

BÁRBARA GUEDES DE OLIVEIRA

**ESTRATÉGIAS DE ABORDAGEM DO ALCOOLISMO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

ARAÇUAÍ/ MINAS GERAIS

2011

BÁRBARA GUEDES DE OLIVEIRA

**ESTRATÉGIAS DE ABORDAGEM DO ALCOOLISMO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

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

Orientador: Alexandre Bispo

ARAÇUAÍ/ MINAS GERAIS

2011

BÁRBARA GUEDES DE OLIVEIRA

**ESTRATÉGIAS DE ABORDAGEM DO ALCOOLISMO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

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

Orientador: Alexandre Bispo

Banca Examinadora:

Aprovado em Belo Horizonte, ____ de _____ de 2011.

RESUMO

O alcoolismo é um problema de saúde pública que precisa ser abordado em seu amplo espectro de fatores, que atinge o usuário, sua família e seu entorno social. Considerando a magnitude desta questão, o presente estudo pretende realizar uma pesquisa bibliográfica sobre o tema alcoolismo na Atenção Primária de Saúde. Especificamente buscar-se-á identificar os problemas relacionados ao alcoolismo no processo de trabalho da equipe de saúde da família (EPS), quais ações são desenvolvidas dentro das EPS no enfrentamento ao alcoolismo e identificar a existência de estratégias desenvolvidas em relação ao alcoolismo. Para intervir na questão do alcoolismo é necessário ampliar o olhar sobre o problema, ampliar as lentes e enxergar a magnitude dos casos para que se possa enfrentá-los em sua totalidade.

ABSTRACT

Alcoholism is a problem of public health that it needs to be boarded in its ample specter of factors, that reaches the user, its family and social its in return. Considering the largeness of this question, the present study it intends to carry through a bibliographical research on the subject alcoholism in the Primary Attention of Health. Specifically one will search to identify the problems related to alcoholism in the process of work of the team of health of the family (EPS), which actions are developed inside of the EPS in the confrontation to alcoholism and to identify the existence of strategies developed in relation to alcoholism to intervine in the question of alcoholism is necessary to extend the look on the problem, to extend the lenses and to see the largeness of the cases so that if it can face them in its totality.

LISTA DE SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CAPS AD – Centro de atenção Psicossocial especializado em Álcool e Drogas

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CEABSF - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

CEAM – Centro Especializado de Atendimento à Mulher

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DAS - Síndrome de dependência alcoólica

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PSI - Programa de Saúde Indígena

SUS- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	01
2 OBJETIVOS.....	03
3 METODOLOGIA.....	04
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	05
5 CONTEXTO DO ESTUDO	09
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	10
6.1- ALCOOLISMO: UM CONCEITO.....	10
6.2- PONTOS FUNDAMENTAIS PARA UM DIAGNÓSTICO PRECOCE.....	12
6.3-PROBLEMAS RELACIONADOS AO ALCOOLISMO NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (EPS)	13
6.4- INTERVENÇÕES ASSISTENCIAIS DIRECIONADAS AO ALCOOLISTA NO COTIDIANO DE TRABALHO DAS EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	17
6.3 ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO AO ALCOOLISMO: APONTANDO POSSIBILIDADES	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
7 REFERÊNCIAS.....	26

1- INTRODUÇÃO

O álcool, por ser uma droga lícita, barata e facilmente comercializada, tem sido apontado como a droga mais consumida ou, pelo menos, experimentada no Brasil. O alcoolismo é um problema que atinge milhões de brasileiros, sendo considerado um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e um dos grandes responsáveis por fatalidades em acidentes de trânsito, homicídio, suicídio e agressão (BUCHER, 1992). Diariamente podemos assistir nos noticiários exemplos de tragédias que acontecem com pessoas alcoolizadas.

No cotidiano dos serviços de saúde nos deparamos diariamente com usuários que apresentam alguma questão relacionada ao uso de bebida alcoólica. São pessoas que procuram o pronto socorro do hospital municipal, famílias desesperadas pelas agressões sofridas quando um de seus membros estava embriagado, familiares à procura de tratamento, pessoas que procuram as unidades básicas de saúde porque estão com sérios problemas orgânicos decorrentes do alcoolismo, dentre outros.

Considerando que os profissionais de enfermagem atuam em diversos serviços de saúde, constituem um grupo que constantemente depara-se com a população que apresenta problemas decorrentes do alcoolismo. Sendo assim os profissionais de enfermagem configuram-se como o ponto chave para identificar os usuários com problemas relacionados ao uso do álcool e desempenhar uma ação cada vez mais eficiente e eficaz na abordagem e tratamento do alcoolismo.

Considerando a magnitude que o uso de álcool representa para a saúde pública no mundo, e no Brasil especificamente, este estudo busca realizar um levantamento de dados sobre o alcoolismo, possibilitando um fortalecimento e implementação de estratégias de abordagem, na rede de atenção básica de saúde.

A escolha deste tema surgiu da minha inquietação enquanto enfermeira ao me deparar com tantos problemas decorrentes do alcoolismo em meu contexto de trabalho e ao sentir que as pessoas que vivenciam este problema ficam, muitas vezes, desamparadas ao procurarem ajuda nos serviços de saúde. Atualmente sou docente em um curso de formação de técnicos de

enfermagem, onde sinto a necessidade de informações mais consistentes acerca do alcoolismo. Percebo que muitos alunos baseiam seu pensamento sobre o alcoolismo em pressupostos morais e em julgamentos de valor, tornando necessário um embasamento científico sobre o que é, como tratar e como diagnosticar precocemente este problema. No Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) tive a oportunidade de estudar acerca deste assunto e a partir daí intensificou-se o meu desejo de desenvolver este trabalho.

Acredito que um aprofundamento teórico sobre o tema alcoolismo pode subsidiar futuras ações de enfermagem, além de qualificar as minhas intervenções. Outro ponto que me estimulou a realizar este estudo foi a percepção do quanto é difícil fazer um diagnóstico precoce e de como o uso de bebidas alcoólicas faz parte do cotidiano social das pessoas na cidade onde resido, sendo visto como algo natural. Aliado a esta realidade há uma carência de profissionais qualificados e serviços especializados para prestar um atendimento resolutivo. Esta realidade despertou em mim o desejo de aprofundar neste tema com o objetivo conhecer mais sobre o problema e pensar possibilidades de intervenção que possam modificar a minha prática profissional e contribuir para a realidade da saúde no contexto no qual estou inserida.

A importância deste estudo está na necessidade de embasamento teórico para qualificar as ações dos profissionais que se propõe a trabalhar com o alcoolismo. Considerando, pois a magnitude do problema denominado alcoolismo e a necessidade de compreendê-lo dentro do conjunto de uma sociedade, ou seja, na vida social dos indivíduos, torna-se fundamental conhecer o problema, saber como realizar um diagnóstico precoce, considerar todas as conseqüências do alcoolismo, enfim, os porquês deste grande problema para que a partir daí possamos pensar em estratégias de intervenção.

