

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**AÇÕES DE ATENDIMENTO AO DEPENDENTE DE ÁLCOOL NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**HELENIZE CHAGAS**

CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS

2012

**HELENIZE CHAGAS**

**AÇÕES DE ATENDIMENTO AO DEPENDENTE DE ÁLCOOL NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

**Orientadora:** Patrícia da Conceição Parreiras.

CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS

2012

**HELENIZE CHAGAS**

**AÇÕES DE ATENDIMENTO AO DEPENDENTE DE ÁLCOOL  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Patrícia da Conceição Parreiras

Banca Examinadora

Prof.

Prof.

Aprovada em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## RESUMO

O ato de beber tem causado sérios danos ao ser humano e à sociedade como um todo, tornando-se um grande problema de saúde pública, exigindo políticas de intervenção, principalmente no âmbito da Atenção Primária. O presente estudo tem como objetivo identificar na literatura ações para o atendimento ao alcoolista na Atenção Primária. Este estudo foi motivado pela negligência com que a dependência do álcool é tratada no município, sendo muitas vezes ignorada como problema de Saúde Pública e considerada normal e corriqueira. Utilizando o método de revisão da literatura, identificam-se várias propostas de enfrentamento do alcoolismo e dos transtornos relacionados ao uso do álcool, nos vários estudos consultados. Baseando-se nestes estudos é possível delinear uma estratégia de ação para o município de São Thomé das Letras, o qual não possui atendimento ao alcoolista, nem tampouco atendimento de Saúde Mental. Devido o alcoolismo ser um problema multifatorial, precisaremos integrar os vários setores do município, buscando uma ação conjunta entre a Saúde, Assistência Social, Esportes, Cultura, Educação, dentre outros, para implantar e manter um programa realmente efetivo, que atue na promoção da saúde, prevenção dos agravos, reparação dos danos e reinserção na sociedade do dependente de álcool, promovendo uma melhoria na qualidade de vida deste paciente e de sua família.

Palavras Chave: Alcoolismo, Atenção Primária, Transtornos relacionados ao uso do álcool.

---

## **ABSTRACT**

Drinking has caused serious damage to human beings and society as a whole, becoming a major public health problem, requiring politics intervention, particularly within Primary Attention. The present study aims to identify actions in the literature to treatment alcoholics in Primary Care. This study was motivated by the negligence with which alcohol dependence is treated in the city and is often ignored as a public health problem and is considered normal and ordinary. Using the method of literature review, it identifies several proposals for facing the alcoholism and related disorders of alcohol, found in several studies. Based on these studies it is possible to devise an action strategy for the city of São Thomé das Letras, which has no alcoholic service, nor care for Mental Health. Because of the fact of alcoholism be a multifactorial problem, we need to integrate the various sectors of the city, seeking a joint action between the Health, Social Assistance, Sports, Culture, Education, among others, to deploy and maintain a truly effective program, which acts to promote health, prevention of injuries, damage repair and reintegration into society of alcohol dependence, promoting a better quality of life of patients and their family.

Keywords: Alcoholism, Primary Care, disorders related to the use of alcohol

---

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>06</b>
<b>2 OBJETIVO .....</b>	<b>12</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
<b>4 O ÁLCOOL E O ALCOOLISMO .....</b>	<b>14</b>
<b>4.1 O Álcool .....</b>	<b>14</b>
<b>4.2 O Alcoolismo .....</b>	<b>15</b>
<b>4.3 Álcool e o Trânsito.....</b>	<b>19</b>
<b>4.4 O Alcoolismo – Um Problema Multifatorial .....</b>	<b>24</b>
<b>4.5 Consequências Diversas do Alcoolismo .....</b>	<b>25</b>
<b>4.5.1 As complicações mais freqüentes .....</b>	<b>25</b>
<b>4.6 A Síndrome da dependência do álcool .....</b>	<b>26</b>
<b>5 ATENÇÃO AO DEPENDENTE DE ÁLCOOL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA .....</b>	<b>29</b>
<b>5.1 Os Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas - CAPSad .....</b>	<b>35</b>
<b>5.2 Integralidade das ações .....</b>	<b>37</b>
<b>5.3 A Prevenção .....</b>	<b>38</b>
<b>5.4 Adesão e Manutenção nos programas de tratamento .....</b>	<b>41</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>45</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O alcoolismo constitui-se em um grave problema de saúde pública, sendo que cerca de 10% da população brasileira enfrenta sérios problemas relacionados ao uso excessivo de álcool, isto é, são dependentes desta substância psicoativa. (FERREIRA e LARANJEIRA, 1998) O álcool é uma das drogas mais utilizadas no país, chegando a ser consumida por mais de 70% dos adultos. Além disso, é o principal responsável pelos acidentes de maior gravidade e pelas mortes mais violentas (FERREIRA e LARANJEIRA, 1998).

Apesar dos inúmeros prejuízos consequentes do abuso de álcool, os clientes com tal disfunção apresentam dificuldades em se manter por um longo período em tratamento psicoterápico (EDWARDS e DARE, 1997). O abandono dos programas de tratamento do alcoolismo sugere que dois terços dos pacientes terminam o processo de recuperação antes da décima sessão, com o número médio de quatro sessões (STARK, 1992).

O alcoolismo é um problema grave e silencioso no município de São Thomé das Letras em Minas Gerais, sendo considerado muitas vezes como um fato corriqueiro e negligenciado pelo setor de saúde. Constitui-se uma patologia de grande relevância no município, principalmente entre os homens. Os casos mais simples são tratados pelos médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da Unidade Básica de Saúde (UBS) e também por psicólogos. A referência para encaminhamento dos casos mais graves é indefinida e depende da disponibilidade de vagas em outros municípios.

Conforme o relatório do Plano Municipal de Saúde de São Thomé das Letras (17/03/2010), os pacientes são encaminhados às consultas com psiquiatras e retornam ao município com medicações e sem acompanhamento, utilizando medicamentos por muito tempo, com receitas controladas, que vão apenas sendo renovadas sem quaisquer outras avaliações ou terapias coadjuvantes. Há algumas internações em hospitais psiquiátricos da região, mas, quando o paciente recebe alta, retornando ao município, abandona o tratamento e retorna ao alcoolismo.

Os maiores agravantes desta situação são as condições de vida do município, pois, sendo de pequeno porte, não apresenta ofertas de entretenimento como teatro, cinema, práticas esportivas, Universidades, cursos técnicos, dentre outros, contribuindo para um baixo nível de escolaridade, o que por sua vez contribui para o desenvolvimento do alcoolismo.

A oferta de trabalho é, na sua maioria, para extração de quartzito em mineradoras, trabalho altamente insalubre e desgastante. Muitos trabalhadores, após a jornada de trabalho exaustiva, procuram bares, consumindo álcool, como uma fuga para o cansaço.

São Thomé das Letras possuía em 2010, 6.975 habitantes, segundo o último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Sua principal atividade econômica é a extração de quartzito e como atividade secundária, temos o turismo. O Município pertence à Microrregião de Três Corações, Regional de Varginha e Macrorregional Sul de Minas Gerais.

A Atenção Primária em São Thomé das Letras é conduzida basicamente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o apoio dos serviços básicos tradicionais da Unidade Mista de Saúde Dr. Paulo César de Oliveira e atendimento de saúde bucal nas escolas.

A Estratégia de Saúde da Família, atualmente está dividida em 02 Equipes de Saúde da Família, que compreendem uma equipe urbana e outra rural, atendendo a 100% da população. O horário de funcionamento das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) com Estratégia Saúde da Família (ESF) é o mesmo da Secretaria de Saúde, sendo a jornada de trabalho de 40 Horas semanais para todos os profissionais.

Quanto aos profissionais existentes, as equipes contam com a formação mínima preconizada pelo Ministério da Saúde: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis ACS. Para a Saúde Bucal, um cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário.

A Equipe de Saúde da Família Urbana – “ANA LAURA DE JESUS” tem 1.119 famílias cadastradas (2.011), totalizando 55,4% das famílias, e com cobertura de 57,1% da população do município, sendo atendidos 4.151 habitantes.

A Equipe de Saúde da Família Rural – “NILSON RESENDE LEITE” apresenta 972 famílias cadastradas, representando 44,6% das famílias (2.011) e com cobertura de 42,9% da população total, sendo atendidos 3.117 habitantes. Possui ainda um ponto de apoio no bairro rural do Sobradinho.

São realizadas todas as ações pertinentes ao programa: atendimento médico na unidade e domiciliar, atendimento de enfermeiro e cirurgião dentista na unidade e domiciliar, atendimento básico de técnico de enfermagem na unidade e domiciliar, visitas de agentes comunitários de saúde e atividades de promoção da saúde e prevenção, como palestras e grupos operativos.



Além da Estratégia de Saúde da Família, são realizados e mantidos ainda os seguintes programas de atenção à saúde no município:

- Saúde da Mulher: realizado através da Unidade Mista de Saúde Dr. Paulo César de Oliveira, com o apoio das equipes da ESF, através de procedimentos ambulatoriais, vacinas, medicação próprias e encaminhamentos para a rede VIVA VIDA, com sede em Três Corações.
- Saúde da Criança: realizada através das Equipes da ESF com o apoio da secretaria de saúde.
- Hipertensão e Diabetes: realizada através das Equipes da ESF com o apoio da Unidade Mista, através de procedimentos ambulatoriais e medicações próprias.
- Tuberculose e Hanseníase: O Controle é feito pela equipe da ESF Urbana, através dos procedimentos ambulatoriais e medicações próprias.
- Saúde do Idoso: É realizada através das Equipes da ESF com o apoio da Unidade Mista.

Basicamente o município possui atendimento fonoaudiológico, nutricional, psicológico e fisioterápico e realiza pequenas cirurgias ambulatoriais e atendimento de Urgência com observação até 24 horas. Ainda não são realizadas atividades para Saúde do Homem, Saúde do Adolescente e Saúde do Trabalhador, além de não haver serviço formalizado de Saúde Mental, tampouco acompanhamento aos dependentes químicos. Recentemente foi criado um grupo de Tabagismo pela Equipe de Saúde da Estratégia Saúde da Família Ana Laura de Jesus, equipe urbana, que até o presente momento apresenta bons resultados.

Não possui consultas especializadas ou hospitais. O Município não possui credenciamento a nenhum procedimento alta complexidade. Todos os procedimentos são realizados em municípios de referência à micro a qual o município pertence.

A assistência em média complexidade do município não possui estrutura adequada para oferecer um mínimo de serviços, a não ser atendimento de profissionais de nível superior. Praticamente todo o atendimento é realizado pelo SUS e convênios nas referências.

A implantação da Estratégia Saúde da Família trouxe muitos benefícios à assistência no município, fortalecendo a Atenção Primária e tornando-a mais resolutive, participativa e condizente com os princípios do SUS. Contudo, a Atenção Primária no

município ainda possui falhas que precisam ser sanadas para consolidar a eficiência do sistema.

O município conta ainda com o Programa Farmácia de Minas, com itens oferecidos pelo Governo do Estado de Minas Gerais e que são financiados de forma tripartite, através de verbas federais, estaduais e municipais. O Município de São Thomé das Letras oferece em média 115 itens da lista básica obrigatória Estadual, representando 76,7% do elenco estadual e 63,2% do total de itens dispensados pela farmácia municipal. O motivo de não dispensar totalmente os itens da lista estadual é devido às especificidades locais, onde os medicamentos são dispensados conforme os estudos da comissão responsável no município.

