

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

KELEN RABELO SANTANA

**INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O CONSUMO DE ÁLCOOL EM
PACIENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO
MUNICÍPIO DE TEIXEIRAS - MG**

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS

2014

KELEN RABELO SANTANA

**INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O CONSUMO DE ÁLCOOL EM
PACIENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO
MUNICÍPIO DE TEIXEIRAS- MG**

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: Prof^a. Patricia da Conceição Parreiras

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS

2014

KELEN RABELO SANTANA

**INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O CONSUMO DE ÁLCOOL EM
PACIENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO
MUNICÍPIO DE TEIXEIRAS- MG**

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: Prof^a. Patricia da Conceição Parreiras

Banca Examinadora

Prof^a. Patrícia da Conceição Parreiras - Orientadora

Prof^a. Daniela Coelho Zazá - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, 22/03/14

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos pacientes, com os quais aprendo, na prática médica diária, lições preciosas não reveladas nos livros e que se entregam em nossas mãos com tamanha esperança e confiança para aliviarmos seus sofrimentos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que se revela nos mistérios da vida com simplicidade e surpresas.

À minha mãe, Maria do Carmo, exemplo de dignidade e coragem.

À Kathia, Kênia e Karoline, pelo companheirismo fraterno e singular.

Ao João, cúmplice de ideais, lutas e amor.

Aos funcionários da Unidade Básica de Saúde José Antônio da Silva que contribuíram imensamente para meu crescimento profissional.

EPÍGRAFE

*“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”
(Charles Chaplin)*

RESUMO

O consumo abusivo de álcool é um grave problema de saúde pública, cuja abordagem é de responsabilidade de todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). No município de Teixeira, o alcoolismo é um problema desafiador para a atenção primária de saúde, já que sua dependência causa, direta ou indiretamente, danos à saúde do indivíduo, além de agravar comorbidades pré-existentes. Desse modo, o presente estudo teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção que contribuísse para a redução do consumo de álcool no município de Teixeira/MG. Para isso, adotou-se como metodologia a revisão de literatura sobre o tema alcoolismo, a fim de identificar estudos que apontassem ações, no atendimento da atenção primária, para redução do consumo de álcool. Sendo assim, o caminho estratégico mais satisfatório para atenuar os casos de consumo abusivo e desregrado de álcool ainda se debruça nas ações multidisciplinares de prevenção e promoção da saúde, nos níveis individual, familiar e coletivo.

Palavras-Chave: Alcoolismo, Saúde Primária, Plano de Ação, Intervenção.

ABSTRACT

The alcohol abuse is a serious public health problem whose approach is the responsibility of all levels of care in the Unified Health System (SUS). In the municipality of Teixeiras, alcoholism is a challenging problem for primary healthcare, since its dependence involved - directly or indirectly - damage to the health of the individual, and aggravate existing comorbidities. Thus, this study aimed to develop an intervention project that would contribute to the reduction of alcohol consumption in the municipality of Teixeiras/MG. For this, the adopted methodology literature review on the topic alcoholism, to identify studies that pointed actions, in care of primary care to reduce alcohol consumption. The most satisfactory to mitigate cases of abusive alcohol consumption and unruly strategic path still focuses on multidisciplinary prevention and health promotion at the individual, family and community levels.

KEYWORDS: Alcoholism, Primary Healthcare, Action Plan, Intervention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CID – Código Internacional de Doenças

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

IB – Intervenções Breves

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNDU – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	11
2 - OBJETIVOS	16
3 - MÉTODOS.....	17
4 - DESENVOLVIMENTO	18
5 - PLANO DE AÇÃO	24
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	31

1. INTRODUÇÃO

Localizada na Zona da Mata mineira, a cidade de Teixeira integra a microrregião de Viçosa e sua população é de 11.355 habitantes (IBGE, 2010), distribuídos em 3.643 domicílios cadastrados em 2010. Destes, 1.167 domicílios possuem renda familiar (IBGE, 2010) entre um e dois salários mínimos, e o índice de desemprego muito significativo, alcançando 6,16 (DATASUS, 2012). É importante destacar que 73,34% dos habitantes vivem na zona urbana e 27,66% na zona rural, conforme o Caderno de Informações de Saúde, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (MS) de 2010. O Índice de desenvolvimento Humano (IDH) deste município, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNDU) em 2010 é 0,675, e a taxa de urbanização é 62,33%. As principais atividades econômicas relacionam-se à agricultura (café, arroz, feijão, mandioca, milho, abacaxi, tomate, cana de açúcar, batata doce), pecuária (bovinocultura e suinocultura), silvicultura e exploração florestal.