O álcool não pode ser considerado como um agente autônomo. É necessária uma análise de toda a disposição social para o alcoolismo, sendo observado em todo o contexto, partindo da família e da comunidade, não perdendo de vista que o alcoolismo afeta não só o indivíduo que consome a bebida, mas todo o seu entorno social. Trata-se de um problema com um amplo espectro de fatores, que atinge diversos atores sociais e que, portanto exige uma série de estratégias de enfrentamento e articulação de vários setores da sociedade.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Realizar uma revisão da literatura nacional sobre o alcoolismo no âmbito da atenção primária à saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conceituar adequadamente o alcoolismo.

- Identificar formas de diagnóstico precoce e intervenções assistenciais direcionadas ao alcoolista no âmbito da atenção primária à saúde.

3-METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo realizado através de uma revisão bibliográfica em artigos científicos e livros. Segundo SILVA (2005) a revisão de literatura resultará do processo de levantamento e análise do que já foi publicado sobre o tema e o problema de pesquisa escolhidos. Permitirá um mapeamento de quem já escreveu e do que já foi escrito sobre o tema e/ou problema da pesquisa.

Para atingir o objetivo geral desse estudo, foi elaborada uma revisão bibliográfica a partir de pesquisas no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e no site Scielo (Scientific Electronic Library Online). Na busca por artigos científicos sobre o tema utilizou-se como palavras-chave: alcoolismo, saúde da família, atenção primária, sendo selecionados 24 artigos. Dos artigos selecionados, quatorze artigos foram utilizados no estudo por estarem relacionados diretamente com o tema. Os artigos utilizados foram analisados buscando respostas para os objetivos que guiaram este estudo.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O uso de drogas na história da humanidade é uma prática milenar e universal. O homem sempre consumiu drogas, nas diversas culturas, sociedades e épocas o que, na maioria das vezes, não se constituiu em problemas e motivos para alarmes sociais. Na maioria das vezes as drogas eram utilizadas com finalidades religiosas, terapêuticas e lúdicas, entendidas como uma manifestação cultural e humana (BRASIL, 2003). Substâncias como o café, as bebidas alcoólicas, a cocaína, o rapé e derivados da cannabis, segundo Bastos e Cotrim (1998), estiveram e ainda estão presentes nas cerimônias religiosas e em medicamentos caseiros, dentre outros.

Nas últimas décadas, indicadores apontam que o consumo de drogas tem tomado dimensões preocupantes, gerando graves conseqüências, principalmente para os jovens e adultos jovens, expressando-se nas várias interfaces da vida cotidiana, como por exemplo, em relação à família, comprometendo vínculos afetivos, no trabalho, no trânsito, na saúde, interferindo na disseminação do vírus HIV (BRASIL, 1999).

De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% da população dos grandes centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Apesar do uso de substâncias psicoativas de caráter ilícito, e considerando qualquer faixa etária, o uso indevido de álcool e tabaco tem a maior prevalência global, trazendo também as mais graves conseqüências para a saúde pública mundial (BRASIL, 2003).

Neste cenário o alcoolismo assume uma característica peculiar por ser uma droga lícita. Este caráter, aliado ao baixo custo e fácil acesso lhe confere aceitação social ampla e propagada através da cultura, dificultando seu enfrentamento. A indústria do álcool reforça ainda a propagação do consumo por meio de campanhas que estimulam o uso e dificulta a visibilidade social do álcool como problema de saúde (OLIVEIRA E LUCHESI, 2010). Pelo contrário, o álcool assume um papel social de mediador de relações interpessoais, aliado ao lazer, à alegria, à companhia de amigos.

Ao ser encarado como problema de saúde, o alcoolismo assume outro lugar social, demonstrando sua face destrutiva, causador de problemas de ordem física, psicológica e social.

Do ponto de vista médico, o alcoolismo é uma doença crônica, cuja evolução processa-se lentamente, levando muitos anos para apresentar os sinais evidentes de sua presença que, na maioria das vezes, são minimizados pelo bebedor. O corpo se adapta, inicialmente, às manifestações fisiológicas causadas pelo álcool e aos poucos vai se deteriorando.

Além dos problemas descritos pela medicina, há outros que merecem destaque quando o assunto é o alcoolismo. Os interesses econômicos que envolvem a produção e venda de bebidas alcoólicas, os embates de cunho moral e ideológico, a falta ou a pouca prioridade política dos governos intensificam o quadro problemático no qual o alcoolismo está inserido. A insuficiência de recursos financeiros necessários para garantir efetivamente uma política de educação, prevenção e tratamento do alcoolismo, com recursos humanos capacitados continuamente e pagos adequadamente também é uma realidade e mais um fator de agravamento da situação. Além disso, as precárias condições de trabalho e de materiais necessários para o tratamento especializado e assistência às necessidades dos usuários em muitas cidades, sobretudo as de pequeno porte, dificultam ainda mais as ações de saúde diante do problema do alcoolismo (CRIVES e DIMENSTEIN, 2003).

O incremento do uso de álcool e outras drogas vêm sendo, também, associado à situação de vulnerabilidade social vivida por alguns grupos, bem como à cultura do consumo em nossa sociedade. Sobre o primeiro aspecto, considera-se que ampla parcela da sociedade vive permanentemente ameaçada pela instabilidade de suas condições de vida e pela exclusão social, encontrando no alcoolismo uma força para enfrentar os problemas.

Segundo Zaluar (1994), o estado de miséria social e o desamparo político têm acarretado novas estratégias de sobrevivência, dentre as quais está a entrada cada vez maior de jovens no mundo do tráfico de drogas. A questão da exclusão social, por sua vez, refere-se não só aos grupos economicamente desfavorecidos, mas a toda uma parcela da sociedade que se encontra em situação de "inutilidade social" ou de "exclusão existencial", que atinge tanto pobres, quanto ricos de forma violenta, na medida em que aponta para a ausência de valores identitários, para uma crise de significações do imaginário social (WAISELFISZ, 1998).

De um modo geral, a percepção dos usuários acerca da dependência de álcool é limitada em relação à realidade social onde estão inseridos e sobre o papel que a droga desempenha neste contexto. A problemática do consumo de substâncias psicoativas e suas formas de enfrentamento carecem de uma análise a partir das várias expressões das desigualdades da sociedade, as quais são historicamente produzidas. Tais desigualdades produzem diversas formas de sofrimento, exclusões, que interferem na qualidade de vida, inclusive no que se refere ao processo saúde-doença, requerendo, assim, intervenções que ultrapassem as práticas apenas de cunho curativo e individual, exigindo ações coletivas de condução político-institucional numa perspectiva de construção da cidadania e de busca de qualidade de vida (CRIVES E DIMENSTEIN, 2003). Neste sentido o papel das equipes de atenção básica de saúde torna-se muito importante no que diz respeito ao desenvolvimento de ações ancoradas nestes dois alicerces: cidadania e qualidade de vida.