A Atenção Básica tradicional é realizada na Unidade Mista de Saúde Dr. Paulo César de Oliveira, atuando como complemento à cobertura assistencial da ESF, oferecendo subsídios e tratamentos preventivos e curativos que fortalecem o trabalho das equipes de Saúde da Família. Na Unidade Mista são realizadas vacinas, atendimento básico de enfermagem eletivo e de urgência/emergência, atendimento médico básico eletivo: Clínica Geral, Pré-natal, Ginecologia e Pediatria, atendimento médico básico de urgência/emergência: Clínica Geral, Gineco-obstetrícia, Pediatria, Pequenas Cirurgias Ambulatoriais e Observação até 24H.

Os tipos de atendimentos realizados pelo município, através do SUS são: Assistência Farmacêutica Básica; Atenção ao Paciente com Tuberculose; Atenção ao Pré-Natal, Parto e Nascimento (Ambulatorial); Atendimento Básico de Enfermagem; Atendimento de Fonoaudiologia; Atendimento em Nutrição; Atendimento de Psicologia; Atendimento em Fisioterapia; Atendimento Médico Básico; Consultas e Atendimentos de Enfermagem; Controle de Endemias; Estratégia de Saúde da Família: Consultas Médicas, Visitas de Agentes Comunitários, Atendimento básico de Enfermagem, Consultas e Atendimentos de Enfermeiros; Odontologia Básica; Urgência/Emergência: Atendimento Médico Básico; Vigilância Epidemiológica; Vigilância Sanitária: Inspeções Sanitárias.

Atualmente conta com os seguintes profissionais de Saúde: Agente Comunitário de Saúde: 15; Agente Sanitário (VISA/Vigilância Epidemiológica): 01; Auxiliar de Consultório Dentário de Saúde da Família: 02; Auxiliar de Enfermagem: 9; Auxiliar de Enfermagem Saúde da Família: 02; Cirurgião dentista clínico geral: 02; Cirurgião dentista de Saúde da Família: 02; Enfermeiro: 03; Enfermeiro de Saúde da Família: 02; Farmacêutico / Bioquímico: 01; Fisioterapeutas: 03; Fonoaudiólogo: 02 Médico Clínico Geral: 02; Médico de Saúde da família: 02; Médico Gineco-Obstetra: 02; Médico Pediatra: 01; Nutricionista: 01;

Psicólogo: 04; Técnico de Enfermagem: 05; totalizando 64 profissionais na Atenção Primária em Saúde (APS).

Existem vários problemas, tais como falta de veículo disponível próprio para as equipes da ESF; problemas com o acesso de cadeirantes e com dificuldade de locomoção às UAPS Urbana e Rural; grande procura por consultas médicas na UAPS urbana; o espaço físico da UAPS Rural é inadequado para o atendimento ao público e trabalho da equipe, tanto na sede e como no ponto de apoio do bairro Sobradinho; dificuldade do transporte da equipe rural ao bairro Sobradinho; dificuldade de desenvolvimento de programas como Saúde do Trabalhador, Saúde do Adolescente, Saúde do Homem, atenção ao dependente químico, Saúde Mental, dentre outros; pois há poucos recursos humanos, pouca capacitação dos profissionais e referência e contra-referência para a Atenção Secundária muito precária.

A Atenção à Saúde Bucal é prestada na Unidade Mista de Saúde e em todas as escolas municipais e estaduais, além das Equipes de Saúde da Família e do Posto de Saúde do Sobradinho, atendendo os alunos do ensino fundamental, realizando os trabalhos de promoção de Saúde, prevenção aos agravos e reabilitação dos danos causados pelas doenças bucais. Nos consultórios das unidades de saúde são realizados atendimentos curativos a adultos e crianças, APAE e escolares.

As equipes de saúde bucal, através do Projeto “Sorriso Feliz”, trabalham com as crianças de 06 a 14 anos de idade, visando a prevenção da cárie dental e doenças gengivais. A finalidade do projeto é orientar pais, crianças e educadores sobre a importância de se cuidar da saúde bucal desde cedo. Participam do projeto os alunos de toda a rede de ensino. A coordenação de Odontologia municipal distribui o material de higiene para todos os alunos da rede de ensino, que participam do projeto.

Oferta os seguintes procedimentos odontológicos: procedimentos curativos básicos individuais e coletivos, raio-x individuais nos dentes, atividades de educação e promoção de cáries e doenças bucais, cursos, palestras e atividades com a população.

Quanto à média complexidade, o atendimento nos municípios de referência é feito conforme os recursos pactuados na PPI (Programação Pactuada e Integrada) do município. Não existe regulação municipal para encaminhar estes procedimentos. Eles são apenas agendados e enviados pela Secretaria Municipal de Saúde através do serviço de T.F.D.(tratamento fora do domicílio), às centrais de regulação ou diretamente aos prestadores. Também não existe controle do cumprimento dos pactos pela referência.

Para completar a insuficiência de recursos do SUS, o município lança mão de convênios, com o CISSUL (Consórcio Intermunicipal de Saúde Sul Mineiro), com

atendimentos especializados não cobertos pelo SUS local e nas referências. Todos os procedimentos são realizados fora do município. Os municípios de referência são: Alfenas, Belo Horizonte, Campanha, Caxambu, Itajubá, Passos, Poços de Caldas, Três Corações, Três Pontas, Uberaba, Varginha. O Município tem utilizado uma porcentagem baixa dos recursos de alta complexidade, cerca de 4,2% do recurso total da Micro, excetuando-se os extrapolamentos de teto. A participação da população municipal no total da população da micro é de 5,41%.

Em São Thomé das Letras estima-se um número grande de alcoólatras, porém diagnosticados, temos apenas cerca de 2% da população adulta e como apresentado anteriormente, não existem grupos e serviços realmente efetivos para apoio a estas pessoas. O alcoolismo geralmente está associado ao tabagismo e constitui-se ainda porta de entrada para o consumo de drogas ilícitas, principalmente maconha, cocaína e crack.

A importância deste estudo para minha atividade profissional e também para os usuários do Sistema Único de Saúde do município de São Thomé das Letras é que certamente o mesmo impulsionará uma melhoria nos serviços prestados e até mesmo a implantação de uma real assistência para dependentes químicos.

O estudo pode contribuir para solucionar as situações-problema tais como: falta de diagnóstico para a patologia, falta de serviço de saúde específico e apoio ao alcoólatra, ausência de referência para o paciente, institucionalizações indevidas, inexistência de serviço de apoio à família do dependente e também ausência de atividades de conscientização/educação da população.

## **2 OBJETIVO**

- Identificar na literatura ações para atendimento ao dependente de álcool na atenção primária.

### 3 METODOLOGIA

Segundo Lakatos (1991, p.83) a metodologia “é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo [...] traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista.” Contribui para a solução do problema de maneira racional.

O Trabalho de Conclusão de Curso, “Ações de Atendimento ao dependente de álcool na Atenção Primária”, tem como metodologia a revisão de literatura, método ideal e necessário para o bom entendimento do tema Alcoolismo e também das ações para atendimento ao dependente de álcool na Atenção Primária, uma vez que no município em questão, São Thomé das Letras, não há estudos, atendimentos e nem mesmo diagnóstico situacional sobre o tema.

A pesquisa bibliográfica deve ser o primeiro passo para a realização de um trabalho científico, uma vez que fornece conhecimento sobre o tema e leva a formação de opinião e conseqüentemente de soluções para o problema.

Desse modo, foram reunidas informações sobre o alcoolismo, também sobre as causas e conseqüências da dependência do álcool, os malefícios causados por esta dependência e as propostas do Ministério da Saúde acerca do tratamento do dependente do álcool na Atenção Primária à Saúde.

As fontes pesquisadas foram livros sobre o tema, além de periódicos disponíveis em sites, tais como Medline, Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando como descritores: álcool e outras drogas, atendimento ao dependente do álcool, saúde da família e atenção primária.

Por meio da revisão bibliográfica foi possível realizar um estudo consistente e esclarecedor sobre o tema, estruturando-se o trabalho em capítulos, iniciando-se com o um breve histórico sobre o álcool, posteriormente explicitando os níveis de alcoolemia, a doença alcoolismo propriamente, as causas e as conseqüências da dependência do álcool e encerrando-se com as ações propostas para o atendimento a este dependente na Atenção Primária.

## 4 O ÁLCOOL E O ALCOOLISMO

O hábito de consumir bebidas com teor alcoólico é quase tão antigo quanto a própria humanidade. Diz a Bíblia: “Noé plantou a vinha e tendo bebido do seu vinho, embriagou-se”. A mitologia criou *Baco*, um dos mais mundanos deuses do Oriente. Em 186 A.C, tendo chegado a Roma, o culto a Baco era realizado de maneira tão licenciosa que o governo local viu-se obrigado a expedir uma lei proibindo a realização de orgias públicas durante os rituais de adoração ao deus.

Artistas como *Caravaggio*, *Velásquez* e *José Malhoa* realizaram importantes obras sobre o tema. “Os Bêbados”, de Malhoa, é uma impactante pintura de seis homens completamente transtornados pelo consumo excessivo de vinho. Nas populações do antigo Oriente Médio do quarto milênio antes de Cristo, as bebidas fermentadas já eram elementos pelos quais as elites emergentes controlavam a produção de bens (incluindo os recipientes), estabeleciam símbolos de *status* e praticavam o comércio entre populações distantes (JOFFE, 1998). A partir da Idade Média, as bebidas destiladas, que apresentam uma maior concentração de álcool, tiveram sua produção intensificada (VALLE, 1998). Assim, os problemas relacionados com o álcool tornaram-se socialmente relevantes nos últimos séculos (BERRIDGE, 1990).

O alcoolismo é um problema de grande prevalência populacional e elevado custo social. Pode ser definido como uma síndrome multifatorial, com comprometimento físico, mental e social (EDWARDS e GROSS, 1976; EDWARDS *et al.*, 1976). Os critérios diagnósticos atuais são baseados na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (1993), e no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais da Associação Norte-Americana de Psiquiatria (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994).

### 4.1 O Álcool

O álcool é um depressor do sistema nervoso central e age diretamente em diversos órgãos, tais como o fígado, coração, vasos e na parede do estômago. A intoxicação, devido abuso de substâncias, ocorre quando são ingeridas quantidades acima do tolerável para o organismo. Os sinais e sintomas caracterizam-se por níveis crescentes de depressão do sistema nervoso central. Inicialmente há euforia leve, evoluindo para tonturas, ataxia e

incoordenação motora, passando a confusão e desorientação e atingindo graus variáveis de anestesia, entre eles o estupor e o coma. A intensidade da sintomatologia da intoxicação tem relação direta com a alcoolemia, isto é, concentração sanguínea de álcool. O desenvolvimento de tolerância, a velocidade da ingestão, o consumo de alimentos e alguns fatores ambientais também são capazes de interferir nessa relação (LARANJEIRA, 2000).

**TABELA 1 - CONCENTRAÇÃO SANGUÍNEA DE ÁLCOOL APÓS MEIA HORA DO CONSUMO**

<b>BEBIDA/PESO CORPÓREO</b>	<b>60 kg</b>	<b>70 kg</b>	<b>80 kg</b>
1 lata de cerveja, 1 copo de vinho tinto, 1 dose de uísque	0,27g	0,22g	0,19g
2 latas de cerveja, 2 copos de vinho tinto, 2 doses de uísque	0,54 g	0,44 g	0,38 g
3 latas de cerveja, 3 copos de vinho, 3 doses de uísque	0,81 g	0,66 g	0,57 g

Fonte: Formigoni et al,1992.