Em relação à rede de saúde, a cidade dispõe dos seguintes recursos: 04 Unidades Básicas de Saúde (UBS), cada uma com 01 equipe de Programa de Saúde da Família (PSF), 01 hospital de baixa complexidade, 01 centro de vacinação, 01 centro de controle epidemiológico e a vigilância sanitária municipal (Relatório de Gestão Anual, 2012). Os demais recursos como: ambulatórios de especialidade como ginecologia e obstetrícia, dermatologia, cardiologia, ortopedia e 01 ultrassonografista são oferecidos à população, mas não constam no citado relatório. Os outros atendimentos em especialidades médicas são feitos no consórcio intermunicipal de saúde com sede em Viçosa. O município conta também com os Centros Hiperdia e Viva-Vida em Viçosa, que disponibiliza referência multidisciplinar em cardiologia, endocrinologia, nefrologia, feridas crônicas, gestação de alto risco, mastologia, urologia e pediatria.

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) José Antônio da Silva, localizada no bairro Alencar do município Teixeira - e por isso mais conhecida como UBS do Alencar estão cadastradas 778 famílias que totaliza 2572 pessoas na área de abrangência. Nesta Unidade o trabalho da Equipe de Saúde é desenvolvido em uma unidade modelo no município. A Equipe de Saúde tem em sua formação 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnica de enfermagem, 01 dentista, 07 Agentes Comunitários de

Saúde (ACS), 01 recepcionista, 01 técnica em saúde bucal, 01 assistente em saúde bucal e 01 auxiliar de limpeza. Em relação à estrutura física, a unidade dispõe de 01 consultório médico, 01 consultório de enfermagem, 01 consultório odontológico, 01 sala de curativo, 01 sala para os ACS, recepção, sala de espera, almoxarifado, 04 banheiros, sendo 02 para o público e 02 para funcionários e 01 cozinha.

Meu trabalho como médica na Equipe de Saúde do Alencar iniciou-se em 03 de março de 2013, sob edital 03/2013 da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Fui selecionada para trabalhar no município como médica bolsista do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). A segunda edição deste Programa foi lançada pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2012, cujo objetivo é estimular a formação médica e levar esses profissionais para áreas de maior carência e vulnerabilidade, como, por exemplo, as áreas de extrema pobreza e periferias das regiões metropolitanas, populações ribeirinhas e indígenas. São profissionais contratados que devem trabalhar pelo período de 12 meses em equipes de Estratégia em Saúde da Família (ESF), integrando as equipes e fortalecendo a universalização do acesso aos serviços de saúde.

O consumo abusivo de álcool é um grave problema de saúde pública, cuja abordagem é de responsabilidade de todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Pela Classificação do Código Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS), define-se Síndrome de Dependência como um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor. Uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo (frequentemente forte, algumas vezes irresistível) de consumir a substância, o que pode causar desinteresse em outras atividades, acarretando danos para sua vida afetiva, social e profissional (OMS, 1993).

Por ser a substância psicoativa mais utilizada pela humanidade, o álcool tem destaque, pois estimam-se que os transtornos relacionados com a dependência de álcool representem mais de 50% de toda a carga de morbidade, na América Latina (KOHN *et al.*, 2005). Nos Estados Unidos, a expectativa de vida do alcoolista diminui em média 15 anos (PRIMO; STEIN, 2004). No Brasil, o último levantamento nacional estimou que cerca de 12% de toda a população preenchia critérios para

dependência alcoólica, justificando a grande percentagem de indivíduos com problemas relacionados ao álcool e ao alcoolismo em unidades de internação hospitalar, ou buscando atendimento em serviços de atenção primária à saúde (CARLINE *et al.*, 2006).

No município de Teixeira, a dependência alcoólica é um problema desafiador para a atenção primária de saúde. Temos um elevado número de atendimento de usuários que buscam as UBS apresentando problemas derivados do alcoolismo e causados – direta ou indiretamente – e/ou agravados pelo uso abusivo de álcool como, por exemplo, síndrome de abstinência, descompensação de outras comorbidades devido aos danos do álcool, violência doméstica, entre outros.

Na UBS em que atuo, o alcoolismo é um problema tanto relevante como numeroso. Considerada uma das mais perigosas áreas de risco social do município, o bairro Alencar convive com o tráfico de drogas, prostituição e alcoolismo explicitamente, de modo que a assistência à saúde não pode ser dissociada à assistência social desta população.

Além de contribuir para o aumento da criminalidade local, o alcoolismo tem gerado condições de transtornos relacionados à sua dependência, especialmente, na população de adolescentes e adultos jovens, acometendo especialmente homens. Na população idosa, o abuso do álcool tem agravado condições clínicas e interferido, substancialmente, no tratamento de doenças pré-existentes, o que torna imperativo uma abordagem específica no atendimento do alcoolista na atenção primária no município de Teixeira, que ainda não conta com nenhum serviço capacitado nesta abordagem.

Percebemos ainda, neste município, dois padrões de uso de álcool apontados nos estudos de Ronzani, Mota e Souza (2009): o primeiro é o uso de risco que é determinado pelo padrão de consumo de álcool que aumenta o risco de consequências perigosas para o usuário e para aqueles que o cercam, no entanto sem predispor dano ao indivíduo; o segundo constitui o uso nocivo e se refere a um padrão de consumo alcoólico que resulta em danos físicos e mentais para a saúde do indivíduo, além das consequências em nível social.

