

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

GLÉTSIA SILVA CARVALHO
RAILSON DE OLIVEIRA RODRIGUES

O TRATAMENTO DO ALCOOLISMO PELO GRUPO DE ALCOÓLICOS
ANÔNIMOS: UMA REVISÃO DA LITERATURA BRASILEIRA

São Luís
2008

GLÉTSIA SILVA CARVALHO
RAILSON DE OLIVEIRA RODRIGUES

O TRATAMENTO DO ALCOOLISMO PELO GRUPO DE ALCOÓLICOS
ANÔNIMOS: UMA REVISÃO DA LITERATURA BRASILEIRA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Profa. Mestre Janete Valois Ferreira Serra.

São Luís

2008

GLÉTSIA SILVA CARVALHO
RAILSON DE OLIVEIRA RODRIGUES

O TRATAMENTO DO ALCOOLISMO PELO GRUPO DE ALCOÓLICOS
ANÔNIMOS: UMA REVISÃO DA LITERATURA BRASILEIRA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Janete Valois Ferreira Serra (Orientadora)

Mestre em Psicologia Social

Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Profa. Árina Santos Ribeiro

Mestre em Saúde e Ambiente

Universidade Federal do Maranhão –UFMA

A todas as pessoas que sofrem de alguma forma com a dependência alcoólica.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua presença em nossas vidas.

Aos nossos familiares, pela compreensão e incentivos dispensados no transcorrer dessa trajetória.

A Profa. Mestre Janete Valois Ferreira Serra, nossa orientadora, por sua valiosa contribuição na elaboração deste trabalho.

E, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração deste trabalho.

“E é inútil procurar encurtar caminhos e querer começar já sabendo que a voz diz pouco, já começando por ser despessoal. Pois existe a trajetória, e a trajetória não é apenas um modo de ir. A trajetória somos nós mesmos. Em matéria de viver, nunca se pode chegar antes. A via-crucis não é um descaminho, é a passagem única, não se chega senão através dela e com ela”.

Clarice Lispector

RESUMO

O álcool, por ser lícito, é a droga mais usada no mundo, sendo também uma das mais incapacitantes também. Assim, este estudo versa sobre o tratamento do alcoolismo pelo grupo de Alcoólicos Anônimos (AA). Resgataram-se através de uma revisão na literatura brasileira os enfoques das publicações no período compreendido entre 2001 a 2007 sobre o tratamento do AA, identificando as abordagens trazidas por essas publicações e comparando-as com os seus respectivos períodos históricos. Constatou-se que ainda há poucas publicações a respeito do tratamento proposto pelo AA ante ao universo de artigos que tratam do alcoolismo.

Palavras - chave: Álcool. Tratamento do alcoolismo. Alcoólicos anônimos.

ABSTRACT

The alcohol, to be fair, is the most used drug in the world and is also one of the most disabling as well. Thus, this study is about the treatment of alcoholism by the Group of Alcoholics Anonymous (AA). It was rescued by a Brazilian literature review in the approaches of the publications in the period publications for the period 2001 to 2007 on the treatment of AA, identifying the approaches taken by these publications and comparing them with their respective historical periods. It appeared that only a few publications about the treatment proposed by the previous universe of articles dealing with alcoholism.

Keys - words: Alcohol. Alcoholism treatment. Anonymous alcoholics.

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	9
2 USO DO ÁLCOOL	12
2.1 Efeitos do álcool no organismo humano	14
2.2 Uso abusivo e dependência	16
2.3 Dependência do álcool e efeitos no Sistema Nervoso Central	18
3 ALCÓOLICOS ANÔNIMOS	20
3.1 O tratamento no AA	21
4 METODOLOGIA	25
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	36
ANEXOS	39

1 INTRODUÇÃO

O uso inicial do álcool tem data bem longínqua em nossa sociedade. Pode-se dizer que desde a época dos primórdios da colonização a bebida alcoólica já fazia parte do hábito do povo que habitava o território que hoje chamamos Brasil, os índios, tal como esclarece Andrade; Espinheira (2006, p. 3):

Quando os portugueses chegaram ao Brasil, no início da colonização, descobriram o costume indígena de produzir e beber uma bebida forte, fermentada a partir da mandioca, denominada *cauim*. Ela era utilizada em rituais, em festas, portanto, dentro de uma pauta cultural bem definida. No entanto, os portugueses conheciam o vinho e a cerveja e, logo mais, aprenderiam a fazer a cachaça

Atualmente, dentre as drogas psicoativas na cultura brasileira o álcool é, sem dúvida, a droga mais consumida no Brasil. O fato de ser considerada uma droga lícita, de modo geral, acaba sendo também a mais negligenciada, do ponto de vista das práticas preventivas, diagnósticas e de tratamento pelos profissionais de saúde. Fato alarmante tendo em vista ser o álcool a droga mais relacionada a danos diretos e indiretos à saúde da população.

O uso abusivo do álcool tem sido objeto de estudo de inúmeras pesquisas de âmbitos regionais, nacionais e internacionais. Dados levantados pela OMS em 2004¹ (Organização Mundial de Saúde) estima-se que cerca de 10 a 15% dos adultos ocidentais possuem algum grau de dependência. No Brasil, num estudo realizado por Carlini (2005) estima-se que 11,2% da população nacional encontram-se dependentes do álcool.

A dependência do álcool gera inúmeros problemas de alto grau na vida do usuário. Problemas de ordem física tais como: pancreatite, úlcera, cardiopatias, cirrose; psicológicas: alterações na memória, nervosismo, insônia, agressividade, irritabilidade, depressão; e sociais: desemprego, desestrutura familiar, violência doméstica, acidentes automobilísticos entre outros (RESENDE et al., 2005).

Existem diversas tentativas de compreensão do fenômeno do alcoolismo, mas há um consenso de que não há uma causa única. Portanto este fenômeno engloba fatores biopsicossociais, dos quais segundo Nascimento; Justo (2000) os sociais são preponderantes.

Para os autores acima existem alguns fatores de risco dos quais a OMS levanta como facilitadores ou de proteção para o início do uso do álcool: disponibilidade de acesso, cultura do círculo de amigos, problemas quanto ao vínculo familiar, desempenho escolar, apoio social, tolerância à frustração, auto-estima e capacidade de resolução de problemas.

¹ Dados obtidos: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse

Percebemos, então, o quanto é complexo a problemática do usuário abusivo de álcool, tanto no que tange às possíveis explicações quanto ao tratamento eficaz na recuperação destes.

Diante da difícil e preocupante problemática da dependência química ao longo da história foi necessário a busca de formas a amparar e ajudar um número cada vez maior de pessoas dependentes químicas. Assim, foram surgindo diversas modalidades terapêuticas e hoje, já se pode contar com um número satisfatório delas. Entretanto, o crescimento de novos métodos terapêuticos não tira o caráter difícil do longo processo de reabilitação.

Uma das modalidades terapêuticas melhor aceita e com apresentação de boa eficácia é a do “AA – Alcoólicos Anônimos”. Segundo o site² oficial dos alcoólicos anônimos “pouco se tem documentado sobre a formação do primeiro Grupo de A.A. no Brasil”. O que se pode afirmar é que esse Grupo inicialmente era formado por norte-americanos a serviço no Rio de Janeiro e que o idioma das reuniões, sediadas nas casas ou apartamentos dos companheiros, era o inglês.

No site do AA que existe uma clara evidência de que a data de início do primeiro Grupo de A.A. no Brasil foi 5 de setembro de 1947, mas que infelizmente não se tem detalhes como: onde foi realizada a reunião inaugural, quem foram os participantes dessa reunião etc.

Depois da experiência do AA, foram criados vários grupos com o mesmo modelo de auto-ajuda para outros tipos de patologias, como problemas com sexo, jogo, alimentação. A grande aceitação do AA é constatada nas palavras de Burns; Labonia Filho (2006): “o ‘AA’ cresceu rapidamente e estima-se que hoje existam 98.710 grupos com 1.989.124 membros, em 150 países diferentes. No Brasil, há cerca de 6.000 grupos com 121.000 membros”.

Alves (1988) em seu texto “Ciência, coisa boa...” coloca que só buscamos conhecer aquilo que nos incomoda. Foi a partir do incômodo surgido frente a relatos tantos de dependentes alcoólicos e a “exaltação” da eficácia do tratamento proposto pelo AA, que nos instigou a pensar na possibilidade de um estudo científico frente a esta realidade, que é resultado de heranças sociais, históricas e culturais. Portanto, um fato de ampla dimensão que não poderia passar despercebido.