#### **4.2 O Alcoolismo**

O alcoolismo é definido como uma doença crônica, primária, com fatores genéticos, psicossociais e ambientais influenciando seu desenvolvimento e manifestações. A doença é geralmente progressiva e fatal. É caracterizada pela falta de controle sobre a bebida, pré-ocupação com a droga álcool, uso de álcool apesar das consequências adversas, e distorções no pensamento, negação notável. Cada um destes sintomas pode ser contínuo ou periódico (Biblioteca Virtual de Saúde/ DEcS – Descritores em Ciências da Saúde. **Alcoolismo**. 2012).

O alcoolismo é considerado um dos mais sérios problemas de saúde pública da atualidade, despertando a atenção de autoridades médicas e sanitárias de diversos países. Segundo as informações disponíveis, 12,3% da população brasileira é dependente do álcool, e a prevalência da dependência está na faixa etária de 18 a 24 anos, em um total de 19,2% (CEBRID, 2006).

No Brasil, um estudo de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas indicou que a prevalência combinada de abuso e dependência de álcool ao longo da vida seria de aproximadamente 8% no conjunto das amostras estudadas, representativas de São Paulo,



Brasília e Porto Alegre. A avaliação em cada sexo revelou uma prevalência de 15-16% entre os homens e de 0-2,5% entre as mulheres (Almeida-Filho; *et al.*, 1997).

“Dados fornecidos por estudo da Universidade de Harvard indicam que, das dez doenças mais incapacitantes em todo o mundo, cinco são de origem psiquiátrica: depressão, transtorno afetivo bipolar, alcoolismo, esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo.” (MURRAY e LOPEZ, 1996, p.12).

Cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. “A despeito do uso de substâncias psicoativas de caráter ilícito, e considerando qualquer faixa etária, o uso indevido de álcool e tabaco tem a maior prevalência global, trazendo também as mais graves consequências para a saúde pública mundial” (OMS, 2001, p.12).

“Em outro estudo também da Universidade de Harvard, este sobre a carga global de doenças, estima que o álcool fosse responsável por cerca de 1,5% de todas as mortes no mundo, bem como sobre 2,5% do total de anos vividos ajustados para incapacidade. Esta carga inclui transtornos físicos (cirrose hepática, miocardiopatia alcoólica, etc) e lesões decorrentes de acidentes (industriais e automobilísticos) influenciados pelo uso indevido de álcool, o qual cresce de forma preocupante em países em desenvolvimento.” (MURRAY E LOPEZ, 1996, p.12).

Na infância e adolescência vemos que transtornos hipercinéticos, distúrbios de atenção e hiperatividade, distúrbios de conduta e transtornos emocionais da infância podem constituir fatores de risco para a ocorrência futura de comorbidades diversas – especialmente, o uso de álcool e outras drogas (Código Internacional de Doenças-10, 1996).

No Brasil, estudo realizado pelo CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicoativas - sobre o uso indevido de drogas por estudantes (n = 2.730) dos antigos 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras revelou percentual altíssimo de adolescentes que já haviam feito uso de álcool na vida: 74,1%. Quanto a uso freqüente, e para a mesma amostra, chegamos a 14,7%. Ficou constatado que 19,5% dos estudantes faltaram à escola, após beber, e que 11,5% brigaram, sob o efeito do álcool (Galduróz *et. al.*, 1997; BRASIL, 2003, p.13).

Como consequências, verificamos altos índices de abandono escolar, bem como o rompimento de laços sociais e definição pela sociedade deste uso como próximo ao crime, faltando compreensão de se tratar de um problema multifatorial, de difícil enfrentamento e passível de afetar muitas pessoas interligadas a este dependente.

Recente pesquisa encomendada pelo Governo Federal sobre os custos dos acidentes de trânsito no Brasil mostra em seus resultados preliminares que 53% do total de pacientes atendidos por acidentes de trânsito, no Ambulatório de Emergência do Hospital das Clínicas/SP, em período determinado, estavam com índices de alcoolemia em seus exames de sangue superiores aos permitidos pelo Código de Trânsito Brasileiro, sendo a maioria pacientes do sexo masculino, com idades entre 15 e 29 anos. (IPEA/MS e Cols., em desenvolvimento).

A deseconomia relacionada a estes agravos faz com que o SUS gaste aproximadamente R\$ 1.000.000,00 dos recursos do tesouro nacional e do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais por Veículos Automotores Terrestres/DPVAT, com internações e tratamentos. A mortalidade chega a 30 mil óbitos/ano, cerca de 28%, das mortes por todas as causas externas (IPEA/MS e Cols, em desenvolvimento).

Das análises em vítimas fatais, o nível de alcoolemia encontrado chega a 96,8%. (IML/SP, 1999).

A relação entre o uso do álcool, outras drogas e os eventos acidentais ou situações de violência, evidencia o aumento na gravidade das lesões e a diminuição dos anos potenciais de vida da população, expondo as pessoas a comportamentos de risco. Os acidentes e violências ocupam a 2ª causa de mortalidade geral, sendo a primeira causa de óbitos entre pessoas de 10 a 49 anos de idade. Esse perfil se repete, nos últimos oito anos, nas séries históricas do Sistema de Mortalidade do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003).

Alcoolismo é uma doença caracterizada pela dependência física ou psicológica em relação ao álcool. Há um consenso geral que o álcool em demasia exerce um efeito devastador sobre o organismo humano, com um grau de dependência tão potente quanto o de drogas ilícitas como heroína e cocaína. Fígado, pâncreas e coração são os órgãos mais afetados.

Segundo a legislação brasileira, todo o indivíduo que apresentar mais de 0,6 gramas de álcool por litro de sangue é considerado alcoolizado. A quantidade de álcool necessária para atingir essa concentração no sangue equivale a 2 latas de cerveja ou 3 copos de chopp, 2 taças de vinho ou 2 doses de bebida destilada (uísque, vodca, pinga) (BRASIL, 2004).

A ingestão contínua do álcool desgasta o organismo ao mesmo tempo em que altera a mente. Surgem então, sintomas que comprometem a disposição para trabalhar e viver com bem-estar. Essa indisposição prejudica o relacionamento com a família e diminui a produtividade no trabalho, podendo levar ao desentendimento familiar e ao desemprego.

Os efeitos poderão ser diversos e variam desde seu consumo, dependência química e abstinência (falta de álcool), sendo estimulantes ou depressoress. O consumo durante a gravidez pode causar danos irreversíveis ao feto.

O alcoolismo é uma doença incurável, pode levar à morte caso não seja controlada e o tratamento mais adequado é a desintoxicação gradativa, com a estratégia da redução de danos. A abstinência não cura o alcoolismo, mas é inteiramente possível, desde que o dependente tenha força de vontade e apoio da família. Uma pesquisa do Hospital das Clínicas de São Paulo realizada em 1999 indica que 15% da população brasileira é alcoólatra. Isso faz com que o país, segundo a mesma pesquisa, gaste anualmente 7,3% do Produto Interno Bruto para tratar problemas relacionados ao consumo abusivo do álcool (ABEAD, 2012).

O álcool tem ação tóxica direta sobre diversos órgãos quando utilizado em doses consideráveis, por um período de tempo prolongado.

O programa nacional de controle dos problemas relacionados com o consumo do álcool (Ministério da Saúde, 1987) estimou que no Brasil o alcoolismo fosse: (1) a terceira principal causa de absenteísmo ao trabalho; (2) responsável pela ocupação de 9% a 32% dos leitos hospitalares e (3) relacionado com até 75% dos acidentes de trânsito. (BRASIL, 2003).

Não existe consumo de álcool isento de riscos, o uso nocivo e a dependência do álcool são pouco diagnosticados, a prática clínica diária está dirigida apenas às complicações clínicas do consumo e a demora em fazer o diagnóstico piora o prognóstico.

De forma direta, o tema específico do alcoolismo foi incorporado pela OMS à Classificação Internacional das Doenças em 1967 (CID-8), a partir da 8ª Conferência Mundial de Saúde. Consta que em 1953 a OMS, através do seu Expert Committee on Alcohol, já havia decidido que o álcool deveria ser incluído numa categoria própria, intermediária entre as drogas provocadoras de dependência e aquelas apenas formadoras de hábito (OMS, Technical Report, , 1954).

Atualmente não há dúvidas de que a porta de entrada da dependência é o álcool. Como a bebida é socialmente aceita, doses a mais raramente são consideradas um problema, mas apenas um deslize passageiro. Esse desprezo é incorreto e perigoso, garantem especialistas. Principalmente quando o exagero ocorre na adolescência.

Além de o contato com a bebida ser mais precoce, a relação que o adolescente estabelece com ela também causa preocupação. Grande número de jovens vincula o consumo de bebidas ao lazer. Associar o álcool ao amadurecimento e ao prazer pode ser atitudes que acabam levando ao abuso.

Outro aspecto fundamental é a facilidade de acesso à bebida. Embora a sua venda seja proibida aos menores de 18 anos, em todos os pontos do País existem locais onde jovens compram e ingerem álcool livremente. A cultura de que o lazer somente é prazeroso se for regado com bebidas alcoólicas aumentou de forma exagerada nos últimos anos e os jovens, para se sentir integrados, adotam esse hábito.

Os especialistas advertem que os riscos são grandes, principalmente quando se leva em conta também o metabolismo de pessoas mais jovens, que necessariamente irá potencializar os efeitos. Por ser a adolescência uma fase de experimentação, fica mais fácil o contato com outras drogas. E por essa razão, os cuidados com o consumo de álcool têm de ser redobrados na adolescência.

### **4.3 Álcool e o Trânsito**

Segundo BONNET (1967), citado por MOURÃO (2000) “Embriaguez é o estado de intoxicação aguda, produzida por causas de origem diversa, que determinam um quadro clínico caracterizado por ataxia motora, sensorial e psíquica, parcial ou total”. Mourão (2000, p. 6) afirma que ao definir a embriaguez como um estado de intoxicação aguda, o autor restringe a definição, a uma interação do ser humano com uma substância exógena, de caráter transitório. Ao ligá-la etiológicamente a diversas causas, o autor inclui na definição outras drogas que não o álcool. Isto é extremamente importante, mormente nos nossos dias, em que o uso de outras drogas que não o álcool está muito disseminado.

Outra definição de embriaguez, citada por Mourão (2000) é a da British Medical Association (ALMEIDA, Júnior, 1972), que diz: “A palavra embriaguez será usada para significar que o indivíduo está de tal forma influenciado pelo álcool, que perdeu o governo de suas faculdades ao ponto de tornar-se incapaz de executar com prudência o trabalho a que se consagra no momento.”

Do exposto acima, a melhor definição de embriaguez, atualmente, é uma combinação de ambas as definições, ou seja: "O estado de intoxicação alcoólica é chamado também de embriaguez quando chega a ponto de prejudicar a conduta do indivíduo." (COSTA, Junior; A intervenção policial militar diante da embriaguez ao volante, 1978, p.2.)

A associação entre o uso de álcool e a direção de veículos motorizados está relacionada, nos Estados Unidos, a 25 mil mortes e 150 mil pessoas permanentemente incapacitadas por ano. Cerca de 45% dos acidentes com vítimas e 70% dos homens mortos em acidentes de trânsito no estado americano da Califórnia apresentavam alcoolemia

sanguínea significativa. Quando se pesquisaram outras drogas que não o álcool, o uso de substâncias psicoativas estava presente em 81% dos homens mortos em acidentes de trânsito. (Nunes de Guimarães Mourão, Lúcio, *et al.*, 2000)

Em todo o mundo, medidas têm sido tomadas para prevenir acidentes de trânsito, e a abordagem mais comum e efetiva para isso tem sido leis específicas que regulamentam a relação entre o uso de bebidas alcoólicas e a direção de veículos automotores. A primeira dessas leis, definindo limites de níveis alcoólicos para motoristas, surgiu na Noruega em 1936 (0,50 mg de álcool/g de sangue), sendo seguida pela Suécia em 1941 (0,80 mg/g) (JONES, 1992).

