

**LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**ANA CRISTINA MANINHO VALENÇA E SILVA**  
**JOSÉ RIBAMAR SANTOS BOMFIM**  
**SURAMA MARIA FERREIRA DA SILVA**

**CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL ATENDIDOS NO CAPS II DO**  
**MUNICÍPIO DE BARRA DO CORDA - MA**

São Luís  
2008

**ANA CRISTINA MANINHO VALENÇA E SILVA  
JOSÉ RIBAMAR SANTOS BOMFIM  
SURAMA MARIA FERREIRA DA SILVA**

**CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL ATENDIDOS NO CAPS II DO  
MUNICÍPIO DE BARRA DO CORDA - MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do LABORO - Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título em Especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Profa. Mestre Janete Valois Ferreira Serra

São Luís

2008

Silva, Ana Cristina Maninho Valença e.

Caracterização dos usuários de álcool atendidos no CAPS II do município de Barra do Corda - MA. Ana Cristina Maninho Valença e Silva; José Ribamar Santos Bomfim; Surama Maria Ferreira da Silva. - São Luís, 2008.

43f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde Mental) – Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2008.

1. Alcoolismo. 2. CAPS. 3. Saúde mental. I. Título.

CDU 613.86

**ANA CRISTINA MANINHO VALENÇA E SILVA  
JOSÉ RIBAMAR SANTOS BOMFIM  
SURAMA MARIA FERREIRA DA SILVA**

**CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL ATENDIDOS NO CAPS II DO  
MUNICÍPIO DE BARRA DO CORDA - MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental do LABORO – Excelência em Pós- Graduação/Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Aprovado em:     /     /

BANCA EXAMINADORA

---

**Profa. Janete Valois Ferreira Serra** (Orientadora)

Mestre em Psicologia Social

Universidade Estadual do Rio de Janeiro

---

**Profa. Sônia Maria Ferreira da Silva Serra**

Especialista em Saúde Pública

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) - Fiocruz

Aos nossos pais, filhos e companheiros  
pelo incentivo e dedicação que nos vem  
prestando no decorrer da vida.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por nos dar sabedoria para vencer os obstáculos presentes nesta jornada e pelas conquistas alcançadas ao longo da vida.

A Profa. Mestre Janete Valois Ferreira Serra, pelo apoio sempre presente.

A Sônia Maria Ferreira da Silva Serra por seu olhar, carinho e dedicação, sem você este trabalho não existiria.

Aos usuários de álcool atendidos no CAPS de Barra do Corda - MA por terem confiado e compartilhado suas dores e esperanças conosco.

*“O beber começa como um ato de liberdade, caminha para o hábito e finalmente afunda na necessidade”.*

*Benjamin Rush, 1790*

## RESUMO

O alcoolismo acontece desde a antiguidade na vida dos seres humanos e tem sido tema bastante difundido na atualidade em decorrência das conseqüências do seu uso. O presente estudo busca caracterizar os usuários com diagnóstico de alcoolismo cadastrados no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial de Barra do Corda – MA visando conhecer a realidade das pessoas que apresentam problemas devido o uso abusivo de álcool. Trata-se de estudo descritivo com abordagem quantitativa realizada com usuários de álcool. Os resultados apontam para uma prevalência do sexo masculino (100%), renda familiar de 01 a 02 Salários mínimos (41%), lavradores em sua maioria (33%) dos quais 41% são solteiros, com ensino fundamental incompleto (42%) e 48% estão desempregados. Apresentaram dificuldade em conceituar alcoolismo e o início do uso de álcool prevaleceu na adolescência com maior incentivo de amigos onde se percebeu a existência de participantes que consomem álcool há aproximadamente 20 anos (42%) e 90% mencionam antecedentes familiares com história de consumo abusivo de álcool. Os locais de consumo mais freqüentes são os bares (39%) e casa de amigos (21%) e 77% já haviam feito uso de outras drogas: sendo o tabaco (34%) a droga mais citada. O principal motivo para início do acompanhamento no CAPS foi o surgimento de doença (transtorno mental), mas o abandono ao tratamento ocorreu em 53% dos participantes. As conseqüências mais relatadas foram: físicas (derrame), psicológicas (tristeza) e sociais (brigas). Conclui-se que a questão do alcoolismo exige a continuidade de estudos e a necessidade de medidas educativas e de prevenção mais efetivas no município de Barra do Corda .

Palavras - chave: Alcoolismo. CAPS. Saúde Mental.

## ABSTRACT

The case alcoholism since antiquity in the lives of human beings and has been fairly widespread issue at present as a result of the consequences of their use. This study seeks to characterize the users with a diagnosis of alcoholism registered in CAPS - Center for Psychosocial Care of Barra do Corda - MA seeking to know the reality of people who have problems because the abuse of alcohol. This is a descriptive study with quantitative approach taken with users of alcohol. The results indicate a prevalence of male (100%), family income of 01 to 02 minimum wages (41%), mostly farmers (33%) which 41% are unmarried, with incomplete primary education (42%) and 48% are unemployed. They have difficulty in conceituar alcoholism and the start of alcohol use among adolescents prevailed with greater encouragement of friends where they realized that there are participants who consume alcohol there are approximately 20 years (42%) and 90% mention family history with a history of heavy alcohol consumption. The local consumption are the most frequent bars (39%) and home of friends (21%) and 77% had made use of other drugs: being tobacco (34%) said the drug more. The main reason to start monitoring in CAPS was the emergence of disease (mental disorder), but abandoning the treatment occurred in 53% of the participants. The consequences were reported more: physical (spill), psychological (sadness) and social (fights). It follows that the issue of alcoholism requires the continuation of studies and the need for educational measures and prevention more effective in the city of Barra do Corda.

