

## PREVENÇÃO PRIMÁRIA DO ALCOOLISMO

### Esboço de programa para população urbana brasileira

Ryad SIMON \*

RSPU-B/220

RSPU-B/220

SIMON, R. — *Prevenção primária do alcoolismo: esboço de programa para população urbana brasileira.* Rev. Saúde públ., S. Paulo, 8:249-55, 1974.

RESUMO: *Estudo de dados de população de alcoólatras em 3 sanatórios de São Paulo (Brasil) com a finalidade de se realizar pesquisa sobre prevenção primária do alcoolismo. Conseguiu-se separar certas variáveis (idade, sexo e fatores ambientais) que permitiram caracterizar uma "população sob risco especial" de adquirir alcoolismo. Algumas hipóteses etiológicas foram aventadas permitindo, dentro de uma vaga noção de história natural do alcoolismo, atuar em nível de "proteção específica", visando impedir a incidência de etilismo na maioria da população mais susceptível.*

UNITERMOS: *Alcoolismo\*; Prevenção\*; População urbana\*; Etiologia; Saúde mental.*

#### I N T R O D U Ç Ã O

Analisando o trabalho de SONENREICH<sup>2</sup>, encontramos alguns dados muito sugestivos para elaboração de um esboço de programa de prevenção primária do alcoolismo. Considerando que: a) geralmente mais de 20% de todos os pacientes masculinos e 5% dos pacientes femininos internados em sanatórios psiquiátricos para pacientes agudos são atendidos *exclusivamente por alcoolismo*; b) sendo a mesma aproximadamente a proporção de internações apenas por etilismo em várias partes do mundo; c) a sobrecarga de hospitalização por alcoolismo tende a aumentar — LECOQ<sup>3</sup> registra que em 1955, em seu hospital (Tenon), o número de dias para internação por alcoolismo se

revelou dez vezes superior do que antes de 1944; d) muitas das pessoas que apresentam alcoolismo não chegam a ser internadas, apesar de causarem danos a si e à comunidade; e) o alcoolista, uma vez ultrapassada a fase inicial, chamada de "alcoolismo sintomático"<sup>1</sup> (beber para aliviar tensões), ingressa num segundo estágio onde a recuperação é difícilíssima (alcoolismo inveterado, "addictive drinking", dependência compulsiva semelhante à toxicofilia) e caminha para um último estágio de alterações orgânicas e distúrbios mentais irreversíveis (principalmente a psicose de Korsakoff); f) uma vez instalado o etilismo, as medidas (na acep-

\* Do Instituto de Psicologia da USP — Cidade Universitária — São Paulo, SP — Brasil e da Escola Paulista de Medicina — Rua Botucatu, 720 — São Paulo, SP — Brasil

ção de LEAVELL & CLARK<sup>2</sup> de prevenção secundária (tratamento propriamente dito) e de prevenção terciária (reabilitação), são muito dispendiosas e de resultado sofrível, concluimos que a extensão do distúrbio é de tal monta que transcende a esfera de ação de especialistas trabalhando isoladamente, caindo no âmbito da Saúde Pública. (Embora a ação dos especialistas seja útil ao paciente e sua família, não conflitando, mas complementando o trabalho da Saúde Pública). Onde parecer-nos necessário organizar medidas abrangendo a comunidade, o que só se alcança em nível institucional. Essa ação comunitária precisa ser organizada segundo um programa de prevenção. Vejamos como, pelo estudo do trabalho de SONENREICH<sup>5</sup>, entrevemos um esboço de programação para prevenção primária do alcoolismo. Isto é, conjunto de medidas para impedir que a maioria dos susceptíveis venham a se tornar alcoólatras.

As Tabelas 1, 2, 3 (SONENREICH<sup>5</sup>) referem-se ao levantamento efetuado numa população de 250 alcoólatras, dos quais 215 homens e 35 mulheres, internados em três sanatórios de São Paulo, na última década, cuja razão para tratamento era exclusivamente alcoolismo, sem perturbações mentais outras.

Inspecionando a Tabela 1 notamos que para os homens que vieram a se tornar alcoólatras, 77% iniciaram-se no uso do álcool antes dos 20 anos de idade. E, também, que entre os 11 e 20 anos de idade situa-se a maioria dos iniciantes, ou 72%. Se tomarmos todas as mulheres alcoólatras da Tabela 1, notaremos que 71% delas começaram a beber em alguma idade após os 20 anos.

