

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II
JULIANA ALVES PAULETTI

**SUBSÍDIOS PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA ORIENTAÇÃO
DE USUÁRIOS ADOLESCENTES DE ÁLCOOL E SEUS FAMILIARES**

O ALEGRE, JUNHO DE 2005

40

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II
JULIANA ALVES PAULETTI

**SUBSÍDIOS PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA ORIENTAÇÃO
DE USUÁRIOS ADOLESCENTES DE ÁLCOOL E SEUS FAMILIARES**

Trabalho elaborado como requisito parcial
para obtenção do grau de Enfermeiro na
Escola de Enfermagem da UFRGS
Professora orientadora: Ms. Eglê Kohlrausch

PORTO ALEGRE, JUNHO DE 2005



SUMÁRIO

RESUMO.....	3
INTRODUÇÃO.....	4
1. METODOLOGIA.....	7
2. SOBRE O ÁLCOOL, SEU CONSUMO E DEPENDÊNCIA.....	10
2.1. Aspectos Físicos.....	19
2.2. Aspectos Psicológicos.....	23
2.3. Aspectos Sociais.....	28
3. CAUSAS DO ALCOOLISMO.....	32
3.1. Teoria Biológica.....	32
3.2. Teoria Psicológica.....	34
3.3. Teoria Social.....	37
4. SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA.....	41
5. PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE ATENDENDO AOS ADOLESCENTES QUE CONSOMEM ÁLCOOL	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS.....	64

RESUMO

O presente estudo foi desenvolvido como requisito parcial para obtenção do grau de enfermeiro na Escola de Enfermagem da UFRGS. Teve por objetivo fornecer subsídios para os profissionais da saúde na orientação de usuários de álcool adolescentes e seus familiares e, foi construído como o referencial da pesquisa bibliográfica, na abordagem exploratório-descritiva. Foi estruturado nos seguintes capítulos: introdução; metodologia; sobre o álcool, seu consumo e dependência; causas do alcoolismo; síndrome de abstinência; profissionais da área de saúde atendendo aos adolescentes que consomem álcool; considerações finais. Os principais achados foram a alta prevalência do consumo de álcool por adolescentes; os jovens ingerem a primeira dose da bebida aos 10 anos, aos 14 anos tomam o primeiro porre e aos 18 anos quase 100% dos jovens já experimentaram esta droga. Os profissionais de saúde podem planejar ações em nível de prevenção primária, onde os educadores se incluem, prevenção secundária e terciária.

PALAVRAS CHAVES: Adolescência, abuso de álcool e alcoolismo, profissionais de saúde.

INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias que possuem a capacidade de alterar estados de consciência e modificar o comportamento parece ser um fenômeno universal da humanidade. Pelo que se observa culturalmente, as pessoas elegem determinadas substâncias que podem facilitar os relacionamentos sociais, marcar festividades ou rituais religiosos.

O álcool é uma das substâncias mais usadas em comemorações. Segundo Marcelli e Braconnier (1989) o café, a sala de danças ou as comemorações sociais são os lugares onde se inicia esse hábito.

O abuso e a dependência de álcool são chamados, habitualmente, de alcoolismo, e são, de longe, os transtornos mais comuns relacionados a substâncias (KAPLAN, 2002). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o alcoolismo como um transtorno crônico do comportamento manifestado por consumo repetido de bebidas alcoólicas (FLAHERTY, 1995).

Um dos motivos para a realização desta pesquisa é que, em nossa sociedade, o álcool etílico é indiscutivelmente o psicoativo mais utilizado e disseminado por todas as faixas etárias, principalmente por adolescentes. Os adolescentes abusam do álcool mais freqüentemente do que de qualquer outra droga (FLAHERTY, 1995). Isso contribui para que diminua, entre os jovens, a possibilidade de sexo seguro, o que pode levar à gravidez não-planejada e a contaminação por doenças sexualmente transmissíveis.

O grupo etário com a maior porcentagem de usuários ativos de álcool, que também é o grupo etário que consome mais álcool, situa-se na faixa de 20 de 35 anos. Este dado, contudo, corre o risco de encobrir o fato de que cerca de 50% dos adolescentes de 12 a 17 anos experimentaram bebidas contendo álcool, pelo menos uma vez, e que cerca de 25% dos indivíduos desta faixa etária descrevem a si mesmos como usuários atuais de álcool (KAPLAN, 2002).

De acordo com Marcelli e Braconnier (1989), a primeira ingestão de bebidas alcoólicas ocorre entre 10 e 12 anos. Segundo estes autores, uma pesquisa referente ao uso de álcool entre adolescentes de 14 a 20 anos revela vários pontos: constata-se um consumo diário de vinho, cerveja e/ou bebidas fortes pelo menos uma vez por semana em 31% dos rapazes e 15% das moças.

No Brasil, um levantamento feito em escolas, mostra que 65% das crianças já experimentaram álcool, 16% fazem uso freqüente, e 30% usaram até a embriaguez. Em relação à dependência, 5% dos jovens brasileiros entre 12 e 17 anos já apresentaram sinais/sintomas de dependência, correspondendo a 4,5% dos jovens na região sul (SOUZA, 2004).

Neste trabalho, será abordado o abuso de álcool por adolescentes, os problemas enfrentados por eles e algumas orientações para a abordagem destes usuários e seus familiares.

Tendo em vista a alta prevalência do consumo de álcool entre adolescentes, e a necessidade de preparo e atualização dos profissionais da saúde para lidar com este problema é que se delineou este estudo. Como estudante de enfermagem, considera-se o alcoolismo um verdadeiro problema social. Sabendo que todo o profissional de saúde, principalmente enfermeiros, têm papel fundamental na prevenção e identificação

de fatores de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas, avalia-se que não temos preparo para realizar tal tarefa. Isto se deve ao fato de que durante a graduação em enfermagem teve-se poucas oportunidades para lidar com adolescentes dependentes de substâncias, seja ela qual for. O pouco tempo em que se teve contato com esses usuários, não permitiu que se desenvolvessem as aptidões necessárias para realizar orientações e cuidados com adolescentes usuários, abusadores ou dependentes de álcool e suas famílias.

O que se pode perceber, nestes anos de faculdade, é que os profissionais de saúde demonstram pouco conhecimento sobre a forma de agir diante do uso abusivo e a dependência ao álcool. Acredita-se que estes profissionais, e, até mesmo os estudantes de enfermagem, apresentam uma visão preconceituosa em relação a estes indivíduos e suas possibilidades e perspectivas frente ao problema, o que impede uma atitude mais produtiva e de ajuda.

Tem-se muita curiosidade sobre este tema, pois se acredita que a adolescência é uma fase muito difícil da vida, onde aparecem dificuldades de diversas origens, e que, atualmente, o álcool tem sido um desses grandes problemas que perturba e atrapalha estes jovens de seguirem seus sonhos e enfrentarem a vida. A questão da dependência química é muito complexa, e cada vez mais, reconhece-se que por trás dela existe um verdadeiro conjunto de situações econômicas, sociais, familiares e individuais.

A relevância deste estudo está em proporcionar informações aos profissionais de saúde sobre as questões relacionadas a adolescentes usuários de álcool e seus familiares. O objetivo do trabalho é fornecer subsídios para os profissionais da saúde na orientação de usuários adolescentes de álcool e seus familiares.

1. METODOLOGIA

O trabalho foi desenvolvido seguindo os preceitos do estudo exploratório-descritivo, por meio de uma pesquisa bibliográfica, que, segundo Gil (1999, p.65), “é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

A pesquisa é um processo de construção do conhecimento que tem como metas principais gerar novo conhecimento e/ou corroborar ou refutar algum conhecimento pré-existente. Para Gil (1999), a pesquisa bibliográfica é constituída pelas seguintes fases sucessivamente:

1- Determinação dos objetivos: onde o desenvolvimento de uma revisão de literatura varia em função de seus objetivos. Aqui, o objetivo foi fornecer subsídios para os profissionais da saúde na orientação de adolescentes usuários de álcool e seus familiares.

2- Elaboração do plano de trabalho: geralmente apresenta a forma de uma coleção de itens ordenados em seções, capítulos ou índices correspondentes ao desenvolvimento que se pretendeu dar à pesquisa. Nesse estudo optou-se por apresentar a temática, de forma que o tema central aparecesse dividido em capítulos que fundamentaram a construção dos subsídios.

3- Identificação das fontes: identificação de fontes que pudessem responder adequadamente ao problema proposto, no caso, obras relacionadas à adolescência e ao consumo de drogas.

4- Localização das fontes e obtenção do material: nesta fase é preconizada a busca de materiais em bibliotecas, livrarias ou em sites de busca de dados na internet. Nesse caso, usou-se as seguintes palavras: adolescentes, abuso de drogas, abuso de álcool, alcoolismo. Para obtenção das informações foi realizado um levantamento de obras a partir de resumos de trabalhos dos periódicos nacionais, os quais encontram-se disponíveis nos sistemas de dados Bireme, Scielo, SABI, BDENF. Foi realizada pesquisa em bibliotecas à procura de livros e artigos que contemplassem o assunto, no período de agosto de 2004 a junho de 2005, sendo encontrados 24 livros, 12 artigos, 2 sites, uma reportagem de jornal e o material elaborado por uma estudante de enfermagem para discutir o tema. As bibliografias utilizadas são de um intervalo de 1990 a 2005, mas pela confiabilidade científica do texto, usou-se 2 obras anteriores a este período.

5- Leitura do material: realizada de acordo com o avanço da pesquisa. Foram quatro etapas: leitura exploratória, leitura seletiva, leitura analítica e, por fim, leitura interpretativa. Tendo-se as referências de literatura, iniciou-se a leitura, seguindo as seguintes etapas:

- a) Leitura exploratória: leitura rápida que objetivou verificar se a obra consultada era de interesse ao trabalho.
- b) Leitura seletiva: houve determinação do material que realmente interessava à pesquisa.
- c) Leitura analítica: realizada a partir dos textos relevantes, teve finalidade de ordenar e resumir as informações contidas nas fontes.

d) Leitura interpretativa: houve relação das afirmativas do autor com o problema do estudo, conferindo-se um significado mais amplo aos resultados obtidos na leitura analítica.

6- Tomada de apontamentos: referente à retenção das informações lidas. Para que a tomada de apontamentos seja eficiente, foi realizada levando em consideração o problema de pesquisa.

7- Confecção de fichas: destina-se a identificação das obras consultadas, registros do conteúdo das obras, registros dos comentários acerca das obras e ordenação dos registros. Depois da identificação das fontes, procedeu-se sua classificação, com apontamento das referências e resumo das idéias principais.

8- Redação do trabalho: não há regras fixas que estabeleçam como se deve proceder nesta fase. Nesse trabalho, o texto foi organizado nos seguintes capítulos: introdução; sobre o álcool, seu consumo, abuso e dependência; causas do alcoolismo; síndrome de abstinência; profissionais da área da saúde atendendo aos adolescentes que consomem álcool e considerações finais. Geralmente é composta de três partes: a introdução, o contexto e conclusões, sendo ainda alguns aspectos pertinentes como conteúdo do trabalho, estilo e aspectos gráficos do relatório.

As questões éticas foram preservadas através da citação no texto dos autores consultados.

2. SOBRE O ÁLCOOL, SEU CONSUMO, ABUSO E DEPENDÊNCIA

As bebidas alcoólicas são, devido aos efeitos psicoativos do etanol que contêm, antiga fonte de prazer da humanidade (TABORDA et al., 1995). Apesar de acarretar agravos à saúde, o consumo de bebidas alcoólicas não apresenta o mesmo nível de repressão coletiva destinada a outras drogas de uso permitido, como o tabaco (LAVINSKY, 2002; MUZA et al, 1997).

Tavares et al (2001) reforça esta idéia dizendo que o consumo de drogas é uma prática milenar e universal. A partir dos anos 60, o consumo de drogas transformou-se em uma preocupação mundial, particularmente nos países industrializados, em função de sua alta freqüência e dos riscos que pode acarretar à saúde. A adolescência é uma etapa do desenvolvimento que grandes preocupações suscita quanto ao consumo de drogas, pois os anos adolescentes constituem uma época de exposição e vulnerabilidade a elas (TAVARES et al, 2001).

Nesse processo de crescimento e de constituição subjetiva, o adolescente recebe influências da sociedade. Atualmente, a mídia ocupa um papel dominante na mesma, apresentando modelos ideais influenciados pela ideologia atual. O adolescente poderá encontrar aí referências para o seu desenvolvimento (RIBEIRO et al, 1998).

Pinsky e Silva¹, apud Pechansky et al (2004), estudando comerciais de bebidas alcoólicas, demonstraram que a freqüência destes era, em média, maior do que a freqüência de comerciais sobre outros produtos, como bebidas não alcoólicas,

¹ Pinsky I; Silva MT. A frequency and content analysis of alcohol advertinsing on Brazillian television. Journal of Studies on Alcohol 1999;

medicamentos ou cigarros. Mais ainda, dos cinco temas mais freqüentemente encontrados nos comerciais de bebidas alcoólicas, três deles, como relaxamento, camaradagem e humor, eram diretamente relacionáveis às expectativas dos jovens. Além disso, não havia, à época, qualquer tipo de mensagem consistente quanto ao consumo moderado das bebidas anunciadas.