Key - Words: Alcoholism. CAPS. Mental Health.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição percentual dos 19 entrevistados no CAPS II segundo estado civil. Barra do Corda - MA, 2008.....	20
Gráfico 2 -	Distribuição percentual dos 19 entrevistados no CAPS II segundo a escolaridade. Barra do Corda - MA, 2008.....	21
Gráfico 3 -	Distribuição percentual dos 19 entrevistados no CAPS II segundo ocupação e renda familiar. Barra do Corda - MA, 2008.....	22
Gráfico 4 -	Distribuição percentual dos 19 entrevistados no CAPS II segundo antecedentes familiares com história de consumo abusivo de álcool. Barra do Corda - MA, 2008.....	26
Gráfico 5 -	Distribuição percentual dos 19 entrevistados no CAPS II segundo local de consumo. Barra do Corda - MA, 2008.....	27
Gráfico 6 -	Distribuição percentual dos 19 entrevistados no CAPS II segundo o consumo de outros tipos de drogas. Barra do Corda - MA, 2008.....	27

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição percentual das características demográficas e socioeconômicas dos 19 entrevistados. Barra do Corda - MA, 2008 .....	19
Tabela 2 -	Distribuição percentual dos 19 entrevistados segundo frequência de participantes do AA e conhecimento familiar do consumo de álcool. Barra do Corda - MA, 2008 .....	22
Tabela 3 -	Distribuição numérica dos 19 entrevistados segundo conceito de alcoolismo. Barra do Corda - MA, 2008 .....	23
Tabela 4 -	Distribuição numérica dos 19 entrevistados segundo frequência de início de consumo de álcool e influência recebida. Barra do Corda - MA, 2008 .....	23
Tabela 5 -	Distribuição percentual dos 19 entrevistados segundo tempo de consumo e motivos para ingestão de álcool. Barra do Corda - MA, 2008.....	25
Tabela 6 -	Distribuição numérica dos 19 dos entrevistados segundo frequência dos motivos para início do acompanhamento no CAPS. Barra do Corda - MA, 2008.....	28
Tabela 7 -	Distribuição percentual dos 19 entrevistados segundo acompanhamento no CAPS e relação com uso abusivo de álcool. Barra do Corda - MA, 2008.....	29

## LISTA DE SIGLAS

AA -	Alcoólicos Anônimos
ABDETRAN-	Associação Brasileira dos Departamentos de Trânsito
CAPS -	Centro de Assistência Psicossocial
CEBRID -	Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas
CID -	Classificação Internacional das Doenças
DST -	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA -	Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA -	Estados Unidos da América
FAMEPE -	Família, Ensino, Pesquisa e Extensão
MA -	Maranhão
MS -	Ministério da Saúde
OMS -	Organização Mundial da Saúde
PE -	Pernambuco
SENAD -	Secretaria Nacional Antidrogas
SME -	Secretaria Municipal de Saúde
UNIFESP -	Universidade Federal de São Paulo

## SUMÁRIO

		p.
	LISTA DE GRÁFICOS .....	8
	LISTA DE TABELAS .....	9
	LISTA DE SIGLAS .....	10
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	18
<b>3</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	20
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	34
	REFERÊNCIAS.....	36
	APÊNDICES.....	40

## 1 INTRODUÇÃO

Em busca de ampliar horizontes na compreensão do uso de álcool, faz-se necessário caracterizar os usuários com diagnóstico de alcoolismo, pensando na realidade das pessoas que apresentam problemas, devido ao seu consumo, refletido nas mudanças provocadas na vida dos usuários como um desafio sempre atual.

Percebe-se que o uso indiscriminado de bebida alcoólica começa cada vez mais cedo (por volta dos 12 anos de idade), tem uma adesão mais imediata e atinge, de forma indistinta, todas as classes sociais e raças que formam a malha humana deste País (HARAZIM, 1997; CEBRID, 2005).

Observa-se que o álcool é um líquido incolor produzido a partir de cereais, raízes e frutos sendo obtidos mediante a fermentação deste produto ou por destilação e/ou adição do mesmo. Acredita-se que a bebida alcoólica teve origem na Pré-História, mais precisamente, durante o período Neolítico quando houve a aparição da agricultura e a invenção da cerâmica. A partir de um processo de fermentação natural ocorrido há aproximadamente 10.000 anos o ser humano passou a consumir e a atribuir diferentes significados ao uso do álcool (SOUSA, 2007).