Partindo deste pressuposto, em alinhamento com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), as equipes de saúde da família, portadoras de um conjunto de informações acerca dos indivíduos que formam o seu território, têm a responsabilidade de intervir na questão do alcoolismo dentro de uma perspectiva mais ampla, reconhecendo os fatores desencadeantes do alcoolismo, as possibilidades de enfrentamento e as ações de prevenção.

O álcool é uma das substâncias que causa o maior número de prejuízos para a população, gerando para o Brasil um gasto exorbitante, todos os anos, na reparação de suas conseqüências. Já os prejuízos individuais nem sempre podem ser recuperados, nem tampouco contabilizados. De acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) o consumo global de álcool tem aumentado nas últimas décadas, principalmente nos países em desenvolvimento. No mundo, o álcool é responsável por 1,8 milhões de mortes, equivalente a 4% do peso global de doenças, sendo que as maiores incidências se encontram na América e Europa. A proporção de uso nas Américas e Europa é bem maior nos homens, onde o álcool varia de 8-18% do peso global das doenças e 2-4% para mulheres (OLIVEIRA e LUCHESI, 2010) no Brasil, sua prevalência é de aproximadamente 13% da população, existindo 18 milhões de alcoolistas (GONÇALVES E GALERA, 2010). São dados alarmantes que necessitam de um olhar mais pormenorizado dos profissionais da rede de atenção básica de saúde, considerando o emaranhado de fatores que constituem este problema.

Há conseqüências comunitárias e familiares causadas pelo alcoolismo que muitas vezes permanecem ocultas pelos tabus e vergonhas que as famílias têm em lidar com o problema. Desta forma a magnitude do problema fica mascarada dificultando uma atitude mais efetiva de enfrentamento da situação. Para se pensar uma forma de intervenção quando o foco é a problemática do alcoolismo é necessário atuar de forma ampla e comunitária.

Segundo a literatura especializada, um dos maiores problemas na atenção à dependência de álcool é a aderência dos dependentes ao tratamento: são elevados os números de recaídas, abandonos, evasões e retornos aos serviços. Em torno de 60% a 80% dos dependentes que passam por algum processo de tratamento recaem no uso e não conseguem manter-se abstinentes, quando esta é a sua meta (SCHNEIDER, 2010).

Portanto o conhecimento da realidade do território de atuação da equipe de saúde da família em relação ao alcoolismo, as possibilidades de intervenção, um aprofundamento teórico sobre as formas de reconhecimento dos fatores visíveis e ocultos que podem estar mascarando uma realidade são fundamentais para a proposta de como intervir. Diante do problema do alcoolismo é necessário conhecimento, vontade e atitude dos profissionais de saúde.

5- CONTEXTO DE ESTUDO

O município de Araçuaí está localizado na região do Médio Jequitinhonha, no Vale do Jequitinhonha, estado de Minas Gerais.

Atualmente conta com quatro equipes de saúde da família na zona urbana montadas e em pleno funcionamento e um programa de saúde indígena (PSI), além dos programas de agente comunitário de saúde na zona rural. (PACS)

Possui um hospital que é referência em saúde secundária para a micro-região pela sua estrutura física, a localização geográfica e a série histórica da qual faz parte. É um hospital geral, de caráter filantrópico e conveniado ao SUS com 96 leitos ativos. Presta atendimentos de internações, ambulatoriais e de emergência.

A estrutura de saúde conta ainda com uma policlínica, uma clínica odontológica, serviço de radiologia, clínica de fisioterapia, Centro de atenção psicossocial (CAPS) e uma unidade especializada de atendimento a mulher (CEAM), mini-postos na zona rural, programas de agentes comunitários de saúde. Além dos serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiologia, Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Controle de Zoonoses.

O CAPS – Centro de Atenção psicossocial é credenciado na modalidade II e é referência para atendimento microrregional, prestando assistência em saúde mental à 9 municípios (Araçuaí, Itinga, Virgem da Lapa, Coronel Murta, Chapada do norte, Berilo, José Gonçalves de Minas, Jenipapo de Minas e Francisco Badaró). Dentre as ações de assistência em saúde mental há o atendimento aos alcoolistas apenas em crise aguda.

É um município que conta com inúmeros bares e as opções de lazer geralmente são vinculadas ao consumo de bebidas alcoólicas.

Em relação às possibilidades de tratamento do alcoolista temos o AA Viver Sóbrio, o CAPS e o encaminhamento para “fazendas”, clínicas e serviços especializados em outros municípios – geralmente bem distantes de Araçuaí.

6-RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 – ALCOOLISMO: um conceito

Estudos demonstram que existem as mais variadas maneiras de consumo do álcool, em uma complexa interação entre fatores biológicos, culturais e ambientais, onde o resultado, nem sempre é o da dependência, mesmo para aqueles que em algum período da vida fizeram uso problemático desta substância.

O conceito de alcoolismo só surgiu no século XVIII, logo após a crescente produção e comercialização do álcool destilado, conseqüente à revolução industrial. Foi o sueco Magnus Huss (1849), quem introduziu o conceito de "alcoolismo crônico" como sendo o estado de intoxicação pelo álcool que se apresentava com sintomas físicos, psiquiátricos ou mistos. Na segunda metade do século XX, o sistema de classificação, pela necessidade de critérios de maior confiabilidade e validade, passa por mudanças e começa a considerar os problemas com o álcool e outras drogas que não envolviam adicção ou dependência. (GIGLIOTTI e BESSA, 2011).

Com a evolução dos conhecimentos científicos acerca do alcoolismo passou-se a diferenciar os conceitos de intoxicação aguda, uso nocivo ou abusivo de álcool e síndrome de dependência, pois são graus diferentes de utilização da bebida alcoólica.

De acordo com a linha Guia de Saúde Mental (MINAS GERAIS, 2006), entende-se por uso abusivo de álcool e/ou outras drogas o uso compulsivo e freqüente desta(s) substância(s), que o usuário tem dificuldade em manter sob controle, acarretando abandono de outros interesses e danos para a sua vida afetiva, social e profissional. O uso abusivo de álcool pode provocar tolerância, caracterizada pelo aumento da quantidade em busca do mesmo efeito, assim como sintomas de abstinência após suspensão brusca do seu uso. Nesses casos, falamos em síndrome de dependência alcoólica (SDA). Tanto o abuso de álcool, o qual pode evoluir para outras manifestações clínicas, como a (SDA), constituem problemas clínicos importantes, pelos danos que trazem à vida do paciente e de seu círculo sócio-familiar.

