problemas provenientes do uso abusivo do álcool se tornam freqüentes nas diversas áreas de atuação do indivíduo, como na família, no trabalho e na saúde física, deve-se investigar critérios para o abuso e a dependência do álcool.

PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL

O conceito de padrões de consumo aborda tanto aspectos médicos quanto psicossociais do uso de álcool. Os principais padrões de consumo de álcool mencionados na literatura científica são o uso moderado, o beber pesado (BP) e o beber pesado episódico (BPE).

O uso moderado de bebidas alcoólicas é um conceito de difícil definição, uma vez que é interpretado de maneiras diferentes, conforme a percepção de cada indivíduo. Comumente, essa definição é confundida com beber socialmente, que significa uso de álcool dentro de padrões aceitos pela sociedade. No entanto, freqüentemente a moderação é vista de maneira errônea, como uma forma de uso de álcool que não traz conseqüências adversas ao consumidor.

A OMS² estabelece que para evitar problemas com o álcool, o consumo aceitável é de até 15 doses/semana para homens e 10 para mulheres, sendo que 1 dose equivale a aproximadamente 350 mL de cerveja, 150 mL de vinho ou 40 mL de uma bebida destilada, considerando que cada uma contém entre 10 e 15 g de etanol.

O BEP, também denominado *binge drinking*, é definido como o consumo de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião por homens ou quatro ou mais por mulheres, pelo menos uma vez nas últimas duas semanas.

O critério de BPE do National Institute on Alcohol and Alcoholism (NIAAA)⁴ é semelhante, definido como o consumo de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião por homens ou quatro ou mais por mulheres, sem considerar, porém, a frequência desse padrão de consumo. A definição de BPE foi criada a partir de evidências científicas crescentes de que essas quantidades aumentam o risco de o indivíduo apresentar problemas relacionados ao uso do álcool.

O padrão de consumo denominado BP, por sua vez, é definido pelo NIAAA⁴ como qualquer consumo de bebidas alcoólicas acima do considerado uso moderado, ou seja, o consumo de até duas doses de bebida alcoólica por dia para os homens e de até uma dose para mulheres. Em outras palavras, é o padrão de uso de bebidas que excede o uso moderado ou os padrões de uso de álcool socialmente aceitos. Beber pesado é, portanto, um conceito mais amplo, que engloba o padrão BPE.

Um corpo crescente de evidências epidemiológicas tem demonstrado consistentemente que o BP está associado a uma gama significativa de situações adversas à saúde e à sociedade, como danos à saúde física, comportamento sexual de risco, gravidez indesejada, infarto agudo do miocárdio, intoxicação alcoólica, quedas e fraturas, violência (incluindo brigas, violência doméstica e homicídios), acidentes de trânsito, problemas psicossociais (p.ex., na família e no trabalho), comportamento anti-social e dificuldades escolares, tanto em jovens como na população em geral, além de estar associado a um aumento da mortalidade por todas as causas de doenças cardíacas e relacionado a um risco maior para transtornos psiquiátricos, câncer e doenças gastrointestinais.

CLASSIFICAÇÃO DA DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA

Cloninger⁵ propôs três dimensões para a personalidade: a procura da novidade, a evitação do perigo e a busca de recompensa, e classificou o alcoolismo segundo duas tipologias (I e II). Babor⁶ propôs duas tipologias (A e B) a partir da análise de dezessete características encontradas em indivíduos alcoolistas. Há, também,

a proposta elaborada por Adés e Lejoyeux⁷, que integra a de Cloninger⁵ com o alcoolismo primário e secundário, e a de Jellinek, que para classificar os diversos níveis de alcoolismo utilizou letras do alfabeto grego.

Cloninger⁵ classificou o alcoolismo tipo I como o alcoolismo decorrente do meio, a forma mais freqüente, com equivalente freqüência em ambos os sexos, início após os 20 anos de idade, progressão lenta e fatores ligados ao meio e à genética. Já o alcoolismo tipo II foi definido como o alcoolismo exclusivamente masculino, com início antes dos 20 anos de idade, progressão rápida para a dependência, alterações do comportamento durante as fases de intoxicação e impulsividade de comportamentos e de comunicação, mas com menor influência dos fatores de risco genéticos e do meio.

