



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

MARIA ANDREIA GONÇALVES GAULIO

Alcoolismo: problema de saúde pública

Porto Alegre – RS

Junho de 2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

MARIA ANDREIA GONÇALVES GAULIO

ALCOOLISMO: PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maurem Ramos

Porto Alegre – RS
Junho de 2015

RESUMO

O consumo de bebidas alcoólicas estabelece um sério problema na sociedade atual, sendo que a ingestão desses produtos acontece em todos os segmentos da sociedade, faixa etária e nível socioeconômico. Nesse sentido, o alcoolismo é um problema social e de saúde pública, uma vez que traz graves consequências no que diz respeito à exclusão dos sujeitos individuais e coletivo, os quais, muitas vezes, são rotulados por conceitos depreciativos. Dentro desse contexto, esse trabalho tem como objetivo principal discorrer sobre a Síndrome da Dependência do Álcool, suas determinações e as políticas públicas existentes no Brasil para tratamento e prevenção da mesma, através de uma revisão de literatura científica. Para isso, realizou-se uma pesquisa bibliográfica de caráter exploratório. Como principais resultados, foi possível perceber que intervenções preventivas são de grande necessidade para que o problema do alcoolismo diminua, sendo necessárias ações estruturadas com a educação, saúde, família e sociedade, através de informações e limitação da disponibilidade do álcool. Além disso, a pesquisa mostrou que os graves problemas sociais, como doenças e tragédias devido ao consumo excessivo do álcool precisam ser reavaliadas para que todas as partes envolvidas na prevenção, inclusive a regulamentação de políticas públicas rígidas, sejam práticas e capazes de serem cumpridas para o enfrentamento desse problema, no Brasil.

Descritores: Alcoolismo, Saúde Pública, Tratamento, Políticas Públicas no Brasil.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	5
1.2 JUSTIFICATIVA	5
1.3 OBJETIVOS	6
1.3.1 Objetivo Geral	6
1.3.2 Objetivos Específicos	6
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	7
3 DESENVOLVIMENTO TEÓRICO	8
3.1 PANORAMA GERAL E HISTÓRICO DO CONSUMO DO ÁLCCOL	8
3.1.1 O uso da bebida alcoólica no cenário atual	10
3.2 CLASSIFICAÇÃO DO ALCOOLISMO	12
3.2.1 Consequências do alcoolismo	16
3.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL	18
3.4 DIRETRIZES PARA A POLÍTICA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL	20
3.4.1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD	23
3.5 TRATAMENTO PSICOLÓGICO AO ALCOOLISTA E O APOIO DA FAMÍLIA	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a presença das bebidas alcoólicas e de outras substâncias psicoativas na cultura brasileira têm origem tanto na cultura da população nativa como na dos nossos colonizadores. Compreender essas heranças culturais é de extrema importância para que se entenda a causa de estigmas moralistas e outras fantasias equivocadas relacionadas à utilização do álcool e outras drogas. Isso é fundamental para que sejam implementados tratamentos aos usuários, prevenção, detecção precoce e intervenções breves.

O alcoolismo é um grave problema de saúde pública do Brasil. Dados da Secretaria Nacional Antidrogas apresentam que 12,3% da população são dependentes alcoólicos (BRASIL, 2006). Estes dados mostram que o consumo de álcool é comum na sociedade, embora normalmente não se considere os prejuízos provenientes dele.

O álcool é uma droga depressora do sistema nervoso central e é uma das substâncias psicoativas mais consumidas no mundo há vários séculos. De alta hidrossolubilidade e rápida absorção, alcança níveis plasmáticos em curto tempo, o que proporciona desde uma intoxicação aguda até dependência alcoólica, causando vários problemas sociais decorrentes do uso abusivo da substância (REIS *et al.*, 2014).

O alcoolismo é uma enfermidade crônica que compromete várias esferas da vida do sujeito, com repercussões familiares, profissionais e sociais. Sadock & Sadock (2007 *apud* CHAGAS *et al.*, 2008) afirmam que o alcoolismo consiste em um distúrbio crônico que altera o comportamento, ocasionado pela ingestão sistemática de bebidas alcoólicas, modificando o funcionamento pessoal, familiar e social do indivíduo, interferindo inclusive nos aspectos físicos.

Quando o assunto envolve álcool e família, o mesmo requer um cuidado especial, devido à fragilidade que existe na união dos indivíduos, causada pelo distanciamento emocional do dependente. Isso caracteriza a destruição do lar, onde a família, por não saber lidar com a situação, ignora o alcoólatra, ou até mesmo torna-se vítima da violência. Nesta situação, os cuidados devem estar voltados não somente para o alcoólatra, mas para toda a família (Reis *et al.*, 2014).

1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

As políticas e as ações voltadas aos sujeitos com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool, no Brasil, necessitam estar incorporadas às propostas criadas pela Área Técnica de Saúde Mental / Álcool e Drogas do Ministério da Saúde.

Levando isso em consideração, a questão-problema dessa pesquisa resume-se em: Quais as estratégias das Políticas Públicas do Brasil em atenção aos dependentes do álcool para o fortalecimento da rede de assistência aos usuários, no âmbito do Sistema Único de Saúde?

1.2 JUSTIFICATIVA

O consumo abusivo de álcool faz com que o indivíduo se exponha a um grupo de sintomas físicos e/ou psicológicos, como tremores, taquicardia, ansiedade, humor depressivo, entre outros, os quais surgem com alguns sinais de abstinência. A tolerância também é considerada uma indicação oculta caracterizada pela resistência aos efeitos do álcool. Esse conjunto de sintomas faz com que o sujeito altere seu comportamento frente ao álcool, apresentando uma vontade intensa de consumi-lo cada vez mais (HECKMANN e SILVEIRA, 2009). O álcool, por ser uma droga lícita, envolve velozmente um conjunto maior de sujeitos no vício, tornando-se visíveis os resultados decorrentes do seu uso indiscriminado, que atinge a saúde do usuário, familiares, amigos e a sociedade como um todo. O alcoolismo pode ser considerado um problema de saúde pública, por envolver um grande número de indivíduos, os quais consomem o álcool em demasia. Os problemas físicos ou psíquicos trazem, na maioria das vezes, prejuízos profissionais e ocupacionais ao dependente do álcool, desestruturação da família, comportamentos violentos, acidentes de trânsito e exclusão social.

A carência de desenvolvimento de políticas públicas e programas de combate ao alcoolismo, com determinações e ações voltadas à consolidação da rede de assistência aos consumidores de álcool, com atenção na reabilitação e recolocação social destes indivíduos, resultam na elaboração desse estudo, visando contribuir às pesquisas nesse tema - contemporâneo e admitido como um problema de saúde pública mundial existente em nossa realidade social.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Discorrer, através de uma pesquisa bibliográfica, acerca do problema do alcoolismo no Brasil como problema de saúde pública, relacionando-o à realidade do país no que diz respeito às políticas públicas voltadas à prevenção ao uso de álcool.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Apresentar o panorama geral do consumo de bebidas alcoólicas e a classificação do alcoolismo;
- Investigar as consequências do uso abusivo de bebidas alcoólicas ao indivíduo;
- Apontar tratamentos ao combate do alcoolismo;
- Explanar sobre as Políticas Públicas no Brasil, relacionadas ao álcool;
- Apresentar as diretrizes da política nacional de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil;

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para fins do presente estudo foi realizada uma revisão da literatura sobre o alcoolismo nas bases de pesquisa PubMed (Public Medicine), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online), além de busca manual de citações nas publicações identificadas. Foram utilizados, de maneira isolada ou combinada, os descritores: “álcool e/ou alcoolismo” “diretrizes da política pública voltadas ao alcoolismo” “prevenção ao uso do álcool” “tratamento ao alcoolismo”, publicados na língua portuguesa.

