



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - SER
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**Problemas na vida social relacionados ao consumo do álcool:
estudo dos pacientes do Programa de Atendimento ao
Alcoolismo do HUB**

Marcela Reis Silva

Brasília,
Maio de 2008



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - SER
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**Problemas na vida social relacionados ao consumo do álcool:
estudo dos pacientes do Programa de Atendimento ao
Alcoolismo do HUB**

Marcela Reis Silva

Monografia apresentada como exigência para a obtenção do grau de assistente social, sob orientação da Prof^o Patrícia Pinheiro junto ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília.

Brasília,
Maio de 2008

DEDICATÓRIA

Dedico a todos que sofrem devido aos problemas relacionados ao consumo do álcool.

AGRADECIMENTOS

A Deus por todas as graças concedidas;

Aos meus pais João e Margarida por todo apoio e dedicação;

A todos os familiares que me acolheram e apoiaram durante essa trajetória;

A assistente social Cláudia Regina por acreditar na minha competência, e cuja dedicação e compromisso pela profissão contribuiu bastante para minha formação profissional;

A toda equipe do Programa de Atendimento ao Alcoolismo do HUB pela oportunidade de crescimento e aprendizado;

A assistente social Erika Suzana por ter me auxiliado na tabulação de dados e na revisão;

A professora Patrícia Pinheiro pela atenção;

A todos os professores que contribuíram para a construção do meu conhecimento desde o ensino fundamental até a universidade;

Aos meus amigos da Casa do Estudante Universitário que tornaram minha permanência em Brasília muito mais prazerosa e me auxiliaram nos momentos difíceis, principalmente as minhas companheiras de apartamento e os meninos do 220 volts.

SUMÁRIO

Resumo	06
Introdução	07
1. Aspectos gerais	09
1.1 O consumo do álcool e suas particularidades.....	09
1.2 Os diferentes padrões de consumo.....	12
1.3 A evolução histórica do conceito de alcoolismo.....	14
2. Os problemas relacionados ao consumo do álcool	17
2.1 Problemas ocasionados após o consumo excessivo	20
2.1.1 A associação entre o uso do álcool e a violência.....	20
2.1.2 A relação entre o consumo de álcool e eventos acidentais.....	21
2.2 Problemas ocasionados pelo consumo excessivo em longo prazo	23
2.2.1 No ambiente de trabalho.....	23
2.2.2 No contexto familiar.....	25
2.2.3 O consumo do álcool como elemento facilitador da marginalização.....	27
2.3. A importância dos problemas sociais para a realização do diagnóstico	29
3. Políticas públicas direcionadas à questão das drogas	32
3.1 As políticas públicas nacionais referentes à questão das drogas.....	32
3.2 O processo de realinhamento da Política Nacional Antidrogas.....	37
3.3 Políticas públicas relacionadas especificamente ao álcool.....	40
3.4 O panorama nacional das políticas destinadas ao álcool.....	43
4. O Programa de Atendimento ao Alcoolismo do HUB	47
4.1 Apresentação do Programa.....	47
4.2 A atuação do Serviço Social no Programa.....	50
5. Metodologia e análise dos dados da pesquisa de campo	54
5.1 Metodologia.....	54
5.2 Análise quantitativa.....	56
5.3 Análise qualitativa.....	61
Considerações finais	66
Referências Bibliográficas	69
Anexos	73

RESUMO

Este trabalho foi realizado com o objetivo de identificar e analisar quais os principais problemas relacionados ao consumo do álcool, apresentados na vida social dos pacientes do Programa de Atendimento ao Alcoolismo do Hospital Universitário de Brasília, e de compreender como estes fatores influenciam na aceitação do tratamento e do diagnóstico de abuso ou dependência do álcool. Essa pesquisa foi orientada por meio do levantamento de informações acerca do uso do álcool e dos problemas sociais associados a este, e a partir da análise quanti-qualitativa dos dados colhidos nos prontuários dos pacientes do Programa. Buscou-se também verificar a importância da atuação do assistente social no tratamento de usuário de substâncias psicoativas, e a necessidade de implementar as ações preconizadas na política nacional sobre drogas.

Palavras chave: consumo de álcool; problemas sociais; políticas; Serviço Social.

APRESENTAÇÃO

A partir da experiência acumulada no trabalho com os usuários do Programa de Atendimento ao Alcoolismo no Hospital Universitário de Brasília, durante o período de estágio, observei a ampla prevalência de problemas relacionados ao consumo do álcool na vida dos pacientes (sociais, clínicos e psicológicos). Também foi possível verificar o grande impacto que o consumo excessivo de álcool exerce na vida social destes.

Diante disso, percebi a necessidade de realizar um estudo exploratório que investigasse quais os principais danos associados ao consumo do álcool presentes na vida social dos pacientes e que buscasse compreender como esses fatores os influenciam na aceitação do diagnóstico e no reconhecimento da necessidade do tratamento. Sabe-se que os usuários costumam apresentar resistência e negar a necessidade do tratamento, e quando aceitam o diagnóstico geralmente já se encontram em um estágio bastante comprometido. Apesar da relevância, o aspecto social não tem sido abordado com a profundidade necessária.

Assim, o objetivo desta pesquisa consiste em analisar e identificar os principais problemas relacionados ao consumo do álcool, apresentados na vida social dos pacientes do Programa de Atendimento ao Alcoolismo do Hospital Universitário de Brasília, e compreender como estes fatores influenciam na aceitação do tratamento. A pesquisa foi realizada a partir da análise dos dados colhidos nos prontuários dos pacientes do Programa.

Desta forma a pergunta e a hipótese estabelecidas foram as seguintes, respectivamente: Quais os principais danos associados ao consumo do álcool presentes na vida social dos pacientes do PAA? A hipótese levantada é de que: os principais problemas associados ao consumo prejudicial do álcool na vida social destes são: desestruturação familiar, dificuldades no trabalho e problemas com a justiça. Percebe-se que estes são os principais fatores que impulsionam os pacientes a reconhecerem a necessidade do tratamento.

Para analisar o tema proposto, iniciarei com a apresentação da problemática referente à questão da dependência do álcool, situando-o como um grave problema de saúde pública. Relacionando-o posteriormente as suas principais implicações: clínicas, psicológicas e sociais. No primeiro capítulo a problemática referente à questão do uso do álcool será apresentada e contextualizada.

No segundo capítulo são explicitados os principais fundamentos da pesquisa, e a importância do tema para o debate científico, por meio de considerações teóricas acerca das consequências do consumo do álcool ocorridas após o consumo

excessivo, e em longo prazo (pelos dependentes). O terceiro capítulo se destina a discorrer sobre a forma como o Estado vem respondendo a essa problemática, por meio da análise da implementação das políticas nacionais sobre drogas.

O quarto capítulo é reservado para apresentar o contexto institucional do Programa, e a importância da atuação do Serviço Social neste. No quinto capítulo apresenta-se inicialmente a metodologia e o instrumental utilizado na pesquisa de campo, bem como os critérios de seleção da amostra e a forma como os dados foram analisados. Posteriormente, realiza-se a interpretação dos resultados encontrados, relacionando-os com a literatura existente. Por fim, a título de conclusão são apresentadas as principais reflexões finais sobre o tema.

01. Aspectos gerais

1.2 – O consumo do álcool e suas particularidades

Estudos relatam que o álcool é uma droga muito popular e antiga, seu consumo teve início provavelmente há pelo menos 6000 anos a.C. No decorrer da história, esse consumo foi ganhando espaço em diferentes contextos culturais, ganhando aceitação e incentivo em diversos países (NOTO; FORMIGONI, 2002).

O grau de aceitação do consumo de drogas varia muito de uma cultura para outra e até dentro de uma mesma cultura essa aceitação pode se modificar com o tempo. Existem sociedades como a ocidental que aceitam e até mesmo estimulam o uso do álcool. Por outro lado, nas culturas muçulmanas o consumo dessa substância é absolutamente condenado e proibido, diferentemente da maconha que é em geral tolerada.

No Brasil, o álcool é a substância psicoativa mais consumida, estando assim, presente na vida social da maioria das pessoas. É usada tanto nas comemorações, cerimônia religiosa, eventos culturais, como também, para amenizar o sofrimento e aliviar o stress. Segundo Sérgio Nicastrí (2002, p.32) “o álcool é utilizado, sobretudo em função da sua ação euforizante em doses baixas e da capacidade de diminuir as inibições facilitando a interação social”.

O fato de o álcool ser uma substância legal e socialmente aceita (na maior parte dos países), o seu uso é geralmente banalizado e há resistência em vê-lo como um problema. Para Silveira (2002) isto ocorre porque o status sócio-cultural do álcool é diferente das outras drogas:

Existe uma aculturação ancestral do produto, assim como das suas formas de consumo. A ambivalência da sociedade é nítida quando falamos de distintas substâncias psicoativas. O álcool não desperta programas de “luta” como as drogas ilícitas o fazem. Existe assim, um excesso de tolerância em reação ao uso indiscriminado de álcool, ao lado de uma intolerância injustificada ao uso meramente recreativo de drogas ilícitas (SILVEIRA, 2002: 49).

Quanto ao uso do álcool como facilitador da socialização e estimulante do consumo, pode-se citar como exemplo o nome de algumas comunidades disponíveis no site de relacionamentos *Orkut* muito utilizado principalmente pelos jovens no Brasil: “Festa sem álcool é reunião”, “Nunca fiz amigos bebendo leite”, “Se não tem mar, vamos pro bar”, “Amigos do Álcool”, “Beber pra esquecer os problemas”, entre outras.

Segundo Niel e Julião (2006), quando comparado às outras substâncias psicoativas, o álcool apresenta algumas particularidades que colaboram para o desenvolvimento do quadro relatado acima, como:

- O fato de ser uma droga culturalmente aceita e lícita, onde não só o uso social é considerado aceitável, mas também o uso abusivo é estimulado em várias situações. Geralmente, se observa uma tolerância excessiva em relação ao consumo do álcool, inversamente à observada quanto ao uso de outras drogas.
- É uma droga de fácil acesso e baixo preço.
- A fiscalização é deficiente tanto dos pontos de venda, como das restrições legais à venda de álcool (a menores de 18 anos, e a pessoas já alcoolizadas), e em relação à quantidade dos pontos de venda.

Apesar de o uso do álcool ser considerado como uma importante questão de saúde pública, sabe-se que a mídia contribui para que as pessoas o consumam por meio de propagandas comerciais nos vários veículos de comunicação. Ao analisar a presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira, Andrade e Espinheira (2006) sugerem uma avaliação crítica à cerca do papel da mídia em nosso cotidiano.

A todo o momento, pela via das propagandas comerciais, somos convidados a beber e as propagandas nos dizem que seremos melhores, teremos mais sorte e ficaremos mais fortes e alegres se bebermos esta ou aquela marca, este ou aquele tipo de bebida que pode ser a cerveja, o vinho, o uísque ou a cachaça, dentre outras tantas à disposição dos gostos e da capacidade aquisitiva dos consumidores (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2006: 16).

Ainda sobre esse tema, os autores citados apontam que a mídia, “ao mesmo tempo em que nos informa, muitas vezes ultrapassa a sua responsabilidade social, tornando-se fonte de muitos equívocos e desinformações, devido ao seu comprometimento com o mercado de anunciantes” (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2006, p.15).

De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, promovido pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) em 2005, realizado em parceria com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), o consumo do álcool aumentou nos últimos quatro anos. Em 2001, o número de pessoas pesquisadas, com idades entre 12 e 65 anos que tinham feito uso do álcool durante a vida foi 68,7% e em 2005 subiu para 74,6%. Também houve aumento na porcentagem de entrevistados que preenchem critérios para a dependência do álcool de 11,2% em 2001, para 12,3% em 2005, em relação a ambos os sexos e todas as faixas etárias.

Neste mesmo levantamento se observa uma elevada prevalência da dependência do álcool entre os homens nas faixas etárias de 18 a 24 e 25 a 34 anos. Estas taxas elevadas foram observadas tanto em 2001 como em 2005. Pode-se notar que o sexo masculino fez mais uso na vida de álcool que o feminino em todas as faixas etárias estudadas. Porém, observa-se que o consumo do álcool vem aumentando entre as mulheres com muita rapidez, refletindo as mudanças culturais nas relações entre os sexos no mundo (FRANCH, 2004). Quanto à distribuição de dependentes entre os sexos, constata-se que a porcentagem dos dependentes do sexo masculino (19,5%) é de três vezes a do feminino (6,9%) no total e nas idades acima dos 24 anos. A única faixa etária em que o número de dependentes entre as mulheres se aproxima ao dos homens é a de 12-17 anos, respectivamente 6,0% e 7,3%. O que constata o aumento do número de mulheres dependentes do álcool nessa nova geração.

Ainda nesse estudo, foi verificado o aumento do uso na vida de álcool entre os adolescentes de 12-17 anos de 48,3% para 54,3% e entre os jovens de 18 a 24 anos de 73,2% para 78,6%. A porcentagem do número de adolescentes dependentes do álcool é preocupante: 5,2% em 2001, e 7,0% em 2005. Foram relatados problemas relacionados ao consumo de álcool por 5,7% e 12% dos entrevistados nas faixas etárias entre 12 e 17 anos e entre 18 e 24 anos, respectivamente. Esses números são resultantes da tendência do aumento do consumo nessa faixa etária já verificado em estudos anteriores. Os dados divulgados também indicam o consumo de álcool em faixas etárias cada vez mais precoces e de forma cada vez mais intensa, sugerindo a necessidade de revisão das medidas de prevenção, tratamento e restrição.

Tabela 01 - Comparação entre os levantamentos de 2001 e 2005, uso na vida e dependência de álcool distribuído, segundo o sexo e a faixa etária dos entrevistados das 08 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil.

FAIXA ETÁRIA (ANOS)/ SEXO	USO NA VIDA EM %		DEPENDÊNCIA EM %	
	2001	2005	2001	2005
12 - 17	48,3	54,3	5,2	7,0
M	52,2	52,8	6,9	7,3
F	44,7	50,8	3,5	6,0
18 - 24	73,2	78,6	15,5	19,2
M	78,3	83,2	23,7	27,4
F	68,2	72,6	7,4	12,1
25 - 34	76,5	79,5	13,5	14,7
M	85,6	85,1	20,0	23,2
F	67,6	73,0	7,1	7,7
≥ 35	70,1	75,0	10,3	10,4
M	82,1	86,1	16,1	17,3
F	59,5	67,6	5,1	5,4
TOTAL	68,7	74,6	11,2	12,3
M	77,3	83,5	17,1	19,5
F	60,6	68,3	5,7	6,9

Fonte: II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – CEBRID.

Conforme a Secretaria de Vigilância de Saúde do Ministério da Saúde (2007), o Distrito Federal ocupa o quinto lugar entre as capitais que apresentam maior consumo de álcool no país. Salvador (BA) é a campeã, seguida de Recife (PE), Teresina (PI) e Aracaju (SE). Assim, diante dos dados apresentados explica-se a prevalência do uso do álcool em relação às outras substâncias psicoativas, verificando-se que a importância que o consumo do álcool vem adquirindo na sociedade.

1.2 – Os diferentes padrões de consumo: uso, abuso e dependência.

Dentre os fatores que contribuem para a ação do álcool no organismo observa-se à frequência da ingestão, a quantidade de álcool ingerida e absorvida, sua distribuição pelo corpo, a sensibilidade individual dos diferentes órgãos, bem como a velocidade de metabolização.

Segundo Bertolote (2007) as normas sociais, os conceitos de embriaguez, de ingestão anormal ou patológica e sua etiologia dependem, em grau extremo, da cultura, com importantes implicações na definição de alcoolismo e na escolha de técnicas de intervenção terapêutica. Diversos teóricos expressam que:

Existem muitas evidências de que normas culturais em relação ao consumo do álcool têm um papel importante na definição do padrão de uso. Fatores interpessoais, como o comportamento da família e a influência dos pares também são importantes (FORMIGONI; MONTEIRO, 1997: 60).

Acerca da concepção de abuso e dependência do álcool, vários estudiosos apontam que deve-se levar em consideração o fato do tema encontrar-se ainda em evolução e as diferentes visões sobre estes dois conceitos, que passam por um amadurecimento gradativo decorrente dos avanços científicos. O termo “consumo prejudicial” abarca os conceitos utilizados hoje, como “abuso de álcool”, ou “uso prejudicial de álcool”.

De acordo com Niel e Julião (2006), o uso nocivo ou abusivo se caracteriza como um padrão de uso já problemático, que não possui relação específica com a quantidade e a frequência de consumo, mas principalmente com a presença de algum tipo de problema com relação ao beber. O termo “uso nocivo” é adotado na Classificação Internacional de Doenças - CID como aquele que resulta em dano físico ou mental.

O Ministério da Saúde (2003) considera como uso prejudicial de bebidas alcoólicas o consumo que pode ocasionar danos à saúde e ao bem-estar da pessoa e

dos ambientes sociais. O uso prejudicial guarda relação diretamente proporcional com os padrões de consumo (quantidade, qualidade, tipo, forma e hábito de uso). Nesta mesma concepção Duarte e Morihisa (2002) apontam que o abuso pode ser compreendido como um padrão de uso que aumenta o risco de conseqüências prejudiciais para o usuário.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV compreende o abuso de álcool como um padrão prejudicial de uso que afeta algumas áreas da vida como: agravos à saúde, problemas legais, dificuldade em cumprir compromissos e persistência no uso, apesar da consciência da existência de problemas nas áreas social e pessoal. O DSM – IV define de forma mais abrangente e considera as conseqüências sociais do uso problemático, sem a presença dos fenômenos como a tolerância e a síndrome de abstinência.

Segundo Noto e Formigoni (2002) o termo alcoolismo foi substituído nos últimos anos pela expressão Síndrome de Dependência do Álcool (SDA) proposta por Edward e Gross em 1976. Essa concepção foi elaborada numa tentativa de atribuir níveis gradativos para o avanço da dependência, extinguindo a característica de “tudo ou nada”. Neste sentido, a dependência passou a ser vista como um contínuo entre dois extremos: de um lado o estado de “não dependência” e do outro o de “dependência grave”. Também foi abandonada pela Organização Mundial de Saúde - OMS a diferenciação entre dependência física e psicológica muito utilizada entre profissionais de saúde, passando a ser adotado apenas o termo síndrome de dependência.

A décima edição da CID - 10 recomenda que o diagnóstico de dependência deve comumente ser feito se três ou mais dos seguintes critérios forem identificados em algum momento do ano anterior:

- um forte desejo ou compulsão para consumir a substância;
- dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo;
- um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido como evidenciado por: a síndrome de abstinência característica para a substância ou uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas da síndrome de abstinência;
- evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;

- abandono progressivo dos prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou tomar a substância ou para se recuperar dos seus efeitos;
- persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara das conseqüências nocivas, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebida alcoólica, estados de humor depressivos conseqüentes a períodos de consumo excessivo da substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado à droga; deve-se fazer esforços para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensa do dano.

Atualmente a dependência é admitida como um processo complexo, que envolve fatores psicológicos, médicos, legais, sociais e familiares. Essa concepção decorre dos avanços nos campos psicológico e social nos últimos anos que proporcionaram a ampliação do debate em relação ao uso abusivo e dependência de drogas com a valorização de outros aspectos além dos médicos, conforme expressam Noto e Formigoni:

Esse recente debate, mais amplo e integrado, das áreas de medicina, psicologia e sociologia trouxeram novas perspectivas para a compreensão do abuso e da dependência de drogas. Essas novas perspectivas representam a possibilidade de abordagens mais adequadas às reais necessidades da população, integrando as questões de saúde com outras áreas envolvidas com o tema, como o direito e a educação. Nesse sentido, o conceito de abuso e de dependência ainda permanece em debate e, portanto, em processo de evolução (NOTO; FORMOGONI, 2002: 04).

1.3 – Evolução histórica do conceito de alcoolismo

Existe um consenso entre os historiadores de que o consumo de álcool, assim como o de outras substâncias psicoativas, é tão antigo quanto à existência das civilizações. Acerca de cinco mil anos antes de Cristo foram encontradas inscrições nos seus templos que exibem cenas de embriaguez e, mesmo que os outros textos históricos façam referência ao uso habitual do álcool, são encontradas várias citações do seu uso problemático. Há também registros de que Hipócrates (460 a.C), já teria feito descrições da loucura provocada pelo álcool e dos problemas do seu uso pelos epiléticos; na Bíblia em Gênesis, é narrado o episódio em que Noé, alegre por ter salvado os seres vivos do dilúvio se embriaga com vinho (NIEL; JULIÃO, 2006).