Babor⁶, por sua vez, classificou o alcoolismo tipo A como aquele de início após os 20 anos de idade, evolução lenta, com menor freqüência de psicopatologia associada, melhor prognóstico e menor freqüência das perturbações e dos fatores de risco na infância. Já o tipo B foi classificado como aquele de início antes dos 20 anos de idade, com maior freqüência de alcoolismo familiar, dependência mais grave, maior freqüência de associação com outras drogas e co-morbidade psicopatológica e maior influência dos fatores de risco na infância, como comportamentos agressivos e impulsividade.

Adés e Lejoyeux⁷ propuseram uma classificação que integra a classificação de Cloninger com o alcoolismo primário e secundário, definindo como alcoolismo primário aquele que engloba 70% das formas do alcoolismo, em que a predominância é exclusivamente masculina, de início antes dos 20 anos de idade e derivado dos fatores de risco biológicos ou genéticos. Nessa forma de alcoolismo, os comportamentos são bastante alterados e marcados por impulsividade, agressividade e procura de sensações fortes, com rápida evolução para a dependência, uma vez que implicam consumo excessivo, diário e intermitente. O alcoolismo secundário, por sua vez, engloba os 30% restantes das formas de alcoolismo, em que a predominância masculina é menos marcada, de início após os 20 anos de idade, com fatores de risco que podem ser biológicos ou genéticos, também menos marcados. O grande fator de risco é o consumo do álcool como automedicação, causado por perturbações ansiosas, depressivas ou esquizofrênicas, muitas vezes responsáveis por transtornos de personalidade.

Finalmente, a classificação de Jellinek^{1,10}, que define o alcoolismo como qualquer comportamento alcoólico que cause algum dano ao indivíduo, à sociedade ou a ambos, faz a distinção entre alcoolismo e comportamentos alcoólicos, na qual o alcoolismo passa por vários níveis, considerando o processo de doença e os seus sintomas. Utilizando letras do alfabeto grego, Jellinek¹ classificou os níveis de alcoolismo em:

- alcoolismo alfa: definido como alcoolismo social, no qual o álcool é utilizado como fator desinibitório das relações interpessoais e os sintomas são pura e exclusivamente físicos, ou seja, decorrentes da intoxicação. Nesse tipo, não se coloca em questão a perda de controle, nem a dificuldade para manter abstinência. Também é definido como a categoria de problemas decorrentes do uso do álcool;
- alcoolismo beta: tipo de alcoolismo em que as complicações físicas são maiores (p.ex., gastrites e hepatites) e podem persistir mesmo que não haja dependência física ou psicológica;
- alcoolismo gama: espécie de alcoolismo em que existe um aumento de tolerância ao álcool, adaptação ao metabolismo do álcool, *craving* e perda de controle sobre o consumo. Nessa categoria, estão os alcoolistas crônicos;
- alcoolismo delta: espécie de alcoolismo que reúne as três primeiras características do tipo gama, mas com incapacidade de manter abstinência no lugar da perda de controle;
- alcoolismo épsilon: considerado alcoolismo periódico no indivíduo que, após intervalos de discreta interrupção, volta a beber por dias seguidos, apresentando perda de controle e desenvolvimento de severa dependência psicológica.

Embora Jellinek¹ não considere os dois primeiros tipos como alcoólatras, essa classificação não foi construída como uma gradação. Ao contrário, foi concebida muito mais para indicar os problemas sociais e terapêuticos específicos de cada tipo. A necessidade de tratamento, no entanto, não depende do tipo de alcoolismo, sendo estabelecida de acordo com os aspectos individuais e sociais do dependente.

FATORES DE RISCO PARA A DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA E ASPECTOS DIAGNÓSTICOS

Para que se desenvolva o alcoolismo, são necessárias certas características psicológicas ou determinados traços de personalidade. Todavia, isso não quer dizer que exista um “tipo alcoólatra” determinado e bem definido, pois, além de variações de temperamento e de caráter (p.ex., tendência a reunir problemas ou a lidar de forma defensiva com situações de conflito), que produzem uma inclinação diferente para a bebida, ainda há variações que se referem ao padrão individual de consumo da bebida.

Muitas vezes, o álcool é consumido em razão dos seus efeitos psicodinâmicos, sendo importante que, no processo de tratamento dos prejuízos decorrentes do consumo do álcool, se busque a melhor socialização do indivíduo por meio do desenvolvimento de competências sociais para a administração de conflitos e de uma identidade sem o álcool. Essa tarefa talvez seja a mais significativa, ainda que realizada de forma distinta por cada cultura.