Além disso, realizou-se uma pesquisa no banco de teses da Capes e no Google Acadêmico - publicações cuja temática envolvia o tema principal desse estudo. Tendo em vista que não se trata de uma pesquisa de revisão integrativa, a seleção dos estudos não exigiu uma data pré-definida das publicações e sim, a leitura atenta para ver se as mesmas estavam dentro do objetivo principal desse trabalho. Foram excluídos do presente, editoriais, resenhas, notícias ou cartas veiculadas em periódicos científicos, assim como estudos considerados distantes da proposta do presente estudo.

Os artigos selecionados foram recuperados na íntegra e submetidos a uma leitura analítica realizada de modo independente. Os resultados dessa leitura foram organizados em uma planilha, a fim de possibilitar o conhecimento dos mesmos. Os resultados da categorização dos artigos recuperados foram interpretados a partir da articulação com outros estudos sobre o tema, o que levou à síntese do conhecimento decorrente do presente estudo.

A pesquisa bibliográfica, para Leopardi (2002), consiste numa análise de publicações para reconhecer a frequência, regularidade, tipos, assuntos examinados e métodos empregados. A pesquisa de natureza exploratória, segundo Gil (1999), é desenvolvida com o intuito de proporcionar familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito, buscando o aprimoramento de ideias. Assim sendo, esse estudo usou a técnica de pesquisa bibliográfica, com delineamento e caráter exploratório.

3 DESENVOLVIMENTO TEÓRICO

3.1 PANORAMA GERAL E HISTÓRICO DO CONSUMO DO ÁLCCOL

Nos tempos antigos, a expressão drogas, não determinava valores pejorativos, a qual era usada com outras substâncias capazes de mudar e corrigir alterações fisiológicas ou comportamentais em um indivíduo, que traziam doenças aos usuários. Os gregos, por exemplo, tratavam a droga como um veneno e um remédio potencial, dependendo da dose, da finalidade do uso, da pureza e das condições de acesso a esse produto e dos modelos culturais de cada local para se uso (ALVES, 2009).

Historicamente, o conceito de alcoolismo surgiu no século XVIII, após a crescente produção e comercialização do álcool destilado, consequência da revolução industrial. Neste período, o psiquiatra Thomas Trotter referiu-se ao alcoolismo como “doença”, bem como o sueco Magnus Huss (1849), que introduziu o conceito de “alcoolismo crônico” como o estado de intoxicação pelo álcool que se apresentava com sintomas físicos, psiquiátricos ou mistos (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

Na segunda metade do século XX, o sistema de classificação passa por mudanças e começa a considerar os problemas com o álcool e outras drogas que não envolviam adição ou dependência. Jellinek, com seu clássico trabalho *The Disease Concept of Alcoholism*, exerceu grande influência na evolução do conceito desta dependência, considerando o alcoolismo doença apenas quando o usuário apresenta tolerância, abstinência e perda do controle (ALVES, 2009).

Entende-se tolerância como a necessidade de doses cada vez maiores de álcool para que exerça o mesmo efeito, ou diminuição do efeito do álcool com as doses anteriormente tomadas, e por síndrome de abstinência um quadro de desconforto físico e/ou psíquico quando da diminuição ou suspensão do consumo etílico. Nessa classificação, Jellinek diferenciava os transtornos por uso do álcool naqueles que envolviam um claro processo de dependência e naqueles sem dependência. A ideia de dependência do álcool remete, na maior parte, a uma perspectiva substantivista, de modo que a dependência segue uma progressão linear (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

No entanto, apenas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)-III e na Classificação Internacional de Doenças (CID)-8 é que os transtornos por uso de substâncias sem dependência foram introduzidos. A CID-8 apresentava a adição ao álcool como um estado de dependência física e emocional com períodos de consumo pesado e incontrolável, nos quais a pessoa experimentava uma compulsão para beber e sintomas de abstinência quando cessava o consumo. Outros padrões patológicos de beber, tais como beber episódico e excessivo, distinguiam-se da adição pela ausência de compulsão e abstinência. Em 1976, Griffith, Edwards e Milton Gross propuseram uma nova síndrome, a Síndrome de Dependência do Álcool (DAS) (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

No Brasil, o uso das substâncias psicoativas começou no início da colonização, com a chegada dos portugueses ao Brasil, que descobriram que os índios tinham um costume de fazer e tomar uma bebida muito forte, que era fermentada a partir da mandioca. Esta bebida era utilizada apenas em rituais e festas, indicando um propósito cultural bem definido para o seu uso. Os portugueses conheciam outras bebidas, como o vinho e a cerveja, o que lhes deu vantagem para aprender, a partir da bebida dos índios, a fazer a cachaça, inicialmente destilada em alambique de barro e, muito mais tarde, passou para o de cobre (ANTHONY, 2009).

Em meados do século XX, as bebidas alcoólicas já eram consumidas com muita frequência, porém, os governantes e sociedade brasileira consideravam que isso não era motivo de preocupação ou aflição para o Estado. Devido à calma dos governantes frente ao consumo de álcool, começaram a ser fundadas instituições privadas, como a Liga Antialcoólica de São Paulo, a Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, entre outras, as quais favoreciam a educação antialcoólica e as apresentavam medidas assistenciais para alcoolistas, através de conceitos e opiniões moralistas (MORAES, 2005).

Somente em 1980, o Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN), formulou políticas públicas para enfrentar o problema das drogas e, além disso, foram elaboradas algumas iniciativas de promoção de práticas de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. Em 2002, foi criada a Lei 10.409, indicando o tratamento do dependente de forma multiprofissional e sob regulação do Ministério da Saúde (ALVES, 2009).

Alterações importantes ocorreram na política da época, aliadas às experiências na implementação de programas de redução de danos na atenção a saúde de usuários de drogas. Isso contribuiu para a formulação da Política do Ministério da Saúde Para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e para o realinhamento discursivo na política, o qual foi alterado de 'Antidrogas' para 'Políticas sobre Drogas'. Mais tarde, em 2005, foi aprovada a Política Nacional sobre Drogas, incluindo o problema do uso abusivo de drogas como um problema de saúde pública, necessitando tratamento, recuperação e reinserção social do usuário de álcool e outras drogas (BRASIL, 2006).

Atualmente, existe uma crescente preocupação com os problemas que surgem devido ao alcoolismo, o que vem estimulando a criação de novas estratégias no combate ao seu uso abusivo, além da discussão sobre o fortalecimento de políticas públicas para restringir o acesso ao álcool.

3.1.1 O uso da bebida alcoólica no cenário atual

O desejo de beber, pelo menos em muitos casos, não parece tão simples assim, tendo em vista que este ato foi tão fortemente introduzido na cultura brasileira que faz parte da maneira de ser social, impondo condições de responder a estímulos reproduzidos em seu meio, ou fora dele. Ou seja, o ato de beber é uma forma social e individual que está em jogo quando se fala em consumo de álcool, pois ele está difundido em nossa sociedade das mais diversas formas (destilados ou fermentados, fortes ou fracas).

Neste contexto, é preciso considerar que o álcool faz parte de um conjunto social e não isoladamente, sendo considerado um agente independente e, por sua vez, o culpando por suas consequências. Por isso, torna-se necessário verificar a disposição social para o consumo de drogas e questionar-se sobre a motivação pelo qual os indivíduos fazem o uso abusivo do álcool. Relacionando consumo ao motivo, moderado ou abusivo, é possível identificar os diferentes efeitos em cada pessoa com a mesma quantidade e suas mais diversas reações (SOUZA, 2006).