Gigliotti e Bessa (2011) descrevem os sete elementos que definem a Síndrome de Dependência Alcoólica, tratando-se de um transtorno psiquiátrico com severas repercussões individuais, sociais e econômicas de âmbito mundial:

1) Estreitamento do repertório

No início, o usuário bebe com flexibilidade de horários, de quantidade e até de tipo de bebida. Com o tempo, passa a beber com mais frequência, até consumir todos os dias, em quantidades crescentes, ampliando a frequência e deixando de importar-se com a inadequação das situações.

Nos estágios avançados, o indivíduo consome de modo compulsivo e incontrolável para aliviar os sintomas da abstinência, sem importar-se com os danos orgânicos, sociais ou psicológicos. Sua relação com a bebida torna-se rígida e inflexível, no padrão de tudo ou nada.

2) Saliência do comportamento de busca do álcool

Com o estreitamento do repertório do beber, há uma tentativa do indivíduo de priorizar o ato de beber, mesmo em situações inaceitáveis (por exemplo, dirigindo veículos, no trabalho). Em outras palavras, o beber passa a ser o fulcro da vida do usuário, acima de qualquer outro valor, saúde, família e trabalho.

3) Aumento da tolerância ao álcool

Com a evolução da síndrome, há necessidade de doses crescentes de álcool para obter o mesmo efeito conseguido com doses menores, ou a capacidade de realizar atividades apesar de altas concentrações sanguíneas de álcool.

4) Sintomas repetidos de abstinência

Quando há diminuição ou interrupção do consumo de álcool, surgem sinais e sintomas de intensidade variável. No início, eles são leves, intermitentes e pouco incapacitantes, mas, nas fases mais severas da dependência, podem manifestar-se os sintomas mais significativos, como tremor intenso e alucinações.

Os estudos descritivos identificaram três grupos de sintomas:

-físicos: tremores (desde finos de extremidades até generalizados), náuseas, vômitos, sudorese, cefaléia, câibras, tontura.

-afetivos: irritabilidade, ansiedade, fraqueza, inquietação, depressão.

-sensopercepção: pesadelos, ilusões, alucinações (visuais, auditivas ou tácteis).

5) Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo aumento da ingestão da bebida

Este é um sintoma importante da SDA, sendo difícil de ser identificado nas fases iniciais. Torna-se mais evidente na progressão do quadro, com o paciente admitindo que bebe pela manhã para sentir-se melhor, uma vez que permaneceu por toda noite sem ingerir derivados etílicos.

6) Percepção subjetiva da necessidade de beber

Há uma pressão psicológica para beber e aliviar os sintomas da abstinência.

7) Reinstalação após a abstinência

A CID-10 traz a classificação F10 – Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool, com as seguintes subdivisões:

F10.0 – Intoxicação aguda

F10.1 – Uso nocivo

F10.2 – Síndrome de dependência

F10.3 – Estado de abstinência

F10.4 – Estado de abstinência com delirium

F10.5 – Transtorno psicótico

F10.6 – Síndrome amnésica

F10.7 – Transtorno psicótico residual e de início tardio

F10.8 – Outros transtornos mentais e de comportamento

F10.9 – Transtorno mental e de comportamento não-especificado

É de suma importância conceituar o uso de bebidas alcoólicas de acordo com o grau de dependência para que se possam elaborar estratégias de intervenção.

6.2 - PONTOS FUNDAMENTAIS PARA UM DIAGNÓSTICO PRECOCE

Realizar o diagnóstico precoce do alcoolismo não é tarefa das mais simples, sobretudo pela forma como o problema é mascarado e, muitas vezes por nem ser encarado como um problema.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) o diagnóstico e tratamento precoces da dependência ao álcool têm papel fundamental no prognóstico do transtorno, o que se amplia em uma perspectiva global de prevenção e promoção da saúde. Porém há o agravamento da situação ao constatarmos que, de uma forma geral, o despreparo significativo e a desinformação das pessoas que lidam diretamente com o problema, sejam elas usuários, familiares ou profissionais de saúde é uma realidade tanto nos serviços de saúde quanto na comunidade.

Existem alguns instrumentos já validados no Brasil, para triagem da dependência de álcool como o CAGE (sigla em inglês que se refere à palavras das perguntas que são formuladas) e o AUDIT, ou para avaliação da sua gravidade, como o SADD e a ADS. Sob a coordenação da Organização Mundial de Saúde (OMS), pesquisadores de vários países desenvolveram, ainda, um instrumento para detecção do uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas, denominado ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). Este instrumento foi traduzido para várias línguas, inclusive para o português falado no Brasil (HENRIQUE ET AL, 2004).

O ASSIST é proposto como um instrumento a ser usado em ações de prevenção primária e, principalmente, secundária do abuso de substâncias psicoativas, dentre elas o álcool.

Programas de prevenção secundária se propõem a detectar precocemente pessoas que não tenham atingido estágios avançados dos transtornos de uso de substâncias psicoativas, mas que apresentam uso potencialmente de risco. Podem visar também o aumento da consciência dos pacientes a respeito do problema e incentivar mudanças de comportamento (HENRIQUE ET AL, 2004).

Considerando a importância que têm os clínicos gerais e outros profissionais de saúde na detecção precoce do abuso de álcool, reconhecendo a necessidade de equilíbrio entre as atuações assistenciais e preventivas, a formação dos profissionais precisa ser voltada tanto para a assistência quanto para a prevenção. É importante fornecer aos profissionais de saúde treinamento e instrumentos adequados para que eles possam, de fato, atuar na prevenção primária e secundária do uso abusivo de álcool. A modificação de comportamentos alcançada com medidas de prevenção pode trazer benefícios não só para a saúde das pessoas, mas também economizar gastos do setor saúde (HENRIQUE ET AL, 2004).

O conhecimento dos sinais do alcoolismo, o uso de instrumentos padronizados e uma atitude de enfrentamento diante deste problema auxiliam o profissional na determinação de critérios diagnósticos e nos procedimentos a serem utilizados. Uma das maiores dificuldades dos profissionais de saúde, em relação ao uso de álcool de seus pacientes, consiste na determinação dos limites, a partir dos quais, o uso pode ser considerado abusivo. Neste aspecto, é clara a utilidade do ASSIST, pois seu resultado permite classificar o padrão de uso, facilitando os procedimentos de intervenção ou encaminhamento (HENRIQUE ET AL, 2004).

