

# ENTRE A AMIGOS

## SÓ O EXEMPLO ENSINA

SEGUNDO NOSSO ENTREVISTADO DESTA EDIÇÃO: "O EXEMPLO NÃO É A MELHOR FORMA DE ENSINAR ALGO A ALGUÉM; É A ÚNICA". E ALCOÓLICOS ANÔNIMOS É O "MELHOR EXEMPLO" PARA O ALCOÓLICO QUE AINDA SOFRE.

**N**um exemplo de cooperação e disponibilidade, ele encontrou tempo para falar aos leitores da Vivência, conversando durante uma hora com servidores do CPP, no intervalo de almoço de um evento internacional *online* do qual participava.

Trata-se do Dr. Arthur Guerra de Andrade, psiquiatra, *AAmigo* há mais de quarenta anos, cujo currículo completo não caberia nesta página. Fundador do Grupo Interdisciplinar de Estudos em Álcool e Drogas (GREA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, Professor Titular de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Medicina do ABC e Professor Associado do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

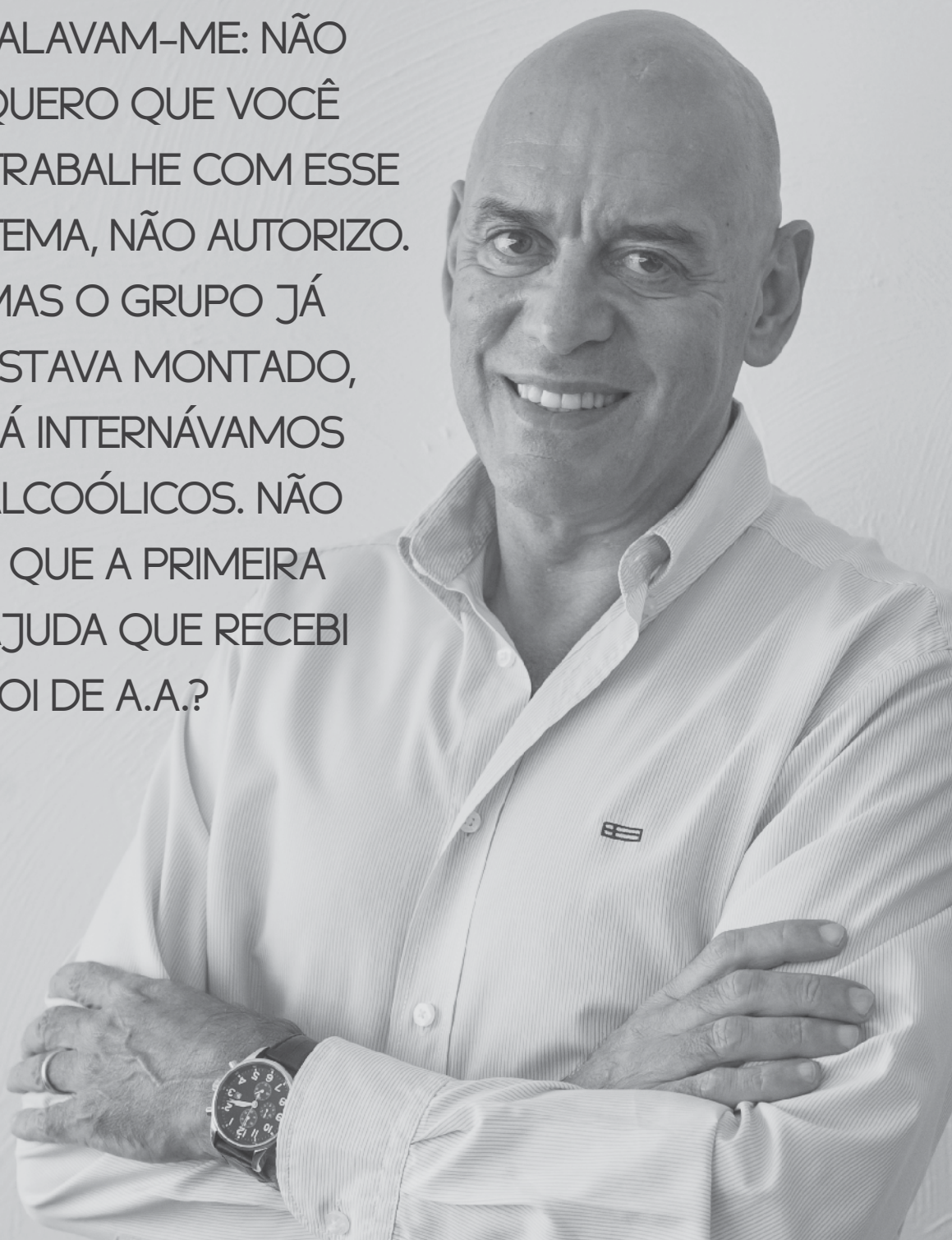
### • Dr. Arthur, como o senhor se aproximou da problemática do alcoolismo e de A.A.?