Os debates mais significativos sobre o uso problemático do álcool inicialmente giravam em torno de duas posições divergentes: a moral e a médica. A

visão moralista que prevaleceu durante muitos anos, considerava o uso prejudicial do álcool como um vício ou uma falha de caráter. Esta concepção vigorou durante muitos anos e representou um grande obstáculo para o início das discussões sobre o consumo excessivo do álcool como um problema de saúde. Apesar de estar contemplada na CID (Classificação Internacional de Doenças) desde 1893, a concepção médica demorou muito a ser difundida junto aos profissionais de saúde e à população em geral (NOTO; FORMIGONI, 2002).

Até o século XIX não havia um consenso, entre os médicos, sobre a utilização do álcool, seus agravos e benefícios à saúde. Somente em 1849, o médico suíço Magnus Huss designou o termo “alcoholismo” para descrever os problemas relacionados ao uso crônico do álcool e o converteu a uma categoria médica. Sendo o primeiro a defini-lo como uma doença. Em 1882, o norte-americano J.E Todd fez referência ao alcoholismo como um vício ao invés de considerá-lo uma doença e, como tal, composto de elementos de uma espécie de “fraqueza moral”, contribuindo sobremaneira para aumentar o preconceito e a polêmica em relação a visão do alcoholismo, polêmica essa que permanece até os dias de hoje (NIEL e JULIÃO, 2006).

Foram encontradas muitas dificuldades para que a visão médica pudesse se impor frente a perspectiva moralista da época. A fundação da entidade Alcoólicos Anônimos em 1935 representou um importante fato na divulgação dessa nova concepção. Fouquet declarou em 1951 que:

O alcoholismo era caracterizado principalmente por uma alteração de comportamento que se manifesta pela ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, irreduzível a argumentações lógicas. Nessa época, esse autor fornece um esboço de um dos critérios das dependências: a perda de controle (NIEL; JULIÃO, 2006: 136).

A publicação em 1960, do livro: “O conceito de doença do alcoholismo” de autoria de Jellinek (que baseou-se em pesquisas realizadas com os membros dos Alcoólicos Anônimos), impulsionou uma maior aceitação do conceito médico do alcoholismo, observada apenas nestas quatro últimas décadas. Jellinek conceituou o alcoholismo como uma doença caracterizada pela perda de controle, ou seja, perda da capacidade de consumir o álcool de forma moderada. Ele ampliou a definição de Fouquet, dando um caráter mais abrangente: “alcoholismo é qualquer uso de bebidas alcoólicas que ocasiona prejuízo ao indivíduo ou a ambos”. O termo alcoholismo foi substituído nos últimos anos pela expressão Síndrome de Dependência do Álcool (DAS), proposta por Edward & Gross em 1976. Até hoje essa proposta é aceita, e

caracteriza a Síndrome de Dependência do Álcool por um conjunto de sintomas e sinais.

Segundo Formigoni e Monteiro (1997) esse novo conceito levou a eliminação do termo alcoolismo da CID em sua nona revisão em 1977, passando a ser substituído oficialmente por Síndrome de Dependência do Álcool. Essa nova substituição teve como objetivo reforçar a idéia que se trata de uma síndrome, com diferentes níveis de gravidade e não um fenômeno do tipo "tudo ou nada". Na versão atual da CID (décima revisão) foi adotada uma classificação mais ampla que inclui todas as substâncias psicoativas em uma mesma categoria, sendo a síndrome de dependência definida como:

Um conjunto de fenômenos fisiológicos comportamentais ou cognitivos e cognitivos, no qual o uso de uma substância, ou de uma classe de substâncias, alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor. Uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo de consumir drogas psicoativas, álcool ou tabaco. Pode haver evidência de que o retorno ao uso da substância após um período de abstinência leva a um reaparecimento mais rápido de outros aspectos da síndrome do que o que ocorre com indivíduos não dependentes. (NOTO; FORMIGONI, 2002: 03).

2. Os problemas relacionados ao consumo do álcool

A atual Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde apresenta o álcool e o tabaco como as substâncias psicoativas mais consumidas em todo o mundo e de uso historicamente lícito, também são as que trazem as conseqüências mais graves para a saúde pública mundial. Afirma que são evidentes os problemas decorrentes do consumo indevido dessas substâncias e também a crescente elevação dos custos relacionados direta ou indiretamente a tal uso.

Conforme a OMS calcula-se que 50% dos danos relacionados ao consumo do álcool são atribuídos ao uso crônico. Notadamente, os outros 50% podem ser atribuídos ao uso abusivo. Esse tipo de dano atinge pessoas que não são classificadas como alcoolistas ou consumidores prejudiciais, mas que causaram algum dano após a embriaguez. Gorgulho (2004) revela também que o consumo do álcool está entre os dez comportamentos de maior risco à saúde, sendo responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4,0% de todos os anos perdidos de vida útil.

Depois do tabaco, o álcool é a segunda maior causa de mortes relacionadas a drogas. Na maioria dos países, o álcool tem um impacto ainda maior em termos de mortes, ferimentos e custos econômicos se comparado com as drogas ilícitas. O álcool tem impactos em qualquer estágio de doença, em todos os grupos etários, de maneira direta e indireta (STRONACH, 2004: 29).

No ano de 2001 no Brasil, ocorreram 84.467 internações para o tratamento de problemas relacionados ao uso do álcool, o que representa mais de quatro vezes o número de internações ocorridas por uso de outras drogas. Ainda de acordo com o DATASUS, e considerando o período entre 2001 e novembro de 2003, verificou-se que o maior percentual de gastos foi decorrente do uso indevido de álcool – 84,5%; contra 14,6% de gastos provenientes do consumo de outras substâncias psicoativas (DATASUS, 2001, apud BRASIL, 2003).

Corroborando tais afirmações, uma pesquisa conduzida pela Universidade de Harvard e instituições colaboradoras, em 1996, aponta que estes gastos incluem transtornos físicos (cirrose hepática, miocardiopatia alcoólica, etc.) e lesões decorrentes de acidentes (industriais e automobilísticos, por exemplo) ocasionados pelo uso indevido de álcool, o qual cresce de forma preocupante em países em desenvolvimento (BRASIL, 2003).

Fernandez (1998) afirma que as enfermidades cardíacas e vasculares são as principais responsáveis pela mortalidade alcoólica nas idades média e avançada da vida. Já entre os mais jovens são os acidentes as principais causas de mortes relacionadas ao uso do álcool.

O comprometimento global conseqüente do uso de álcool e outras drogas envolve muito estigma, exclusão, preconceito e discriminação, que ao mesmo tempo se constituem como agravantes e resultantes das implicações decorrentes do consumo dessas substâncias.

Além disso, o uso indevido do álcool provoca a perda ou restrição das habilidades de um indivíduo para exercer uma atividade, função ou papel social, em qualquer um dos domínios da sua vida. As evidências comprovam que a elevação do consumo de tal substância evolui de maneira proporcional ao crescimento dessa problemática psicossocial, devidamente presente nos diversos segmentos sociais, envolvendo homens e mulheres de diferentes grupos étnicos, independentemente de classe social e econômica ou mesmo de idade (CRISP, 2000 apud BRASIL, 2003, p.27).

Apesar de ser conveniente pensar em termos de três dimensões de problemas, sejam eles, físicos, mentais e/ou sociais relacionados ao consumo do álcool, essas dimensões não podem ser separadas na análise da vida real dos usuários. Pois, as dificuldades em uma das áreas provocam e são ampliados por limitações nas outras. Em geral, quanto mais grave a dependência, maior a probabilidade de prejuízos relacionados ao álcool nessas três áreas (EDWARDS, 1999).

De acordo com Stronach (2004) os danos imediatos causados após a embriaguez aguda, geralmente são: envolvimento em acidentes (principalmente no trânsito), violências e agressões, atividade sexual não planejada ou não desejada, e mortes acidentais (como afogamento). Por outro lado, os danos que ocorrem em longo prazo são resultantes do consumo excessivo de alto risco por um longo período de tempo e podem desencadear implicações clínicas, sociais e psicológicas. Esse padrão de consumo pode resultar nas seguintes complicações:

- **Problemas clínicos** – surgimento ou agravamento de doenças (do aparelho digestivo e cardiovascular, psiquiátricas, neurológicas, cânceres, entre outras) e maior incidência de traumatismos ou ferimentos;
- **Problemas psicológicos** – depressão, transtornos de comportamento e crises psicóticas;
- **Problemas sociais e interpessoais** – conflitos familiares, perda de relacionamentos pessoais, problemas no ambiente de trabalho (perda de produtividade, absenteísmo, acidentes), problemas financeiros, situações

de conflito com a Justiça (delitos relacionados a comportamentos agressivos), violência doméstica (onde o álcool pode atuar como desencadeante ou facilitador) e negligência familiar.

Como essas três dimensões estão interligadas, o efeito prolongado da embriaguez no cérebro pode estimular mudanças na personalidade, desgaste na vida emocional, falta de interesses no desenvolvimento de atividades da vida diária, diminuição da motivação para a participação na social, perda da capacidade de planejamento e organização, entre outros. Certamente, essas mudanças irão afetar a qualidade das relações interpessoais e o estilo de vida, podendo comprometer de forma significativa a convivência na família e no ambiente de trabalho. Nesse sentido, Edwards (1999) adota o conceito de “complicação social” para se referir às perdas relacionadas ao uso do álcool nessa dimensão, o que implica freqüentemente em dificuldades para cumprir um papel social. Essa limitação pode consistir em não corresponder as expectativas como, por exemplo: trabalhador, membro da família, vizinho, ou um cidadão.

O consumo freqüente e abusivo do álcool também pode acarretar prejuízos financeiros, principalmente nas pessoas que possuem um nível salarial mais baixo. Tais dificuldades ocorrem geralmente na vida daquelas pessoas que consomem freqüentemente grandes quantidades de bebida alcoólica e por conseqüência têm maiores gastos. Sabe-se que o consumo pode provocar a perda do controle, da censura e da crítica favorecendo, portanto, atitudes como pagar bebida para os amigos, pagamentos por quantidades não consumidas, entre outros, contribuindo assim para os gastos excessivos e até mesmo o endividamento.

Todos esses problemas apresentados podem levar o dependente a um processo gradativo de fragilização da sua auto-estima e dos vínculos sociais. Essa fragilização pode ocorrer devido a dificuldades na sua percepção, tanto no âmbito pessoal como no coletivo, ou seja, “como ele se vê” e “como é visto pela sociedade”.

As situações de vulnerabilidade relacionadas ao uso do álcool podem ser em maior ou menor nível, dependendo inclusive do momento em que o indivíduo se encontra em seu ciclo vital e das condições sociais que apresenta. A sociedade solicita aos sujeitos que a compõe o desempenho de determinados papéis sociais e suas relações são marcadas pelas contradições entre as expectativas que a sociedade tem e as possibilidades concretas de realizar esses papéis. Os condicionantes econômicos e sociais contribuem para a definição do modelo cultural (valores, normas) e reforçam a visão de fragilização.

2.1 Problemas ocasionados após o consumo excessivo do álcool

2.1.1 - A associação entre o uso do álcool e a violência

Vários estudos indicam que o consumo do álcool pode provocar comportamentos violentos acima do que se considera accidental, enquanto outros sugerem que a relação de causalidade é perigosa apesar do uso do álcool parecer ser responsável freqüentemente pela desinibição e liberação de comportamentos violentos ou sexualmente agressivos.

Franch (2004) relata que em relação às violências que tem como vítima principal as mulheres, o uso de bebidas alcoólicas é evidenciado como um importante fator de risco, pois quando ingerido pelo agressor, o álcool pode reduzir as inibições e afetar tanto a capacidade de emitir julgamentos como de interpretar sinais, ocasionando casos de violência sexual e outras violências cometidas por parceiros íntimos. O consumo do álcool pelas mulheres as torna mais vulneráveis a situações de risco, porque dificulta sua percepção dos sinais de perigo e reduz a sua capacidade de reagir.

Pesquisas realizadas comprovaram que mais de 50% dos casos de espancamento de esposas tinham relação direta com o consumo do álcool pelo agressor. Uma análise dos casos investigados de negligência ou abuso de crianças no Canadá revelou que o agressor havia consumido álcool em 87% dos casos.

Os dados estatísticos costumam destacar os efeitos físicos mais comuns relacionados ao abuso do álcool, no entanto, os problemas psicológicos e doenças pós-traumáticas não devem ser minimizados ou ignorados. As vítimas de um estilo de vida baseado na violência doméstica podem apresentar problemas de longo prazo ou até problemas de desenvolvimento, de natureza emocional (Stronach, 2004).

Em uma pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Abuso de Álcool e Drogas dos EUA (1997) foi revelado que o uso excessivo de bebida alcoólica estava presente em 68% dos homicídios culposos, 62% dos assaltos, 54% dos assassinatos e 44% dos roubos ocorridos. Em relação à violência doméstica, a mesma pesquisa evidenciou que 2/3 dos casos de espancamento de crianças ocorrem quando os pais agressores estão embriagados, o que ocorre também nas agressões entre marido e mulher. No Brasil, pesquisa realizada pelo CEBRID (1996) informou que na análise de mais de 19.000 laudos cadavéricos feitos entre 1986 e 1993 no Instituto Médico Legal - IML de cada 100 corpos que deram entrada como vítimas de morte não natural, 95 tinham álcool no sangue (Brasil, 2003).

Em diferentes países, análises realizadas a respeito de agressões entre homens jovens em bares trazem elementos significativos para esse debate. Observa-se que muitas pessoas, quando estão sobre o efeito do álcool, superestimam seu poder, correm mais riscos e respondem com maior agressividade às provocações. Essas alterações comportamentais podem incitar o conflito no contexto da socialização masculina e estimular brigas. Cabe esclarecer que a relação do álcool com violência se manifesta principalmente em estados de intoxicação etílica¹.

Conforme notícia disponibilizada no boletim eletrônico ACCA (Edição 122/23 nov./2007), a cidade de Diadema - SP tornou-se um grande exemplo de como a restrição do horário para o fechamento de bares e outros estabelecimentos que vendam bebidas alcoólicas podem auxiliar na redução do número de homicídios. As estatísticas da polícia local, comprovaram que a maioria dos assassinatos e outros crimes violentos aconteciam entre 23:00 e 6:00 horas, próximo a bares e estabelecimentos que vendiam bebidas alcoólicas. Em julho de 2002, uma lei foi aprovada definindo que todos os estabelecimentos fechassem às 23 horas, ao invés de permanecerem abertos durante 24 horas. Assim, apesar de ter uma das mais altas taxas de homicídios do país, a cidade conseguiu reduzir pela metade o número de assassinatos nos últimos anos em grande parte, devido a essa medida. Pesquisadores estimam que a ocorrência de homicídios era em média de 22 por mês quando os bares permaneciam abertos durante 24 horas, mas este índice caiu para 12 por mês depois que os bares passaram a fechar mais cedo.

Ao analisar a experiência realizada em Diadema, o Dr. Joel Grube, declarou que "uma vasta gama de pesquisas mostram que políticas que mudam a forma como o álcool é vendido podem ser altamente eficazes na prevenção dos problemas relacionados ao consumo". Diante do êxito desta cidade, outros governantes anunciaram a pretensão de adotar essa medida. Recentemente, o governador do Distrito Federal José Roberto Arruda, anunciou que pretende adotar estratégia semelhante para reduzir os índices de violência no DF (BOLETIM ACCA, 2007).

2.1.2 - A relação entre o consumo de álcool e eventos acidentais

No que diz respeito à relação entre o consumo do álcool e vários tipos de acidentes traumáticos causados por acidentes de trânsito, quedas, incêndios, afogamentos, ou ferimentos, além de acidentes de trabalho observa-se que pode ocorrer uma relação direta. Geralmente, as pessoas que consomem bebidas

¹ Conforme CID – 10, a intoxicação é uma condição transitória devido à ingestão de álcool,

alcoólicas têm mais tendência a ferimentos acidentais. A razão para isso é causada diretamente pelo álcool, que diminui a concentração, percepção e avaliação da situação (STRONACH, 2004).

Um dos maiores problemas do consumo prejudicial do álcool é a grande incidência de acidentes de trânsito envolvendo os usuários. Foi confirmado cientificamente que o uso de bebidas alcoólicas aumenta a probabilidade de acidentes, na medida em que modifica a capacidade discriminatória visual e auditiva, reduz a coordenação motora e os reflexos, altera o comportamento (estados de desinibição e euforia, perda da capacidade de julgamento) e traz uma falsa sensação de segurança, tanto nos condutores quanto nos pedestres (Melcop; Oliveira, 1997 apud Melcop, 2004, p.92). Nota-se também que há uma relação entre o consumo do álcool e vários outros tipos de acidentes como quedas, incêndios, afogamentos, ou ferimentos, além de acidentes de trabalho.

O estudo multicêntrico feito em quatro capitais brasileiras - Recife, Brasília, Salvador e Curitiba, financiado pela Associação Brasileira de Detrans – ABDTRAN, Centro de Estudos e Tratamento sobre Drogas – CETAD da Universidade Federal da Bahia e Instituto Raid em 1997 sobre o consumo de álcool em vítimas de acidentes de trânsito revelou que 61% das pessoas envolvidas estavam com alcoolemia positiva. Entre os que sofreram atropelamentos 56,2% apresentavam algum nível de álcool no sangue. Nos acidentados por choque e capotamento foi verificadas proporções maiores de nível de álcool no sangue, em 71,1% e 63,6% das pessoas respectivamente.

A pesquisa encomendada pelo Governo Federal sobre os custos dos acidentes de trânsito no Brasil (IPEA/MS e Cols), mostra em seus resultados preliminares que 53% do total dos pacientes atendidos por acidentes de trânsito, no Ambulatório de Emergência do Hospital das Clínicas/SP, num período determinado, estavam com índices de alcoolemia superiores aos permitidos pelo Código de Trânsito Brasileiro em seus exames de sangue, sendo a maioria pacientes do sexo masculino, com idades entre 15 e 29 anos. Os custos do SUS relacionados a estes agravos são de aproximadamente R\$ 1.000.000,00 dos recursos do tesouro nacional e do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais por Veículos Automotores Terrestres/DPVAT, com internações e tratamentos (IPEA/MS e Cols.); a mortalidade chega a 30 mil óbitos/ano, cerca de 28%, das mortes por todas as causas externas. Das análises em vítimas fatais/IML/SP, o nível de alcoolemia encontrado chega a 96,8% (BRASIL, 2003).

Assim, o consumo do álcool e outras drogas se constituem em um importante fator desencadeante de episódios acidentais e situações de violência, expondo as

resultando em perturbações no nível de consciência, cognição, percepção, afeto ou comportamento.

peças a comportamentos de risco e situações de vulnerabilidade, conseqüentemente evidenciando a diminuição dos anos potenciais de vida da população.

2.2 Os problemas ocasionados pelo uso excessivo do álcool em longo prazo

2.2.1 - No ambiente de trabalho

O impacto que o consumo do álcool exerce no ambiente de trabalho vêm sendo objeto de vários estudos. Campana (1997) expressa que o absenteísmo (justificado principalmente por atestados médicos), a queda de produtividade, e os acidentes guardam uma relação direta com o consumo do álcool que leva a diminuição da qualidade de vida do trabalhador. Antes esse fato era encarado apenas como simples constatações ou hipóteses levantadas por estudos americanos, e atualmente foi comprovado por inúmeras pesquisas realizadas em empresas, inclusive no Brasil.

O SESI (Serviço Social da Indústria) em uma pesquisa realizada entre 1994 e 1995 com uma amostra de 834 trabalhadores, que representavam um universo de 730.000 empregados da área industrial do Estado do Rio Grande do Sul, apontou o álcool como a droga mais difundida entre os trabalhadores. Este estudo constatou que 84,4% dos trabalhadores pesquisadores eram bebedores habituais e 34% tiveram *Cage (screening test for alcoholism)* positivo, referindo problemas de relacionamento e de saúde física em decorrência do consumo do álcool (SESI, 1995, apud DUARTE, 2004, p.76).

De acordo com o INSTITUTE (1991 apud Duarte, 2004, p.74), em termos de comunidade empresarial, o trabalhador que é dependente ou faz uso abusivo do álcool tem 3,6 vezes mais chance de faltar, sem justificativas, utiliza-se três vezes mais dos benefícios médicos, tem sua capacidade produtiva reduzida a 67%, é punido disciplinarmente sete vezes mais e é cinco vezes mais “queixoso” que trabalhadores não usuários. Conseqüentemente, as relações interpessoais são afetadas sobremaneira comprometendo o clima organizacional e a qualidade de vida. Esses dados foram comprovados em um estudo realizado no Brasil, em 1993 pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP) (VAISMANN, 1995), ao revelar que de 10% a 15% dos trabalhadores brasileiros apresentam dependência ou problemas de abuso do álcool, cujas conseqüências resultam em:

- Três vezes mais licenças médicas do que aquelas concedidas pra outras doenças;
- Cinco vezes mais chances de acidentes de trabalho;
- 50% do total de absenteísmo e licenças médicas;
- Utilização de oito vezes mais diárias hospitalares;
- Utilização, por parte da família, de três vezes mais a assistência médica e social das empresas.