6.3 - PROBLEMAS RELACIONADOS AO ALCOOLISMO NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

O tema da dependência de álcool é atravessado por polêmicas e desafios teóricos e epistemológicos ocasionados pelas inúmeras contradições que por ele perpassam, bem como pela complexidade de inter-relações nele envolvidas (sociais, psicológicas, políticas, orgânicas, etc.), dificultando, muitas vezes a delimitação do fenômeno (SCHNEIDER, 2010).

O alcoolismo causa alterações comportamentais (agressividade, conflitos familiares, violência urbana e doméstica), comprometimentos orgânicos (hipertensão arterial, gastrite, cirrose) e clínicos (depressão, doenças mentais), que tornam este um problema de saúde. No que diz respeito aos prejuízos orgânicos, vale lembrar que o álcool é uma substância que fornece calorias vazias de proteínas, vitaminas e sais minerais, diminui o sintoma da fome, piora a desnutrição, não só por propiciar uma menor ingestão de alimentos, como também por alterar a digestão e absorção do ingerido, bem como a ativação das vitaminas a nível hepático tornando o quadro de adoecimento cada vez mais dependente de cuidados dos profissionais da saúde (ACAUAN, DONATO E DOMINGOS, 2008) Portanto, considerando o seu potencial patogênico e a alta prevalência de casos é imprescindível conhecer os problemas relacionados ao alcoolismo e a melhor forma de intervenção dos profissionais das equipes de saúde da família.

Entretanto, a alta prevalência de indivíduos dependentes de álcool em todos os estratos sociais e em diferentes culturas, as alterações comportamentais resultantes de seu uso abusivo e os prejuízos sociais, econômicos e de saúde pública estimulam a realização de inúmeros estudos que buscam o entendimento dos seus efeitos, mas são também pontos ainda obscuros para muitos profissionais (VIEIRA ET AL., 2007).

Uma pesquisa realizada em serviços de saúde, no município de Florianópolis, por Schneider (2010) demonstra que a grande maioria dos entrevistados considera a dependência como um fenômeno multideterminado ou, mais especificamente, um processo biopsicossocial sendo, porém, ainda hegemônica a visão psicologizante do problema. Tal visão leva à busca incessante pela abstinência mesmo que isso cause prejuízos de ordem social ao usuário.

De acordo com o Ministério da Saúde (2003) os profissionais de saúde demonstram diversos impedimentos para diagnosticar, tratar ou encaminhar as pessoas que apresentam complicações decorrentes do consumo de álcool. Em um plano cognitivo, os trabalhadores de saúde apresentam a falta de conhecimentos sobre a variedade de apresentações sintomáticas gerados pelo uso abusivo e pela dependência ao álcool, bem como de meios para facilitar o seu diagnóstico. Apresentam ainda uma visão negativa do paciente, e de suas perspectivas evolutivas frente ao problema, o que impede uma atitude mais produtiva. E não é incomum uma leitura moral acerca do problema.

Muitos pacientes apresentam uma resistência em aceitar o problema e em assumir que são dependentes, realidade que provoca em muitos profissionais respostas pouco acolhedoras em relação ao usuário de álcool. Esta situação se agrava na perspectiva de que a necessidade de acolhimento fica dificultada, sendo ela uma estratégia facilitadora de abordagem, motivação, e aderência a qualquer proposta de cuidados. Tal acolhimento, em qualquer nível assistencial (especializado ou não-especializado), deve estar disponível no momento em que a sua necessidade se impõe, uma vez que a ambivalência, a flutuação motivacional e o imediatismo fazem parte da apresentação costumeiramente evidente naqueles que procuram os serviços de saúde, devido às conseqüências do seu consumo alcoólico (BRASIL, 2003).

Podemos ainda apontar como impedimento o conceito normalmente abraçado pelos profissionais de saúde de que não possuem qualquer responsabilidade sobre o diagnóstico e tratamento da dependência ao álcool, em uma evidente demonstração de estigma, exclusão e preconceito (BRASIL, 2003). Estes comportamentos por parte dos profissionais pode ser retratado com a perambulação dos usuários de álcool por diversos serviços de saúde e constantes reencaminhamentos destes usuários como reflexo de uma atitude de não responsabilização dos profissionais pelo problema do alcoolismo. Além disso, há uma demonstração de certa ilusão de que apenas os profissionais dos serviços especializados podem intervir no problema, redimindo, muitas vezes, os profissionais da atenção básica de atuarem junto a este tipo de clientela.

A perambulação por serviços e os constantes encaminhamentos para outros profissionais resultam das visões restritas e muitas vezes preconceituosas daqueles que deveriam acolher o usuário e tem sua base no paradigma que sustenta a prática de cada profissional. É possível observar no cotidiano dos serviços uma miscelânea de modelos contraditórios e visões obscuras acerca do problema do alcoolismo.

Dentre os diversos modelos de atuação temos o modelo psicossocial, o qual pressupõe que o alcoolismo advém da interlocução entre os problemas psicológicos do usuário, a interação familiar e o aprendizado social, ao atribuir um papel ativo para o usuário na sua dependência e um papel de influência do ambiente social, sendo que o alvo da intervenção é a interação droga-indivíduo. Utilizam-se na metodologia técnicas de enfoque psicodinâmico ou comportamental, ou técnicas de dinâmica de grupo, procurando modificar a relação do usuário com a substância da qual é dependente, modificando seu padrão de uso, visando à

abstinência. O caminho para essa modificação passa por mudanças comportamentais do usuário em suas interrelações (SCHNEIDER, 2010).

Já o modelo médico considera o alcoolismo como doença crônica e recorrente, de fundo genético, biológico e/ou neuroquímico. O dependente é o paciente que deve ser tratado, sendo a droga considerada o agente definidor do processo da dependência. O tratamento implica a modificação do padrão de uso, visando à abstinência total. Esse modelo é predominante nos hospitais, clínicas e alguns ambulatorios, mas aparece em outros serviços como alguns grupos de auto-ajuda e comunidades terapêuticas (SCHNEIDER, 2010).

Outros ainda entendem que o alcoolismo é determinado por um conjunto de fatores genéticos e condições sociais. Há muitos genes que permitem a alguns indivíduos beber mais que outros, sem se sentir mal, sem ter dor de cabeça, sem se tornar viciado. E há muitos outros que contribuem para o alcoolismo. Se os pais e avós forem alcoolistas, esse é um sinal de alerta. Deve-se usar álcool com muito cuidado, porque a predisposição genética é mais forte do que a de um filho de pais não alcoolistas. Mas se não houver um fato que desencadeie a doença, a pessoa pode passar a vida toda sem ter problemas com álcool. O importante é que a carga genética não equivale a uma condenação ao alcoolismo, assim como ser filho de músicos não transforma ninguém em violinista (MARCAL, ASSIS E LOPES, 2005).