Em 1979, iniciei a residência médica no Hospital das Clínicas, no Instituto de

Psiquiatria. Em junho de 1980, num dia frio, nublado e escuro, chamaram-me para avaliar um caso numa enfermaria que eu ainda não conhecia. Era um ambiente triste, depressivo, onde todos pareciam ter a mesma cara. Perguntei ao enfermeiro: *Por que o ambiente aqui é desse jeito?* Ah, doutor, ele respondeu, *aqui é a enfermaria de álcool. Sim, mas o que é que tem?* Ah, doutor, o senhor sabe como é, não funciona! Como assim, não funciona?! – retruquei. *O senhor conhece aquelas portas giratórias, onde a pessoa entra e sai? Aqui é igual, os pacientes entram, saem, bebem de novo e voltam. O senhor não sabe porque ainda não passou por aqui. Mas quando passar, vai saber como é.*

Em vez de abater-me, aquilo me deixou animado. Pensei: *Estamos em 1980, não é possível que não exista resposta para isso.* Para entender um pouco mais, montei um grupo de estudos lá, ainda em 1980. Cada um levava um livro ou artigo científico, a gente lia e conversava a res-

ALGUNS  
PROFESSORES  
FALAVAM-ME: NÃO  
QUERO QUE VOCÊ  
TRABALHE COM ESSE  
TEMA, NÃO AUTORIZO.  
MAS O GRUPO JÁ  
ESTAVA MONTADO,  
JÁ INTERNÁVAMOS  
ALCOÓLICOS. NÃO  
É QUE A PRIMEIRA  
AJUDA QUE RECEBI  
FOI DE A.A.?



peito. Então tive a ideia: *Vamos montar um grupo de atendimento no hospital psiquiátrico? Será que pode?*, indagamo-nos. Éramos jovens, estávamos terminando a residência. Alguns professores falavam-me: Não quero que você trabalhe com esse tema, não autorizo. Mas o grupo já estava montado, já internávamos alcoólicos. Não é que a primeira ajuda que recebi foi de A.A.?

Eu não conhecia A.A. Eles vieram e disseram: *Somos do grupo aqui próximo, o senhor quer uma ajuda? Ora, por que não?* – respondi. Eles montaram um grupo dentro do serviço, dentro do GREA, no Hospital das Clínicas. Ainda hoje existe, para dar uma atenção aos pacientes. Assim conheci A.A.



Por que me interessei pelo tema? Porque duas pessoas da minha família, muito próximas, tinham problemas com bebida. Vivi momentos bem difíceis na minha infância e adolescência — coisas que vocês conhecem: brigas, mentiras, embriaguez. Ainda mais em família de italianos, aquilo crescia exponencialmente. Creio que tudo ficou gravado no meu inconsciente.

Não sei se busquei resolver os problemas da minha família, mas creio que também fui motivado por isso. Desenvolvi uma sensibilidade, mas era um desafio também. Alguns professores diziam: *Menino, vai cuidar de outra área, isso não tem cura, a recaída faz parte do quadro clínico, não quero você nesse campo!* — era a visão deles — quanto mais falavam para eu desistir, mais eu ficava animado: *Agora que vou mesmo!* Foi essa a minha motivação inicial.