Em Teixeira, como em outros municípios de pequeno porte, não há uma rede assistencial específica para o atendimento de alcoolistas dependentes, o que requer um Plano de Ação para o atendimento de tais pacientes. Hoje, os casos mais simples são tratados pelos médicos da atenção primária de saúde. Para os casos

que exigem um especialista, os pacientes são encaminhados pelo consórcio intermunicipal para consulta psiquiatra e retornam ao município com medicações controladas, mantendo essas por longo tempo, sem fazer retorno periódico no especialista e sem qualquer acompanhamento psico-comportamental. Isso gera uma das principais causas de abandono do tratamento, pois, entre diversas recaídas, o alcoolista sente-se desmotivado a continuar o tratamento, mantendo a dependência. Os casos mais graves, nos quais é considerada a internação em clínicas de reabilitação, esses sofrem uma longa e interminável espera do poder municipal para custear tais internações, já que nas clínicas gratuitas, as vagas são uma raridade.

A escolha deste tema para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) justifica-se pelo elevado número de usuários que utilizam a rede de serviços de saúde (de diversas classes sociais e idades) por fazerem uso cotidiano de grandes quantidades de álcool, transformando este hábito em um grave problema de saúde pública para o bairro Alencar e para a cidade de Teixeira. Neste contexto, precisa-se garantir melhorias em relação ao atendimento e acompanhamento desses pacientes e modificar a realidade enfrentada pela Equipe de Saúde.

Assim, como estudos recentes indicam que as medidas de combate e controle da dependência química devem ser associadas a ações multidisciplinares de prevenção e promoção da saúde, nos níveis individual, familiar e coletivo (PRATTA; SANTOS, 2007), elaboramos um Projeto de Intervenção/Plano de ação para atuação junto aos alcoolistas no município de Teixeira.

A frequência do problema do alcoolismo, geralmente oculto, é alarmante quando se estuda o padrão de comportamento da comunidade, analisando suas causas e determinantes. É de salutar importância desenvolver estratégias de enfrentamento do alcoolismo de forma simples e prática, que possam ser executadas a partir da realidade da Unidade de Saúde Primária de Teixeira, alvo do trabalho em tela. De forma a ratificar o estudo situacional e servir de referência, e considerando que o trabalho e o plano de intervenção serão desenvolvidos dentro de Unidades de Saúde da Família, partindo da compreensão sistêmica do problema, em que o uso do álcool deixa de ser um fim apenas de busca da droga etanol, mas um complexo processo comportamental e relacional, em que o álcool é um dos componentes, o que abarca uma cadeia de procedimentos e de profissionais que cuidem das raízes dos problemas em sua totalidade, caracterizando assim um sistema organizado de acompanhamento e tratamento.

Foram levantadas as diferentes teorias que estudam o alcoolismo para se chegar a uma compreensão clara do problema, o que abriu espaço para a construção da visão deste trabalho.

2. OBJETIVOS

Geral:

Elaborar um Projeto de Intervenção que contribua para a redução do consumo de álcool no município de Teixeira/MG.

Específicos:

1. Realizar revisão de literatura sobre o tema alcoolismo.
2. Elaborar ações para redução do consumo de álcool no município de Teixeira.

3. METODOLOGIA

O presente trabalho foi realizado a partir de uma revisão bibliográfica, que sustentou posterior elaboração do Plano de Ação para o município de Teixeira, cujo enfrentamento do problema é o alcoolismo.

Para esta revisão, optou-se pelos seguintes critérios de inclusão: publicações nos idiomas em espanhol, inglês e português, utilizando as palavras-chave “Álcool”, “Atenção Primária” e “Atendimento ao alcoolista”.

O período de publicação dos artigos, dissertações e teses consultadas compreende do período de 1990 a 2013, e as bases de dados utilizadas foram a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS, Medline, Biblioteca Cochrane e Scielo (Scientific Electronic Library Online), além dos dados do município coletados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

4. DESENVOLVIMENTO

ÁLCOOL E ALCOOLISMO

O álcool é uma substância psicodpressora de caráter sedante-hipnótico e cujo consumo é altamente generalizado em nossa sociedade. O consumo abusivo desta substância tem se tornado um relevante problema de saúde pública, já que afeta - direta ou indiretamente - a saúde, o trabalho e as relações sociais do indivíduo que faz um consumo excessivo desta droga (HUMENIUK; POZNYAK, 2004).

Pela Classificação do Código Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS), define-se Síndrome de Dependência como um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor (OMS, 1993). No caso da dependência alcoólica, tal problema, além de impor prejuízo ao trabalho e às relações interpessoais do alcoolista, gera comorbidades importantes como também agrava patologias prévias que estavam compensadas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, estima-se que, no Brasil, a média de álcool puro consumido por ano é de 8,6 litros *per capita*. Levando em consideração que existe um amplo número de bebidas alcoólicas produzidas artesanalmente, sem controle governamental, pode-se inferir que essa média é bem maior. Já a prevalência de alcoolismo na população geral brasileira é 12,3% e 91% das internações hospitalares por dependência estão associadas a este problema (CEBRID, 2006), destacando a relevância deste problema na saúde pública do Brasil.