Medidas preventivas, como difusão de conhecimento para as pessoas envolvidas com o tema, inclusão de conteúdos relacionados ao álcool na grade curricular das escolas, deliberações políticas com intuito de restringir a disponibilidade de bebidas alcoólicas e proibição do consumo de álcool em determinadas esferas por pessoas impróprias para esse consumo (p.ex., crianças, grávidas, doentes), em lugares inadequados (p.ex., locais de trabalho em que haja riscos de acidente) e em momentos impróprios (p.ex., ao dirigir) já existem em todas as sociedades nas quais, em princípio, o álcool está livremente disponível.

A identificação precoce do alcoolismo é difícil, pois os prejuízos intelectuais, psicológicos e físicos não se mostram tão evidentes nos estágios iniciais. Para esse diagnóstico, é válido observar as seguintes indicações¹¹:

- a freqüência de doenças menores (pequenos acidentes, inflamação da mucosa gástrica, distúrbios vegetativos e dores);
- instabilidade na marcha como expressão de um princípio de neuropatia;

- sintomas de síndrome de abstinência de álcool (enjôos e náuseas matinais, tremor, medo e apatia);
- consumo de álcool pela manhã;
- beber escondido;
- mudanças de domicílio e de emprego sem motivo aparente.

As doenças decorrentes do consumo de álcool incluem depósito anormal de gordura no fígado (esteatose hepática), hepatite, pancreatite, doenças cardíacas, instabilidade muscular, neuropatia periférica, atrofia do cerebelo, distúrbios de coordenação, delírios, alterações de humor e demência causadas pelo álcool (p.ex., doença de Korsakoff).¹²

A dependência do álcool é definida no IV Manual Diagnóstico Estatístico (DSM-IV)⁸ da Associação Americana de Psiquiatria, como a repetição de problemas decorrentes do uso do álcool em, pelo menos, três das sete áreas de funcionamento, ocorrendo conjuntamente, em um período mínimo de doze meses. Ênfase especial é atribuída à tolerância e/ou aos sintomas de abstinência, condições associadas a um curso clínico de maior gravidade. A dependência ocorre em homens e mulheres de todas as raças e classes socioeconômicas. A Tabela 1 mostra um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três ou mais dos critérios expostos, ocorrendo a qualquer momento no período de 12 meses.

O diagnóstico prediz um curso de problemas recorrentes oriundos do uso do álcool e um conseqüente encurtamento da vida em uma década ou mais. Quando a dependência ao álcool estiver ausente, o indivíduo pode receber o diagnóstico de abuso se apresentar problemas repetidos decorrentes do uso do álcool em pelo menos uma das quatro áreas relacionadas ao viver, isto é, nas esferas social, interpessoal e legal, e problemas ocupacionais ou persistência do uso em situações perigosas (p.ex., beber e dirigir) como pode ser visto na Tabela 2.

Vale ressaltar, porém, que os sintomas para abuso de álcool não devem nunca satisfazer os critérios de dependência para esta classe de substância.

TABELA 1 CRITÉRIOS PARA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL – DSM-IV

Tolerância: definida por qualquer um dos seguintes aspectos: <ul style="list-style-type: none">- necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado;- acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.
Abstinência: manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos: <ul style="list-style-type: none">- síndrome de abstinência característica para a substância. Consultar os critérios A e B dos conjuntos de critérios para abstinência das substâncias específicas;- a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
A substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por período mais longo que o pretendido.
Desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.
Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção e utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos.
Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.
O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (p.ex., uso atual de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela, ou consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo dessa substância).

Fonte: APA.⁸

TABELA 2 CRITÉRIOS PARA ABUSO DO ÁLCOOL – DSM-IV

A. Um padrão mal-adaptativo de uso de substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, e ocorrendo em um período de 12 meses:
(1) Uso recorrente da substância, resultando em fracasso no cumprimento de obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa (p.ex., repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional; ausências, suspensões ou expulsões da escola; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos).
(2) Uso recorrente da substância em situações em que o uso representa perigo físico (p.ex., dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso da substância).
(3) Problemas legais recorrentes relacionados à substância (p.ex., detenções por conduta desordeira).

(continua)

TABELA 2 (CONT.) CRITÉRIOS PARA ABUSO DO ALCÓOL – DSM-IV

(4) Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (p.ex., discussões com o cônjuge acerca das conseqüências da intoxicação ou lutas corporais).
B. Os sintomas jamais satisfizeram os critérios para dependência de substância para esta classe de substância.