No livro de Gênesis cap. IX, versículo 21 do Velho Testamento, são feitas algumas referências à embriaguez do patriarca Noé, que houvera se embriagado com vinho de seu próprio vinhedo a ponto de não saber ao certo o que levara em sua embarcação, sendo nesta ocasião, auxiliado por seus dois filhos, Sem e Jafet (BIBLIA, 2004; SILVA; DANTAS, 2006; HARAZIM, 1997).

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID, de São Paulo, produziu nos últimos anos uma coleção de trabalhos científicos com intuito de desfazer mitos e mostrar dados sobre o problema das drogas no País. Cita-se como exemplo mais recente o V Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio em 27 capitais brasileiras, divulgado no final de maio/2005. Neste levantamento, a cerveja foi a bebida mais consumida, com cerca de 70% dos estudantes relatando seu uso, seguido pelo vinho com 27% e destilados por volta dos 3%. Quanto ao uso pesado (pelo menos 20 vezes no mês anterior a pesquisa), observou-se um aumento significativo na maioria das cidades estudadas, mostrando uma tendência da juventude beber com mais frequência nos últimos anos (CEBRID, 2004).

O mais amplo estudo sobre acidentes de trânsito e uso de bebidas alcoólicas foi realizado em 1997 pela Associação Brasileira dos Departamentos de Trânsito-ABDETRAN, em quatro capitais brasileiras: Brasília, Curitiba, Recife e Salvador, em que das 865 vítimas, 27,2% apresentaram alcoolemia superior a 0,6g/l, que é o limite permitido pelo Código Nacional de Trânsito de 1997. De modo geral, os acidentes de trânsito estão relacionados à concentração alta de álcool no sangue. O V Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio realizado pelo CEBRID em 2004, evidenciou que os homens bebem mais que as mulheres e o álcool foi o responsável por cerca de 90% de todas as internações hospitalares por dependências, variando de 95,3% em 1988, o que equivale em números absolutos a 62.242 internações contra 4.7% (3.062 de todos os outros diagnósticos de internações por substâncias psicoativas) a 84,4% em 1999. A queda das internações por alcoolismo na década de 90 pode simplesmente refletir uma ênfase, cada vez maior, no tratamento ambulatorial. A pesquisa enfatiza ainda, que esta situação ocorre mais freqüentemente, à noite e nos fins de semana; além disso, em sua maioria, os autores são homens jovens e solteiros (CEBRID, 2004).

Segundo estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde em 1999, o Brasil estava situado no 63º lugar do uso *per capita* de álcool na faixa etária de 15 anos, entre 153 países, um consumo razoavelmente discreto. Porém, quando a OMS compara a evolução do consumo *per capita* entre as décadas de 1970 e 1990, em 137 países, o Brasil apresenta um crescimento de 74,5% no consumo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2004a).

De acordo com Bertolote (1997) apud Abreu (2000, p. 01), numa breve história sobre a evolução do conceito de alcoolismo, observa-se que “por mais que conseqüências e complicações físicas possam ser descritas em associações com álcool, o fenômeno do alcoolismo ultrapassa os limites de uma nosologia meramente organicista”. Considerado como uma doença orgânica até a metade do Século XX, “cientistas sociais passaram a abordá-lo, aprofundando o estudo da questão com sua metodologia e seus instrumentos”, até que Straus e Bacon (1953 apud Abreu 2000, p. 01) publicaram um conceito de alcoolismo como fenômeno que atinge várias dimensões e se expressa em distintos eixos: físico, psicológico e social.

O uso de bebidas alcoólicas acompanha a humanidade desde os primórdios, e esta prática ocupa um lugar privilegiado em diversas culturas. A partir da revolução industrial no mundo ocidental, a relação entre o homem e esta bebida vem se

modificando, uma vez que ocorreu um aumento populacional nas zonas urbanas, um acréscimo na produção de bebidas a uma escala industrial através do aprimoramento da tecnologia na fabricação do álcool, levando à queda nos preços e aumento da disponibilidade. Tais acontecimentos parecem ter revelado outro lado do uso do álcool, associado à violência, à discórdia e à dor, num custo social muito elevado para todos os países envolvidos neste processo (SAWICKI et al., 1996; GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

Estudos demográficos sobre o uso de drogas apontam que o início da vida sexual está ocorrendo cada vez mais cedo (em torno de 13 anos), fato que reflete nos altos índices de gravidez na adolescência, coincidindo com um início igualmente precoce do uso de bebidas alcoólicas. O Ministério da Saúde, através da Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas menciona a pesquisa realizada na periferia de Caruaru (PE) como mais um fato que confirma os dados acima citados, ao revelar que 27,6% dos entrevistados tiveram a primeira relação sexual antes dos 13 anos (BRASIL, 2004a).