O excepcional resultado dessas medidas levou a uma generalização de medidas similares na Europa e nos Estados Unidos. Atualmente, as restrições legais para alcoolemia em motoristas na Comunidade Européia varia entre 0,2 a 0,8 g/l; e em toda a Europa, estas restrições variam 0 e 1,0 g/l (Javier Alvares, 1996), enquanto nos Estados Unidos existe um limite nacional de 1,0 g/l, mas cada estado apresenta restrições adicionais, geralmente abaixo disso e com restrições maiores para populações específicas, por exemplo, na Califórnia, a alcoolemia aceitável para menores de 21 anos é zero (MARTIN, 1996).

No Brasil, pelo Código de Trânsito Brasileiro, a tolerância também é zero, através da Lei Seca. Em 19 de junho de 2008 foi aprovada a Lei nº 11.705, modificando o Código de Trânsito Brasileiro, proibindo o consumo da quantidade de bebida alcoólica superior a 0,1 mg de álcool por litro de ar expelido no exame do bafômetro (ou 2 dg de álcool por litro de sangue) por condutores de veículos, ficando o condutor transgressor sujeito a pena de multa, a suspensão da carteira de habilitação por 12 meses e até a pena de detenção, dependendo da concentração de álcool por litro de sangue (CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO, BRASIL, 2.008).

Apesar de não ser permitida nenhuma concentração de álcool, existem valores fixos, prevendo casos excepcionais, tais como medicamentos à base de álcool e erro do aparelho que faz o teste. A concentração permitida no Brasil é de 0,2 g de álcool por litro de sangue ou, 0,1 mg de álcool por litro de ar expelido no exame do bafômetro. Neste sentido, a nova lei de trânsito brasileira só pode ser saldada como uma boa nova. Lançada com o apoio da mídia nacional, com testagem de motoristas na saída de bares, transmitida pela televisão para todo o país, provocou, no mínimo, a discussão do assunto em nível nacional (FERREIRA VASCONCELOS, 2011).

Como salienta Davey (1988, citado por Nunes de Guimarães Mourão, Lúcio, *et al.*, 1.996, p. 2) , “a prevenção não é possível sem que o público tenha noções claras do que é

proibido.” A ingestão de álcool, mesmo em pequenas quantidades, diminui a coordenação motor e os reflexos, comprometendo a capacidade de dirigir automóveis, ou operar máquinas. Pesquisas revelam que grande parte dos acidentes é provocada por motoristas que beberam antes de dirigir.

O indivíduo é considerado alcoolizado se estiver com taxa a partir de 0,6 gramas de álcool por litro de sangue. A taxa de álcool no sangue varia de acordo com o peso, altura e condições físicas de cada um. Mas, em média, a pessoa não pode ultrapassar a ingestão de duas latas de cerveja ou duas doses de bebidas destiladas, se não, já está considerado alcoolizado.

- Com 0,6 g/litro de sangue, o risco de acidente é 50% maior.
- Com 0,8 g/litro de sangue, o risco de acidente é quatro vezes maior.

Com 1,5 g/litro de sangue, o risco de acidente é 25 vezes maior.

(MODELLI, 2007).

Um motorista embriagado, mesmo que se sinta lúcido, terá seus reflexos psicomotores desorganizados. O modo como o álcool afeta o comportamento humano varia de indivíduo para indivíduo. Mas pode-se saber as diferentes taxas de concentração de álcool no sangue e os efeitos que ela causa. No Brasil, as leis de trânsito consideram dirigir em estado de embriaguez, quando o nível de álcool no sangue (alcoolemia) for igual ou superior a 0,8g/l ou o nível de ar exalado (no bafômetro) for 0,00038g/l.(CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO, Resolução 476, 1974).

Veja na tabela abaixo a porcentagem de álcool encontrada nas bebidas mais comuns:

**TABELA 2 – PORCENTAGEM DE ÁLCOOL X TIPO DE BEBIDA**

Cerveja (baixo teor)	0,2 a 2
Cerveja (médio teor)	2 a 4,2
Cerveja (alto teor)	4,2 a 7
Vinho de mesa	10 a 13
Champanhe	10 a 13
Licores	18 a 24

Compostos	12 a 20
Whisky	36 a 24
Conhaque	36 a 24
Bagaceira	38 a 24
Brandy	32 a 40
Rum	40 a 41
Vodka	40 a 41
Gin	40 a 47
Tequila	40 a 46
Pina colada	24 a 22
Pinga	40 a 24 ou mais

Fonte: Centro de Controle de Intoxicações da Unicamp (2008)

Uma dose aproximadamente de 1 ml/kg de etanol absoluto (92 a 99% etanol) geralmente resulta em níveis no sangue de 100 a 120mg/dl. Uma concentração no sangue entre 120 a 300mg/dl já determina sinais e sintomas.

Veja na tabela a seguir a comparação de sintomas apresentados por bebedores esporádicos e etilistas crônicos de acordo com a variação das concentrações sanguíneas de etanol:

**TABELA 3 - SINTOMAS BEBEDORES ESPORÁDICOS X BEBEDORES CRÔNICOS**

<b>Concentração de etanol (mg/dl)</b>	<b>Bebedores esporádicos</b>	<b>Bebedores crônicos</b>
60	Euforia	Sem efeitos observados
72	Gregário e falante	Normalmente sem efeito
100	Sem coordenação; legalmente intoxicado	Sinais mínimos
122 - 120	Descontrole episódico,	Euforia agradável ou início de

	comportamento liberado	incoordenação
200 - 220	Perda do estado de alerta, letargia	Necessidade de esforço para manter controle emocional e motor
300 - 320	Torpor ou coma	Sonolência e letargia
Mais de 200	Alguns morrerão	Coma

Fonte: Centro de Controle de Intoxicações da Unicamp (2008)

A tabela abaixo relaciona os níveis de etanol sanguíneo e sinais e sintomas de intoxicação:

**TABELA 4 – NÍVEIS DE ETANOL E SINTOMAS DE INTOXICAÇÃO**

<b>NÍVEL DE ETANOL SANGUÍNEO</b>	<b>NÍVEL DE INTOXICAÇÃO</b>
20mg/dl	Leve: diminuição da inibição, leve incoordenação.
100mg/dl	Leve-moderação: diminuição das reações, alteração das habilidades sensoriais, inabilitado para dirigir.
120mg/dl	Intoxicação legal: alteração da personalidade, mudança de comportamento.
200mg/dl	Intoxicação moderada: náusea, vômito, confusão mental, andar cambaleante.
300mg/dl	Intoxicação moderada - severa: fala arrastada, diminuição sensorial, distúrbios visuais.
400mg/dl	Severa: hipotermia, hipoglicemia, perda do controle muscular, perda da memória, convulsões.
700mg/dl	Potencialmente letal: inconsciência, diminuição dos reflexos, falência respiratória, morte.

Fonte: Centro de Controle de Intoxicações da Unicamp (2008)

Portanto, não há nenhuma vantagem em beber e dirigir: isso não prova a habilidade de ninguém, pode apenas comprovar a ignorância sobre os efeitos do álcool no organismo. Como os centros cerebrais do julgamento lógico são os primeiros a serem afetados



pelas bebidas, uma pessoa que bebe quase sempre pensa estar agindo mais sobriamente do que na realidade está.

#### 4.4 O Alcoolismo – Um Problema Multifatorial

Segundo Pessotti, (1984) citado por BAU ( 2002, p.2):

Genes ou ambiente – estes dois fatores sempre polarizaram as discussões sobre a causa do alcoolismo, mesmo antes do surgimento da genética e da psiquiatria modernas. No início do século 20, o movimento eugênico incluía o alcoolismo em um grupo de "degenerescências mentais" hereditárias.

O movimento eugênico utilizava-se de ideias totalmente preconceituosas e propunha até mesmo esterilização dos doentes mentais, para que seus genes não fossem transmitidos às gerações futuras. Atualmente, a dependência química, assim como a maioria dos outros problemas mentais são incluídos na categoria das doenças multifatoriais, onde não é possível determinar um agente etiológico isolado (Vogel & Motulsky, 1997 IN. BAU, 2002).

A herdabilidade para o alcoolismo foi estimada em aproximadamente 50-60%, tanto para homens (Prescott & Kendler, 1999), quanto para mulheres (Kendler *et al.*, 1992, 1994). Os autores também puderam inferir que embora a magnitude da influência genética seja igualmente elevada nos dois sexos, os genes envolvidos seriam apenas parcialmente compartilhados entre homens e mulheres (BAU, 2002).

A herdabilidade do alcoolismo é compartilhada em parte com a do tabagismo, o que explica a forte associação entre os dois problemas. Já o abuso de drogas não parece ser preditivo do alcoolismo em parentes (Goldman & Bergen, 1998 IN. BAU, 2002).

A existência de uma predisposição genética também foi proposta em diversos estudos com pessoas adotadas: filhos de pais biológicos alcoolistas, quando criados por pais adotivos não-alcoolistas, apresentam um risco maior de desenvolver o alcoolismo, quando comparados aos filhos de não-alcoolistas sujeitos ao mesmo tipo de adoção (Goodwin *et al.*, 1973; Cadoret & Gath, 1978; Bohman, 1978 IN BAU, 2002).

Outro indício de existência de um componente genético vem de uma intensidade diminuída de reação ao etanol nos filhos de alcoolistas, quando comparados aos controles. Esta diferença fisiológica pode estar relacionada com uma maior suscetibilidade ao alcoolismo, devido a uma exposição mais frequente. Tais alterações menos intensas estariam

relacionadas com sensações subjetivas de intoxicação, e desempenho motor); níveis séricos de prolactina, níveis de cortisol e de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) plasmáticos; e alterações no eletroencefalograma (BAU, 2002, p.3)

## **4.5 Consequências Diversas do Alcoolismo**

### **4.5.1 As complicações mais frequentes:**

Laranjeira, Ronaldo et AL., (2000), no estudo “Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento”, relata diversas comorbidades associadas ao alcoolismo, dentre elas:

- Estômago: gastrites e úlceras.
  - Fígado: hepatites tóxicas, esteatose (acúmulo de gordura nas células do fígado, decorrente da ação tóxica do álcool sobre suas membranas), cirrose hepática
  - Pâncreas: pancreatites,
  - Sistema nervoso: lesões cerebrais, demência, anestesia e diminuição da força muscular nas pernas (neurites),
  - Sistema circulatório: miocardites, predisposição ao depósito de placas gordurosas nos vasos, com risco de infartos, hipertensão e acidentes vasculares cerebrais (derrames).
  - Sangue: anemias (especialmente megaloblástica), diminuição na contagem de leucócitos.
  - Sistema Reprodutor: Impotência (homens) e alterações menstruais e infertilidade nas mulheres.
  - O álcool aumenta o risco de neoplasias na boca, faringe, no trato gastrintestinal, na bexiga, na próstata e outros órgãos.
  - Causa também desnutrição, apetite reduzido e má absorção de nutrientes pelo trato gastrintestinal.
  - Coma alcoólico e como hipoglicêmico, sendo o primeiro por intoxicação pelo álcool e o segundo por interferência do álcool no metabolismo da glicose.
- Além disso, o abuso do álcool pode levar a:
- Acidentes automobilísticos relacionados ao álcool;

- Outros acidentes como quedas, afogamentos e incidentes com fogo;
- Aumento do risco de suicídio;
- Aumento do risco de homicídio;
- Diminuição do uso adequado de medidas de controle de natalidade;
- Aumento do risco de gestação não planejada ou indesejável;
- Diminuição da prática de comportamentos sexuais mais seguros;
- Aumento do risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis;
- No caso de mulheres gestantes que consomem álcool, o bebê pode sofrer de síndrome alcoólica fetal;

#### **4.6 A Síndrome da dependência do álcool**

A síndrome de dependência do álcool (SDA) é uma síndrome clínica caracterizada por sinais e sintomas comportamentais, fisiológicos e cognitivos onde o uso do álcool alcança uma grande prioridade na vida de um indivíduo, e as demais atividades passam a um segundo plano (GIGLIOTTI e BESSA, 2004)

Em 1976, Griffith Edwards, citado por Gigliotti e Bessa, (2004, p.12), descreveu um novo conceito psicopatológico para dependência conhecido como “Síndrome de Dependência do Álcool” (SDA).