É neste escopo que se desenvolve inúmeros trabalhos. No intuito de um entendimento mais apurado sobre esta temática e preenchimento de lacunas, diversos teóricos e profissionais buscam cada vez mais se aperfeiçoar e compreender todo este público que sofre

² Site oficial <http://www.alcoolicosanonimos.org.br>

constantemente o preconceito e o abandono social ao qual se submete o usuário de álcool e outras drogas.

Pesquisar sobre os aspectos do tratamento do alcoolismo pelo grupo de AA é de grande relevância, tendo em vista ser um trabalho que visa trazer grande contribuição para a sociedade no sentido de um entendimento mais apurado e uma reflexão sobre o tratamento do alcoolismo realizado pelo AA, promovendo um debate e desmistificando mitos e tabus sobre qual é a finalidade de tratamento do alcoolismo realizado pelos grupos de AA.

Assim, levando-se em consideração o que foi exposto anteriormente, sentimos a necessidade de pesquisar nessa área de conhecimento, responder aos questionamentos que surgem frente a realidade do tratamento integral da pessoa dependente do álcool freqüentadoras de AAs, uma das modalidades terapêuticas mais expressivas para tratar essa patologia, na cidade de São Luís – MA

Neste sentido, objetivou-se fazer uma revisão de literatura sobre as publicações acerca do tratamento do AA para alcoolistas. Para tal empreita, levantaram-se os artigos e periódicos publicados no período de 2001 a 2007; identificaram-se as temáticas trazidas por estes autores; verificou-se e compararam-se as abordagens identificadas com seu respectivo período histórico.

2 USO DO ÁLCOOL

Fazendo um breve histórico do uso de bebidas alcoólicas, podemos constatar que desde muito tempo o álcool está presente na vida do ser humano. Segundo informa Palhano (2000, p. 34): “Na antiguidade, o álcool, ou mais comumente o vinho, era conhecido como a dádiva de todos os deuses, sendo BACO o Deus do vinho”.

O uso dessas substâncias está muitas vezes atrelado a comemorações festivas, mas sejam em momentos de alegria ou tristeza o uso do álcool é justificado pelo povo brasileiro. Coloca-se até que o hábito de beber faz parte da nossa maneira social de ser. Assim, fazemos uso de cada tipo de álcool de acordo com datas comemorativas, por exemplo, o vinho no natal e a cerveja no carnaval (GALDUROZ, 2006).

Essa realidade pode ser considerada um dos fatores que ajudam no desencadeamento do alcoolismo, ou seja, a facilidade de entrar em contato com essa droga no nosso convívio social. E com o passar do tempo a pessoa que utiliza essa substância em demasia pode perder o controle sobre a ação de beber e tornar-se objeto da bebida, que pode causar sérios danos em sua vida.

Assim, os impactos causados na consciência da pessoa que abusa do uso do álcool é facilmente encontrado na literatura. Sobre esse estado alterado, o filósofo Onfray (1999, p. 66) pontua:

A embriaguez do alcoolista supõe um homem tornado objeto, incapaz, a partir de então, de se abster de bebidas perturbadoras. Muitas vezes sua incapacidade está relacionada a uma incapacidade de encontrar em si próprio o que permite um domínio, uma resistência às dores do mundo

A partir do momento que uma pessoa perde o controle no uso do álcool e isso começa a trazer conseqüências prejudiciais em sua vida, ela começa a ser definida por um termo, que muitas vezes, também pode trazer danos à pessoa que é identificada com ele, pois essa passa a ser, geralmente, estigmatizada, ou seja, muitas vezes, as suas outras características, como membro de uma família, como profissional, são deixadas de lado. Estamos nos referindo ao termo alcoólatra.

O termo alcoólatra confere uma identidade e impõe um estigma, que anula todas as outras identidades do sujeito, tornando-o tão somente aquilo que ele faz e que é socialmente condenado, não pelo que faz, mas, isto é, de modo abusivo, desregrado, que leva à condição de ser socialmente identificada popularmente como “alcoólatra”, ou seja, que “idolatra”, “adora” e se tornou dependente do álcool. (ANDRADE; ESPINHEIRA 2006, p. 4):

Além do meio social, os meios de comunicação também são fortes propagadores do uso do álcool, como constatamos nas sofisticadas propagandas comerciais expostas em quase

todos os horários. Fazem muitas vezes apelo sexual, explorando a imagem da mulher. Dessa forma, a mídia pode ter uma grande responsabilidade no impacto do álcool na vida dos brasileiros (FORMIGONI, 2006).

Em termos epidemiológicos, podemos dividir o uso do álcool de acordo com padrões de uso quando se está fazendo uma pesquisa, segundo Galduróz (2006, p. 14):

Uso na vida – qualquer uso (inclusive um único uso experimental) alguma vez na vida; uso no ano – uso, ao menos uma vez, nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa;

Uso no mês – uso, ao menos uma vez, nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa; uso freqüente – uso, em 6 ou mais vezes, nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa;

Uso pesado – uso, em 20 ou mais vezes, nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa;

Uso abusivo – padrão de uso que tenha causado um dano real à saúde física ou mental do usuário, mas a pessoa ainda não preenche critérios para ser considerada dependente; dependência – conjunto de sinais e sintomas que determinam que a pessoa está dependente da substância.

Segundo dados coletados em uma pesquisa, é preocupante a realidade brasileira no uso desequilibrado do álcool:

A estimativa de dependentes de álcool foi de 11,2% para o Brasil, sendo que o nordeste e no norte as porcentagens atingiram 16%. Em todas as regiões observaram mais dependentes de álcool do sexo masculino, numa porcentagem de 3 homens para cada mulher. Na faixa etária de 12 a 18 anos, a estimativa de dependentes de álcool na pesquisa domiciliar foi de 5,2% sendo que nas regiões norte e nordeste as porcentagens atingiram 9,0% (GALDURÓZ, 2006, p. 16).

Assim, fica evidente o quanto existem pessoas fazendo o uso nocivo do álcool no Brasil, principalmente na região nordeste, onde o Maranhão se encontra. Já podemos visualizar os gastos e prejuízos acarretados como conseqüências dessa realidade, assim como acidentes e o número de mortes envolvidas.

Exemplificando os prejuízos e mazelas causadas pelo uso nocivo do álcool, Galduróz (2006, p. 14) coloca: “O álcool foi responsável por 91% das internações hospitalares por dependência e 70% dos laudos feitos pelo IML (mortes violentas) detectaram a presença de álcool nos cadáveres”.

A dependência de álcool e outras drogas é um fenômeno complexo, com múltiplas causas, envolvendo não só aspectos biológicos, como também os psicológicos, sociais e familiares. Em geral, a presença de uso de álcool e outras drogas traz muito desconforto, sofrimento psíquico e crises no sistema familiar. Normalmente, a procura de tratamento para a dependência ocorre nestes momentos.

Assim, levando em consideração tais aspectos e a ênfase dada por esse presente trabalho ao tratamento para dependentes do álcool, focar-se-á atenção, especificamente, a uma forma de tratamento, dentre muitas outras existentes, por ser considerada uma das mais

eficazes e uma das mais largamente utilizadas. Portanto, estará sendo falado do tratamento utilizado no AA (Alcoólicos Anônimos).

2.1 Efeitos do álcool no organismo humano

Para entender o efeito das bebidas alcoólicas no organismo é necessário ter o conhecimento que nós estamos falando do etanol, ou seja, o álcool que é encontrado nas bebidas alcoólicas. Este é produzido pela fermentação ou destilação de vegetais, como por exemplo, a cana-de-açúcar e também de frutas e grãos. Há no Brasil uma grande diversidade de bebidas alcoólicas³.

Vários fatores influenciam a ação do álcool no organismo, tais como as citadas por Formigone; Galduróz; Michel (2006, p. 14): “A frequência da ingestão, a quantidade de álcool ingerida, a quantidade de álcool absorvida, sua distribuição pelos tecidos do organismo, a sensibilidade individual dos diferentes tecidos e órgãos e velocidade de metabolização”. Os referidos autores ainda informam sobre a quantidade de álcool existente nas bebidas alcoólicas, a saber:

Tabela 1: Nível de teor alcoólico em bebidas de uso mais comum

BEBIDA	PORCENTAGEM
Cerveja “light”	3,5 %
Cerveja ou cooler	4,5 a 6,5 %
Vinho	12%
Vinhos fortificados	20%
Uísque, Vodca, Pinga	40%

Tabela 2: Nível de concentração de álcool no sangue, por sexo, a cada dose

Concentração de álcool (em gramas por litro de sangue) – a partir de 0,60 a pessoa é considerada legalmente embriagada			
Doses padrão	Homem com 60kg	Homem com 70kg	Homem com 80kg
1	0,27	0,22	0,19
2	0,54	0,44	0,38
3	0,81	0,66	0,57

³ Site www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11288&rastror

É importante ressaltar que o organismo humano só consegue eliminar cerca de 1 dose por hora e que cada pessoa reage de forma diferente de acordo com o peso, gênero, idade, padrões de consumo e tempo de uso, tal como ficou constatado no quadro acima que demonstra como a concentração do álcool varia de acordo com o peso.