No modelo jurídico-moral prevalece uma visão maniqueísta entre o indivíduo e a droga, sustentada em princípios morais e repressivos. A ênfase é a culpabilização do usuário, que deve modificar seus valores e sua vida social, adaptando-se às regras de boa convivência humana, pois o problema é que ele se deixou corromper pelo "grande mal" que é a droga. Esse modelo está presente em boa parte das comunidades terapêuticas, geralmente organizadas por entidades de cunho religioso e grupos de ajuda mútua (SCHNEIDER, 2010).

O modelo sociocultural concebe a drogadição como fruto das contradições sociais, econômicas e ambientais e sua intervenção é realizada no contexto do usuário. A ênfase dessa concepção é modificar o padrão de uso da substância, intervindo nos determinantes sociais que levam ao uso abusivo, visando ao controle dos danos gerados pelo abuso das substâncias,

mas não necessariamente sua abstinência total. Tem uma ênfase na ação preventiva. Esse modelo aparece em programas de redução de danos (SCHNEIDER, 2010).

De acordo com o modelo adotado por cada profissional resultar-se-á em diferentes métodos de abordagem do problema, culminando no enfrentamento do problema ou encaminhamentos.

O certo é que o alcoolismo acarreta sérios problemas, dentre eles: problemas sociais, econômicos e de saúde, sendo que as repercussões na saúde do indivíduo acabam tornando comum o atendimento de pacientes dependentes do álcool nos hospitais gerais, ambulatórios, unidades de saúde, serviços especializados, momento este em que, na maioria das vezes, o profissional de enfermagem é quem oferece os cuidados (VARGAS E LABATE, 2006).

6.4- INTERVENÇÕES ASSISTENCIAIS DIRECIONADAS AO ALCOOLISTA NO COTIDIANO DE TRABALHO DAS EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pensar especificamente em possíveis ações de enfrentamento do problema do alcoolismo é focar em um fenômeno de saúde onde as dimensões antropológica, sociológica e psicológica são variáveis definitivamente constitutivas. Dessa forma, teremos como integrantes da constituição do problema a relação entre o sujeito, a droga e seu padrão de uso, o horizonte de racionalidade sobre os processos de tratamento, sobre a inteligibilidade do problema, bem como sobre o engajamento do usuário (SCHNEIDER, 2010).

O Ministério da Saúde vem adotando, nos últimos anos, a política da redução de danos, expressa na sua "política integral a usuários de álcool e outras drogas". Mesmo sendo oficial, a perspectiva de redução de danos não é hegemônica e sofre grande resistência. Os programas de redução de danos têm o entendimento de que o trabalho de intervenção no uso abusivo de drogas não deve se centrar na interrupção absoluta do consumo, mas sim na minimização das conseqüências danosas do uso de drogas à saúde em geral do paciente, sustentado na crítica da visão da dependência como doença e com base em uma concepção de liberdade e cidadania na relação com as drogas (SCHNEIDER, 2010).

Na maioria dos serviços, porém, ocorre uma mescla de modelos de análise do alcoolismo, dependendo exclusivamente do olhar e da formação de cada profissional, resultando em uma mistura de modelos de tratamento ou de intervenção no fenômeno.

Considerando as diversas formas de abordagem do problema, considera-se que as parcerias entre os diversos setores que se propõe a intervir junto ao alcoolista são fundamentais.

O próprio Ministério da Saúde considera que os grupos de ajuda mútua, os quais são iniciativas voluntárias (algumas também de filiação religiosa), oriunda da população, exercem um importante papel de acolhimento aos pacientes dependentes de álcool e outras drogas e seus familiares. Por sua própria vocação e missão, eles não pertencem à rede pública de saúde, mas devem ser apoiadas e estimuladas. A maior dessas redes é formada pelos Alcoólicos Anônimos (AA), que têm mais de 4.000 grupos espalhados pelo país. Todos os serviços da rede de saúde (CAPS, ambulatórios, hospitais) devem buscar uma boa articulação com estes grupos de ajuda mútua.

Os grupos de alcoólicos anônimos (AA) tem sido uma estratégia de sucesso para manter a abstinência em muitos casos. Trata-se de um grupo de ajuda mútua baseado no compartilhamento de experiências com a finalidade de solucionar o problema comum à todos os participantes - o alcoolismo. O único requisito para tornar-se membro é o desejo de parar de beber. O propósito central do grupo é manterem-se sóbrios e ajudar outros alcoólicos a alcançar a sobriedade, sendo a abstinência a meta deste grupo. Há a preservação do anonimato e todos devem seguir os doze passos, considerados a base para a manutenção da sobriedade:

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.
2. Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade.
3. Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de um Poder Superior, na forma em que O concebíamos.
4. Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos
5. Admitimos perante o Poder Superior, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.
6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter
7. Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
8. Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos

- prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem.
 10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
 11. Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade.
 12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

Outra modalidade de atenção está prevista na proposta da política nacional de saúde mental do Ministério da Saúde na modalidade CAPS AD – especializado no atendimento à pessoas com problemas relacionados ao álcool e drogas. Os CAPS-AD têm um papel importante também na orientação e supervisão do atendimento da atenção básica em seu território (cada CAPS-AD é responsável pela demanda em saúde mental e álcool e outras drogas em um território determinado).

A política prevê ainda a ação dos profissionais da atenção básica, estando em andamento programas de capacitação de equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde. Considera-se que a rede básica tem um papel-chave neste atendimento, mas não há uma tradição constituída em nosso país de atenção a álcool e drogas neste âmbito, daí a importância de dar prosseguimento ao reforço da atenção básica.

Porém é muito pequeno o número destes serviços, não sendo capazes de atender toda a demanda de tratamento do alcoolismo. Em nossa região não há nenhum serviço especializado no tratamento de alcoolistas e a única referência para encaminhamento é o Centro Mineiro de Toxicomania em Belo Horizonte.

Há ainda as comunidades terapêuticas que são instituições filantrópicas, em geral religiosas, que atendem no regime de internação. Eles têm um papel importante, como rede de proteção social e como instituições de atenção complementar à rede SUS. O Ministério da Saúde realizou em 2003-2004 um levantamento preliminar dessas instituições, e reconhece sua importância na atenção, especialmente porque não era da tradição da saúde pública brasileira atender ao problema de álcool e drogas, e as organizações religiosas e/ou filantrópicas vieram

suprir uma lacuna importante da política pública. Com a expansão da rede de CAPS, ambulatórios e hospitais gerais, vai se configurando um novo desenho na articulação do SUS (especialmente no âmbito local) com as comunidades terapêuticas.

No município de Araçuaí há uma fundação italiana- Fundação Papa João XXIII que atua no campo social e que possui em sua estrutura de atendimentos uma “fazenda” – nome comum à comunidades terapêuticas devido ao uso do trabalho rural com a finalidade de desintoxicação – localizada na região do Vale do Aço, no município de Coronel Fabriciano. Para esta unidade de tratamento são encaminhados inúmeros casos de pessoas alcoolistas residentes em Araçuaí.

