

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

JULIANA UTSCH OLIVEIRA NOGUEIRA PENEDA

ALCOOLISMO EM PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

CAMPOS GERAIS- MINAS GERAIS
2014

JULIANA UTSCH OLIVEIRA NOGUEIRA PENEDA

ALCOOLISMO EM PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, promovido pela Universidade Federal de Minas Gerais, com objetivo de obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Coelho de Lima

**CAMPOS GERAIS- MINAS GERAIS
2014**

JULIANA UTSCH OLIVEIRA NOGUEIRA PENEDA

ALCOOLISMO EM PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, promovido pela Universidade Federal de Minas Gerais, com objetivo de obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Coelho de Lima

Banca examinadora

Profa. Dra. Daniela Coelho de Lima – Orientadora – UFMG

Prof. Leandro Araújo Fernandes – Examinador – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte: 31/05/2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus por ter me dado forças para a realização do curso, a minha família, ao PSF DOM Bosco I, que me ajudou a refletir sobre todo meu processo de trabalho, à tutora Amanda Campos que me ajudou a amar mais ainda o que fazia e a orientadora Daniela Coelho de Lima pela dedicação durante o período.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que contribuíram nesta jornada, especialmente a Deus, a quem devo minha vida, à minha família que sempre me apoiou nos estudos e nas escolhas tomadas, à orientadora Profa. Dra. Daniela Coelho e a meu filho, Pietro, que me trouxe tantas alegrias demonstrando o verdadeiro milagre da vida.

RESUMO

De acordo com o Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família contribui para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. É nesse âmbito que foi realizado este estudo, com o objetivo de abordar o alcoolismo na atenção primária. O alcoolismo é um fenômeno social e um grande problema de saúde pública mundial. O alcoolismo é um problema que afeta amplamente as famílias adscritas no Programa de Saúde da Família, sendo, porém oculto nos tabus e vergonhas que as famílias têm ao lidar com o problema. Será feita uma abordagem de enfrentamento do problema, com enfoque em prevenção primária, desintoxicação do paciente e prevenção de recaída. A partir desse estudo, pode-se desenvolver estratégias de ação na atenção primária, buscando uma ação multidisciplinar que ocasione melhorias na condição de vida do indivíduo e de sua família e reinserção na sociedade.

Palavras Chave: Programa de Saúde da Família, Alcoolismo, Cuidados Primários de Saúde, Atenção primária.

ABSTRACT

According to the Ministry of Health, Family Health Program contributes to the reorientation of the care model from primary care, in accordance with the principles of the Unified Health System is in this context that this study was conducted with the objective to address alcoholism in primary care.

Alcoholism is a social phenomenon and a major public health problem worldwide. Alcoholism is a problem that affects families widely ascribed in the Family Health Program, which, though hidden in shame and taboos that families have to deal with the problem. An approach for the problem will be taken, with a focus on primary prevention, patient detoxification and relapse prevention. From this study, one can develop action strategies in primary care, seeking a multidisciplinary action that brings improvements in the condition of life of individuals and their families and reintegration into society.

Key Words: Program Family Health, Alcoholism, Primary Health Care, Primary Care.

LISTA DE FIGURAS

1. FIGURA 1 – Efeitos Agudos do uso do álcool.....15
2. FIGURA 2 – Efeitos Crônicos do uso do álcool.....16

LISTA DE TABELAS

1. Critérios para dependência do álcool.....	14
---	-----------

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO	13
3 METODOLOGIA	14
4 DISCUSSÃO	15
a. HISTÓRIA DO ALCOOLISMO	15
4.2 PREVALÊNCIA DO ALCOOLISMO	15
4.3 CONCEITO DO ALCOOLISMO	16
4.4 SINAIS E SINTOMAS RELACIONADOS AO USO AGUDO E CRÔNICO DE ÁLCOOL	16
4.5 FATORES DE RISCO E ASPECTOS DIAGNÓSTICOS	17
4.6 PATOLOGIAS DECORRENTES DO ALCOOLISMO	19
4.7 TRATAMENTO DO ALCOOLISMO	21
4.8 ALCOOLISMO E ATENÇÃO PRIMÁRIA	22
4.9 PREVENÇÃO	26
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
6 BIBLIOGRAFIA	28

1 INTRODUÇÃO

O uso de álcool é considerado um fenômeno social, sendo assim um grave problema de saúde pública mundial, necessitando de investimento e atenção médica e sanitária em diversos países (VARGAS et. al., 2009).

Segundo a Organização Mundial de saúde (2001), a dependência de álcool atinge cerca de 10% da população dos centros urbanos de todo o mundo, não dependendo do sexo, idade, poder aquisitivo ou do nível de instrução dos indivíduos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2004), citado por HECKMANN e SILVEIRA (2009), pode-se entender o alcoólatra como um indivíduo que ingere bebidas alcoólatra em excesso, e sua dependência gera alterações físicas, mentais, comportamentais, sociais e econômicas ao indivíduo exposto à substância.

Em relação ao alcoolismo no Brasil, um estudo refere que 65% dos homens e 41% das mulheres bebem pelo menos uma vez ao ano, resultando em 52% da população brasileira maior que 18 anos. No primeiro grupo, 11% bebem todos os dias e 28% de três a quatro vezes por semana. Em resumo, 3% da população brasileira maior que 18 anos fazem uso nocivo de álcool e 9% são dependentes do álcool (LARANJEIRA et al., 2007).