Os problemas relacionados ao alcoolismo são muito complexos e variam de acordo com a individualidade de cada ser humano, assim sendo, uma gama de fatores que buscam explicar o motivo pelo qual algumas pessoas desenvolvem problemas relacionados à ingestão de bebida alcoólica, mesmo com consumo moderado, enquanto outros demonstram aparente imunidade ao consumirem grandes quantidades sem enfrentarem problemas com tal ingestão. Entende-se que o ato de beber e os problemas advindos da bebida dependem de múltiplos fatores que dizem respeito tanto ao indivíduo quanto ao meio ambiente (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005). Os referidos autores ainda afirmam que:

[...] na França o consumo habitual de vinho nas refeições está associado a um consumo *per capita* alto e constante, que predispõe a complicações médicas crônicas como a cirrose e certos tipos de cânceres. Em centros urbanos do Reino Unido, particularmente entre homens da classe trabalhadora, é mais provável que o álcool seja consumido fora de casa e em geral numa grande quantidade durante as reuniões em bares. Este padrão de beber até a intoxicação parece estar mais acompanhado por conseqüências sociais adversas, tais como desarmonia conjugal, acidentes, violência interpessoal ou infrações por embriaguez. (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005, p.23).

Oyacer e Nãncio sintetizam a relação entre problemas relacionados ao uso de álcool e cultura ao afirmarem que o “beber é uma conduta e como tal não pode ser definida fora de seu contexto sociocultural, (e que), as patologias relacionadas com

condutas e que implicam definições de normal e anormal podem variar de uma cultura para outra” (Oyacer; Nãncó, 1998, p.36)

O consumo de bebida alcoólica pode ser um aspecto constante de muitas atividades familiares e sociais, porém, o mau uso da mesma conduz ao desenvolvimento de desordens ocasionando, assim, um impacto negativo à família e a sociedade (ABREU, 2000).

Em relação aos efeitos do álcool, apesar deste não ser considerado uma droga ilícita propriamente dita, para Laranjeira (2001), o alcoolismo é um grave problema de saúde pública no Brasil, assim como em vários países. Estima-se que 10% da população brasileira seja dependente de álcool.

O uso de álcool somente passou a ser conceituado pela OMS como doença (alcoolismo) e incorporado à Classificação Internacional das Doenças (CID), a partir da 8ª. Conferência Mundial de Saúde, em 1967. No CID, os problemas relacionados ao uso de álcool foram inseridos dentro de uma categoria mais ampla de transtornos de personalidade e de neuroses. Esses problemas foram divididos em três categorias: dependência, episódios de beber excessivo (abuso) e beber excessivo habitual. A dependência de álcool foi caracterizada pelo uso compulsivo de bebidas alcoólicas e pela manifestação de sintomas de abstinência após a cessação do uso de álcool (BRASIL, 2004b).

Segundo a Classificação Internacional das Doenças – CID 10 define-se Dependência de Álcool da seguinte forma:

Um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou uma classe de substância alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham um maior valor. Uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo (freqüentemente forte, algumas vezes irreversível) de consumir drogas psicoativas [...]. Pode haver evidência que o retorno ao uso de substância após um período de abstinência leve a um reaparecimento mais rápido de outros aspectos da síndrome, do que o que ocorre com indivíduos não dependentes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993, p.74).

As questões voltadas ao consumo de bebida alcoólica levam a refletir sobre este ser o diagnóstico mais freqüente nas internações psiquiátricas que atingem 3 homens a cada mulher, sendo a toxicomania mais freqüente na população mundial (BRASIL, 2004a).

Embora a prevalência da dependência de álcool seja muito menor no sexo feminino, observa-se que “as mulheres têm maior sensibilidade ao álcool, maior

progressão à toxicidade alcoólica e mortalidade aumentada em níveis de consumo mais baixos que os homens” (BRIENZA; STEIN, 2002 apud MARÍN-LEÓN; OLIVEIRA; BOTEGA, 2007).

Murray; Lopez (1996) apud Brasil (2004b) relata que dados fornecidos por estudo capitaneado pela Universidade de Harvard indicam que, “das dez doenças mais incapacitantes em todo o mundo, cinco são de origem psiquiátrica: depressão, transtorno afetivo bipolar, alcoolismo, esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo”.

Um estudo sobre a mortalidade por dependência de álcool no Brasil refere alguns fatores tendo o álcool como causa básica direta de óbitos: as perdas diretamente relacionadas ao consumo de álcool (intoxicação, psicoses, alcoolismo, cirrose hepática, etc.), tanto quanto a existência de acidentes, homicídios e suicídios (SKOG, 1986 apud MARÍN-LEÓN; OLIVEIRA; BOTEGA, 2007).

A problemática do alcoolismo também atinge o município de Barra do Corda - MA onde as pessoas fazem uso do álcool como alternativa de uma vida pouco realizadora, sofrendo as conseqüências, ainda não quantificadas cientificamente, do seu uso.

Percebe-se que não há um estudo significativo sobre o tema desta pesquisa e a relação existente entre álcool, acidentes, DST e outros que possam visualizar os fatores que contribuem para os problemas com o uso do álcool e/ou comprovar a gravidade da situação neste município.

Observa-se que o município de Barra do Corda - MA está localizado na região central do Estado do Maranhão, a mais de 450 km da capital São Luis - MA, possui aproximadamente 82.000 habitantes e tem um potencial turístico que favorece o consumo desenfreado de bebida alcoólica, o aumento de acidentes automobilísticos envolvendo adolescentes alcoolizados sem idade para dirigir e avanço de DST na população jovem. Apresenta um número crescente de pessoas que fazem uso nocivo, abusivo e/ou dependente do álcool com conseqüências significativas para a sociedade, bem como a evolução dos transtornos mentais referentes a tais consumos.