Segundo Gigliotti e Bessa (2004, p. 12), existem sete sinais ou sintomas característicos da dependência química. A Organização Mundial da Saúde se baseou neste conceito para definir os critérios diagnósticos da dependência química.

##### **1. Estreitamento do Repertório do Beber:**

Caracterizado pela tendência a ingerir bebidas alcoólicas da mesma forma, isto é, o dependente passará a beber a mesma quantidade de álcool, quer esteja sozinho ou acompanhado, quer seja em dias úteis ou finais de semana, apesar das restrições sociais. À medida que a dependência avança, o padrão de beber torna-se cada vez mais rígido, estreitado e estereotipado, já que os dias de abstinência ou de consumo baixo vão se tornando mais raros. Inicialmente, o consumo de álcool é influenciado por fatores sociais e psicológicos. Posteriormente, o dependente grave passa a beber o dia inteiro com vista à manter um nível alcoólico no sangue que previna a instalação de uma síndrome de abstinência. As influências sociais e psicológicas que o fariam beber, não são mais levadas em consideração.

## 2. Tolerância:

Perda ou diminuição da sensibilidade aos efeitos iniciais do álcool. O dependente aumenta a quantidade de álcool ingerida para compensar a tolerância que se estabelece aos efeitos agradáveis do álcool. Ocorre a necessidade de usar o álcool em quantidade cada vez maior para atingir os mesmos efeitos desejados. Ocorre, gradativamente, uma diminuição dos seus efeitos agradáveis quando se consome a mesma quantidade de álcool. Na prática clínica, a tolerância é identificada quando o paciente consegue exercer - mesmo com prejuízo do desempenho - várias atividades (por ex., dirigir automóveis) com uma concentração sanguínea de álcool tão elevada, que normalmente incapacitaria o bebedor normal.

## 3. Abstinência:

São sinais e sintomas físicos e psíquicos que aparecem decorrentes da diminuição ou interrupção do uso do álcool. Inicialmente, os sintomas de abstinência são leves e intermitentes. Posteriormente, com agravamento da síndrome de dependência, a frequência e a gravidade dos sintomas aumentam, passando a ser persistentes.

## 4. Saliência do Comportamento de Uso:

A saliência do comportamento do uso do álcool caracteriza-se clinicamente por:

- Perda do controle sobre o próprio consumo (por ex., uso em maiores quantidades ou por um tempo mais prolongado do que se pretendia inicialmente),
- Desejo persistente e tentativas frustradas para controlar, interromper ou diminuir o consumo.

Neste tipo de padrão de consumo os pacientes gastam grande parte do seu tempo e todas suas atividades, quer sejam sociais, profissionais ou recreativas são relegadas a segundo plano, no intuito de procurar bebidas alcoólicas, ingerir álcool e recuperar-se dos seus efeitos, apesar das consequências psíquicas e físicas adversas. Apesar dos problemas psicológicos, médicos e psicossociais, o dependente persiste com o consumo, o que caracteriza a prioridade que a substância passa a assumir na vida do indivíduo. Na clínica pode-se identificar a saliência do comportamento de busca do álcool, investigando-se a ingestão nas situações socialmente inaceitáveis (trabalho, quando está doente; quando falta dinheiro; dirigindo automóveis, etc.). O dependente abandona progressivamente os prazeres e/ou interesses diversos em favor do uso do álcool; aumenta a quantidade de tempo necessário para obter,

tomar e se recuperar dos efeitos do álcool e persistem no consumo, apesar das consequências nocivas, tais como problemas médicos e psicossociais. Além disso, possui dificuldade para controlar o início, término e nível de consumo do álcool.

#### 5. Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo uso do álcool:

Para aliviar ou evitar os sintomas desagradáveis e intensos da abstinência, os pacientes passam a ingerir álcool, apesar das consequências psíquicas e físicas adversas.

#### 6. Sensação Subjetiva de Necessidade de Beber:

É o desejo subjetivo e intenso de fazer uso do álcool - “craving” ou “fissura”.

#### 7. Reinstalação da Síndrome após Abstinência:

Na reinstalação da síndrome de dependência após abstinência, o dependente retoma rapidamente o padrão mal - adaptativo de consumo de álcool, após um período de abstinência. É o fenômeno da recaída, ou seja, o retorno ao abuso do álcool nos mesmos padrões que bebia antes da abstinência (GIGLIOTTI e BESSA, 2004, p.12).

Na fase de dependência psicológica, o indivíduo não se considera um alcoólatra, pois acredita que consegue interromper o hábito quando quiser. Como nessa fase não se deseja largar a bebida, o indivíduo prossegue até que comece a se prejudicar. Os sinais que indicam a existência de algum problema são:

- Beber logo de manhã.
- Ficar de "pileque" em toda festa que frequenta.
- Tomar cinco ou mais drinques de uma vez, ficando embriagado pelo menos uma vez por semana.

• Colocar o álcool como prioridade nos seus interesses. Fonte: (<http://cuidandodesuaude.lincx.com.br/cuidando-de-sua-saude/saude-de-a-a-z/medicina/saude-do-homem/4738-alcoolismo.html>)

## **5 ATENÇÃO AO DEPENDENTE DE ÁLCOOL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978), a Atenção Primária à Saúde é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação.

Baseado neste conceito, o Ministério da Saúde desenvolveu uma política para a Atenção Integral ao usuário de álcool e outras drogas, apresentando uma proposta de cuidado de forma integrada e diversificada em ações educativas, promotoras da saúde, preventivas, terapêuticas e reabilitadoras. (BRASIL, 2003).

Ao longo da História da Humanidade vemos a questão do abuso e da dependência de álcool e outras drogas serem abordada principalmente como um distúrbio psiquiátrico ou como uma doença, sendo sempre tratada de forma a excluir ou separar os usuários do convívio em sociedade e objetivando sempre a abstinência. Relegam-se ao segundo plano as implicações sociais, econômicas, políticas, psicológica, criminais e antissociais, às quais a problemática do alcoolismo está intimamente interligada.

Sendo assim, para a completa solução de um agravo multifatorial, devemos sempre atuar de forma integrada, buscando uma reabilitação e não somente a abstinência como principal objetivo de um tratamento (BRASIL, 2003).

Muitos alcoólatras não compartilham da expectativa e desejo de abstinência que os profissionais de saúde propõem e, conseqüentemente, abandonam os serviços, desmotivados, por não se identificarem com os profissionais, ou porque não se sentem acolhidos em suas diferenças. Assim, a adesão ao tratamento ou a práticas preventivas e de promoção é baixa, não contribuindo de forma efetiva para a inserção familiar e social do usuário (BRASIL, 2003).

Reconhecer o consumidor, suas características e necessidades, exige a busca de novas estratégias de contato e de vínculo com ele e seus familiares, para que se possa elaborar e executar diversos programas de prevenção, educação, tratamento e promoção adaptados às diferentes necessidades (BRASIL, 2003).

Para que uma política de saúde seja coerente, eficaz e efetiva, deve ter em conta que as diferentes estratégias são complementares e não concorrentes, e que, portanto, o

retardo do consumo de álcool, a redução dos danos associada ao consumo e a superação do consumo são elementos fundamentais para sua construção.

De acordo com Benevides, (2001, p.10)

“Devemos buscar praticar aqui o duplo sentido da clínica: o de “inclinarse” (klinikós), acolhendo o paciente e sua história, e o de produzir um desvio (clinamem) para produzir outra história, outra possibilidade de existência”

Segundo Pain (1980, p.10), devemos também resgatar o sentido de saúde coletiva, que “implica em levar em conta a diversidade e especificidade dos grupos populacionais e das individualidades com seus modos próprios de adoecer e/ou representarem tal processo”. (BRASIL, 2003)

Ao cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, cada situação, cada usuário e dentro do possível, realizar o que é necessário, o que está sendo demandado. Explicando o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu empenho pessoal (BRASIL, 2003).

Segundo a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a visão de Abordagem de Redução de Danos é o caminho mais promissor, pois reconhece cada usuário e suas particularidades, história de vida e dificuldades, tentando traçar com ele estratégias objetivando a defesa de sua vida e não somente a abstinência. A redução de danos apresenta um caminho que visa ainda aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade de quem está se tratando. Por outro lado, leva ao estabelecimento de vínculo com os profissionais, que passam a ser corresponsáveis também pelos caminhos a serem construídos pelo usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2003).

A redução de danos é uma estratégia que deve ser operada em interações, a saber:

- promover o aumento do contato,
- criar pontos de referência,
- facilitar o acesso promover o acolhimento,
- adscrever a clientela,
- qualificar a demanda,
- multiplicar as possibilidades de enfrentamento ao problema da dependência no

uso do álcool.

Neste ponto, a abordagem se afirma como clínico-política, pois, para que não reste apenas como mudança comportamental, a redução de danos deve ser uma série de ações no território, fomentando a construção de redes de suporte social, com objetivo de criar outros movimentos possíveis no município, visando avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares, usando recursos que não-repressores, comprometidos com a defesa da vida e utilizando-se de equipamentos em que a promoção, a prevenção, o tratamento e reabilitação sejam contínuos e de forma associada (BRASIL, 2003).

Agindo desta forma, deve se observar que o locus de ação pode ser tanto os diferentes locais por onde circulam os usuários de álcool e outras drogas, com equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, mas também das de educação, de trabalho, de promoção social etc.

Nunca é demais, portanto, insistir que é a rede – profissional, familiares, organizações governamentais e não-governamentais em interação constante, cada um com seu núcleo de ação, mas apoiando-se mutuamente, – que cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata, reconstrói existências, cria efetivas alternativas de combate ao que, no uso do álcool, destrói a vida (BRASIL, 2003).

Define-se então o compromisso da Saúde: fazer proliferar a vida, e fazê-la digna de ser vivida. Por sua vez, o compromisso do Ministério da Saúde é criar e manter equipamentos, qualificar seus profissionais, formular políticas de saúde em articulação com outras áreas afins, executar e avaliar tais políticas assumindo o que lhe cabe no enfrentamento do que faz adoecer e morrer.

O Ministério da Saúde, atuando através do SUS, tem o compromisso de:

- Ofertar tratamento na atenção primária,
- Disponibilizar o acesso a medicamentos,
- Garantir atenção na comunidade,
- Promover a educação em saúde para a população, envolver as comunidades, famílias e usuários,
- Formar recursos humanos,
- Promover a intersetorialidade,
- Monitorizar a saúde mental na comunidade,
- Apoiar pesquisas e estabelecer programas específicos. (OMS, 2001)

Este é o compromisso que deve ser assumido em cada município, em cada Equipe de Saúde da Família, onde certamente existem muitos dependentes do álcool, outros tantos



que fazem uso abusivo e outros que virão a fazê-lo, provavelmente, por estarem em condição de risco social.

A exclusão social e a ausência de cuidados que atingem aqueles que sofrem de transtornos mentais, demonstram a necessidade de modificação dos modelos assistenciais que não resolvem as reais demandas de uma população.