Fonte: APA.⁸

PATOLOGIAS CONSEQÜENTES DO ALCOOLISMO

A dependência alcoólica traz grandes problemas e conseqüências ao indivíduo, tanto físicas quanto psíquicas, que podem, na maioria das vezes, causar prejuízos no trabalho, desorganização familiar, comportamentos agressivos (p.ex., homicídios), acidentes de trânsito, exclusão social, entre outros.

As doenças físicas conseqüentes do alcoolismo são de origem gastrointestinal, como úlceras, varizes esofágicas, gastrite e cirrose; neuromuscular, como câibras, formigamentos e perda de força muscular; ou cardiovascular, como a hipertensão; além de impotência ou infertilidade.

Os transtornos mentais, segundo o DSM-IV⁸, associadas ao alcoolismo são o *delirium tremens*; a demência de Korsakoff¹³; as perturbações psicóticas do humor, da ansiedade ou do sono; e a disfunção sexual.

FORMAS DE TRATAMENTO

O tratamento da dependência alcoólica envolve intervenções em vários níveis, já que a doença é bastante complexa, seja na etiologia ou nas implicações sociais, profissionais e familiares.

A intervenção terapêutica destina-se tanto à dependência quanto à abstinência do álcool, contando com algumas intervenções psicoterapêuticas dentro das quais se encontram as terapias de grupo, como os Alcoólicos Anônimos (AA), e as intervenções psicofarmacológicas.

PSICOTERAPIAS

É indispensável o acompanhamento psicoterapêutico do alcoolista. Discutir com o doente as causas que levaram ao alcoolismo, estabelecer estratégias e objetivos são essenciais para um tratamento eficaz e para a manutenção da abstinência. Assim, as psicoterapias são fundamentais na intervenção terapêutica da dependência e abstinência do álcool.

Existem inúmeros métodos de intervenção e, ainda que nenhum consiga comprovar total eficácia, continuam tendo importante papel no acompanhamento da maturação psicológica e na reinserção sociofamiliar dos doentes.

Como o uso do álcool é capaz de produzir conseqüências físicas, intelectuais, psicológicas e sociais para o dependente, os programas de terapia são multidisciplinares e o tratamento é realizado em longo prazo, com o objetivo de conseguir uma abstinência satisfatória. Vale ressaltar que os tratamentos são voltados tanto para o indivíduo acometido quanto para os familiares.

Embora nos últimos tempos os princípios da terapia comportamental, que buscam levar os indivíduos que bebem em excesso ou de forma abusiva a beber de maneira controlada e socialmente aceita, venham sendo utilizados com algum sucesso, a experiência ainda faz com que a maioria dos especialistas seja cética em acreditar que esse tipo de terapia possa levar alcoólatras a beberem de forma controlada.

Mesmo os tratamentos psicologicamente profundos e de longo prazo obtêm pouco sucesso com os dependentes de álcool. Os programas empregados atualmente são, via de regra, conduzidos de modo multidisciplinar e tentam fazer com que o alcoolista mantenha uma abstinência mais prolongada, associada à conquista de um estado de saúde ideal e à diminuição dos danos sociais causados pelo sujeito em seu círculo de convivência. As medidas são implementadas na forma de programas de curto, médio e longo prazos e são bem-sucedidas, principalmente quando conseguem conduzir os doentes a um acompanhamento ambulatorial contínuo por um profissional e a atividades realizadas em grupos de ajuda mútua (p.ex., AA).

O suporte social começa, idealmente, a partir das informações colhidas no âmbito social (pesquisa do problema e diagnóstico social) e do plano de intervenção resultante.

O tratamento do alcoolismo se dá a partir de dois tipos de abordagens:

- ajuda individual: tentativa de construir uma relação que ajude a fortalecer o ego do alcoolista por meio da oferta de cuidado e atenção sem restrições. Os meios comprovados para isso são o estímulo, o compartilhamento de informações, o alívio das pressões emocionais, a discussão dos problemas, o desenvolvimento de comportamentos positivos, o confronto com reações comportamentais inadequadas, a intervenção direta para mudar a situação real e o estabelecimento de limites e barreiras;
- ajuda de grupo: participação em grupos de ajuda mútua, com pessoas com interesses em comum ou de indivíduos igualmente acometidos. Os comportamentos problemáticos provocam reações nos demais integrantes do grupo e tornam possíveis novas experiências e alterações no comportamento e na maneira como as situações são vivenciadas. O grupo oferece amparo emocional e aceitação; assim, os medos, as desconfianças, as agressões e as frustrações podem ser assimiladas, possibilitando que o indivíduo lide de modo mais positivo com a realidade e suas exigências, ganhe autoconfiança e compreensão com os outros e se torne mais tolerante com os fracassos e as decepções.