A situação apresentada motivou os pesquisadores a investigar sobre o número crescente de pessoas que buscam o CAPS para acompanhamento visto terem desenvolvido transtorno mental em função do consumo de álcool.

Diante do exposto tem-se observado a necessidade de realizar um estudo

voltado para a realidade das pessoas que apresentam problemas devido o uso de álcool atendidos no CAPS II de Barra do Corda.

Este trabalho tem como objetivo geral caracterizar os usuários com diagnóstico de alcoolismo cadastrados no Centro de Atenção Psicossocial/CAPS II de Barra do Corda – MA e como objetivos específicos: conhecer a população estudada segundo condições socioeconômicas, identificar o grau de entendimento do usuário em relação à doença e apontar as conseqüências individuais e coletivas do uso de álcool para os participantes da pesquisa.

## **2 METODOLOGIA**

- **Tipo de estudo**

Estudo prospectivo, descritivo com abordagem quantitativa acompanhado de levantamento bibliográfico para conhecimento teórico realizado com 19 usuários de álcool atendidos no Centro de Atenção Psicossocial/CAPS II no município de Barra do Corda – MA.

- **Local de estudo**

O Centro de Atenção Psicossocial/CAPS II de Barra do Corda – MA foi criado em 21 de Agosto de 2006 e está localizado na Rua Benedito Leite, S/N, Centro. Possui equipe multiprofissional composta por assistente social, enfermeiro, médico psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, farmacêutico, além dos profissionais de nível médio. Atende pessoas portadoras de transtorno mental, inclusive dependentes químicos, em função da demanda crescente e, por não haver, outro serviço voltado a esta população usuária de álcool e outras drogas.

- **População e amostra**

A população em estudo foi, inicialmente, de 34 (trinta e quatro), o equivalente a 100% dos usuários de álcool atendidos no CAPS do município de Barra do Corda e que iniciaram tratamento no período de agosto de 2006 a outubro de 2007, com idade a partir de 18 anos.

A amostra constituiu-se de 19 (dezenove) usuários, ou seja, 56% do universo pretendido, 15 (quinze) ou 44% não foram localizados no período da coleta de dados, pois haviam abandonado o tratamento e nas visitas domiciliares não foram localizados por: não mais residirem no município (03), estarem realizando colheita de arroz na zona rural (05), endereço não localizado (03) não se encontrarem nas residências no momento da visita domiciliar (04). Ressalta-se que na ausência do usuário na residência os pesquisadores agendaram a próxima visita, sendo considerado até três tentativas.

- **Instrumento de coleta de dados**

Para coleta foi utilizado um questionário semi-estruturado, abrangendo as variáveis: sexo, idade, grau de escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar, enfocando questões relacionadas à realidade das pessoas que apresentam problemas devido ao uso de álcool. (Apêndice A)

- **Coleta de dados**

A coleta de dados iniciou com o levantamento dos prontuários dos participantes da pesquisa, onde foi identificado o endereço residencial.

A pesquisa de campo ocorreu no mês de Junho de 2008. Os dados foram obtidos através de visitas domiciliares. Ao chegar às residências, os pesquisadores apresentavam-se e informavam o objetivo da visita. Após explicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos da pesquisa era iniciada a entrevista. (Apêndice B)

- **Análise dos dados**

O processamento de dados foi iniciado pela revisão dos questionários, visando checar dúvidas ou falhas no preenchimento. Os dados coletados foram analisados, agrupados e tabulados.

Todas as questões abertas foram agrupadas de acordo com os núcleos de sentido identificados, a partir das respostas obtidas. As variáveis quantitativas foram processadas e organizadas no programa Microsoft Office Excel 2003, em ambiente

Windows Millenium Home Edition, depois analisados e apresentados em forma de frequência absoluta e relativa na forma de gráficos e tabelas.

A leitura e análise exaustiva dos questionários com a perspectiva de absorver a essência de cada resposta, foi fator motivador para a continuidade desta pesquisa e contextualização de todas as situações.

- **Considerações éticas**

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão/UFMA, uma vez que envolveu seres humanos. Foi realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS Nº. 196/96, em vigor em todo território nacional, onde os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando assim, sua participação na pesquisa.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela1 – Distribuição percentual das características demográficas e socioeconômicas dos 19 entrevistados. Barra do Corda - MA, 2008.

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>SEXO</b>		
Masculino	19	100,0
Feminino	-	-
<b>IDADE (anos)</b>		
21-30	06	32
31-40	05	26
41-50	07	37
51-60	01	05
<b>PROFISSÃO</b>		
Lavrador	06	33
PoliciaI militar	05	27
Professor	01	05
Marceneiro	01	05
Vendedor de batatas	01	05
Moto-táxi	01	05
Pedreiro – pintor	01	05
Pintor	01	05
Servente de pedreiro	01	05
Sem profissão	01	05
<b>RENDA FAMILIAR</b>		
Sem renda	03	16
Menos de 01 salário mínimo	02	11
01 a 02 Salários mínimos	08	41
03 a 04 Salários mínimos	06	32
<b>TOTAL</b>		<b>100,0</b>

No que se refere à predominância do sexo masculino, a Secretaria Nacional Antidrogas (2006), em estudo realizado em todas as regiões notou-se mais dependentes de álcool no sexo masculino em uma proporção de 3 homens para cada mulher. A principal diferença sexual em relação ao consumo de álcool refere-se aos aspectos biológicos, onde o fator genético condiciona maior predisposição para uso, abuso ou dependência de drogas para homens.