Outro estudo demonstra como o uso do álcool reduz a capacidade produtiva do trabalhador e pode ser um importante fator desencadeante de acidentes no ambiente de trabalho:

Um estudo realizado, em 1990, com pilotos de aeronaves num simulador de vôos notou-se que após a ingestão de qualquer quantidade de álcool, 10% dos pilotos não conseguiam realizar suas funções adequadamente; ao atingir a concentração sérica de álcool em 0,10mg/ml, 89% dos pilotos não conseguiam realizar suas funções de modo adequado e, mesmo após 14 horas da ingestão alcoólica, 68% ainda não se encontravam plenamente aptos a realizar adequadamente suas funções (NIEL; JULIÃO, 2006: 325).

O alcoolismo também figura entre as enfermidades que provocam um elevado índice de incapacitação nos trabalhadores. Vaismann (2002) aponta que no período de 1995-1997, o alcoolismo ocupava o quarto lugar no grupo das doenças que mais incapacitam (considerando-se a prevalência global das doenças listadas pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS).

De acordo com as diretrizes da Organização Internacional do Trabalho (OIT), o ambiente de trabalho deve ser considerado como um lugar estratégico para implementação da prevenção do uso indevido de álcool e de outras drogas, devido ao alto potencial de prejuízo para as empresas, para a competitividade nacional e internacional, e para os trabalhadores que apresentam vários problemas (físicos, sociais, psicológicos) decorrentes do consumo prejudicial do álcool (NIEL; JULIÃO, 2006).

É importante ressaltar que grande parte dos problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas em ambiente de trabalho se dá por parte de indivíduos que fazem uso ocasional. Por isso, os programas de atendimento aos trabalhadores propostos pelas empresas devem ser destinados a atender não só aqueles que apresentam dependência do álcool, mas a todos que apresentam um padrão de consumo freqüente.

2.2.2 - No contexto familiar

O consumo abusivo do álcool por parte de um ou mais membros da família, geralmente leva a uma situação de estresse e afeta todo o grupo familiar. A dinâmica de funcionamento da família sofre alterações e pode ocorrer um processo de desestruturação tornando-a sujeita a muita tensão, dificuldades nas interações, conflitos e até a violência.

Para Edwards (1999, p.65) “O alcoolismo estará inevitavelmente inserido numa rede de interações familiares. Essas interações envolvem comunicações manifestas e impactos diretos, e processos dinâmicos de grande sutileza”. Os estudos relacionados à organização familiar do alcoolista têm indicado que além do enorme impacto negativo do alcoolismo nos cônjuges e nos filhos, ocorre uma reestruturação familiar, com o desenvolvimento de novos papéis abandonados pelo alcoolista (LEMERT; ORFORD, 1977, apud BERTOLOTE, 1997 p.134).

Segundo Kreston e Bepko (1995, apud Maluf e Pires, 2006, p.266) em uma família onde o provedor da mesma for um alcoolista, percebemos que o cônjuge passa a ser responsável por todas as tarefas paternas e funcionais, e o alcoolista deixa de ser considerado como membro adulto e responsável da família. O cônjuge gradativamente irá assumir sozinho a administração da família e uma nova organização familiar, que procurará minimizar a influência perturbadora do alcoolista irá se desenvolver. Assim, a formação de papéis e regras adequadas dentro do casamento será distorcida, e conseqüentemente, o consumo abusivo de drogas irá interferir nas tarefas dessa fase do ciclo de vida. O que pode ou não levar o alcoolista e o cônjuge a separação.

Perante essa situação, torna-se comum nas famílias: o isolamento social, as disfunções sexuais (em ambos os cônjuges), e a inversão de papéis, fazendo com que um observador menos cauteloso possa ser tentado a traçar um perfil geral e único da família de alcoolistas. A experiência é capaz de demonstrar que existem diversos tipos de famílias de alcoolistas, desde verdadeiras famílias alcoolistas, com fenômenos de co-dependência bem visíveis, e famílias com alcoolismo em um de seus membros sem um maior comprometimento de sua estrutura (BERTOLOTE, 1997).

De acordo com Edwards (1984 apud Ramos e Pires, 1997, p.208), não existe um tipo de família alcoólica, e de esposa de alcoolista, mas sim diferentes situações determinadas não só pelas diferentes personalidades envolvidas, como também pela fase da história familiar a partir da qual passaram a incidir os problemas com o álcool. Para Maluf e Pires (2006, p.267) “A resposta disfuncional em relação ao uso de drogas

se apresenta de forma diferente, dependendo em que momento a família se encontra no ciclo vital”.

Alcoolizações com conseqüentes distúrbios de conduta são capazes de ocasionar inúmeros sentimentos numa família, tais como vergonha, raiva, ansiedade, dentre outros, que por sua vez levam a culpa e a negação. Isso acaba por determinar o isolamento social, bem como um ambiente familiar conturbado permeado por constantes brigas e ressentimentos (RAMOS; PIRES, 1997). Os familiares geralmente ficam confusos em relação às atitudes que devem tomar, e muitas vezes tendem a proteger e a sentir pena do alcoolista, outros apresentam mecanismos de negação, ou seja, “fecham os olhos”. Assim, a negação acaba se tornando um mecanismo de defesa para o reconhecimento da crescente falta de controle que ocorre tipicamente nos níveis emocional e funcional. Esta pode ser considerada um dos maiores sintomas das dependências e pode ampliar-se para uma negação tanto do uso e do abuso, quanto do impacto desse beber nos outros membros da família. Os feitos do alcoolismo, tanto distorcem como destroem a autoconfiança e auto-estima da família (MALUF; PIRES, 2006).

A instabilidade presente no meio familiar cria um clima em que prevalece a raiva, a desconfiança, a culpa e a tristeza. O que prejudica uma das principais funções da vida familiar: garantir a segurança emocional e física das crianças. O alcoolismo e o uso indevido de outras drogas, seja em um dos pais, ou em um irmão, distorce os papéis e processos familiares normais, levando frequentemente os filhos a assumirem papéis paternos precocemente (BLACK, 1982 apud MALUF; PIRES, 2006, p.268).

Frente a essa instabilidade, os filhos reagem de diversas formas: podem acabar desenvolvendo atitudes de luta ou fuga, ou de “supercampeões” e “guardiões”. Quando o comportamento adotado é predominantemente o primeiro, por um lado, observam-se crianças rebeldes, com manifestações de agressões verbais e físicas e uma série de condutas socialmente inaceitáveis; por outro lado, podem manifestar um quadro de distanciamento emocional de tudo o que se passa ao seu redor (HAMILTON, 1974 apud RAMOS; PIRES, 1997, p.210).

Black (1982 apud Maluf e Pires, 2006, p.268) identifica três categorias que os filhos assumem nesses casos: “responsáveis”, “ajustados” e “conciliadores”. Geralmente, cada papel mostra um padrão de comportamento de super ou sub-responsabilidade que representa como a criança lida com a desorganização e inconsistência emocional presente no ambiente familiar. As necessidades normais de dependência dos filhos não são satisfeitas e a criança pode apresentar um sentimento crônico de perda e tristeza que pode se manifestar na depressão e em um senso de ser diferente dos outros, que diminui sua auto-estima. O impacto provocado e as

diferentes formas de reação serão determinados por diversos fatores:

A variedade e a extensão dos danos que podem ser infligidos são grandes e dependem da personalidade da criança, do grau de apoio emocional oferecido pela mãe ou pelo pai, da variedade de outros apoios sociais e emocionais existentes, e da idade da criança quando o progenitor alcoolista desenvolveu o problema com a bebida. O comportamento do progenitor quando embriagado é de extrema importância: se existe uma briga constante, discussões ou violência, o impacto será muito mais adverso do que nos casos em que a embriaguez não está associada à agressão verbal ou física. (EDWARDS, 1999: 64).

No nível psicológico, as crianças estão sujeitas a vários efeitos: um aumento geral no nível de ansiedade, a incidência de depressão (principalmente nas meninas), e a diminuição da auto-estima. Mas assim como, esses impactos gerais sobre a saúde psicológica podem ocorrer, vários processos dinâmicos importantes relacionados ao desenvolvimento psicológico podem ser afetados. A criança pode, por exemplo, ser basicamente privada de um modelo de papel satisfatório quando o genitor do mesmo sexo é o alcoolista, e um relacionamento conturbado ou ambivalente quando o genitor do sexo oposto é o alcoolista, o que pode resultar em sentimentos que serão atuados em outros relacionamentos futuros (EDWARDS, 1999).

Os danos psicológicos e as incapacidades sociais que podem resultar vão interagir. No ambiente escolar, a ansiedade pode levar à incapacidade social, mau desempenho acadêmico e outros problemas. Os meninos tendem especialmente a adotar um comportamento anti-social (ZEITLIN, 1994, apud EDWARDS, 1999 :65).

Conforme expressa Edwards (1999) as crianças também estarão sujeitas a possibilidade de danos físicos em qualquer estágio da infância, pois, existe uma associação entre o alcoolismo e espancamento de crianças, e o risco de agressão física pode prosseguir na adolescência. Assim como, podem ocorrer ferimentos acidentais devido à supervisão inadequada, e também estão sujeitas a sofrerem abuso sexual. O impacto gerado por estes efeitos negativos podem se estender até a vida adulta do indivíduo. Várias pesquisas indicam que na vida adulta, os filhos de pais alcoolistas apresentam maior tendência a manifestar depressão, ansiedade, baixa auto-estima, comportamento anti-social, desarmonia conjugal e maneiras em geral inadequadas de lidar com a vida.

2.2.3 O consumo do álcool como elemento facilitador da marginalização social

Gorgulho (2004) aponta que o uso indevido do álcool é uma das causas de desintegração social que leva à marginalização. Por isso, o alcoolismo configura-se numa “complicação social” de natureza visível e dramática como expressa Edwards (1999):

Na medida em que a bebida torna o indivíduo mais incapacitado, há a tendência para conseguir empregos piores, passar por períodos de desemprego, de internação em hospitais, e chegar até a prisão em alguns casos. E o contato com a família e os amigos é aos poucos rompido. Como acontece com os problemas habitacionais e muitas outras complicações sociais, as pessoas mais abastadas estarão mais protegidas por um período de tempo mais prolongado (EDWARDS, 1999: 72).

Existe uma conexão causal entre pobreza e alcoolismo que ocorre quando a caída do status socioeconômico e a entrega à bebida se desenvolvem simultaneamente, o que gera uma interrelação continuada entre ambos, em forma de um círculo causal fechado: à medida que se declina bebe mais, e à medida que se bebe mais se expõe a declinação. Deixando bem claro que a intervenção do alcoolismo como agente de mobilidade social decorre de um fato habitual comprovado. Prova disso é que a maior parte dos alcoólicos tem um status socioeconômico sensivelmente mais baixo (FERNANDEZ, 1998).

Fernandez (1998) denomina o processo de desintegração social sofrido pelo alcoolista de dessocialização. Definindo-a como um processo dinâmico que vai tomando diversas formas: dessocialização familiar e relacional, profissional e escolar, e marginalização, com distintas referências básicas: de um lado, a exclusão de instituições como: serviços sociais e médicos, educacionais, etc. E de outro o estilo de vida e a conduta de violência ou delinquência.

Gorgulho (2004) relata que no Brasil, essa marginalização ocorre onde jamais deveria ocorrer: dentro do sistema de saúde; onde os dependentes de álcool muitas vezes são vistos pelos próprios profissionais de saúde como fracos e preguiçosos, e não como indivíduos que necessitam de assistência. Essa conduta prejudicial e moralista, diante dos pacientes, demonstra que esses profissionais não estão preparados suficientemente para lidar com a dependência química. Tais atitudes, juntamente com o auxílio ineficiente oferecido aos pacientes alcoolistas nos hospitais e

unidades de saúde, evidenciam o quanto a política de drogas tem sido injusta nas regiões mais pobres do mundo, especialmente nos países em desenvolvimento.

2.3 A importância dos problemas sociais para o diagnóstico de abuso e dependência do álcool

A Síndrome da Dependência do Álcool enfrenta significativas barreiras no seu diagnóstico. De acordo com Formigoni e Monteiro (1997) "A passagem do beber sem problemas ao alcoolismo não se faz do dia para a noite. É um processo que admite uma longa interface entre o beber normal e o alcoolismo, em geral de vários anos".

O diagnóstico e o tratamento precoces da dependência do álcool possuem um papel importante no prognóstico, o que se expande numa perspectiva integral de prevenção e promoção da saúde. Mas verifica-se de forma geral a dificuldade de realização do diagnóstico precoce, devido à falta de informação e o despreparo das pessoas que lidam com o problema diretamente, sejam: profissionais de saúde, familiares ou usuários (BRASIL, 2003).

"O alcoolismo é o transtorno menos diagnosticado entre as patologias mais comuns. Parece haver uma cumplicidade pelo seu não reconhecimento entre médicos, familiares e alcoolistas, principalmente no seu estágio inicial" (Smith, 1983 apud Nóbrega, 1996, p.111-112). Várias razões podem estar envolvidas nessas atitudes como: a visão preconceituosa da sociedade em relação ao alcoolismo como um problema de fraqueza moral, dificulta e limita seu reconhecimento por parte da família e do próprio alcoolista, principalmente no seu estágio inicial. Sendo que os profissionais de saúde podem mostrar receio em diagnosticar algo que não é muito claro para si mesmo.

Segundo o Ministério da Saúde, aproximadamente 20% dos pacientes tratados na rede primária bebem em um nível considerado de alto risco, pelo menos fazendo uso abusivo do álcool. Estas pessoas geralmente têm seu primeiro contato com os serviços de saúde por intermédio de clínicos gerais. Mas estes pouco percebem a presença de acometimento por tal uso, o que tem repercussão negativa sobre as possibilidades de diagnóstico e tratamento. Pois, o foco de atenção em geral, está voltado para as doenças clínicas decorrentes da dependência (que se manifestam tardiamente), e não para a dependência subjacente (BRASIL, 2003).

Lacks (2002) expressa que em geral, o primeiro contato do alcoolista com a bebida ocorre entre 12 e 14 anos; a primeira intoxicação ocorre entre os 14 e os 18 anos; o primeiro problema leve ocorre entre 18 e 25 anos; o primeiro problema grave aparece entre 23 e 33 anos; o tratamento (quando realizado) é iniciado por volta dos

40 anos; a morte acontece na maioria dos casos entre os 55 e os 60 anos. Sendo comum os pacientes inicialmente procurarem ajuda para solucionar seus problemas físicos antes de procurar solucionar seu problema com o uso do álcool. Eles reconhecem mais facilmente os problemas associados ao uso do que o fato do alcoolismo em si. Geralmente, apresentam-se resistentes em aceitar o diagnóstico e costumam utilizar os mecanismos de negação e minimização (em que tentam diminuir a importância dos problemas que criam e das quantidades de bebida que ingerem).

De acordo com Paulina Duarte (2002, p.124) “A possibilidade de associação de tais alterações com o consumo do álcool é desconsiderada ou minimizada pela utilização de mecanismos de defesa”. Sendo comum o fato de o alcoolista ser a última pessoa a admitir os problemas decorrentes do uso do álcool. Muitas vezes o alcoolista costuma usar mecanismos de negação devido à situação de culpa em que se encontra.

O fato da crise na maioria das vezes só aparecer na idade adulta, onde já existe uma personalidade constituída, contribui para que um paciente dependente de álcool tenha um discurso mais rígido, e uma postura mais defensiva para tentar se perceber criticamente e poder se aprofundar no seu problema. Diante do hábito problemático de beber, existe pouca abertura por parte do dependente para compreender a intensidade e a gravidade do seu problema, justamente devido há uma cronicidade instalada. Outro ponto considerado como obstáculo para a conscientização do dependente acerca do seu problema e do seu limite diante da substância, refere-se ao fato desta ser legitimada pela sociedade. Este ponto também reflete a dificuldade para lidar com as diferenças, pois o alcoolista acredita que a sua crise com a bebida alcoólica pode ser superada, e que poderá beber igual aos outros. (LOUREIRO; LACKS, 2002).

A conceituação do alcoolismo como uma doença em si, traz a tendência de situá-lo no campo médico, e em consequência, a identificá-lo predominantemente ou exclusivamente em termos de sintomatologia física ou psíquica. Porém, observa-se que os aspectos sociais associados ao consumo do álcool não só constituem parte desse complexo sindrômico, como podem constituir seus elementos mais relevantes e preocupantes em determinadas fases (BERTOLOTE, 1997). Para Bissel (1991, p.42), “no diagnóstico do alcoolismo, a análise da quantidade consumida não é tão importante quanto o efeito que esta tem sobre o indivíduo. Sendo mais importante investigar a coexistência de álcool e problemas”. A perturbação do bem-estar social é tão importante quanto às perturbações mentais e físicas com as quais pode interagir, e esta dimensão social é fundamental tanto na avaliação inicial quanto no trabalho de recuperação (EDWARDS, 1999).

Bertolote (1997) afirma que a identificação dos problemas sociais e sua inclusão no diagnóstico representam não só uma contribuição importante para a identificação do alcoolismo, como também um elemento fundamental para o planejamento de estratégias de avaliação e de intervenção. Quaglia (2002) expressa que os usuários geralmente só procuram o tratamento quando o consumo do álcool acarreta perdas importantes como: as ocupacionais, afetivas, financeiras, de saúde. E quando o equilíbrio das suas relações interpessoais com seus familiares, amigos, colegas e superiores no trabalho não se sustenta mais. Desse modo a análise dos aspectos sociais é bastante importante no tratamento da dependência, como constata Duarte:

A avaliação social em dependências químicas é, na maioria das vezes, a porta de entrada do dependente para o tratamento. O problema com as drogas é trazido em geral, num contexto difuso de outras carências, a exceção daqueles que procuram ou são levados diretamente a um serviço médico. É fundamental considerar o paciente não apenas como um ser biológico, mas eminentemente um ser social, cuja rede de interação foi destruída no período de ingestão da droga (DUARTE, 2002: 123-124).

Assim, se constata que a análise das implicações sociais relacionadas ao consumo do álcool além de serem importantes para a realização do diagnóstico, pois contribuem para a identificação do alcoolismo, também colaboram para a elaboração do programa terapêutico, que consiste no planejamento das estratégias de intervenção utilizadas no tratamento, para auxiliar o paciente no seu processo de reintegração social.

3. Políticas públicas direcionadas à questão das drogas

3.1 As políticas públicas nacionais referentes à questão das drogas

Apesar da relevância que o consumo do álcool e suas implicações sociais ocupam no cenário nacional, conforme demonstrado no capítulo anterior, ele esteve ausente das políticas públicas no Brasil por muito tempo, sobretudo em relação à saúde pública. Apenas nos últimos anos o consumo do álcool foi reconhecido como um problema grave de saúde pública e incluído com maior ênfase nas políticas nacionais sobre drogas.

As primeiras iniciativas governamentais destinadas a responder a questão das drogas no Brasil estavam voltadas prioritariamente para as substâncias psicoativas ilícitas, visto que eram baseadas na política repressiva norte-americana. Em 1980, foram criados os primeiros órgãos governamentais designados à questão das drogas no Brasil na esfera federal, estadual e municipal, atendendo à Lei nº6.368 (Lei de Entorpecentes) através do Decreto nº85.110. Estes órgãos eram: o Conselho Federal de Entorpecentes (Confen), e os Conselhos Estaduais de Entorpecentes (Conens). Esta lei norteou as estratégias e ações conduzidas por estes órgãos que visavam prioritariamente reprimir a produção, o consumo e a comercialização de substâncias psicoativas ilícitas. Todos possuíam caráter normativo, e estavam vinculados respectivamente ao Ministério da Justiça e às Secretarias de Justiça dos estados e municípios (OLIVEIRA, 2004).

Oliveira (2004) relata que em 1998 foi criada a SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas, vinculada a Casa Militar da Presidência da República, expressando por um lado, a preocupação do governo brasileiro de mostrar para a comunidade internacional, que estava assumindo com prioridade o combate às drogas. Por outro lado, tomando as substâncias ilegais como alvo principal da política pública brasileira, enquanto as drogas lícitas mais consumidas no país (o tabaco e o álcool) eram deixadas em segundo plano. Em 2000 foi criado o Sistema Nacional Antidrogas (Sisnad), através do Decreto nº3696, baseado na Lei nº6368/76, a que foram atribuídas às atividades de repressão e prevenção do uso indevido de drogas, sendo composto pelos seguintes órgãos: Conselho Nacional Antidrogas (Conad), o Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, a Senad, o Ministério da Justiça e o Departamento da Polícia Federal. Entre eles se destacava a Secretaria Nacional Antidrogas, devido às funções que lhe foram atribuídas: planejamento, coordenação, supervisão e controle das atividades relacionadas a repressão, à

prevenção ao uso indevido, o tratamento, a recuperação e a reinserção social do dependente, cuja execução competia aos órgãos determinados pelo Sisnad.