O cenário epidemiológico no Brasil apresenta a crescente utilização de drogas psicoativas, em especial o álcool e a cocaína. A maconha também aparece como muito consumida, porém está relativamente estável quanto ao seu uso. No que diz respeito ao uso excessivo da bebida alcoólica, as influências familiares, a

predisposição genética e o fator cultural são fatores que determinam essa ocorrência. Tais fatores cooperam para que os índices de dependência sejam muito altos. Há uma parcela entre 70% a 80% da população brasileira que bebe álcool com certa regularidade, sendo que cerca de 10% dessa população (em torno de 17 milhões de pessoas) é dependente (RODRIGUES, *et al.*, 2006).

Segundo uma pesquisa feita em 2014 pelo Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA) e apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), mais ou menos de 10% das populações dos centros urbanos mundiais fazem consumo abusivo substâncias psicoativas independentemente da idade, sexo, nível de instrução ou socioeconômico. O uso excessivo de álcool e tabaco apareceram com maior prevalência global, os quais trazem as mais graves consequências à saúde pública mundial.

O alcoolismo é responsável por cerca de 1,5% das mortes no mundo, além das incapacidades pelas doenças que o uso do álcool acarreta, transtornos físicos como cirrose hepática, miocardiopatia alcoólica e lesões decorrentes de acidentes, crescendo constantemente em países em desenvolvimento. O consumo do álcool é cultural e permitido em quase todo o mundo, sendo que as informações sobre o seu uso inadequado e as consequências não são suficientes e não abrangem o grupo de maior risco para o consumo - os adolescentes e os adultos jovens (OMS, 2014).

Diante dos impactos na saúde nas mortes devido às bebidas alcoólicas, deve-se levar em conta, a qualidade das bebidas. Quando produzidas em casa ou ilegalmente, elas podem ser infectadas, por exemplo, com metanol ou outras substâncias tóxicas, como desinfetantes (FORTES, 2010).

Pesquisas apontam que quase $\frac{1}{4}$ do álcool puro consumido mundialmente é ilegal, e dessa maneira, não regulamentado. Em alguns países, como o Sudoeste da Ásia e Região do Mediterrâneo, a produção ilícita do álcool puro chega a 50%. O Brasil apresentou que, cerca de 1,5L da consumação por pessoa de álcool puro é manufaturado ilegalmente (em torno de 17% do total consumido) (FORTES, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) ainda apresentou o Relatório Global sobre Álcool e Saúde, o qual traz referências acerca do consumo de álcool no mundo, avaliando os avanços realizados nas políticas do álcool. O relatório mostrou que, mundialmente, com destaque especial para o Brasil, indivíduos com 15 anos de idade ou mais já utilizaram em torno de 6,2 litros de álcool puro em 2010 (equivalente a cerca de 13,5 g por dia).

No Brasil, o consumo total de álcool presumido é ao que equivale a 8,7L por pessoa, quantidade acima da média mundial. A estimativa é que 13,6L por ano são consumidos por homens e 4,2L por ano por mulheres. Considerando somente os sujeitos que consomem álcool, a média fica em 15,1L de álcool puro por pessoa. A pesquisa apontou ainda que as bebidas destiladas são as mais consumidas no mundo (50%), salvo na Região das Américas, onde os destilados representam 32,6% do consumo total de bebidas alcoólicas (OMS, 2014).

Para verificar os prejuízos causados à saúde física ou psíquica, deve-se observar a quantidade consumida e o padrão de consumo utilizado ao longo de determinado tempo. O uso equivalente a 60 gramas de álcool puro em um único momento, uma vez no último mês, pode estar aliado a vários problemas agudos, como acidentes e violência. Tal padrão foi constatado em 2010 - no mundo, em 16% dos bebedores e no Brasil - em 22% (SANTOS, 2012).

3.2 CLASSIFICAÇÃO DO ALCOOLISMO

O alcoolismo está ligado ao consumo excessivo e prolongado do álcool, podendo ser compreendido o vício de ingestão em demasia e regular de bebidas alcoólicas, junto com todas as suas consequências. É assim, o alcoolismo, um conjunto de diagnóstico, no qual existe a dependência, a abstinência, o abuso, intoxicação por álcool, síndrome amnésica, demência alucinatória delirante de humor, assim com distúrbios sexuais, do sono, de ansiedade e outros distúrbios não específicos (MARTINS, 2007).

Martins (2007) diz que:

Os dependentes do álcool e sua família estão sujeitos a vivenciar algumas das expressões da questão social. Entre essas expressões, destacam-se o desemprego, a subhabitação, a desnutrição, a precarização dos serviços de saúde e outras problemáticas que atingem, especialmente, a população de baixa renda, sobre a qual incidem de forma mais perversa as desigualdades sociais (p. 85).

O alcoolismo é uma doença que afeta a saúde física, o bem estar emocional e o comportamento do indivíduo. O álcool é um dos principais agravantes do desajuste que ocorre no contexto intra-familiar, prejudicando o desenvolvimento psicossocial

que atinge todas as pessoas que convivem com essa doença, principalmente as crianças e adolescentes.

Segundo Araújo (2007, p. 08),

Comparando o cérebro ao de uma pessoa saudável, o de um alcoólatra apresenta atrofia, pois os neurônios são, progressivamente, destruídos, o fato pode ser observado pela dilatação dos ventrículos, pelo estreitamento do corpo caloso (a principal conexão entre os dois hemisférios) e pela redução do hipocampo (região da memória).

Tendo em vista que o álcool é droga que possui seu consumo legalizado e, também incentivado pela sociedade, ele acaba sendo diferente das outras drogas. Porém, apesar da sua ampla concordância social, consumir bebidas alcoólicas excessivamente passa a ser um problema sério de saúde. De acordo com Martins, (2007, p. 19), destaca-se que:

Atualmente o alcoolismo é conceitualmente descrito na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e na quarta revisão do Manual Diagnóstico e Estatísticos dos Transtornos Mentais da Associação Norte Americana de Psiquiatria (DSM-IV) como síndrome de dependência do álcool. Assim, a definição de alcoolismo adotada em CID-10 e DSM-IV passou a privilegiar também os padrões de consumo e não só os resultados da ingestão excessiva do álcool.

Cloninger (1987) propôs três dimensões para a personalidade: a procura da novidade, a evitação do perigo e a busca de recompensa. Classificou o alcoolismo segundo duas tipologias (I e II). Babor (1992) propôs duas tipologias (A e B) a partir da análise de dezessete características encontradas em indivíduos alcoolistas. Há, também, a proposta elaborada por ados e Lejoyeux (2004), que integra a de Cloninger (1987), com o alcoolismo primário e secundário, e a de Jellinek (1960), que, para classificar os diversos níveis de alcoolismo, utilizou letras do alfabeto grego (MARTINS, 2007).

Cloninger (1987) classificou o alcoolismo tipo I como o alcoolismo decorrente do meio, que seria a forma mais frequente, com equivalente frequência em ambos os sexos, início após os 20 anos de idade, progressão lenta e fatores ligados ao meio e à genética. Já o alcoolismo tipo II foi definido como o alcoolismo exclusivamente masculino, com início antes dos 20 anos de idade, progressão rápida para a dependência, alterações do comportamento durante as fases de

intoxicação e impulsividade de comportamentos e de comunicação, mas com menor influência dos fatores de risco genéticos e do meio (MARTINS, 2007).