Na vida atual, com grande capacidade de produção, conservação, distribuição e propaganda, o uso das bebidas alcoólicas está bastante disseminado e, por isso, é importante que os profissionais de saúde em geral conheçam alguns fatores básicos sobre seus efeitos e interações, investigando o consumo de álcool em sua clientela (LAVINSKY, 2002).

Estudos epidemiológicos sugerem que 19% dos adolescentes norte-americanos apresentam abuso de álcool. Os dados brasileiros são mais escassos e indicam haver características regionais quanto ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas. Segundo Pechansky et al (2004), considerando-se o uso na vida, de acordo com o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2001), realizado em 107 grandes cidades brasileiras, a prevalência de dependência de álcool é de 5,2% entre jovens de 12 e 17 anos. De acordo com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) (2002), a cidade de Porto Alegre lidera o ranking dos usuários regulares de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, com 14,4% de usuários de álcool. Apesar da relativa escassez de dados nacionais, Pechansky et al (2004) afirma que estes estão de acordo com a literatura internacional, no sentido de a dependência química ser o problema de saúde mental mais prevalente entre adolescentes, com o álcool em primeiro lugar.

É preocupante saber que o uso de bebidas alcoólicas inicia-se cedo na vida, entre o início e o meio da adolescência, com o grupo de amigos ou mesmo em casa. Este uso implica conseqüências médicas, psicológicas e sociais, podendo ser, para muitos indivíduos, o início da trajetória que conduz a dependência do álcool (SOLDERA et al, 2004). A prevalência de experimentação de drogas em adolescentes escolares é alta, sendo importante detectar precocemente grupos de risco e desenvolver políticas de prevenção do abuso e dependência dessas substâncias. Um estudo realizado em 1998, com estudantes de idades entre 10 e 19 anos, detectou que o álcool é a substância mais utilizada por eles (86,8%) e que o uso no mês, uso pesado e intoxicações por álcool foram mais prevalentes entre os meninos (TAVARES et al, 2001). Num levantamento realizado por Baus et al (2002) o uso de álcool mostrou-se fator de risco maior entre os alunos pertencentes às classes socioeconômicas mais altas.

Outros estudos realizados em Porto Alegre apontaram para uma prevalência entre 10 e 12% de bebedores excessivos e dependentes do mesmo (acima de 80% destes, do sexo masculino). Estes dados de freqüência se referem a adultos, mas cabe salientar, que os menores de idade também têm acesso e consomem bebidas, como mostrou um levantamento realizado entre escolares do município de Porto Alegre, realizado com 1171 estudantes de 3º ano do ensino superior, em 1994, que encontrou referência a consumo prévio de bebidas alcoólicas na ordem de 93%, metade destes apresentando consumo semanal em festas e bares (LAVINSKY, 2002).

Pechansky e Barros² (1995) apud Pechansky et al (2004), realizaram um levantamento com uma amostra de adolescentes da população de Porto Alegre. Coletaram dados de 950 jovens entre 10 e 18 anos, que indicavam ser freqüente (71%) a experimentação das bebidas alcoólicas, chegando a quase 100% na idade de 18 anos. Um dos achados importantes do estudo foi o de que havia mudanças na forma, local de consumo e volume de etanol ingerido de acordo com a idade dos entrevistados, assim como com relação ao gênero: os meninos começavam a beber fora de casa e com amigos mais precocemente, enquanto as meninas eram mais conservadoras, mantendo o hábito de consumo familiar e doméstico por mais tempo (MUZA et al, 1997).

Segundo o Presidente do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, a bebida é associada à alegria, à juventude, à beleza, à sensualidade e à riqueza. Quase uma ironia, quando se pensa na triste figura do alcoolista: trêmulo, com gestos imprecisos; auto-estima, respeito próprio, emprego e família dissolvidos pela bebida. No entanto, jovens de Porto Alegre ingerem a primeira dose de bebida alcoólica aos 10 anos. Aos 14 anos, tomam o primeiro porre. Quase 90% das internações hospitalares no país causadas por drogas são motivadas pelo álcool. Em 78% das mortes em acidentes de trânsito no Brasil, o álcool está presente, e 40% de todas as ocorrências com morte apresentam dosagem alcoólica acima do permitido da lei (Jornal ZERO HORA, Porto Alegre: quinta-feira, 07/04/2005).

² PECHANSKY F., BARROS F. Problems related to alcohol consumption by adolescents living in the city of Porto Alegre, Brazil. *Journal of drug Issues* 1995; 25(4):735-50

O uso de álcool entre adolescentes é, naturalmente, um tema controverso no meio social e acadêmico brasileiro. Ao mesmo tempo em que a lei brasileira define como proibida a venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos (Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996), é prática comum o consumo de álcool pelos jovens; seja no ambiente domiciliar, em festividades, ou mesmo em ambientes públicos. A sociedade como um todo adota atitudes paradoxais frente ao tema, pois por um lado condena o abuso de álcool pelos jovens, mas é tipicamente permissiva ao estímulo do consumo por meio da propaganda (PECHANSKY et al, 2004).

Ao discutir mitos culturais e símbolos utilizados em propaganda sobre álcool, conclui-se que a mídia efetivamente influencia o consumo. Para uma mente em desenvolvimento, tipicamente sugestionável e plástica como a de um adolescente, o paradoxo de posição da sociedade e a falta de firmeza no cumprimento de leis são uma forma de cultura ideal para a experimentação tanto de drogas como de álcool, contribuindo para a precocidade de exposição de jovens ao consumo abusivo (PECHANSKY et al, 2004).

Embora sejam substâncias lícitas, o uso intenso de álcool e tabaco guarda uma relação estreita com o uso múltiplo de substâncias psicoativas, fato a ser acrescentado ao rol de preocupações suscitadas pelo consumo abusivo de álcool e tabaco (MUZA et al, 1997).

Sanchez et al³ (1982) apud Cherobini (2004) afirma que, o primeiro contato que uma pessoa tem com a droga vai depender o futuro, isto é, se a experiência for negativa existe um boa chance de que ela não se repita, porém, se a experiência for

³ Sanchez, et al. Drogas e Drogados: o indivíduo, a família, a sociedade. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária LTDA, 1982.

agradável, o desejo de repeti-la torna-se maior. As substâncias psicoativas causam dependência física e psíquica onde existe um impulso irrefreável que exige a administração da droga para produzir prazer ou evitar um mal estar.

O álcool é a substância mais consumida entre os jovens, sendo que a idade de início de uso tem sido cada vez menor, aumentando o risco de dependência futura. O uso de álcool na adolescência está associado a uma série de comportamentos de risco, além de aumentar a chance de envolvimento em acidentes, violência sexual e participação em gangues. O uso desta substância por adolescentes está fortemente associado à morte violenta, queda no desempenho escolar, dificuldades de aprendizado, prejuízo no desenvolvimento e estruturação das habilidades cognitivo-comportamentais e emocionais do jovem (PECHANSKY et al, 2004).

Essa idéia encontra respaldo em Tavares et al (2001), que reforça este pensamento, dizendo que o álcool é a droga mais amplamente utilizada entre adolescentes escolares. Esse uso tem início precoce, uma vez que quase metade dos estudantes entre 10 e 12 anos já fizeram uso. Embora as taxas de uso sejam crescentes com a idade, Tavares et al (2001) concluiu que isto não acontece em relação ao uso pesado de álcool, sugerindo que aqueles indivíduos que apresentarão um beber problemático já iniciaram com essa característica.

Soldera et al (2004) apresenta esta mesma informação, de que o álcool geralmente emerge como a droga mais comum usada por adolescentes. Além disso, salienta que um estudo mostrou que o álcool, assim como a maconha, foi uma das substâncias que apresentaram maior associação com comportamento sexual de risco. Refere ainda, que o álcool inicia-se na infância e consolida-se na adolescência, apresentando uma média de idade de 12 anos da primeira experimentação. Para ele

isto é preocupante também, pois quanto mais cedo se inicia o contato com o álcool, maior é a probabilidade de que se estabeleça a dependência desta droga.

Os problemas relacionados ao consumo de álcool só podem ser comparados àqueles causados pelo consumo do tabaco e pela prática de sexo sem proteção. As complicações relacionadas ao consumo de álcool não estão necessariamente relacionadas ao uso crônico. Intoxicações agudas, além de trazer riscos diretos à saúde, deixam os indivíduos mais propensos a acidentes. Desse modo, os problemas relacionados ao consumo de álcool podem acometer indivíduos de todas as idades (LARANJEIRA et al, 2003).

O uso problemático de álcool por adolescentes está associado a uma série de prejuízos no desenvolvimento da própria adolescência e em seus resultados posteriores. Os prejuízos decorrentes do uso de álcool em um adolescente são diferentes dos prejuízos evidenciados em um adulto, seja por especificidades existenciais desta etapa da vida, seja por questões neuroquímicas deste momento do amadurecimento cerebral. Alguns riscos são mais freqüentes nesta etapa do desenvolvimento, pois expressam características próprias desta etapa, como desafio a regras e à onipotência. O adolescente acredita estar magicamente protegido de acidentes, por exemplo, e também se sente mais autônomo na transgressão, envolvendo-se, assim, em situações de maior risco, por muitas vezes com conseqüências mais graves (PECHANSKY et al, 2004).

O álcool é uma substância que permite o seu uso sem problemas, mas isso vai depender da dose, da freqüência, e das circunstâncias. O uso inadequado pode trazer graves conseqüências tanto em nível orgânico, como psicológico e social, caracterizando a condição conhecida como alcoolismo (KAPLAN, 1997). Em muitos

casos é difícil diferenciar entre os padrões sociais normais de ingestão de álcool e aqueles que sugerem o uso compulsivo (LEWIS, 1995).

A maioria dos problemas envolvendo as drogas acontecem durante a adolescência, onde estes, na busca de uma identidade e querendo se afirmar num grupo de amigos buscam as drogas, muitas vezes somente por curiosidade individual ou incentivo do grupo. Aqueles que não se tornam dependentes conseguem parar com essa experiência inicial, porém, outros que já são dependentes, não conseguem cessar o uso e a busca pela droga torna-se cada vez mais freqüente (CHEROBINI et al, 2004).

Os resultados de uma pesquisa realizada por Muza et al (1997) identificam que na amostra de adolescentes escolares concentra a primeira experiência com o consumo de todas as substâncias psicoativas nas idades de 14 e 16, exceto para as bebidas alcoólicas, cuja primeira experiência ocorre, preferencialmente, antes dos 11 anos.

A adolescência é uma etapa na qual freqüentemente ocorre a experimentação de drogas, sejam lícitas ou ilícitas. Embora na maioria das vezes esse uso seja apenas experimental, é possível notar padrões que refletem comportamentos observados na vida adulta e que podem ser indicativos da necessidade de estabelecer medidas preventivas nessa etapa de desenvolvimento (TAVARES et al, 2001).

A etiologia do alcoolismo é difícil de precisar. O método experimental revela que etiologias óbvias do alcoolismo revelam-se ilusórias. Por exemplo, sabemos que o álcool é usado para reduzir a tensão; assim, o alcoolismo deve ser um sintoma de uma ansiedade subjacente. Evidentemente, o alcoolismo pode denotar um comportamento tanto autodestrutivo quanto auto-indulgente; dessa forma, deve ser uma consequência tanto de uma infância muito traumática quanto de uma muito permissiva. Com certeza o

álcool é fisiologicamente causador de dependência; assim, a cura do alcoolismo deve resultar de um abandono propriamente conduzido. Consumidores de álcool, mesmo quando não-dependentes comumente exibem um anseio desesperado pela bebida; por conseqüência, talvez, ele represente uma desordem bioquímica, uma doença como diabetes; provavelmente, um discreto defeito metabólico inato do indivíduo que conduz a um desejo insaciável pelo álcool (VAILLANT, 1999).

Segundo Pitrez e Pitrez (1998) existem alguns fatores que podem trazer indicativos de maior risco: traços de personalidade de impulsividade, ansiedade, baixa auto-estima, dependência, conduta anti-social (como mentiras, faltar às aulas, roubos, crueldade com animais), presença de história familiar de dependência química, ter outro diagnóstico psiquiátrico, estrutura familiar frágil e pressão do grupo para uso de drogas.

Ramos e Bertolote (1997) garantem que a passagem do beber sem problemas ao alcoolismo não se faz do dia para noite. Para eles, este é um processo que admite uma longa interface entre o beber normal e o alcoolismo, em geral de vários anos. É neste período que começam a aparecer os problemas relacionados ao uso inadequado do álcool. Para Souza e Marques (2004) as alterações de humor são incontroladas e explosões emocionais são freqüentes. Estes autores, assim como os citados anteriormente, também consideram que a dependência pelo álcool é de instalação lenta e insidiosa, do abuso ocasional ou do abuso moderado persistente pode-se evoluir despercebidamente ao estado de forte dependência.