Outro estudo com usuários de serviços da Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais aponta para o fato de os homens apresentarem maior consumo de álcool em todos os tipos de uso, fazendo maior uso na vida em todas as faixas de idade e tendo uma maior proporção de dependentes do que as mulheres. O homem continua apresentando maior frequência em todos os padrões de consumo. Seu uso na vida foi mais freqüente (77,3%) que o das mulheres (60,6%) em todas as faixas de idade (MAGNABOSCO; FORMIGONI; RONZANI, 2007).

No estudo de Jesus (2007), observou-se a existência de diferenças significativas quanto ao gênero no consumo de álcool, onde os adolescentes do gênero masculino apresentaram consumos mais elevados. De acordo com o estudo de Costa et al (2004) o maior consumo abusivo de álcool em homens é consistente com a literatura existente.

De acordo com dados epidemiológicos, nos EUA (Estados Unidos da América) e em muitas sociedades ocidentais, em torno de 10% das mulheres e 20% dos homens fazem uso abusivo do álcool; 5% das mulheres e 10% dos homens apresentam síndrome de dependência do álcool ou alcoolismo (SAIDEMBERG, 2001).

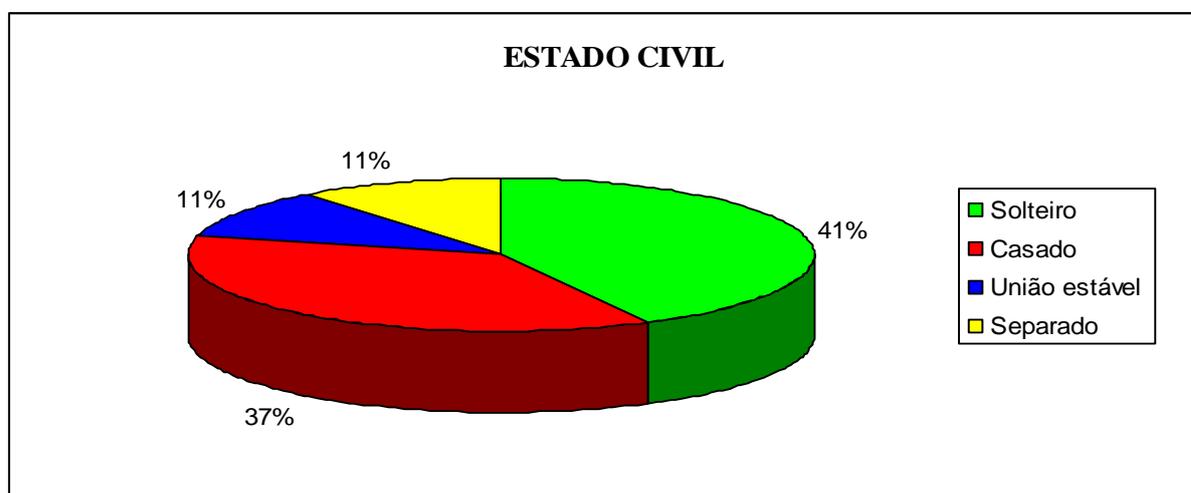


Gráfico 1 – Distribuição percentual dos 19 entrevistados segundo estado civil. Barra do Corda - MA, 2008.

Quanto ao estado civil dos entrevistados 41% são solteiros, 37% casados, enquanto 11% estão separados ou tem união estável. (Gráfico 1)

Em Calheiros (2007) confirma-se que o álcool é favorecedor de fracasso no papel social masculino no âmbito familiar e conjugal por não conseguir prover e proteger seu lar causando uma frustração significativa no relacionamento conjugal visto que as conseqüências atingem todos os membros da família podendo ainda propiciar o fim da relação afetiva.

