

APOSTILA 06 DA DISCIPLINA FISILOGIA DO TRABALHO/ ERGONOMIA E RISCOS NO TRABALHO

Tema: Os sinais e sintomas de alcoolismo e uso de droga

1. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO CONSUMO DO ÁLCOOL

1.1. Registro Histórico

Quando se olha para o passado da humanidade, encontramos muito da história, dos costumes e dos hábitos que a constituíram. É possível ver que o álcool se faz presente como uma dessas tradições, desde a antiguidade. A história aponta o gosto do homem pela bebida alcóolica. O uso desta substância atravessa o percurso da humanidade, sendo culturalmente aceito e estando sempre presente no meio social, como em festividades, cerimônias religiosas e demais eventos sociais.

Neste percurso histórico percebe-se que o álcool acompanhou a civilização, ou seja, existiu em todas as culturas humanas, e o consumo se deu de diversas formas. Nota-se que o uso desta substância, vem sendo, até hoje, um meio de alterar o estado de consciência do sujeito.

Freud (1930), em *O Mal Estar da Civilização*, aponta que o sujeito cessa seu sofrimento através do uso de substâncias tóxicas, que o tornam, este insensível a sua dor. Todo sofrimento nada mais é do que sensação: “só existe na medida em que o sentimos, e só o sentimos como consequência de certos modos pelos quais nosso organismo está regulado” (FREUD, 1927-1931, p. 85).

No decorrer desta contextualização, foram apresentados alguns recortes sobre o consumo da bebida alcóolica desde a antiguidade até o momento em que esta passa a ter a conotação de doença, conforme Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados á Saúde (CID 10).¹

Nota-se, no percurso histórico, que o abuso de álcool já era vivenciado desde os primórdios da humanidade. Nessas sociedades, existia o consumo excessivo, sem um olhar de dependência e doença.

O álcool já era utilizado, antes de começar a escrever sobre sua dependência na sociedade. Foi produzido e utilizado para comemorar vários acontecimentos festivos, em remédios e até para adoração e despedidas dos falecidos. As bebidas alcóolicas serviam também para esquecer tristezas e livrar de tensões (PHIPPS et. al. 1990, apud SOARES, 2010).

Mas, o registro sobre o uso do álcool aparece em diversos povos da antiguidade, desde sua produção até o consumo. Há diversas referências ao consumo do vinho no Antigo Testamento, se for tomada a passagem de “Gênesis 9.21”, aparece a embriaguez de Noé. Segundo a passagem bíblica, Noé plantou vinha, e fez o vinho, consumindo até se embriagar. O relato traz que Noé gritou e tirou a roupa, por conta desta embriaguez. Seu filho, Cam, encontra-o embriagado, e sente vergonha da atitude do pai. Partindo desta passagem, tem-se o conhecimento do primeiro relato de um caso de embriaguez. Ajax C. da Silveira, (1980):

Refere que nas páginas das Sagradas Escrituras, encontramos o triste relato do que ocorreu com o patriarca Noé, quando pela primeira e única vez se embriagou. Foi um quadro humilhante e funesto, mas que a todo o momento está se repetindo ainda hoje, na casa de muitos alcoólatras (p. 24).

O relato acima permite pensar que a embriaguez, já naquela época, estava presente no meio social, causando mudanças no comportamento que prejudicariam, mais tarde, os aspectos físicos e emocionais, bem como a inter-relação com os demais.

Hugh Johnson, (1989) faz referência ao uso do álcool na lenda de Upnapishtim que também constrói uma arca, larga três pássaros sobre a água, e mata um animal em oferenda.

No entanto, Upnapishtim não fez o vinho, ele aparece em outra parte do escrito, onde, Gilgamesch entra no reino do sol e lá encontra um vinhedo encantado, caso consumisse desse vinhedo se tornaria imortal.

Outras lendas referenciadas pelo autor é Código de Hammurabi, e os Códigos Hititas, que são os primeiros livros sobre as leis. Ambos se referem ao vinho. O Egito não foi o primeiro povo a produzir o vinho, mas possível identificar que o vinho esteve presente nas tumbas dos faraós, pelas pinturas, retratando as etapas da produção ao consumo.