Estas parcerias são possibilidades de atenção integral ao alcoolista e estabelecer uma ação intersetorial deve ser uma ação cotidiana das equipes da atenção básica no enfrentamento ao alcoolismo. Para que isso aconteça torna-se necessária a articulação entre os diversos atores envolvidos com este problema de saúde, respeitando a posição de cada um, construindo possibilidades, formando uma rede de ação onde o foco central é o cuidado ao alcoolista.

O Estado de Minas Gerais lançou, em 2006, a linha Guia da saúde mental e nela encontramos alguns princípios para a abordagem do usuário de álcool (MINAS GERAIS, 2006):

- O modelo da redução de danos, sem preconização imediata de abstinência, tem se mostrado a estratégia mais adequada para essa abordagem, por resgatar o usuário em seu papel auto-regulador.
- Deve-se promover o acesso e a garantia de atendimento nos serviços mais próximos do convívio social de seus usuários: as unidades básicas de saúde, os Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e de Outras Drogas (CAPS ad), leitos em hospital geral, etc.
- É necessário desconstruir o preconceito segundo o qual todo usuário de droga é um doente e/ou delinqüente, que requer internação e/ou prisão.
- A mobilização da sociedade civil é fundamental: deve-se oferecer-lhe condições de participar de práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, bem como estabelecer parcerias locais para o fortalecimento das políticas municipais e estaduais.
- Convém incentivar iniciativas locais, em parcerias entre organizações governamentais e não-governamentais, que possibilitem o acesso a atividades sociais, esportivas, artísticas.
- Deve-se promover políticas sociais de habitação, trabalho, lazer, esporte, educação, cultura, enfrentamento da violência urbana, assegurando a participação intersetorial em relação a outros

Ministérios, organizações governamentais e não-governamentais e demais representações e setores da sociedade civil organizada.

- É preciso rediscutir com seriedade os critérios, muitas vezes arbitrários e confusos, que distinguem drogas lícitas e ilícitas, assim como a criminalização do usuário de drogas – efetuando, quando necessário e justo, modificações nas legislações vigentes.

Apenas um conjunto de conhecimentos que contemple as várias facetas do alcoolismo pode resultar em intervenções assistenciais resolutivas no enfrentamento ao alcoolismo.

6.5 - ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DO ETILISMO: APONTANDO POSSIBILIDADES

O Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas, assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública. Para abordar tamanho compromisso são necessárias ações sob a perspectiva transversalizadora que permite a apreensão do fenômeno contemporâneo do uso abusivo/dependência em álcool e outras drogas de modo integrado, e diversificado em ofertas terapêuticas, preventivas, reabilitadoras, educativas e promotoras da saúde. (BRASIL, 2003).

Para que estratégias de enfrentamento do alcoolismo possam ser efetivas é necessário que se concretizem ações no território, intervindo na construção de redes de suporte social, com a clara pretensão de criar outros movimentos possíveis na cidade, visando avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares, de modo a lidar com a hetero e a autoviolência muitas vezes decorrentes do uso abusivo do álcool, usando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida (BRASIL, 2003).

Neste sentido, o lócus de ação pode ser tanto os diferentes locais por onde circulam os usuários de álcool, como equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, mas também das de educação, de trabalho, de promoção social etc, equipamentos em que a promoção, a prevenção, o tratamento e reabilitação sejam contínuos e se dêem de forma associada (BRASIL, 2003). O lugar de acompanhamento do usuário de álcool e de sua família não tem que ser, necessariamente, um serviço especializado e sim todos os locais por onde ele circula.

Nas práticas de saúde o compromisso ético é o da defesa da vida, portanto é necessário assumir a condição de acolhimento, onde cada um se expressará de uma maneira singular, mas também onde cada um é expressão da história de muitas vidas, de um coletivo. Não é possível o afastamento deste intrincado ponto onde algumas pessoas sucumbem ao aprisionamento, perdem-se de seu estado de saúde e muitas vezes se encontram no caminho do uso abusivo de álcool. Torna-se fundamental a elaboração de novas formas de apoio, de novos agenciamentos e outras construções (BRASIL, 2003).

Proporcionar tratamento na atenção primária, garantir o acesso a medicamentos, garantir atenção na comunidade, fornecer educação em saúde para a população, envolver comunidades / famílias / usuários, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores, monitorizar a saúde mental na comunidade, dar mais apoio à pesquisa e estabelecer programas específicos são práticas que devem ser obrigatoriamente contempladas pela Política de Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas, em uma perspectiva ampliada de saúde pública (BRASIL, 2003). Considerando que as diretrizes são dadas pela política adotada pelo Ministério da Saúde, mas a efetiva atuação, a mudança de vidas, o agenciamento destes usuários e as novas construções somente são passíveis de existir na realidade do trabalho de cada equipe de saúde, de cada território, de cada profissional, de cada usuário.

A linha Guia da Saúde Mental elaborada no Estado de Minas Gerais descreve as ações esperadas dos profissionais da atenção primária à saúde, considerada uma atuação de grande importância, na abordagem aos usuários de álcool (MINAS GERAIS, 2006):

- Na unidade básica. Promoção de atividades coletivas e intersetoriais, que visem a prevenir o alcoolismo (atendimento a grupos de risco, debates, atividades culturais, etc).
- Identificação dos casos mais recentes e menos graves de abuso de álcool e de outras drogas, pela equipe do PSF, com a ajuda da equipe de Saúde Mental. Nestes casos, são maiores as chances de sucesso do tratamento, que devem abranger os aspectos físicos, psíquicos e sociofamiliares envolvidos.
- Tratamento, pela equipe do PSF, das doenças orgânicas associadas ou causadas pelo alcoolismo.
- Atendimento, pela equipe de Saúde Mental, daqueles casos um pouco mais graves, incluindo: a construção de uma demanda de redução de danos, pelo atendimento individual com um profissional de Saúde Mental; tratamento de casos relativamente brandos de síndromes de abstinência (*delirium*) e transtornos psicóticos relacionados ao uso abusivo de álcool e de outras drogas.