• **O senhor diria que a medicina chegou a incorporar algo da experiência de A.A.?**

Acho nossas vidas parecidas com uma roda gigante: eu entro, subo, atinjo o topo, daí começo a descer — daqui a pouco vou sair, todos nós vamos sair. Minha trajetória já está em descendência. Na etapa atual mudei de opinião, a vida deu-me outros entendimentos do álcool, das drogas, do mundo, da família. A gente vai amadurecendo.

No começo, tentei indicar aos meus pacientes o que se chamava *beber con-*

*trolado*, mas não tive êxito com nenhum caso. Assim, sem influência de A.A. convenci-me, pela minha prática médica, de que a única saída para um alcoólico é parar de beber. Isso dá uma certa tranquilidade, porque você já sabe qual é o caminho.

Hoje, entendo que existe uma carga genética razoável no alcoolismo. Antes eu pensava menos nisso, mas hoje vejo um contingente

de pessoas que não podem beber porque seu metabolismo trabalha de forma diferente, basta uma gota de álcool para dar grandes alterações fisiológicas. Essa pessoa precisaria ficar sem uso de álcool a qualquer custo.

Como trato de outros problemas além do álcool, vejo que numa situação de depressão, ansiedade ou outro caso em que a pessoa usa o álcool como *muleta*, não adianta só ficar sem beber, temos de cuidar também do quadro primário. Porém, esses casos são poucos. O mais importante é que a pessoa, com ou sem quadro primário, com ou sem depressão, não pode beber. Se ela convencer-se disso, se entender que não pode beber, aca-

A PEDIDO MEU,  
ELE VISITOU UMA  
REUNIÃO DE A.A.,  
AINDA INTERNADO.  
DISSE QUE  
"DETESTOU",  
PORÉM TEVE  
ALTA E NÃO  
VOLTOU A BEBER.

ba dando certo. Meu maior desafio ao atender um paciente é ver se *ele* entende que não pode beber. Eu entendo, mas não adianta *eu* entender. Muitos não admitem essa possibilidade.

É aqui que entra A.A., porque um membro nunca diz: *Se você beber, não falo mais com você.* Nada disso, ele diz algo mais ou menos assim: *Olha, entendo o que você está falando,*

*já passei por isso antes, posso te dizer que essa história não é assim. Se você quiser ouvir nossa história, vamos dividi-la com você. A decisão é sua! Quem sou eu para dizer que você não pode beber? Não vou beber com você, mas se precisa de ajuda para parar de beber, conte conosco.*

Esse modelo — que é diferente do modelo médico clássico, do diagnóstico, medicamento, etc — traz para a medicina o mesmo resultado que ela busca. Tem uma comunhão de resultados aí, porque como médico preciso que a pessoa não beba; sei que ela ficará bem se não beber. E vocês têm um poder de convencimento — não é que seja *maior* que o do médico, mas

é diferente. Vocês dizem: *sei do que você está falando porque já passei por isso, é assim mesmo; aliás, vou te dizer uma coisa, é pior ainda: quando você começar a ficar bem, a ganhar dinheiro, será pior.* Posso dizer isso como médico, mas não é a mesma experiência.

Por outro lado, no consultório, quando alguém começa a contar-me sua história, eu digo: *Olha, o senhor não pode beber nada; mas o senhor já sabia disso antes de entrar no meu consultório, não sabia?* Geralmente ele responde: *De fato, eu sabia. Então, pergunto, por que o senhor veio falar comigo?* E ele: *Para ter certeza de que era essa a conduta.* A pessoa paga um dinheirão, que eu mesmo não pagaria, para ouvir a mesma coisa que vocês dizem, mas para ouvir de um médico, daí tem confiança.

### • Existem avanços recentes na medicina para melhor compreensão e enfrentamento do alcoolismo?

Justamente nesta semana, estamos num congresso europeu de psiquiatria pela Internet, com muitos estudos de neuroquímica, de base fisiológica. Cada vez mais, tenta-se uma aproximação biológica em torno desse problema.

Um desses estudos fez a seguinte experiência: um grupo de ratos já dependentes do álcool aprendeu que, se ingerir álcool, toma um choque. Pois bem, *um terço desses ratos prefere tomar um choque a ficar sem beber.* Dois terços deixam de beber para não tomarem choque, mas um terço vai à exaustão, leva choques só para poder beber! Isso equivale, talvez, a alguém que vive na rua, doente, passa fome, frio, riscos, é internado, mas



continua afirmando que não tem problemas com bebida.