Já o poeta Homero fala de vinho em suas poesias, nas narrativas da guerra de Tróia e cita a ilha Lemnos, no mar Egeu, como fornecedora de vinho para essas tropas. Homero também descreveu os vinhos Gregos ao narrar Odisseu, que, junto com ele, sempre tinha vinho tinto para beber, que era diluído na água por ser forte, e, assim, utilizado para o consumo.

A Revista do Centro de Informação de Saúde e Álcool (CISA) indica que os Gregos, provavelmente, foram um dos exportadores de vinho. Havia, naquela época, os simpósios, que eram reuniões nas quais pessoas deitavam em divãs e bebiam vinho.

Desta forma, conversavam em um ambiente alegre de convívio. Nota-se que, para poder falar livremente, e deitar em um “divã”, era necessário o uso do álcool, que se pode associar uma substância que possibilita a fala destes sujeitos, sem privações, e sem medo de expor o que se pensa. Desta forma, percebe-se que a bebida alcóolica, teve várias passagens na mitologia, de modo, que, cada uma teve suas significações para o povo da época.

Vê se, assim, que o álcool teve sua origem no período Neolítico e que a Grécia e a Roma sempre foram solos ricos para plantação de uva e produção de vinho. E esses povos também conheceram as bebidas fermentadas, mas, a bebida preferida para o consumo ainda era o vinho.

Portanto, no Egito Antigo acreditava-se que a bebida fermentada curava os germes, já na Idade Média, a cerveja e o vinho tinham regulamentação. Na Idade Moderna, beber livremente só poderia ser em cabarés, que tinham um horário de funcionamento estabelecido.

Porém, é somente a partir do século XVIII que o consumo da bebida alcóolica passa a ser vista pelo social como uma doença ou uma desordem. Na antiguidade, a embriaguez só era considerava como problema, se tivesse uma perturbação social.

Somente no século XIX vários países desenvolveram medidas de intervenção e de repressão de estratégia contra as drogas. Um dos países que iniciou este combate foram os Estados Unidos.

Sobre o cuidado de pessoas que usam drogas, Loiva M. B Santos, (2010):

Até década de 1970, os Estados Unidos e a Europa adotam políticas semelhantes no enfrentamento dos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A chamada “guerra às drogas” era o principal objetivo dos governos e especialistas (p.72).

Os Estados Unidos deram continuidade a este combate com prevenções e campanhas. Já Europa mudou sua estratégia terapêutica diante de uma epidemia de AIDS na década de 70.

Segundo Andrighetto (2010), a cachaça desempenhou um papel econômico importante no Brasil durante o período colonial. Além de servir como moeda de troca de produtos, era consumida por todas as classes sociais da colônia e, principalmente, pelos escravos. Aguardente era utilizada pelos escravos, no sentido de amortecer seu potencial de rebeldia.

É fundamental compreender, neste percurso histórico, o quanto o consumo do álcool está enraizado em nossa cultura. Além, disso é importante constatar, que, até algumas décadas atrás, o uso e o abuso dessa substância, não eram tomados como uma ameaça para o sujeito ou até mesmo para a sociedade.

2. ETIOLOGIA

Segundo Adés e Lejoyeux (2004), o consumo de álcool passa por três etapas distintas, a primeira etapa é a do alcoolismo agudo (embriaguez), em que existe uma ingestão única de uma grande quantidade de álcool, num dia ou num período curto de tempo, podendo este estado ir desde a excitação psíquica até ao coma alcoólico.

A segunda etapa é a da dependência alcoólica em que o indivíduo perde o controle sobre a bebida e começa a beber compulsivamente; a embriaguez passa a ser frequente; a autoestima baixa; as relações interpessoais deterioram-se; deixa de cumprir as suas obrigações no trabalho; a degradação física começa a ser notória; faz tentativas frustradas para deixar e beber e pode manifestar impulsos ou efetuar tentativas de suicídio.

A terceira e última etapa é o alcoolismo crônico que pressupõe uma ingestão excessiva habitual e frequente de bebidas alcoólicas, repartidas ao longo do dia em várias doses, que vão mantendo uma alcoolização permanente do organismo.