Quando pensamos nas crianças e adolescentes, a situação é ainda mais preocupante, pois o consumo de bebidas alcoólicas está cada vez mais associado ao vício de outras drogas, como a maconha. É percebido ainda, que o uso de tais drogas se relaciona a infrações praticadas por adolescentes (MARTINS E PILON, 2008).

Segundo Jellinek, citado por GIGLIOTTI E BESSA (2004); com seu clássico trabalho “The Disease Concept of Alcoholism”, o alcoolismo se torna uma doença apenas quando o indivíduo apresenta tolerância ao uso do álcool, abstinência e perda do controle.

Segundo Genevieve knupfer (1999), uma das pioneiras desse novo enfoque, o alcoolismo é acompanhado por diversos tipos de problemas, como: problemas de comportamento, de relacionamento, de saúde e econômicos.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000), citado por (FILZOLA et al., 2009); a ingestão de maneira abusiva ou crônica do álcool está relacionada a várias patologias e transtornos, como: mentais em geral, cirrose hepática, pancreatite, câncer, e se relaciona também a acidentes de trânsito e homicídios.

O álcool acarreta prejuízos biopsicossociais levando à complicações físicas e mentais, desemprego, violência doméstica, criminalidade e aumento da morbimortalidade; acarretando um alto custo econômico para a sociedade. Além dos prejuízos financeiros diretos do consumo inadequado de álcool, há também detrimientos indiretos, como redução da produtividade relacionada às doenças, licença médica e com o próprio consumo da substância durante o trabalho (MORAES et. al., 2006).

Segundo CHALUB E TELLES (2006), os transtornos por uso de drogas psicoativas exercem grande influência nos indivíduos expostos, suas famílias e sobre a sociedade em geral, causando grande prejuízo social e econômico e até prejuízos legais; além de comprometer a própria saúde do indivíduo.

Apesar da transparência que o alcoolismo reflete na sociedade, pouco tem sido feito para analisar este impacto em nosso país. Isto pode não estar ocorrendo devido à falta de metodologias específicas para um levantamento com esta magnitude (MORAES et. al., 2006).

Conclui-se, portanto, que o papel de atuação da equipe da atenção básica é muito importante para o tratamento do indivíduo e sua reintrodução à sociedade. Para isso é necessário sensibilização da família e do indivíduo em relação ao tratamento e até ao reconhecimento da doença. A percepção da necessidade de ajuda é um processo longo.

Sendo a família considerada como base da sociedade desde o início dos tempos, é obvio que a assistência ao dependente terá maior adesão se a família do usuário estiver presente. Acontece que para esse trabalho ter sucesso, os profissionais necessitam de conscientizar os indivíduos incluídos no processo e a importância do envolvimento da família para o tratamento. A equipe do Programa de Saúde da Família deve então estar preparada para informar, conscientizar e caminhar junto com a família proposta rumo à cura deste paciente e desta família muitas vezes afetada pelo problema. Para isso serão necessárias estratégias para manejo da patologia, atendimento multidisciplinar e encaminhamento para grupos de apoio.

Segundo EDWARDS (1998), a assistência a ser prestada é baseada no oferecimento de conforto tanto ao paciente quanto a sua família. A equipe deve oferecer ao paciente conforto físico e ajuda para enfrentar os problemas de saúde adquiridos pelo uso de álcool. As atividades oferecidas pela equipe devem ser realizadas com delicadeza, compreensão, empatia e respeito ao paciente como indivíduo, relacionando-se assim ao sucesso do tratamento.

2 OBJETIVO

O objetivo desta revisão da literatura é abordar o tema “alcoolismo” para propor estratégias de prevenção, conscientização e tratamento.

3 METODOLOGIA

O Trabalho de Conclusão de Curso “Alcoolismo em Programa de Saúde da Família”, foi desenvolvido a partir de revisões da literatura referente a publicações existentes sobre o alcoolismo na atenção primária. Foram realizadas buscas online através das bases de dados do LILICS, SCIELO, MEDLINE E BIREME. Para realização da busca foram utilizadas palavras chaves como: Programa de saúde da família, a saúde pública no Brasil, alcoolismo em programa de saúde da família, recidiva da ingesta de álcool e alcoolismo.

Após consulta dos materiais relacionados ao tema, estes foram lidos e selecionados e também foram selecionadas informações importantes de cada artigo para desenvolvimento do estudo. Foram enfatizados aspectos importantes, desde o conceito até o tratamento do paciente, sempre procurando maior enfoque na atenção básica e nas famílias adscritas. O tema foi escolhido e discutido já que hoje é considerado um grande problema de saúde pública e vivenciado rotineiramente no Programa de Saúde da Família. A abordagem foi realizada para conscientizar, estimular e preparar os profissionais da área para intervirem nos casos referidos de suas áreas.

As ideias foram transcritas e organizadas por ordem de importância para o desenvolvimento do presente estudo e para propor ações relacionadas ao tema.

4 DISCUSSÃO

a. HISTÓRIA DO ALCOOLISMO

Ao longo da história, o álcool vem se presenciando em diversas funções, sendo veículo de remédios, perfumes e componente da alimentação dos povos. Serve também como alimento e laço de comunhão entre indivíduos. À medida que a sociedade evoluiu, principalmente com a revolução industrial, houve grande aumento da produção e disponibilização da bebida, com redução também do preço das bebidas alcoólatras. Nesta época pode-se perceber que a mesma substância que alegra e cria laços na sociedade, também causa agressividade, desestabiliza famílias e causa problemas no trabalho (GIGLIOTTI E BESSA, 2004).