Babor (1992), por sua vez, classificou o alcoolismo tipo A como aquele de início após os 20 anos de idade, evolução lenta, com menor frequência de psicopatologia associada, melhor prognóstico e menor frequência das perturbações e dos fatores de risco na infância. Já o tipo B foi classificado como aquele de início antes dos 20 anos de idade, com maior frequência de alcoolismo familiar, dependência mais grave, maior frequência de associação com outras drogas e de comorbidade psicopatológica, além de maior influência dos fatores de risco na infância, como comportamentos agressivos e impulsividade (MARTINS, 2007).

Mas porque algumas pessoas tornam-se dependentes de substâncias psicoativas e outras não? Ocorre que muitos fatores estão envolvidos nesse processo, tais como: genética, ambiente, neurobiologia, comportamento, etc. Cada qual agindo no desenvolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC). Pode-se entender a dependência de substâncias como uma alteração cerebral (neurobiológica) que vem a ser provocada pela ação direta e duradoura de uma droga de abuso no encéfalo (ARAÚJO, 2007).

Meados do século XIX, teorias afirmavam que o comportamento dependente originava-se de instintos subconscientes. Porém, ainda não se conseguia explicar de forma adequada todos os elementos envolvidos na dependência de substâncias, dentre eles os aspectos psicológicos e neurobiológicos. Foi apenas na década de quarenta – ou seja, no século passado – que apareceu uma nova explicação para a dependência, incluindo conhecimentos tanto da psicologia como da psiquiatria. Foi chamada de Teoria do Reforço - estímulo que fará com que um determinado comportamento ou resposta repita-se, em virtude do prazer que causa (reforço positivo) ou desconforto que alivia (reforço negativo), testada em laboratórios de pesquisa. O primeiro a realizar este trabalho foi Spragg, demonstrando que chimpanzés se administravam drogas voluntariamente. Quando os chimpanzés recebiam várias vezes mudavam o comportamento, quando assumiam a posição para receber as injeções da droga (BRASIL, 2014).

O comportamento dos ratos também sofreu alteração. Quando um eletrodo estava colocado em certas regiões profundas do seu cérebro, os ratos batiam as patas com um comportamento de autoestimulação para receber um estímulo elétrico. Tal comportamento, às vezes, era exercido de forma tão exagerada, que

deixavam de comer. Pôde-se observar que apenas um número restrito de regiões cerebrais, liberava tais comportamentos. Observou-se que a estimulação elétrica nessas regiões também demonstrou comportamentos naturais de consumo de água e comida. Resultando em sensações de recompensa e motivação (BRASIL, 2014).

As drogas de abuso - substância que modifica, aumenta, inibem ou reforçam as funções fisiológicas, psicológicas ou imunológicas do organismo de maneira transitória ou permanente - também ativam as regiões do cérebro que provocam autoestimulação. As principais vias neurais envolvidas nesse circuito motivacional são as vias mesolímbica e mesocortical. As drogas de abuso atuam direta ou indiretamente, mesmo desencadeando um único mecanismo de ação, desta forma ativam uma mesma região do cérebro (LUCCHESI *et al.*, 2002).

Quando recebemos um estímulo prazeroso, o cérebro produz mais dopamina, que é um importante neurotransmissor do Sistema Nervoso Central (SNC) no núcleo *accumbens* – região central do sistema de recompensa - região relacionada às sensações de prazer e recompensa, importante para os efeitos das drogas de abuso. A dopamina é uma substância química neurotransmissora e estimuladora do SNC e age no neurônio dopaminérgico, induzindo um aumento brusco e exagerado de dopamina, sinal esse reforçador da sensação do prazer, fazendo com que a busca pela droga seja cada vez mais provável (LUCCHESI, *et al.*, 2002).

Com as drogas de abuso, as pessoas têm a sensação de bem-estar e alegria, pois aumenta a liberação de dopamina (reforço positivo). Também podem usar para aliviar sensações ruins, devido à tristeza, depressão e ansiedade, neste caso, a droga tem o poder de reforçador negativo. Essa qualidade reforçadora da droga que causa prazer e alivia sensações ruins, pode aumentar a chance de utilizar novamente a droga (síndrome de abstinência) (MORETTI *et al.*, 2008).

Moretti (2008) ainda afirma que, com o uso repetido das drogas de abuso, a pessoa pode se tornar tolerante, não causando mais o mesmo efeito, tendo que se aumentar a dose para ter a mesma sensação. Esse fato chamado de tolerância é encontrado em pessoas que se tornaram dependentes das drogas. É comum com o uso de drogas depressoras, como benzodiazepínicos, barbitúricos e altas doses de álcool.

3.2.1 Consequências do alcoolismo

A forma mais simples da embriaguez é quando uma pessoa perde o controle sobre a ação de beber, tornando-se objeto da bebida, perdendo o domínio de si mesma e perturbando a consciência. Esta forma de classificar quem bebe é simples e sem preconceitos. Porém, ao mesmo tempo, coloca todos em um mesmo bojo, visto que nem todos que bebem são dominados pela bebida. Entretanto, quando não se usa o álcool para fazer graça entre amigos e sim para encorajar, incentivando atitudes mais inóspitas, o uso pode se tornar um fator de desorganização do sujeito em seu meio social, para além de si (VARGAS e LUIS, 2008).

Importante salientar também que, de todo álcool ingerido, somente 10% é eliminado pelos rins e pelos pulmões, os 90% restantes serão lentamente metabolizados no fígado, através de um fenômeno bioquímico de oxidação. Uma dose de 50 ml de destilado leva de uma hora e uma hora e meia, para ser totalmente expulso do corpo, o dobro demoraria de duas a três horas. Ao ingerir grandes quantidades, o corpo poderá levar um dia para metabolizar todo o álcool consumido (TOLEDO, 2012).

Quando o ato de beber torna-se frequente e perde-se a noção deste, o uso da bebida torna-se perverso, tal qual a forma como ela é consumida. Neste cenário, alcoólatra e alcoolista são duas palavras que parecem representar a mesma coisa, porém têm o significado bem diferente (VARGAS e LUIS, 2008).

O termo alcoólatra confere ao sujeito uma identidade estigmatizante que anula qualquer outra que ele possa ter, tornando-o tão somente aquilo que ele faz. Passa a ser reconhecido apenas como alguém que idolatra a bebida e que se tornou dependente dela - um alcoólatra. Já o termo alcoolista foi proposto por alguns pesquisadores para não reduzir a pessoa a uma condição carregada de valores e estigmas, porém continuaria sendo identificada como uma pessoa que tem afinidades com a bebida. Esta condição colocaria a pessoa em um patamar de possível mudança como deixar de ser dependente do álcool (VARGAS e LUIS, 2008).

Independente dos conceitos, as consequências devido ao uso abusivo do álcool, muitas vezes, se tornam irreversíveis e podem trazer graves prejuízos à família, às empresas e à comunidade em geral. O número de acidentes

automobilísticos relacionados à ingestão de álcool é significativo, e em sua maioria, neles estão envolvidos os jovens (PECHANESKY *et al.*, 2005).

O consumo abusivo alcoólico agudo enfraquece a atuação cerebral, causando desestabilização entre a neurotransmissão inibitória e excitatória. Os efeitos causados se associam, no início, a alterações comportamentais de intoxicação, como a diminuição da atenção e da memória, variações de humor e sono demasiado. No consumo agudo, a pessoa pode acabar em um estado de inércia, confusão, amnésia e perdas sensoriais, dificuldade respiratória e, às vezes, até a morte (PÉREZ-RIAL *et al.*, 2003).