Se conseguirmos identificar o que essas pessoas têm de diferente das outras, quem sabe obteremos algum mecanismo de prevenção? No congresso, outro estudo demonstrou que, quando o alcoólico tem um quadro psiquiátrico e esse quadro é bem tratado, a chance de recaída é menor. Isso é meio óbvio, mas ainda não tínhamos comprovação científica.

A medicina avança em relação ao alcoolismo, mas muito lentamente. Outro dia ouvi uma comparação bacana, feita pelo Dr. Elisaldo Carlini. Disse ele: *no que se refere a alcoolismo e dependências em geral é como se estivéssemos numa avenida de um quilômetro, à noite, tendo perdido a chave de casa. Tem só um poste com a luz acesa em toda a avenida. Se a chave estiver próxima desse poste, você a achará, mas se não estiver, você vai demorar muito para achá-la.* Esta-

NA MINHA CABEÇA  
DE MÉDICO, UMA  
ÚNICA REUNIÃO  
DE A.A. FOI  
IMPORTANTE PARA  
AJUDÁ-LO. TALVEZ  
ELE JÁ ESTIVESSE  
SE PREPARANDO  
PARA MUDAR DE  
IDEIA E AQUELA  
REUNIÃO DE A.A., DA  
QUAL NÃO GOSTOU,  
FEZ A DIFERENÇA  
PARA ELE.

mos ainda nessa condição, tateando, para ver onde está a benedita chave do alcoolismo na medicina.

• **Em sua longa prática clínica, há algum caso marcante, que pudesse compartilhar conosco?**

Tenho muitos, mas vou citar só dois, um positivo e um negativo. Um rapaz, hoje com 35 anos, tinha dependência do álcool. Entrou no meu consultório e disse: *Dr., peça-me qualquer coisa, menos para parar de beber! Se me pedir isso, não volto mais aqui.* Fomos trabalhando, mas a certa altura tive que interná-lo. Foi complicado. Ele desafiou a situação, dizendo-me que

quando sáísse da internação, voltaria a beber. A pedido meu, ele visitou uma reunião de A.A., ainda internado. Disse que “detestou”, porém teve alta e não voltou a beber.

Ele estava acima do peso, então começou a praticar esportes. Em minha



clínica fazemos muito esporte, tem que nadar, pedalar e correr. Fazíamos as mesmas provas. Ele, mais moço, ultrapassava-me dizendo: *E aí, doutor, tá difícil?* Era gostoso, eu ficava orgulhoso. Eu devia ter 63 anos, ele, uns 32. Um dia, numa prova em Cunha (SP), a bicicleta dele quebrou e, ao passar por ele, eu lhe disse: *E aí, campeão, quer alguma ajuda?* Ele respondeu: *Doutor, a ajuda que o senhor tinha que me dar, o senhor já me deu; boa prova!*

Foi bacana isso. Ele ficou bem, casou, está ótimo. Não sei se foi a outras reuniões de A.A. Mas embora tenha dito

*não gostei*, ele não bebeu mais. Então, na minha cabeça de médico, uma única reunião de A.A. foi importante para ajudá-lo. Talvez ele já estivesse se preparando para mudar de ideia e aquela reunião de A.A., da qual não gostou, fez a diferença para ele. Esse foi um caso bem positivo.

O outro foi muito negativo. Tratei de alguém que faleceu há um ano e meio. Se estivesse vivo hoje, teria 52 anos. Eu havia tratado do pai dele, que era dependente do álcool, numa cidade do interior de São Paulo; depois, cuidei dele durante mais de 20 anos. Era um desespero, eu queria

agarrá-lo, sacudi-lo! Sou médico, via que ele ia morrer. Era muito rico, ficava confinado em sua casa, com seguranças. Sabendo que um médico poderia interná-lo contra sua vontade, não me deixava entrar. Não deixava seus irmãos entrarem. Naquela família, dinheiro não era fator limitante de nada, ele poderia ir a qualquer lugar do mundo se quisesse. Mas foi morrendo, sem receber ninguém, até que um dia morreu.