O consumo excessivo de álcool e de outras drogas é um importante fator de risco para determinadas morbimortalidades, refletindo em incapacidade para atividades e em menor tempo de vida para os seus usuários. O uso abusivo dessas substâncias acarreta implicações legais e danos de ordem física, mental e social, tais como exposição a violências, acidentes, relações sexuais sem a devida proteção, propagação de doenças infecciosas, isolamento social e ruptura familiar (SOUZA; PINTO, 2012).

Ou seja, o alcoolismo é definido como uma doença crônica, primária, com fatores genéticos, psicossociais, e ambientais influenciando seu desenvolvimento e manifestações. É uma doença geralmente progressiva e fatal, sendo 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 (CHAGAS, 2012).

Diante disto, o alcoolismo se consubstancia em uma doença incurável, que pode levar a 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 o apoio da família como fatores facilitadores do tratamento (CHAGAS *et al.*, 2008).

O conceito de uso problemático de álcool não se aplica apenas ao dependente ou ao paciente que chega ao serviço de saúde com hálito alcoólico, intoxicado ou em síndrome de abstinência. Existem outros padrões de uso de álcool que causam riscos substanciais ou nocivos para o indivíduo. Entre eles, a situação de beber excessivamente todos os dias ou ainda com repetidos episódios de intoxicação pelo álcool. O consumo de álcool que causa prejuízos físicos, mentais ou sociais pode se estender em um processo contínuo, desde um padrão de beber excessivo até a dependência à bebida (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2003). Nos estudos de Ronzani, Mota e Souza (2009), além da dependência, a maior parte dos danos relacionados ao álcool pode ser atribuída a um grupo de usuários mais amplo, constituído pelos padrões de uso de risco e uso nocivo. O uso de risco é um padrão de consumo de álcool que aumenta o risco de consequências perigosas para os usuários e para quem os cercam, porém ainda não pressupõe danos ao indivíduo. Já o uso nocivo se refere a um padrão de consumo de álcool que resulta em danos físicos e mentais para a saúde do indivíduo, além de consequências em nível social.

No levantamento sobre os padrões de consumo de álcool no Brasil, realizado por Laranjeira *et al.* (2007), 22% dos entrevistados afirmaram que nos dias em que bebem consomem mais do que cinco doses. Neste estudo, tanto as mulheres que consomem mais de quatro doses quanto os homens que consomem mais de cinco doses estariam fazendo um padrão de consumo que leva à intoxicação, chamado “*binge drinking*”, sendo, portanto, considerado como consumo de risco. Dos

entrevistados neste levantamento, 23% afirmaram ter tido algum problema devido ao consumo de álcool, prevalecendo problemas físicos, seguidos por familiares, sociais e violência. O mesmo estudo identificou 11% de uso problemático da substância.

Como se pode perceber, o abuso de álcool está associado a uma grande variedade de problemas de saúde, sociais e legais. Assim, detectar precocemente o consumo abusivo de álcool é fundamental para prevenir consequências sociais e de saúde na população geral.

ATENÇÃO PRIMÁRIA E ALCOOLISMO

No que trata de alcoolismo e atenção primária, parte-se para uma discussão acerca do papel dos serviços primários de atenção à saúde como forma de tentar atuar junto aos pacientes acometidos pelo alcoolismo. Porém, ressalta-se que o trabalho com o alcoolista não depende apenas das equipes de saúde, mas também de uma política global de combate ao consumo de álcool. Infelizmente, a irresponsabilidade com a matéria faz parte da cultura geral de nossas comunidades, e mesmo em escolas, onde os educadores deveriam estar preocupados com a formação dos jovens, há uma grande resistência de se impedir o consumo de álcool, especialmente em festas (WAGNER, 2005).

Na prática cotidiana da atenção primária, a principal fonte para detecção de usuários de álcool e de outras drogas é através de informações advindas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos familiares do usuário. Essa detecção, na maioria das vezes, não é realizada pelo enfermeiro. Isso pode estar relacionado à proximidade existente entre os ACS e os familiares junto ao indivíduo, conseguindo, assim, perceber com mais facilidade quando há alguma mudança de comportamento, a partir do conhecimento pelo vínculo prévio com o sujeito/família, conforme delineou estudo de Souza e Pinto (2012).

Quando se efetivam as atenções dos clínicos para o consumo de álcool de seus pacientes, dirigem-se, preferencialmente, para o uso nocivo ou para a síndrome de dependência, apesar de parte substancial dos problemas clínicos e de saúde pública ocorrer nos chamados bebedores de risco (FONTANELLA *et al.*, 2011).