O diagnóstico e tratamento precoces da dependência ao álcool são fundamentais para o prognóstico deste transtorno, prevenção e promoção da saúde, e se agrava ao verificarmos o despreparo significativo e a desinformação das pessoas que lidam diretamente com o problema, sejam usuários, familiares ou profissionais de saúde.

Aproximadamente 20% dos pacientes tratados na rede primária bebem em um nível considerado de alto risco, pelo menos fazendo uso abusivo do álcool. Estas pessoas têm seu primeiro contato com os serviços de saúde por intermédio de clínicos gerais. Apesar disso, poucos detectam a presença de acometimento por tal uso, o que tem repercussão negativa sobre as possibilidades de diagnóstico e tratamento. Vemos que, no geral, o foco da atenção está voltado para as doenças clínicas decorrentes da dependência e não para a dependência subjacente. Os fatos acima são muito importantes nas ações preventivas, ao considerarmos que, normalmente, há um período de 05 anos entre o início do abuso do álcool até a primeira intervenção. Esta demora a iniciar o tratamento piora o prognóstico (BRASIL, 2003).

Dentre inúmeros fatores causadores da ineficácia da assistência disponível, o principal é o descrédito em relação à recuperação dos pacientes, sendo isto principalmente causado pela falta de formação dos profissionais para diagnosticar, tratar ou encaminhar pessoas com abuso ou dependência do álcool.

Tal acolhimento, em qualquer nível assistencial (especializado ou não-especializado), deve estar disponível no momento em que a sua necessidade se impõe, uma vez que a ambivalência, a flutuação motivacional e o imediatismo fazem parte da apresentação costumeiramente evidente naqueles que procuram os serviços de saúde, devido às consequências do seu consumo alcoólico. Podemos ainda apontar como impedimento o conceito normalmente abraçado pelos profissionais de saúde de que não possuem qualquer responsabilidade sobre o diagnóstico e tratamento da dependência ao álcool, em uma evidente demonstração de estigma, exclusão e preconceito (BRASIL, 2003, p.18)

Ao analisarmos alguns dados correlatos e relativos aos custos decorrentes, vemos que os custos decorrentes do consumo de álcool são de grande magnitude. Considerando

dados referentes ao ano de 2001, tivemos no Brasil 84.467 internações para o tratamento de problemas relacionados ao uso do álcool, mais de quatro vezes o número de internações ocorridas por uso de outras drogas. No mesmo período, foram emitidas 121.901 AIHs para as internações relacionadas ao alcoolismo. Como a média de permanência em internação foi de 27,3 dias para o período selecionado, estas internações tiveram em 2001 um custo anual para o SUS de mais de 60 milhões de reais (DATASUS, 2001)

Ao verificarmos estes números, constatamos ainda que os mesmos não contabilizam os gastos onerosos com os tratamentos ambulatoriais e com internações para o tratamento das comorbidades que se associam ao alcoolismo, tais como: patologias do aparelho digestivo, cardiovascular, diversos tipos de câncer (principalmente de estômago, mama e hepático), além de carências nutricionais, síndromes fetais e do recém nato, doenças neurológicas e psiquiátricas (BRASIL, 2003).

A oferta de tratamento extra-hospitalar, focado na prevenção precoce e em intervenções breves é a solução para o cuidado do dependente leve, que ainda tem poucos problemas relacionados ao abuso de álcool. O que ocorre atualmente é o seguimento de um modelo iatrogênico, hospitalocêntrico, que cuida somente dos casos graves.

Esta linha de pensamento é que deve ser modificada, incluindo no cuidado, na atenção primária, todos os graus de dependência, para se ter realmente eficácia e sucesso na melhoria da qualidade de vida, redução de danos e não apenas uma abstinência provocada e pouco duradoura. Isto teria grande impacto positivo sobre a carga total dos problemas e o custo direto e indireto associado ao abuso de álcool.

A forma mais correta de ofertar esta assistência é através dos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad), além de oferecer assistência nos diversos níveis de atenção, desde inserção no Programa de Saúde da Família, programa de Agentes Comunitários de Saúde, e da Rede Básica de Saúde e cuidados extra-hospitalares (BRASIL, 2003).

Também é essencial melhorar a assistência aos casos de maior gravidade, em locais de atenção de média complexidade, tais como hospitais psiquiátricos e hospitais gerais, que vão atender os quadros de abstinência, delirium, intoxicações e transtornos psiquiátricos e devem estar preparados para esta demanda com a estratégia da redução de danos (BRASIL, 2003).

A atenção deve se estender aos familiares e pessoas do convívio do dependente. Todos os profissionais, tanto os que atuam nos CAPSad, como os que atuam nas demais unidades assistenciais, PSFs e PACS devem ser capacitados através do Programa Permanente

de Capacitação de Recursos Humanos para os Serviços de Atenção aos Usuários de Drogas na Rede do SUS do Ministério da Saúde, contemplando também a capacitação para profissionais de nível médio que atuem na assistência aos problemas relacionados ao uso do álcool.

É muito importante o desenvolvimento, em conjunto com o Ministério da Educação, de ações de modificação do currículo dos cursos de graduação na área da saúde, incluindo o estudo, diagnóstico e tratamento dos problemas relativos ao abuso do álcool (BRASIL, 2003).

Quanto à prevenção, torna-se fundamental capacitar as equipes de saúde da família e prover os implementos necessários para o desenvolvimento de ações de prevenção primária ao uso abusivo do álcool, para o diagnóstico precoce, tratamento de casos leves e referenciamento para a rede de assistência de média e alta complexidade dos quadros moderados e graves (BRASIL, 2003).

Estas ações de prevenção devem se realizadas nas escolas, locais de trabalho, sindicatos e outras associações, com caráter permanente, não somente esporádico. As campanhas também devem ser feitas com intuito de multiplicar a atuação preventiva. Educar a população é ação de extrema importância, pois promove a redução da resistência quanto ao tratamento, a partir do momento em que as pessoas são esclarecidas a respeito das causas e conseqüências do abuso do álcool e se sentem motivadas a procurar a ajuda.

Também aumentamos a consciência coletiva sobre os riscos do abuso do álcool, os transtornos e comorbidades provocados pela dependência e os diversos graus de dificuldade em obter a cura. As opções de atenção, as formas de cuidado, os serviços oferecidos, os recursos utilizados disponíveis e seus benefícios devem ser amplamente divulgados (BRASIL, 2003).

Os profissionais de Saúde devem repassar os melhores conhecimentos disponíveis. As campanhas de educação e sensibilização devem ser bem organizadas e orientadas, a fim de reduzir a discriminação e a estigmatização, e fomentar o uso dos serviços disponíveis. Além de fornecerem informações e promoverem discussões dos problemas provocados pelo consumo do álcool, sempre tendo como direcionamento a estratégia de redução de danos, tendo ainda uma visão compreensiva do consumo do álcool como costume social e individual (BRASIL, 2003).

Estas campanhas deveriam se estender à mídia, seguindo a política para redução de danos relacionados ao consumo de álcool. Deve-se necessariamente propor modificação na legislação, no sentido de proibir propagandas de bebidas alcoólicas em meios de comunicação de massa, devendo a mesma ficar restrita aos locais de venda, conforme já é feito para o

tabaco. Outra ferramenta de conscientização da população é a realização de campanhas de redução de danos a saúde causados pelo consumo de álcool, procurando criticar a associação do uso de álcool com a sensualidade, alegria, satisfação, diversão, virilidade, emoção, etc. Este tipo de propaganda incentiva o uso de álcool por consumidores cada vez mais jovens. Fabricantes, distribuidores e estabelecimentos que comercializem bebidas alcólicas devem ser inseridos e responsabilizados nestas campanhas (BRASIL, 2003).

O controle social deve ser feito de modo a tornar viável a revisão da taxaço de bebidas alcólicas, através de imposto destinado a custear a assistência e prevenção dos problemas associados ao uso do álcool. Também se deve fomentar, em cada município, o combate às posições mais liberais, que questionam o controle do consumo de álcool, taxando-o de demasiado, argumentando que não é necessário este tipo de controle para produtos legalizados, que tal ação é antidemocrática.

Os fatos devem apresentados como contra-argumentos são as estatísticas atuais a respeito do abuso do álcool e suas consequências. Também é notório que os países mais desenvolvidos em sua democracia são os que mais exercem o controle social sobre o álcool. Torna-se necessário e inadiável a implementação de uma política pública relativa ao uso do álcool (BRASIL, 2003).

A Lei Federal 10.216 do Ministério da Saúde, também vem a ser o instrumento legal / normativo máximo para a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, a qual também se encontra em sintonia para com as propostas e pressupostos da Organização Mundial da Saúde. “A Lei em questão tem diversos desdobramentos positivos possíveis, se aplicada com eficácia” (Delgado, 2002, p.25).

### **5.1 Os Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas - CAPSad**

A Portaria GM/336 de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002a) define normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência em saúde mental, tipo “Centros de Atenção Psicossocial – CAPS”- incluídos aqui os CAPS voltados para o atendimento aos usuários de álcool e drogas, os CAPSad.

Já a Portaria SAS/189 de 20 de março de 2002 (BRASIL, 2002b) regulamenta a Portaria GM/336, criando no âmbito do SUS os “serviços de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas”. (Brasil, 2002).

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPSad são instituições assistenciais de alta resolubilidade, incluindo em seus projetos terapêuticos práticas de cuidados que proponham a flexibilidade e abrangência possíveis e necessárias a esta atenção específica, dentro de uma política de redução de danos sociais e à saúde.

O programa considera ainda a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência focada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que priorize a reabilitação e reinserção social dos seus usuários.

A atenção psicossocial a pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas deverá se basear em uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio social, à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica. (Brasil, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) , os CAPSad deverão oferecer atendimento diário, nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, permitindo o planejamento terapêutico individualizado e de evolução contínua, possibilitando intervenções precoces, limitando o estigma relacionado ao tratamento.

A rede proposta se baseia nestes serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária, tais como internação domiciliar e participação comunitária na discussão dos serviços, conforme as necessidades da população-alvo.

Por outro lado, a insuficiência/ausência histórica de políticas que promovam a promoção e proteção social, de saúde e tratamento das pessoas que usam, abusam ou são dependentes de álcool são determinantes para o aumento de suas vulnerabilidades.

Evidencia-se também a ausência de fatores de proteção à comunidade, possam contribuir para a diminuição das vulnerabilidades da população, ainda que indiretamente, como implementação de iluminação pública, saneamento, centros sociais e de lazer, jornadas duplas de escolaridade para jovens com atividades sócio-educacionais, profissionalizantes e recreativas, dentre outros.

De acordo com a Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003) a atenção ao dependente de álcool tem como objetivos:

- Determinar como problema de Saúde Pública a questão do uso de álcool e outras drogas,
- Indicar a redução de danos – estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel

autoregulador, sem a obrigatoriedade imediata da abstinência e motivando-o à mobilização social – nas ações de prevenção e de tratamento, como um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada;

- Formular políticas que possam modificar o senso comum de que todo dependente de álcool é um doente que requer internação;
- Mobilizar a sociedade civil, oferecendo condições de exercer seu controle, participar das práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, bem como fomentar o fortalecimento das políticas municipais e estaduais. (BRASIL/MS, 2003)

## **5.2 Integralidade das ações**

Conforme a Política Nacional de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Drogas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003, p.29), a integralidade das ações, com a conseqüente definição de papéis entre os diversos níveis de governabilidade requer:

- A inserção das ações nos mecanismos implementados pelo Sistema Único de Saúde nas esferas de governo;
- A formulação de alternativas de sustentabilidade e financiamento das ações;
- O repasse das experiências relativas à descentralização e desconcentração de atividades e de responsabilidades obtidas por estados e municípios;
- Processos de formação e capacitação de profissionais e de trabalhadores de saúde, e ênfase para a mudança de conceitos.