Não foram incluídos valores acima de 50 anos, por não terem sido encontrados pacientes com início do uso do álcool acima desta idade.

T A B E L A 1

Início do uso do álcool em pacientes internados nos sanatórios de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público, Casa de Saúde Tremembé e Hospital Mairiporã, S. Paulo

Idade	Masculino	Feminino
Antes dos 10 anos	12 ( 5,6%)	2 ( 5,7%)
11 — 15	32 (14,9%)	3 ( 8,6%)
16 — 20	122 (56,7%)	5 (14,3%)
21 — 25	28 (13,0%)	6 (17,1%)
26 — 30	8 ( 3,7%)	6 (17,1%)
31 — 40	8 ( 3,7%)	11 (31,4%)
41 — 50	2 ( 0,9%)	1 ( 2,9%)
Indeterminado	3 ( 1,4%)	1 ( 2,9%)
Total	215	35

Fonte: SONENREICH<sup>5</sup>, p. 107-8.

Se fossemos esquematizar a história natural do alcoolismo observaríamos que o sexo é um fator relevante no processo patogênico. Pelo simples fato de pertencer ao sexo masculino mais de 2/3 da população apresentaria o período pré-patogênico situado *antes* dos 20 anos de idade. Já para as mulheres esse período seria postergado, situando-se *após* os 20 anos de idade. Em suma, que os homens seriam vulneráveis muito mais cedo. Possivelmente essa diferença se deva não diretamente a fatores biológicos ligados ao sexo, mas fatores sócio-culturais ligados ao papel masculino.

SONENREICH<sup>5</sup>, a propósito de estudar peculiaridade da população etilista, informa que 20% dos pais, 4% das mães e 20% dos irmãos dos pacientes masculinos da amostra de alcoólatras estudados eram também alcoólatras. E nas mulheres etilistas desta amostra, 28% dos pais, 14% das mães e 22% dos irmãos eram igualmente alcoólatras. Conclui o autor: "No total, 78% de nossos casos femininos têm parentes alcoólatras, e somente 43% de homens".

A partir destes elementos já poderíamos definir uma "população sob risco especial" Isto é, uma população mais

vulnerável à doença do que a população geral sujeita ao mesmo risco. Com a seleção desses indivíduos teríamos a vantagem de concentrar os escassos recursos onde eles teriam mais oportunidade de serem necessitados, e acionados mais rapidamente quando solicitados. Com um mínimo de dispêndio alcançaríamos o máximo de eficiência preventiva. Aplicando o que acabamos de dizer ao material estudado chegamos a uma definição provisória, que iremos ampliar adiante. A população sob risco especial de vir a se tornar alcoólatra seria: no grupo dos homens, aqueles que se iniciassem no álcool com menos de 20 anos de idade e que tenham parentes alcoólatras. No grupo feminino, aquelas que se iniciam no uso do álcool após os 20 anos de idade, e têm parentes alcoolistas. Estes seriam os elementos a serem alcançados dentro da comunidade pela equipe de saúde mental funcionando num programa de prevenção primária: *antes* de virem a contrair a adição alcoólica, evitando que *depois* batam às portas das instituições quando o hábito está bem arraigado e que já

causou prejuízos ao paciente e seu próximo, e o prognóstico é mau.

SONENREICH<sup>5</sup> fornece pistas para conjecturas sobre a etiologia do alcoolismo, a partir das quais podemos construir planos visando a “proteção específica”<sup>2</sup> da população sob o risco especial selecionada segundo o critério aqui proposto.

Na Tabela 2 estão agrupadas as motivações que na opinião dos próprios pacientes os levaram a se habituarem ao álcool. As motivações alegadas pelos pacientes estudados foram agrupadas em quatro itens; e quando havia alusão a mais de um motivo foram separadas no item “causas combinadas”. Os itens são os seguintes, na exposição de SONENREICH<sup>5</sup>: “1) *Influências externas*, mormente a intervenção dos ‘colegas’, camaradagem, serviço militar, jogo de futebol. 2) *Desgostos* em conexão com desajustes na família, adultério, morte de parentes, perda de emprego, etc. 3) *Dificuldades materiais*, pobreza. 4) (*Conflitos psicológicos*) Conflitos internos, distúrbios de personalidade”.