O uso de álcool é considerado normal ao desenvolvimento e não o primeiro degrau para o uso das demais drogas. Dizem que é como perder o primeiro dente: uma marca registrada para todas as pessoas de nossa cultura (ARATANGY, 2000).

Muitas são as referências sobre o álcool. Segundo a Bíblia Sagrada, em seu primeiro livro, o livro de Gênesis, no capítulo 9, é relatada a história de Noé. Segundo a Bíblia Sagrada, “Noé foi o primeiro agricultor. Plantou uma vinha e tomou o vinho dela e embriagou-se e encontrou-se nu no interior de sua tenda”.

4.2 PREVALÊNCIA DO ALCOOLISMO

Segundo Carlini et. al. (1997), estatísticas referem que 80% da população brasileira já consumiu bebidas alcoólicas. O consumo de bebidas tem se iniciado cada vez mais cedo, segundo constatações do Centro brasileiro de informações psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo. Segundo estudo, 51,2% das crianças de 10 a 12 anos já consumiram bebidas alcoólicas e que 44% da população entre 25 a 29 anos bebem (LUCENA, 2006).

Segundo Brasil (1999), Ramos, Berlote (1997), Zalluar (1999), Dimeff et. al. (2002) e Niewiadomski (2004), citados por LUCENA (2006), Estudos referem que o maior consumo de bebidas alcoólicas é na população com idade entre 30 a 49 anos. O consumo de bebidas alcoólicas se relaciona a agressões a mulheres, a internações em hospitais, a suicídios, acidentes de trânsito, acidentes de trabalho e ocorrências policiais. O consumo alcoólico também diminui a efetividade e produtividade no trabalho. O Brasil gasta 5,4% do Produto Interno Bruto-PIB com os custos diretos e indiretos do uso de bebidas alcoólicas, enquanto há contribuição de apenas 2,4% do PIB dos tributos e comércio relacionados às bebidas alcoólicas. (LUCENA, 2006).

4.3 CONCEITO DO ALCOOLISMO

Em 1976, Griffith Edwards e Milton Gross, citado por GIGLIOTTI e BESSA (2004); propõe o conceito da Síndrome de Dependência do Álcool (SDA), que se refere ao transtorno dependente da relação de fatores biológicos e culturais que ajudam no desenvolvimento e na manutenção do alcoolismo. Já na segunda metade do século XX o alcoolismo é considerado como doença quando o indivíduo apresenta tolerância, perda de controle e abstinência alcoólica. A tolerância se define como a necessidade de doses cada vez maiores para se produzir o mesmo efeito, e a abstinência se define como o aparecimento de sintomas de desconforto físico e/ou psíquicos na redução ou não uso do álcool (GIGLIOTTI e BESSA, 2004).

O alcoolismo é um grave problema que tem evoluído ao longo dos anos. Há várias causas responsáveis pelo uso de álcool entre adolescentes, que são influenciados pela sociedade, pelas tradições culturais, pela publicidade e pela atração dos locais próprios para o consumo das bebidas (PEREIRA, 2003).

A Organização Mundial de Saúde- OMS classificou o alcoolismo como uma “síndrome da dependência de álcool”, e registrou no Código Internacional das Doenças CID-10, sob no. 303, e F.10.2, referente aos “transtornos mentais e de comportamento” induzidos pelo uso excessivo de álcool. A síndrome passou então a ser entendida como o conjunto de comportamentos e manifestações físicas que alcançam grande prioridade na vida de um indivíduo, que perde valores e princípios que anteriormente eram importantes e irrevogáveis. A síndrome é baseada em um grande desejo de consumir determinada substância, sendo esta vontade irresistível para o indivíduo; motivo tal que vários pacientes mesmo após períodos de abstinência apresentam recaídas (CID-10, 1993).

4.4 SINAIS E SINTOMAS RELACIONADOS AO USO AGUDO E CRÔNICO DE ALCOOL.

Segundo Dubowski (1985), citado por HECKMANN e SILVEIRA (2009) os indivíduos alcoolizados apresentam diversos sinais clínicos que caracterizam a síndrome. Entre eles podemos citar o rubor e edema de face, edema das pálpebras, lacrimejamento dos olhos, eritose palmar, hálito alcoólico, ataxia de marcha, vertigem, tremores de extremidades, hematomas devido a traumas de quedas, alterações de pele referente a distúrbios da coagulação (devido à insuficiência hepática). Outros sinais presentes em indivíduos que fazem uso crônico de bebidas alcoólicas são as câimbras musculares, dores abdominais, vômitos, taquicardia e tosse. Em relação aos sintomas físicos dos usuários de bebidas alcoólicas, podemos citar os sinais de abstinência como tremores, câimbras ou parestesias – como sintomas neuromusculares, náuseas e vômitos por alteração do sistema digestivo, taquicardia e hipotensão por alteração do sistema neurovegetativo e também

sintomas psicológicos caracterizados por alteração do comportamento, perda do controle e desejo intenso de consumir bebidas, levando a sintomas como: ansiedade, depressão, insônia, irritabilidade e pesadelos. Outro sintoma latente que pode ser referido é a tolerância alcoólica, caracterizando a resistência aos efeitos do álcool no organismo.

4.5 FATORES DE RISCO E ASPECTOS DIAGNÓSTICOS

Características psicológicas e traços de personalidade específicos são necessários para o desenvolvimento do alcoolismo. Não podemos definir o caráter e a personalidade de um alcoólatra como único, já que os indivíduos têm alterações em relação ao comportamento, caráter e capacidade de lidar com os problemas que ocorrem na jornada da vida (HECKMANN e SILVEIRA, 2009).