As causas do alcoolismo são múltiplas e podem coexistir no mesmo indivíduo. É uma doença complexa, podendo ter fatores etiológicos interativos: a genética, a dimensão social, cultural, psicológica e/ou de personalidade. Existem alguns estudos efetuados no âmbito da genética que afirmam ser a morbidade alcoólica de três a quatro vezes maiores nos descendentes de alcoólicos crônicos do que nos descendentes de não alcoólicos, ou de alcoólicos excessivos.

As perturbações psicológicas, como a depressão ou ansiedade também constituem causa de consumo. Na depressão o consumo de álcool surge frequentemente associado a um efeito sedativo e tranquilizante do sofrimento psíquico, causado por aqueles sintomas.

O consumo de álcool em idade muito precoce pode ser motivado por razões socioculturais. Exemplo: residir nas proximidades de estabelecimentos que produzem bebidas etílicas. Por outro lado, traços de personalidade de alguns indivíduos também podem influenciar o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (antissociais, evitantes, et. Na perturbação de

personalidade antissocial e na fobia social, o indivíduo tende a utilizar o álcool como excitador e desinibidor, a fim de melhorar os seus relacionamentos sociais. Estes últimos fatores (personalidades psicopáticas) - é possível que este fator seja o determinante primeiro de todo o abuso do álcool.

3. SINAIS E SINTOMAS

Diversos autores referem que agentes ototóxicos, como o álcool apresentam efeito negativo no aparelho vestibular causando tonturas e vertigens.

O equilíbrio corporal é a capacidade de cada ser humano de manter-se ereto ou realizar movimentos de aceleração e rotação do corpo sem oscilações, desvios ou quedas. Para que tenhamos orientação espacial estática e dinâmica, isto é, equilíbrio, dependemos de integrações (áreas vestibulares, tronco cerebral e cerebelo) que permitam ao Sistema Nervoso Central reconhecer posições e movimentos da cabeça em relação ao corpo e ao espaço. Alterações na manutenção do equilíbrio corporal podem ocasionar sintomas como vertigem, tontura e desequilíbrio.

A tontura pode ser um sintoma muito desconfortável, que interfere de modo drástico em todas as atividades diárias e perturba sensivelmente a qualidade de vida. Está entre os sintomas mais frequentes em todo o mundo e é de origem labiríntica em aproximadamente 85% dos casos.

Estudos afirmam que muitas drogas, incluindo o álcool, causam a tontura como efeito colateral, influenciando negativamente nas habilidades motoras, incluindo tarefas com tempo de reação simples, habilidades de coordenação, equilíbrio e coordenação olho-mão.

Os sinais e sintomas que frequentemente são encontrados no alcoolismo são anorexia, instabilidade e tontura, náuseas, vômitos, emagrecimento, febre e dores abdominais, entre outros.

Para alguns autores o alcoolismo causa envelhecimento prematuro das funções neuropsicológicas e possivelmente do cérebro.

Alcoolismo e suas consequências

- Acesso facilitado à bebida;
- Vício aceito socialmente;
- Estresse;
- Gratificação e prazer em beber;
- Apelo midiático;
- Efeitos da abstinência.

Fases da dependência

1ª fase (Pré-alcoólica) - Aliviar a dor física ou emocional. A pessoa bebe para relaxar; utiliza o álcool para socializar; mente a respeito de seus hábitos em relação à bebida.

2ª fase (Prodrômica) - Efeitos físicos em dependência, a pessoa precisa cada vez mais do álcool, surge a tolerância.

3ª fase (Tolerância) - Por adaptação do organismo, a pessoa não consegue mais se controlar, não consegue parar; começa a ter amnésia, surgem problemas familiares, financeiros, relacionados com a própria saúde.

4ª fase (Crônica) - Incapacidade de parar de beber (pode levar ao óbito).

4. TRATAMENTO

Como a etiologia da dependência é multidimensional, o diagnóstico e os tratamentos variam em função da importância atribuída a cada uma dessas dimensões.