O alcoolismo é o resultado final de uma interação complexa entre vulnerabilidade biológica e fatores ambientais, como experiências na infância, atitudes dos pais, políticas sociais e cultura (TALBOTT, 1992). É comum que uma disfunção inerente à estrutura familiar só emerja quando os filhos atingem a adolescência. Para Carter e

McGoldrick (1995), caso o adolescente que abusa do álcool se apresenta como um problema, e o abuso do álcool for excluído nos pais, é altamente provável que haja alcoolismo na família de origem de um dos pais. Entretanto, freqüentemente os pais são bebedores ativos ou em recuperação. O termo "problema com a bebida" refere-se a um padrão de envolvimento com o álcool que produz efeitos nitidamente nocivos ao funcionamento e/ou saúde (LEWIS, 1995).

Em relação a problemas vividos pelo indivíduo que bebe, é conveniente organizá-los em títulos separados, concernentes aos domínios físico, psicológico e social (EDWARDS, 1998).

2.1. Aspectos Físicos

Concentrando-se primeiramente no aspecto físico, é importante notar a extensão e diversidade de conseqüências adversas agudas do ato de beber, tais como trauma resultante de acidentes de trânsito e outros tipos de acidentes, lesões por brigas, complicações médicas agudas (pancreatite aguda e hepatite alcoólica, por exemplo), e assim por diante. O álcool também pode causar a morte por overdose (EDWARDS, 1998).

Pechansky et al (2004), concordando com este autor, afirma, ainda, que o uso de álcool por menores de idade está mais associado à morte do que todas as substâncias psicoativas ilícitas em conjunto. Acrescenta que os acidentes automobilísticos são a

principal causa de morte entre jovens dos 16 aos 20 anos. O comportamento de dirigir alcoolizado é mais característico de adolescentes do que de adultos, pois a prevalência de acidentes automobilísticos fatais associados com álcool, entre jovens de 16 a 20 anos, é mais do que o dobro da prevalência encontrada nos maiores de 21 anos.

O grau de intoxicação depende do nível de concentração alcoólica no sangue. Os sintomas clínicos mais comumente encontrados em diferentes níveis de alcoolemia são: de 20-99 mg% causa incoordenação muscular, mudanças no humor, na personalidade e no comportamento; de 100 a 199 mg% causa prejuízo neurológico acompanhado de aumento do tempo de reação muscular e ocular, ataxia, incoordenação e prejuízo mental; de 200 a 299 mg% causa uma marcada ataxia, náuseas e vômitos; de 300 a 399 mg% causa hipotermia, disartria e amnésia, além de um estágio inicial de anestesia; acima de 400 mg% marca o início de coma alcoólico, incluindo hipotermia, depressão respiratória, reflexos diminuídos ou ausentes, retenção ou incontinência urinária; e de 600 a 800 mg% causa a morte por inibição do centro respiratório. No atendimento de urgência, o paciente fora de risco iminente, pode ou não estar em condições de fornecer dados para a coleta da história. Pesquisas têm apontado o próprio paciente como uma fonte fidedigna de dados. Em casos nos quais isso não é possível, os familiares, os acompanhantes ou mesmo as equipes de paramédicos que trouxeram ao atendimento poderão fornecer as informações. Quanto ao paciente comatoso, é importante investigar qual a substância utilizada, se houve o uso de uma ou mais drogas e uma estimativa da quantidade (KAPCZINSKI et al, 2001).

Segundo Fuchs (1998), em concentrações sanguíneas baixas, o álcool produz euforia, sensação de bem-estar, aumento da autoconfiança, diminuição da timidez e facilitação da comunicação. Em alguns indivíduos, pode predominar a sedação, que é

também gratificante para algumas pessoas. Nesta fase ficam liberados comportamentos reprimidos na ausência de álcool.

Para esse autor, o álcool produz outros efeitos sobre o Sistema Nervoso Central (SNC). A crescente alcoolemia altera a motricidade, manifestando-se inicialmente sobre a atividade fina, depois pela perturbação da fala e, por fim, por distúrbio em marcha e equilíbrio. Em intensa intoxicação, seguem-se sono e coma. O último estágio é semelhante à anestesia geral.

Os danos cerebrais incluem modificações no sistema dopaminérgico, como nas vias do córtex pré-frontal e do sistema límbico. Alterações nestes sistemas acarretam efeitos significativos em termos comportamentais e emocionais em adolescentes. É importante destacar que, durante a adolescência, o córtex pré-frontal ainda está em desenvolvimento. Como ele pode ser afetado pelo uso de álcool, uma série de habilidades que o adolescente necessita desenvolver, e que são mediadas por este circuito, como o aprendizado de regras e tarefas focalizadas, ficarão prejudicadas (PECHANSKY et al, 2004).

Quanto aos efeitos cardiovasculares, agudamente, predomina a vasodilatação, especialmente cutânea, originando rubor facial e sensação de pele quente. Os efeitos da exposição crônica dependem da quantidade empregada. Em baixas doses, o álcool pode ter um efeito protetor sobre o desenvolvimento de cardiopatia isquêmica e, possivelmente, de hipertensão. Em doses médias e altas, o álcool aumenta a pressão arterial. A exposição crônica ao etanol pode induzir miocardiopatia alcoólica (FUCHS, 1998).

O alcoolismo pode se associar a quase qualquer variedade de anemia. Hemorragias, desnutrição, infecções crônicas e o efeito tóxico direto do álcool na

medula óssea, todos esses fatores podem contribuir. Pode ocorrer uma diminuição dos glóbulos brancos, ou, em certas condições, um aumento. Vários mecanismos podem afetar a coagulação ou provocar uma tendência a hematomas ou hemorragias (EDWARDS, 1982).

Em relação aos efeitos digestivos, a ingestão de pequenas quantidades de álcool estimula o apetite. Doses mais altas podem provocar gastrite erosiva e exacerbação de úlcera péptica. A exposição crônica induz alterações hepáticas que variam desde infiltração gordurosa subclínica até hepatites clinicamente identificáveis, e esteatose, evoluindo com freqüência para cirrose (FUCHS, 1998).

A cirrose resulta diretamente do efeito tóxico do álcool sobre o fígado, e não de uma deficiência nutricional. Essencialmente o que acontece é que o tecido hepático se enche de cicatrizes, o que desorganiza a sua arquitetura. Há duas conseqüências. Primeiramente, a diminuição real do funcionamento do tecido hepático causa uma série de perturbações metabólicas e, finalmente, pode acontecer uma insuficiência hepática que leva à morte. Em segundo lugar as cicatrizes e a desorganização levam a uma compressão e a um entupimento dos vasos sangüíneos e este represamento leva a um aumento da pressão no sistema venoso portal. Isso pode, por sua vez, levar a um sangramento das veias da porção inferior do esôfago e este sangramento pode ser abundante e fatal (EDWARDS, 1982).

A pancreatite também está associada à ingestão de bebidas alcoólicas. O álcool é o fator de risco para câncer de boca, faringe e trato digestivo superior (FUCHS, 1998).

Pesquisas mostraram que os alcoolistas podem desenvolver degeneração dos ossos. Atualmente pouco se sabe sobre a incidência desta condição, mas este é um problema para o qual devemos estar alertas. Se um paciente quebra a perna em

conseqüência de um traumatismo banal, sua história de ingestão de álcool deve ser reinvestigada (EDWARDS, 1982).

Em relação ao desempenho sexual, os efeitos desinibitórios podem facilitar a aproximação e estimular a libido, sem influenciar a capacidade de manter um ato sexual satisfatório. Altas concentrações provocam diminuição do desempenho sexual. O uso crônico induz impotência, esterilidade, atrofia testicular e ginecomastia, devido a anormalidades no metabolismo hepático de estrógenos e testosterona (FUCHS, 1998).

Comuns no ambiente hospitalar, mas não tão destacadas em termos populacionais, estão as síndromes como *delirium tremens* (DT), alucinação alcoólica ou convulsões pela abstinência retirada (EDWARDS, 1998).

Beber pode causar danos a quase todos os tecidos e sistemas orgânicos, com conseqüente deficiência de longo prazo ou doenças crônicas, mortalidade excessiva, configurando um desvio dispendioso dos serviços de saúde (EDWARDS, 1998).

2.2. Aspectos Psicológicos

Quanto às conseqüências psicológicas, o álcool prejudica sensivelmente muitos aspectos da função motora e cognitiva. O desequilíbrio do controle emocional pode resultar em violência contra outras pessoas. O álcool implica significativamente em auto-agressão intencional e suicídio.

Outra consequência freqüente do consumo pesado e prolongado do álcool é o comprometimento da memória de curto prazo ou, menos comumente, um quadro de demência (EDWARDS, 1998). Pechansky et al (2004) concorda com este autor dizendo que o consumo de álcool causa modificações neuroquímicas, com prejuízo na memória, aprendizado e controle dos impulsos. Sabendo-se que a memória é função fundamental no processo de aprendizagem, é natural que o álcool comprometa este processo. A queda no rendimento escolar, por sua vez, pode diminuir a auto-estima do jovem, o que representa um conhecido fator de risco para maior envolvimento com experimentação, consumo e abuso de substâncias psicoativas. Assim, a consequência do uso abusivo de álcool para o adolescente poderia levá-lo a aumentar o consumo em uma cadeia de retroalimentação, ao invés de motivá-lo a diminuir ou interromper o uso.

Para Liddle e Dakof⁴ (1995) apud Schenker e Minayo (2003), a família tem um papel importante na criação de condições relacionadas tanto ao uso abusivo de drogas pelo adolescente quanto aos fatores de proteção, funcionando igualmente como antídoto, quando o uso de drogas já estiver instalado. Uma vez que a família é um dos elos mais fortes dessa cadeia multifacetada que forma o uso abusivo de drogas instaurado na adolescência, muitas abordagens terapêuticas são “baseadas na família” e abrangem os fatores intrafamiliares, intra-individuais e socioculturais, de forma sistêmica.

A família, ao construir vínculos saudáveis, comunica normas sociais salutaras para os seus membros. Mas, famílias disfuncionais podem transmitir normas desviantes através do modelo de comportamento dos pais para os filhos. Os problemas de

⁴ Liddle, H.A.; Dakof, G.A. Adolescent drug abuse: clinical assessment and therapeutic interventions. U.S. Department of Health and Human Services, 1995.

vinculação familiar advêm, em sua maioria, daqueles lares onde faltam habilidades para a criação dos filhos, reduzindo as chances de transmissão efetiva de normas sociais saudáveis (SCHENKER e MINAYO, 2003).

Segundo Liddle⁵ et al (1998) apud Schenker e Minayo (2003), o estilo de criação dos pais é entendido como clima emocional em que ocorre a socialização, uma vez que atos educativos específicos só terão eficácia no contexto de uma relação emocional apropriada. O estilo de criação refere-se às atitudes dos pais com relação aos filhos em situações diversas, podendo ocorrer sob forma de três tipos de controle: autoritarismo, “com autoridade” e permissivo.

O estilo de controle “com autoridade”, que incorpora cordialidade e vigilância, está associado a uma adaptação positiva em diversas áreas de funcionamento dos pais e adolescentes ao longo do desenvolvimento. Trata-se de um estilo de criação que inicia o indivíduo num sistema de reciprocidade, correlacionando-se de forma positiva com uma série de atitudes e comportamentos adolescentes incluindo-se o desempenho e o engajamento escolar (SCHENKER e MINAYO, 2003).

No autoritarismo, os pais são autocráticos, muito exigentes e pouco responsivos ao seu adolescente, que, por sua vez, mostra-se obediente às regras, porém com baixa autoconfiança. No estilo permissivo, os pais podem ser indulgentes ou negligentes. No primeiro caso, há maior probabilidade de uso de drogas e desengajamento escolar; no segundo, em que falta aos pais tanto correspondência quanto exigência com relação aos filhos, estes apresentam problemas em várias áreas de funcionamento desde o auto-conceito até a competência (SCHENKER e MINAYO, 2003).

⁵ Liddle, H.A. Translating parenting research into clinical interventions for families of adolescents. *Clinical child Psychology and Psychiatry*, 1998.

Para estes autores, a gama de comportamentos dos pais que define a prática de criação dos adolescentes subdivide-se em categorias de monitoramento e supervisão; controle, consistência/coerência e rigor de disciplina; apoio e comunicação. Os adolescentes buscam naturalmente a sua independência em relação aos pais com o intuito de controlar e decidir acerca de sua vida. Os pais freqüentemente confundem essa atitude com rebelião, pois os filhos tendem, nessa etapa da vida, a questionar os seus valores e opiniões.