Conforme uma pesquisa realizada pelo Instituto Médico Legal de São Paulo que associa álcool aos acidentes de trânsito⁴, o consumo de bebida provoca ampla gama de efeitos que vão da desinibição e relaxamento (com doses baixas) até a sonolência, fala pastosa e coma (com doses mais elevadas). Apesar da severidade dos efeitos aumentar na proporção em que se aumenta o consumo de álcool, pode haver perda de reflexos e prejuízos no julgamento a partir da ingestão das primeiras doses.

A pesquisa também pontua que a ingestão de bebidas alcoólicas, mesmo no uso moderado (até duas doses por ocasião para homens e uma dose por ocasião para mulheres), está associada com dirigir em velocidade excessiva, falhas no uso do cinto de segurança e ocorrência de acidentes fatais de trânsito. Apesar de o Código Nacional de Trânsito proibir a condução de automóveis por motoristas com alcoolemia superior a 0,6 g/l, não existe limite de consumo seguro associado com a direção. Em havendo o uso de álcool em qualquer quantidade, o motorista deve se abster de dirigir seu automóvel.

Conforme Formigone, Galduróz e Michel (2006), as mulheres são mais sensíveis aos efeitos do álcool e atingem níveis mais altos com menores quantidades.

O álcool etílico é um depressor do SNC. Entretanto, existem diferenças na absorção das diferentes bebidas. Aoki (2007) traça o trajeto feito no organismo pelo álcool ao informar que após ser ingerido por via oral, apenas 10% é absorvido pelo estômago, e esta absorção vai depender se o estômago se encontrar vazio ou com a presença de alimentos.

Após a absorção pelo intestino, segue-se então pela corrente sanguínea e daí para os órgãos de maior perfusão, como cérebro, pulmão, rins e fígado, pois “é no fígado em que o álcool é metabolizado 90 a 98 % numa capacidade de 15mg por hora” (AOKI, 2007, p. 138).

Assim, podemos constatar que a maior parte do álcool ingerido é metabolizado no fígado pela ação da enzima Alcool Desidrogenase (ADH). Esta enzima converte o álcool em acetaldeído, que mesmo em pequenas concentrações, é tóxico para o organismo. A enzima Aldeído Desidrogenase (ALDH), por sua vez, converte o acetaldeído em acetato. A maior parte do acetato produzido atinge outras partes do organismo pela corrente sanguínea onde participa de outros ciclos metabólicos (AOKI, 2007).

⁴ www.perkons.com.br/imprensa_arquivo.php?id=4335&pg=86 - 26k

Segundo o Centro de Informações sobre Saúde e Álcool – CISA, os tipos mais frequentes de lesões hepáticas provocadas pelo álcool são⁵:

1. Esteatose alcoólica (fígado gorduroso). A deposição de gordura ocorre em quase todos os indivíduos que fazem uso abusivo e frequente do álcool. Contudo, é uma condição clínica que também pode ocorrer em indivíduos não alcoolistas, após um único episódio de uso abusivo do álcool. A esteatose corresponde ao primeiro estágio da doença hepática alcoólica. Caso o indivíduo pare de beber neste estágio, ele recuperará sua função hepática. A esteatose também pode ocorrer em indivíduos diabéticos, obesos, com desnutrição protéica severa e usuários de determinados medicamentos;
2. Hepatite alcoólica: esta condição implica em uma inflamação e/ou destruição (ex. necrose) do tecido hepático. Os sintomas incluem: perda de apetite, náusea, vômito, dor abdominal, febre e em alguns casos, confusão mental. Embora esta doença possa levar à morte, na maior parte das vezes ela pode ser revertida com a abstinência alcoólica. A hepatite alcoólica ocorre em aproximadamente 50% dos usuários frequentes do álcool;
3. Cirrose alcoólica: É uma forma avançada de doença hepática decorrente de um dano progressivo das células hepáticas. A cirrose costuma ser diagnosticada em 15 a 30 % dos usuários crônicos e abusivos do álcool.

Um fígado cirrótico é caracterizado por uma fibrose extensa que compromete o funcionamento do fígado podendo inclusive prejudicar o funcionamento de outros órgãos como cérebro e rins. Embora a cirrose alcoólica possa levar o indivíduo à morte em função de suas complicações (ex. falha renal e hipertensão portal), ela pode ser estabilizada pela abstinência completa do álcool.

Há uma relatividade entre idade e dependência, Segundo Formigone, Galduróz e Michel (2006, p. 25): “porém quanto mais jovem é a pessoa, quando inicia o uso do álcool menos tempo será necessário para que se instale a dependência”.

2.2 Uso abusivo e dependência

Para o DSM-IV as condições clínicas do transtorno de personalidade anti-social, transtorno de humor, transtorno de ansiedade e tendências suicidas costumam estar sequencialmente relacionadas, de forma progressiva, da esteatose à cirrose.

Entretanto, sabemos que existem outros agravantes relacionados ao álcool, que não só o que os próprios abusadores causam a eles próprios, mas também a sociedade como um todo (violência, acidentes...). Por isso medidas rigorosas estão sendo tomadas pelo atual governo para conter essas práticas abusivas do álcool que prejudicam vítimas inocentes.

Dados recentes publicados em 2007 pela Fiocruz demonstra claramente os prejuízos físicos, psicológicos e sociais causados pelo álcool: “Além de danos agudos como acidentes, violência e emergências clínicas, produz danos crônicos como a dependência e a cirrose, e

⁵ Site www.cisa.org.br/categoria.html?FhIdCategoria=3af284f8c4b878ce6e44b277189e

ainda físicos, seja neurológicos ou cardiovasculares, fora os problemas no trabalho” (MACHADO, 2007).

Tais danos custam muito ao País, pois são responsáveis por internações psiquiátricas e gerais, acidentes e ausências no trabalho. Dessa forma podemos constatar que as bebidas alcoólicas constituem um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil.

Dados pontuais e regionais levantados por uma pesquisa realizada pelo Instituto Médico Legal de São Paulo⁶ apontam a ingestão de bebidas alcoólicas como uma das principais causas de mortes no País. Estudo retrospectivo realizado pelo Instituto Médico Legal de São Paulo observou que, do total de autópsias realizadas no ano de 1999, nos casos envolvendo morte por acidentes de trânsito, aproximadamente 50% revelaram relação com o uso de álcool.

A partir desses dados assustadores, o atual governo decidiu por uma medida de cunho drástico para diminuir o índice de danos causados pelo álcool. Assim a lei seca, estabelecida recentemente pelo governo é uma das mais rígidas do mundo (GALVÃO, 2008⁷).

Galvão (2008) aponta que numa lista de 82 países pesquisados pela International Center For Alcohol Policies, instituição com sede em Washington (EUA), a lei brasileira nº 11.705, de 19 de junho de 2008 — comumente conhecida como “lei seca” — com limite de 2 decigramas de álcool por litro de sangue é mais rígida que em 63 nações, iguala-se em rigidez a cinco e é mais tolerante que outras 13, onde o limite legal varia de zero a 1 decigrama.

Com a nova lei, em vigor, o limite legal agora é equivalente a um chope. Além de multa de R\$ 955, a lei prevê a perda do direito de dirigir e a retenção do veículo. A partir de 6 decigramas por litro (dois chopos), a punição será acrescida de prisão. A pena de seis meses a três anos e é afiançável (de R\$ 300 a R\$ 1.200, em média, mas depende do entendimento do delegado) (GALVÃO, 2008).

O mesmo autor afirma ainda que em países vizinhos ao Brasil, como Argentina, Venezuela e Uruguai, o limite legal de concentração de álcool no sangue varia de 5 decigramas por litro a 8 dg/l. Na Europa, países como Alemanha, França, Espanha e Itália têm limites de 5 dg por litro, acima do brasileiro. Já nos EUA, onde a lei varia a cada Estado, o limite fica entre 1 a 8 dg/l. Igualam-se ao Brasil ao fixar 2 dg/l os países nórdicos, como Suécia e Noruega.

Menos tolerantes que o Brasil estão algumas nações do leste europeu, como Romênia e Hungria, onde o limite é zero.