Embora os problemas relacionados ao uso do álcool datem da antiguidade, os tratamentos especializados só apareceram muito mais tarde, a partir do século XIX. Foram eles em geral dirigidos a casos crônicos e graves, com ênfase no modelo médico. As intervenções mais antigas eram religiosas, ritualísticas ou com encaminhamento para os antigos e punitivos asilos de pacientes “inebriados”.

Por volta de 1935, nos Estados Unidos, surgiram os Alcoólicos Anônimos, propondo o tratamento para o alcoolismo por intermédio da participação do indivíduo em grupos de ajuda mútua. Essa abordagem acompanhou o período de transição do conceito moral, predominante na maioria dos países, para o conceito de doença reintroduzido nesta época. Esta intervenção era inicialmente ligada ao Cristianismo e ao longo do tempo foi se adaptando para outras culturas.

Mais tarde, os AA passaram a ser coadjuvantes de diversos serviços de saúde na Europa e nos EUA.

Nos anos seguintes, por influência da Psiquiatria e da Neurologia, o modelo médico se tornou preponderante, destacando-se também o papel da família e da sociedade no seu desenvolvimento. Decorrente dele, a internação foi amplamente utilizada.

A Psicanálise Convencional não foi considerada inicialmente uma boa alternativa para tratar a dependência. Esta teoria sobre o psiquismo emprestou, então, um de seus pressupostos fundamentais, a ansiedade e castração intensa, experimentada nos primórdios da vida destes indivíduos na sua relação com a figura materna, como a gênese do problema, fundamentando as intervenções psicodinâmicas. Mas, um dos problemas prioritários ficava sem solução: a manutenção do comportamento de busca pela droga, ligado aos estímulos do ambiente.

Na década de 70, a preocupação econômica, ligada aos gastos com a saúde no mundo, deu origem à ideia de avaliar os tratamentos que vinham sendo aplicados. A proposta do tratamento hospitalar deixou de ser a opção preferencial, e os tratamentos ambulatoriais, mais baratos e mais breves, passaram a ser oferecidos, principalmente, para pacientes mais jovens e em estágio inicial de problemas.

Além do modelo médico de tratamento, surgiram outras propostas de intervenção advindas da teoria comportamental-cognitiva e baseadas na visão da dependência como um hábito adquirido, um comportamento aprendido, automático e passível de ser modificado.

Por volta de 1980, novas propostas de tratamento foram discutidas em função de novas mudanças sociais e econômicas, procurando aproximar a realidade da época, adequando novas formas de intervenção. Houve expansão da terapia química aversiva, da terapia familiar sistêmica, das comunidades terapêuticas, das internações domiciliares, do acompanhamento terapêutico, entre outras abordagens. As psicoterapias multimodais que combinam mais de um referencial teórico vêm sendo crescentemente utilizadas na atualidade.

No Brasil, os tratamentos para dependência química acompanham esta mesma tendência mundial, e o que se tem hoje, em pesquisas sobre a efetividade das intervenções, é a utilização de psicoterapias mais breves. A associação da farmacoterapia com a psicoterapia vem também sendo incipientemente investigados em centros de pesquisa e assistência (medicamentos aversivos, anti-impulsivos e outros).

5. ALCOOLISMO NO TRABALHO

O alcoolismo é considerado hoje como o responsável pela terceira causa de absenteísmo e como a causa mais frequente de aposentadorias precoces e acidentes de trabalho, e é a oitava causa de concessão de auxílio-doença pela previdência social brasileira. Os gastos com danos diretos e indiretos decorrentes do uso abusivo de álcool também estão entre os mais expressivos do setor da saúde.

A bebida alcoólica é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade brasileira. Por esses motivos ela é encarada socialmente de forma diferenciada, quando comparada com as demais drogas, sendo seu consumo uma condição frequente, atingindo cerca de 10% a 12% da população adulta brasileira. Esta percentagem parece justificar a presença de uma quantidade significativa de pessoas com problemas que estão diretamente relacionados ao álcool em ambientes laborais, sendo um dos principais vetores dos acidentes relacionados ao trabalho.