Para se evitar este olhar direcionado apenas para o uso nocivo de álcool, uma importante ferramenta estratégica e de prevenção são os instrumentos de triagem. O principal instrumento de triagem para uso de álcool atualmente é o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), um instrumento de autorrelato desenvolvido pela OMS para identificar padrões de uso de álcool. Composto por 10 questões, o escore total do AUDIT varia de zero a 40 pontos e de acordo com ele é possível identificar quatro padrões de uso de álcool ou zonas de risco, ou seja, uso de baixo risco (0 a 7 pontos), uso de risco (8 a 15 pontos), uso nocivo (16 a 19 pontos) e provável dependência (20 ou mais pontos). Por ser de baixo custo, de fácil aplicação e correção, com validação transcultural, viabiliza a criação de ações de prevenção ao uso de risco (BABOR, 2001).

Aliada à aplicação do teste de triagem (AUDIT), podem ser realizadas Intervenções Breves (IB), que constituem estratégias de abordagem motivacional para prevenção primária e secundária e cujo foco é a mudança comportamental do alcoolista. Tais intervenções são, caracteristicamente, voltadas para pacientes envolvidos com o álcool considerados menos graves e podem ser realizadas por diferentes profissionais e com baixo custo (RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009; BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001; BABOR, 2007).

Para compreender e conhecer melhor as necessidades do paciente e as medidas de intervenção aplicadas ao paciente dependente químico (alcoolista) em seu tratamento seja ele domiciliar ou institucional, é exigido uma avaliação geral do quadro do paciente. De modo que ao traçar um plano de intervenção e estratégias, elas sejam pautadas nos problemas e fatores de risco pontuais de cada realidade, de cada paciente.

A alta prevalência de transtornos mentais, de um modo geral, na população atendida na Atenção Primária à Saúde (MARAGNO *et al.*, 2006), representaria, por si, um desafio para a atenção aos pacientes neste cenário (TANAKA; LAURIDSEM-RIBEIRO, 2006). Os transtornos mentais promovem maiores dificuldades interpessoais entre pacientes e profissionais (BALLESTER *et al.*, 2005), fenômeno comum e perceptível pelos próprios pacientes (BRÊDA; AUGUSTO, 2001).

Sendo assim, ao instituir as intervenções breves (IB), os serviços deixam de se preocupar exclusivamente com os quadros mais extremos de dependência e do uso nocivo e, embora sem negar a gravidade desses quadros, deixam de enfatizar a prevenção secundária e terciária e passam a visar à prevenção primária e a

promoção à saúde. Entretanto, para que sejam efetivas tais intervenções, os clínicos precisam estar aptos a realizá-las ao suspeitarem de uma situação de risco, o que também pode ser feito sistematicamente, e em larga escala, com o auxílio de instrumentos como o AUDIT. Dessa forma, torna-se imprescindível a capacitação da equipe multiprofissional no atendimento do alcoolista na atenção primária de saúde. Pois, sabe-se que intervenções ou programas de educação continuada alteraram, positivamente, as habilidades dos profissionais de saúde em lidar com questões relativas ao álcool (HANDMAKER; HESTER; DELANEY, 1999), apresentando boa relação custo-efetividade e interferindo positivamente na rotina assistencial e no prognóstico dos pacientes (KANER *et al.*, 2007). A continuidade do tratamento e acompanhamento são outros elementos que possuem melhores respostas e duração dos resultados (MINTO *et al.*, 2007) e, assim, a longitudinalidade, característica específica da APS, aparece novamente como favorecedora do sucesso das IB.

Entretanto, determinados contextos locorregionais certamente demorarão a dispor de serviços de atenção secundária em saúde mental. Nesses casos, cabe à APS tratar, também, dos quadros de dependência e síndrome de abstinência alcoólica, seja ambulatorialmente, seja em internação domiciliar, e, inclusive, com a prescrição de psicofármacos específicos (O'CONNOR *et al.*, 1997). Mas, mesmo nesses contextos, a prevenção primária e a secundária por meio de técnicas como as IB são prioritárias, dada a frequência com que estariam indicadas.

Dos aspectos mais relevantes e que levam a um diagnóstico e prognóstico insatisfatórios do quadro de alcoolismo, é possível notar que muitos usuários não se atentam ou sequer se preocupam com o fato de terem problemas com o uso e consumo de álcool. Já nos casos em que assumem a deficiência e fraqueza diante da bebida e se submetem ao tratamento, há uma interrupção e recusa ao mesmo, repentinamente. Outra ora, nos casos em que a base do relacionamento médico-paciente está enfraquecida, a família, desacreditada na recuperação do familiar alcoolista, deixa de buscar auxílio profissional. E, diante dos insucessos, mantém-se a falta de perspectiva de mudança frente a um quadro de alcoolismo instaurado há anos.

Com a premissa de prevenir, tratar e reabilitar os usuários, considerando a questão do alcoolismo como um problema de saúde pública, não mais com uma visão restrita de um problema jurídico-policial, o Ministério da Saúde, Brasil (2003,

p.25), em sua Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, salienta:

[...] a necessidade de estruturação e de fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e social, que tenha ênfase na reabilitação e a reinserção social dos seus usuários, sempre considerando a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes ao uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde [...].