Medidas preventivas podem ser adotadas para se evitar o alcoolismo, como a informação e conscientização da população com o fornecimento de conhecimento a toda a população (a se iniciar a educação nas escolas); criação de políticas públicas para restringir o uso do álcool para determinadas pessoas (como a proibição do uso de bebidas por grávidas, idosos e em caso de doenças físicas manifestas), e em determinados locais, como no local de trabalho (HECKMANN e SILVEIRA, 2009).

A identificação precoce do alcoolismo é difícil, pois os sintomas e sinais clínicos só ocorrem após uso progressivo e crônico, ou seja, o uso da droga por um período prolongado. Para a realização do diagnóstico é importante o conhecimento e identificação de sinais e sintomas clínicos como traumas, dores, instabilidade de marcha, vertigem, enjoos, náuseas, tremores e medo; e também a identificação de mudanças no comportamento dos indivíduos, como beber escondido, mudanças de trabalho e domicílio (HECKMANN e SILVEIRA, 2009).

Todos os cuidados devem ser aplicados para prevenção da dependência alcoólica (TABELA 1).

TABELA 1 CRITÉRIOS PARA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL – DSM-IV

<p>Tolerância: definida por qualquer um dos seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado; - acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.
<p>Abstinência: manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - síndrome de abstinência característica para a substância. Consultar os critérios A e B dos conjuntos de critérios para abstinência das substâncias específicas; - a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
<p>A substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por período mais longo que o pretendido.</p>
<p>Desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.</p>
<p>Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção e utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos.</p>
<p>Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.</p>
<p>O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (p.ex., uso atual de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela, ou consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo dessa substância).</p>

Fonte: APA.⁸

Fonte: American Psychiatric Association, citado por HECKMANN e SILVEIRA (2009)

4.6 PATOLOGIAS DECORRENTES DO ALCOOLISMO

Consequências físicas e psíquicas são normalmente evidenciadas, causando diversos prejuízos inclusive na vida social dos indivíduos. Muitos dos dependentes do álcool apresentam problemas no trabalho, problemas em casa e comportamento agressivo levando ao aumento do número de homicídios, acidentes de trânsito, e muitos outros comportamentos agressivos que acarretam na exclusão do alcoólatra da sociedade (HECKMANN e SILVEIRA, 2009).

Muitas são as doenças físicas consequentes do uso prolongado de bebidas alcoólicas (TABELA 2 e 3). Entre essas doenças podemos citar as úlceras e varizes esofágicas, gastrite, cirrose, câimbras, parestesia de extremidades, perda da força muscular, hipertensão, impotência e infertilidade. Transtornos mentais também são comuns, como a demência de Korsakoff, o delirium tremens, transtornos do humor e do sono e disfunção sexual (HECKMANN e SILVEIRA 2009).

TABELA 2



Figura 01: Efeitos agudos decorrentes do nível de álcool no sangue

Fonte: GESINA L. LONGENECKER,, 1998, p. 40-42, citado por (LUCENA, 2006).