Os amigos e colegas de escola, também formam grupos de intimidade, influenciando, de forma marcante, a transmissão de normas na fase da adolescência. Por disporem de laços fortes e monitorarem, diretamente, atitudes e comportamentos de seus membros têm um papel muito importante nessa etapa da vida. De acordo com Schenker e Minayo (2003), vários autores têm encontrado forte ligação entre o uso de drogas dos pares e o uso de drogas pelo adolescente, porém, as investigações também evidenciam que os adolescentes não são cooptados por amigos anti-sociais, mas eles se tornam atraentes pelo fato de o meio familiar apresentar abundância de conflitos e desengajamento interpessoal. Nesses casos, em geral, os pais não implementam práticas efetivas de educação que equilibram afeto, atenção e limites para os filhos.

Nesse sentido, Steinberg⁶ (1996) apud Ribeiro (1998), já dizia que a identidade social e psíquica se constitui através dos conflitos entre a necessidade de independência dos pais, por um lado, e a aproximação e dependência do grupo de amigos, por outro. Pais e amigos têm uma grande importância para formação de um código de valores próprios do adolescente. Esse será constituído a partir da interação

⁶ Steinberg, L. *Adolescence*. New York: McGraw-Hill, 1996.

social e da escolha de elementos adquiridos na infância, tornando-se parte de sua identidade adulta.

Por estes conflitos, a adolescência é caracterizada como um período complexo no qual as drogas podem ser usadas, entre outras coisas, como um artifício para catalisar a resolução dessas tarefas. Em função da confusão entre dependência e independência, o uso de drogas pode ser visto como uma forma pela qual o adolescente poderá rebelar-se contra a autoridade representada pela família, pelas leis e pela sociedade. Além disso, as drogas podem ser encaradas pelo adolescente com uma forma de socialização, que lhe permite integrar-se a um grupo e não ser excluído dele (RIBEIRO et al, 1998).

Os pais que percebem o consumo de substâncias psicoativas pelos seus filhos podem se sentir culpados, incompetentes e confusos sobre que atitude tomar. Esses sentimentos sustentam-se em fatores sociais e culturais como a banalização do uso de algumas substâncias por determinados grupos sociais; a ambigüidade social que criminaliza o uso de algumas substâncias e legaliza outras; argumentos simplistas que reduzem essa questão à saúde física e à área jurídica, desconsiderando os aspectos afetivos e emocionais; informações e posições contraditórias dos profissionais da saúde sobre o uso. AS conseqüências desse uso, por parte dos adolescentes, e que merecem atenção dos pais dizem respeito às dificuldades de comunicação e ao distanciamento afetivo que ocorre no âmbito da família, e também à possibilidade de marginalização desses adolescentes decorrente do uso de substâncias (PEREIRA, 2001).

2.3. Aspectos Sociais

Já entre os problemas sociais que podem resultar da ingestão de álcool estão: mau desempenho na profissão, faltas ao trabalho, exoneração, desemprego e acidentes de trabalho (EDWARDS, 1998).

Para Edwards (1982) a idéia de complicações sociais implica essencialmente no fracasso no desempenho adequado de um papel social esperado. Os resultados de tais fracassos podem ser prejudiciais tanto ao indivíduo como aos que o rodeiam. O excesso de bebida pode, por exemplo, numa fase inicial, resultar em ressaca que dificulta o comparecimento ao trabalho, enquanto que a intoxicação pode prejudicar a capacidade de administrar os problemas do trabalho e a deterioração física e mental, posteriormente, o tornam impossível.

Portanto, a dificuldade encontrada por uma pessoa com problemas de bebida ao procurar emprego acaba de ser exemplificada, mostrando-nos como a estigmatização pode se integrar às dificuldades objetivas. São muitas e caras as influências adversas da ingestão excessiva no desempenho profissional. Os problemas de bebida são encontrados tanto em nível de diretoria como de balcão de vendas.

Há aspectos comuns dos efeitos da ingestão excessiva no desempenho profissional qualquer que seja o emprego. Diminui o tempo dedicado ao trabalho, seja por doença, seja por faltas. O indivíduo pode comparecer ao trabalho, mas render menos ou deixar serviço para os outros; pode representar um perigo real para si ou para os outros; pode ter que ser rebaixado para uma função que não exija tanta

habilidade; e finalmente pode estar desempregado ou prestes a perder o emprego. Também considera que em cada tipo de emprego aparecem tipos específicos de problemas, o que se pode concluir que a análise dos problemas sociais relacionados com o álcool requer uma investigação específica para cada pessoa e cada profissão (EDWARDS, 1982).

Já a relação entre o álcool e o crime é complexa, e a questão da causalidade deve ser tratada com particular cuidado, mas o álcool está direta ou indiretamente implicado em vários tipos de delitos, inclusive crimes violentos e, evidentemente, os ocasionados por dirigir embriagado (EDWARDS, 1998).

A personalidade, a história anterior e as circunstâncias sociais que predispõem ao crime podem, e independentemente, predispor ao alcoolismo. O alcoolismo e a criminalidade são portanto apenas sintomas de um conjunto subjacente de distúrbios. Um problema de bebida pode, também, afetar um criminoso reincidente e profissional, talvez numa fase tardia de sua carreira. Ou pelo contrário, uma pessoa que é primariamente um alcoolista pode cometer uma primeira infração à lei numa idade muito posterior àquela em que geralmente ocorre o primeiro delito, ou se envolver numa seqüência de recidivas (EDWARDS, 1982).

Mas há também, entre os indivíduos que cometem delitos por embriaguez, aqueles que são cidadãos estabelecidos, que têm emprego e lar fixos, e que foram levados a incapacitação pública pelo excesso de bebida.

Os motoristas embriagados também constituem uma população variada, mas com uma composição muito diferente. Dirigir embriagado é, em si mesmo, uma complicação social grave e, dado o perigo inerente para os outros, é lamentável que as atitudes sociais tendam a não considerar esse comportamento como um crime de fato.

As variações da relação álcool-crime são quase infinitas. Todos os tipos de delito podem eventualmente estar relacionados com a bebida, e em muitos tipos essa relação é mesmo freqüente. Os delitos são, especialmente, do tipo “leve”: pequenos furtos, pequenas agressões, não pagar a passagem no ônibus, não pagar a conta no bar, urinar na rua, esmolar (EDWARDS, 1982).

Estar alcoolizado aumenta a chance de violência sexual, tanto para o agressor quanto para a vítima. Da mesma forma, estando intoxicado, o adolescente envolve-se mais em atividades sexuais sem proteção, com maior exposição às doenças sexualmente transmissíveis, como ao vírus HIV, e maior exposição à gravidez. E a ligação entre sexo desprotegido e uso de álcool parece ser afetada pela quantidade de álcool consumida, interferindo na elaboração do juízo crítico. Dados nacionais apontam para uma associação entre uso de álcool, maconha e comportamentos sexuais de risco (como início precoce de atividade sexual, não uso de preservativos, pagamento por sexo e prostituição) (PECHANSKY et al, 2004).

Um aspecto de complicação social que merece maior atenção é o prejuízo em longo prazo resultante do desperdício parcial ou perda total de oportunidades educacionais ou de treinamento. O desligamento da universidade, a não-conclusão de um curso de pós-graduação, o abandono de um curso profissionalizante, tudo isso pode ter graves conseqüências em longo prazo. A bebida nas escolas secundárias é um fenômeno relatado ocasionalmente no Reino Unido e observado mais freqüentemente como causa de preocupação na América do Norte, e o aluno que se embriaga à tarde não terá muitas condições de acompanhar a aula (EDWARDS, 1982).

De acordo com o que foi dito anteriormente, Pechansky et al (2004) afirmam que o consumo de álcool na adolescência está associado a uma série de prejuízos

acadêmicos, explicando que esses podem decorrer de déficit de memória, pois adolescentes com dependência de álcool apresentam mais dificuldade em recordar palavras e desenhos geométricos simples após um intervalo de 10 minutos, em comparação a adolescentes sem dependência alcoólica.

3. CAUSAS DO ALCOOLISMO

Ramos e Bertolote (1997) tentam, através de teorias, comentar as causas do alcoolismo e porquê determinado número de pessoas bebe abusivamente, tornando-se dependente. Estes autores procuram responder a estas questões através das teorias clássicas que tendem para uma vertente biológica, psicológica ou social.

3.1. Teoria Biológica

O pressuposto básico das teorias biológicas é de que o alcoolismo poderá se desenvolver ou não, dependendo de características biológicas inatas, ou seja, que nascem com o indivíduo. Essa hipótese baseou-se no fato de que algumas pessoas quando começam a beber não conseguem aparentemente se restringir a uma ou duas doses, bebendo até a embriaguez. Esse fenômeno, definido como perda do controle, ocorreria em consequência a uma reação fisiológica em cadeia, desencadeada por uma quantidade inicial de álcool. Essa reação levaria à uma ingestão de quantidades cada vez maiores, contrariando a intenção inicial de “tomar apenas uma ou duas doses”. Assim entendida, a perda de controle independeria do controle volitivo, estando somente subordinada a mecanismos fisiológicos disparados pelo álcool. A retirada do caráter de voluntariedade da ingestão de bebidas alcoólicas permite que, ao

dependente de álcool não deva ser atribuída uma falha moral, mas antes, ele deve ser considerado vítima de uma doença, a síndrome de dependência do álcool (SDA), cujo sinal patognômico é a perda do controle.

Vaillant (1999) diz que, nos últimos dez anos, tem surgido um conjunto de evidências cada vez mais convincente de que o alcoolismo não é um defeito metabólico hereditário, nem é, primariamente, causado pela sua presença no meio ambiente da criança. A partir de estudos de crianças interdotadas, Goodwin⁷ (1976;1979), apud Vaillant (1999) tem, persuasivamente, conduzido evidência que o índice elevado de alcoolismo observado nos descendentes dos alcoolistas parece se correlacionar com o abuso de álcool na hereditariedade, e não no meio ambiente.

Com certeza, o alcoolismo parenteral causa dor emocional e distúrbios psicológicos nas crianças dos alcoolistas; certamente algumas destas crianças podem se espelhar em seus pais; sem dúvida, a estrutura familiar dos alcoolistas é peculiarmente distorcida para facilitar o abuso de álcool. Contudo, não há evidências de que esses fatores estatisticamente aumentam o risco do abuso de álcool em crianças, se elas não apresentam parentesco biológico com algum membro da família do alcoolista. Talvez, para cada criança que se torna alcoolista em resposta a um meio ambiente alcoolista, uma outra se abstém de álcool em resposta ao mesmo ambiente (VAILLANT, 1999).

Em um outro estudo, de interadoção de meios-irmãos, realizado por Schuckit⁸ e colegas (1972), apud Vaillant (1999), pode-se observar que crianças com um dos pais

⁷ Goodwin, D. W. *Is Alcoholism Hereditary?* New York: OxfordUniversity Press,1976; Goodwin. *Alcoholism and Heredity*". *Archives of General Psychiatry* 36: 57 – 61, 1979.

⁸ Schuckit, M. A., D. W. Goodwin, and G. Winokur. "A Half-Sibling Study of Alcoholism". *American Journal of Psychiatry* 128: 1132-1136, 1972.

biológicos alcoolistas e que foram criadas por seus pais não-alcoolistas apresentaram um índice de abuso de álcool três vezes mais elevado do que aquele de crianças criadas por um pai adotivo ou substituto alcoolista.

Um aspecto fundamental, que tem sido objeto de ampla discussão na literatura especializada, refere-se ao seguinte fato: se a perda do controle fosse mediada somente por processos fisiológicos, independentemente do controle volitivo, deveria necessariamente ter um caráter transituacional. Ou seja, deveria ocorrer em qualquer situação, bastando que se iniciasse a ingestão de álcool. No entanto, inúmeros experimentos feitos em condições controladas não conseguiram provar essa hipótese (RAMOS e BERTOLOTE, 1997). Segundo Peele⁹ (1986) apud Ramos e Bertolote (1997), alguns autores demonstraram que o comportamento de beber do dependente de álcool é mediado por estímulos ambientais e cognitivos, não podendo ser descrito somente como resultado de uma compulsão biológica que leva a beber até a embriaguez.

3.2. Teoria Psicológica

Não subestimando a importância de fatores biológicos na determinação da “vulnerabilidade” ao alcoolismo, várias teorias tentam explicar o desenvolvimento da dependência de álcool, ou outras drogas, através de processos psicológicos.

⁹ Peele, S. The implications and limitations of genetic models of alcoholism and other addictions. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, p.63-73, 1986.

Influências psicológicas incluem tanto processos cognitivos (pensamento, atenção, memória) como fatores afetivos (sentimentos e atitudes).

As abordagens do tipo comportamental-cognitivas encaram a dependência como um comportamento inadequado que foi adquirido, um hábito, que como tal é passível de análise e modificações.