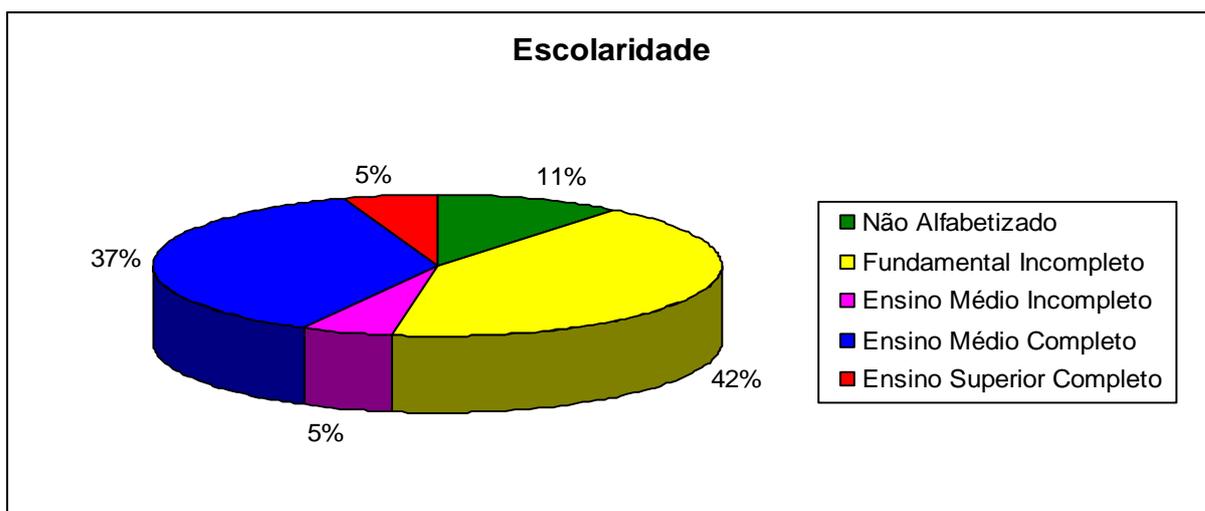


Gráfico 2 – Distribuição percentual dos 19 entrevistados segundo a escolaridade. Barra do Corda - MA, 2008.

No que diz respeito à escolaridade, o nível de instrução variou de não-alfabetizado (11%) até ensino superior completo (5%), com uma predominância de ensino fundamental incompleto (42%). (Gráfico 2)

Em pesquisa realizada por Soldara et al (2001) identificou uma associação entre uso de drogas e menor rendimento escolar e algumas hipóteses remetem a alterações neuropsicológicas que, decorrentes do uso de drogas estariam dificultando a aprendizagem, tendo o atraso escolar como resultante de desajustamento social, problemas de conduta ou dificuldade de disciplina. Outra hipótese levantada pelo mesmo autor seria a de que o uso pesado de álcool interferiria no rendimento escolar. Finalmente, pode-se observar que o baixo rendimento escolar pode afetar a auto-estima e induzir ao uso de álcool.

Nos dados do Gráfico 3, o desemprego alcançou 48% dos entrevistados, e apenas 26%, continuam desenvolvendo algum tipo de ocupação. Percebeu-se ainda que 16% encontram-se reformados e 5% estão aposentados em função do consumo abusivo de álcool.

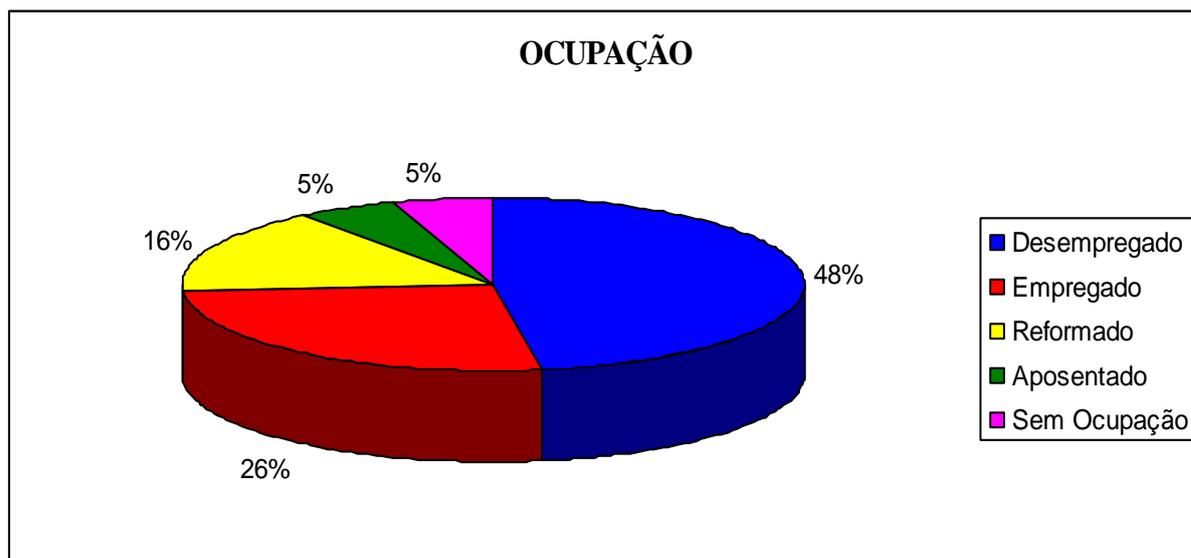


Gráfico 3 - Distribuição percentual dos 19 entrevistados segundo ocupação e renda familiar. Barra do Corda - MA, 2008.

Nascimento (2005) reflete sobre as implicações do álcool na vida do homem onde o desemprego é fator marcante e influencia a relação familiar visto que a mulher assume o papel de provedora reforçando a relação de dependência (do álcool e da mãe ou esposa). O álcool foi citado como fator que interfere na capacidade de trabalho provocando debilidade física e a baixa escolaridade contribui para a falta de qualificação para o mercado de trabalho mantendo o sexo masculino afastado de atividade laborativa.