- Encaminhar casos que exijam atendimento de maior complexidade para os serviços adequados.
- Receber os usuários encaminhados por esses outros serviços, quando se encontrarem em condições de tratamento

A intersetorialidade é ponto crucial na elaboração de estratégias. O uso de álcool e outras drogas, por tratar-se de um tema transversal a outras áreas da saúde, da justiça, da educação, da área social e de desenvolvimento, requer uma intensa capilaridade para a execução de uma política de atenção integral ao consumidor de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

Considerando que a questão fundamental da intersetorialidade é a ruptura das barreiras comunicacionais que impedem o diálogo entre diferentes setores. Essa não anula a singularidade do fazer setorial, pelo contrário, reconhece os domínios temáticos, comunicando-os para a construção de uma síntese, com a participação de diferentes categorias profissionais em um mesmo projeto de trabalho, de forma a garantir a interdisciplinaridade através de uma integração conceitual e metodológica (VILLA ET AL., 2002). Esta prática não apenas soma conhecimentos, mas produz novos conhecimentos, aqui dois mais dois é igual a cinco!

Outro ponto crucial são os processos de formação e capacitação de profissionais e de trabalhadores de saúde, necessitando de amplo investimento político e operacional para a mudança de conceitos. A educação permanente em saúde tida como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços com a finalidade de melhorar a saúde da população é uma estratégia eficaz para o enfrentamento do etilismo. Segundo Massaroli e Saupe (2005) a educação permanente em saúde é concebida como uma proposta de transformação dos serviços de saúde, envolvendo todos os sujeitos que atuam na área, oferecendo subsídios para que consigam resolver seus problemas e estabeleçam estratégias que amenizem as necessidades de sua comunidade. Trata-se de uma estratégia de reestruturação dos serviços, a partir da análise dos determinantes sociais e econômicos, mas, sobretudo, de valores e conceitos dos profissionais. Propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo ensino-aprendizagem (MOTTA e RIBEIRO 2005).

Em relação às ações de prevenção voltadas para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas podem ser definidas como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade

e risco específicos, e fortalecimento dos fatores de proteção. Implicam necessariamente em inserção comunitária das práticas propostas, com a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis, buscando atuar, dentro de suas competências, para facilitar processos que levem à redução da iniciação no consumo, do aumento deste em frequência e intensidade, e das conseqüências do uso em padrões de maior acometimento global. Para tanto, a lógica da redução de danos deve ser considerada como estratégica ao planejamento de propostas e ações preventivas (BRASIL, 2003).

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O alcoolismo é uma doença insidiosa, silenciosa e que avança em um continuum comprometendo severamente o usuário e seu entorno. Um diagnóstico precoce é importante para que sejam investigados os problemas relacionados aos distintos modos de uso do álcool, que se apresentam em diversos níveis de risco e de gravidade e que evoluem de forma crônica e problemática, devastando diversas esferas da vida.

É fundamental colocar a questão do uso de álcool e outras drogas como problema de saúde pública, devendo ser abordado em todos os níveis da assistência. Um fator imprescindível é a busca de novos saberes acerca do alcoolismo, o que propiciará um novo olhar em relação ao uso abusivo de bebida alcoólica e a oportunidade de prestar uma assistência mais eficiente e eficaz a esta clientela específica.

A palavra intersetorialidade é comum em todas as discussões de trabalhos que envolvam problemas de ordem sócio-econômica e o enfrentamento de tais problemas somente será eficaz se, de fato, os diversos setores trabalharem em rede, mas não de maneira estanque e compartimentalizada, com cada um dos envolvidos querendo definir qual é a sua cota de responsabilidade. A rede precisa estar interligada, com todos os envolvidos assumindo o problema de forma integral, conhecendo a fundo o problema, buscando nos demais setores envolvidos a parceria necessária e não o local de encaminhar o problema.

Em relação às ações de prevenção é fundamental a definição de um modelo de atuação que irá direcionar de forma paradigmática todos os profissionais envolvidos no problema definindo a direção a ser tomada. Para isso os profissionais precisam interagir, dialogar, buscar o conhecimento de forma permanente e integrada.

O problema do alcoolismo tem proporções alarmantes, com um intrincado entrelaçamento de fatores causais e conseqüências que disseminam em todo o território de atuação das equipes de atenção básica de saúde. Portanto é necessário ampliar o olhar sobre o problema, ampliar as lentes e enxergar a magnitude dos casos para que se possa enfrentá-los em sua totalidade.

REFERÊNCIAS

1. A.A, Os Doze Passos e as Doze Tradições. Disponível em: www.alcoolicosanonimos.org.br
2. ACAUAN L, DONATO M, DOMINGOS A M. Alcoolismo: um novo desafio para o enfermeiro. Esc Anna Nery **Revista de Enfermagem**, v.12, n.3, p.566-70, set. 2008.
3. BASTOS, F. I.,COTRIM, C. **O consumo de substâncias psicoativas entre jovens brasileiros: dados, danos & algumas propostas**. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília: CNPD, 1998.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.
5. BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
6. CRIVES, M. N. S. e DIMENSTEIN, M. Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um programa público. **Saúde Sociedade**, v.12, n.2, p. 26-37. 2003.
7. GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. A. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, 2011.
8. GONÇALVES, J. R. L.; GALERA, S.A.F. Assistência ao familiar cuidador em convívio com o alcoolista, por meio da técnica de solução de problemas **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n. espc., maio-junho.2010. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae
9. HENRIQUE, I. F. S. *et al* . Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, Abril. 2004.
10. MARCAL, C. L. A., ASSIS, F. e LOPES, G. T. O uso de bebidas alcoólicas pelos estudantes de enfermagem da Universidade do estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ). SMAD, **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v.1, n. 2, ago. 2005.
11. MASSAROLI, A.; SAUPE, R.. **Distinção Conceitual: Educação Permanente e Educação Continuada no processo de trabalho em saúde**. 2005. Disponível em:<<http://abennacional.org.br>. Acesso em 12 maio.2011.
12. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Linha Guia de Atenção em saúde mental**. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte. 2006. 238 p.
13. MOTTA, J. I. J., RIBEIRO, E. C. O. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde**. Março de 2005. Disponível em: www.redeunida.org.br. Acesso em 18 de maio, 2011.

14. OLIVEIRA, G. F.; LUCHESI, L. B. O discurso sobre álcool na Revista Brasileira de Enfermagem: 1932-2007. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n.spe, junho. 2010.
15. SCHNEIDER, D. R. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciência e saúde coletiva**, v. 15, n. 3, maio. 2010.
16. SILVA, E. L. da; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2005. 138 p.
17. VARGAS, D.; LABATE, R. C. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente ao uso do álcool e alcoolismo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 1, fevereiro. 2006.
18. VIEIRA, R. M. T.; ET AL Prejuízos neurocognitivos na dependência alcoólica: um estudo de caso. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 5, 2007.
19. VILA, V. da S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 10, n. 02, p. 137 – 144, 2002.
20. WASELFISZ, J. **Juventude, Violência e Cidadania: Os Jovens de Brasília**: Brasília: UNESCO e Cortez, 1998.
21. ZALUAR, A. **Cidadãos não vão ao Paraíso**. Campinas: Ed Escuta: 1994.