Algumas características psicológicas como limitações para lidar com situações desagradáveis e alta expectativa do poder redutor de estresse do álcool parecem aumentar muito o risco de desenvolvimento da dependência. Os dependentes de álcool seriam aqueles que aprenderam a lidar com alguns problemas existenciais através do álcool, ou melhor dito, através dos efeitos dessa droga. A expectativa de sentir os efeitos reforçadores do álcool e a grande tolerância adquirida, fariam com que a ingestão não se limitasse a uma ou duas doses (RAMOS e BERTOLOTE, 1997).

Segundo Pechansky et al (2004), o adolescente ainda está construindo a sua identidade, por isso, mesmo sem um diagnóstico de abuso ou dependência de álcool, pode se prejudicar o com seu consumo, à medida que se habitua a passar por uma série de situações apenas sob efeito de álcool. Para ele, vários adolescentes costumam, por exemplo, associar o lazer ao consumo de álcool, ou só conseguem tomar iniciativas em experiências afetivas e sexuais se beberem. Assim, aprendem a desenvolver habilidades apenas possíveis com o uso de álcool e, quando este não se encontra disponível, sentem-se incapazes de desempenhar estas atividades, evidenciando uma outra forma de dependência.

Sem negar a possibilidade de que ocorram casos de alcoolismo secundário, ou seja, como um epifenômeno de um distúrbio psicológico subjacente, a teoria comportamental privilegia a idéia de o alcoolismo ser um comportamento aprendido e,

portanto, com possibilidade de se manifestar em qualquer pessoa (RAMOS e BERTOLOTE, 1997).

Outro aspecto que vem sendo estudado diz respeito a motivações, expectativas e crenças a respeito dos efeitos do álcool. Há evidências de que as expectativas a respeito dos efeitos são formadas em idade bastante anterior ao atual consumo de álcool, sendo bastante influenciadas pelos hábitos alcoólicos familiares.

A literatura tem sugerido que o ambiente familiar pré-separação apresenta características altamente estressantes não só para os cônjuges, mas, principalmente, para os filhos. Quanto a estes, registra-se aumento nas taxas de comportamento agressivos na escola, desinteresse pelo estudo e isolamento social. Jovens que vivem em famílias que passam por momentos de transição nas relações interpessoais experimentam dificuldades psicológicas temporárias que podem estar associadas ao uso aumentado de drogas (BAUS, 2002).

As separações do filho em relação aos pais ou ausência de um dos pais têm sido consideradas, por vários autores, fatores de risco associado ao uso de drogas por parte dos jovens. No entanto, algumas pesquisas têm mostrado que o afeto e o interesse dos pais, o tempo que passam com seus filhos e firmeza de medidas disciplinares tomadas pelos dois pais mantêm a relação com a abstenção ao uso de drogas (BAUS, 2002).

Em 1940, Paul Schilder¹⁰, apud Vaillant (1999), escreveu que “a pessoa alcoolista crônica é aquela que, a partir dos primórdios de sua infância, tem vivido em um estado de insegurança”. Desde então, a infância instável parece prognosticar o futuro alcoolismo. Lares destruídos, pais irresponsáveis, conflitos conjugais, e criação

¹⁰ Schilder, P. 1941. “The Psychogenesis of Alcoholism”. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 2: 277 – 292

inconsistente dão a impressão de tornarem, muitas vezes, mais implicadas no processo. Em um estudo, a associação da fragilidade do ambiente de infância com o futuro risco do abuso de álcool foi exatamente paralela à relação do abuso de álcool parental com o risco futuro de abuso de álcool do sujeito (RAMOS e BERTOLOTE, 1997).

Fatores de personalidade também têm sido muito estudados. Comportamentos problemáticos na adolescência, considerados como parte de um estilo de personalidade descontrolada, impulsiva e em busca de sensações, têm sido relacionados com consumo excessivo de álcool. No entanto, os estudos que procuraram fornecer evidências de diferenças de personalidade entre dependentes de álcool e usuários sociais não apresentaram resultados conclusivos no sentido de ser identificado um tipo de personalidade própria do dependente de álcool. As características psicológicas comuns observadas entre dependentes de álcool seriam resultantes do uso do álcool e não a sua causa (RAMOS e BERTOLOTE, 1997).

Com relação à oralidade, Vaillant¹¹ (1980) apud Kessler et al (2003) descreve que *“não há mais oralidade entre crianças que serão abusadoras de álcool, comparadas com as demais. Entretanto, existe mais oralidade entre alcoolistas que nos grupos controles, ou seja, a oralidade vem com o alcoolismo em vez de precedê-lo.”*

3.3. Teoria Social

¹¹ Vaillant, G. Natural history of male psychological health, VIII: Antecedents of alcoholism and “orality”. Amer J. Psychiatry 1980.

Fatores interpessoais, como a influência dos pares e o comportamento da família, também são muito importantes na determinação do padrão de uso de álcool. São claras as diferenças no consumo de álcool relacionadas a sexo, idade, grupos étnicos, grau de urbanização e religião. Essa observação levou a uma crescente valorização dos fatores sociais na gênese do alcoolismo.

Nas sociedades ocidentais, um dos mais óbvios, mas menos úteis meios de combater o alcoolismo, têm sido proibir a bebida. Com exceção dos países muçulmanos e hinduístas, onde as interdições sociais contra o uso de álcool foram bem-sucedidas, a proibição, raramente, tem constituído uma solução efetiva. A proscricção contra o uso do álcool raramente tem sido tão eficaz quanto as prescrições para o uso de álcool. Primeiramente, as culturas que ensinam as crianças a beber de forma responsável, culturas que ritualizaram quando e onde beber, tendem a apresentar menores índices de abuso de álcool do que aquelas que proíbem as crianças de beber. Segundo, a forma como uma sociedade socializa a embriaguez é tão importante quanto a maneira como ela socializa o beber. Por exemplo, tanto a França quanto a Itália incutem em suas crianças práticas de beber responsável; mas, de fato, a embriaguez pública encontra muito maior aceitação na França do que na Itália, e a França exibe um índice mais alto de abuso de álcool (VAILLANT, 1999).

No que diz respeito ao menor número de dependentes de álcool entre as mulheres, além das conhecidas diferenças no metabolismo de álcool, as explicações em nível cultural são as mais comuns. O número de dependentes de álcool homens é maior que o número de dependentes mulheres. Tem sido sugerido que essa diferença é reflexo de um duplo padrão moral, imposto pela sociedade. A embriaguez é menos aceitável para a mulher, representando uma quebra de estereótipos do comportamento

feminino, enquanto que para os homens pode ser até considerada como prova de masculinidade (RAMOS e BERTOLOTE, 1997).

De acordo com Scioletto¹², apud Rosas et al. (2004), várias características comportamentais presentes na adolescência, como a curiosidade, a rebeldia, a necessidade de ser aceito socialmente pelo grupo de convívio, predispõem a maior vulnerabilidade à experimentação de drogas, sejam estas lícitas ou ilícitas. Estas experimentações podem ter vida curta e esporádica, não gerando seqüelas, ou pode ocorrer de forma a gerar dependência trazendo prejuízos psicossociais, clínicos e podendo induzi-lo à criminalidade (ROSAS et al., 2004). O início precoce da ingestão de álcool em adolescentes, seguidamente, é marcado por episódios infreqüentes de ingestão maciça, quando tentam ficar tão intoxicados quanto possível (LEWIS, 1995).

A percepção que o adolescente tem sobre os problemas decorrentes do consumo de álcool não acompanha, necessariamente, a hierarquia dos prejuízos considerados mais graves. Sabe-se, por exemplo, que 50% dos jovens que bebem regularmente apontam como principal consequência negativa o fato de terem se comportado de uma forma imprópria durante ou após o consumo. Da mesma forma, 33% destes adolescentes queixam-se de prejuízo no pensamento. Apenas 20% descrevem o ato de dirigir alcoolizados como um dos problemas decorrentes, em contraste com o fato de os acidentes automobilísticos com motorista alcoolizado serem a principal causa de mortes nesta faixa etária. Além disso, outros fatores presentes entre adultos (problemas familiares, perda de emprego, prejuízo financeiro) e que, muitas vezes são vistos como alertas para a diminuição do consumo, estão ausentes

¹² SCIOLETTO, S.; JÚNIOR, S.G.H.; ANDRADE, A.G. Uso de drogas entre adolescentes que buscam atendimento ambulatorial: comparação entre consumo de "crack" e outras drogas ilícitas. Revista ABP – APAL, v.19, n.01, p.07-17, maio, 1997.

entre os adolescentes. Esta seria uma possível explicação para os jovens evoluírem mais rapidamente do abuso para a dependência, quando comparados com os adultos (PECHANSKY et al, 2004).

A dependência, por sua vez, faz parte da natureza do homem, uma vez que toda a existência humana está compreendida entre estados de dependência. Durante a vida o ser humano cria relações de dependência com objetos, pessoas e situações (OMS, 1981). Algumas dessas relações são importantes para o bem-estar, outras causam prejuízo, perda da autonomia, etc, sendo a dependência química um exemplo disto.

Stuart e Laraia (2001) apresentam alguns fatores de risco para o uso de álcool na adolescência, tais como: familiares usuários de álcool, conflito familiar, disponibilidade, baixo compromisso com a escola, problemas comportamentais persistentes e precoces, associação com colegas que usam álcool, alienação e rebeldia, entre outros.

4. SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA

A motivação do paciente para o tratamento é fator decisivo ao sucesso terapêutico. Essa motivação poderá ser espontânea ou desencadeada pela intervenção da equipe, através de uma postura compatível com a visão do alcoolismo como uma doença, e não um defeito moral. Ao profissional caberá examinar, com o paciente e sua família, o uso de álcool, facilitando a avaliação da correlação entre os problemas relatados (familiar, ocupacional, situação de saúde) e a ingestão de bebidas alcoólicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Após o paciente relacionar os problemas que o uso de bebidas alcoólicas traz à sua vida, caberá ao profissional de saúde explicar que esta situação é passível de reversão com o tratamento. Essa explicação é de grande importância em vista da idéia, bastante difundida, de que estes quadros costumam ser irreversíveis; postura essa que, de forma alguma, beneficia os pacientes, mesmo aqueles mais graves (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Uma vez o paciente abordado e, conseqüentemente, motivado para o início do tratamento, é na desintoxicação que a equipe terá a primeira chance de demonstrar, na prática, que pode ajuda-lo. É durante a síndrome de privação que o paciente estará mais disposto a ser ajudado e tudo que fizermos por ele nesta fase colaborará para o fortalecimento do vínculo terapêutico (RAMOS e BERTOLOTE, 1990).

Ao deparar com um alcoolista intoxicado, a primeira questão a ser ponderada pelo profissional de saúde é verificar se esta situação pode ser tratada

ambulatorialmente ou se está indicada a hospitalização do paciente. A atitude carinhosa e compreensiva do profissional, antecipando ao paciente o que poderá vir a sentir (como, por exemplo, insônia, tremor, irritação e sudorese), aumentará a tolerância do mesmo a tais sintomas, quando aparecerem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Para Ramos e Bertolote (1990), sempre que possível, os pacientes devem ser desintoxicados em regime ambulatorial. Em casos um pouco mais graves e que reúnam condições de fazer um internamento domiciliar, esta deve ser a segunda opção, deixando-se a hospitalização para o último caso.

Pitrez e Pitrez (1998), também concordam com a abordagem ambulatorial. Para eles, a hospitalização só seria indicada na presença de suporte familiar pobre, negação insistente do uso de drogas (quando obviamente está utilizando), possibilidade de causar danos físicos a si mesmo ou a outros, presença de sinais e sintomas médicos ou psiquiátricos, que requeiram observação próxima (psicose, *delirium*, extrema debilidade física).

A Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) é responsável por um aumento significativo na morbidade e mortalidade associadas ao consumo de álcool e é um dos critérios diagnósticos da síndrome de dependência de álcool. Caracteriza-se por sinais e sintomas decorrentes de uma interrupção total ou parcial de consumo de bebidas alcoólicas em dependentes que apresentam um consumo prévio significativo (MACIEL, KERR-CORREA, 2004).

Ao suspender a ingesta crônica de álcool, ou um consumo durante um período mais curto, mas com quantidade mais abundante, surgem manifestações neurológicas derivadas da dependência física do etanol (BONET e JIMÉNEZ, 1998). A maioria dos dependentes (70% a 90%) apresenta uma síndrome de abstinência entre leve a

moderada, caracterizada por tremores, alucinações e convulsões. Ela se dá cerca de 24 e 36 horas após a última dose. Apenas medidas de manutenção geral dos sinais vitais são aplicadas nesses casos (LARANJEIRA et al, 2003).

Os sinais e sintomas mais comuns, da SAA são, entre outros, agitação, ansiedade, alterações de humor (disforia), tremores, náuseas, vômitos, taquicardia e hipertensão arterial (MACIEL, KERR-CORREA, 2004). A SAA é autolimitada, com duração média de 7 a 10 dias (LARANJEIRA et al, 2003). Por volta de 5% dos dependentes apresentarão uma síndrome de abstinência grave (*delirium tremens*) (MACIEL, KERR-CORREA, 2004).