⁶ www.perkons.com.br/imprensa_arquivo.php?id=4335&pg=86 - 26k -

⁷ www1.folha.uol.com.br/

Apesar de ter sido um avanço essa nova lei no combate aos prejuízos causados pelo uso abusivo do álcool, o grande problema talvez seja implementar a fiscalização, já que na maioria das cidades do país o número de bafômetros são irrelevantes (GALVÃO, 2008).

Outro fator relevante destacado pelo autor é que a medida tomada pelo governo pode estar baseada no seguinte ditado “o melhor remédio é a prevenção”, pois sabe-se que os tratamentos usados hoje em dia para tratar dependentes do álcool demanda além dos altos custos muita força de vontade do dependente, já que apesar de existir a prática da redução de danos, a política de tratamento mais defendida é o uso zero de álcool.

2.3 Dependência do álcool e efeitos no Sistema Nervoso Central

As ações da ingestão de álcool no organismo são demarcadas em dois momentos: no primeiro o álcool causa uma estimulação no SNC, isto é, o indivíduo sente uma euforia, desinibição e loquacidade; após a continuação da ingesta começam a surgir efeitos depressores: falta de coordenação motora, descontrole, sono, fala pastosa e marcha cambaleante, levando (se prolongar o consumo) ao estado de coma cerebral⁸.

Para a pessoa se tornar um dependente, ela precisa fazer uso regular do álcool, assim ela vai se tornando tolerante a muito de seus efeitos iniciais e pode se desenvolver após anos de uso contínuo.

Segundo DSM IV (2002) os critérios para dependência de substância (que significa um padrão mal-adaptativo desta, levando o prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo) devem manifestar por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

- (1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - (a) Uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado;
 - (b) Acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância;
- (2) Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
 - (a) Síndrome de abstinência característica para a substância (consultar os critérios A e B dos conjuntos de critérios para Abstinência das substâncias específicas);
 - (b) A mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- (3) a substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;
- (4) existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;
- (5) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., consultas a múltiplos médicos ou fazer longas viagens de automóvel), na

⁸ CEBRID (2006). Livro informativo sobre drogas psicotrópicas.

utilização da substância (por ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos;

(6) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância;

(7) 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 (por 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 do álcool).

Especificar-se:

Com Dependência Fisiológica: evidências de tolerância ou abstinência (isto é, presença de item 1 ou 2);

Sem Dependência Fisiológica: não existem evidências de tolerância ou abstinência (isto é, nem item 1 nem item 2 estão presentes).

Especificadores de curso: Remissão Completa inicial; Remissão Parcial Inicial; Remissão Completa Mantida; Remissão Parcial Mantida; Em Terapia com Agonista; Em ambiente Controlado.

Para a Organização Mundial de Saúde – OMS, o consenso atual é que tratemos do fenômeno do alcoolismo como “síndrome de dependência do álcool”. Esta categoria vai além dos conceitos anteriores de dependência, pois nos dá uma dimensão de um *continuum* de severidade, delimitando graus de entendimento mais específicos, pois dessa forma uma pessoa pode estar em um grau pouco, moderado ou severamente dependente (LARANJEIRA, 2006).

De acordo com o autor acima, os sintomas da síndrome de dependência do álcool, podem ser identificados conforme Tabela abaixo:

Quadro 1 – Síndrome da dependência do álcool

SINTOMAS	IDENTIFICAÇÃO
Estreitamento do repertório do beber	No começo a pessoa bebe com uma certa variabilidade. À medida que fica mais dependente, começa beber todos os dias, a maior parte do tempo à noite. Progressivamente, mesmo o padrão do beber no dia começa a mudar, pois passa a beber também no horário do almoço. Quando a dependência chega ao clímax, bebe logo ao acordar e continua bebendo mais ou menos a cada hora do dia. Portanto, o beber perdeu sua flexibilidade.
Saliência do comportamento de busca do álcool	O indivíduo tenta dar prioridade ao ato de beber ao longo do dia, mesmo nas situações socialmente inaceitáveis (por exemplo, no trabalho, quando está doente, dirigindo veículos etc.).
Aumento da tolerância ao álcool	Aumento da dose para obter o mesmo efeito ou capacidade de executar tarefas mesmo com altas concentrações sanguíneas de álcool

<p>Sintomas repetidos de abstinência</p>	<p>Os sintomas de abstinência mais marcantes, como tremor intenso e alucinações, só ocorrem nas fases mais severas da dependência. No início, esses sintomas são leves, intermitentes e causam muito pouca incapacitação. Sintomas de ansiedade, insônia e irritabilidade podem não ser atribuídos ao uso de álcool. Três grupos de sintomas podem ser identificados: físicos (tremores, náusea, vômitos, sudorese, cefaléia, câibras, tontura); afetivos (irritabilidade, ansiedade, fraqueza, inquietação, depressão); senso percepção (pesadelos, ilusões, alucinações visuais, auditivas ou tácteis).</p>
<p>Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo beber</p>	<p>Este é um sintoma que nas fases mais severas da dependência fica muito claro e a pessoa bebe pela manhã para sentir-se melhor. Mas ele também está presente nas fases mais iniciais, quando a sua identificação necessita de um pouco mais de cuidado. A pessoa pode sentir uma melhora do nível de ansiedade e não atribuir isso à abstinência.</p>
<p>Sensação subjetiva de necessidade de beber</p>	<p>Existe uma pressão subjetiva para beber. Este sintoma foi atribuído no passado a uma compulsão. Atualmente, considera-se como uma tendência psicológica a buscar alívio dos sintomas de abstinência.</p>
<p>Reinstalação da síndrome após abstinência</p>	<p>Após período de abstinência que pode ser de dias ou meses, assim que a pessoa volta a beber passa em curto espaço de tempo a beber no mesmo padrão de dependência do antigo.</p>

3 ALCÓOLICOS ANÔNIMOS

A história de surgimento dos grupos de AA se dá na cidade de Akron, Ohio, Estados Unidos em 10 de junho de 1935, durante uma conversa entre um corretor da Bolsa de Valores de New York, conhecido por Bill W., e um médico de Akron, conhecido por Dr. Bob, ambos casos graves de alcoolismo, sendo que Bill W. estava há seis meses havia se libertado da obsessão pela bebida. Após essa conversa e outras que vieram a ter posteriormente, ambos

perceberam a eficácia de verbalizar sentimentos, situações e que contar sua história de vida ajuda a si e aos outros no processo de recuperação do alcoolismo⁹.

Alcoólicos Anônimos é uma “irmandade” (termo aos quais os grupos se denominam) mundial de homens e mulheres, doentes do alcoolismo, contando hoje com aproximadamente mais de 2.000.000 de membros em todo o mundo, que compartilham entre si suas experiências, forças e esperanças, a fim de resolver seu problema comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo¹⁰.

O A.A. propõe um programa de total abstinência alcoólica, baseando-se no princípio do “evite o primeiro gole”, isto é, a abstinência absoluta somente pode ser conseguida sem a ingestão do primeiro gole de qualquer que seja a bebida alcoólica. A sobriedade, tal como é entendida pelo A.A., é alcançada pelo compartilhar de experiências, forças e esperanças nas reuniões de grupo, bem como pela observação da programação dos “doze passos” sugeridos para a recuperação do alcoolismo.

Documentos do acervo histórico do A.A. revela que os membros dos E.U.A., teriam chegado ao Brasil em 1945, mas somente no ano seguinte, com a chegada de Herbert D — executivo em missão profissional— é que se iniciaria o serviço do Doze Passo no Brasil. De acordo com estes documentos, o primeiro grupo foi denominado “Grupo de A.A. Rio de Janeiro”. Esse grupo seria o resultado das reuniões que os americanos realizavam, em rodízio, por suas residências, a partir do ingresso de membros brasileiros¹¹.

Registrado nestes documentos, a data do início do A.A. no Brasil, como atividade grupal foi convencionada, 5/9/1947, pelos membros do Grupo Rio de Janeiro, que marca a data do ingresso do primeiro membro brasileiro no AA, de nome Antônio. Após seguiu-se, seis meses mais tarde, o ingresso de Harold W (outro executivo em missão) e, a este, outros brasileiros.

Em abril de 1952, o incipiente A.A. brasileiro passa a receber ajuda valiosa do radialista de grande audiência (Dr. Paulo Roberto), no apogeu rádio como meio de informação em massa, que, através de seus programas “nada além de dois minutos” e “obrigado doutor”, divulgou os trabalhos do AA; assim como também outro radialista de renome, Lourival Marques, pelo seu programa “seu criado, obrigado”. A partir daí, os A.A. no Brasil teve o

⁹ Site oficial <http://www.alcoolicosanonimos.org.br>

¹⁰ Idem

¹¹ Do folheto “44 Perguntas”. Com os direitos autorais de “The A.A. Grapevine, Inc”

desenvolvimento que hoje resulta em mais de 5.000 grupos em todo o país, estimando-se em 100 mil alcoólicos em recuperação nestes nossos dias¹².