TABELA 03

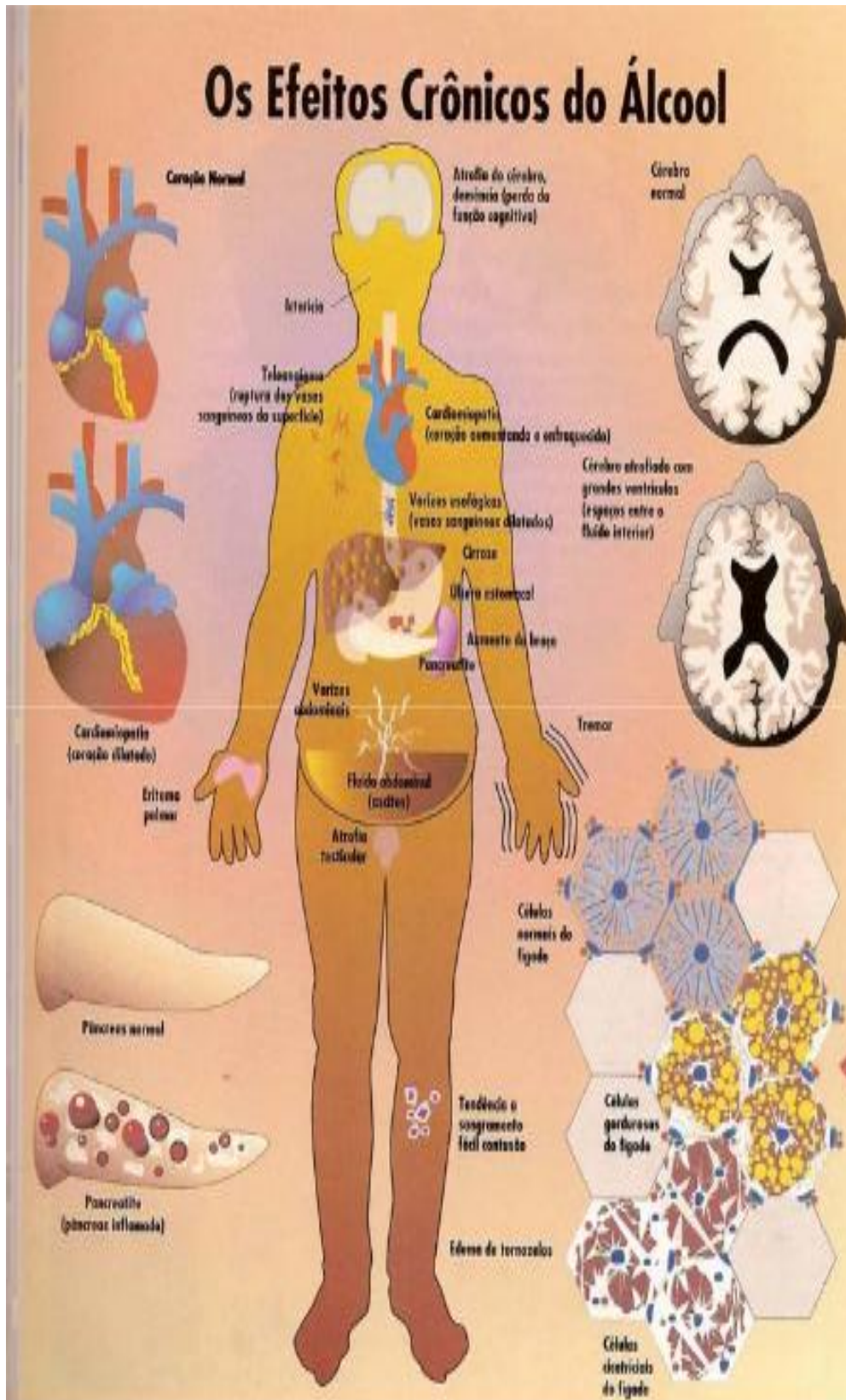


Figura 02: Efeitos deletérios do uso crônico do álcool no organismo

Fonte: GESINA L. LONGENECKER,, 1998, p. 40-42, citado por (LUCENA, 2006).

4.7 TRATAMENTO DO ALCOOLISMO

O tratamento da dependência alcoólica envolve intervenções complexas em vários níveis, envolvendo a vida familiar, profissional e social do envolvido. O tratamento envolve diversas etapas devido à complexidade da patologia. Em primeiro lugar, para se iniciar o tratamento do indivíduo alcoólatra, este deve participar de terapias em grupos, como os Alcoólicos anônimos, em conjunto com terapias medicamentosas (HECKMANN e SILVEIRA, 2009).

A psicoterapia é de extrema importância para o paciente para o reconhecimento da etiologia do alcoolismo para o posterior estabelecimento de metas e estratégias para o enfrentamento da doença. A psicoterapia é indispensável o acompanhamento do alcoolista. As terapias são multidisciplinares e o acompanhamento ao indivíduo e sua família deve ser a longo prazo para o tratamento eficaz. Vale ressaltar que o tratamento psicológico, mesmo que realizado com toda dedicação e a longo prazo, apresenta pouca efetividade para os dependentes do álcool. Os programas têm como objetivo o tratamento multidisciplinar para controle de danos físicos e sociais e para que o indivíduo se mantenha em um período prolongado de abstinência. A terapia instituída deve ser tanto individual como em grupo, e o sucesso é alcançado quando o paciente mantém um acompanhamento ambulatorial contínuo e frequenta periodicamente as terapias em grupo de ajuda (HECKMANN e SILVEIRA, 2009).

Em relação ao tratamento do alcoolismo, segundo Andrade e Cruz (2005), citado por HECKMANN e SILVEIRA (2009); Inicialmente o uso de medicamentos era utilizado apenas para o tratamento da abstinência alcoólica, porém nos últimos dez anos, medicações promissoras tem sido utilizadas para controle do alcoolismo. As medicações naltrexona e acamprosato são importantes como terapia coadjuvante com o tratamento psicoterápico. Atualmente novas medicações também foram instituídas, como o ondasetron e o topiramato, ambos ainda em fase de aprovação.

O dissulfiram (DSF) é um inibidor irreversível e inespecífico das enzimas que decompõem o álcool no estágio de acetaldeído. Ele foi a primeira droga aprovada pelo Food and Drug Administration (FDA) para o tratamento da dependência de álcool. Para uso da droga o paciente tem que estar em abstinência completa e ter conhecimento dos riscos e benefícios provindos da medicação. A dose habitual é de 250 mg/dia em dose única diária, após no mínimo 12 horas de abstinência. A duração recomendada para o tratamento é de um ano (HECKMANN e SILVEIRA, 2009).

A naltrexona é um antagonista opióide utilizado como coadjuvante do tratamento psicoterápico. Ela atenua os efeitos prazerosos do álcool. A posologia recomendada da naltrexona no tratamento é de 50 mg/dia (HECKMANN e SILVEIRA, 2009).

O acamprosato tem sido considerado um co-agonista parcial do receptor NMDA(N- metil – D- aspartato). O acamprosato possui boa absorção e pode ser usado para pacientes com insuficiência hepática. O acamprosato deve ser administrado em pacientes com mais de 60 kg, em três tomadas diárias, sendo dois comprimidos de 333 mg nos três períodos do dia, sempre antes das refeições (HECKMANN e SILVEIRA, 2009).