As contribuições científicas para o entendimento das causas do alcoolismo podem ser classificadas em quatro modelos, em parte concorrentes e, em parte, complementares:

- modelo psicanalítico: enxerga no consumo de drogas, especialmente na embriaguez, um momento de regressão baseado em uma estrutura pré-mórbida de personalidade, o que, por sua vez, remete a um distúrbio anterior na relação mãe e filho. Nesse âmbito teórico, termos como “orgasmo farmacogênico”, “fetiche substituto para o seio materno”, “canibalismo”, “narcisismo” e “coprofagia” são importantes para a explicação do fenômeno;
- modelo psicopedagógico: vê no consumo de cada tipo de droga um comportamento adquirido nas interações sociais, reforçado por normas da sociedade ou da cultura. Experiências positivas com a substância no estágio inicial da de-

pendência também podem reforçá-la. Pertencem a esse âmbito teórico termos como “modelo de aprendizagem”, “ambiente terapêutico”, “pressão social”, “autocontrole” e “capacidade de adiamento da satisfação”;

- modelo sociológico ou de teoria da socialização: vê no consumo de drogas, entre outras coisas, a expressão de uma determinada situação social ou de um determinado ambiente familiar. A isso se somam fatores condicionais, como mudanças culturais e fatores político-sociais. A esse âmbito teórico pertencem termos como “criação repressiva/permissiva”, “*status* socioeconômico”, “mundo da ordem estabelecida”, “consumo insaciável” e “anonimato”;
- modelo multifatorial: enxerga o consumo de drogas como o efeito simultâneo de muitos fatores que interagem mutuamente. Esse modelo remonta os esforços de definição da OMS, mas foi adaptado na literatura técnica européia. As características individuais que levam ao desenvolvimento da dependência de drogas são resumidas, nesse âmbito teórico, em “drogas”, “personalidade do consumidor de drogas” e “sociedade” (ou círculo social).

Por motivos bastante compreensíveis, o modelo multifatorial se mostrou o mais útil para o trabalho na prática, pois não existe uma causa comum para o consumo de drogas, assim como não existe um tipo de consumidor. Na verdade, o que se encontra na história de vida do alcoolista e dos dependentes de outras drogas são múltiplos fatores que se somam, formando uma rede de condições, cuja única conseqüência ou solução possível encontra-se nos comportamentos aditivos. Ao mesmo tempo, fica evidente que é raro despreender da história de vida e do ambiente social do consumidor qual droga ele escolherá. Essa escolha depende muito mais de ofertas e encontros fortuitos.

Há, na literatura científica, provas consistentes de que o tratamento da dependência de álcool oferece resultados positivos àqueles que se submetem. Aproximadamente 70% desses pacientes manifestam redução no número de dias em que houve consumo de álcool e melhora dentro de um prazo de seis meses. Ademais, o tratamento oferece melhoras ao funcionamento familiar do alcoolista, à vida conjugal e à saúde mental.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Durante vários anos, as intervenções farmacológicas ficaram restritas ao tratamento da síndrome de abstinência do álcool e ao uso de drogas aversivas. Nos últimos dez anos, a naltrexona e o acamprosato foram propostos como importantes intervenções adjuvantes ao tratamento psicossocial da síndrome de dependência do álcool. Mais recentemente, os medicamentos ondansetron e topiramato surgiram como promissoras estratégias terapêuticas, estando em fase de aprovação.¹⁴

Dissulfiram

O dissulfiram (DSF) é um inibidor irreversível e inespecífico das enzimas que decompõem o álcool no estágio de acetaldeído. Ao inibir a enzima acetaldeído desidrogenase (ALDH), ocorre acúmulo de acetaldeído no organismo, levando à reação etanol-dissulfiram.

As contra-indicações para seu uso são: cirrose hepática com hipertensão porta; mulheres grávidas, devido ao risco de anomalias congênitas, à síndrome mental orgânica e ao prejuízo da capacidade de compreensão do risco da reação etanol-dissulfiram. O DSF foi a primeira intervenção farmacológica aprovada pelo Food and Drug Administration (FDA) para o tratamento da dependência de álcool. Os pacientes devem se abster totalmente do álcool e possuir completo entendimento acerca dos riscos e princípios do tratamento.