Kapczinski et al (2001) garante que a síndrome da abstinência alcoólica é subdividida em três grupamentos de sintomas, cada um deles com bases fisiológicas próprias. Nos sintomas do grupo A (excitação do Sistema Nervoso Central) estão ansiedade, disforia, aumento da sensibilidade a estímulos sensoriais abruptos, insônia, labilidade emocional, hiperatividade motora, inquietação e sensação de mau pressentimento. Classificados como sintomas do grupo B (hiperatividade adrenérgica) estão calafrios, diaforese, febre, estado hipermetabólico (aumento da necessidade de fluidos e nutrientes), hipertensão, tremores musculares, midríase, náuseas e vômitos, palpitações, piloereção e taquicardia. No último grupo de sintomas, o grupo C (*delirium* por abstinência alcoólica), estão déficit de atenção, desorientação, hiperventilação, prejuízo da memória, agitação psicomotora, alucinações visuais, auditivas e táteis. Tais alucinações podem ocorrer simultaneamente, configurando o DT.

O sintoma de abstinência mais comum, segundo Laranjeira et al (2003), é o tremor, acompanhado de irritabilidade, náuseas e vômitos. Acrescenta que este sintoma aparece, mais comumente, em forma de tremor distal, tem intensidade variável

e aparece algumas horas após a diminuição ou parada da ingestão, mais observados no período da manhã. Estes sintomas, se não tratados, duram de três a quinze dias. A razão fisiológica é um aumento da atividade das células adrenérgicas que elevam o nível de noradrenalina. Portanto, o tratamento deve ser à base de agentes simpaticomiméticos.

Cerca de 4% dos dependentes com síndrome de abstinência apresentam alucinações que podem afetar todos os sentidos. É freqüente a visão de insetos ou de pessoas ou a escuta de vozes. Estes sintomas cedem com a administração medicamentosa diária. Se o quadro for grave, pode ser necessária a contenção do paciente (LARANJEIRA et al, 2003).

Crises convulsivas aparecem em 3% dos casos e geralmente são autolimitadas, não requerendo tratamento específico. A mortalidade gira em torno de 1%. Os dependentes de álcool estão sujeitos a sofrer convulsões durante as primeiras etapas da síndrome de abstinência. Trata-se de convulsões do tipo grande mal e podem acompanhar-se de tremores e alucinações (LARANJEIRA et al, 2003).

As convulsões secundárias a quadros de abstinência alcoólica são, geralmente, do tipo tônico-clônicas (ou grande mal), únicas e incidem nas primeiras 48 horas (com pico entre 13 e 24 horas), como já dito, após a suspensão ou redução do consumo de álcool. Entretanto, sintomas focais podem aparecer em cerca de 5% dos quadros convulsivos secundários à abstinência alcoólica.

A chance de ocorrência de outra crise convulsiva, em seis meses, é de 41%, e essa prevalência aumenta com o passar do tempo, chegando a 55% em três anos. O estado de mal epilético é um quadro grave, com alta taxa de mortalidade (cerca de 10%) e não é raro entre pacientes com síndrome de abstinência alcoólica. Um estudo

realizado em 1980 demonstrou que 21% dos pacientes em estado de mal do tipo tônico-clônico estavam em abstinência alcoólica. O tratamento desse quadro deve ser instituído o mais brevemente possível, em unidades de atendimento de urgências clínicas (MACIEL, KERR-CORREA, 2004).

Quase sempre, o aparecimento de convulsões está associado a quadros mais graves de abstinência a grande parte dos pacientes que não são tratados adequadamente evolui para DT.

O *delirium* é uma causa comum de comportamento alterado em pessoas com alguma doença física que não foi diagnosticada nem tratada de forma adequada. Vários termos ao longo dos anos foram usados para descrever essa síndrome, incluindo estados confusionais agudos, síndrome cerebral aguda, psicossíndrome cerebral aguda e reação orgânica aguda.

O DT é um quadro específico de *delirium*, relacionado à abstinência do álcool. Quadros de *delirium* usualmente apresentam sintomas flutuantes, com piora significativa à noite. São comuns alterações cognitivas, da memória e da atenção e desorientação temporo-espacial. A atenção diminuída e distúrbios do pensamento resultam em fala incoerente. São comuns alterações sensoperceptivas (alucinações e ilusões), sendo as alucinações visuais bastantes comuns. Delírios também são freqüentes, em geral persecutórios e relacionados à desorientação temporo-espacial. Alterações do humor são usuais e variam desde intensa apatia até quadros de ansiedade intensa; a presença de alterações no ciclo sono-vigília é constante. Infelizmente, muitos casos não são adequadamente detectados e, portanto, não são tratados (MACIEL, KERR-CORREA, 2004).

O DT é uma condição pouco freqüente entre os dependentes de álcool, ocorrendo em menos de 5% da população em abstinência. No entanto, ele é responsável por grande morbidade e mortalidade associadas à SAA, por não serem adequadamente diagnosticadas. O DT inicia-se, habitualmente, até 72 horas (embora possa começar depois de até sete dias) após a abstinência e compreende sinais e sintomas variados, como confusão mental, alucinações, tremores, febre (com ou sem sinais de infecção) e hiper-responsividade autonômica, com hipertensão, taquicardia e sudorese.

Deve-se suspeitar de DT em todos os casos de agitação em um paciente com SAA cuja pressão arterial esteja acima de 140/90 mm Hg, a freqüência cardíaca seja maior que 100 bpm e a temperatura superior a 37°C. Taxas de mortalidade são elevadas, variando de 5% a 15% dos pacientes com essa condição. Poucos estudos, no entanto, definem adequadamente quadros de DT levando em consideração comorbidades clínicas/psiquiátricas, traumas, entre outros. A causa mais comum de morte é falência cárdio-respiratória. A fisiopatologia dos quadros de DT continua pouco compreendida.

Outro sintoma que deve ser comentado é a síndrome de Wernicke Korsakoff (SWK). Embora as síndromes de Wernicke e de Korsakoff tenham sido originalmente descritas como entidades diferentes, tornou-se cada vez mais claro que são conseqüências intimamente relacionadas com a mesma patologia. Os elementos da síndrome de Wernicke podem ser entendidos como a fase aguda da doença, enquanto que os da síndrome de Korsakoff representariam o defeito residual que permanece após a doença aguda, embora às vezes um distúrbio de Korsakoff se desenvolva

insidiosamente e sem uma clara história prévia de doença do tipo Wernicke (EDWARDS, 1982; MACIEL, KERR-CORREA, 2004).

Essa síndrome é uma complicação potencialmente fatal associada à deficiência de vitamina B1 ou Tiamina. Foi descrita, como já dito, como duas entidades distintas, encefalopatia de Wernicke e psicose de Korsakoff.

A síndrome é composta por uma tríade de anormalidades clínicas descritas por Wernicke, oftalmoplegia, ataxia e confusão mental. Esses seriam os pilares do diagnóstico da síndrome; porém, a presença de todos esses sintomas não é necessária para o diagnóstico de SWK, sendo mais rotineiramente encontrados sinais isolados. Os movimentos oculares podem consistir em nistagmo horizontal e vertical, fraqueza ou paralisia do músculo reto lateral e do olhar conjugado. Em casos avançados, pode-se encontrar oftalmoplegia completa. A confusão mental é caracterizada por diminuição do estado de alerta e atenção e alteração senso-perceptual e da memória. Quadros de confabulação são comuns nesse grupo de pacientes. Algumas vezes há progressão para coma (MACIEL, KERR-CORREA, 2004).

A SWK é uma síndrome comumente associada à dependência de álcool. O consumo crônico de álcool está relacionado à baixa absorção de tiamina pelas células intestinais, bem como à menor fosforilação da mesma, em sua forma ativa, e diminuição do estoque hepático de tiamina. Esses fatores, associados à menor ingestão de alimentos contendo tiamina, podem ser uma das causas da baixa concentração de tiamina nos dependentes de álcool (MACIEL, KERR-CORREA, 2004).

A Síndrome de Marchiava Bignami, também denominada degeneração primária do corpo caloso, é também um sintoma de abstinência alcoólica. Essa síndrome é uma doença mais comumente definida pelos aspectos patológicos que pelos clínicos. A

principal alteração é encontrada na porção medial do corpo caloso onde, ao exame de olho nu, vê-se uma diminuição da densidade do tecido, com leve depressão avermelhada ou amarelada, dependendo do tempo de lesão.

É uma doença rara, que afeta idosos e, com poucas exceções, todos os pacientes acometidos são dependentes de álcool. Alguns apresentam, no estágio terminal, quadros de estupor e coma, e outros, sintomas compatíveis com quadro de intoxicação crônica e síndrome de abstinência. A etiologia e a patologia desse quadro não foram bem esclarecidas até o momento (MACIEL, KERR-CORREA, 2004).

O abuso e a abstinência originam diversos sintomas psiquiátricos, como ideação e tentativas de suicídio e homicídio, episódios de agitação psicomotora, síndromes psicóticas, maníacas, depressivas e ansiosas, além dos vários sintomas clínicos já comentados, podendo ser causadoras de óbito, principalmente quando não-identificadas (KAPCZINSKI et al, 2001).

5. PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE ATENDENDO AOS ADOLESCENTES QUE CONSOMEM ÁLCOOL

Os problemas relacionados ao consumo de álcool devem ser investigados por todos os profissionais de saúde, em todos os adolescentes. O diagnóstico precoce melhora o prognóstico entre esses indivíduos. Aqueles que possuem um padrão nocivo de consumo devem ser motivados para a abstinência ou a adoção de padrões mais razoáveis de consumo. Para aqueles que possuem diagnóstico de dependência de álcool, o encaminhamento para um serviço de tratamento especializado deve ser recomendado (LARANJEIRA et al, 2003).

Nos últimos anos os profissionais de saúde estão se deparando com um novo e preocupante problema, o aumento do alcoolismo feminino e do adolescente. Nos adolescentes, além dos problemas clínicos, psíquicos e sociais do alcoolismo estarem afetando-o numa fase de crescimento e aprendizado, essa iniciação precoce no uso do álcool pode levá-lo à cronicidade prematura (TEIXEIRA et al, 1997).

No nível de prevenção primária, o conflito intenso entre pais e adolescentes, além de não ser a norma, dificulta o desenvolvimento da identidade desse ser em formação. A transição positiva para a adolescência se faz através da negociação de mudanças nas relações entre pais e filhos, em busca da autonomia. Quando isso não acontecer, o adolescente poderá se distanciar dos pais de forma hostil para conseguir manter o controle sobre sua independência. Desta forma, um dos principais objetivos das intervenções baseadas na família com adolescentes envolvidos com uso abusivo

de drogas deve ser o da reconstrução do vínculo emocional dos pais em relação ao jovem, de forma a atender às necessidades de ambos (SCHENKER e MINAYO, 2003).

O papel do enfermeiro é muito importante para o reconhecimento destes riscos e para orientação destes jovens. O profissional deve conhecer a motivação do adolescente. É preciso ter em mente que o uso de drogas pode ser uma expressão de rebeldia com apoio do grupo de iguais, bem como um modo de obter prazer (TEIXEIRA et al, 1997).

Inicialmente, é importante que o profissional tenha idéias dos efeitos físicos e mentais das principais drogas, bem como forma de uso. Os profissionais devem ter maior preocupação com os adolescentes de rua, institucionalizados ou com complicações no Judiciário; todos os adolescentes com transtornos psiquiátricos; filhos de usuários de drogas; com história de acidentes recorrentes ou queixas/manifestações somáticas não explicáveis rotineiramente; alteração para pior no desempenho escolar; mudança no grupo de amigos; alterações na conduta e no afeto: brigas, irritabilidade, sonolência, desmotivação, apatia, furtos, mentiras (SZOBOT; PECHANSKY, 1998; PITREZ; PITREZ, 1998).

Outros comportamentos que devem ser preocupantes para os profissionais são as posições extremas e hostis ao se falar sobre drogas (exemplo, a legalização da maconha), não apenas como um modismo adolescente; jovens que apresentam a cultura da droga nas roupas e pertences, adesivos sugestivos de drogas, bem como certos tipos de música; que tenham tempo livre: desinteresse por atividades extracurriculares, abandono de atividades que lhe eram rotineiras; e que em casa permaneçam com o quarto, em geral, fechado, com incenso ou purificador de ar (SZOBOT; PECHANSKY, 1998).

Pitrez e Pitrez (1998) ainda acrescentam a esta lista, adolescentes que apresentam acidentes repetidos de carro e/ou moto, troca de grupo de amigos (para um grupo reconhecido como usuário de drogas), desaparecimentos de objetos pessoais do indivíduo, troca do dia pela noite, insônia e/ou sonolência. E ao exame físico estes pacientes apresentam um notável emagrecimento, descuido com a aparência pessoal e distratibilidade.