T A B E L A 2

Motivações para adição alcoólica, na opinião dos pacientes internados nos sanatórios de psiquiatria do Hospital do Servidor Público, Casa de Saúde Tremembé e Hospital Mairiporã, S. Paulo

Motivações	Masculino	Feminino
1. Influências externas	92 (42,6%)	9 (25,7%)
2. Desgostos	40 (18,5%)	18 (51,4%)
3. Dificuldades materiais	3 (1,4%)	1 (2,9%)
4. Conflitos psicológicos	11 (5,1%)	—
Causa combinadas: 1 + 2	23 (10,6%)	3 (8,6%)
1 + 3	4 (1,9%)	—
1 + 4	6 (2,8%)	—
1 + 2 + 4	1 (0,5%)	—
1 + 2 + 3	2 (0,9%)	—
2 + 3	5 (2,3%)	—
2 + 4	8 (3,7%)	—
2 + 3 + 4	1 (0,5%)	—
3 + 4	2 (0,9%)	1 (2,9%)
1 + 2 + 3 + 4	1 (0,5%)	—
Não indicaram causas	16 (7,9%)	3 (8,6%)
<b>Total</b>	<b>215</b>	<b>35</b>

Fonte: SONENREICH<sup>5</sup>, p. 77.

Sabemos quanto é reservada a validade das avaliações do sujeito sobre suas próprias motivações. Ainda mais quando o comportamento inquirido é submetido a reprovação social. Nestes casos a vergonha, a culpa, influem na elaboração de racionalizações visando absolvição, ou complacência, ou compaixão. Em todo caso, quando cada qual ignora as respostas do outro, e a concordância é grande, como nos itens 1 e 2. Ou quando a associação dos fatos é passível de ser estabelecida quase numa relação de causa e efeito como no item 2, “desgostos”, então é provável que estes dados traduzam mais do que meras justificativas despistatórias, e indiquem algo aceitável como fator predisponente na etiologia do distúrbio.

Assim sendo, o item assinalado como “1) Influências externas”, nos homens, aparece como causa isolada em 92 casos, e como “causa combinada” em outros 37 indivíduos, totalizando 129 ou 60% das razões que levaram a população masculina de alcoólatras à adição. Já nas mulheres o item “2) Desgostos”, entra como causa isolada em 18, e como “causa combinada” em mais outras 3, somando 21, ou 60% da população das pacientes femininas alcoólatras do estudo em questão. (É curioso assinalar que apesar de 78% dos pacientes femininos terem parentes alcoólatras, apenas 9, ou 26% deram como causa de etilismo as “influências externas”; e 34% se adicionarmos as “causas combinadas”).

Podemos supor, com base nestes dados, que a etiologia do alcoolismo é diferente para homens e mulheres. Ou seja, que apesar de haver alguns fatores predisponentes comuns, os fatores desencadeantes não serem os mesmos nos dois sexos.

Essa suposição é reforçada pela análise da Tabela 3 onde notamos que 73% dos homens apresentam idade de instalação da dependência ao álcool no intervalo etário de 21 a 40 anos. E que uma proporção quase igual de mulheres (71%) distribui-se no intervalo etário de 26 a 50 anos.

T A B E L A 3

Idade da instalação da dependência ao álcool em pacientes dos sanatórios de psiquiatria do Hospital do Servidor Público, Casa de Saúde Tremembé e Hospital Mairiporã, S. Paulo

Idade	Masculino	Feminino
(11) — 15	1 ( 0,5%)	—
16 — 20	11 ( 5,1%)	1 ( 2,9%)
21 — 25	28 (13,1%)	4 (11,4%)
26 — 30	64 (29,9%)	4 (11,4%)
31 — 40	65 (30,4%)	13 (37,1%)
41 — 50	23 (10,7%)	8 (22,9%)
51 — 60	10 ( 4,7%)	3 ( 8,6%)
61 — 70	1 ( 0,5%)	—
Indeterminado	11 ( 5,1%)	2 ( 5,7%)
Total	215	35

Fonte: SONENREICH<sup>3</sup>, p. 77.