Durante sua primeira década, os Alcoólicos Anônimos acumulou uma experiência substancial que indicava que certos princípios e atitudes em nível de Grupo tinham grande valor para assegurar a sobrevivência da estrutura da Irmandade. Em 1946, os co-fundadores e outros membros pioneiros condensaram esses princípios intitulando-o: “AS DOZE TRADIÇÕES DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS”, as quais foram aceitas pelo grupo¹³.

As Doze Tradições de AA dizem respeito a sua organização. Delineiam os meios pelos quais A.A. mantém sua unidade e se relaciona com o mundo exterior e a sua forma de viver e desenvolver-se (anexo 1).

3.1 O tratamento no AA

O tratamento do alcoolismo proposto pelos grupos de AA é baseado em uma programação específica, de elaboração própria do AA, denominada de “programação dos doze passos”¹⁴. Que se elencam na seguinte seqüência:

- 1- Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.
- 2- Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade.
- 3- Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.
- 4 Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.
- 5- Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.
- 6- Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
- 7- Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
- 8- Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
- 9- Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.
- 10- Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.

¹² Idem

¹³ Site oficial <http://www.alcoolicosanonimos.org.br>

¹⁴ Idem

11- Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade.

12- Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a esses passos, procuramos transmitir essa mensagem aos alcoólicos e praticar esses princípios em todas as nossas atividades.

Rodrigues; Almeida (2002), destacam em seu artigo uma interface entre as propostas de recuperação usadas pelo AA e as noções satreanas de liberdade e responsabilidade, fazendo um contraponto também com as definições científicas de compulsão e doença, da qual, segundo os mesmos autores, essas definições são tidas como exterior ao indivíduo, ou seja, sem a possibilidade de escolha desse indivíduo.

Afirmam ainda que todo o processo de recuperação proposto pelo AA se baseia prioritariamente no primeiro passo – a admissão da impotência perante o álcool – sem a qual toda sobriedade será considerada precária; na prática constante da rememoração, cujo objetivo é manter a prática dos testemunhos nos quais são lembrados os males causados pela doença do alcoolismo e a necessidade de ser reafirmar como sendo sempre vulnerável ao alcoolismo; e na sobriedade absoluta, sem a qual não haverá sucesso na recuperação.

Para estes autores essas observações parecem apresentar veracidade, pois percebem que mesmo aqueles que se encontram há longa data abstinente da substância, apresentam maior chance de recaída, quando se sentem 'livres da dependência', acreditando que podem beber apenas socialmente. Tal procedimento, como apontam os grupos anônimos, é indício de recaída iminente, o que usualmente ocorre.

Há ainda que se destacar que o AA trabalha com a noção de alcoolismo como uma 'doença', que não somente é do corpo, mas que é também da 'alma'. Existe uma forte conotação moral e religiosa, que traduz a natural influência da formação pessoal de seus fundadores (RODRIGUES; ALMEIDA, 2002).

Neste sentido, além da cura do corpo, o AA propõe também uma cura espiritual, da qual o alcoolista necessita de uma modificação da sua “essência”, sua personalidade, como se o alcoolismo fosse uma entidade dominadora, que precisa ser expurgada da vida do sujeito, pois na possibilidade de se perder o domínio sobre o álcool (e sobre sua própria vida), está pressuposta a crença de que, nesta condição, uma substância (o álcool) passa a ser gestora do seu destino, e que somente uma entidade – Deus – poderá restituir sua sanidade.

Consideram a inegável efetividade da metodologia empregada pelos grupos de AA no arsenal de métodos e técnicas terapêuticas exercidos em caráter profissional, sendo comumente incorporados ao tratamento de clínicas e núcleos especializados no tratamento da

dependência química. E afirmam que “a libertação de uma compulsão como a do álcool ocorre tão somente a partir de um exercício da vontade, em que a escolha da abstinência será continuamente feita e refeita” (RODRIGUES; ALMEIDA, 2002, p. 120).

4 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de revisão de literatura que permitirá um mapeamento do que já foi escrito sobre o tema e/ou problema da pesquisa (PILATTI, 2001). E tendo em vista tal conceito, o percurso de nossa pesquisa constituirá das seguintes etapas:

Primeiramente, na verificação dos artigos publicados no período de 2001 a 2007, em revistas indexadas na base de dados scielo e google acadêmico, sobre o tema do tratamento dos grupos de Alcoólicos Anônimos. Para tanto, foram utilizados como descritores os termos: “tratamento de alcoolista” e “alcoólicos anônimos”. Estes termos, embora indicassem algumas vezes artigos repetidos, em outras vezes revelavam artigos não contidos em outros descritores.

Em seguida fez-se um refinamento da pesquisa, com a finalidade de tornar a busca mais específica e voltada para o objetivo deste estudo. Foram excluídas as produções duplicadas, cartas e editoriais. Assim, foi possível obter garantia a respeito da maior abrangência das consultas realizadas, que serão divididas em dois aspectos: período de publicação e respectiva abordagem.

Quanto à classificação sobre o tema estudado, foi realizada uma leitura, que deu origem a categorias temáticas, observando-se rigorosamente o ano de publicação. Após isso, fez-se uma análise dos temas de todos os resumos classificados em cada categoria, a fim de se obter um panorama detalhado da produção científica nacional sobre o tratamento do AA.

No processo de análise preocupou-se em definir as categorias temáticas a partir das abordagens tratadas nos artigos analisados, observando-se ainda o ano de publicação.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como fruto da pesquisa realizada nos indexadores já mencionados, conseguiu-se o acesso a artigos que faziam ênfase ao AA e sua metodologia de tratamento, que resultou na análise de 10 (dez) artigos publicados entre os anos de 2001 à 2007.

Quadro 2 - Demonstrativo dos 10 (dez) artigos analisados sobre o tratamento do alcoolismo

ANO	AUTOR	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO
2001	Marques	“O uso do álcool e evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento”	Revisão de literatura	Histórico do uso do álcool e dos tratamentos empregados
	Ramos e Woitowitz	“Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso”	Revisão de literatura	Introduz o conceito de doença alcoólica, rompe com a noção de alcoolismo-sintoma
2002	Rodrigues e Almeida	“Liberdade e compulsão: uma análise da programação dos doze passos dos alcoólicos anônimos”.	Revisão de literatura	Explicação sobre as diferentes categorias em que são classificados os diferentes tipos de prejuízos provocados pelo uso do álcool
2004	Campos	“As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos”	Pesquisa qualitativa	Concepções do alcoolismo entre participantes do AA
	Mota	“A dádiva da sobriedade: a ajuda mútua nos grupos de alcoólicos anônimos”	Pesquisa quali/quantitativa	Levanta a discussão sobre o preconceito existente na presença e organização de outras formas de apoio ao alcoolismo na sociedade
2005	Campos	“O alcoolismo é uma doença contagiosa? Representação sobre o contágio e a doença de ex-bebedores”	Pesquisa etnográfica	Busca refletir sobre as concepções de contágio ligadas ao contexto sociocultural específico, ao contrário do modelo biomédico
	Fróis	“O anonimato em contexto de grupo: as associações anônimas”	Pesquisa etnográfica	Discute a importância do anonimato

	Siqueira e Souza	“O impacto das faltas às Consultas em um programa de dependentes de álcool”	Estudo retrospectivo	Não fez nenhum estudo aprofundado sobre o AA
	Kantorski, Lisboa e Souza	“Grupo de prevenção e recaída de álcool e outras drogas”	Pesquisa qualitativa	Não fez nenhum estudo aprofundado sobre o AA
2007	Santos	“Psicoterapia Psicanalítica: aplicações no tratamento de pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas”	Revisão de literatura	Não fez nenhum estudo aprofundado sobre o AA

Quadro 3 - Categorias abordadas nos 10 (dez) artigos analisados quanto ao tipo de estudo e ano de publicação

CATEGORIAS	TIPO DE ESTUDO	ANO	AUTOR
Uso de drogas	Revisão de literatura	2001	Marques
	Revisão de literatura	2002	Rodrigues e Almeida
Alcoolismo	Revisão de literatura	2001	Ramos e Woitowitz
	Revisão de literatura	2002	Rodrigues e Almeida
	Pesquisa etnográfica	2005	Campos
História e metodologia do AA	Revisão de literatura	2002	Rodrigues e Almeida
	Pesquisa qualitativa	2004	Campos
	Pesquisa quali/quantitativa	2004	Mota
	Pesquisa etnográfica	2005	Fróis
Formas de tratamento do alcoolismo	Revisão de literatura	2001	Marques
	Pesquisa quali/quantitativa	2004	Mota
	Estudo retrospectivo	2005	Siqueira e Souza
Avaliação e contribuições do AA no tratamento do alcoolismo	Revisão de literatura	2001	Ramos e Woitowitz
	Pesquisa etnográfica	2005	Fróis
	Pesquisa qualitativa	2005	Kantorski, Lisboa e Souza
	Revisão de literatura	2007	Santos

Dentre os assuntos abordados pelos textos em estudo que fizeram alguma referência ao AA pode-se citar:

No texto “O uso do álcool e evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento” de Marques (2001) é feito um histórico do uso do álcool e dos tratamentos empregados, referindo que apesar do alcoolismo ser incluído no Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais (DSM-I) da APA (Associação de Psiquiatria Americana) somente em 1952, em meados de 1935 o “Alcoólicos Anônimos”, era apontado como uma forma de tratamento alternativa, que apesar de forte influência religiosa,

“acompanhou o período de transição do conceito moral, predominante na maioria dos países, para o conceito de doença reintroduzido nesta época” (MARQUES, 2001, p. 76).