Segundo Oliveira (2004), ocorreu uma redefinição da estrutura do governo brasileiro para o enfrentamento da questão das drogas, inicialmente a coordenação e a integração das ações de âmbito federal relacionadas à repressão, a prevenção das drogas e ao tratamento, a recuperação e a reinserção social dos dependentes foram transferidas do Ministério da Justiça para a Casa Militar da Presidência da República, situando tais atividades no âmbito da segurança pública. Mas, posteriormente, a repressão retornou ao Ministério da Justiça, enquanto as demais ações foram vinculadas ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, órgão que substituiu a Casa Militar. Diante disso, percebe-se uma priorização pelo estado brasileiro na abordagem das substâncias ilícitas como foco principal.

Assim, a repressão era a tônica prevalente da política de drogas que se iniciava na época:

Esquece-se que as drogas ilícitas, alvo das investidas repressivas, não são as mais consumidas, nem as que mais geram dependências; que a procura por drogas não está ao alcance de mecanismos de intimidação repressiva; que a presença de fatores de risco na população é uma questão de saúde pública e de educação (e não de polícia), (e que assim deve ser tratada) (BUCHER,1992 apud OLIVEIRA, 2004: 182-183).

Embora esteja incluída na pauta governamental desde os anos oitenta, a formulação de uma política nacional sobre drogas foi concretizada apenas em 2001, a partir da PNAD (Política Nacional Antidrogas), apresentada pelo presidente da república Fernando Henrique Cardoso, durante o Fórum Nacional Antidrogas. Embora esta política tenha se originado de um órgão de segurança pública, teve uma abordagem bem ampla, não se reduzindo às orientações acerca de medidas de repressão. Sendo composta por: 16 pressupostos básicos, 13 objetivos enfocando as seguintes temáticas: prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, repressão, estudos, pesquisas e avaliações. Além disso, também menciona as drogas lícitas em alguns pontos. O resultado final da construção desta política se deu devido à participação da sociedade civil no seu processo de elaboração, iniciado no I Fórum Nacional Antidrogas, quando o meio científico e a sociedade foram consultados sobre a condução do país a respeito desse tema, e especialistas foram selecionados para elaborar o projeto da política (OLIVEIRA, 2004).

Apesar das lacunas a serem preenchidas, esta política ainda representou um avanço significativo no enfrentamento deste aspecto da questão social brasileira. Por sua vez, a denominação Antidrogas aponta seu vínculo com a ideologia de combate

às drogas, ou seja, da idéia irreal de existir uma sociedade liberta de drogas, o que é especificado no seu primeiro pressuposto: “Buscar incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” (BRASIL, 2001).

A necessidade de fortalecer a articulação da rede de atenção à saúde das pessoas que fazem uso de álcool nos seus diferentes níveis de complexidade, levou ao Ministério da Saúde a discussão do componente hospitalar desta rede. O que impulsionou a elaboração da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, pela Área Técnica de Saúde Mental/Álcool e Drogas. Esta política, publicada em março de 2003, mostrou-se mais avançada e bem estruturada, expondo suas diretrizes em consonância com os princípios da política de saúde mental vigente, e com as propostas e pressupostos da Organização Mundial de Saúde. É importante destacar que, o Ministério da Saúde neste governo assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública (BRASIL, 2004).

Precedendo esta política o Ministério da Saúde publicou algumas portarias, de acordo com as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental com o objetivo de normatizar a atenção a usuários de álcool e drogas. Uma delas, a Portaria GM/816/2002, foi responsável pela instituição do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas no SUS. De acordo com esse documento, o programa considerou a variedade de níveis de organização das redes assistenciais localizadas nos estados e Distrito Federal, a multiplicidade das características populacionais existentes no país e as diferenciações acerca da incidência de transtornos causados pelo uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, para propor a criação de 250 Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas – CAPSad. A expansão dessa rede obedeceu aos desígnios da Reforma Psiquiátrica, buscando viabilizar a substituição do modelo assistencial vigente em saúde mental, ainda predominante hospitalocêntrico, por redes de atenção especializadas e compostas por dispositivos extra-hospitalares: os CAPSad (OLIVEIRA, 2004).

O objetivo do CAPSad consiste em oferecer atendimento diário nas modalidades intensivas, semi-intensiva, e não intensiva, possibilitando o atendimento terapêutico dentro de uma perspectiva de evolução contínua e intervenções precoces, buscando limitar o estigma associado ao tratamento, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade. Os CAPSad devem propiciar atenção psicossocial em ambiente comunitário, integrado à cultura local e articulado com toda rede de cuidados em álcool e drogas, e

saúde mental (ambulatórios, leitos psiquiátricos em hospital-geral, hospitais-dia e outras práticas de atenção comunitária, como internação domiciliar, participação comunitária na discussão dos serviços), bem como a rede básica de saúde (unidades básicas de saúde, etc.), Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, e a rede de suporte social já existentes nas comunidades (BRASIL, 2004).

Na apresentação dessa política o Ministro da Saúde Humberto Costa, reconhece a necessidade de reversão dos modelos assistenciais de atendimento direcionados às pessoas que sofrem de transtornos mentais, incluindo os usuários de álcool e outras drogas, cuja exclusão social e ausência de cuidados os atingem continuamente e historicamente, de forma a contemplar as suas reais necessidades, implicando a disposição para atender os seus direitos. Considera como norteadores desse novo modelo de atenção o Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição de 1998 e regulamentado pela Lei nº8.080/90; a Lei nº10.216/2001, marco Legal da Reforma Psiquiátrica; as conferências de saúde, definidas e instituídas pela Lei nº8.142/90; e os relatórios III Conferência Nacionais de Saúde Mental, realizado em 2001 (BRASIL, 2004).

Nessa política o álcool é abordado com ênfase bem maior, reconhecendo-se que as intervenções voltadas para minimizar os problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas devem dedicar mais atenção às drogas de uso lícito, especialmente o álcool. Também trata da intersetorialidade, da atenção integral, da proteção e promoção à saúde. Sendo relevante destacar a respeito dos itens enfocados nessa política a afirmação de que o uso do álcool e outras drogas, por ser um tema transversal a outras áreas da saúde, da educação, da justiça, social e de desenvolvimento, requer uma intensa capilaridade para a execução de uma política de atenção integral aos usuários dessas substâncias, o que exige diversas articulações com a sociedade civil, movimentos sindicais, associações e organizações comunitárias e universidades. Reconhecendo que essas articulações são fundamentais para a defesa e promoção de direitos e controle social. Em relação à abordagem da prevenção, a educação em saúde é encarada nesse aspecto como estratégia fundamental, devendo considerar as práticas de vida diária dos indivíduos, e levar em conta cada parcela da populacional, articulando-se as outras ações voltadas para a prevenção e promoção de atenção integral à saúde (OLIVEIRA, 2004).

Refere-se ainda ao fato do uso prejudicial do álcool ter sido abordada historicamente por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. Apesar das implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas serem evidentes, devendo ser consideradas na compreensão global do problema. E reconhece que a

dependência das drogas é um transtorno em que predomina a heterogeneidade, já que afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias (BRASIL, 2004).

A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas baseia sua abordagem na estratégia da redução de danos. A Associação Internacional de Redução de Danos (HRA) define a redução de danos como:

Políticas e programas que tentam principalmente reduzir para os usuários de drogas, suas famílias e comunidades, as conseqüências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento (STRONACH, 2004: 31).

A estratégia de redução de danos tem um longo e distinto registro de políticas de controle de álcool. Seu foco principal está no trato das conseqüências do uso de drogas, ao invés de enfatizar apenas a redução do consumo de uma determinada substância. Reconhece os direitos humanos individuais sendo calcada na aceitação da integridade e responsabilidade individuais e aborda tanto os danos causados pelo usuário a si mesmo quanto os danos causados a terceiros. Embora tenha sido identificada inicialmente com as drogas ilícitas, a redução de danos também pode ter aplicação eficiente com as drogas lícitas, como o álcool e o tabaco (STRONACH, 2004).

Esta abordagem é defendida no documento pela consideração da singularidade de cada usuário, e pela possibilidade de traçar com ele estratégias que estão voltadas para melhorar sua qualidade de vida e não apenas para alcançar a abstinência. Assim, a abordagem da redução de danos se caracteriza como uma alternativa para aqueles que não se encontram em condições de interromper, de imediato o uso da droga, devido a fatores inerentes a sua singularidade, oferecendo-se como um método não excludente de outros, aumentando o grau de liberdade e de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Conforme está expresso no documento:

Reconhecer o consumidor, suas características e necessidades, assim como as vias de administração de drogas, exige a busca de novas estratégias de contato e de vínculo com ele e seus familiares, para que se possa desenhar e implantar múltiplos programas de prevenção, educação, tratamento e promoção adaptados às diferentes necessidades. Para que uma política de saúde seja coerente, eficaz e efetiva deve ter em conta que as distintas estratégias são complementares e não concorrentes, e que, portanto, o retardo do consumo de drogas, a redução dos danos associada ao consumo e a superação do consumo são elementos fundamentais para sua construção (BRASIL, 2004: 09).

Embora o país já tenha avançado perceptivelmente na maneira de intervir e compreender essa questão, por meio da incorporação da estratégia de redução de danos, ainda há uma longa trajetória a ser percorrida, devido as visões simplistas e reducionistas, ou moralistas, preconceituosas e dogmáticas, que ainda permeiam inúmeros discursos antidrogas, presentes nos diversos espaços sociais, como a mídia, as esferas governamentais, a intervenção profissional e o senso comum (OLIVEIRA, 2004).

Além disto, é importante ressaltar a necessidade da ampliação da rede CAPSad, da capacitação contínua dos profissionais de saúde, da realização do trabalho intra/interministerial e da colaboração mútua com organizações e outros grupos atentos a este tema compondo o repertório de iniciativas que visam tanto à inserção do consumo de álcool e das suas conseqüências na agenda da saúde pública, como a construção de respostas eficientes a esses problemas (DELGADO; et al, 2004).

Atualmente existem poucos CAPSad em funcionamento, que estão concentrados nas grandes cidades do país. Devido a grande demanda de tratamento pelos usuários, a expansão da rede CAPSad e a capacitação dos profissionais de saúde que trabalham com essa questão, deveria ser considerada prioridade pelo governo.

Assim, apesar dos avanços preconizados nestas políticas, grande parte das mudanças ainda não foram implementadas, persistindo os seguintes problemas: o processo de prevenção ainda é irregular e ineficaz, a legislação cede às pressões do mercado, a rede pública de saúde ainda não se encontra estruturada para responder de maneira inadequada ao problema, as ações de redução de danos ainda são incipientes e pontuais. Sendo que a tolerância com a venda, a propaganda e pressões do mercado de bebida convivem ainda com a passividade diante do problema de saúde pública e com a intolerância com os usuários que precisam de tratamento. Por isso, muito mais do que nos casos das drogas ilícitas, a ausência de uma política pública para o álcool, abrangente, não repressiva, que ouse resistir às pressões do mercado e seja atenta as complexidades culturais do problema, constitui lacuna a ser urgentemente sanada (DELGADO; et al, 2004).

3.2 O processo de reformulação da Política Nacional Antidrogas

A nova Política Nacional sobre Drogas, resultante do realinhamento da Política Nacional Antidrogas vigente até então, foi aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas (Conad) em 27/10/05. O desenvolvimento do processo de realinhamento

foi amplo e democrático, realizado por meio de seis fóruns regionais e um nacional, onde representantes de diversos setores do Governo e da sociedade, decidiram pelas alterações incorporadas nesta nova versão.

O Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, na apresentação da política enfatizou a participação da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) vinculada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, na articulação da sociedade com o objetivo de promover e facilitar o processo de realinhamento da Política Nacional Antidrogas vigente desde 2001, que passou a ser denominada Política Nacional sobre Drogas. Ressaltou, ainda, a co-responsabilidade do governo e da sociedade no trabalho de redução da demanda e da oferta de drogas no país. E declarou que essa nova política se orienta através do princípio da responsabilidade compartilhada, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos, no sentido de expandir a consciência para a importância da descentralização e intersectorialidade das ações sobre drogas no país (BRASIL, 2005).

Observa-se que essa política buscou completar as lacunas deixadas pela anterior, tornando-se bastante abrangente e avançada, devido ao aperfeiçoamento e inclusão de pressupostos, objetivos e diretrizes enfocando aspectos que não foram devidamente abordados ou relevados a segundo plano na política anterior, como: uma maior ênfase concedida aos problemas relacionados às drogas lícitas, bem como o reconhecimento da necessidade de estabelecer um controle social sobre o consumo dessas substâncias. Como expressa o pressuposto, o objetivo e a diretriz respectivamente citados abaixo:

- Reconhecer o uso indevido das drogas lícitas como fator importante na indução da dependência, devendo, por esse motivo, ser objeto de um adequado controle social, especialmente nos aspectos relacionados à propaganda, comercialização e acessibilidade de populações vulneráveis, tais como crianças e adolescentes.
- Difundir o conhecimento sobre os crimes, delitos e infrações relacionados às drogas ilícitas e lícitas, prevenindo-os e coibindo-os por meio da implementação e efetivação de políticas públicas para a melhoria da qualidade de vida do cidadão.
- Diminuir o impacto dos problemas socioeconômicos, culturais e dos agravos à saúde associados ao uso de álcool e outras drogas.

Percebe-se também uma preocupação maior do governo em relação à garantia das fontes de financiamento para o custeio das ações preconizadas pela política, e a necessidade de realizar o controle social sobre estes, como expressa no pressuposto e no objetivo respectivamente citados:

- Garantir dotações orçamentárias permanentes para o Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD, a fim de implementar ações propostas pela Política Nacional sobre Drogas, com ênfase para aquelas relacionadas aos capítulos da PNAD: prevenção, tratamento e reinserção social, redução de danos, redução da oferta, estudos e pesquisas.
- Assegurar, em todos os níveis de governo, dotação orçamentária e efetivo controle social sobre os gastos e ações preconizadas nesta política, em todas as etapas de sua implementação, contemplando os preceitos estabelecidos pelo CONAD, incentivando a participação de toda a sociedade.

Observa-se que as diretrizes existentes anteriormente acerca da prevenção tornaram-se mais amplas enfocando-se aspectos como: o desenvolvimento de atividades que proporcionem uma melhor qualidade de vida, ressaltando a necessidade do lazer entre a população através de práticas esportivas e culturais. Destaca a importância da adequação das mensagens das campanhas educativas de acordo as características do público-alvo destinado. E incentiva o desenvolvimento dessas ações por empresas e instituições. Ressalta também a importância de ações de prevenção das drogas lícitas e que essas ações devem ser orientadas pela filosofia de responsabilidade continuada. E aborda a necessidade de avaliar o impacto e o papel da mídia no incentivo e/ou prevenção do uso indevido de álcool e outras drogas.

Nesta política foi dada uma maior ênfase à importância da promoção, do apoio e da garantia da capacitação continuada dos atores envolvidos no processo e do trabalho interdisciplinar e multiprofissional. Destaca também a necessidade de elaboração de programas voltados para a saúde do trabalhador que abordem a prevenção do uso de drogas.

Refere a importância de desenvolver e implementar modalidades de tratamento, recuperação e inserção social que sejam adaptados de acordo com as características específicas dos grupos sociais. E a necessidade de definir normas de regulação de funcionamento das instituições que desenvolvem esse trabalho. Propõe que sejam criadas pelo governo taxas específicas sobre as atividades da indústria de bebidas alcoólicas e do tabaco para financiar essas ações.

Percebe-se que a estratégia de redução de danos é um dos princípios que norteiam essa política, e engloba diversas ações: reconhecimento profissional do agente redutor de danos e garantia da sua capacitação; inclusão da redução de danos na abordagem de prevenção e promoção da saúde no ensino formal; comprometimento de todos os níveis de governo com a implementação e avaliação de programas e ações de redução de danos; promoção e integração das ações de

redução de danos com outros programas de saúde pública; estabelecimento de estratégias de redução de danos com o objetivo de minimizar conseqüências do uso indevido, de todas as substâncias.

Enfatiza a importância de garantir os meios necessários para a realização de pesquisas e avaliações sobre as práticas das intervenções relacionadas às áreas de prevenção, tratamento, reabilitação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, redução da oferta. Bem como, a necessidade de definir os critérios de financiamento para essas ações. Ressalta o objetivo de instituir um sistema de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de redução da demanda, da oferta e dos danos sociais e à saúde em todos os níveis de governo.

Foram extintas as diretrizes que conferiam maior prioridade aos métodos de tratamento e recuperação que apresentavam melhor relação custo-benefício, com prevalência para as intervenções em grupo, em detrimento das abordagens individuais, o que não respeitava a singularidade de cada usuário. E que priorizavam reduzir os problemas de saúde associados ao uso indevido de drogas, com ênfase nas doenças infecciosas, em detrimento dos aspectos sociais e psicológicos que são extremamente importantes para o tratamento e reinserção dos dependentes.

Assim, nota-se que o processo de realinhamento da Política sobre Drogas englobou vários aspectos importantes tornando-a muito mais abrangente e completa. Mas, grande parte dos avanços observados na construção dessa política ainda não foram acompanhados pela efetivação das ações preconizadas.

3.3 Políticas públicas relacionadas especificamente ao álcool

A reafirmação histórica do papel nocivo apresentado pelo álcool deu origem a uma extensa gama de respostas políticas para o enfrentamento dos problemas decorrentes do seu consumo, comprovando assim, o fato concreto da grande magnitude da questão no contexto da saúde pública mundial (DELGADO; et al, 2004).

Segundo Babor e Caetano (apud, Laranjeira e Dualibi, 2007) são consideradas políticas do álcool aquelas que se referem à relação entre álcool, segurança, saúde e bem-estar social. Definindo-as como qualquer esforço ou decisão de autoridades governamentais ou de organizações não-governamentais (ONG) para minimizar ou prevenir problemas relacionados ao consumo do álcool.

Stronach (2004) ressalta que a mudança das quantidades de álcool consumidas, dos padrões de consumo e a redução dos danos subseqüentes devem ser prioridade nas políticas abrangentes e significativas de saúde pública.

O álcool se constitui como importante fonte de danos para a saúde e segurança pública e não deveria ser tratado como um produto qualquer, inócuo e subordinado às leis de mercado. O mercado de venda do álcool precisa ser melhor regulado estabelecendo-se um controle social sobre esta substância. Existem fortes evidências científicas de que o estabelecimento de políticas regulatórias de controle do acesso e disponibilidade do álcool são efetivas em reduzir o consumo da bebida alcoólica e problemas relacionados, conforme expressam Laranjeira e DUALIBI:

A conseqüência desse descontrole e da excessiva oferta e acessibilidade têm gerado consumo elevado a baixos preços e ampla disponibilidade de álcool nos ambientes, banalizando o seu consumo e levando a tolerância em relação às transgressões legais. Poucas restrições às propagandas nos meios de comunicação as tornam eficientes em seduzir o público, principalmente o jovem, para o consumo de bebidas alcoólicas (LARANJEIRA e DUALIBI, 2007: 03).

Laranjeira e Dualibi (2007) relatam que a Organização Mundial de Saúde (OMS), considerando a importância das políticas públicas relacionadas com o álcool para a saúde, a segurança e a economia internacional, realizou um estudo com a participação de vários especialistas de nove países, objetivando avaliar diferentes políticas direcionadas ao consumo de bebidas alcoólicas. Foi composta uma lista das dez "melhores práticas" baseada nos seguintes critérios: evidência de efetividade, existência de suporte científico, possibilidade de adaptação para diferentes culturas e custos de implementação e sustentação. Cinco práticas citadas são referentes a políticas de controle de álcool (regulatórias):

- Estabelecimento (e fiscalização) de idade mínima legal para compra de bebidas alcoólicas;
- Monopólio governamental das vendas de bebida no varejo;
- Restrição dos horários ou dias de venda;
- Restrições de densidade dos pontos de venda de álcool;
- Criação de impostos para o álcool;

Outras quatro práticas citadas estão diretamente relacionadas com o controle do beber e dirigir:

- Redução do limite de concentração sanguínea do álcool permitida para dirigir;
- Suspensão administrativa da licença de motoristas que dirigem alcoolizados;
- Estabelecimento de postos de fiscalização de sobriedade;

- Política de "tolerância zero" quanto ao dirigir alcoolizado, por vários anos, no licenciamento para motoristas novatos;
- A última prática citada consiste na instituição de processos terapêuticos do tipo intervenções breves para pessoas que fazem consumo abusivo do álcool.