Nos dias atuais, existem vários levantamentos sobre o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil. Para Camargo e Bertoldo (2006), consumir álcool em demasia é um comportamento de risco, pois ele altera a cognição e torna o indivíduo mais vulnerável a situações de risco, como acidentes de trânsito, comportamento sexual de risco (doenças sexualmente transmissíveis, gravidez não planejada), violência, ferimentos não intencionais, entre outros problemas clínicos e psíquicos importantes.

As consequências do alcoolismo são inúmeras, dependendo do tempo e da quantidade de bebida consumida e do estado físico da pessoa. Os problemas gerados pelo alcoolismo podem ser agudos ou crônicos. A aguda acontece por meio da ingestão excessiva da bebida em curto espaço de tempo, a qual produz sensação de bem-estar como euforia, diminuição do senso crítico e das capacidades motoras. A crônica diz respeito à toxicomania, advindo do uso abusivo de álcool, por determinado período ou contínuo de bebidas alcoólicas (CAMARGO e BERTOLDO, 2006).

Dentro do cenário do alcoolismo e suas consequências, a sintomatologia mais característica e costumeira são representados pelos comprometimentos do sistema nervoso, digestivo e aparelho cardiocirculatório. No sistema nervoso, o alcoolista apresenta temores, sono irregular e transtornos psicorreativos, perdendo o domínio de suas emoções, desenvolvendo, muitas vezes, ideias delirantes de perseguição, ciúme e desconfiança, sem base real. No sistema digestivo, desencadeia a falta de apetite, gastrite e cirrose hepática, e o favorecimento ao câncer esofágico e gástrico. No sistema cardiovascular, entre outros problemas de saúde, surge a degeneração adiposa, que pode ser tratada com a abstinência, mas reaparece em razão do excesso de álcool (PÉREZ-RIAL *et al.*, 2003).

Além dessas consequências, existem muitas outras decorrentes do alcoolismo e que acontecem frequentemente. Como por exemplo, a diminuição da potência sexual - os testículos se atrofiam e a excreção hormonal diminui. Nas mulheres, é comum a ausência de menstruação e, caso engravide e não para de beber, o bebê poderá ser afetado com lesões cerebrais (PÉREZ-RIAL *et al.*, 2003).

Dentro desse contexto ainda, Carrilo e Mauro (2003) apontam que o alcoolismo aumenta a chance de violência sexual, tendo em vista que o uso abusivo do álcool afeta a construção do juízo crítico. Junto a isso, o alcoolismo pode ainda causar o envelhecimento prematuro das funções neuropsicológicas e do cérebro e, até mesmo, consumido demasiadamente com finalidade terapêutico, o álcool pode fazer com o sujeito perca, parcial ou totalmente, a função vestibular e/ou coclear.

3.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL

O alcoolismo é conceituado no Brasil e no mundo como um grave problema de saúde pública, o qual atua no sistema nervoso central e provoca mudança de comportamento ao alcoolista. De acordo com o padrão Internacional o uso nocivo do álcool é considerado quando seu consumo é de 21 doses para homens e de 14 doses para mulheres, semanalmente, sendo que uma dose é igual dois dedos de uísque (ARAUJO, 2007).

O tema alcoolismo tem demonstrado um tratamento pontual, na política de atenção integral em álcool e outras drogas no Brasil, apresentando interesses de setores e grupos que estão preocupados com o exagerado aumento do uso abusivo de álcool. Em julho de 2005, o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), visando a ampliação do espaço de participação social para a discussão do alcoolismo, criou a Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool (CEPPA), mesclada por diferentes órgãos do governo, especialistas, legisladores e prepostos da sociedade civil (ARAUJO, 2007).

A Declaração de Brasília de Políticas Públicas sobre o álcool apresentou recomendações na criação de suas políticas públicas no combate ao álcool e outras drogas, dentre elas: a) A prevenção e redução dos danos do alcoolismo devem ser consideradas uma prioridade de saúde pública; b) Ações regionais e nacionais devem ser elaboradas, para diminuir os prejuízos causados pelo consumo

exagerado de álcool; c) Contemplar áreas prioritárias de ação geral da população no tratamento aos transtornos relacionados ao uso de álcool; e d) Estratégias devem estar justificadas em pesquisas científicas acerca do impacto do álcool e suas consequências (BRASIL, 2008).

Em 2007, o Governo Federal criou a Política Nacional sobre o Álcool, por (decreto nº 6.117 de 22.05.2007), objetivando colocar princípios para a orientação e elaboração de ações para enfrentar coletivamente os problemas provenientes do consumo abusivo de álcool, buscando a integralidade de ações para a redução dos prejuízos gerados pelo uso desta substância. Junto a isso também, diminuir as situações de violência e criminalidade ligadas ao alcoolismo. A Política Nacional sobre o Álcool conceitua a bebida alcoólica como:

É considerada bebida alcoólica aquela que contiver 0,5 graus 6 Gay-Lussac ou mais de concentração, incluindo-se aí bebidas destiladas, fermentadas e outras preparações, como a mistura de refrigerantes e destilados, além de preparações farmacêuticas que contenham teor alcoólico igual ou acima de 0,5 graus Gay-Lussac (BRASIL, 2008).

Em junho de 2008, foi aprovada a Lei nº 11.705, estabelecendo alcoolemia zero, impondo rígidas penalidades àqueles que dirijam sob a influência do álcool, junto com limitações ao uso e propaganda de bebidas alcoólicas, dentre outras medidas. As indicações da Política Nacional sobre o Álcool estão contribuindo e fortalecendo uma rede de atenção as questões sobre o álcool e outras drogas em uma concepção humana e de inclusão, aceitação e respeito às adversidades, acolhendo e não estigmatizando o usuário ou familiares (BRASIL, 2008).

Ainda em 2008, o Ministério da Saúde se comprometeu de confrontar os problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas. Nesse ano, o órgão publicou: "A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas" [...], "assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública" (BRASIL, 2008).

Dessa maneira, os órgãos governamentais trouxeram a possibilidade de desenvolver uma política menos centrada no controle e na repressão, e centrar-se também na prevenção. Buscando diferentes formas de enfrentamento pelo seu comprometimento, o objetivo principal dos governantes foi articular a melhoria das esferas sanitárias dos usuários, dependentes e população em geral (SENA, 2011).

O Ministério da Saúde (MS), atualmente, possui uma maneira integrada e articulada buscando prevenir, tratar e recuperar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública. Diante disso, foram determinadas algumas estratégias, como por exemplo, a redução da oferta e redução da demanda. Para a redução da oferta, é preciso o exercício da justiça, segurança e da defesa e, para a redução da demanda, são necessários tratamentos de internação com afastamento do usuário do agente indutor (SENA, 2011).

3.4 DIRETRIZES PARA A POLÍTICA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL

Estruturalmente dentro do Ministério da Saúde, a coordenação de Saúde Mental é responsável pela Política para usuários de álcool e outras drogas, incluindo iniciativas de prevenção, promoção e tratamento. As discussões das ações a serem tomadas são feitas nas conferências de saúde, em seus níveis (Municipal, Estadual e Nacional) (BRASIL, 2004).

De maneira sistemática, ações relativas ao tratamento e prevenção no campo de álcool e outras drogas, sendo este um espaço relevante na agenda das políticas de saúde. Em 2002, o Ministério da Saúde publicou diversas portarias que deram início a um modelo de tratamento para pessoas com problemas de transtorno mental e de dependência de álcool e outras drogas – criam-se as unidades de tratamento chamadas Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2004).