A mesma publicação considera ainda, Brasil (2003, p.11):

[...] Proporcionar tratamento na atenção primária, garantir o acesso a medicamentos, garantir atenção na comunidade, fornecer educação em saúde para a população, envolver comunidades, famílias, usuários, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores, monitorizar a saúde mental na comunidade, dar mais apoio à pesquisa e estabelecer programas específicos são práticas que devem ser obrigatoriamente contempladas pela Política de Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas, em uma perspectiva ampliada de saúde pública [...]

Nessa perspectiva, surge a importância da estruturação da Atenção Primária no atendimento ao alcoolista, com a intenção de fazer com que o usuário perceba o uso abusivo do álcool como problema e desperte uma perspectiva de mudança que trará benefício à sua saúde, assim como melhoria da qualidade de vida. É uma ação que exige continuidade no tratamento por parte do dependente, assim como vigilância e execução das ações por parte da equipe de saúde, promovendo intervenções de maiores impactos e importâncias sociais, começadas no nível de atenção básica de saúde.

5. PLANO DE AÇÃO

Para a construção de qualquer plano de ação em atenção primária é basilar uma análise na área de abrangência que identifique e priorize os problemas locais, em que se destaque a sua importância, urgência e a capacidade potencial de enfrentamento pela equipe de saúde da família. Em seguida, minuciar as peculiaridades do problema e suas raízes sociais, bem como suas indesejadas consequências. É então que o problema de saúde é selecionado como “nó crítico”, e a ele se destinam operações que primem por resultados esperados, através dos recursos e produtos esperados, o que naturalmente requer a elaboração de projetos e operações que levem em conta os recursos críticos.

Obviamente que toda essa dinâmica deve ser analisada diante da viabilidade do plano de intervenção, que deve acarretar a correta elaboração do mesmo, e, ao ser implantado, deve ter uma gestão responsável, que após sua introdução na sociedade local, preze pelo acompanhamento e coordenação do plano de operação.

Desta maneira, foi elaborado um plano de ação para atenção primária, a fim de reduzir o consumo de álcool no município de Teixeira, cujos objetivos seguem abaixo:

1. Aplicar instrumento de rastreio para desordem do consumo de álcool (AUDIT) e intervenções breves (IB);
2. Propor um serviço de referência no atendimento ao alcoolista e de apoio à família do dependente na atenção primária de saúde do município de Teixeira;
3. Acompanhar os pacientes no controle da dependência alcoólica, sintomas de abstinência e manutenção da abstinência pelo indivíduo;
4. Capacitar equipe de saúde da atenção primária para atendimento do paciente alcoolista.

PLANO DE AÇÃO

Ações	Resultados Esperados	Recursos Necessários	Atores sociais	Prazo	Acompanhamento
<p><u>Triagem</u></p> <p>1. Rastreio do paciente alcoolista na atenção primária com aplicação do AUDIT</p>	<p>1. Identificação do risco em que o alcoolista se enquadra</p>	<p>Cópias do AUDIT, para que cada paciente tenha afixado o teste no prontuário</p> <p>Cognitivos</p>	<p>Médico</p> <p>Enfermeiro</p>	<p>6 meses</p>	<p>Gerente da UBS (enfermeiro) que irá cadastrar os pacientes com provável dependência a fim de manter este rastreio</p>
<p><u>Consulta orientada ao paciente de alto risco de dependência alcoólica</u></p> <p>1. Aplicar intervenções breves (IB) Realizar orientações sobre os sintomas de dependência/abstinência ao paciente e</p>	<p>1.Reduzir o consumo abusivo de álcool e sintomas de dependência .</p> <p>Paciente mais orientado sobre os risco e efeitos gerados pelo abuso</p>	<p>Cognitivos</p>	<p>Médico</p> <p>Técnica</p> <p>Enfermagem</p>	<p>6 meses</p>	<p>Percepção do problema (abuso de álcool) pelo paciente.</p>

<p>esclarecimentos sobre os efeitos e riscos gerados pelo abuso de álcool</p> <p>2. Prescrição de medicamentos que auxiliem no tratamento do alcoolismo</p> <p>3. Nos casos graves, avaliação por especialista e, se necessário, internação</p>	<p>do álcool</p> <p>2. Manter em abstinência o indivíduo para evitar recaídas</p> <p>3. Controlar doenças pré-existentes</p> <p>4. Internação em clínica de reabilitação</p>	<p>Cognitivos</p> <p>Cognitivos</p> <p>Clínica de Reabilitação Políticos e financeiros</p>	<p>Médico</p> <p>Médico, Secretário de saúde e prefeito</p>	<p>1 ano</p>	<p>Redução do consumo de álcool pelo paciente-foco</p> <p>Recuperação da dependência alcoólica pelo paciente internado e melhoria da qualidade de vida.</p>
<p><u>Apoio ao alcoolista</u></p> <p>1. Criação de um núcleo de apoio ao</p>	<p>1. Familiares mais próximos aos</p>	<p>Cognitivo, político Sala de atendimento</p>	<p>Médico Enfermeiro</p>	<p>6 meses</p>	<p>Secretaria Municipal de saúde</p>