Antes de implementar medidas de controle externo dos países desenvolvidos nos países em transição, é importante analisar se tais medidas se encaixam no contexto cultural, se são viáveis e exequíveis; e direcionar atividades de formação e capacitação para os profissionais que lidam diretamente com as conseqüências do consumo prejudicial do álcool (BUNING, 2004).

Segundo Laranjeira e Dualibi, (2007) a bebida alcoólica tem sido apoiada por livres valores de mercado, e têm seus interesses defendidos pelas suas indústrias de forma crescente. Estas entraram no debate político para proteger seus interesses comerciais e em alguns países se constituem no principal agente não-governamental presente na discussão política sobre o álcool. Embora a indústria do álcool tente fazer alguma propaganda educativa, como por exemplo: "se beber não dirija", ou "beba com moderação", seus interesses comerciais acabam entrando em conflito com as medidas de saúde pública. Laranjeira e Dualibi (2007) não acreditam na efetividade dessa medida, e defendem que a proibição da propaganda do álcool é mais eficaz:

Embora possuam apelo popular, a propaganda educativa nunca é tão bem produzida, nem possui os mesmos recursos e freqüência nos meios de comunicação do que a propaganda da indústria do álcool. Apresenta alguma efetividade quando parte integrante de um programa mais amplo de políticas. Proibir a publicidade do álcool custa bem menos e é bem mais eficaz que qualquer medida de contra-propaganda (LARANJEIRA e DUALIBI, 2007: 04.)

As evidências de que as estratégias publicitárias de bebidas alcoólicas acarretam conseqüências à saúde pública são fortes o bastante para fazer com que o Estado, para o interesse público, regule a promoção do álcool, ao invés de aceitar que a indústria e a mídia façam sua "auto-regulação", o que leva a oferta excessiva, preços baixos e consumo elevado. Um estudo que comparou 17 países com proibição total, parcial ou sem proibição da publicidade e propaganda de bebidas alcoólicas indicou o seguinte: os países que proíbem a publicidade de destilados têm níveis de consumo 16% mais baixos e 10% menos acidentes automobilísticos fatais do que países sem qualquer proibição. As nações que proíbem a propaganda de cervejas e vinhos e destilados têm níveis de consumo 11% menores e 23% menos acidentes

automobilísticos fatais do que os que proíbem apenas a propaganda de destilados (LARANJEIRA; DUALIBI, 2007).

Alguns autores defendem que a tolerância zero deveria ser aplicada em algumas situações onde o uso de álcool pode trazer danos a terceiros, como os casos que associam:

- Bebida alcoólica e direção;
- Bebida alcoólica e manuseio de maquinário técnico ou industrial;
- Consumo do álcool por gestantes ou lactantes.

Segundo Buning (2004) outra situação onde se poderia aplicar a tolerância zero seria nos casos onde os consumidores de álcool não são (ainda) capazes de tomar decisões conscientes, como adolescentes e crianças. A indústria de álcool deveria ser proibida de ter jovens como alvos de suas campanhas publicitárias. Devido ao fato de ser considerada como um importante fator que pode influenciar os jovens a se tornarem bebedores potenciais.

De uma forma geral, os países que têm políticas específicas para o álcool, ao reunir os resultados de estudos avaliativos sobre estas políticas, recomendaram a necessidade da adoção de estratégias intersetoriais que levem em conta os seguintes objetivos principais: restringir o acesso e o consumo e regular a propaganda, para assim, buscar reduzir os danos causados pelo álcool. Algumas iniciativas que privilegiam o aumento de preço e a taxaço, a fiscalizaço do cumprimento da legislaço, além da difusão de informações realistas e isentas de julgamento, foram citadas como ações eficazes e positivas (DELGADO; et al, 2004).

3.4 O panorama nacional das políticas destinadas ao álcool

No Brasil, existem apenas algumas leis federais que propõem ações regulamentatórias relacionadas ao uso do álcool: a Lei que proíbe a venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos (artigo 243 do Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/90 e Lei das Contravenções Penais, artigo 63) e a legislaço do Código Brasileiro de Trânsito (artigo 165), que considera como infraço gravíssima dirigir alcoolizado com níveis de álcool superiores a seis decigramas por litro de sangue. Nesse caso, o condutor fica sujeito à multa, suspensão do direito de dirigir, retenço do veículo e recolhimento da sua carteira de habilitaço (LARANJEIRA; DUALIBI, 2007).

Mas observa-se que essas leis não são respeitadas devido à fiscalizaço ineficiente e a falta de puniço adequada, como afirmam Laranjeira e Dualibi:

Reconhecendo que nenhuma política é efetiva, a menos que seja fiscalizada permanentemente, estudo nacional mostrou que menores de idade de 13 a 17 anos conseguiram facilmente comprar bebidas alcoólicas em diferentes tipos de estabelecimento. Sem multa e fiscalização adequada, dificilmente poderia haver condições de se promover uma melhora nesta situação. O que funciona realmente é a certeza de que uma determinada infração será punida. Pesquisa realizada em Diadema (São Paulo) concluiu que quase 20% dos motoristas pesquisados com bafômetros estavam dirigindo com níveis de álcool iguais ou maiores que os permitidos pela lei (Laranjeira e Dualibi, 2007: 07).

A questão da necessidade da adoção de políticas com ênfase no consumo do álcool passou a ser debatida neste governo nos últimos anos. Em novembro de 2005, o governo brasileiro promoveu com o apoio institucional da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Primeira Conferência Pan-Americana de Políticas Públicas sobre o Álcool, foi realizado em Brasília. Laranjeira e Dualibi (2007) expressam que este foi um passo importante para o desenvolvimento de uma estratégia continental, tendo sido recomendado que os países das Américas implementassem políticas, programas, e estratégias eficazes capazes de reduzir e prevenir os danos relacionados ao consumo de álcool. O documento final dessa reunião enfatiza que as estratégias nacionais devem incorporar uma lista culturalmente apropriada de políticas baseadas em evidências, estudos científicos e sistemas de informação.

Atualmente existem boas perspectivas de avanços na legislação nacional, pois, recentemente foi aprovada a Política Nacional sobre o Álcool através do Decreto nº6.117, em 22 de maio de 2007. Esta foi consolidada após quatro anos de discussão, a partir das conclusões do Grupo Técnico Interministerial, que formulou propostas para a política do Governo Federal em relação à atenção a usuários de álcool, e acerca das medidas aprovadas no âmbito do Conselho Nacional Antidrogas. A função de implementar essa política será da Secretaria Nacional Antidrogas, que articulará e coordenará este processo, que terá início com a implantação das medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade (BRASIL, 2007).

Assim, pela primeira vez no país, o consumo de bebidas alcoólicas tem a oportunidade de ser tratado devidamente como um grave problema de saúde pública, objetivando adotar iniciativas voltadas a reduzir e prevenir os danos à saúde e à vida, bem como as situações de violência e acidentes associados ao uso abusivo do álcool pela população brasileira. A política é formada por 30 ações, divididas em quatro grandes blocos: legislação, educação, restrição da propaganda e assistência para

dependentes. E envolve ações de três ministérios: Cidades, Justiça, Saúde e do Gabinete de Segurança Institucional. Apresenta como objetivo principal:

A sustentação de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida causados pelo consumo desta substância, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira (BRASIL, 2007).

A política pretende se apoiar na lógica ampliada do conceito de redução de danos como referencial para as ações políticas, educativas, terapêuticas e preventivas relativas ao uso de álcool, em todos os níveis de governo. Apresenta-se bastante avançada e abrangente enfocando medidas relativas à: ampliação das redes de tratamento, promoção de programas de formação específica para os profissionais de saúde que atuam na rede de atenção integral a usuários de álcool do SUS; regulamentação, monitoramento e fiscalização da propaganda e publicidade de bebidas alcoólicas, com o objetivo de proteger segmentos vulneráveis da população; estimular e fomentar medidas que restrinjam os pontos de venda e consumo de bebidas alcoólicas; estimular a inclusão de ações de prevenção ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas nas instituições de ensino e nos ambientes de trabalho; promover o acesso da população a alternativas culturais e de lazer que não estejam associadas ao consumo de álcool; fortalecer a fiscalização das medidas previstas em lei que visam coibir a associação entre o consumo de álcool e o ato de dirigir; proibir a venda de bebidas alcoólicas nas faixas de domínio das rodovias federais.

Embora abrangente, a Política Nacional sobre o Álcool não faz referência sobre como as ações serão conduzidas, não traz metas, prazos, nem previsão de recursos necessários para a execução. Antes mesmo do seu anúncio, integrantes dos ministérios envolvidos haviam informado que a política inicialmente traria apenas metas gerais. Numa segunda etapa, elas seriam colocadas em prática (informação divulgada por jornais). Por isso, atualmente o grande desafio do governo será garantir os recursos necessários à implementação das ações previstas na política, e definir as metas que serão alcançadas em longo prazo.

O presidente Luiz Inácio Lula da Silva assinou em 21/01/2008 a medida provisória n° 415 que proibia a venda de bebidas alcoólicas nos estabelecimentos localizados às margens das rodovias federais. O comerciante que descumprisse a norma teria que pagar multa de até R\$ 1,5 mil. Em caso de reincidência, o valor da multa seria dobrado e a permissão de acesso ao estabelecimento pela rodovia

suspensão por um período de dois anos. Os estabelecimentos comerciais situados às margens das rodovias deveriam fixar avisos indicando a proibição em locais de ampla visibilidade, caso contrário estariam sujeitos a multas.

Essa medida gerou uma série de protestos e liminares dos comerciantes que se mobilizaram para derrubá-la, alegando que teriam muito prejuízo. Houve resistências generalizadas na base de apoio do governo que inviabilizaram a aprovação dessa Medida Provisória. Para que o projeto de lei fosse aprovado na Câmara dos Deputados, foram realizadas várias alterações no texto dessa Medida. A Câmara aprovou em 24/04/08 a liberação da venda de bebidas alcoólicas nos perímetros urbanos das rodovias federais. Porém, mantiveram a proibição da venda às margens das estradas nas áreas rurais (FOLHA DE SÃO PAULO, 24/04/08).

Houve uma alteração importante que prevê mais rigor contra os motoristas: passa a ser considerado crime conduzir veículos com qualquer teor de álcool no organismo e a multa é considerada infração grave, punida com suspensão da carteira de habilitação e com multa. Atualmente, apenas são penalizados os motoristas com mais de 6 decigramas de álcool por litro de sangue. Outra alteração nas regras estabelece que os crimes de trânsito serão julgados pela Justiça comum e não mais pelos juizados especiais. (FOLHA DE SÃO PAULO, 24/04/08).

Recentemente essa MP foi votada no Senado (20/05/08) que aprovou a liberação do comércio de bebidas alcoólicas em todas as rodovias urbanas e rurais. Os parlamentares relataram que essa mudança foi provocada devido à evolução das discussões. Justificaram que o foco da lei tem de ser o motorista, e a ordem anterior penalizava os comerciantes e não os motoristas. Mas asseguram a manutenção do rigor sobre o motorista que for flagrado embriagado (FOLHA DE SÃO PAULO, 20/05/08). Como foi alterada no Senado, essa MP retornará para nova votação dos deputados, antes de ser encaminhada à sanção presidencial.

Assim, considera-se que a principal dificuldade do governo federal em aprovar a lei que proibia a venda de bebidas alcoólicas nas rodovias federais ocorreu devido aos conflitos com os empresários do setor, que pelo visto possuem grande influência política podendo dificultar futuramente, a aprovação de outras medidas previstas na Política Nacional sobre o Álcool que objetivem a restrição do consumo.

4. O Programa de Atendimento ao Alcoolismo

4.1 – Apresentação do Programa

O Programa de Atendimento ao Alcoolismo funciona no ambulatório do Hospital Universitário de Brasília e está interligado ao Centro de Clínicas Médicas desse hospital. Teve sua criação efetivada em novembro de 1990 através da iniciativa da direção do hospital, da Faculdade de Saúde, e da assistente social do serviço de pessoal do HUB. Foi criado com o objetivo de responder a demanda existente no Distrito Federal, que estava sem atenção pelo fato de ter sido fechado um Centro de Estudos e Tratamento do Alcoolista (CETA), que funcionava no antigo Posto de Atendimento Médico do INAMPS no Guará. Este Centro se caracterizava como um projeto de extensão coordenado pelo NEPASM – Núcleo de Estudos, Pesquisa e Assistência à Saúde Mental da UnB.

O Programa de Atendimento ao Alcoolismo trabalha com questões relacionadas ao consumo abusivo e à dependência do álcool e outras substâncias psicoativas. Apresenta os seguintes objetivos:

- Colaborar no desenvolvimento de estratégias que beneficiem a população no enfrentamento das questões relacionadas ao uso, abuso e à dependência do álcool e outras substâncias psicoativas.
- Buscar a melhoria na qualidade de vida do usuário e/ou dependente e de seus familiares.
- Sensibilizar a comunidade quanto aos problemas relacionados ao uso e abuso do álcool e outras drogas.
- Contribuir na capacitação técnica de estudantes e profissionais.

O Programa atende pessoas: que apresentam problemas de consumo de álcool e outras drogas e seus familiares; com interesse em obter informações sobre o álcool e outras drogas; cujo trabalho demande formação e/ou orientação sobre a questão e professores e alunos cujo conteúdo curricular requer a abordagem da questão. Apesar do PAA, não se constitui numa modalidade de CAPSad, que é oficializada como referência no tratamento do alcoolismo pela atual política do Ministério da Saúde, os serviços prestados pelo Programa atendem a demanda dessa política desde a sua implementação, promovendo ações que correspondem a lógica de redução de danos e que buscam compreender o usuário a partir da perspectiva da atenção integral e da interdisciplinaridade. Assim, nesse Programa a equipe de trabalho caracteriza-se como interdisciplinar, permeada pela noção de complementaridade, sendo composta por: uma coordenadora (psicóloga), duas

assistentes sociais, uma médica psiquiátrica, um residente de gastroenterologia, duas enfermeiras, duas psicólogas, três estagiários de Serviço Social, um estagiário de Psicologia, e um de Medicina. As atribuições dos profissionais estão previstas no Protocolo do Programa. Para Sudbrack (2002) o trabalho realizado em equipe interdisciplinar é muito rico, pois permite que muitos recursos sejam oferecidos a partir das diferentes especialidades e competências dos profissionais.

O trabalho em equipe interdisciplinar é um dos requisitos fundamentais no tratamento de dependentes de substâncias psicoativas, pelo fato da dependência ser um fenômeno de natureza complexa que abrange múltiplos fatores. Para que o paciente aceite e se envolva com o tratamento, é importante que ele seja abordado a partir de suas características e, principalmente daquilo que se constituem as suas queixas específicas. A abordagem interdisciplinar possibilita identificar como as diferentes causas se relacionam umas com as outras, configurando a especificidade de cada situação ou a individualidade de cada indivíduo dependente, o que exige uma leitura ampla, articulação e integração constante entre os profissionais. Sendo importante ressaltar que os diversos fatores em jogo não podem ser vistos de uma forma linear e tampouco de forma estática, pois, são dinâmicos, circulares, exigindo da equipe uma leitura sistêmica (SUDBRACK, 2002).

A equipe de trabalho adota a estratégia de redução de danos, partindo do pressuposto de que seus princípios e técnicas interventivas, são adequadas para o atendimento de pessoas que apresentam problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, pois reconhecem cada usuário em sua singularidade. Conforme essa filosofia, a abstinência não é o único objetivo a ser alcançado, mas também a redução e o controle do uso. Tal compreensão permite ampliar o acesso, o acolhimento e a vinculação aos serviços de saúde diversificando as possibilidades de enfrentar a dependência de álcool e outras substâncias (VARGAS, 2007).

Segundo Vargas (2007) a equipe promove Reuniões Clínicas semanais de discussão de caso para melhor compreender, intervir e acompanhar o projeto terapêutico destinado aos pacientes e seus familiares. Parte do tempo desta reunião é reservada para a discussão de questões administrativas. A organização interna do Programa prevê a realização de Grupo de Estudo, cuja periodicidade das reuniões e temática é definida em função da demanda da equipe para sua atualização clínica. De acordo com Sudbrack (2002) a equipe só poderá cumprir sua função a contento e ser realmente interdisciplinar se existirem reuniões sistemáticas de estudos e discussões de casos, com um clima e propósito de ajuda mútua, para compartilhar experiências rumo ao crescimento conjunto enquanto equipe.

O tratamento no Programa compreende os seguintes estágios: acolhimento e triagem, avaliação clínica, psicoterapia (que compreende as modalidades de atendimento individual ou grupal) e psiquiatria. Mas nem todos precisam passar pelos últimos estágios citados, o que depende do projeto terapêutico de cada paciente. E para terem direito a assistência médica e psiquiátrica, os pacientes devem estar sendo acompanhados pelos psicólogos ou assistentes sociais.

O Programa promove um ateliê de convivência voltado para os pacientes que apresentam dificuldades cognitivas, onde são realizadas atividades que permitem aos pacientes expressar seus sentimentos, melhorar a auto-estima e a capacidade elaborativa, o que contribuí para a reinserção social destes. As atividades são realizadas por meio de oficinas (em que aprendem a confeccionar trabalhos manuais), e eventos comemorativos (que auxiliam na socialização dos pacientes).

Os usuários são encaminhados ao Programa de diversas formas: por unidades do HUB, instituições de saúde de Brasília e entorno, órgãos judiciais, instituições públicas e privadas, pela família do paciente e pela procura espontânea destes. Assim, as demandas que chegam caracterizam-se como: espontâneas (por iniciativa do próprio paciente), induzidas (via família, via instituições), e impostas (determinadas pela justiça). Essas demandas relacionam-se com várias expressões da questão social, em torno da demanda central – dependência e consumo abusivo de substâncias psicoativas. Esta geralmente aparece acompanhada de demandas secundárias como: problemas emocionais e comportamentais, transtornos mentais, desestruturação familiar, violência intrafamiliar (agressões físicas e psicológicas, abuso sexual), dificuldades socioeconômicas e funcionais (desemprego, problemas no ambiente de trabalho: baixa produtividade, excesso de faltas). O período que o paciente permanecerá vinculado com o Programa não é determinado, depende da situação do paciente.

Devido a sua inserção em um hospital-escola, o PAA contribuí para a formação profissional de estudantes, sendo campo disponível para estágio nos cursos de: Serviço Social, Psicologia e Medicina; contribuí também para a capacitação técnica e aperfeiçoamento de profissionais que trabalham nessa área, através de palestras, consultorias e cursos que são promovidos pela equipe. O Programa participa de ações educativas voltadas para a promoção da saúde, como as feiras de saúde internas no HUB e em outras instituições, partindo da compreensão da importância do tema “uso de substâncias psicoativas” para a comunidade em geral.

4.2 A atuação do Serviço Social no Programa

De acordo com Vargas (2007) o Serviço Social no Programa de Atendimento ao Alcoolismo desenvolve intervenções na dimensão de assistência, ensino e pesquisa, atividades que correspondem às funções de um hospital-escola, e integra a equipe de profissionais do Programa desde a sua criação, sendo que duas assistentes sociais participaram do projeto de elaboração do Programa, e por onze anos foi coordenado por esta categoria. As atribuições designadas ao assistente social no Programa são:

- **Acolhimento e Triagem dos pacientes**

Trata-se do primeiro contato do paciente com os profissionais, constituindo-se em um espaço de escuta que possibilita a vinculação com a instituição de saúde e permite ao paciente e/ou sua família formular o desejo de se tratar, repensar o estilo de vida e a relação com as substâncias psicoativas. O acolhimento proporciona ainda o estabelecimento do diagnóstico da situação; a identificação dos fatores de risco e dos fatores de proteção pessoal e familiar; a obtenção de informações sobre as características da instituição; o mapeamento da rede familiar e social; e a definição da elegibilidade e das condições para a concretização do projeto terapêutico (VARGAS, 2007).

Esta fase representa um importante desafio para o assistente social, que precisa muitas vezes motivar o paciente para realizar o tratamento, pois na maioria dos casos, estes comparecem ao Programa, pressionados pela família ou por determinação judicial.

Segundo Mota e Queiroz (2006) o acolhimento é uma função institucional que nos permite escutar a subjetividade, elaborar a demanda, acolher os questionamentos e trabalhá-los da maneira mais clara possível. Visa proporcionar uma forma de organização ao universo caótico do paciente, para que este possa aos poucos, voltar seu olhar para si e para os outros, e ir se reconhecendo no caminho trilhado. De acordo com Duarte (2002) o profissional diante do caos aparente em que está a vida do paciente, deve fazer junto com ele uma leitura positiva de toda a situação, concluindo que o trabalho a ser feito é difícil, mas é possível. Este indivíduo deve se sentir acolhido pelo profissional que ali representa uma alternativa real de mudança na sua vida. Assim, o profissional deve assumir uma postura que transmita esperança e confiança ao paciente.