4.8 ALCOOLISMO E ATENÇÃO PRIMÁRIA

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, a atenção básica é o conjunto de ações individuais e coletivas com objetivo de promover e proteger a saúde, prevenir agravos, diagnosticar, tratar, reabilitar e manter a saúde. A atenção básica é desenvolvida de maneira democrática e buscando sempre a participação social, com trabalhos em equipe destinados a grupos específicos e a territórios populacionais bem delimitados. As tecnologias utilizadas para o desenvolvimento das ações da atenção básica são de alta complexidade e baixa densidade, com o objetivo de abordar os problemas de maior relevância em determinado território. A atenção básica é importante pois é a porta de entrada dos indivíduos no sistema único de saúde. Por esse motivo, ele é regida pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como a universalidade, acessibilidade, coordenação, vínculo, integralidade, humanização, equidade, participação social e responsabilização. De acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, os indivíduos devem ser considerados em sua singularidade, complexidade, integralidade e inclusão social, com o objetivo de promover a saúde, prevenir agravos, tratar patologias e reduzir os danos, como já citado anteriormente.

A Atenção Básica tem como fundamentos, segundo a PNAB:

- Oferecer acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos. O atendimento deve ser também descentralizado de acordo com o princípio da equidade e as ações devem ser planejadas.
- O trabalho deve ser interdisciplinar e em equipe.
- A criação de vínculo entre o indivíduo e a equipe, garantindo ações continuadas.
- Educação continuada aos profissionais de saúde e valorização dos mesmos.
- Avaliação e acompanhamento de resultados alcançados pela equipe.

- Estimular a participação popular e o controle social.

Para operacionalização da política no Brasil utiliza-se de uma estratégia prioritária, que é a Saúde da Família de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O Ministério da Saúde, portanto, baseado nos princípios do Sistema Único de Saúde, criou o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. Esse programa visa a assistência aos usuários de álcool e drogas com objetivo de reabilitação e reinserção na sociedade (BRASIL, 2003).

O Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Drogas têm ênfase na reabilitação e inserção social. A atenção psicossocial deve ser integrada ao meio cultural em conjunto com a assistência a saúde mental (BRASIL, 2003).

O tratamento do alcoolismo deve ser multidisciplinar, por estar relacionado á educação, justiça e ambiente, necessitando assim de um tratamento integral ao indivíduo afetado (BRASIL, 2003).

O tratamento deve se iniciar reconhecendo o indivíduo, suas características e necessidades, buscando novas estratégias de vínculo e contato com o indivíduo e seus familiares para que se possam implantar programas de prevenção, educação e tratamento. Para que uma política de saúde seja coerente, eficaz e efetiva, deve-se levar em conta que as estratégias são complementares e que a redução dos danos associada ao consumo e a superação do consumo, são elementos fundamentais para sua construção. (Ministério da Saúde, 2004).

A atenção integral consiste na proteção do individuo e da coletividade de pessoas, podendo necessitar de intervenção nos três níveis de atenção (BRASIL, 2003).

O diagnóstico e tratamento precoces do alcoolismo são muito importantes no prognóstico do paciente alcoólatra, porém lidamos, mesmo nos tempos modernos, com despreparo para a abordagem da patologia e falta de informação dos próprios profissionais de saúde que lidam diariamente com o problema. Segundo pesquisas, 20% dos pacientes tratados na rede primária ingerem bebidas alcoólicas em grande quantidade. Estas pessoas tem contato primário na atenção básica com o médico clínico geral no Programa de Saúde da Família. Poucos pacientes são analisados em relação a patologia, retardando assim o processo de diagnóstico e tratamento. Percebemos assim, que as consequências do alcoolismo são tratadas, porém o tratamento da etiologia destas, ou seja, a doença primária, não é tratada (BRASIL, 2003).

Se ações forem repensadas e o conhecimento for difundido, o diagnóstico precoce pode ser realizado, com redução dos danos e do impacto na sociedade em relação aos custos diretos e indiretos ao sistema (BRASIL, 2003).

A assistência a usuários de álcool deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, iniciando na atenção primária com o cuidado do Programa de Saúde da Família e acompanhamento dos agentes comunitários de saúde e podendo necessitar de tratamento extra-hospitalar, como no caso dos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad). (BRASIL, 2003).

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPSad são instituições assistenciais de alta resolubilidade, com o objetivo de reduzir os danos sociais e a saúde; incluindo em seus projetos terapêuticos práticas de cuidados que proponham a flexibilidade e abrangência possíveis e necessárias a esta atenção específica (BRASIL, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) , os CAPSad deverão oferecer atendimento diário, nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, com planejamentos terapêuticos individuais e específicos e oferecimento de tratamento contínuo e precoce para a redução de danos (BRASIL, 2003).

Um grande desafio encontrado no tratamento estabelecido no CAPSad é a continuidade ao tratamento. O percurso é difícil de se atingir, pois muitos o iniciam, e à medida que obstáculos como recaídas e as dificuldades em abandonar a bebida falam mais alto, poucos conseguem permanecer em tratamento sem fazer uso da bebida alcoólica. Para vencer estes obstáculos é necessário antes de tudo que o dependente se conscientize de sua doença e dos males que esta causa, como dificuldades na vida profissional, nos relacionamentos e no convívio familiar (MONTEIRO, CFS et. al., 2011).

Também podem ser necessários cuidados de maior complexidade, como nos casos da emergências médicas relacionadas ao alcoolismo, como nos casos de intoxicação aguda, abstinência alcoólica e outros transtornos psiquiátricos; necessitando assim de hospitais gerais e até de hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2003).

Para o desenvolvimento de ações específicas é necessário o conhecimento da patologia e das intervenções necessárias para o planejamento de ações. É necessário o desenvolvimento de uma ação conjunta com o Ministério da Educação, para modificação do currículo dos cursos de graduação na área da saúde, exigindo a abordagem dos problemas relacionados ao uso do álcool (BRASIL, 2003).