Estes centros estão localizados nas comunidades e são serviços abertos e territorializados. Junto a isso foi garantido financiamento específico para a área de saúde mental, incluindo álcool e outras drogas. A publicação da Política do Ministério da Saúde, voltada à atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, deu início a uma fase na política de saúde: a inclusão do consumo de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública.

Além disso, foi colocado que o grande problema de saúde pública relacionado às drogas é o álcool é a mesma no mundo inteiro. O álcool faz parte da cultura brasileira e mundial, quase sempre presente em festividades e comemorações. Por outro lado, o álcool é responsável por grande parte dos acidentes de trânsito e várias doenças já citadas anteriormente, falta ao trabalho, sexo desprotegido, entre outras situações (CAMARGO e BERTOLDO, 2006).

No âmbito da Assistência Social, existem os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS). Os dois caracterizam-se por serem unidades públicas e estatais, descentralizadas da Política Nacional de Assistência Social (PNAS). O CRAS atua como a principal porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), dada sua capilaridade nos territórios, sendo responsável pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social (CARVALHO, 2005).

Carvalho (2005) afirma que, além de ofertar serviços e ações de proteção básica, o CRAS possui a função de gestão territorial da rede de assistência social básica, promovendo a organização e a articulação das unidades a ele referenciadas e o gerenciamento dos processos nele envolvidos. O principal serviço ofertado pelo CRAS é o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), cuja execução é obrigatória e exclusiva. Este consiste em um trabalho de caráter continuado, que visa fortalecer a função protetiva das famílias, prevenindo a ruptura de vínculos, promovendo o acesso e usufruto de direitos e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

Já no CREAS, a oferta é de serviços especializados e continuados às famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos (violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, etc.). A oferta de atenção especializada e continuada deve ter como foco a família e na situação vivenciada, junto com os direitos socioassistenciais, por meio da potencialização de recursos e capacidade de proteção. O CREAS deve, ainda, buscar a construção de um espaço de acolhida e escuta qualificada, fortalecendo vínculos familiares e comunitários, priorizando a reconstrução de suas relações familiares (CARVALHO, 2005).

Dentro de seu contexto social, o CREAS deve focar no fortalecimento dos recursos para a superação da situação apresentada. Para o exercício de suas atividades, os serviços ofertados nos CREAS devem ser desenvolvidos de modo articulado com a rede de serviços da assistência social, órgãos de defesa de direitos e das demais políticas públicas. A articulação no território é fundamental para fortalecer as possibilidades de inclusão da família em uma organização de proteção que possa contribuir para a reconstrução da situação vivida (BRASIL, 2012).

Os CREAS podem ter abrangência tanto local (Municipal ou do Distrito Federal) quanto regional, abrangendo, neste caso, um conjunto de municípios, de modo a assegurar maior cobertura e eficiência na oferta do atendimento. Por outro lado, o PAIF se caracteriza como o eixo que serve de base para a nova política de assistência social que vem sendo construída no Brasil desde a publicação da PNAS em 2004, ou seja, como política pública, dever do Estado e direito de cidadania, garantindo direitos aos cidadãos, prevenindo a vulnerabilidade social (BRASIL, 2012).

Dentro deste contexto ainda, foram expandidos e remodelados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). De acordo com o Ministério da Saúde (2004) o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo, porém, oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como:

Unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimentos de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (BRASIL, 2004).

Os CAPS são, atualmente, regulamentados pela Portaria 336/GM, de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo e ampliando o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes (BOCK, 2003).

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado por meio da Lei 8080/90, está estruturado por meios de redes de atendimento e linhas de cuidado que garantem o acesso ao atendimento e à continuidade do cuidado em áreas específicas e prioritárias para a população, em todos os ciclos de vida, todos os problemas de saúde e em todas as regiões do Estado. O SUS tem como princípios: a universalidade, integralidade, igualdade, hierarquização, equidade, descentralização e a participação social (MELLO, 2007).

Além dos princípios, o SUS tem uma característica de ser gratuito, se comparado a outros sistemas. Com a implantação do SUS, a participação popular nas decisões das ações de saúde aumentou consideravelmente, pois a política de saúde democratizou a participação de profissionais e gestores da área,

representantes da população e outras representações por meio das conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde, que definem as diretrizes e prioridades na área da saúde (BRASIL, 2014).

Alguns dependentes alcoólicos que estão em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) são provenientes de comunidades carentes, os quais já se encontram, em certa medida, fragilizados pela condição social em que vivem, com a precariedade de moradia e, muitas vezes, a falta de comida e trabalho. São pessoas que, muitas vezes, já não podem contar com o apoio da família. Assim, os CAPS são parte integrante na construção e integração da implantação desse modelo de assistência e atenção contínua, através de um tratamento humanitário, objetivando a inclusão social daqueles que trazem consigo a marca da exclusão (BRASIL, 2014).

3.4.1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD

Seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) oferecem um serviço específico para o cuidado e atenção integral e contínua às pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool, crack e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico, dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Essa modalidade de atendimento possibilita intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento (BRASIL, 2004).

Os CAPS AD oferecem atendimento à população, realizam o acompanhamento clínico, desenvolvem diversas atividades para promover a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Também atendem aos usuários em seus momentos de crise, podendo oferecer acolhimento noturno por um período curto de dias, apoiando usuários e famílias na busca de independência e responsabilidade para com seu tratamento (BRASIL, 2004).

O CAPS AD conta com uma equipe multidisciplinar composta por (BRASIL, 2004):

- Psiquiatra: é o especialista médico, que estuda as doenças mentais de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes com algum distúrbio,

promovendo o bem-estar psíquico do indivíduo, por meio de medicamentos ou técnicas psicoterapêuticas, elaborando método de tratamento do paciente;

- Enfermagem/Técnico em Enfermagem: atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dos processos de saúde – doença;
- Terapeuta Ocupacional: é o profissional que envolve os pacientes com atividades que promovam o restabelecimento ou desenvolvimento de habilidades, na tentativa de integrar esta pessoa cada vez mais na sociedade;
- Oficineiro: ministra oficinas, desempenhando um papel cognitivo, que envolve a capacidade de fazer surgir questões emergentes;
- Psicólogo: sua ação técnica organiza-se na prevenção, remediação e promoção, sempre com as situações da vida para o paciente alcançar um maior bem-estar;
- Educador físico: especialista em atividades físicas em todas as suas manifestações;
- Auxiliar administrativo: realiza rotinas administrativas, assim como o atendimento ao público em geral;
- Higienização: realiza a limpeza e proporciona um ambiente agradável;
- Vigia do Patrimônio: é o responsável por zelar pela guarda do patrimônio.

A equipe do CAPS AD - assistente social, enfermeiro, médico clínico geral, psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional desenvolvem atendimentos individualizados ou em grupo. São realizadas também visitas domiciliares, atividades comunitárias de prevenção e cuidado à família. Além disso, os CAPS AD ainda oferecem condições para o repouso ambulatorial de pacientes que necessitam de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar (BRASIL, 2004).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. A duração da permanência dos usuários em tratamento no CAPS AD depende de muitas variáveis, desde o comprometimento psíquico do usuário, até o projeto terapêutico traçado e a rede de apoio familiar e social que se pode estabelecer. O importante é o paciente entender que o CAPS AD não deve ser um lugar em que se desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda a vida. Os processos de reconstrução dos laços

sociais, familiares e comunitários, que vão possibilitar a autonomia, são cuidadosamente preparados e ocorrem de forma gradativa (BRASIL, 2004).