Aquilo foi uma facada no peito, porque foi como um suicídio, mas não um suicídio agudo, com ferimento. Foi um daqueles em que a pessoa vai morrendo aos poucos e leva junto sua família. No caso, dois filhos e a mãe, que tem quase 80 anos. O irmão dele ficou bravo comigo, disse-me: *O culpado é o senhor, devia ter feito alguma coisa, como não conseguiu fazer?* – *Ele não me deixava fazer!*, respondi. *Mas o senhor devia ter feito, esse problema era seu, a responsabilidade pela morte do meu irmão é sua!* Nossa, que situação!

Conto esses dois casos porque entendo que estamos diante de uma doença muito grave, que mata, sim, mas da qual muitas

## ESTAMOS DIANTE DE UMA DOENÇA MUITO GRAVE, QUE MATA, SIM, MAS DA QUAL MUITAS PESSOAS SE RECUPERAM.

pessoas se recuperam. Ocorre que essa decisão: não beber ou beber, é difícil. Acho que ganha um Prêmio Nobel de Medicina quem descobrir a chave, a solução.

### • Como o senhor definiria eventuais pontos fortes e fragilidades de A.A.?

Como pontos fortes, vejo tudo que é tradicional em A.A., aquilo que vocês man-

têm inalterado: anonimato, discrição, não cobrar, essa seriedade, solidariedade, co-operação, o padrinho – são coisas fortíssimas. Agora, para onde creio que o mundo irá e penso que A.A. também deveria ir? Vejo que o mundo está cada vez mais ligado nas redes virtuais. Então, para comunicar-se com o mundo hoje, você precisa estar nessas redes. Elas são importantes, especialmente para os jovens.

Eu sugeriria olhar para esses jovens que já estão bebendo *a mais* e comunicam-se por celulares e aplicativos. Seria ótimo associar a credibilidade de A.A., seu modelo clássico, tradicional, com algumas abordagens mais modernas, com linguagem atraente. Não se trata de mudar a mensagem, mas sim agregar novos meios para transmiti-la na linguagem desses meios.





O médico que sugere a prática de esportes aos pacientes dá exemplo: que comece por mim.

Penso que A.A. poderia valer-se também de um bom comunicador não alcoólico, de confiança, com credibilidade científica e social, que dissesse: *Não sou AA, mas respeito, considero bom por esses motivos. Se você precisar de ajuda, procure A.A.* Algo curto, contemporâneo. Ele poderia atuar em congressos, ministérios, prefeituras, poder público em geral, manifestando sua opinião sobre A.A., sempre registrando ser um não alcoólico. Isto faz diferença, para mostrar que não se trata de alguém *advogando em causa própria*. Creio, também, que deveria haver mais grupos de A.A. coope-

rando junto a usuários e programas de saúde dos municípios.

**• Recentemente, implantamos perfis de A.A. no Facebook, Instagram, Twitter e Youtube, estamos aprendendo a melhorar nossa comunicação nessas redes. Parece-nos que esses canais têm ajudado a trazer mulheres e jovens às atuais reuniões à distância. Para finalizarmos, gostaria de expressar algo mais aos leitores da Vivência?**

Nas equipes onde atuo — no ABC, no HC, na clínica, na cracolândia —, trabalhamos com uma frase: *o exemplo não é a melhor forma de ensinar algo a alguém; é a única!*

Vocês praticam o modelo do exemplo, demonstrando a outros que podemos ter um futuro melhor, com mais qualidade de vida. Para mim, o exemplo é o que mais fica gravado nas pessoas.

E quem dá o melhor exemplo? Vocês dão o melhor exemplo. De tudo. Alcoólicos Anônimos é isso: *Tenho um problema, admito que tenho; sigo o sugerido e estou aqui para ajudar vocês. Não sou mais forte que ninguém, existe algo Superior de cuja ajuda preciso, e sinto-me bem quando ajudo vocês.* Ponto. Se eu fosse resumir A.A., resumiria nessa frase do exemplo, que para mim é o que dá mais impacto, o que mais funciona.

Agradeço a honra de falar com vocês sobre um tema tão sério. Obrigado pela oportunidade e parabéns pelo trabalho maravilhoso de vocês. Não se esqueçam da frase que falei! ■