O DSF oral supervisionado é eficaz quando incorporado a um tratamento de abordagem psicossocial no qual são criadas novas habilidades sociais por meio de aconselhamento, além de atividades de ressocialização e recreacionais que estimulem a abstinência.

O DSF é uma medicação com boa tolerabilidade, tendo a hepatite como um efeito adverso raro que ocorre principalmente após dois meses de tratamento. Recomenda-se monitorizar a função hepática a cada três meses na fase de manutenção. No primeiro mês de tratamento, esses exames laboratoriais podem ser realizados a cada duas semanas.

A dose habitual é de 250 mg/dia em dose única diária, após um intervalo de, pelo menos, 12 horas de abstinência. Os pacientes também podem beneficiar-se com doses de 500 mg/dia. A duração recomendada para o tratamento é de um ano.

Naltrexona

A naltrexona é um antagonista opióide utilizado como coadjuvante das intervenções psicossociais no tratamento ambulatorial do alcoolismo devido à sua atuação como atenuante dos efeitos prazerosos do consumo de álcool.

Em 1995, o FDA aprovou a naltrexona para o tratamento do alcoolismo, pois o álcool estimularia indiretamente a atividade opióide endógena ao promover a liberação dos peptídeos endógenos (encefalinas e beta-endorfinas) na fenda sináptica. As principais contra-indicações ao uso da naltrexona são doenças hepáticas agudas e crônicas.

O principal efeito adverso da naltrexona é a náusea, que geralmente coincide com os níveis plasmáticos atingidos em um período de até 90 min. após a ingestão do medicamento.

A posologia recomendada da naltrexona no tratamento do alcoolismo é de 50 mg/dia. O esquema terapêutico consiste na prescrição de 25 mg/dia na primeira semana de tratamento, visando a diminuir a incidência e gravidade dos efeitos adversos. Após esse período, pode-se elevar a dose para 50 mg/dia.

Os ensaios clínicos com naltrexona postulam o período de doze semanas para o tratamento. A naltrexona parece manter as taxas de recaídas até o quinto mês após a sua suspensão. Deve-se realizar a monitorização mensal dos valores da bilirrubina total e suas frações e das transaminases séricas nos três primeiros meses e, depois, a cada três meses. Se as elevações das transaminases persistirem, a naltrexona deve ser suspensa.

Acamprosato

O acamprosato (acetil-homotaurinato de cálcio) inibe a atividade excitatória glutamatérgica, agindo, provavelmente, em uma subclasse dos receptores de glu-

tamato (NMDA), especialmente quando há hiperatividade desses receptores, e foi aprovado em países europeus para o tratamento da dependência alcoólica.

O acamprosato tem sido considerado um co-agonista parcial do receptor NMDA. Há indícios de que essa medicação reduz a recaptação do cálcio induzida pelo glutamato nos neurônios, suprime as respostas condicionadas ao etanol em animais dependentes, reduz os efeitos aversivos da retirada do álcool e inibe a hiperexcitabilidade cerebral do glutamato. O acamprosato possui boa absorção oral que, no entanto, é prejudicada com a ingestão concomitante de alimentos. Além disso, o acamprosato não apresenta ligação protéica. Essas características sugerem que essa medicação não exerce interações medicamentosas preocupantes. Pacientes com insuficiência hepática também podem receber o acamprosato, uma vez que não há alteração na farmacocinética da droga.

Em geral, os efeitos adversos relatados são cefaléia, dor abdominal, náuseas e vômitos ou efeitos dermatológicos como: prurido, erupção cutânea máculo-papular e reações bolhosas. Enjôos, confusão mental, sonolência e alteração de libido também foram relatados.