A Atenção Integral envolve ainda a importância de se promover mudanças que permaneçam estáveis em todos os níveis envolvidos, requerendo para tal, mudanças individuais de comportamento, diretamente vinculadas a estratégias globais de diminuição de riscos individuais e nos grupos; a mudança de crenças e condutas sociais; ações de informação e prevenção, destinadas à população em geral com vistas à participação comunitária; diversificação e ampliação da oferta de serviços assistenciais; adoção de políticas de promoção a saúde que contemplem ações estruturais nas áreas de educação, saúde e de acesso a bens e serviços,

O êxito desta política prevê a descentralização e autonomia de gestão pelos estados e municípios, definindo-se os papéis de cada nível e os mecanismos de captação, utilização e repasse de recursos financeiros, buscando equalizar os gastos em vigilância, tratamento, prevenção e redução de danos.

Os conselhos de saúde devem resgatar seu papel articulador entre os diferentes segmentos e não se constituírem em executores de ações, sendo necessária a implantação de um sistema de formação de recursos humanos voltado para este tema.

### **5.3 A Prevenção**

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Drogas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), Não há dúvidas sobre a gravidade dos problemas relacionados ao uso indevido de substâncias psicoativas e os altos custos decorrentes direta ou indiretamente de seu uso/abuso. O estigma, a exclusão, o preconceito, a discriminação são ao mesmo tempo agravantes e conseqüências do uso indevido de álcool e drogas, colaborando para a situação de comprometimento geral que acomete tais pessoas. Isto também ocorre em relação aos outros transtornos mentais.

Em uma evidência constante no tempo, a elevação do consumo evolui de maneira proporcional ao crescimento da problemática psicossocial correlata, devidamente manifesta em todos os segmentos sociais; por sua vez, estes têm contribuído historicamente para o reforço negativo dos agravantes acima citados, fato amplamente comprovado ao analisarmos o despreparo global de todos (profissionais de saúde, pacientes e familiares, no geral) os envolvidos com questões decorrentes de tal uso (Crisp, 2000).

Tabaco e álcool, substâncias de uso lícito e as mais consumidas em todo o mundo, são também as que trazem maiores e mais graves conseqüências para a saúde pública mundial.

Com a mesma importância, deve ser levada em conta a pequena iniciativa nacional em propor práticas de efetivo controle social relativo à comercialização destes produtos, que fossem facilitadoras para a redução de danos e custos decorrentes do seu uso indevido.

A prevenção para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas pode ser definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco específicos, e fortalecimento dos fatores de proteção (BRASIL, 2003).

Implica necessariamente em inserção comunitária das práticas propostas, com a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis, buscando atuar, dentro de suas competências, para facilitar processos que levem à redução da iniciação no consumo, do aumento deste em frequência e intensidade, e das conseqüências do uso em padrões de maior

acometimento global. Para tanto, a lógica da redução de danos deve ser considerada como estratégica ao planejamento de propostas e ações preventivas (BRASIL, 2003).

O compartilhamento de responsabilidades, de forma orientada às práticas de efeito preventivo, também não deve abrir mão da participação dos indivíduos diretamente envolvidos com o uso de álcool e outras drogas, na medida em que devem ser implicados como responsáveis por suas próprias escolhas, e como agentes e receptores de influências ambientais (Marlatt, 1999).

As intervenções preventivas devem ser direcionadas a toda população, não somente aos diretamente envolvidos, considerando que a maior parte da população ainda não foi atingida pelo problema do uso/abuso do álcool, mas encontra-se exposta a risco de variados graus para uso/abuso/dependência do álcool. Sendo assim, é necessário um planejamento mais abrangente, que se torne realmente eficaz dentro de um problema de saúde pública.

Levando em conta que a sociedade deve assumir o compromisso ético de cuidar de suas crianças e adolescentes, isto dever-se voltar à atenção para esta faixa etária, ressaltando que o descaso do presente poderá ocasionar um custo pesado no futuro, para toda a sociedade.

Ao considerarmos que a promoção de saúde define-se como a busca constante de mais qualidade de vida para as pessoas, e que o mesmo deve acontecer em relação aos que às ações de prevenção, devemos nos orientar pelo fato de que os indivíduos mais vulneráveis são os que estão mais insatisfeitos com sua qualidade de vida, os que possuem saúde debilitada, os que não possuem informações corretas sobre a questão de álcool e drogas e os que estão expostos ao fácil acesso a estas substâncias ou estão marginalizados na comunidade.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Drogas do Ministério da Saúde (BRASIL, p.32), assim como podemos identificar os fatores de risco atuantes em cada um dos domínios citados, podemos fazer o mesmo para os fatores específicos de proteção:

- No domínio individual, podemos identificar como principais fatores de risco a baixa auto-estima, falta de auto-controle e assertividade, comportamento anti-social precoce, doenças pré-existentes (ex.: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade), e vulnerabilidade psicossocial. Como fatores de proteção, a apresentação de habilidades sociais, flexibilidade, habilidade em resolver problemas, facilidade de cooperar, autonomia, responsabilidade e comunicabilidade são os mais influentes, paralelamente à vinculação familiar-afetiva ou institucional.



- No domínio familiar, vemos que o uso de substâncias psicoativas pelos pais é um importante fator de risco, bem como o isolamento social entre as pessoas de uma mesma família. Além disso, a ausência de um dos pais ou um padrão familiar disfuncional também são fatores de risco. São fatores de proteção o vínculo familiar, o desenvolvimento de valores e compartilhamento de tarefas no lar, a co-responsabilização dos filhos pelo cuidado e bom funcionamento do lar, o contato afetivo e de diálogo entre os membros do núcleo familiar.

- No domínio das relações interpessoais, os companheiros que utilizam substâncias psicoativas ou que valorizam o uso destas, traduzem-se em sério fator de risco. Da mesma forma, os pares que não usam ou aprovam o uso de álcool/drogas exercem influência positiva. Esta boa influência também é percebida entre os pares que estão envolvidos em atividades em grupo de qualquer ordem, tais como atividades recreativas, esportivas, escolares, profissionais, religiosas.

- Nos ambientes de formação e aprendizado, ocorre o entrecruzamento de fatores de risco presentes em todos os outros domínios. Dentro da escola, os maiores fatores de risco são a falta de habilidade de convivência em grupos e a facilidade de acesso a álcool e drogas nas escolas e redondezas. A questão da disciplina também é um fator relevante, pois quanto mais indisciplinada é a escola, maior o fator de risco. Apresentam fatores de proteção o ambiente de ensino que evidencia regras clara sobre a conduta considerada adequada, que faça parte de um contexto educativo e evolutivo e que inclua a participação de jovens e adolescentes nas decisões sobre as questões escolares, coresponsabilizando-os nestas questões.

O planejamento de ações preventivas relativas ao uso de álcool e drogas deve considerar e buscar minimizar os fatores de risco e otimizar e aumentar os fatores de proteção. Neste ponto, é fundamental a educação em saúde como estratégia para a prevenção. Ainda, é necessário salientar que práticas preventivas voltadas para a educação em álcool e drogas devem ser planejadas levando em conta a especificidade de cada grupo populacional, sempre de forma articulada a outras ações voltadas para a prevenção e promoção de atenção integral à saúde.

De acordo com o Relatório Mundial da Saúde - Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança (OMS, 2001) traz dez recomendações básicas para ações na área de saúde mental / álcool e drogas.

São elas:

1. Promover assistência em nível de cuidados primários
2. Disponibilizar medicamentos de uso essencial em saúde mental
3. Promover cuidados comunitários
4. Educar a população
5. Envolver comunidades, famílias e usuários
6. Estabelecer políticas, programas e legislação específica
7. Desenvolver recursos humanos

8. Atuar de forma integrada com outros setores
9. Monitorizar a saúde mental da comunidade
10. Apoiar mais pesquisas

A relação entre a educação e as práticas preventivas e assistenciais é explicitada nestas recomendações, tanto de forma direta, como de forma indireta, por seus desdobramentos e resultados. Isto também é lembrado quando sabemos que não há separação entre prevenção e assistência em Saúde Pública (BRASIL, 2003).

Ainda há que se ressaltar que apenas repassar informações sobre álcool e drogas, focando nas substâncias e não nos indivíduos tem validade questionável, uma vez que relega as pessoas a segundo plano (BRASIL, 2003).

É necessário educar, promover e prevenir as pessoas e não combater as substâncias. Fica evidente então a enorme necessidade de capacitação dos profissionais para uma perspectiva ampla, mudança de pensamento e de conduta, removendo-se os estigmas e aprendendo a trabalhar de forma multiprofissional, objetivando sempre a redução dos danos, a melhoria da qualidade de vida do dependente químico e de sua família, a valorização do ser humano e a integralidade e continuidade do cuidado (BRASIL, 2003).

#### **5.4 Adesão e Manutenção nos programas de tratamento**

Segundo o estudo “Fatores associados à adesão a um programa de tratamento de alcoolistas”, da Universidade Federal de Juiz de Fora, os aspectos demográficos e socioeconômicos dos sujeitos influenciam diretamente na adesão e manutenção do dependente nos programas de tratamento para abuso do álcool (RIBEIRO *et al.*, 2008.)

Dentre estes aspectos, ressaltam-se as características sociais e demográficas, tais como manter um relacionamento estável, tempo médio de união acima do grupo, trabalhar formalmente, receber mais de um salário mínimo influenciam positivamente a adesão; o fato de um indivíduo considerar-se um trabalhador autônomo mostrou-se fator negativo, devido comprometimento com o trabalho ser eventualmente, menor do que o trabalhador formal. Isto evidencia que o indivíduo com melhores níveis de relacionamento social, conseqüentemente com maior estabilidade e responsabilidade em suas relações familiares e de trabalho, aderiram por mais tempo ao tratamento. A família ou outros indivíduos da convivência do dependente podem influenciar sua adesão, de forma que podem contribuir positiva ou negativamente, dependendo de seu posicionamento diante da questão. Tanto a indiferença quanto a pressão excessiva podem contribuir negativamente para a adesão.

Também evidenciou-se, segundo mesmo estudo, que sintomatologias físicas e mentais podem levar o dependente a sentir-se mais disposto a aderir ao tratamento, tais como: sofrer de esquecimento, fraqueza ou desmaios, dor abdominal, edema nos pés e tremores. Em contrapartida, o fato de apresentar roncos e sentir-se inapetente se não beber no horário habitual influenciou de maneira negativa a adesão ao tratamento. Em relação ao estado afetivo, os indivíduos aderiram mais ao tratamento quando se sentiam tristes ou irritados quando alcoolizados. Mas aqueles que se sentiam expansivos, conformados ou autossuficientes quando alcoolizados apresentaram maior dificuldade de adesão, provavelmente pela sensação de bem estar apresentada durante o período em que estavam alcoolizados. Sobre o padrão de consumo, evidenciou-se que beber sozinho, durante o trabalho, com colegas de trabalho, beber para enfrentar ou aliviar situações desagradáveis por ocasião do aumento do consumo, dirigir alcoolizado, foram fatores positivos na adesão ao tratamento. O desejo persistente ou esforços para reduzir ou para controlar o uso da substância e abandono de atividades sociais, ocupacionais ou recreativas em função do uso da substância, e também abandono de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância e ter recebido registro de diagnóstico de comorbidade psiquiátrica se associaram positivamente à adesão. Quanto ao tratamento, já haver procurado tratamento para alcoolismo, procurado ajuda na Associação de alcoólicos anônimos (AAA), haver feito tratamento ambulatorial em psiquiatria, ter feito uso de medicação para depressão foram positivamente associados à adesão (RIBEIRO *et al.*, 2.008.)