Neste sentido, os profissionais estão preparados para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar do espaço de convivência de serviço e equacionar problemas inesperados, além de outras questões que porventura demandem providências imediatas durante todo o período de funcionamento da unidade (BRASIL, 2004).

A farmacoterapia é um dos métodos utilizados para o tratamento, tendo como principais objetivos tratar pacientes alcoólatras de forma que se reintegrem à sua vida social, sendo um meio do qual também vai depender do envolvimento da família neste processo, bem como, autoestima e dedicação pessoal. A Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) - decorrente do uso crônico da substância, causando dependência física - por exemplo, precisa ser tratada por meio de medicamentos (VARELLA; JARDIM, 2009).

O tratamento medicamentoso pode ser associado a grupos de apoio ou tratamentos alternativos, como o grupo dos Alcoólicos Anônimos - caracterizado por ser uma comunidade terapêutica de livre acesso, onde a proposta não é fazer o indivíduo parar de beber, mas que ele reformule sua vida, dando um novo sentido a ela, e utilizando o espaço como forma de aprendizado (VARELLA; JARDIM, 2009).

Quanto ao tratamento psiquiátrico, nem todos os dependentes químicos que buscam recuperação conseguem livrar-se da dependência sem fazer o uso de remédios. No caso dos dependentes que usam drogas depressoras do SNC, principalmente o álcool e os opiáceos como a codeína, heroína e a morfina produzem forte crises da Síndrome de Abstinência. Nestes casos, no momento em que se rompe com as substâncias utilizadas, torna-se necessária imediatamente a prescrição de remédios para o dependente, pois a abstinência da droga pode levar o indivíduo à morte (VARELLA; JARDIM, 2009).

As sensações são coordenadas pelo sistema nervoso central. Nele, há neurônios que se comunicam através de neurotransmissores liberados nas sinapses. As drogas psicotrópicas são substâncias que o corpo não produz, porém são capazes de agir exatamente nos mesmos locais dos neurotransmissores, ou seja, nas sinapses. O uso constante de drogas psicotrópicas compromete o SNC, não restando opções ao médico especialista, a não ser a prescrição de

medicamentos para o indivíduo, dependendo do caso, para o resto da vida (MELLO, 2007).

A procura de um médico psiquiatra que tenha especialização em dependência química torna-se recomendada, pois um especialista poderá prescrever a medicação e quantidades certas para que não haja apenas a substituição de uma droga por outra (remédio), e sim, um tratamento para a recuperação do dependente químico, pensando que futuramente ele possa abster-se dos remédios (MELLO, 2007).

3.5 TRATAMENTO PSICOLÓGICO AO ALCOOLISTA E O APOIO DA FAMÍLIA

Quanto existe necessidade de acompanhamento psicológico, na maioria dos casos, o dependente das bebidas alcoólicas sofre sérios problemas comportamentais, sentimentais e emocionais. Também atravessa por um forte desassossego familiar, social e profissional (quando ainda conserva o emprego). Às vezes, torna-se uma pessoa desequilibrada, não atendendo mais suas responsabilidades, não conseguindo se relacionar com pessoas ligadas aos seus círculos de família, sociedade e trabalho (SILVA, 2011).

Assim, muitos acabam entrando em profunda depressão, outros perdem a sua própria estima, não dando importância às consequências que o uso lhe acarreta. O usuário não consegue mais pensar de modo lógico, em alguns casos inventa sonhos e objetivos impossíveis de se realizar, tornando-se uma pessoa impaciente, intolerante e indisciplinada. Em muitos casos, torna-se frustrada com o mundo, com as demais pessoas e consigo mesma (SILVA, 2011).

Neste cenário, Silva (2011) afirma que o papel do psicólogo é tentar compreender as emoções e sentimentos humanos, exercendo na mente do indivíduo, formando os desejos e instintos, revelando conflitos nas relações consigo mesmo, assim refletindo na relação com o outro. Em muitos casos, o acompanhamento psicológico traz bons resultados na recuperação de dependentes do álcool, pois a terapia trabalha as cognições chave em cada caso.

O tratamento do dependente do álcool é diferente, pois uma vez que se tornou dependente, nunca mais poderá usar a droga 'socialmente'. A única alternativa é interromper por completo e para sempre o uso. Por isso, é recomendado que o tratamento psicológico seja feito juntamente com o tratamento médico. O médico trata o organismo alterado, e o psicólogo trata a causa

comportamental e emocional, aquilo que pode ter feito a pessoa entregar-se ao alcoolismo (SILVA, 2011).

Apesar de o paciente acreditar e confirmar, em muitos casos, que seu problema é genético, a medicina vem descobrindo que algumas pessoas têm uma tolerância totalmente diferente ao álcool. Porém, mesmo que o organismo responda de forma diferente ao álcool, o que faz procurar o álcool é uma questão mental, psicológica e não orgânica (ALVES, 2009).

Nesse processo de tratamento, também está a família, que é vista pelo dependente alcoólico como a base para a recuperação de sua doença, fornecendo todo o suporte necessário para que se restabeleça o equilíbrio diário, dando ênfase a ocupação e atividades do sujeito neste período. O apoio familiar é considerado importante, principalmente, para que haja uma diminuição do sentimento de culpa e de inferioridade por parte do alcoolista, tal sentimento pode remetê-lo a um “vagabundo”, por não trabalhar ou ter saído do emprego inúmeras vezes devido ao uso abusivo da bebida (SILVA, 2011).

Segundo Alves (2009), ainda que a família seja um fator importante no tratamento do seu ente nesta situação de dependência alcoólica, quem deve ter o maior controle é o paciente, não fazendo mais o uso de álcool. Para esse mesmo autor, o esforço maior de se manter no tratamento, buscando a recuperação e reinserção é do dependente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho teve como objetivo principal discorrer sobre o alcoolismo no Brasil como problema de saúde pública, relacionando-o à realidade do país no que diz respeito às políticas públicas voltadas à prevenção ao uso de álcool. Dentro do tema central, a pesquisa apresentou o panorama geral do uso da bebida alcoólica; as consequências do uso abusivo de bebidas alcoólicas e formas de tratamento, além da explanação sobre as políticas públicas brasileiras e suas diretrizes relacionadas ao álcool.

O uso do álcool marca a relação entre os seres humanos, estando presente em diferentes contextos, com objetivos e motivações e formas diversas. O consumo de álcool vem desde a antiguidade, e o alcoolismo foi tratado, historicamente, por várias formas de exclusão, sendo que passou a ser alvo de pesquisa de forma linear e de inúmeras explicações e caracterizações manifestadas das mais diversas formas. A história mostrou que o dependente da bebida alcoólica recebia olhares voltados mais para a punição do que ao tratamento e reinserção, tendo em vista que o uso abusivo dessa substância gera conflitos e desestrutura o indivíduo no convívio familiar, social e profissional, ou seja, problemas de questão psicológica e também físicos.

De acordo com os autores e os órgãos governamentais sobre o assunto, o alcoolismo causa sérias consequências ao indivíduo, sendo uma fonte de danos para a saúde e segurança pública e, por isso, deveria ser tratado diferente, não como qualquer produto. Porém, existem poucas restrições no que diz respeito aos comerciais e à mídia em geral, as quais visam em seduzir o público para o consumo de bebidas alcoólicas. A falta de controle e da grande oferta e acesso acabam por gerar um alto consumo, com ampla disponibilidade a baixos preços, o que banaliza o seu consumo, constituindo um grave problema de saúde pública, não só no Brasil, mas no mundo todo.