No artigo é enfatizado que os grupos de AA, na década de 40, tinha participação no rol de tratamentos utilizados para o alcoolismo apenas como coadjuvante (conjuntamente ao movimento de Temperança e modelo médico), isto é, não possuía efetividade comprovada, não sendo então algo legítimo. Contudo, nas décadas seguintes com a proliferação dos adeptos e da expansão maciça dos grupos de AA, esta modalidade terapêutica passou a “participar 'oficialmente' de tratamentos ligados à medicina como, por exemplo, o Minnesota” (WEINER apud MARQUES, 2001, p. 76).

O artigo: “Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso” de Ramos; Woitowitz (2001, p. 19) reafirma-se que os grupos de AA contribuem de maneira significativa, pois ao “introduzir o conceito de doença alcoólica, rompe com a noção de alcoolismo-sintoma, o que inaugura uma nova fase”.

A incorporação desta nova conceitualização no arcabouço epistemológico, o que fez surgir uma diversidade de novas formas de tratamento do alcoolismo, dentre os quais o modelo Minnesota, a entrevista motivacional, a programação de prevenção de recaídas etc.

O artigo “Liberdade e compulsão: uma análise da programação dos doze passos dos alcoólicos anônimos”, de autoria de Rodrigues e Almeida (2002), faz uma explanação sobre as diferentes categorias em que são classificados os diferentes tipos de prejuízos provocados pelo uso do álcool (abuso, dependência, uso nocivo), ressaltando que o AA não se detém em tal distinção, já que este considera elegíveis para a programação todos os que sentem que perderam o controle perante a substância.

Este texto traz em seu objetivo o de pensar o assunto a partir da prática de uma destas propostas de recuperação, tencionando refletir sobre as estratégias utilizadas pelos grupos, em seu processo de tratamento, articulando-as a noção sartreana de liberdade e responsabilidade.

Portanto, defendem que a admissibilidade da impotência frente a bebida ou simplesmente negar o fato de ser alcoólico mantém a dependência.

Ressaltam que toda a programação delineada nos doze passos só é possível devido à função da condição existencial de liberdade humana. E se a programação dos doze passos tem sido repleta de êxitos é porque ela, mesmo sem se dar conta disso, vem trabalhando exatamente com a dimensão da escolha, que permite a cada um, determinar a todo o momento o seu destino.

Entre as alusões significativas nesse texto destacam-se além da exposição das distintas nomenclaturas quanto ao uso prejudicial do álcool na população americana, (alvo desse

estudo), das conseqüências maléficas em diversos âmbitos (psicológico, social, físico, familiar e econômicas) e o impacto para o aumento da procura de algum tipo de ajuda clínica.

Na conclusão do estudo, os autores afirmam que, embora o AA tenha sido eficaz em inúmeros casos, existe a impossibilidade de criar-se um modelo conceitual na qual possam ser inseridas todas as pessoas. Discute ainda sobre a origem do AA, sua difusão em todo o mundo, a eficácia da técnica utilizada por eles e sua influência em outros métodos e técnicas terapêuticas exercidas em caráter profissional.

O artigo intitulado “As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos” de Campos (2004) é também um estudo feito com o grupo de Sapopemba de AA (com os ex-bebedores).

Esse estudo também relata sobre a origem do AA, como ele espalhou-se pelo mundo e como o número aumenta cada vez mais. Além de muitos outros grupos usarem-no como modelo para outros tipos de patologias, como: “Narcóticos Anônimos”, “Dependentes de Amor”, “Comedores Compulsivos Anônimos”, “Compulsivos por Sexo”, “Neuróticos anônimos”, “Jogadores Anônimos” etc. Relatando ainda que o Brasil é um dos países com maior número de AA no mundo.

Mota (2004), autor de “A dádiva da sobriedade: a ajuda mútua nos grupos de alcoólicos anônimos” levanta a discussão sobre o preconceito existente na presença e organização de outras formas de tratamento não médico ao alcoolismo, tal como é enfatizado na metodologia do AA.

Daí cabe perguntar qual o espaço de interlocução possível entre o campo técnico e acadêmico. Além disto, discute sobre a real possibilidade de recuperação de pessoas que sofrem com o alcoolismo baseado na força de um grupo cuja maior causa se funda sobre a “dádiva da sobriedade”.

Para o autor, a interlocução somente será possível quando houver a possibilidade de rever a literatura laica sobre os grupos de AA e superar a superficialidade que acabam reservando na área acadêmica ao estudo sobre estes grupos. Dessa maneira será possível observar que os grupos de AA produzem uma série de possibilidades de ruptura biográficas na relação da pessoa dependente do álcool com seu campo de relações, reestruturando-as.

Pois se o álcool, de certa maneira, é inicialmente um agente produtor de sociabilidade (um dos significados da bebida em nossa sociedade, ao qual se atribui um valor positivo) é também para o alcoolista, um agente de dissociação, um fator que gera rupturas no campo das relações sociais, na família e no trabalho.

Em seu estudo, Mota (2004) verifica que o AA propõe um remanejamento nas redes sociais, quando introduz temas como ajuda mútua, solidariedade, reciprocidade no manejo das situações vivenciadas por seus membros, com a abordagem pluralizada do AA (abordagem dos doze passos e das doze tradições) associada a uma cultura de recuperação, que não deixa de evocar a religiosidade representada em um “ser superior”, caracterizando o surgimento e a difusão dos alcoólicos anônimos no mundo. Dessa maneira, a dádiva da sobriedade identificada na filosofia dos alcoólicos anônimos como algo que foi recebido gratuitamente e gratuitamente tem de ser oferecido, se concretiza nas formas de abordagem, na finanças, nos serviços e na solidariedade empregada por estes grupos.

O artigo “O alcoolismo é uma doença contagiosa? Representação sobre o contágio e a doença de ex-bebedores” escrito por Campos (2005) busca refletir sobre as concepções de contágio ligadas ao contexto sociocultural específico, ao contrário do modelo biomédico.

Trata-se do resultado de uma pesquisa feita com sujeitos do AA de Sapopemba/SP ao expõe que a maioria de seus participantes são do sexo masculino, foi constatado que há rotatividade no grupo e que havia apenas 1 pessoa com menos de 40 anos, sendo que a faixa etária variava dos 40 aos 73 anos de idade.

Outro fato constatado pelo autor foi a associação do uso do álcool às massas trabalhadoras e as perdas acumuladas pelos adictos, durante o período ativo do alcoolismo. Além destas constatações foi comentado sobre a origem do AA, as causas do alcoolismo, as estratégias utilizadas pelo AA considerando que as mesmas buscam alterar o comportamento do alcoólico, conduzindo a uma reconstrução de seus vínculos familiares e profissionais pelo cultivo de sua responsabilidade.

O estudo intitulado “O anonimato em contexto de grupo: as associações anônimas” de Fróis (2005), que traz em seu bojo a discussão sobre o conceito de “anonimato”, além de elencar algumas considerações a respeito da organização interna do AA.

Para esta autora, podemos caracterizar essas três associações como todas provenientes do modelo tradicionalmente conhecidos como de 12 passos e que tem origem nos Alcoólicos Anônimos. Todas as associações existentes denominadas “anônimas” derivam deste modelo, que vem sendo adaptado para as diferentes áreas a que se dedicam, estando atualmente difundidas por todo o mundo.

Outra questão relevante exposta no texto é a importância do anonimato no contexto terapêutico de associações anônimas como o AA (Alcoólicos Anônimos), FA (Famílias Anônimas) e os NA (narcóticos anônimos). Tal estudo tem o intuito de discutir e

compreender o conceito de anonimato, saber sua real relevância para a antropologia, ciências sociais e na sociedade contemporânea.