Deve ser estimuladas ações de prevenção nas escolas, locais de trabalho, sindicatos e associações. As ações sempre devem ter caráter permanente (BRASIL, 2003).

Educar a população é fundamental, pois é o primeiro passo para o estabelecimento do tratamento e a atenção integral. A conscientização da sociedade é primordial para o desenvolvimento das ações de saúde. As ações de saúde em relação ao uso de álcool e drogas deve ser integral e diferenciadas de acordo com o público a ser atingido. Ações também devem ser incorporadas para redução das vulnerabilidades que podem levar ao alcoolismo, oferecendo saneamento básico adequado, implementação de iluminação pública, centros de lazer, atividades profissionalizantes, recreativas e educacionais (BRASIL, 2003).

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPSad são instituições assistenciais de alta resolubilidade. Tais centros de atenção incluem projetos terapêuticos baseados em práticas flexíveis e abrangentes necessárias a este tipo de atenção, com o objetivo de redução dos danos à saúde (BRASIL, 2003).

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

4.9 PREVENÇÃO

Em todo o mundo, são evidentes os agravos causados pelo uso indevido de álcool; também é de conhecimento a elevação dos custos diretos e indiretos do uso da substância. O estigma, a exclusão, o preconceito, a discriminação e a desabilitação são ao mesmo tempo agravantes e consequências do uso excessivo de álcool, colaborando assim para o aparecimento de patologias consequentes do alcoolismo (BRASIL, 2003).

O comprometimento global consequente ao uso de álcool e outras drogas envolve o indivíduo fisicamente e psicologicamente. O indivíduo tem suas habilidades reduzidas e redução de seu papel na sociedade. Esses prejuízos têm ocorrido em todo o mundo e atravessado fronteiras, envolvendo homens e mulheres de diferentes idades, etnias e classes econômicas (BRASIL, 2003).

Apesar de todas as consequências causadas pelo uso excessivo de drogas, ainda há grande timidez nacional que envolva a comercialização da substância, medidas estas que poderiam reduzir os danos e custos decorrentes do uso indevido do álcool (BRASIL, 2003).

A prevenção do uso abusivo e/ou dependência de álcool é baseada no planejamento e implantação de estratégias para reduzir as vulnerabilidades de um território e para redução dos fatores de risco. Implica na introdução das práticas planejadas para determinada população para reduzir o consumo, a intensidade e também redução das consequências do alcoolismo. A redução de danos deve ser considerada uma estratégia ao planejamento de propostas e ações com o objetivo da prevenção do alcoolismo (BRASIL, 2003).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho desenvolvido possibilitou o fornecimento de informações através de revisão de literatura confiável sobre a abordagem do paciente alcoólatra e sua família, bem como meios utilizados para a conscientização e tratamento. Foi concluído também que é constante a necessidade de rever o modelo de atendimento ao alcoólatra no Programa de Saúde da Família (PSF), sendo a atenção primária a porta de entrada para o indivíduo no Sistema Único de Saúde (SUS).

Acreditamos ser necessário divulgar os objetivos ao atendimento ao paciente alcoólatra e sua família, bem como torná-lo conhecido por todos os profissionais do Programa de Saúde da Família. Também, paralelamente a este fato, pensamos ser importante a capacitação dos profissionais de saúde, que poderiam se sentir muito mais seguros em prestar atendimento a um paciente alcoólatra e sua família, se tivessem informações específicas dentro da área.

Deve ser oferecida educação continuada a todos os profissionais da atenção primária, para que estes desenvolvam estratégias e planejamentos para determinação de medidas para prevenção, abordagem e tratamento dos indivíduos alcoólatras, bem como de suas respectivas famílias.

Com dedicação e busca constante pelo aprendizado, podemos conhecer melhor a maneira como podemos agir em nosso território para auxiliarmos os pacientes em uso da substância, sempre procurando atender as necessidades e aflições de suas famílias, bem como reintroduzir o indivíduo na sociedade.

BIBLIOGRAFIA

1. Adés J, Lejoyeux M. **Comportamentos alcoólicos e seu tratamento**. 2.ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2004.
2. American Psychiatric Association – APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)**. 4.ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
3. Andrade AG e Cruz MS. **Alcoolismo: recursos terapêuticos e agentes farmacológicos promissores**. J Bras Psiquiatr 2005; 54(4):270-276.
4. ARATANGY, Lídia Rosenberg. **Doces venenos: conversas e desconversas sobre drogas**. 10. ed. São Paulo: Olho d'água, 2000.
5. ARAUJO, V. A. **Para compreender o alcoolismo: teoria e prática**. São Paulo. Ed: Edicon, 1999.
6. BAU, C. **Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo**. Ciência Saúde Coletiva, vol. 7 n.1, 2002.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
8. BRASIL, Ministério da Saúde, <http://dtr2001.saude.gov.br-dab-atencaobasica.phd=sauededafamilia>. Acesso: Jan 2014.
9. BRASIL. **Política Nacional Antidrogas – PENAD**. Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, Brasília: 2001^a.
10. BRASIL, Ministério da Saúde, <http://dtr2001.saude.gov.br-dab-atencaobasica.phd=sauededafamilia>. Acesso: Jan 2014.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
12. CARLINI, E. A., GALDURÓZ, F. C. José e NOTO Regina Ana. **IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º Graus em 10 Capitais Brasileiras**. São Paulo: UNIFESP/CEBRID, 199
13. CHALUB, M; TELLES, L. **Álcool, drogas e crime**. Revista brasileira de Psiquiatria, 2006; 28 69-73.
14. CID 10. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento do CID-10**.
15. DIMEFF, Linda [et al]. **Alcoolismo entre estudantes universitários: uma abordagem de redução de danos**. Tradução de J. M. Bertolote. São Paulo: Editora UNESP, 2002.
16. DUBOWSKI KM. **Absorption, distribution and elimination of alcohol: highway as -3.fety aspects**. J Stud on Alcohol 1985; (Suppl.10):98-108.
17. EDWARDS, GRIFFITH. **A Política do Álcool e o bem comum**. 1ª edição, Porto Alegre. Artes Médica, 1998.
18. FILZOLA, C; TAGLIAFERRO, P; ANDRADE, A; et al. **Alcoolismo e Família: a vivência das mulheres participantes do grupo de auto-ajuda**. Jornal brasileiro de Psiquiatria, 2009; 58 181-186.
19. FORTES, J.R.Albuquerque. **Alcoolismo**. São Paulo, 1975.
20. GESINA L.LONGENECKER, PHD. **Como Agem as Drogas: O abuso de drogas e o corpo humano**.São Paulo: Quarts Books, 1998, p.p. 40-42.
21. GIGLIOTTI, A. *et al.* **Síndrome de dependência do álcool: critérios diagnósticos**. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, maio. 2004.

22. GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social** 5. ed. São Paulo:Atlas, 2006.
23. GRANT GF, DAWSON DA. **Alcohol and drug use, abuse and dependence: classification, prevalence and comorbidity**. In: McCrady BS, Epstein EE, editors. Addictions- a comprehensive guidebook. London: Oxford University Press, 1999; p.10.
24. HEATHER,N.; ROBERTSON, I. **Problem drinking**. Midsomer Norton: Oxford Medical Publications, 1997.
25. HECKMANN, W. ; SILVEIRA, C. M. **Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos**. In *Álcool e suas conseqüências : uma abordagem multiconceitual* / editores: Arthur Guerra de Andrade, James C. Anthony, Camila Magalhães Silveira. - Barueri, SP: Minha Editora, 2009.
26. JELLINEK EM. **The disease concept of alcoholism**. New Brunswick: Hillhouse Press, 1.1960
27. KAHAN, M. **Identifying and managing problem drinkers**. Canadian Family Physician, Toronto, v.42, p . 661-671, 1996.
28. KNUPFER, G. **The epidemiology of problem drinking**. American Journal of public Health, 57. P 973-986, 1999.
29. LARANJEIRA, R; PINSKY, I, ZALESKI, M; et al. **Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**, 2007. Disponível em [HTTP://bvsms.saude.gov.br-bvs-publicacoes-relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf](http://bvsms.saude.gov.br-bvs-publicacoes-relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf). Acesso em Janeiro de 2014.
30. LAPATE, Vagner. **Hora Zero: a independência das drogas – antes que os problemas cheguem**, São Paulo: Scortecci, 2001.
31. Lucena, M.G.(2006). Educação popular em Saúde: Abordagem Intergeracional do Alcoolismo numa Unidade Saúde da Família. Dissertação de Mestrado. Centro de Educação UFPB: João Pessoa.
32. MALTA, D; MASCARENHAS, M; PORTO,D; et al. **Prevalência de drogas e consumo de álcool entre adolescentes: Análise de dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar**. Revista brasileira de epidemiologia, 2011;14 136-146.
33. MARTINS, I. **Intoxicação alcoólica aguda**. Departamento de Farmacologia básica e clínica. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Jan, 2001.
34. MARTINS, M; PILON,S. **A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei**. Cad Saúde Pública. 2008; 24 (5): 1112-1120.
35. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Literatura de cordel como instrumento de educação popular para saúde**. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Brasília, ano VII, n. 11, p. 17-20, Jul. a Set. 2006.
36. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
37. MONTEIRO, CFS; FÉ, LCM; MOREIRA, MAC; ALBUQUERQUE, IEM; SILVA, MG; PASSAMANI, **Perfil Sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-AD do Piauí**. Esc Anna Nery, 2011 jan-mar; 15 (1):90-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/13.pdf>
38. MORAES, E; CAMPOS, G; FIGLIE, N; et al. **Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool**. Revista brasileira de Psiquiatria, 2006. 321-325.

39. NIEWIADOMSKI, Christophe. **Violências e Alcoolismo: Abordagem bibliográfica em Alcoologia e Hermenêutica do Sujeito**. Revista Psicologia em Estudo, Maringá: v. 9, n. 3, p. 331-3341, set./dez. 2004, p. 1.
40. Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 – Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança**. OMS, Genebra, 200.
41. PEREIRA, D. **O papel do álcool na sociedade**. Faculdade de Coimbra. Faculdade de Economia. 2003. Disponível: www4.fe.uc.pt/fontes/trabalhos/2002009.pdf Acesso em: Janeiro de 2014.
42. RAMOS, Sérgio de Paula & BERTOLOTE, José Manoel. **Alcoolismo Hoje**. Porto Alegre: 3 ed. Artes Médicas, 1997, p. 45.
43. VARGAS, D; OLIVEIRA, M; ARAÚJO, E. **Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro**, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2009; 25 1711-1720.
44. World Health Organization – WHO. **Global status report on alcohol**. Genebra: 2.WHO, 2004
45. World Health Organization. Geneva. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
46. ZALUAR, Alba (org). **Drogas e Cidadania: repressão ou redução de riscos**. São Paulo: Brasiliense, 1999.