Baseando-se na fundamentação teórica do estudo, em resposta ao crescente problema e preocupações em torno do alcoolismo, foram implantadas políticas públicas nacionais e diretrizes voltadas à atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil. As ações buscam promover a intersetorialidade e a integralidade de métodos para a redução dos prejuízos decorrentes do uso abusivo

do álcool, visando, conseqüentemente, a diminuição das situações de violência e criminalidade ligadas a esse problema.

Nas palavras de Alves (2009), os investimentos feitos por parte dos governantes ainda não mostraram os efeitos esperados, ou seja, a redução da influência maléfica do uso do álcool na sociedade, no sentido de prevenção, através de orientações à população, ainda não surtiu um grande efeito, pois o álcool não é considerado pelas autoridades competentes como uma droga que ocupa o mesmo patamar da cocaína e do crack. Sendo ela lícita e de acessível, qualquer pessoa tem acesso de forma fácil.

Dentro deste contexto, através desse estudo foi possível ampliar os conhecimentos sobre o alcoolismo e confirmar que várias políticas de saúde pública foram implantadas no sentido de reduzir o impacto para solucionar ou amenizar o problema. A Política de Atenção Integral ao Uso do Álcool e outras Drogas e suas diretrizes, apresentada pelo Ministério da Saúde em 2004, constituem estratégias de compromisso e, caso sejam implementadas da forma como propostas inicialmente, será um grande avanço no enfrentamento do alcoolismo. Entretanto, para que isso aconteça, se faz necessário a criação de parcerias entre governo, escolas, famílias e profissionais de saúde. Assim, o alcoolismo poderá ser tratado de maneira intensiva e precocemente, diante das conseqüências que lhe foram atribuídas.

Assim sendo, essa pesquisa atingiu o seu objetivo geral, destacando ainda, que, dentro da contextualização do problema desse estudo, o mesmo alcançou a sua finalidade, apresentando as estratégias das Políticas Públicas no Brasil em atenção aos dependentes do álcool para o fortalecimento da rede de assistência aos usuários, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, para se ter um resultado positivo na recuperação e inserção do dependente do álcool, cabe aos profissionais envolvidos no tratamento do alcoolismo, trabalhar juntos com seus pacientes, no tratamento, investigando as causas do problema. Além disso, o apoio da família, dos órgãos governamentais, da sociedade e do próprio paciente, a chance de resgate é maior.

Nesse aspecto, levando em conta o alcoolismo, suas causas, conseqüências, prevenção e tratamento, percebeu-se ainda, a importância de aperfeiçoar os estudos sobre esse assunto. Fica assim, como sugestão, pesquisas que venham a contribuir de uma maneira geral para a prevenção e métodos, visando o auxílio aos portadores

dessa doença, assim como a prática de uma rotina de vida saudável, no que diz respeito à qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ANTHONY, James C. **Consumo nocivo de álcool: dados epidemiológicos mundiais**. 1ª ed. São Paulo: Minha Editora, 2009. Cap.1, p.1-36.

ALVES, V.S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discurso político, saberes e práticas. **Cad saúde pública**. 2009;25 (11):2309-19.

ARAUJO, S. I. **Alcoolismo como processo: da identidade construída à (des) construção da pessoa**. Dissertação de Pós-graduação em Sociologia, da Universidade de São Paulo. Sociologia. São Paulo, 2007.

BOCK, Ana Mercês Bahia. **Psicologia e compromisso social**. São Paulo: Cortez, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004/ Secretaria de Atenção à Saúde**. 4.ed. **Rev. E atual**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD. **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2005**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas; UNIFESP. Departamento de Psicobiologia, 2006.

_____. **Desenvolvimento Social: Guia de Políticas e Programas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome – MDS**. Brasília, 2008.

_____. **Ministério da Saúde**. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília; 2014.

CAMARGO, B. V.; BERTOLDO, R. B. Comparação da vulnerabilidade de estudantes da escola pública e particular em relação ao HIV. **Estudos de Psicologia**. Pontifca Universidade Católica de Campinas, São Paulo, 2006.

CARRILO, L. P. L.; MAURO, M. Y. C. **Uso e abuso de álcool e outras drogas: ações de promoção e prevenção no trabalho**. São Paulo, 2003.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **Família: redes, laços e políticas públicas**. Famílias e políticas públicas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

CHAGAS, Marcel *et. al.* O Alcoolismo e o grupo de alcoólicos anônimos: O conhecimento de alcoolistas. **Cadernos Bras. Saúde Mental**, Florianópolis, v. 2, n.4-5, p.190-212, 2008.

FORTES F.A.P. A repressão e a proibição ao comércio de “drogas ilícitas”: uma análise a partir do inc. XLIII do art. 5º da **Constituição Federal**. [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2010.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M.A. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. **Rev Bras de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, supl. 1, mai. 2004.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1999. p. 65-66.

HECKMANN, W.; SILVEIRA, C.M. Dependência do álcool, aspectos clínicos e diagnósticos. In: ANDRADE, Arthur Guerra de; ANTHONY, James C. **Álcool e suas consequências**: uma abordagem multiconceitual. 1ª ed. São Paulo: Minha Editora, 2009. Cap.3, p.67-87.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria, RS: Pallotti, 2002. 294 p. UNESC 001.42 L587m prod. Docente.

LUCCHESI, P.T.R. *et al.* Políticas públicas em saúde pública. São Paulo: **BIREME/OPAS/OMS**; 2002.

MARTINS, R. A. **Bebidas alcoólicas e propaganda: raciocínio moral e uso abusivo de bebidas alcoólicas por adolescentes**. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, São Paulo, 2007.

MELLO, Marcelo Feijó. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MORAES, M.M. O modelo de atenção à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Cienc saúde colet**. 2005; 13(1):121-33.

MORETTI, P.R.O. O estado frente à temática das drogas lícitas e ilícitas: avanços na nova legislação e desafios frente ao Sistema Único de Saúde (SUS). SMAD. **Rev eletrônica saúde mental álcool drog**. 2008;4(2):1-9.

- PECHANSKY, F. et al. **Uso de álcool entre adolescentes**. Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas. Universidade Fed. do Rio Grande do Sul, 2005.
- PÉREZ-RIAL, S. et al. Neurobiologia da dependência alcoólica. Transtornos Aditivos, **Castelo**, v.5, n.1, p.4-12, 2003.
- REIS, G. A. et al. Alcoolismo e seu tratamento. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v. 7, n. 2, pub. 4, abr. 2014.
- RODRIGUES, F. P. et al. O Papel da família no tratamento do alcoolismo: A visão do paciente. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 6, n. 11, jul./dez. 2006.
- SANTOS, J.A.T. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **J Nurs Health**, Pelotas (RS) 2012 jan/jun;1(2):82-93.
- SENA, E. L. et al. Alcoolismo no contexto familiar: um olhar fenomenológico. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, vol. 20, n. 2, apr./jun. 2011.
- SILVA, L.F.C.B. **Alcoolismo**: do cálice que cala à escuta que liberta. Curitiba: Juruá, 2011.
- SOUZA, C. **Políticas Públicas**: uma revisão da literatura. *Sociologias*. 2006; 16 (6):20-45.
- TOLEDO, A. C. Estratégia Mundial para Reduzir o Uso Nocivo de Álcool e as Políticas Públicas Nacionais. **Leopoldianum**, n. 104/105/106, p. 119-134, 2012.
- VARELLA, D.; JARDIM, C. **Guia Prático de Saúde e Bem-Estar**. Barueri: Gold, 2009.
- VARGAS, D. Álcool, alcoolismo e alcoolista: concepções e atitudes de enfermeiros de unidades básicas distritais de SAÚDE. **Rev Latino-am Enfermagem** 2008 maio-junho.