<p>alcoolista e familiares, orientando que o alcoolismo é uma doença tratável</p> <p>2.Solicitar a presença de um membro da família durante as consultas médicas</p> <p>3.Motivar os familiares no apoio ao dependente do álcool</p>	<p>indivíduos dependentes de álcool</p> <p>2.Motivação do paciente em tratamento pela família no controle da doença</p> <p>3.Paciente em abstinência do álcool e sem recaídas, mais seguro do controle sobre a sua vida.</p>	<p>aos familiares e alcoolistas.</p>	<p>ACS Secretária Municipal de saúde Prefeito</p>		<p>e comunidade podem fazer avaliação anual desta prestação de serviço.</p> <p>Seguimento do paciente para manter continuidade do tratamento</p> <p>Redução do consumo abusivo de álcool pelo paciente-foco</p>
<p><u>Modificar hábitos e estilo de vida</u></p> <p>1.Programação de caminhada</p>	<p>1.Conscientizar sobre os benefícios de hábitos saudáveis</p>	<p>Contratação de um Profissional de</p>	<p>Médico Enfermeiro</p>	<p>12 meses</p>	<p>Redução de fatores de risco, bem como do</p>

<p>2. Atendimento por consulta para orientação nutricional</p> <p>3. Atendimento integral ao paciente para ajudá-lo a mudar estilo de vida</p>	<p>2. Encorajar a prática de atividade física</p> <p>3. Diminuir índice de obesidade</p>	<p>Educação Física para desenvolver atividades físicas com pacientes encaminhados pela UBS.</p> <p>Quadra de esportes da escola vizinha à UBS.</p>	<p>ACS</p> <p>Profissional de Educação Física</p>		<p>consumo de bebidas alcoólicas pelo paciente-foco</p>
<p><u>Educação e Saúde:</u></p> <p>1. Capacitação da equipe de saúde no atendimento do paciente alcoolista</p> <p>2. Atendimento multiprofissional (médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social)</p>	<p>Equipe capacitada para atendimento do paciente alcoolista na atenção primária.</p> <p>Equipe de saúde que atende de modo integral o indivíduo</p>	<p>Curso de capacitação para a equipe de saúde</p>	<p>Médica da Família e Médico Psiquiatra</p> <p>Enfermeiro</p> <p>ACS</p> <p>Assistente social</p> <p>Psicólogo</p>	<p>2 meses</p>	<p>Domínio das ações pela equipe de saúde no atendimento do paciente alcoolista na atenção primária</p>

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou um verdadeiro panorama da situação alarmante e emergencial da incidência de doenças como alcoolismo e suas decorrentes no cenário local, regional, nacional e mundial.

Diante dessa perspectiva preocupante, é mister primar por alternativas que busquem não apenas impedir o desenvolvimento do quadro de alcoolismo, que se mostra possível através de uma mudança do estilo de vida dos pacientes, bem como o acompanhamento multidisciplinar, no sentido de amenizar os prejuízos da doença e retardar ou até mesmo aniquilar as complicações decorrentes, e que associadas são as principais causas de morte em pacientes alcoólatras.

Sendo assim, o caminho estratégico mais satisfatório para atenuar os casos de consumo abusivo e desregrado de álcool ainda se debruça na prevenção, o que está intimamente ligado com os métodos de educação e conscientização da população em geral e dos profissionais da área médica.

Para que um movimento preventivo tenha condição de atingir os reais fatores de risco, bem como as deficiências locais e pontuais, é indispensável que haja uma monitoração dos riscos, elaboração e apontamento dos nós críticos, que serão a rota para que a meta final seja alcançada. Seja ela através da diminuição dos índices de incidência, seja através da melhoria da qualidade de vida dos que já são casos diagnosticados.

É de suma importância o desenvolvimento de programas de intervenção na saúde da família, de modo que doenças como a abordada, possam ser monitoradas por profissionais engajados, que levarão ao controle e melhoria na assistência e qualidade de vida desses pacientes.

Para que tal excelência nos serviços seja alcançada é de fato primordial que haja uma busca contínua e ininterrupta pelo saber e pelo conhecimento das práticas e métodos eficazes, para que prevenir seja de fato a tutela efetiva para tal quadro.

A efetividade da implementação das estratégias de prevenção ao uso de álcool em serviços de atenção primária à saúde está associada ao engajamento dos gestores no processo de implementação de tais estratégias.

Advém disso, que um serviço adequado e organizado do ponto de vista do processo de trabalho, deve ter como pilares um processo responsável de instrução e de educação de todos os envolvidos nesse sistema protetivo. É um trabalho mútuo. Depreende-se então, que os grandes protagonistas dessa luta devem buscar a

melhoria e aperfeiçoamento dos serviços prestados de forma a alcançar resultados positivos, dos pontos de vista social, econômico e de promoção da saúde.