Tendo conhecimento destes fatores coadjuvantes na adesão e também dos fatores prejudiciais, a Atenção Primária pode se nortear na elaboração de propostas de promoção da saúde, prevenção da doença e redução dos danos, visando sempre melhorar a qualidade de vida do dependente e de sua família.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir com este estudo, que o ato de beber tem causado sérios danos ao ser humano e à sociedade como um todo, tornando-se um grande problema de saúde pública, exigindo políticas de intervenção, principalmente no âmbito da Atenção Primária.

Neste ponto desejo salientar que existem poucos estudos disponíveis sobre o cuidado e tratamento ao usuário de álcool na Atenção Primária.

Há um consenso geral que as ações devem ser focadas na prevenção do início do consumo de álcool, principalmente por crianças e adolescentes, devido serem as maiores vítimas do álcool, uma vez que nestas faixas etárias seus efeitos são ainda mais devastadores e a dependência é facilmente instalada.

Esta prevenção deve se dar com suporte familiar, diálogo, condições de moradia, oferta de escolas, além de atividades esportivas, artísticas, culturais e afins, na tentativa de afastar os jovens do ócio e consequentemente evitar seu envolvimento com álcool e drogas.

Além disso, são de extrema importância a conscientização da população e a exigência do poder público de que se cumpram realmente as leis de proibição de venda de álcool para menores; que as propagandas veiculadas na mídia, associando o uso de álcool ao sucesso, à alegria, à diversão devem ser proibidas, uma vez que não demonstram o lado triste e destruidor do álcool.

Neste ponto temos que lembrar as trágicas consequências do álcool no trânsito, levando a mortes e invalidez, destruindo famílias e causando outro problema de saúde pública.

A abordagem da redução de danos é a via mais humanizada e portanto com maiores chances de êxito, uma vez que dá atenção a cada dependente em seu contexto social e familiar e tenta traçar estratégias em defesa de sua vida e não somente a abstinência. A redução de danos ainda corresponsabiliza o dependente e justamente por isso leva a reflexão dos motivos que o levam ao consumo de álcool e às consequências desta dependência, degenerando sua vida e família. Assim, as possibilidades de melhoria da qualidade de vida do dependente e de sua família aumentam consideravelmente.

Especificamente no município de São Thomé das Letras, a atenção ao alcoólatra ainda é incipiente e este estudo foi muito esclarecedor para nortear a criação de um serviço voltado para estes dependentes e seus familiares, principalmente no âmbito da Saúde da Família, a porta de entrada e também de busca ativa destes pacientes.

O estudo também conscientiza sobre os riscos e malefícios do consumo do álcool e alerta para a importância da prevenção do início do contato precoce com o álcool, principalmente entre adolescentes e jovens. Sendo portanto um problema de Saúde Pública, merece o estudo, entendimento e aplicação dos saberes na Atenção Primária à Saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEAD - Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas. **Alcoolismo**. Disponível em <http://www.abead.com.br>. Acessado em 10/01/2012.

ALMEIDA, Júnior, (1972), IN MOURÃO, L.N.G, *et al.* A embriaguez e o trânsito: avaliação da nova lei de trânsito no que se refere à abordagem da embriaguez. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo. Vol 27, n 2, artigo 83. (2000). Disponível em: [www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol27/n2/art83.htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol27/n2/art83.htm).

Acessado em 06/04/2012

ALMEIDA, Filho; *et al.*, (1997) IN BAU, Claiton Henrique Dotto. **Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo** . Ciências saúde coletiva vol.7 no.1 São Paulo,2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000100017)

Acessado em 20/01/2012

American Psychiatric Association, 1994. Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais da Associação Norte-Americana de Psiquiatria (DSM-IV;).

BAU, Claiton Henrique Dotto. **Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo**. Ciência e Saúde Coletiva. vol.7 no.1. São Paulo, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000100017).

Acessado em 18/12/2011.

Benevides, 2001, p.10. IN., **Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003

BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Diário Oficial da União, **LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Diário Oficial da União, **PORTARIA GM/336 DE FEVEREIRO DE 2002**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Diário Oficial da União, **PORTARIAS/189, DE 20 DE MARÇO DE 2002**. Dispõe sobre a necessidade de identificar e acompanhar os pacientes que demandam atenção em saúde mental.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BVS – BIBIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE/DEcS - DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. **Alcoolismo**. Disponível em <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>. Acessado em 20/02/2012.

CEBRID – **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas**, 2006. Disponível em <http://www.cebrid.epm.br>. Acessado em 10/01/2012.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS DOENÇAS, CID-10, 1996.

CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO, Resolução 476, 1974

COSTA, Junior; A intervenção policial militar diante da embriaguez ao volante, 1978, p.2

Crisp, (2000). IN., **Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003

Cuidando de sua Saúde, **Saúde do Homem**. Disponível em: <http://cuidandodesuaude.lincx.com.br/cuidando-de-sua-saude/saude-de-a-a-z/medicina/saude-do-homem/4738-alcoolismo.html>. Acessado em: 25/02/2012.

Davey (1988), IN MOURÃO, L.N.G, *et al.* **A embriaguez e o trânsito: avaliação da nova lei de trânsito no que se refere à abordagem da embriaguez**. Revista de Psiquiatria

Clínica, São Paulo. Vol 27, n 2, artigo 83. (2000). Disponível em: [www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol27/n2/art83.htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol27/n2/art83.htm).

Acessado em 06/04/2012.

Delgado, (2002), p.25. IN **Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003

Edwards & Dare, 1997 IN.: Margareth da Silva Oliveira et al., **Estudo dos Estágios Motivacionais em Sujeitos Adultos Dependentes do Álcool**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2003, 16(2), pp. 265-270.

FERREIRA, M.P.; LARANJEIRA, R.R. Dependência de Substâncias Psicoativas. In: Ito, L.(org.). **Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtornos Psiquiátricos**. Porto Alegre: Artmed, 1998

Formigoni et al (1992). **A Intervenção Breve na Dependência de Drogas**. Adaptado do Manual de triagem e avaliação inicial do Addiction Research Foundation, Toronto, Canadá.

Galduróz et. al. **IN., Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003

Gigliottia, Analice & Bessab, , 2004, In **Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos**, p.12. Revista Brasileira de Psiquiatria. vol. 26 Supl. , São Paulo, 2004. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462004000500004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500004).

Acessado em 16/12/2012

Goldman & Bergen, 1998 IN. BAU, Claiton Henrique Dotto. **Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo**. Ciência e Saúde Coletiva. vol.7 no.1. São Paulo, 2002. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000100017).

Acessado em 18/12/2011.



Goodwin *et al.*, 1973; Cadoret & Gath, 1978; Bohman, 1978 -IN., BAU, Claiton Henrique Dotto. Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo. **Ciência e Saúde Coletiva**. vol.7 no.1. São Paulo, 2002. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000100017). Acessado em 18/12/2011.

H. Crisp, Arthur & G. Gelder, Michael, (2.000), IN.: **Estigmatização das pessoas com doenças mentais** In.: Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 29/04/2011.

INSTITUTO MÉDICO LEGAL, SÃO PAULO, (1999). IN., LEYTON, Vilma *et al.*, **Perfil epidemiológico das vítimas fatais por acidente de trânsito e a relação com o uso do álcool**. Revista Saúde, Ética & Justiça. vol 10, n 1/2 artigo 12. (2005). Disponível em [http://www.fm.usp.br/iof/revista\\_2005/03\\_perfil\\_epi](http://www.fm.usp.br/iof/revista_2005/03_perfil_epi).

Acessado em 24/02/2012

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA/MS e Cols., em desenvolvimento. IN., **Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003

Javier Alvares, 1996. IN MOURÃO, L.N.G, *et al.* **A embriaguez e o trânsito: avaliação da nova lei de trânsito no que se refere à abordagem da embriaguez**. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo. Vol 27, n 2, artigo 83. (2000). Disponível em: [www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol27/n2/art83.htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol27/n2/art83.htm).

Acessado em 06/04/2012.

JONES, L.A.W. \_ Blood and breath alcohol concentrations. *BMJ* 305: 955, 1992. In Nunes de Guimarães Mourão, Lúcio et al. **A embriaguez e o trânsito: avaliação da nova lei de trânsito no que se refere à abordagem da embriaguez.** (2.000).Revista USP/ Psiquiatria Clínica/ Superintendência de Comunicação Social, Universidade de São Paulo, vol. 27, n 2, artigo 83,

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico.** São Paulo: Atlas, 1991.

Laranjeira, Ronaldo *et al.*, (2000). O Alcoolismo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol.22, n2, artigo 52, (2000). Disponível em :[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=1516-4446&script=sci\\_seria](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=1516-4446&script=sci_seria). Acessado em 10/03/2012.

Machado da Silva 1978; Dufour 1989; Guedes 1997; Bernand 2000; Magnani 2003), In **As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos**, Antunes de Campos, Edemilson, *Cad. Saúde Pública* vol.20, no.5, Rio de Janeiro Sept./Oct. 2004.

Marlatt, (1999), IN., **Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003

MARTIN, S. \_ Zero tolerance laws: effective public policy? *Alcohol Clin Exp Res* 20: 147A-150A, 1996. In Nunes de Guimarães Mourão, Lúcio et all. **A embriaguez e o trânsito: avaliação da nova lei de trânsito no que se refere à abordagem da embriaguez.** Revista USP/ Superintendência de Comunicação Social, Universidade de São Paulo, vol. 27, n 2, artigo 83, (2.000). Disponível em: [www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol27/n2/art83.htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol27/n2/art83.htm). Acessado em 06/04/2012.

MOURÃO, L.N.G, *et al.* **A embriaguez e o trânsito: avaliação da nova lei de trânsito no que se refere à abordagem da embriaguez.** *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo. Vol 27, n 2, artigo 83. (2000). Disponível em: [www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol27/n2/art83.htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol27/n2/art83.htm). Acessado em 06/04/2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Declaração de Alma-Ata (1978)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Technical Report, 1954.

PAIN, 1980 IN., **Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003

Pessotti, 1984, IN., BAU, Claiton Henrique Dotto. Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo. **Ciência e Saúde Coletiva**. vol.7 no.1. São Paulo, 2002.

Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000100017). Acessado em 18/12/2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO THOMÉ DAS LETRAS, Plano Municipal de Saúde de São Thomé das Letras, 17/03/2010

Prescott & Kendler, 1999. IN., BAU, Claiton Henrique Dotto. Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo. **Ciência e Saúde Coletiva**. vol.7 no.1. São Paulo, 2002. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000100017). Acessado em 18/12/2011.

Relatório Mundial da Saúde - Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança, OMS, 2001, IN.: **Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003

RIBEIRO, Sérgio et al., Fatores associados à adesão a um programa de tratamento de alcoolistas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 2008; 57(3):203-211. Disponível em <http://www.scielo.com.br>. Acessado em 23/02/2012

Stark, 1992. IN.: **Estudo dos Estágios Motivacionais em Sujeitos Adultos dependentes do Álcool**. Da Silva Oliveira, Margareth, *et al.*, (2003). Revista Psicologia: Reflexão e Crítica, 2003, 16(2), pp. 265-270. Disponível em <http://www.scielo.com.br>. Acessado em 18/11/2011.

Simel, 1990. **IN., Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003

Vogel & Motulsky, 1997, **IN.,** BAU, Claiton Henrique Dotto. Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo. **Ciência e Saúde Coletiva.** vol.7 no.1. São Paulo, 2002. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000100017). Acessado em 18/12/2011.

|  
-