Nos artigos publicados a partir de 2005, constata-se que não foi realizado nenhum estudo aprofundado sobre o AA, mas somente uma pequena referência, como percebe-se no artigo “O impacto das faltas às Consultas em um programa de dependentes de álcool” de Siqueira; Souza (2005), realizado no Programa de Atendimento ao Alcoolista do Hospital Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo, no período de agosto a outubro/1998 e setembro a novembro/1999. O objetivo deste estudo é averiguar as pessoas que faziam parte do tratamento.

Na pesquisa, pode-se dividir as categorias em dois fatores: extrínsecos, independentes da vontade do paciente, e intrínsecos, como dependentes da vontade do paciente, sendo constatado que a maioria das faltas alegadas eram relacionados a fatores intrínsecos (51,85 %).

Outro artigo publicado em 2005 que se enquadra no não aprofundamento sobre o AA é o intitulado: “Grupo de prevenção e recaída de álcool e outras drogas” de autoria de Kantorski, Lisboa; Souza (2005). Este estudo foi realizado em um CAPS — Centro de atenção Psicossocial tipo II — no interior do Rio Grande do Sul – Brasil.

Ao referir-se ao AA, as autoras tratam como uma das intervenções terapêuticas mais utilizadas em caso de dependência química, dentre outras relatadas no trabalho e que o AA é um programa que caracteriza a dicção como uma doença crônica e progressiva, caracterizada pela negação e perda do controle de um indivíduo com personalidade dependente.

Para as mesmas autoras, o AA tem seu modelo de intervenção baseado no confronto. E por isto, esta intervenção é negativamente associado ao sucesso do tratamento, pois tais estratégias confrontativas aumentam as defesas do dependente ao reconhecer sua situação o que muitas vezes inviabiliza o tratamento.

Já o artigo “Psicoterapia Psicanalítica: aplicações no tratamento de pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas” de autoria de Santos (2007), faz uma pequena alusão ao AA quando comenta sobre o que é utilizado, tipicamente, nos programas de reabilitação psicossocial, citando-o como suporte emocional oferecido por grupos anônimos.

Assim, pode-se constatar ao longo do estudo dos textos analisados que a maioria faz algum tipo de citação sobre os AAs, sendo que em boa parte ressalta como foi sua origem, a importância do seu modelo de doze passos para o tratamento de pessoas adictas, além da utilização desse modelo para trabalhar outros tipos de patologias.

Constata-se ainda a preocupação de alguns trabalhos em estudarem como se dá o processo terapêutico do AA, analisando algumas de suas estratégias, mas nunca deixando de colocar em evidência que o AA é uma das formas mais eficazes para se trabalhar com dependentes de álcool.

Ressaltamos também a necessidade de ampliação maior do estudo acadêmico a despeito desta temática. Pois apesar de se notar a expansão maior da formação de grupos de novos de AA e, por conseguinte um desenvolvimento e organização desta modalidade terapêutica, ainda há, na academia, pouco interesse por este tipo de abordagem.

Por isso, destaca-se que embora o AA tenha surgido e se desenvolvido a partir da vivência do senso comum, sua eficácia, conforme o próprio Mota (2004) sugere, é digna de uma intervenção terapêutica científica.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dependência do álcool, como se pôde ver, ao longo deste trabalho, não tem uma causa definida, sendo considerado um problema de origem biopsicossocial devido ao amplo número de fatores que a influenciam.

Contudo, a literatura dá grande ênfase ao aspecto social, pois, como foi demonstrado ao longo do trabalho, a presença inicial do álcool no Brasil se deu desde os primórdios da colonização.

Desde essa época a sociedade brasileira já apresentava hábito social de beber, sendo que muitas vezes a bebida é associada com festividades. Além disso, a mídia também apresenta um papel preponderante para a influência no uso do álcool.

Vemos também que são inúmeras as conseqüências da dependência alcoólica. Podemos citar além dos problemas físicos, como a cirrose que pode levar a morte; os problemas de ordem psicológica, familiar, perda de identidade e também grandes problemas de ordem social, já que um grande número de acidentes e mortes está relacionado com o uso inadequado de bebida alcoólica.

Os tratamentos para o alcoolismo são bastante variados devido a existência de múltiplas perspectivas para essa condição. Àqueles que possuem um alcoolismo que se aproxima de uma condição médica ou doença são recomendados tratamentos de modo diferentes dos que se aproximam desta condição como uma escolha social.

A maioria dos tratamentos busca ajudar alcoolista a diminuir o consumo de álcool, seguido por um treinamento de vida ou suporte social de modo que ajude a pessoa a resistir ao retorno do uso de álcool. Como o alcoolismo envolve múltiplos fatores que incentivam a pessoa a continuar a beber, todos estes fatores devem ser suprimidos para que se previnam com sucesso os casos de recaídas.

Um exemplo para este tipo de tratamento é a desintoxicação seguida por uma combinação de terapia de suporte, atendimento em grupos de auto-ajuda, etc. A maioria dos tratamentos geralmente preferem uma abstinência de tolerância zero; entretanto, alguns preferem uma abordagem de redução de consumo progressiva

O presente estudo teve como pilar fundamental o destaque ao crescimento e expansão significativa dos grupos de AA como uma modalidade terapêutica no Brasil.

Como foi visto o tratamento realizado nos Alcoólicos Anônimos e sua política de doze passos, da qual se ressalta o primeiro (Admitimos que éramos impotentes perante o álcool –

que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas). Tendo em vista ser o mais importante, já que esse é o passo inicial para ser admitido no AA.

Já as doze tradições do AA demonstram sua forma de organização e estrutura. Onde são ressaltadas a influência da religiosidade, além do aspecto da gratuidade desse trabalho.

Constatamos nos textos que o trabalho do AA no Brasil teve início com a chegada de executivos americanos a trabalho neste país, portanto apresenta uma configuração que teve como modelo a estrutura americana. Vemos então como os fatores históricos, sociais e culturais estão envolvidos e colaboram na construção desse trabalho aqui no Brasil.

O que se percebe é que diante da dificuldade de tratamento do alcoolismo, a forma utilizada pelo AA é uma das que mais tem resultados efetivos. Dessa forma, este passa a servir de modelos para tratamento de outros tipos de vícios, como por exemplo, os narcóticos anônimos.

A maioria dos textos utilizados nesse estudo fazia um estudo sobre o AA. Entretanto, outros apenas faziam algumas pequenas referências ao mesmo, ou tinha como objeto de estudo algum aspecto relevante do AA, mas sem necessariamente utilizar o AA como o objeto central, como por exemplo, a importância do anonimato para esse tipo de método de tratamento.

Diante dessa contribuição enorme que o AA proporciona é que faz com que o número de grupos com essa prática cresça cada vez mais no mundo. Como foi visto, estima-se que hoje existam 98.710 grupos e no Brasil, cerca de 6.000 grupos. Fato que nos chamou atenção da importância desse estudo, já que é grande e muitas vezes efetiva a contribuição dessa modalidade.

Tal estudo não está concluído. É apenas a premissa para o surgimento de outros, pois o conhecimento é uma fonte que nunca se esgota. Este trabalho tem o intuito de incentivar e mostrar a necessidade que temos em aprofundar o conhecimento acerca dessa realidade, diante do preocupante caminho que a humanidade está percorrendo.

A partir de um levantamento histórico nos artigos publicados nos principais indexadores brasileiros, percebeu-se que apesar de ainda haver pouca literatura a respeito da temática, os autores enunciados fazem, de certa forma, boas referências à proposta de trabalho promovida pelo AA.

É percebido o quanto ainda é preocupante problemática da dependência química, em especial a dependência ao álcool e que, ao longo da história, surgem novas propostas para lidar com este grande desafio, sendo o AA uma das modalidades terapêuticas de melhor aceitação, com apresentação de boa eficácia.

O objetivo proposto de fazer uma revisão de literatura sobre as publicações acerca do tratamento do AA para alcoolistas serviu como um grande desmistificador e esclarecedor a respeito dessa organização. Além de servir como elo a futuras novas pesquisas que tentem levar a academia e ao público em geral (principalmente àqueles que encontram em situação de dependência do álcool) um entendimento e aperfeiçoamento desta modalidade terapêutica.

REFERÊNCIAS

ALVES, Rubem. Ciência, coisa boa. In: MARCELINO, Nelson (org.) **Introdução às Ciências Sociais**. São Paulo: Papirus, 1989.