Estas são situações que podem ser levadas pela simples conversa com o adolescente e/ou familiar. Espera-se que o profissional, tendo uma idéia de quem é, afinal aquele adolescente, como ele está nas áreas de estudo, lazer, família e aspirações, possa detectar certas situações que, ou mudaram na sua vida, ou não estão de acordo com o esperado para a fase do desenvolvimento. Neste sentido, é enriquecedor, por exemplo, pedir que descreva como é a sua rotina diária e o seu lazer, como está o desempenho escolar e quem são as principais pessoas fora do ambiente familiar (SZOBOT; PECHANSKY, 1998).

Na abordagem individual, o profissional precisa desenvolver com o adolescente uma relação baseada na cumplicidade e interatividade, conquistando assim a sua confiança e assegurando o sigilo. Afinal, o adolescente vai assumir que deseja experimentar ou já experimentou algumas substâncias psicoativas somente se confiar no profissional que o está atendendo. A avaliação deve ter por base uma anamnese que contemple informações relativas ao contato, experimentação ou uso freqüente, tipo de substâncias, tratamentos anteriores; identificação de fatores de risco; exame físico completo (PEREIRA, 2001).

Os profissionais que lidam com adolescentes devem estar preparados para uma avaliação adequada quanto ao possível uso abusivo ou dependência de álcool nesta

faixa etária. Entretanto, é importante destacar que os critérios empregados por alguns instrumentos para diagnóstico de abuso e dependência de álcool foram desenvolvidos para adultos e devem ser aplicados com ressalvas para adolescentes. Assim, é fundamental que os profissionais conheçam as características da adolescência e as particularidades da dependência química nesta faixa etária (PECHANSKY et al, 2004).

Há dois tipos de avaliações que podem ser realizadas com jovens que mantiveram/mantém contato com essas substâncias. A primeira subdivide esses adolescentes em cinco grupos: o que nunca utilizou; o que experimenta sem riscos; o que experimenta com fatores de risco; o que abusa e; o que é dependente (PEREIRA, 2001).

Em função disso, a segunda avaliação trata de diferenciar o que é uso, abuso e dependência. O uso ou experimentação de psicoativos ocorre na frequência de até cinco vezes na vida (uso na vida) e, portanto, não apresenta conseqüências nas diversas dimensões da vida do indivíduo. O uso freqüente é quando acontece mais de seis vezes no mês. O abuso pode acontecer em pessoas que recém iniciaram o seu uso com repercussões em longo prazo. O abuso pode evoluir para dependência. Em qualquer uma das situações de uso, abuso ou dependência, a intoxicação pode acontecer em função da dose. Quando acontece a diminuição da substância no sistema nervoso central, ocorre a abstinência (PEREIRA, 2001).

A imagem do usuário de drogas como alguém incapaz de funcionar adequadamente dentro da sociedade reflete, na realidade, o estágio final do problema, sendo difícil o reconhecimento em estágios iniciais. A identificação de sinais precoces de comportamento de dependência é altamente necessária para que a família e o setor escola e saúde possam tomar providências com maiores chances de sucesso. Tem-se

a questão se a ausência à escola seria uma consequência do uso de drogas ou marcaria um comportamento de dificuldade em outras áreas, que incluiria ou culminaria com o uso de drogas. Independentemente do que tenha acontecido antes, no entanto, o absenteísmo atual à escola é um marcador de necessidade de intervenção. Dada a contemporaneidade desse fator, deve ser o indicador mais útil para a detecção e intervenção precoces em problemas de vida ou comportamentais entre escolares (TAVARES et al, 2001).

Observa-se, às vezes, uma conduta de extrema permissividade, onde o profissional parte do princípio, por exemplo, de que maconha não é problema, não avaliando o impacto da maconha naquele paciente em si. Noutras situações, constata-se postura muito rígida, do tipo: usuário de droga é sinônimo de delinquente, mentiroso e irrecuperável. Com isso, rechaça-se o adolescente, pois não há como uma dupla querer conseguir trabalhar harmonicamente quando um está criticando ou condenando a atitude do outro. Se um jovem não sentir um clima de confiança e receptividade, certamente passará a omitir informações ou a se esquivar dos encontros com o profissional em questão (SZOBOT; PECHANSKY, 1998).

Nos casos de maior risco, como adolescente com piora no desempenho escolar, cabe conversar com ele, perguntar sobre a sua experiência com droga. Pode-se também, por ter detectado uma alteração, encaminhar ao profissional de saúde mental. Segundo Szobot e Pechansky (1998), o profissional deve, em conjunto com o adolescente, ocupar um espaço para ouvir o familiar.

Embora a atenção do adolescente esteja voltada para fora do lar e centrada nos grupos de colegas e amigos, para compreendê-lo torna-se necessário inseri-lo no contexto familiar e sócio-cultural, pois a família, nuclear e extensa, integrada à cultura, é

que fornece as bases para o desenvolvimento. Ela é o lugar privilegiado da socialização primária, cuja proposição principal é o asseguramento de comportamentos normalizados pelo afeto e pela cultura. Por isso, a família é fundamental no tratamento do uso abusivo de drogas de seu adolescente (SCHENKER e MINAYO, 2003).

A parceria com a família deve iniciar com reflexão sobre os sentimentos que podem bloquear esse processo de mudança e deve envolver todos seus membros. Primeiramente, pode existir a mágoa com o comportamento do filho. É importante discutir com os pais a necessidade de diferenciar o filho, aquele que habita em seus corações, do seu comportamento considerado marginal, retomando a comunicação baseada na amorosidade. Outro sentimento que pode aflorar é o medo da perda. A dependência dos filhos em relação aos pais já não existe mais em sua totalidade nesse período da adolescência, e muitas vezes por esse medo de que não aceitem os limites e possam ir embora, perdem sua função protetora ao aceitar as imposições dos filhos. O sentimento de culpa pode levar a uma comunicação baseada nas cobranças e na raiva, que com o tempo pode se disfarçar no cansaço e na desistência de lutar pelo filho (PEREIRA, 2001).

Liddle e Dakof¹³ (1995) apud Schenker e Minayo (2003), explicam que existe uma distinção entre terapia de família e intervenções que envolvem a família. A primeira estabelece uma conexão entre as relações familiares e a formação e o uso contínuo do abuso de drogas. A segunda é vista como mais uma das áreas de intervenção e, além disto, envolvem a família somente em diferentes formas de auxílio ou de provisão de informação.

¹³ LIDDLE, H.A.; DAKOF, G.A. Efficacy of family therapy for drug abuse: promising not definitive. *Journal of Marital and Family Therapy*, 1995.

Após estabelecer uma parceria com a família, o profissional de saúde pode sugerir a possibilidade de se estabelecer uma comunicação emocional, onde os pais expressam seus sentimentos e podem se aproximar através do abraço e da declaração de amor ao filho. Muitas vezes, o adolescente confunde o crescimento e a autonomia com o afastamento físico e emocional dos pais e, para romper com isso, o processo de individualização deve ser associado ao pertencimento à família (PEREIRA, 2001).

Uma questão importante na capacidade de detecção do uso de drogas na adolescência é a contra-transferência do profissional, sentimentos despertados pela situação do adolescente, e, também, a sua própria opinião sobre o assunto.

No nível de prevenção secundária, as situações causadas por álcool e drogas de abuso sempre são diagnósticos diferenciais a serem considerados, principalmente em atendimentos de emergência. Várias circunstâncias podem ser causadas por estarem relacionadas a intoxicações ou abstinências, como acidentes de trânsito, episódios de violência física e sexual, agressões físicas intrafamiliares e muitas outras situações. Tais situações são ainda complicadas pela carga moral que acarretam. O adolescente dificilmente comunicará o abuso de substâncias de forma espontânea em um ambiente de atendimento emergencial, a não ser em casos de risco de vida ou episódios graves de pânico (KAPCZINSKI et al, 2001).

Para muitos adolescentes, o atendimento inicial poderá significar o início da confrontação com o grave problema do alcoolismo, e para uma parcela destas, o ingresso em atendimentos continuados. Portanto, o papel do profissional que presta o primeiro atendimento vai além do manejo das situações clínicas geradas pela intoxicação ou pela abstinência de drogas, mesmo que seja do senso comum a dificuldade de conciliar os ideais com a realidade (KAPCZINSKI et al, 2001). É muito

importante, nessa ocasião, que o adolescente possa sentir que as pessoas que o confrontam querem realmente ajudá-lo. Fazem isso porque gostam dele, e vale a pena investir (RAMOS e BERTOLOTE, 1990).

No atendimento de urgência o jovem fora de risco iminente, pode ou não estar em condições de fornecer dados para a coleta da história. Pesquisas têm apontado o próprio adolescente como uma fonte fidedigna de dados. Em casos nos quais isso não é possível, os familiares, os acompanhantes ou mesmo as equipes de para-médicos que o trouxeram ao atendimento poderão fornecer as informações. Quanto ao jovem comatoso, é importante investigar qual a substância utilizada, se houve o uso de uma ou mais drogas e uma estimativa da quantidade (KAPCZINSKI et al, 2001).

O nível alcoólico cai em média 15 mg% a cada hora, independentemente da quantidade de álcool ingerida, de forma que o indivíduo que atingir 150 mg% levará 10 horas para livrar-se do álcool. A intoxicação alcoólica é mais bem manejada com contenção física, se necessário, e suporte emocional, tentando-se evitar o uso de drogas que podem interagir com o álcool. É importante posicionar o paciente em decúbito lateral para evitar aspiração no caso de vômitos (KAPCZINSKI et al, 2001).

Todos os dependentes precisam e devem ter acesso a tratamento em qualquer fase de sua doença, bem como seus familiares. O envolvimento da família no tratamento do paciente é fundamental, pois propicia uma maior adesão do mesmo ao tratamento, bem como uma melhor qualidade de vida aos integrantes do núcleo familiar (MACIEL, KERR-CORREA, 2004).

No atendimento dos alcoolistas, pessoas que vêm sofrendo e causando prejuízos a si e a outros, resultantes do uso abusivo do álcool, há duas fases: a de desintoxicação ou afastamento da bebida e a de recuperação ou manutenção. A

primeira, a síndrome de abstinência, se existente, motiva o adolescente para a fase seguinte. A segunda reorganiza sua vida, sem o uso prejudicial da bebida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

A abstinência ao álcool, principalmente nas primeiras semanas, causa desconforto. Na abstinência prolongada, o adolescente sentirá falta da bebida, tendo de aprender ou reaprender a executar uma série de atividades diárias, sem o uso de álcool. Em muitos momentos, sentirá intenso desejo de voltar ao antigo hábito. A equipe profissional deve estar preparada para fornecer total apoio a ele, compreendendo suas dificuldades iniciais decorrentes da interrupção do uso de álcool. Em diversas situações os profissionais de saúde poderão sentir-se invadidos por sentimentos intensos de raiva, frustrações, rechaço e desânimo. Faz-se, no entanto, necessário que reconheçam a presença destes sentimentos, para que não se deixem reger por eles (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Os profissionais de saúde, em especial da enfermagem, têm um papel importante na prevenção e identificação de fatores de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas, pois as conseqüências podem ser graves e requerem encaminhamentos para tratamento de abuso e dependência. A intervenção em casos leves de uso e experimentação, realizando uma abordagem individual com esclarecimento do jovem, e, até uma parceria com os familiares, podem alterar o prognóstico positivamente (PEREIRA, 2001).

Para Anderson (1999) apud Cherobini (2004), a prevenção primária se dá antes do uso abusivo de drogas, fazendo-se necessário promover atividades educacionais para promoção da saúde, informação, medidas sociais e legais. A prevenção secundária dá-se durante os primeiros estágios do uso abusivo, sugere-se para essa

um diagnóstico precoce, intervenção de crise, vigilância e investimento. Na prevenção terciária quando a farmacodependência já se instalou, aplica-se a desintoxicação, tratamento e reintegração social.

Nesse sentido, Stuart e Laraia (2001) aconselham que o enfermeiro, ao trabalhar com um adolescente, tenha um contato inicial diretamente com esse jovem. Isso porque através deste contato, o enfermeiro alinha-se com seus aspectos independentes e maduros. Teixeira (1997) acredita que para a equipe de enfermagem, assim como para outros profissionais de saúde mental, a internação é uma oportunidade para abordagens. Após a alta deve-se prosseguir com acompanhamento ambulatorial ou de outro sistema de apoio.

Na prevenção terciária, a recaída pode ser iminente, e o adicto precisa estabelecer um plano, no qual possa enfrentar sua vida diária e futura sem o consumo da droga. O indivíduo deve tornar-se um agente ativo e responsável pela sua mudança, entender a recuperação como uma tarefa de aprendizado, evitar culpar-se por atos que aconteceram no passado, não se colocar como vítima de compulsões que fogem ao seu alcance, mas aprender a autocontrolar-se (CHEROBINI, 2004).

Bezerra e Linhares¹⁴ (1999) apud Pereira (2001) sugere que os profissionais proponham que a família assuma como suas decisões, as seguintes declarações: amor incondicional aos filhos; intolerância às drogas; responsabilidade; não compactuar segredos ao que se refere ao uso de droga.