Esse processo também representa o primeiro passo para a reinserção social do paciente, pois levanta potencialidades, expectativas e interesses que poderão ser

trabalhados no tratamento e transformadas em ações gradativas, a depender do estágio de recuperação em que se encontra (DUARTE, 2002).

Assim, no PAA o acolhimento é realizado em tantas entrevistas quantas forem necessárias para atingir os seus objetivos. Os dados e informações obtidos no acolhimento são registrados em questionário padronizado (um para o paciente e outro para os familiares), desenvolvido pelo Serviço Social e é anexado ao prontuário do HUB. A cada novo atendimento, o prontuário é atualizado em folha de evolução (VARGAS, 2007).

Há casos em que não é indicado o encaminhamento imediato do usuário à psicoterapia, porque há necessidade de uma intervenção individual e/ou familiar prévia. Esta atividade é desenvolvida somente pelo Serviço Social ou em conjunto com a Psicologia. Uma segunda razão para o não encaminhamento à psicoterapia refere-se a situações em que o usuário apresenta um nível de comprometimento psiquiátrico que impede este tipo de intervenção. Nesta situação, o assistente social continua a atender o usuário e/ou familiar, em conjunto com o psiquiatra (VARGAS, 2007).

▪ **Atendimento familiar**

Considera-se fundamental a participação da família no processo de tratamento do usuário de substâncias psicoativas. Onde se procura estimular o familiar a manifestar o desejo de tratar as questões que dizem respeito à dinâmica das relações familiares e, principalmente auxiliar a família a desenvolver a sua autonomia e encorajá-la nas suas competências (VARGAS, 2007).

Segundo Vargas (2007) além do acompanhamento individual, o Programa realiza grupo de familiares (quinzenalmente), intervenção indicada quando a troca de experiências torna-se elemento importante na busca de alternativas. Trata-se de um momento de escuta com a finalidade de atenuar as tensões por meio de apoio, orientações, esclarecimentos, expressão de sentimentos e discussão de estratégias de enfrentamento; objetivando resgatar a identidade, a competência e autonomia do familiar e/ou da família. E em casos em que a dinâmica familiar exige, são realizadas ainda avaliação familiar e terapia familiar (em conjunto com a psicologia). Uma das técnicas de intervenção adotadas pelo Serviço Social e que demanda tempo para sua realização é a elaboração do genograma familiar com a utilização de um *software* específico, utilizado nos casos em que é necessário um aprofundamento maior acerca da estrutura familiar do paciente.

Para Fender (1996) na medida em que a família se envolve com o tratamento da dependência, ela é para o indivíduo uma fonte de recursos para o crescimento, uma rede de apoio para ele no momento da abstinência e da reinserção social, bem

como a família se enriquece em seu conjunto, tendo se fortalecido e adquirido seus próprios recursos, propiciando que todos os seus membros sintam-se competentes para cuidar de si mesmo.

- **Sensibilização e acompanhamento durante a internação hospitalar**

O atendimento é feito a familiares e pacientes que tenham comprometimento relacionado ao uso de álcool e outras drogas enquanto se encontram internados no SPA (Serviço de Pronto Atendimento) ou em uma das enfermarias do HUB. O objetivo desta intervenção é sensibilizar o paciente e seus familiares sobre sua problemática e mobilizá-los em relação aos cuidados com a saúde, assim como para a necessidade e possibilidade de tratamento ambulatorial. A solicitação do atendimento é feita pelos profissionais que o atendem mediante suspeita/confirmação de abuso ou dependência de álcool ou de outras substâncias. A abordagem do paciente e da família, nestes casos, é feita antes da alta do paciente da unidade de internação (VARGAS, 2007).

- **Coordenação do trabalho comunitário**

O trabalho comunitário coordenado pelo Serviço Social é realizado com a participação de toda a equipe, e se constitui em: assessoria técnica a instituições e empresas públicas e privadas, visitas institucionais, cursos e treinamentos para equipes de saúde e chefias, palestras e eventos em colaboração com outros serviços da comunidade.

- **Visitas domiciliares**

São realizadas para ampliar o conhecimento acerca do contexto familiar e da rede de apoio do paciente, com o propósito de envolver outros atores sociais no processo de tratamento terapêutico. Geralmente é realizada com a participação de outros profissionais.

Para responder as demandas trazidas pelos pacientes os assistentes sociais fazem uso de conhecimentos específicos sobre os temas mais gerais, relacionados ao consumo de substâncias psicoativas como: conceitos, classificação, dados epidemiológicos, critérios de avaliação e diagnóstico, prevenção, modelos de tratamento e formas de intervenção. Utilizam-se conhecimentos de leis relacionadas às demandas que atendem: Lei Orgânica de Assistência Social, Estatuto da Criança e do Adolescente, Estatuto do Idoso, Saúde Mental (Lei da reforma psiquiátrica), Benefício de Prestação Continuada, dentre outras. E também necessitam fazer uso do sistema de articulação de redes sociais.

Observa-se ainda que mais da metade da clientela atendida pelo Programa é encaminhada pelo Judiciário, que exige a elaboração de relatórios informativos sobre a situação do tratamento, e em alguns casos, parecer e notificação ao Ministério

Público, à Vara da Infância, entre outros, sobre situação de risco e vulnerabilidade pessoal, familiar e social. Há situações em que, a assistente social se faz presente, mesmo que pacientes e/ou familiares estejam vinculados ao tratamento com outros profissionais. A título de exemplo: internações em comunidades terapêuticas, encaminhamentos a abrigos, entre outros (VARGAS, 2007).

Os objetivos do Serviço Social no Programa de Atendimento ao Alcoolismo estão articulados com o da instituição, e se complementam com o intuito de proporcionar um espaço onde o paciente e seus familiares possam estabelecer um vínculo com a instituição de saúde, e assim, ter acesso ao tratamento do qual necessita, e ter seus direitos garantidos.

Segundo ON (1998) o serviço social uma vez que articula diferentes conhecimentos de modo próprio, num movimento crítico entre prática-teoria e teoria prática, é uma profissão interdisciplinar por excelência. O assistente social tem a possibilidade de articular seu trabalho de diversas maneiras. Assim, percebe-se o quanto à presença do assistente social é indispensável nesse tipo de serviço, como expressa FALEIROS (1997:90):

A drogadição é um processo de descapitalização, de fragilização num conjunto complexo de relações de força. Ao serviço social cabe atuar nesta relação enquanto processo de fragilização e fortalecimento dos patrimônios em jogo.

Assim, o Serviço Social devido ao fato de ser uma profissão voltada para apreensão crítica dos processos sociais numa perspectiva de totalidade e de fortalecimento dos sujeitos em processo de fragilização decorrente da drogadição, configura-se como uma importante profissão no processo de tratamento da dependência química.

5. Metodologia e análise dos dados da pesquisa de campo

5.1 Metodologia

Essa pesquisa foi realizada a partir do referencial teórico dialético, que apresenta-se bastante adequado para a compreensão de um fenômeno complexo e multicausal como o abuso e a dependência do álcool.

A abordagem da dialética (...) se propõe a abarcar o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que traduzem o mundo dos significados. A dialética pensa a relação da quantidade como uma das qualidades dos fatos e fenômenos. Busca encontrar na parte, a compreensão e a relação com o todo, e a interioridade e a exterioridade como constitutivas dos fenômenos (MINAYO, 1996: 24-25).

Assim, em uma pesquisa de realidade como esta a abordagem dialética torna-se imprescindível, pois permite um olhar tanto das significações que o indivíduo faz de si e do mundo, quanto como a estrutura macro interage e confronta com este. O que não exclui as contribuições que outras linhas de conhecimento possam oferecer (Oliveira, 2006). "A visão dialética considera o processo, não o fato isolado, busca a totalidade, a multilateralidade, a síntese das múltiplas determinações" (FALEIROS, 1997, p.173-174).

Segundo Barros (2005, apud Marsiglia, 2006) determinados objetos e problemas de pesquisa, dado seu caráter complexo, multicausal e contextual, podem ser menos controlados e necessitam de técnicas e métodos diferenciados de investigação. Por isso, nesse estudo foram utilizadas as metodologias quantitativa e qualitativa.

Para Minayo (2001, apud Marsiglia, 2006) os estudos na área da saúde devem usar as metodologias qualitativas para captar o significado e a intencionalidade inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. No entanto, ressalta que o conjunto de dados quantitativos e qualitativos não se opõem, se complementam, pois a realidade abrangida por estes interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia (MINAYO, 1996). Entre os pesquisadores vem se firmando nos últimos anos, a idéia de que os métodos quantitativos e qualitativos devem ser vistos como complementares, o que pode levar a um desenvolvimento melhor das pesquisas com objetos de estudo complexos (MARSIGLIA, 2006). Enquanto a pesquisa qualitativa é

importante para dimensionar os problemas com os quais os assistentes sociais trabalham, a pesquisa quantitativa traz à tona o que pensam os sujeitos pesquisados a respeito do tema.

A perspectiva teórico-metodológica deste trabalho pode ser denominada de estudo exploratório compreendendo as seguintes etapas:

a) Pesquisa documental – Realizada a partir de fontes secundárias de informação, por meio de levantamento bibliográfico dos autores que trabalham esta problemática a fim de obter informações relevantes para o embasamento da construção do referencial teórico de análise (sendo o processo de revisão de literatura bastante árduo, devido a escassez de estudos sobre este tema). E a partir da análise de documentos, feita nos prontuários dos pacientes do Programa de Atendimento ao Alcoolismo do Hospital Universitário de Brasília.

A coleta das informações foi realizada a partir de uma amostra composta por 60 prontuários de pacientes do PAA que apresentavam problemas decorrentes apenas do consumo do álcool (sem a interferência do uso de outras drogas), e que foram atendidos no período de março a outubro de 2007. Nestes foram analisados os questionários utilizados nas entrevistas de acolhimento e triagem e os relatórios feitos durante o processo de acolhimento.

b) Tabulação e análise quanti-qualitativa dos dados

Na análise quantitativa foram analisados os dados dos pacientes contidos nos questionários padronizados de acolhimento e triagem do PAA, a partir do qual, foram estabelecidas as seguintes categorias de análise:

- Idade;
- Sexo;
- Tipo de encaminhamento;
- Estado civil;
- Número de filhos;
- Aspectos funcionais;
- Incidência de discussões familiares.

Na análise qualitativa foram analisados os relatos dos pacientes durante as entrevistas de acolhimento e triagem anotados na folha de evolução do prontuário pelo assistente social, englobando as seguintes categorias de análise:

- Os principais fatores citados pelos pacientes que os impulsionaram a buscar tratamento;
- Os problemas mais freqüentes relacionados ao consumo do álcool citados pelos pacientes durante o atendimento.

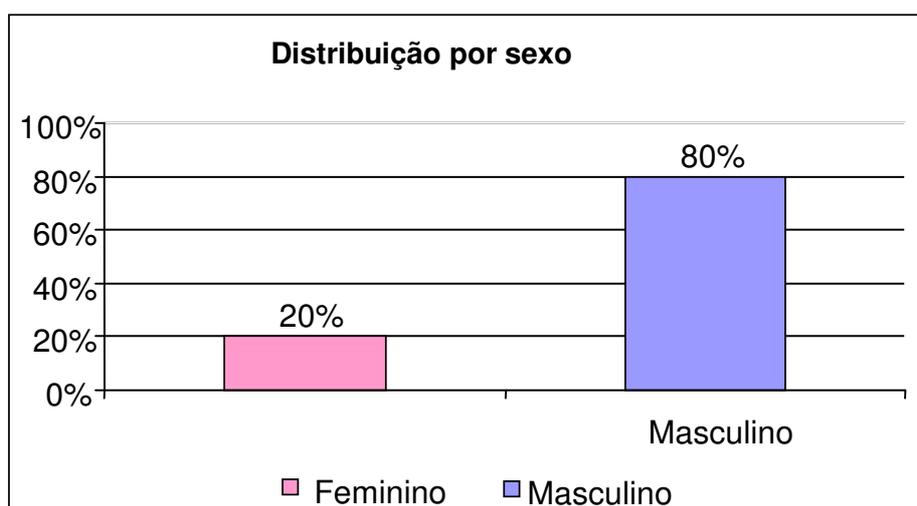
5.2 Análise Quantitativa

CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES



No que se refere a faixa etária, observa-se que há uma predominância de adultos com mais de 30 anos de idade (83%) em relação ao percentual de jovens de até 30 anos de idade (17%). O que coincide com o resultado de outros estudos.

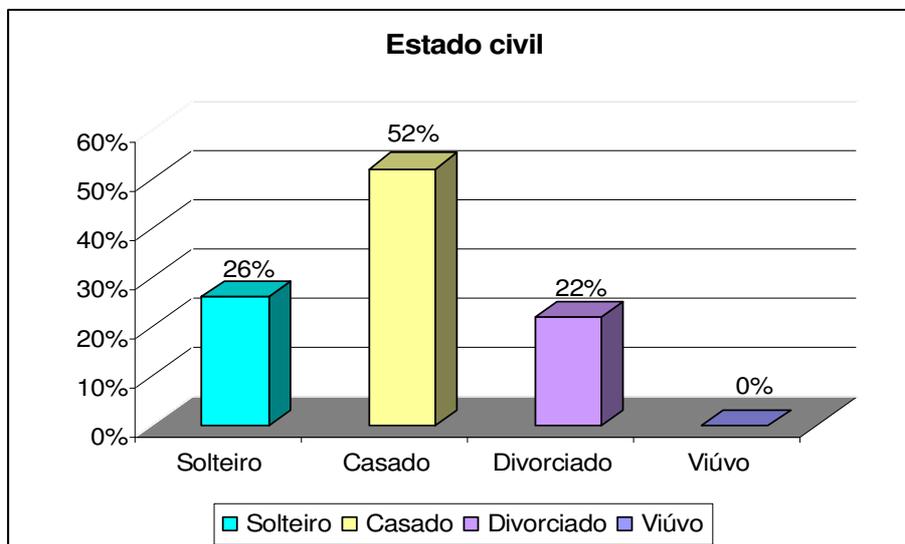
Segundo Lima (1997) o grupo etário mais atingido pela dependência do álcool são pessoas com idade entre 35 e 54 anos. Embora o início do consumo ocorra geralmente na adolescência, essa parece ser a faixa etária em que os problemas de abuso/dependência ficam mais evidentes.



Em relação à distribuição por sexo, verifica-se uma grande predominância dos pacientes do sexo masculino (80%) em relação ao feminino (20%). Essa frequência maior da dependência e do abuso do álcool entre os homens costuma ser encontrada nos estudos epidemiológicos e pode estar relacionada a fatores

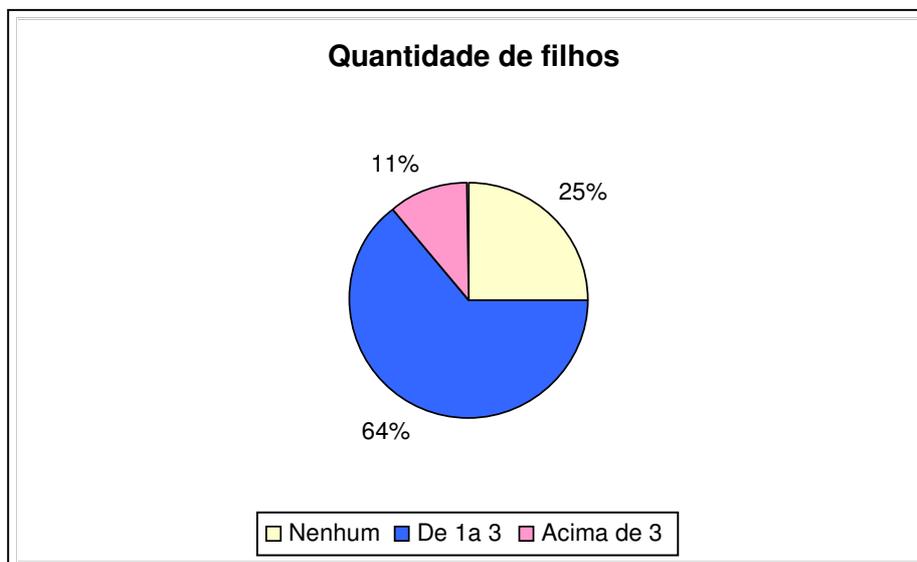
socioculturais que impõem padrões morais mais rígidos para as mulheres, limitando o consumo de bebida das mesmas (NÓBREGA, 1996).

Nos últimos anos, observa-se um aumento no número de mulheres que procuram tratamento para os problemas referentes ao consumo de bebida alcoólica refletindo assim, mudanças nos padrões socioculturais.



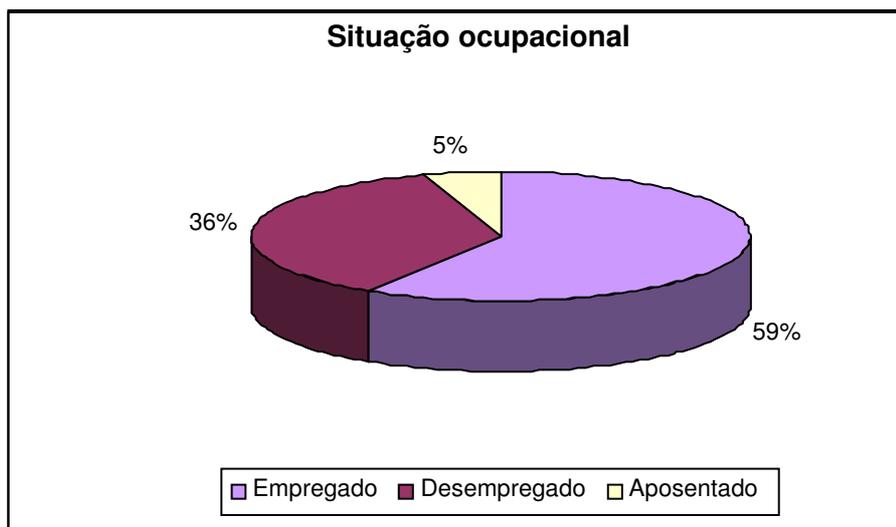
Nota-se em relação ao estado civil, uma prevalência no número de pacientes casados (52%), sendo que esta categoria engloba também as uniões informais. O percentual de solteiros corresponde a 26%, e o de divorciados (22%).

Para Block (1991), o cônjuge pode representar um dos fatores mais importantes tanto no diagnóstico quanto na motivação do paciente para o tratamento. Por isso, é importante que o cônjuge participe do tratamento para compreender melhor a situação familiar e estabelecer estratégias para contribuir no processo de mudança.

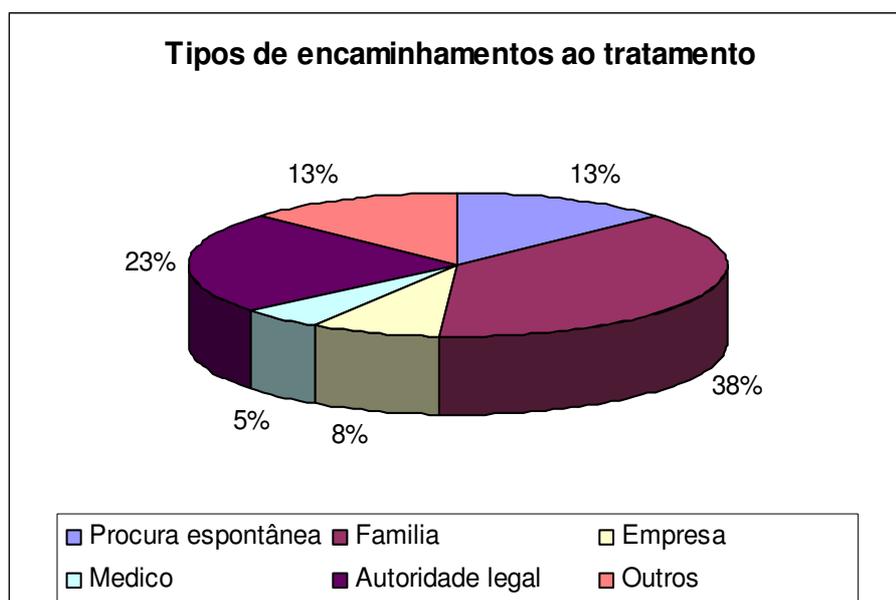


Identifica-se uma predominância de 75% no número de pacientes que possuem filhos, o que pode representar um importante fator motivacional para estes buscarem o tratamento. Sabe-se que o uso de drogas afeta intensamente a família, e que as pessoas mais atingidas são os cônjuges, os filhos e os pais.