ANDRADE, Tarcisio Matos de; ESPINHEIRA, CARLOS Geraldo D'Andrea (gey). **A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira** In: SUPERA – Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento: Módulo 1 – O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais. Brasília: Secretária Nacional Antidrogas, 2006. 46p

AOKI, Patrícia Satiko. **Emergências relacionadas ao álcool**. Cap 12. pág 138. In: CORDEIRO, Daniel Cruz; BALDAÇARA, Leonardo. **Emergências Psiquiátricas**. Editora Roca. 2007.

BURNS, John E., LABONIA FILHO, Walter. **Grupos de ajuda-mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias** In: SUPERA – Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento: Módulo 1 – O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais. Brasília: Secretária Nacional Antidrogas.

CAMPOS, Edemilson Antunes. **O alcoolismo é uma doença contagiosa?** Representações sobre o contágio e a doença de ex-bebedores. *Ciência e saúde coletiva*, 2005, vol 10, 267-278.

CAMPOS, Edemilson Antunes. **As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores:** os Alcoólicos Anônimos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1379-1387, set-out, 2004.

CARLINI, Elisaldo de Araújo. **II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2005**. São Paulo: UNIFESP. In <http://www.obid.senad.gov.br> Acesso em 11.05.2007

CEBRID. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. São Paulo, 2006

DSM–IV–TR – Manual Diagnóstico e estatístico de Transtornos mentais. Trad. Cláudia Dornelles; - 4. ed. ver. – Porto Alegre: Artmed, 2002.

FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza; GALDURÓZ, José Carlos Fernandes; MICHEL, Denise de. **Álcool:** efeitos agudos e crônicos no SNC e em outros sistemas orgânicos. Módulo 2 - LACERDA, Roseli Boerngen de; Efeitos de substâncias psicoativas no organismo. In SUPERA – Sistema de Detecção do Uso Abusivo de Substâncias Psicoativas:

Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção Social e acompanhamento. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006. p 14.

FRÓIS, Catarina. **O anonimato em contexto de grupo: as associações anônimas.** Etnográfica, 2005, vol IX, p. 293-312.

GALDURÓZ, José Carlos Fernandes. **Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridade regionais e populações específicas.** Módulo 1 - O Uso de Substâncias Psicoativas no Brasil: Epidemiologia, legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais In SUPERA – Sistema de Detecção do Uso Abusivo de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção Social e acompanhamento. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006. 46p.

GALVÃO, Vinícius Queiroz. **Lei seca é uma das mais rígidas do mundo.** Folha de S.Paulo 2007. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u415818.shtml> Acesso em 3 jul. 2008.

KANTORSKI, Luciane Prado; LISBOA, Liliane de Mello; SOUZA, Jacqueline. **Grupo de prevenção de recaídas de álcool e outras drogas.** Ribeirão Preto: SMAD, 2005, vol 1, n 1, art 4.

LARANJEIRA, Ronaldo. **Álcool: abuso e dependência: conceitos básicos.** São Paulo: SNC In foco. UNIFESP-EPM, 2006, vol 2, n. 4, p. 2-7

MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli. **O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento.** São Paulo: IMESC, 2001.

MOTA, Leonardo. **A dádiva da sobriedade: a ajuda mútua nos grupos de alcoólicos anônimos.** Ciênc. saúde coletiva, Oct./Dec. 2004, vol.9, no.4, p.1079-1080.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: teoria, método, criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1998.

NASCIMENTO, Eurípedes Costa do; JUSTO, José Sterza. **Vidas errantes e alcoolismo: uma questão social.** Psicol. Reflex. Crit., 2000, vol.13, no.3, p.529-538.

PALHANO, Ruy. **Drogas: saiba mais a seu respeito.** São Luís: LITHOGRAF, 2000.

ONFRAY, Michel. **A razão gulosa: filosofia do gosto.** Tradução de Ana Maria Sherer. Rio de Janeiro: Rocco, 1999, pág 66.

RAMOS, Sérgio de Paula; WOITOWITZ, Arnaldo Broll. **Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso.** São Paulo: Rev Bras Psiquiatr 2004;26 (Supl I):18-22

RESENDE, Geraldo L. O. de; AMARAL, Vera L. A. Raposo do; BANDEIRA, Marina *et al.* **Análise da prontidão para o tratamento em alcoolistas em um centro de tratamento.** *Rev. psiquiatr. clín.*, jul./ago. 2005, vol.32, no.4, p.211-217.

RODRIGUES, Joelson Tavares; ALMEIDA, Leonardo Pinto de. **Liberdade e compulsão:** uma análise da programação dos doze passos dos alcoólicos anônimos. *Psicologia em Estudo*, jan./jun. 2002, v. 7, n. 1, p. 113-120.

SADOCK, Benjamim James. **Compêndio de psiquiatria:** ciência do comportamento e psiquiatria clínica; tradução Cláudia Dornelles..(et al.). – 9 ed. – Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANTOS, Manoel Antônio. **Psicoterapia Psicanalítica:** aplicações no tratamento de pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Ribeirão Preto: SMAD, 2007, v 3, n 1, art 5.

SIQUEIRA, Marluce Miguel de; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; SOUZA, Renata Santos de. **O impacto das faltas às consultas em um programa de dependentes de álcool.** *J Bras Psiquiatr* 54(2): 114-119, 2005

Sites:

<http://www.alcoolicosanonimos.org.br> Acesso em 14 jun. 2008

<http://www.obid.senad.gov.br/OBID/Portal> Acesso em 14 jun. 2008

http://www.who.int/substance_abuse/en/ Acesso em 14 jun. 2008

<http://www.minsaude.gov.br> Acesso em 29 jun. 2008

<http://www.cisa.org.br> Acesso em 27 jun. 2008

http://www.aaceara.org.br/sobre_o_aa.asp#o_que_e

<http://www.cisa.org.br/categoria.html?FhIdCategoria=3af284f8c4b878ce6e44b277189e>

<http://www.perkons.com.br>. Acesso em 05 out. 2008 <http://www1.folha.uol.com.br/>. Acesso em 05. out. 2008

ANEXOS

ANEXO A – As doze tradições do AA

AS DOZE TRADIÇÕES DE A.A.¹⁵.

PRIMEIRA TRADIÇÃO: Nosso bem-estar comum deve estar em primeiro lugar; a reabilitação individual depende da unidade de A.A.

SEGUNDA TRADIÇÃO: Somente uma autoridade preside, em última análise, o nosso propósito comum - um Deus amantíssimo que Se manifesta em nossa consciência coletiva. Nossos líderes são apenas servidores de confiança; não têm poderes para governar.

TERCEIRA TRADIÇÃO: Para ser membro de A.A., o único requisito é o desejo de parar de beber.

- 1- **QUARTA TRADIÇÃO:** Cada Grupo deve ser autônomo, salvo em assuntos que digam respeito a outros Grupos ou a A.A. em seu conjunto.
- 2- **QUINTA TRADIÇÃO:** Cada Grupo é animado de um único propósito primordial - o de transmitir sua mensagem ao alcoólico que ainda sofre.
- 3- **SEXTA TRADIÇÃO:** Nenhum Grupo de A.A. deverá jamais sancionar, financiar ou emprestar o nome de A.A. a qualquer sociedade parecida ou empreendimento alheio à Irmandade, a fim de que problemas de dinheiro, propriedade e prestígio não nos afastem de nosso propósito primordial.
- 4- **SÉTIMA TRADIÇÃO:** Todos os Grupos de A.A. deverão ser absolutamente auto-suficientes, rejeitando quaisquer doações de fora.
- 5- **OITAVA TRADIÇÃO:** Alcoólicos Anônimos deverá manter-se sempre não-profissional, embora nossos centros de serviços possam contratar funcionários especializados.
- 6- **NONA TRADIÇÃO A.A.:** Jamais deverá organizar-se como tal; podemos, porém, criar juntas ou comitês de serviço diretamente responsáveis perante àqueles a quem prestam serviços.
- 7- **DÉCIMA TRADIÇÃO:** Alcoólicos Anônimos não opina sobre questões alheias à Irmandade; portanto, o nome de A.A. jamais deverá aparecer em controvérsias públicas.
- 8- **DÉCIMA PRIMEIRA TRADIÇÃO:** Nossas relações com o público baseiam-se na atração em vez da promoção; cabe-nos sempre preservar o anonimato pessoal na imprensa, no rádio e em filmes.

¹⁵ Site oficial [HTTP://www.alcoolicosanonimos.org.br](http://www.alcoolicosanonimos.org.br)

- 9- DÉCIMA SEGUNDA TRADIÇÃO: O anonimato é o alicerce espiritual das nossas Tradições, lembrando-nos sempre da necessidade de colocar os princípios acima das personalidades.