¹⁴ Bezerra, V.C.; Linhares, A. C. A família, o adolescente e o uso de drogas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, v.1, p. 184-196, 1999.

Em todos os momentos a família deve estar presente na prevenção da recaída, dando apoio, participando e incentivando o indivíduo a continuar com o seu objetivo, que é o não uso da droga. Segundo Gorski (2004) apud Cherobini (2004), os membros da família, colegas de trabalho, terapeutas e companheiros do grupo de ajuda, podem ser muito úteis na prevenção de recaída, pois estes, ao detectar os sinais de aviso podem fazer algo sobre eles, para tanto se faz necessário conhecer estes sinais. Trabalhar a família do dependente ajuda a promover a reestruturação e reorganização, tornando-a mais participante do problema, diminuindo a destrutividade surgida durante as crises, e reduzindo a intensidade das tensões intrafamiliares. A partir do momento que os pais descobrem que seu filho é um usuário de álcool devem encarar essa situação, e procurar ajuda para enfrentá-la (CHEROBINI, 2004).

A equipe multiprofissional constituída pelo médico, assistente social, psicólogo, psiquiatra, equipe de enfermagem e outros profissionais de saúde, devem atuar com o objetivo único que consiste em assumir o acompanhamento do adicto em recuperação. Esta equipe, através de participação nos grupos de auto-ajuda, psicoterapia de apoio, atendimento individual, assistência domiciliar, auxiliam na prevenção da recaída (CHEROBINI, 2004).

Sem dúvida, a melhor abordagem para esta problemática do uso abusivo de álcool é evitar que o problema ocorra. Educação supõe programas de prevenção na escola, em que os próprios professores sejam orientados para trabalhar com o adolescente em opções de lazer e vida mais saudáveis. Abordagens terroristas não funcionam para esta faixa etária (PITREZ e PITREZ, 1998), e não há como negar o fato de que se utilizar drogas, e entre elas o álcool, não fosse, num primeiro momento, fonte

de prazer, sua prevalência não seria tão alta. O problema reside no fato de que essa fonte de prazer pode escravizar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse trabalho, que teve por objetivo fornecer subsídios para os profissionais da saúde na orientação de usuários adolescentes de álcool e seus familiares, pode-se identificar que o uso de bebidas alcoólicas inicia-se cedo na vida, entre o início e o fim da adolescência.

É preocupante saber que jovens de Porto Alegre ingerem a primeira dose da bebida aos 10 anos; aos 14 anos tomam o primeiro porre e, que, aos 18 anos de idade, quase 100% dos jovens já experimentaram esta droga. O que se pode notar, é que a mídia, que ocupa um papel importante na influência dos adolescentes, apresenta, com frequência, comerciais de bebidas alcoólicas. Nestes, constam temas como: alegria, beleza, juventude, o que desperta a curiosidade de um ser em formação.

O que pode ainda piorar a situação, é a forma de acesso. Apesar de proibida as vendas de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos, os adolescentes consomem esta droga em festividades, no ambiente familiar ou público com muita facilidade. Isso porque o álcool é uma droga que não sofre tanta repressão pela sociedade, como outras drogas lícitas.

Porém, a grande preocupação para os profissionais de saúde, é que, além dos prejuízos no desenvolvimento do adolescente, o abuso de álcool está relacionado com internações hospitalares, mortes em acidentes de trânsito, brigas, entre outros problemas que merecem intervenção de profissionais.

Com esses dados, podemos inferir a importância dos profissionais de saúde no que diz respeito aos cuidados dos adolescentes. Quando se fala em cuidados, inclui-se não apenas a cura do adolescente que abusa do álcool, mas, principalmente, a prevenção primária e a orientação dos familiares destes jovens. Esta prevenção deve ser realizada não apenas por profissionais de saúde, mas sim, por todos aqueles que convivem com o adolescente. A prevenção deve iniciar em casa, pelos pais e familiares, através de conversas e esclarecimento de dúvidas. Depois, no colégio, com os professores, em sala de aula.

Mas para isso, é preciso que estes educadores tenham uma noção muito clara de que eles, querendo ou não, são modelos de identificação dos seus jovens. É claro que estes não podem assumir o papel ou adquirir todos os conhecimentos de um profissional de saúde, mas é importante que conheçam maneiras de esclarecer os adolescentes.

Além disso, acredita-se que é de extrema importância a inclusão de uma disciplina sobre drogas no ensino fundamental. Nesta, os alunos teriam abertura para esclarecer dúvidas e receberem as informações necessárias para lidarem com as drogas em geral, pois querendo ou não, a maioria dos adolescentes passa por uma fase experimental e, que, se bem orientados, transitória.

Caso o adolescente avance nesse consumo, e passe a ser um usuário freqüente, abusador ou dependente, é necessário que os profissionais de saúde entrem em cena. A fim de que estes possam ajudar esses usuários é necessário que estejam a par de que o diagnóstico precoce é importante; que o adolescente deve ser motivado para a abstinência ou um padrão razoável de consumo; que aqueles que possuem diagnóstico de dependência devem ser encaminhados para um serviço de tratamento

especializado, que tenha idéia dos efeitos físicos e mentais das principais drogas e que o papel do enfermeiro é muito importante para o reconhecimento dos riscos e para orientações destes jovens.

Por saber que o álcool é uma das substâncias mais usadas pela humanidade, tendo em vista a alta prevalência do consumo de álcool por adolescentes, e a necessidade de preparo e atualização dos profissionais da saúde para lidar com este problema, foi abordado neste trabalho o abuso de álcool por adolescentes, os problemas enfrentados por eles e apresentados subsídios para os profissionais de saúde no atendimento destes adolescentes e seus familiares.

REFERÊNCIAS

BAUS, José; KUPEK, Emil; PIRES, Marcos. **Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares.** Revista de Saúde Pública, fev, 2002, vol. 36, nº1, p.40-46.

BONET, Rafael Cabrera; JIMÉNEZ, José Manuel Torrencilla. **Manual de Drogodependência.** Madrid: Cauce Editorial, 1998.

CARTER, Betty; McGOLDRICK; Mônica; et al. **As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma estrutura para a terapia familiar.** 2ª ed, Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CHEROBINI, Márcia; POSSER, Sandra. **A recaída na dependência química.** Congresso Brasileiro de Enfermagem 56. Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem [livro em formato eletrônico]; 2004 Out 24-29 [capturado 2004 Nov 15]; Gramado, RS, Brasil. Porto Alegre: ABEn-RS; 2004. Disponível em: <http://abennacional.org.br/restodoendereço>, acessado em 02/11/2004.

EDWARDS, Griffith. **A Política do álcool e o bem comum.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

EDWARDS, Griffith. **O Tratamento do Alcoolismo.** Londres: Grant McIntyre Ltda, 1982.

FLAHERTY, Joseph A.; DAVIS, Jonh M.; JANICAK, Philip G. **Psiquiatria: diagnóstico e tratamento.** 2ª edição, Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FUCHS, Flávio Danni; WANNMACHER, Lenita. **Farmacologia Clínica: Fundamentos da terapêutica racional.** 2ª ed. Rio da Janeiro: Guanabara e Koogan, 1998.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 5º ed, p.64-67, São Paulo: Atlas, 1999.

KAPCZINSKI, Flávio; QUEVEDO, João; SCHIMITT, Ricardo; CHACHAMOVICH, Eduardo. **Emergências Psiquiátricas**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; GREBB, Jack A. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7ªed, Porto Alegre: Artmed, 1997.

KESSLER, Felix; VON DIEMEM, Lísia; SEGANFREDO, Ana Carolina. **Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas**. Revista psiquiatr. Rio Gd. Sul, abr. 2003, vol. 25 supl. 1, p. 33-41.

LARANJEIRA, Ronaldo. **Usuários de Substâncias Psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2ª ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/ Associação Médica Brasileira, 2003.

LAVINSKY, Luis. **Saúde: informações básicas**. 3ª ed. Porto Alegre: Ed. Universidade/ UFRGS, 2002.

LEWIS, Melvin. **Tratado de Psiquiatria da Infância e da Adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Normas e Procedimentos na Abordagem do alcoolismo**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1990.

MACIEL, Cláudia; KERR-CORREA, Florence. **Complicações psiquiátricas do uso crônico do álcool: síndrome de abstinência e outras doenças psiquiátricas**. Revista Brasileira de Psiquiatria, Maio 2004, vol.26 supl.1, p.47-50.

MARCELLI, Daniel; BRACONNIER, A. **Manual de Psicopatologia do adolescente**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

MUZA, Gilson; BETTIOL, Heloísa; MUCCILLO, Gerson; BARBIERI, Marco. **Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I – Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância**. Revista de Saúde Pública, fev.1997, vol.31, nº 1, p.21-29.

Organização Mundial de Saúde-OMS, 1981. **Psicotrópicos ou drogas psicotrópicas**. Disponível em www.imensc.sp.gov.br/infodrogas/psicotro.htm-6k, acessado em 13/09/2004.

PECHANESKY, Flávio; SZOBOT, Cláudia Maciel; SCIVOLETTO, Sandra. **Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos**. Revista Brasileira de Psiquiatria, maio 2004, vol.26 supl.1, p.14-17.
PEREIRA, Silvana M. Adolescência e consumo de substâncias psicoativas: riscos e reflexos para a vida futura. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Adolescer: compreender, atuar, acolher**. Brasília – DF: ABEn, 2001.

PITREZ, José Luiz; PITREZ, Paulo Márcio. **Pediatria: Consulta rápida**. 2ª ed, Porto Alegre: Artmed, 1998.

RAMOS, Sérgio; BERTOLOTE, José M. **Alcoolismo Hoje**. 3ª ed, Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

RAMOS, Sérgio; BERTOLOTE, José M. **Alcoolismo Hoje**. 2ª ed, Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

RIBEIRO, Tatiana Weiss; PERGHER, Nicolau K.; TOROSSIAN, Sandra D. **Drogas e adolescência: uma análise da ideologia presente na mídia escrita destinada ao grande público**. Psicol. Reflex. Crit., 1998, vol. 11, nº3, p. 421-430.

ROSAS, Ann Mary; PAIVA, Luana; AMORIM, Luciana; SILVA, Verônica. **A Atuação do enfermeiro como educador para adolescentes e familiares em processo de reabilitação no centro de prevenção e abuso de álcool e drogas-CEPUAD**. Congresso Brasileiro de Enfermagem 56. Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem [livro em formato eletrônico]; 2004 Out 24-29 [capturado 2004 Nov 15]; Gramado, RS, Brasil. Porto Alegre: ABEn-RS; 2004. Disponível em: <http://abennacional.org.br/restodoendereço>, acessado em 02/11/2004.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília. **A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica**. Cienc. Saúde coletiva, 2003, vol.8, nº1, p.299-306.

SOLDERA, Meire; DALGALARRONDO, Paulo; CORREA FILHO, Heleno R.; SILVA, Cleide A. **Uso pesado de álcool por estudantes dos ensinos fundamental e médio**

de escolas centrais e periféricas de Campinas (SP): prevalência e fatores associados. Revista Brás. Psiquiatr., set. 2004, vol. 26, nº3, p. 174-179.

SOUZA, Marilise Fraga. **Transtornos Relacionados a Substâncias.** Material elaborado para a Escola de Enfermagem da UFRGS, 2004/1.

SOUZA, Patrícia A.; MARQUES, Scheila B. **Alcoolismo e Comportamento.** Congresso Brasileiro de Enfermagem 56. Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem [livro em formato eletrônico]; 2004 Out 24-29 [capturado 2004 Nov 15]; Gramado, RS, Brasil. Porto Alegre: ABEn-RS; 2004. Disponível em: <http://abennacional.org.br/restodoendereço>, acessado em 02/11/2004.

STUART, Gail; LARAIA, Michele. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática.** 6ª ed, Porto Alegre: Artmed Editoria, 2001.

SZOBOT, Cláudia M; PECHANSKY, Flávio. Conceitos sobre o uso de drogas na adolescência. In: Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul. **Programa Consciência: prevenção ao uso de drogas para crianças e adolescentes.** Porto Alegre: Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, 1998.

TABORDA, José.G; PRADO-LIMA, Pedro; BUSNELLO, Ellis; et al. **Rotinas em Psiquiatria.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

TALBOTT, Jonh; HALES, Robert; YUDOFISKY, Stuart. **Tratado de Psiquiatria.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TAVARES, Beatriz Franck; BERIA, Jorge Umberto; LIMA, Maurício Silva. **Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes.** Revista de Saúde Pública, abr 2001, vol.35, nº2, p.150-158.

TEIXEIRA, Marina; MELLO, Inaiá; GRANDO, Lúcia; FRAIMAN, Dinah. **Manual de Enfermagem Psiquiátrica.** São Paulo: Editora Atheneu, 1997.

VAILLANT, George E. **A História Natural do Alcoolismo Revisitada.** Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1999.

ZERO-HORA. Porto Alegre: quinta-feira, 07/04/2005.