Em muitos casos esse consumo ocorre como forma de fuga do sofrimento mental e da sobrecarga emocional, ligadas ou decorrentes das condições de trabalho e pela organização do trabalho imposta pela empresa, tornando o consumo uma saída, o que induz a quadros graves de dependência alcoólica.

6. O USO DE DROGAS ILICITAS

6.1. Panorama das Políticas Públicas

As primeiras intervenções do Governo brasileiro relacionadas ao uso/abuso, de drogas aconteceram no começo do século XX com a criação de um aparato jurídico institucional, destinado a estabelecer o controle do uso e do comércio de drogas, bem como a preservar a segurança e a saúde pública no País.

O aparato jurídico proibia e criminalizava o uso e o comércio de drogas ilícitas no território nacional, com a previsão de penas que envolviam a exclusão dos usuários do convívio social, relegando-os para prisões e hospitais psiquiátricos.² Nota-se que o tema era associado à criminalidade e às práticas antissociais, além de estar relacionado à oferta de tratamentos, cujo principal objetivo era a abstinência. No final da década de 1980, em relação às drogas, surgiram

práticas de prevenção, tratamento e pesquisa, assim como as primeiras ações de redução de danos, em virtude da disseminação do vírus HIV entre os usuários de drogas injetáveis.²

6.2. Prevenção ao uso/abuso de drogas

Assim, com o decurso dos anos, as drogas passaram a ser encaradas como um problema de saúde pública. Para enfrentar esse problema, o Governo Federal criou, em 1998, o Sistema Nacional Antidrogas (Sisnad), composto pela Secretaria Nacional Antidrogas (Senad) e pelo Conselho Nacional Antidrogas (Conad). A Senad ficou responsável pela criação da Política Nacional Antidrogas, formulada em 2003, que, em 2005, foi realinhada e denominada Política Nacional sobre Drogas. Em 2003, o Ministério da Saúde (integrante do Sisnad) afirmou seu compromisso de enfrentar os problemas associados ao consumo de álcool e outras substâncias com uma abordagem centrada na prevenção, e formulou a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, que propôs:³

- a criação de uma rede de atenção integral do Sistema Único de Saúde ([SUS] ações de prevenção, promoção e proteção à saúde);
- a construção de malhas assistenciais formadas por dispositivos especializados (Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD) e não especializados (unidades básicas, programas de saúde da família e hospitais em geral);
- o estabelecimento de ações intersetoriais.

As políticas em relação ao uso/abuso de drogas vêm sendo formuladas e conduzidas essencialmente por dois setores: a Secretaria Nacional sobre Drogas (Senad), vinculada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, e o Ministério da Saúde. As intervenções setoriais passaram a ser vistas como imprescindíveis, não somente com vistas à repressão, mas do mesmo modo à prevenção ao uso, ao tráfico de drogas e à promoção da saúde.

6.3. Quanto a atuação do Sistema Nervoso Central

CLASSIFICAÇÃO DAS DROGAS QUANTO À ATUAÇÃO NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL		
Classificação	Características	Exemplos
Depressoras	Causam diminuição da atividade global ou de certos sistemas específicos do SNC. Há tendência de ocorrer diminuição da atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade. É comum o efeito euforizante inicial e, posteriormente, o aumento da sonolência.	Álcool Barbitúricos Benzodiazepínicos Opioides Solventes ou inalantes
Estimulantes	São capazes de aumentar a atividade de determinados sistemas neuronais, o que traz como consequências estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos.	Cigarro (nicotina) Anfetamina Metanfetamina Cocaína Esteroides Anabolizantes
Perturbadoras	Provocam alterações no funcionamento cerebral, que resultam em vários fenômenos psíquicos anormais, como delírios e alucinações. (Define-se alucinação como percepção sem objeto; ou seja, a pessoa vê, ouve ou sente algo que não existe. Delírio é um falso juízo da realidade; ou seja, o indivíduo passa a atribuir significados anormais aos eventos que ocorrem à sua volta.)	Maconha Alucinógenos Anticolinérgicos

Fonte: Adaptado de Observatório Brasileiro de Informações sobre drogas (2007).¹