Os problemas relacionados ao alcoolismo sejam qual for o grau ou natureza resultam em uma “má atmosfera” em casa, prejudicando o núcleo do que a vida familiar deveria oferecer a uma criança (EDWARDS, 1999).



Constata-se que há uma maior prevalência de pacientes empregados 59%, sendo um número significativo destes sem vínculos formais e contínuos de trabalho. Os desempregados representam 36%, e o percentual de aposentados corresponde a 5%. A instabilidade no emprego e o desemprego são problemas comuns para os dependentes de álcool (KNOTT; FINK; MORGAN, 1991).

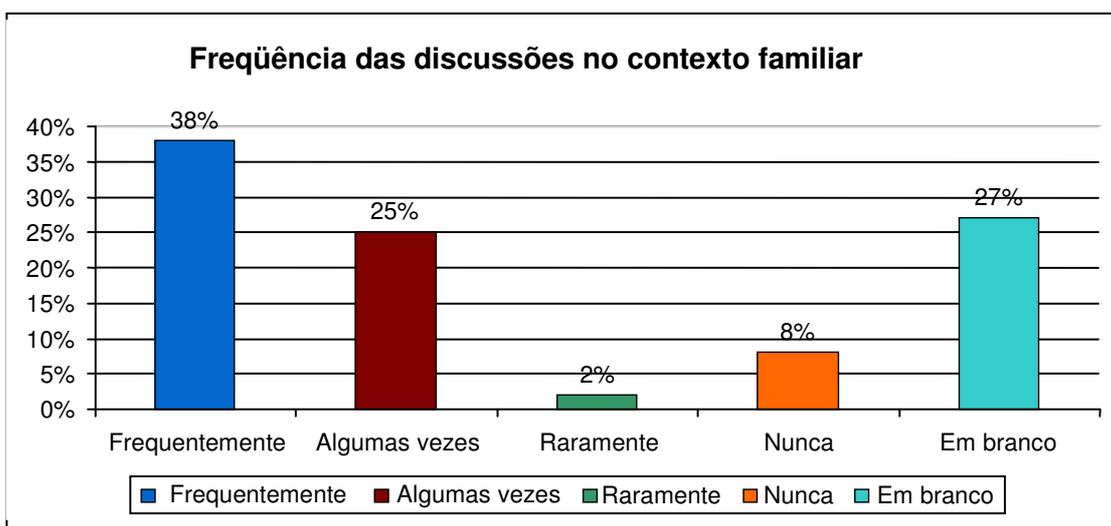


Verifica-se predominância no número de encaminhamentos feitos pela família do paciente (38%) o que a destaca como importante fator mobilizador para manifestar o pedido de ajuda, bem como para suscitar mudanças na dinâmica familiar. Os encaminhamentos dos pacientes feitos por determinação judicial representam 23%. Em seguida, aparecem os encaminhamentos feitos por outros (13%) que inclui profissionais como: assistentes sociais, psicólogos e por indicação de amigos. A mesma proporção foi encontrada nos encaminhamentos referentes à procura espontânea do paciente. Os encaminhamentos feitos pelo local de trabalho representam 08% e os realizados pelos médicos corresponderam a apenas 05% dos casos analisados.

Tais dados confirmam a hipótese de que apesar dos médicos geralmente alertarem aos pacientes acerca dos danos que o consumo do álcool provoca na saúde, estes na maioria das vezes só procuram se tratar quando o nível de comprometimento se intensifica.

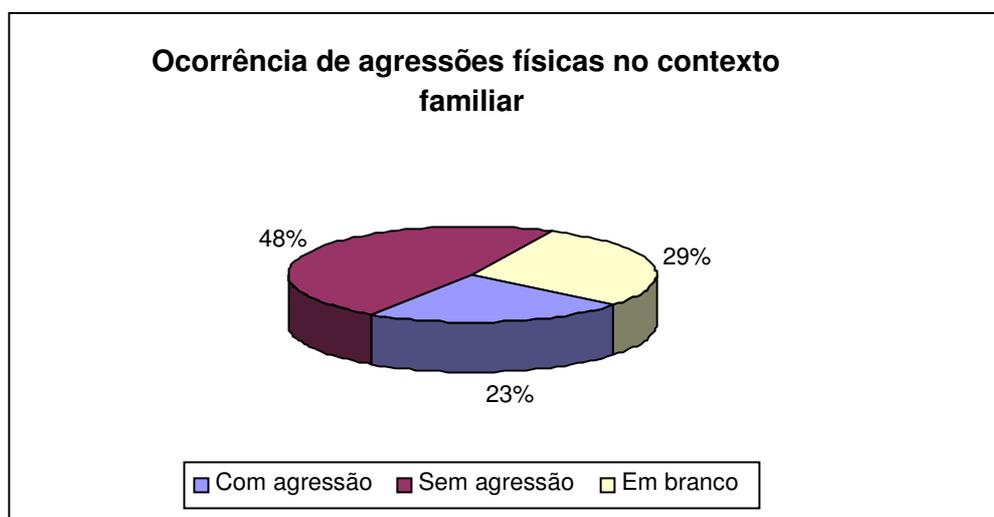
A dependência do álcool afeta todos os membros da família, o que pode levar à ruptura e deterioração dos relacionamentos dentro das famílias nuclear e de origem. As atitudes dos membros da família em termos de lidar com os sentimentos pessoais de culpa, raiva e ressentimento e de desenvolver uma disposição para estabelecer limites de tolerância ao comportamento do usuário de álcool, podem ocasionar uma “crise de família” que freqüentemente motiva o paciente em relação à fase inicial do tratamento (KNOTT; FINK; MORGAN, 1991).

No que se refere aos encaminhamentos realizados pelo judiciário, os atos infracionais mais freqüentes observados nos relatórios que constam nos prontuários englobam os casos de negligência com os filhos e de violência contra a mulher. Ao reconhecer a existência de problemas relacionados ao consumo do álcool, o judiciário pode determinar o tratamento como uma medida alternativa a uma sentença punitiva ou como complementar à sentença imposta. Essas medidas possibilitam o acesso ao tratamento de uma forma que dificilmente ocorreria espontaneamente.



Em relação às discussões ocorridas no ambiente familiar ligadas ao consumo do álcool, 38% afirmam que discutem com os familiares freqüentemente, outros 25% relatam que discutem ocasionalmente. O percentual de 08% diz respeito a aqueles que nunca discutem. Este percentual sugere uma reflexão acerca da relação causa e efeito do consumo de álcool e violência no ambiente familiar. O item sem resposta (28%) corresponde ao número de pacientes que não responderam a esta questão pelo fato de não terem concluído o processo de acolhimento.

Conforme expressa Dualib (2006) as famílias que contam com um membro dependente de álcool geralmente estão sujeitas à violência, a perda de coesão, a muita tensão e dificuldades nas interações sociais.



Constata-se que a maioria dos pacientes (48%), afirmam não ocorrer agressões físicas no ambiente familiar e 23% admitem a ocorrência desse tipo de violência, que geralmente se referem aos casos de agressões contra os cônjuges. Infere-se que esses dados podem estar subdimensionados pelo fato de alguns pacientes apresentarem dificuldades para relatar esta informação devido à influência dos mecanismos de negação e de minimização. Nos atendimentos familiares é comum os cônjuges (ou outros parentes) relatarem o aumento do comportamento agressivo destes, sob o efeito do álcool. Os familiares costumam relatar que são “excelentes pessoas quando não bebem, e que se transformam após ingerir a bebida”.

Principais problemas relacionados ao uso do álcool citados pelos pacientes	Número de casos	Percentual
Familiares e conjugais	47	78,3%
No trabalho	31	52,3%
Saúde	20	33,3%
Psicológicos	08	13,3%
Outros problemas	11	18,3%

Os principais problemas relacionados ao consumo do álcool citados pelos pacientes durante as entrevistas de acolhimento são: os problemas no relacionamento familiar e conjugal (78%), na vida profissional (52%), na saúde (33%), psicológicos (13%) e 18% relataram outros problemas como: dificuldades financeiras, desmotivação e dificuldades interpessoais. Infere-se que o percentual de pacientes que apresentam problemas psicológicos (a depressão é o principal) pode ser maior do que estes relatam, pois muitos não se sentem à vontade para falar sobre essas questões nos primeiros atendimentos e apresentam dificuldades para reconhecer e verbalizar seus problemas psíquicos.

Embora a motivação interna por parte do paciente seja importante, os fatores externos motivadores são necessários para superar a negação e a ambivalência que são bastante comuns entre os pacientes (KNOTT; FINK; MORGAN, 1991). Por isso, esses fatores são úteis para motivarem o paciente a iniciar o tratamento, como os problemas citados anteriormente. Entre esses, os que mais se destacam são os conflitos familiares e as dificuldades no trabalho. Geralmente as famílias são as primeiras a perceberem quando o padrão de consumo do álcool dos seus membros está excessivo (BLOCK, 1991).

O desempenho prejudicado no ambiente de trabalho, e o risco de perder o emprego podem ser fortes determinantes no compromisso do paciente com a fase inicial do tratamento, principalmente, nos casos em que o paciente for encaminhado pela empresa ou instituição que tenham uma política de reabilitação, conforme expressam KNOTT; FINK; MORGAN (1991).

5.3 Análise qualitativa

Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo nos relatos apresentados abaixo, sendo estes coletados nas folhas de evolução de oito prontuários usados na pesquisa quantitativa. A seleção desses prontuários baseou-se no critério de frequência dos problemas apresentados pelo consumo de bebida alcóolica. Esses relatos foram transcritos dos relatórios feitos pelos assistentes sociais durante o processo de acolhimento realizado entre os meses de março e outubro de 2007. Priorizou-se as falas dos sujeitos em relação à sua percepção dos problemas relacionados ao consumo do álcool, bem como as questões mais recorrentes relativas aos fatores que os impulsionaram a buscar tratamento. Adotou-se nomes fictícios para preservar o sigilo dos participantes.

- Sérgio, 26 anos, relatou que resolveu se tratar porque percebeu que estava bebendo em excesso, o que vem trazendo-lhe muitos prejuízos nos seus

relacionamentos afetivos, no trabalho e financeiros. Revela que perdeu três namoradas por causa da bebida, e a última lhe incentivou a procurar tratamento. Conta que mora com a mãe e têm uma relação permeada por conflitos, muitos relacionados ao consumo do álcool. Atualmente trabalha como vigilante e diz que já perdeu um emprego devido à ingestão excessiva do álcool.

- Carlos, 35 anos, demonstra-se bastante abatido devido à abstinência do álcool em que se encontra há dois dias. Reconhece que o consumo do álcool está lhe prejudicando muito e que precisa se tratar. Descreve os desagradáveis sintomas de Síndrome de Abstinência do Álcool: insônia, náuseas e irritação, também se queixa de dor nas pernas. Fala sobre os prejuízos relacionados ao consumo do álcool: na saúde, no relacionamento familiar e principalmente no trabalho. Relata que se encontra sem trabalhar como pintor, há um ano devido à perda da coordenação motora. Revela que já se divorciou duas vezes e que uma delas foi devido ao consumo do álcool.
- Alfredo, 40 anos, compareceu ao PAA por sugestão da sua esposa “ela tomou a iniciativa de marcar o atendimento e eu aceitei” (Sic). Assume que precisa interromper a ingestão do álcool e que necessita de ajuda, pois não consegue parar sozinho. Reconhece os problemas que o consumo excessivo do álcool vem lhe trazendo na vida familiar, na saúde e no trabalho. Conta que está desempregado há cinco meses, “trabalhava como vigilante e perdi o emprego por causa da bebida” (Sic).
- Roberto, 49 anos, foi encaminhado ao PAA pela assistente social do seu local de trabalho. Fala sobre os avanços e recaídas que teve nos tratamentos que fez para interromper o consumo do álcool. Relata que “a primeira vez que resolveu parar de beber foi porque estava preocupado com o filho que estava vivendo num ambiente familiar conturbado, pois nessa época eu e minha esposa bebíamos bastante e brigávamos muito” (Sic). Conta que após sua decisão conseguiu ficar dois anos em abstinência do álcool, mas sua esposa continuou bebendo. Então ela separou-se dele, o que lhe fez sofrer muito e acabou recaindo. Conta que está afastado do trabalho há 08 meses devido ao tratamento e que deseja voltar a trabalhar.
- Regina, 33 anos, compareceu ao PAA acompanhada da mãe, encaminhada por sugestão do seu esposo. Relata que parou de beber recentemente e que apresentou fortes sintomas de Síndrome de Abstinência: nervosismo, insônia e convulsões. Conta que aumentou o consumo do álcool há um ano, devido aos problemas que tinha e a depressão. Sua mãe conta que ela costumava sumir durante dias deixando-lhe muito preocupada, e que não estava cuidando da casa e dos filhos. “As meninas mais velhas foram morar comigo, e o menino que ficou

morando com eles apresenta-se muito nervoso devido aos problemas familiares. Ela briga muito com o marido, o problema dela afeta toda a família” (Sic).

- Pedro, 56 anos, foi encaminhado ao PAA por indicação de uma psicóloga. Diz que resolveu iniciar um tratamento devido aos problemas que a ingestão excessiva do álcool estavam lhe acarretando no trabalho, no relacionamento familiar e na saúde. Relata que atualmente está há 17 dias em abstinência do álcool e vem apresentando dificuldades de memorização, e que quando bebia tinha apagamentos. Conta que “já bateu o carro duas vezes por estar dirigindo embriagado e que assediou uma mulher, quase respondeu processo. Trabalha como vigilante e foi afastado do emprego há 03 semanas sem previsão de voltar” (Sic).
- Fernando, 26 anos, compareceu ao PAA encaminhado pelo Judiciário. Relata que sua companheira o denunciou após desentendimento com agressão física junto a filha dela. “Ela partiu pra cima de mim com a faca e eu me defendi” (Sic). Revela que todos tinham ingerido álcool antes do ocorrido. Diz que costuma beber uns três dias na semana, e não considera seu consumo do álcool excessivo.
- Alberto, 53 anos, foi encaminhado ao PAA pelo Juizado Especial Criminal. Nega acusação de agressão física por parte da sua companheira. E diz que não apresenta dependência do álcool “bebo apenas nos finais de semana” (Sic).

Observa-se que os pacientes Sérgio, Carlos, Alfredo, Roberto e Pedro relatam claramente que decidiram fazer o tratamento devido aos prejuízos que o consumo excessivo do álcool estavam lhe acarretando na vida familiar, profissional e na saúde.

Nos casos de Carlos, Alfredo e Pedro, verifica-se uma grande preocupação com as dificuldades no ambiente de trabalho, pelo medo do desemprego e de não conseguirem superar essa situação. Tal preocupação pode ser confirmada nas considerações de Edwards (1999) quando afirma que as situações de risco ocasionadas pelo beber excessivo no ambiente de trabalho são muitas e dispendiosas. Esse impacto não se limita a um nível de importância na hierarquia profissional, sendo que os problemas com a bebida são encontrados em todos os setores.

Nos casos representados por Roberto, Carlos, Sérgio, Alfredo e Regina percebe-se a prevalência de problemas ocasionados pela dependência do álcool nos relacionamentos afetivo conjugais. Alguns relataram a perda da esposa ou namorada, outros afirmaram que os parceiros os impulsionaram ou pressionaram para que procurassem tratamento. Nesse sentido, Maluf e Pires acrescentam que:

O uso indevido de drogas é um freqüente regulador das questões de proximidade e distância do casal que se forma. A dependência interfere com a formação de fronteiras tanto entre os parceiros quanto entre o casal e outras partes do sistema. O uso de drogas também distorce a formação de papéis e regras adequadas dentro do casamento. As seqüências interacionais que se formam em torno do uso indevido de drogas preparam o cenário para a incapacidade de resolver questões subseqüentes de diferenças, intimidade e poder. (MALUF; PIRES, 2006: 267).

O caso de Regina exemplifica as dificuldades que as mulheres dependentes do álcool apresentam: problemas psicológicos (principalmente a depressão), familiares e conjugais. Infere-se que entre os fatores que podem ter contribuído para sua vinda ao Programa para tratamento está a pressão feita pelos familiares.

De acordo com Griffith (1999, apud Vargas, 2002), entre homens e mulheres com beber problemático, há elevados índices de perturbação psiquiátrica associada. Porém, parece que a depressão seria mais freqüentemente diagnosticada em mulheres com problemas relacionados ao uso excessivo do álcool. Estas também apresentam maiores índices de transtornos de ansiedade e de disfunção psicosssexual. Observa-se ainda que a relação entre a vitimização na infância e o desenvolvimento de problemas com o álcool nas mulheres são bastante fortes, principalmente no que se refere à violência de pai para filha (FITZGERALD, apud VARGAS, 2002).

Nesse caso, se constata que Regina foi deixando de cumprir suas responsabilidades na família não cuidando da casa e aceitando que sua mãe levasse suas filhas para morar com ela, configurando-se uma situação de abandono e dificuldades no desempenho de papéis.

As falas de Roberto e de Regina ilustram o impacto provocado pela dependência do álcool nos filhos. Roberto relata que resolveu interromper o consumo de álcool pela primeira vez devido à preocupação com o filho que estava vivendo em um ambiente familiar conturbado, permeado por brigas constantes entre ele e a esposa, pois, ambos ingeriam álcool excessivamente. Já a mãe de Regina, menciona que o filho caçula continua morando com sua filha e apresenta-se nervoso devido aos problemas presentes no ambiente familiar em que as brigas entre os pais acontecem com freqüência.

Sabe-se que a dependência do álcool afeta uma das principais funções da vida familiar, a de garantir segurança afetiva e cuidados físicos às crianças, pois, o uso indevido de álcool por um dos pais ou irmãos, pode distorcer os papéis e processos familiares. Observa-se que a vergonha, a desconfiança, a tristeza, a raiva e a culpa são sentimentos presentes na dinâmica dessas famílias.

As descrições de Fernando e Alberto são exemplos referentes a pacientes que compareceram ao PAA encaminhados pelo Judiciário. Em ambos os casos aconteceram desentendimentos com agressão física. Fernando revela que todos tinham ingerido álcool antes do ocorrido, enquanto Alberto não deixa claro o que aconteceu e nega as acusações de agressões físicas por parte de sua companheira. Ambos afirmaram que não apresentam dependência do álcool. De acordo com Franch (2004) as mudanças de comportamento ocasionadas pelo consumo do álcool exarcebam elementos de conflitos presentes na socialização masculina, o que deriva em brigas pela honra, por lealdade, frustração ou, simplesmente como uma alternativa a mais para a diversão.

Considerações Finais

Apesar de o álcool ser uma substância psicoativa lícita, onde não só o uso social é considerado aceitável, como também o uso abusivo é estimulado em vários contextos, o seu uso inadequado acarreta muitas implicações na sociedade, conforme foi demonstrado nesse estudo, configurando-o como um dos principais problemas de saúde pública na atualidade.

A constatação de que tal uso tomou dimensão de grave problema de saúde pública no país se encontra em repercussão nos diversos segmentos da sociedade, pela relação comprovada entre o consumo e agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam. Diferentemente do tabaco, cujas conseqüências geralmente são referentes à saúde do usuário, o uso do álcool traz conseqüências mais abrangentes, que além de afetar a saúde física e mental, prejudica o bem-estar social do dependente. Essas conseqüências não se restringem apenas aos indivíduos que fazem uso excessivo do álcool, mas também a toda a sociedade. E quanto maior a elevação e a freqüência do consumo, mais grave serão os prejuízos relacionados ao consumo abusivo do álcool.

A dependência do álcool leva a deterioração da vida social do indivíduo, ao afetar a qualidade das suas relações interpessoais e o estilo de vida, podendo ocasionar problemas no ambiente familiar e de trabalho. Esses problemas apresentados pelos dependentes de álcool, na maioria das vezes os conduzem a um processo gradativo de fragilização da sua auto-estima e dos seus vínculos sociais.

O consumo abusivo do álcool além de afetar a convivência familiar e no ambiente de trabalho (principais problemas relatados pelos pacientes), leva a deterioração social podendo acarretar em marginalização, uma vez que, a dependência pode gerar dificuldades financeiras, e conseqüentemente a declinação do status socioeconômico.

Geralmente, os dependentes demoram a admitir os problemas decorrentes do uso do álcool e costumam usar mecanismos de negação e de minimização, sendo que estes acabam se tornando mecanismos de defesa para o reconhecimento da crescente falta de controle que apresentam. Na maioria das vezes, procuram resolver os problemas físicos antes de procurarem solucionar os problemas referentes ao padrão de uso do álcool e tardam a admitir que nesse pode estar a raiz dos seus problemas, reconhecendo com mais facilidade os prejuízos associados ao uso do que o fato do alcoolismo em si. O fato do consumo do álcool ser legitimado pela sociedade constitui-se como obstáculo para a conscientização do dependente acerca do seu

problema e do seu limite diante deste. O que reflete a dificuldade do dependente em lidar com as diferenças, pois acredita que poderá conseguir ingerir bebidas alcoólicas com moderação.