Isso sugere que o alcoolismo das mulheres difere por apresentar uma idade de instalação mais tardia. Vejamos se podemos dar a estes dados um tratamento que forneça maior peso a essas conjecturas. Infelizmente, os dados da Tabela 3 não permitem um tratamento bem rigoroso das diferenças porque o intervalo de classe por idades não é o mesmo no começo e no fim da escala. Isto é, na amplitude de 15 a 30 anos o intervalo de classe é determinado de 5 em 5 anos, e a partir de 31 anos o intervalo de classe aumenta para 10. Usando um artifício que nos parece lícito para análise da distribuição de frequência estudada parece-nos possível contornar essa dificuldade. A distribuição das frequências na Tabela 3 é semelhante à distribuição normal. Podemos calcular a média por dados agrupados em classes. Para isso usaremos o recurso de juntar duas a duas as quatro primeiras classes. Obtemos duas classes com 10 anos de intervalo,

igualando-as assim às demais classes da Tabela 3 a partir dos 31 anos de idade. A média aritmética resultante assim calculada dá, para os homens, 31,8 anos de idade média da dependência ao álcool, e, para as mulheres, 36,7 anos. Calculamos o desvio padrão das distribuições de homens e mulheres, encontrando respectivamente 9,6 e 9,8. Isso nos permite calcular a significância da diferença entre as médias. Obtivemos uma “razão crítica” = 2,67, indicando que a *diferença entre homens e mulheres* no que se refere à *idade de instalação da dependência ao álcool é estatisticamente significativa ao nível de 1%*. Isso reforça a hipótese de haver alguns fatores etiológicos diferentes nos dois sexos.

Integrando os vários elementos até aqui considerados parecem-nos indicar que para os homens as “influências externas” (apontadas na Tabela 2) são mais importantes como fatores determinantes do alcoolismo. O início do uso do álcool, bem como a instalação da dependência começam mais cedo, concordando com a avaliação subjetiva das motivações para o alcoolismo. Também para as mulheres o quadro composto pelas três tabelas examinadas é coerente. O início do uso do álcool e a instalação da dependência mais tardia, concordam com a avaliação subjetiva de serem os “desgostos” os determinantes principais do alcoolismo na mulher. Pois, em nossa cultura, a partir do momento em que a mulher ultrapassa os 20 anos, para muitas delas os dissabores, os atritos e frustrações existenciais vão tendendo a crescer e acumular-se. (Lembremos que no item 2 “Desgostos” foram incluídas motivações devidas a “desajuste na família, adultério, morte de parentes, perda de emprego, etc.”).

Podemos agora caracterizar um pouco mais precisamente nossa *população sob risco especial de adição alcoólica*. Para os homens, correriam maior risco de se tornarem alcoólatras os menores de 20

anos já iniciados no uso do álcool, com parentes alcoólatras, e que convivem com companheiros que os pressionam para beber. Dentre as mulheres, estariam sob maior risco de se tornarem etilistas aquelas que se iniciaram no uso do álcool após os 20 anos, têm parentes alcoólatras e estão vivendo sob tensão perturbadora do equilíbrio psíquico.

Esta caracterização nos orienta na programação da prevenção primária do alcoolismo. Uma vez detectados, na comunidade, pela equipe de saúde, como primeiro passo do programa, os indivíduos sob risco especial, poderiam ser ensaiadas medidas corretoras específicas. No caso dos homens parece estar influenciando a pressão do grupo, organizada segundo atitudes e crenças que atribuem ao álcool valores positivos. Beber é aprovado, recusar-se a beber é reprovado. Beber está associado a masculinidade, força, resistência. Dentro desse contexto a estratégia preventiva indicaria como desejável o uso de influências psicológicas de natureza social que neutralizassem as pressões ambientais favoráveis à bebida. Assim, grupos recreativos, esportivos, educacionais, e mesmo psicoterápicos (de tipo suportivo), poderiam ser organizados pela equipe preventiva, objetivando anular a valorização positiva do álcool e apresentar fórmulas substitutivas para afirmação da identidade masculina que fossem mais realistas e menos prejudiciais. Quanto às mulheres, como os fatores de crise emocional, ou de privação crônica de afeto, respeito, parecem decisivos, poderia ser estudada uma dupla estratégia. Em ambos os casos as medidas preventivas seriam de natureza predominantemente psicoterápica. No caso do indivíduo (da nossa população sob risco especial) estar atravessando uma situação crítica (morte de parente, separação do marido, etc.), a intervenção imediata durante a crise, sob forma de psicoterapia individual, de tipo breve, focalizando o problema crítico, pareceria a mais re-