Conclui-se então que ao criar um ambiente coletivo de interação entre os profissionais da saúde e os usuários desse sistema e seus familiares, forma-se uma cadeia facilitadora de prevenção e atenção aos cuidados necessários, de tal forma que o vínculo afetivo é criado, culminando na ideia de que novas políticas e planos de ação que objetivem a modificação de realidade que necessitam de intervenção serão sempre implantados como formas atrativas e capazes de atingir seu real potencial.

O fruto da união de esforços e do apoio coletivo se perfaz na gratificante mudança do prisma social e da realidade dos pacientes cidadãos de Teixeira, de Minas Gerais, do Brasil e do mundo.

REFERÊNCIAS

BABOR, T.F.; HIGGINS-BIDDLE, J.C. **Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care**. S/L.: Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization, 2001.

BABOR TF, HIGGINS-BIDDLE JC. **Intervenções breves para uso de risco e uso nocivo de álcool: manual para uso em atenção primária**. Ribeirão Preto: PAI-PAD; 2003.

BABOR, T.F.; Higgins-Biddle, J.; Saunders J, Monteiro M. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care. World Health Organization; 2001. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf. Acessado em: 10 jan. 2014.

BABOR, T.F.; McREE, B.G.; KASSEBAUM, P.A.; GRIMALDI, P.L.; AHMED, K.; BRAY, J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. **Subst Abus**. n 28, v.3, p:7-30, 2007.

BALLESTER, D.A. *et al.* The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. **Sao Paulo Med. J.**, v.123, n.2, p.72-6, 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>> Acesso em 12 abr. 2013

BRÊDA, M.Z.; AUGUSTO, L.G.D.S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Cienc. Saúde Colet.**, v.6, n.2, p.471-80, 2001.

CARLINE, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A. **II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil: 2005**. São Paulo (SP): Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) - Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo; 2006.

CEBRID – **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas**, 2006. Disponível em <http://www.cebrid.epm.br> Acessado em 12.01.14

CHAGAS, H. **Ações de atendimento ao dependente de álcool na atenção primária**. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Especialização Atenção Básica de Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

CHAGAS, M.; HILDEBRANDT, L.M.; LEITE, M.T.; STUMM, E.M.F.; VIANNA, R.M.

O alcoolismo e o grupo de alcoólicos anônimos: o conhecimento de alcoolistas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. v. 2, n.4-5, p.190 – 212, 2008.

FONTANELLA, B.J.B. *et al.* Alcohol drinkers, Primary Health Care and what is “lost in translation”. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.573-85, abr./jun. 2011

HANDMAKER, N.S.; HESTER, R.K.; DELANEY, H.D. Videotaped training in alcohol counseling for obstetric care practitioners: a randomized controlled trial. **Obstet. Gynecol.**, v.93, n.2, p.213-8, 1999

HUMENIUK, R.; POZNYAK, V. **Intervenção breve para o abuso de substâncias: guia para uso na Atenção Primária à Saúde**. Tradução de Telmo Mota Ronzani. São Paulo: OMS, 2004. Versão preliminar 1.1.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010: famílias e domicílios: resultados da amostra**. Rio de Janeiro. IBGE, 2010.

KANER, E.F.S. *et al.* Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n.2, p.CD004148, 2007.

KOHN R.; LEVAV I.; CALDAS DE ALMEIDAS J.M.; VICENTE B.; ANDRADE L.; CARAVEO-ANDUAGA J.J.; *et al.* Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritário para la salud pública. **Rev Panam Salud Pública**. 18(4/5):229-40, 2005.

LARANJEIRA R, PINSKY I, ZALESKI M, CAETANO R. I **Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.

MARAGNO, L. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saude Publica**, v.22, n.8, p.1639-48, 2006.

MINTO, E.C. *et al.* Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. **Epidemiol. Serv. Saude**, v.16, n.3, p.207-20, 2007.

O’CONNOR, P.G. *et al.* A preliminary investigation of the management of alcohol dependence with naltrexone by primary care providers. **Am. J. Med.**, v.103, n.6, p.477-82, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: ARTMED; 1993. p. 69-82

PRATTA, E.M.M.; SANTOS, M.A. Adolescence and the consumption of psychoactive substances: the impact of the socioeconomic status. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.15, (número especial), p. 806-11, 2007.

PRIMO, N.L.N.P.; STEIN, A.T. Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): um estudo transversal de base populacional. **R. Psiquiatr. RS**, v.26, n3, p.280-286, set./dez. 2004.

RONZANI T.M.; MOTA D.C.B.; SOUZA I.C.W. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. **Rev Saúde Pública** v.43, (Supl. 1), p.51-61, 2009.

SOUZA, L.M.; PINTO M.G. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** v.2, n.14, abr/jun. 2012. Disponível em :< <http://www.fen.ufg.br>> Acesso em 09 fev. 2014.

TANAKA, O.Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. **Cad. Saude Publica**, v.22, n.9, p.1845-53, 2006

WAGNER, H.L. Alcoolismo em cuidados primários: diagnóstico, desintoxicação e prevenção da recaída. **Revista APS**, v.8, n.2, p. 165-172, jul./dez. 2005