Nesse estudo comprovou-se que o dependente decide interromper o consumo do álcool quando não suporta os problemas graves decorrentes do seu beber excessivo, e que resolve iniciar o tratamento quando reconhece que precisa de ajuda para conseguir parar. Assim, percebe-se que o nível de motivação destes é determinado pelo que acontece na sua vida devido à ingestão do álcool e que os principais fatores que os impulsionaram a buscar o tratamento foram os problemas relacionados à vida social do paciente: os conflitos familiares, as dificuldades no trabalho, e os problemas judiciais.

Comumente as pesquisas enfocam os problemas físicos decorrentes do uso do álcool, sendo os danos sociais pouco evidenciados, o que pressupõe a necessidade destes serem estudados em maior profundidade. Assim, esse estudo procurou realizar uma análise das implicações sociais decorrentes do uso do álcool tanto para a sociedade, quanto para os usuários. Percebeu-se que a relação entre o uso do álcool e as situações de violência, comprova o aumento da exposição das pessoas a comportamentos de risco e principalmente que os problemas ocasionados pelo uso do álcool na vida social dos dependentes se constituem como importantes fatores motivacionais para a busca por tratamento. Assim, a análise da dimensão social é fundamental tanto na avaliação inicial quanto no trabalho de recuperação. Essa análise além de contribuir para a identificação do abuso ou dependência do álcool auxilia no diagnóstico, e constitui um importante elemento para o planejamento de estratégias de intervenção.

O fato de o assistente social ser um profissional habilitado para analisar e intervir nas expressões da questão social, o torna bastante capacitado em realizar a avaliação social do paciente e para o trabalho com a família destes. E que pode auxiliar na criação de espaços democráticos de acolhimento, reflexão e estímulo, que contribuam para a desconstrução das inúmeras formas de exclusão e de segregação social desses sujeitos.

Apesar de tantas conseqüências associadas ao seu consumo, conforme demonstrado nesse trabalho, o álcool esteve ausente das políticas públicas no Brasil por muito tempo, principalmente em relação à saúde pública. Somente nos últimos anos o consumo do álcool foi reconhecido como um problema grave de saúde pública pelo governo e incluído com maior ênfase nas políticas nacionais sobre drogas. Atribuiu-se a SENAD e ao Ministério da Saúde o desafio de assumir de modo integral

e articulado as funções de prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários de álcool e de outras drogas.

Recentemente, foi concedida uma maior ênfase à questão, com a aprovação da Política Nacional sobre o Álcool, onde foi reconhecida a necessidade de estabelecer um controle social sobre o consumo dessa substância para redução dos danos subseqüentes. Sendo que suas primeiras mudanças na legislação têm provocado atritos com a indústria de bebidas e com os comerciantes, que estão dificultando o cumprimento destas. Assim, observa-se a necessidade de fortalecimento dessa política, para que consiga resistir às pressões do mercado e que esteja atenta às complexidades culturais do problema.

Referências Bibliográficas

- ANDRADE, T. M; ESPINHEIRA, C. G. A. A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira. In: ANDRADE, T. M. (org.) O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais. **SUPERA** – Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Módulo 1. Brasília: SENAD, 2006.
- BERTOLETE, José Manuel. Problemas sociais relacionados ao consumo do álcool. In: RAMOS, Sérgio de Paula; BERTOLETE, José M. **Alcoolismo hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BISSEL, LeClair. Diagnóstico e reconhecimento. In: GITLOW, Stanley; PEYSER, Herbert S. **Alcoolismo: um guia prático de tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- BLOCK, Marvin A. Motivação do paciente alcoolista. In: GITLOW, Stanley; PEYSER, Herbert S. **Alcoolismo: um guia prático de tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e AIDS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- _____, Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional Sobre Drogas**. Secretaria Nacional Antidrogas, Gabinete de Segurança Institucional, Conselho Nacional Antidrogas – Conad. Brasília: SENAD, 2005.
- _____, Decreto nº 6.117, de 22 de Maio de 2007. Dispõe sobre a Política Nacional sobre o Álcool. **Lex**: Secretaria Nacional Antidrogas, Brasília, 2007.
- BOLETIM ACCA. Fechamento mais cedo de bares resulta em queda na taxa de homicídios em cidade brasileira. **Boletim eletrônico ACCA**, edição 122/23 nov/2007. Disponível em: <<http://www.propagandasembebida.org.br>>. Acesso em: 10 dez 2007.
- BUNING, Ernst. Discussão. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para os países em transição**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004.

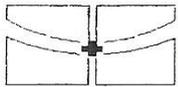
- CAMPANA, Ângelo Américo M. Álcool e empresas. In: GITLOW, Stanley; PEYSER, Herbert S. **Alcoolismo: um guia prático de tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- DUALIB, Cláudia. Acolhimento para familiares de dependentes: um olhar sistêmico no trabalho com famílias. In: In: SILVEIRA, Dartiu Xavier; MOREIRA, Fernanda Gonçalves. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- DELGADO, Pedro Gabriel, et al. Álcool e redução de danos: construção de uma política intersetorial efetiva. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para os países em transição**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004.
- DUARTE, Paulina Vieira. Avaliação social do dependente químico. In: BRASIL, Presidência da República. **Tratamento das Dependências Químicas – Aspectos Básicos**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2002.
- _____, Paulina Vieira. Redução de danos no ambiente de trabalho. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para os países em transição**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004.
- EDWARDS, Griffith. O alcoolismo e a família. In: EDWARDS, Griffith; MARSHALL, E.Jane; COOK, Christopher. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de saúde**. Porto alegre: Artes Médicas, 1999.
- _____, Griffith. Complicações sociais do beber excessivo. In: EDWARDS, Griffith; MARSHALL, E.Jane; COOK, Christopher. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de saúde**. Porto alegre: Artes Médicas, 1999.
- FALEIROS, Vicente de P. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1999.
- FENDER, Suely Aparecida. A importância do envolvimento de familiares no tratamento de dependentes de drogas: uma experiência do PROAD. In: SILVEIRA, Dartiu Xavier; GORGULHO, Mônica (Orgs). **Dependência compreensão e assistência as toxicomanias: Uma experiência do Proad**. São Paulo: Casa Do Psicólogo, 1996.
- FERNANDEZ, Francisco Alonso. **Los secretos Del alcoholismo: mujer, trabajo y juventud**. Madrid. Ediciones Libertárias, 1998.
- FOLHA DE SÃO PAULO. Senado libera a venda de bebidas alcoólicas em rodovias brasileiras. São Paulo, 20 de maio de 2008. **Folha Cotidiano**.
- _____. Câmara libera a venda de bebida alcoólica em trecho urbano de rodovias. São Paulo, 24 de Abril de 2008. **Folha Cotidiano**.

- FORMIGONI, Maria Lúcia; MONTEIRO, Maristela Goldanel. A etiologia do alcoolismo. In: RAMOS, Sérgio de Paula; BERTOLOTE, José M. **Alcoolismo hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- FRANCH, Mônica. Um brinde à vida: reflexões sobre violência, juventude e redução de danos no Brasil. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para os países em transição**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004.
- GORGULHO, Mônica. O papel da mídia na promoção do uso responsável de álcool. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para os países em transição**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004.
- KNOTT, David; FINK, Robert; MORGAN, Jack. Depois da desintoxicação – o papel do médico na fase inicial do tratamento. In: GITLOW, Stanley; PEYSER, Herbert S. **Alcoolismo: um guia prático de tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- LARANJEIRA, Ronaldo; DUALIBI, Sérgio. Políticas públicas relacionadas ao álcool. **Revista Saúde Pública**. Unidade de Pesquisa em Álcool e outras Drogas. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2007.
- LIMA, Mauricio Silva. Epidemiologia do Alcoolismo. In: RAMOS, Sérgio de Paula; BERTOLOTE, José M. **Alcoolismo hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- LOUREIRO, Cláudio; LACKS, Valéria. As peculiaridades do alcoolista e do dependente de drogas. In: BRASIL, Presidência da República. **Tratamento das Dependências Químicas – Aspectos Básicos**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2002.
- MALUF, Thaís Grace; PIRES, Eugênia Koutsantonis. Orientação familiar: uma perspectiva do ciclo de vida familiar. In: SILVEIRA, Dartiu Xavier; MOREIRA, Fernanda Gonçalves. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- MARSIGLIA, Regina Maria G. Orientações básicas para a pesquisa. In: MOTA, Ana Elizabete (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez Editora, 2006.
- MELCOP, Ana Glória Toledo. Vamos parar por aqui? Os desafios da abordagem de redução de danos nas violências no trânsito. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para os países em transição**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004.

- MINAYO, Maria Cecília de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.
- MORIHISA, Rogério S. Como diferenciar os tipos de uso e os sistemas classificatórios. In: BRASIL, Presidência da República. **Tratamento das Dependências Químicas – Aspectos Básicos**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2002.
- MOTTA, Cecília Maria; QUEIROZ, Eleny Ribeiro. Uma reflexão sobre o modelo de tratamento no PROAD. In: SILVEIRA, Dartiu Xavier; MOREIRA, Fernanda Gonçalves. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- NIEL, Marcelo; JULIÃO, Maria A. Prevenção no local de trabalho. In: SILVEIRA, Dartiu Xavier; MOREIRA, Fernanda Gonçalves. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- NOBRÉGA, Antônio Augusto. Alcoolismo. In: SILVEIRA, Dartiu Xavier; GORGULHO, Mônica (Orgs). **Dependência compreensão e assistência as toxicomanias: Uma experiência do Proad**. São Paulo: Casa Do Psicólogo, 1996.
- NOTO, Ana Regina; FORMIGONI, Maria Lúcia O. A evolução sócio-cultural do conceito de dependência. In: BRASIL, Presidência da República. **Tratamento das Dependências Químicas – Aspectos Básicos**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2002.
- OLIVEIRA, Claudete J. O enfrentamento da dependência do álcool e outras drogas elo estado brasileiro. In: BRAVO, Maria Inês S. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Uerj, 2004.
- OLIVEIRA, Saulo Viana. Pesquisa social. In: **O Genograma como instrumental estratégico do Serviço Social no Programa de Atendimento ao Alcoolismo do Hospital Universitário de Brasília**. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- ON, Maria Lúcia Rodrigues. O Serviço Social e a perspectiva interdisciplinar. In: MARTINELLI, Maria Lúcia; MUCHAIL, Salma Tannus (Orgs). **O uno e o múltiplo nas relações entre a área do saber**. São Paulo: Cortez, 1998.
- OSIATYNSKA, Ewa. Álcool e saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para os países em transição**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004.

- QUAGLIA, Giovanna. A anamnese, o exame psíquico e o exame físico do dependente. In: BRASIL, Presidência da República. **Tratamento das Dependências Químicas** – Aspectos Básicos. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2002.
- RAMOS, Sérgio de Paula; PIRES, Maria Emília F. A família alcoólica e seu tratamento. In: RAMOS, Sérgio de Paula; BERTOLOTE, José M. **Alcoolismo hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- SILVEIRA, Dartiu Xavier; GORGULHO, Mônica (Orgs). **Dependência compreensão e assistência as toxicomanias**: Uma experiência do Proad. São Paulo: Casa Do Psicólogo, 1996.
- STRONACH, Bill. Álcool e redução de danos. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Álcool e redução de danos**: uma abordagem inovadora para os países em transição. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004. .
- SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS – SENAD. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005 / E. A. Carlini (supervisão) - São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.
- SUDBRACK, Maria Fátima. Abordagem interdisciplinar no tratamento de dependentes de drogas. In: BRASIL, Presidência da República. **Tratamento das Dependências Químicas** – Aspectos Básicos. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2002.
- VARGAS, Cláudia Regina M. **Semelhanças na Vida de Mulheres em Situação de Abuso ou Dependência de Álcool**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2002.
- _____, Cláudia Regina M. **Relatório do trabalho do assistente social**. Programa de Atendimento ao Alcoolismo. Hospital Universitário de Brasília – HUB. Relatório. Brasília, 2007.

Anexos



Hospital Universitário de Brasília
Programa de Atendimento ao Alcoolismo
Avaliação Inicial - Acolhimento e Triagem, Avaliação Psicológica e Avaliação Clínica

Acolhimento e Triagem

Identificação

Registro:

Data / /

Nome _____

Idade

SEXO: 1-Masculino 2-Feminino

Cor: 1- Branca 2- Preta 3- Parda 4- Amarela

Endereço _____

UF

Local:

1-Brasília 2-Brazlândia 3-Candangolândia 4-Ceilândia 5-Cruzeiro 6-Gama 7-Guará 8-Lago Norte 9-Lago Sul 10-Núcleo Bandeirante
11-Paranoá 12-Planaltina 13-Recanto das Emas 14-Riacho Fundo 15-Sambambaia 16-Santa Maria 17-São Sebastião 18-Sobradinho
19-Taguatinga 20-Outros: _____

Telefone _____

CEP -

Naturalidade _____

UF

Tipo de Encaminhamento ao Programa: 1-Procura Espontânea 2-Família 3-Empresa 4-Médico 5-Amigos 6-Autoridade Legal
7-Outros.: _____

Estado Civil: 1-Solteiro 2-Casado 3-Divorciado / Separado 4-Viúvo

Nome do Cônjuge _____

Idade:

Tem Filhos: 1- Sim 2- Não

Número de Filhos:

Moradia

Tempo no DF: anos ou meses (se o tempo for menor ou igual a 1 ano, preencher o campo seguinte)

Procedência _____

UF

Com quem reside: 1-Sozinho 2-Familiares 3-Amigos 4-Outros: _____

Tipo: 1-Casa 2-Barraco 3-Apartamento 4-Casa de fundos 5- Outros: _____

Propriedade: 1-Própria 2-Alugada 3-Cedida

Religião Tipo 1-Católica 2-Espírita 3-Afro-Brasileira 4-Evangélica (especificar a Igreja: _____) 5-Não tem
6-Outras: _____

Praticante: 1-Sim 2-Não 3-Afastado temporariamente

Grau de Escolaridade

1-Analfabeto 2-1ºGrau incompleto 3-1ºGrau completo 4-2ºGrau incompleto
5-2ºGrau completo 6-Superior incompleto 7-Superior completo 8-Pós graduado

Trabalho Profissão _____

Atividade atual _____

Empregado

Autônomo

Desempregado

Aposentado

Tempo em que está na situação indicada: anos ou meses ou dias

Local de trabalho _____

Tempo de afastamento do trabalho _____

Motivo _____

Horário de trabalho: 1-Tempo integral 2-Turno da manhã 3- Turno da tarde 4-Turno da noite 5- Revezamento/escala

Faltas ao trabalho no último semestre: Informe o número de faltas. (Use Zero para nenhuma falta e NS para "não sabe")

Desentendimentos: Colegas de trabalho 1-Sim 2-Não

Chefe 1-Sim 2-Não

Renda (salários mínimos):

1-Menos de um 2- Um 3-Dois a três 4-Quatro a cinco
5-Seis a sete 6- Oito a nove 7- Dez e acima 8-Não tem 9-Não sabe

Renda familiar (salários mínimos):

1-Menos de um 2- Um 3-Dois a três 4-Quatro a cinco
5-Seis a sete 6- Oito a nove 7- Dez e acima 8-Não tem 9-Não sabe

História do Consumo do Alcool

Idade do primeiro contato com a bebida: anos

Idade do início do consumo: anos

Tempo que faz uso (Idade atual-Idade do início do consumo): anos

Razões para o uso: 1-Prazer 2-Lidar com situações 3- Ambas (1 e 2) 4-Não sabe 5- Outros: _____

Situação de uso no início do consumo: 1- Sozinho 2- Com amigos 3- Com familiares 4- Não sabe 5- Outros: _____

Bebidas que usava habitualmente:

Tipo	Quantidade (dose, lata, copo ou garrafa)	Frequência (dia, semana, mês ou ano)
Destilados (cachaça, conhaque e vodka)		
Cerveja		
Vinho		
Outras...		
Não sabe		

Padrão do consumo inicial: 1- Ingestão diária de grandes quantidades 2- Ingestão diária controlada 3- Grandes ingestões de finais de semana
4- Ingestão controlada de finais de semana 5- Longo período de sobriedade intercalados com períodos de grandes
ingestões 6- Outros: _____

Consumo Atual do Alcool

A quantidade que bebe atualmente comparada ao consumo inicial: 1- Aumentou 2- Permanece a mesma 3- Diminuiu

Tempo decorrido na mudança: 1- Seis meses 2- Um a dois anos 3- Três a quatro anos 4- Cinco a seis anos
5- Sete a oito anos 6- Nove a dez anos 7- Mais de onze anos 8- Não sabe

Relacione com algumas situações de vida: 1- Nascimento do primeiro filho 2- Falecimento de pessoa importante 3- Desemprego
4- Casamento 5- Separação 6- Acidentes 7- Não relaciona
8- Outras: _____

Razões para o uso: 1-Prazer 2-Lidar com situações 3- Ambas (1 e 2) 4-Não sabe 5- Outros: _____

Situação de uso: 1- Sozinho 2- Com amigos 3- Com familiares 4- Não sabe 5- Outros: _____

Bebidas que usa atualmente:

Tipo	Quantidade (dose, lata, copo ou garrafa)	Frequência (dia, semana, mês ou ano)
Destilados (cachaça, conhaque e vodka)		
Cerveja		
Vinho		
Outras...		
Não sabe		

Padrão do consumo atual: 1- Ingestão diária de grandes quantidades 2- Ingestão diária controlada 3- Grandes ingestões de finais de semana
4- Ingestão controlada de finais de semana 5- Longo período de sobriedade intercalados com períodos de grandes
ingestões 6- Outros: _____

Características do consumo de álcool

Costuma beber pela manhã para aliviar o mal estar? 1- Sim 2- Não

Já parou de beber alguma vez? 1- Sim 2- Não 3- Várias vezes

Quanto tempo ficou em abstinência? (Indique o maior período relatado)

1-Uma semana a quinze dias 2-Quinze dias a um mês 3-Dois a três meses
4-Quatro meses a um ano 5-De um a dois anos 6-De três a quatro anos
7-Mais de quatro anos 8- Não sabe

Teve acompanhamento médico? 1- Sim 2- Não

Encontra-se atualmente em abstinência? 1- Sim 2- Não

Há quanto tempo está em abstinência? meses ou dias

O que sentiu quando parou de beber?

- Tremores

- Pesadelo

- Náuseas

- Alucinações visuais

- Insônia

- Convulsão

- Irritação

- Alucinações auditivas

- Sudorese

- Vômitos

- Outros: _____

Gravidade destes sintomas: 1-Leves 2-Moderados 3-Graves

Tem apagamentos? 1- Sim 2- Não 3-Não sabe

Tem crise convulsiva quando alcoolizado? 1- Sim 2- Não 3-Não sabe

Sofreu algum acidente grave? 1- Sim 2- Não

Acontecem discussões com a família? 1-Frequentemente 2- Algumas vezes 3- Raramente 4-Nunca

Nestas discussões acontecem agressões físicas? 1- Sim 2- Não

Há brigas com vizinhos ou amigos? 1-Frequentemente 2- Algumas vezes 3- Raramente 4-Nunca

Já teve problemas com a Justiça? 1- Sim 2- Não

Responde processo na Justiça? 1-Sim 2-Não

Já foi detido? 1-Sim 2- Não

Quais as atividades de lazer: 1- Festas 2- Passeios 3- Clubes 4- Bares 5- Televisão 6- Não tem 7-Outros: _____

Com quem você realiza suas atividades de lazer? 1- Sozinho 2- Com a família 3- Com amigos 4-Outros: _____

História de Tratamentos

Fez ou faz algum tipo de tratamento? 1- Sim 2- Não

Tipos:

	Período	Local	Duração	Resultado*
Alcoólicos Anônimos				
Psicoterapia				
Religioso				
Psiquiátrico				
Atend.de Emergência				
Internação Longa				
Internação Curta				
Outros				
Não sabe				

* Use as siglas: E=Êxito, MS=Melhora Significativa, SM=Sem Melhora, P=Piorou, NS=Não Sabe

Expectativa em Relação ao Tratamento

Expectativa para o tratamento atual: 1-Abstinência total 2-Abstinência parcial 3-Nenhuma

Tem consciência do problema? 1- Sim 2- Não 3- Em parte

Tem motivação para o programa? 1- Sim 2- Não. 3- Em parte

Deseja a participação da família no tratamento? 1- Sim 2- Não 3- Por enquanto não 4- Depende da família 5-Indiferente

Membro da família convidado: _____

Grau de parentesco: 1-Cônjuge 2-Irmão 3-Pai 4-Mãe 5-Filho 6-Não tem 7-Outros: _____

Profissional: _____