O acamprosato deve ser administrado em pacientes dependentes de álcool com mais de 60 kg, em três tomadas diárias, sendo dois comprimidos de 333 mg nos três períodos do dia, sempre antes das refeições. A maioria dos estudos orienta a administração deste medicamento para pacientes com menos de 60 kg em dose menor, ou seja apenas um comprimido da mesma quantidade nos três períodos do dia. O tempo de manutenção da medicação é variável; os ensaios clínicos realizados utilizam a droga por 6 a 12 meses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão de como reagir aos diversos padrões de consumo do álcool, à indústria de bebidas alcoólicas e ao problema do alcoolismo é uma posição arbitrária quem tem imposto às famílias, às cidades e às nações a criação de inúmeras medidas de intervenção responsáveis pela definição das seguintes aspirações:

- uma cultura da abstinência ou uma sociedade cujo ideal é estar livre dos meios que causam dependências;
- uma cultura ambivalente ou uma sociedade em que o consumo é um ritual excepcional;
- uma cultura permissiva, ou seja, uma sociedade de liberdades individuais e arbitrariedades;
- uma cultura funcionalmente perturbada ou uma sociedade que destrói a si mesma ou que é destruída pelo álcool.

Em qual desses ambientes é melhor viver?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jellinek EM. The disease concept of alcoholism. New Brunswick: Hillhouse Press, 1960.
2. World Health Organization – WHO. Global status report on alcohol. Geneva: WHO, 2004.
3. Dubowski KM. Absorption, distribution and elimination of alcohol: highway safety aspects. *J Stud on Alcohol* 1985; (Suppl.10):98-108.
4. National Institute on Alcohol and Alcoholism – NIAAA. Helping patients who drink too much: a clinician's guide, National Institute on Alcohol and Alcoholism. 2005. Disponível em: pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/guide.pdf.
5. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variations. A proposal. *Arch Gen Psych*, 1987;44(6):573-88.
6. Babor TF, Hofmann M, DelBoca FK et al. Types alcoholics. 1. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Arch Gen Psych*, 1992. 49(8):599-608.
7. Adés J, Lejoyeux M. Comportamentos alcoólicos e seu tratamento. 2.ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2004.
8. American Psychiatric Association – APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4.ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
9. Silveira CM, Pang W, Andrade A, Andrade LH. Heavy Episodic drinking in the São Paulo epidemiologic catchment area study in Brazil: gender and socio-demographic correlates. *J of Stud on Alcohol* 2007; 68:18-27.
10. Jellinek EM. Phases of alcohol addiction. *Q J Stud* 1952; 13(4):673-84.
11. Morse RM, Flavin DK. The definition of alcoholism. The Joint Committee of the National Council on Alcoholism and Drug Dependence and the American Society of Addiction Medicine to Study the Definition and Criteria for the Diagnosis of Alcoholism. *JAMA* 1992; 268:8

12. Mincis M, Chebli MFJ, Khouri ST, Mincis R. Etanol e o trato gastrointestinal. *Arq Gastroenterol* 1995; 32(3):131-9.
13. Zubarán C, Fernandes J, Martins F, Souza J, Machado R, Cadore M. Clinical and neuropathological aspects of Wernicke-Korsakoff syndrome. *Rev Saúde Pública* 1996; 30:6.
14. Andrade AG e Cruz MS. Alcoolismo: recursos terapêuticos e agentes farmacológicos promissores. *J Bras Psiquiatr* 2005; 54(4):270-276.

BIBLIOGRAFIA

1. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale klassifikation psychischer störungen. ICD-10, Kapiel V (F). Bern Göttingen Toronto/Seattle, 2000.
2. Feuerlein W. Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart 1989.
3. Fleisch E, Haller R, Heckmann W (orgs.). Suchtkrankenhilfe. Lehrbuch zur Vorbeugung, Beratung und Therapie. Weinheim: Basel, 1997.
4. Gastpar M, Mann K, Rommelspacher H (orgs.). Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart. New York: thieme, 1999.
5. Gerdes K, von Wolfersdorf C. Ehlert Drogenszene – suche nach Gegenwart. Stuttgart:Enke, 1974.
6. Krasney DE. Sozialrechtliche Vorschriften für die Behandlung Suchtkranker. Kassel: Nicol, 1992.
7. Kielholz P, Ladewig D. Die Drogenabhängigkeit des modernen Menschen. München: Lehmanns,1972.
8. Richter G, Rommelspacher H, Spies C (orgs.). Alkohol nikotin kokain... und kein ende? Suchtforschung, suchtmmedizin und suchtttherapie am beginn des neuen jahrzehnts. Lengerich: Pabst, 2002.
9. Seitz HK, Lieber CS, Simanowski UA (orgs.). Handbuch alkohol. Heidelberg: Barth, 2000.
10. Steinbrecher W, Solmos H (orgs.). Sucht und missbrauch. Stuttgart: Thieme 1975.