comendável. No caso de perturbação crônica geradora de desgostos contínuos (maus tratos do marido, parente com doença crônica incurável e incapacitante, privação material prolongada, distúrbios psíquicos de longa duração, etc.), intervenções psicoterápicas com objetivos mais amplos (reeducativos e em parte reconstitutivos) seriam preferíveis. Nesse caso o atendimento grupal dos pacientes talvez fosse a única forma de abarcar maior número de indivíduos durante um tempo relativamente prolongado. Muitas vezes o trabalho junto à família seria indispensável. Outras vezes haveria que trabalhar junto à comunidade (colocação ou recolocação ocupacional, reabilitação, etc.). É interessante notar que embora as medidas psicoterápicas a prazo médio e longo sejam do âmbito da "prevenção secundária"<sup>1</sup>, vale ressaltar que na medida em que estamos tentando aliviar o sofrimento do paciente, procurando *impedir que se habitue ao álcool*, estamos, nesse sentido, fazendo prevenção primária do alcoolismo.

Antes de concluir conviria alertar para o risco das generalizações apressadas. A população aqui estudada não é representativa da população de São Paulo, me-

nos ainda do Estado. Os dados seriam generalizáveis para a população servida pelas três instituições que serviram de campo para o trabalho de SONENREICH<sup>6</sup> (Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual, Casa de Saúde Tremembé e Hospital Mairiporã de Psiquiatria). Seria altamente frutífero se outras instituições que atendem alcoólatras fizessem levantamentos nas linhas aqui assinaladas para confronto dos resultados. Isso permitiria a elaboração de uma estratégia preventiva global para a Capital paulista, e talvez aplicável a outras grandes cidades brasileiras com aspectos semelhantes. Pensamos que o esboço de programa que propusemos — que para aplicação requereria inúmeras considerações de detalhe — tem uma fundamentação aceitável, precisando de experimentação, a nível de pesquisa piloto, para estudo de seus efeitos. (As camadas da população alcançadas pelas três instituições aqui referidas poderiam servir de universo para o experimento). Caso se revele eficaz, parece-nos de exequibilidade ao alcance dos recursos institucionais que dispomos, se houver treinamento adequado de equipes de saúde mental.

RSPU-B/220

SIMON, R. — [Primary prevention of alcoholism: outline of a Brazilian program]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 8:249-55, 1974.

**SUMMARY:** Some data on alcoholism occurrence in there sanatoria of S. Paulo (Brazil) were studied in order to realize a research on primary prevention. Some variables (age, sex and environmental factors) that could make us come to the characterization of a "population at special risk" of becoming alcohol addicts, were reached. Some etiological hypothesis were also presented, that lead us, by means of a vague outline of a natural history of etilism, to measures of "specific protection", directed at preventing the incidence of alcoholism in all more susceptible people.

**UNITERMS:** Alcoholism\*; Prevention\*; Population, urban\*; Etiology; Mental health.

---

SIMON, R. — Prevenção primária do alcoolismo: esboço de programa para população urbana brasileira. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 8:249-55, 1974.

---

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CAPLAN, G. — *Principles of preventive psychiatry*. New York. Basic Books. 1964.
2. LEAVELL, H. R. & CLARK, E. G. — *Preventive medicine for the doctor in his community*. 3<sup>rd</sup> ed. New York, Mc Graw-Hill, 1965.
3. LECOQ, R. — *L'alcoolisme et son traitement*. Paris, Doin, 1957.
4. ORGANIZATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Comité d'Experts de la Santé Mentale. Genève, 1950. *Rapport sur la première session du Sous-Comité de l'alcoolisme*. Genève, 1951. (Ser. Rapp. techn., 42)
5. SONENREICH, C. — *Contribuição para o estudo da etiologia do alcoolismo*. São Paulo, 1971. [Tese de doutoramento — Faculdade de Medicina — USP]

Recebido para publicação em 14-5-1974

Aprovado para publicação em 9-8-1974