Os dados da Tabela 2 mostram que 16 (dezesseis) ou 84% dos entrevistados não freqüentam o AA, enquanto que apenas 3 (três), o equivalente a 16% afirmaram que participam. Com relação ao consumo de álcool verificou-se que 100% das famílias tinham conhecimento que usuário ingeria bebida alcoólica.

Tabela 2 - Distribuição percentual dos 19 entrevistados segundo freqüência de participantes do AA e conhecimento familiar do consumo de álcool. Barra do Corda - MA, 2008.

VARIÁVEL	%
<b>PARTICIPA AA</b>	
Sim	16
Não	84
<b>CONHECIMENTO FAMILIAR</b>	
Sim	100
Não	-

Pode-se perceber também a dificuldade dos participantes em conceituar o que é alcoolismo sendo os mais citados: Vício destrutivo, desespero (4);

Divertimento no início (4); É uma droga (4). E, 2 (dois) participantes da pesquisa não souberam responder a pergunta. (Tabela 3)

Convém relatar, que os participantes do AA foram os que melhor definiram o que é alcoolismo e tiveram uma resposta mais próxima do que aponta a literatura.

Tabela 3 - Distribuição numérica dos 19 entrevistados segundo conceito de alcoolismo. Barra do Corda - MA, 2008.

<b>VARIÁVEL</b>	<b>f</b>
<b>CONCEITO DE ALCOOLISMO</b>	
Vício destrutivo, desespero.	04
Divertimento no início	04
É uma droga	04
Fuga da realidade	03
Doença progressiva, crônica, incurável.	02
Estado de dependência e impotência	02
Decepção, desestruturação familiar	02
Não soube responder	02

Harazim (1997, p. 03) cita vários conceitos de alcoolismo, tais como: uma doença no sentido de ser um distúrbio involuntário, síndrome de causas múltiplas, bem como desvio de comportamento. De forma mais criteriosa, o referido autor o define como:

Uma doença primária, crônica, com fatores genéticos, psicossociais e ambientais influenciando em seu desenvolvimento e manifestações. A doença é freqüentemente progressiva e fatal. Tem como características contínuas ou periódicas a perda de controle sobre a ingestão de bebida.

Tabela 4 - Distribuição numérica dos 19 entrevistados segundo freqüência de início de consumo de álcool e influência recebida. Barra do Corda - MA, 2008.

	<b>CRIANÇA 0 a 12 anos incompletos</b>	<b>ADOLESCENTE 12 a 18 anos</b>	<b>ADULTO Acima de 18 anos</b>
Primo	01		
Não comentou		01	01
Amigo	01	09	02
Chefe		01	
Desconhecido			01
Pai	01		
Sozinho	01		
<b>TOTAL</b>	<b>04</b>	<b>11</b>	<b>04</b>

De acordo com a Tabela 4, percebeu-se que o incentivo de amigos para iniciar o consumo de bebida alcoólica foi o mais citado (12), enquanto que desconhecido, primo, chefe, pai e sozinho foram mencionados apenas uma vez.

Os resultados tornam perceptíveis que o maior consumo de álcool foi iniciado durante a adolescência (11 entrevistados) atribuindo às características próprias desta fase de desenvolvimento: pertinência ao grupo de amigos, experimentarem comportamentos considerados de “adultos” e sensações novas, sentimento de onipotência, envolvimento afetivo e aumento da impulsividade. A maior influência recebida foi de amigos com 12 (doze) indicações.

No presente estudo consideraram-se os critérios do Estatuto da Criança e do Adolescente onde a pessoa até doze anos incompletos é considerada criança e adolescente aquela entre doze à dezoito anos de idade (BRASIL, 2006).

A adolescência é vista como um período de grande risco para envolvimento com substâncias psicoativas. Percebeu-se também que, na mudança de fase (adolescência e fase jovem da idade adulta), ocorrem maiores níveis de experimentação e problemas relacionados ao uso de álcool. Relaciona adolescência ao uso de múltiplas substâncias como fase de estágio de consumo. Relaciona-se ainda que a precocidade do uso de substância seja positiva para o desenvolvimento da dependência (SENAD, 2006; MACEDO, 2008).

No levantamento realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID verificou-se um aumento crescente do consumo de álcool em faixas etárias cada vez mais precoces e a prevalência de 19,5% entre homens com dependência alcoólica para 6,9% de mulheres (CEBRID, 2005).

Os dados coletados mostram que o maior tempo de consumo citado pelos usuários de álcool foi de 11 a 20 anos totalizando 42% dos entrevistados, enquanto que 26% consomem álcool por um período de 21 a 30 anos, 21% entre 1 a 10 anos e existe ainda, um percentual de 11% que faz uso de bebida alcoólica de 31 a 40 anos. Por sua vez, incentivo de colegas ou amigos para iniciar o consumo de bebida alcoólica foi o mais citado, perfazendo um total de 20% e apenas 0,5%, mencionou problema no trabalho. (Tabela 5)

Tabela 5 - Distribuição percentual dos 19 entrevistados segundo tempo de consumo e motivos para ingestão de álcool. Barra do Corda - MA, 2008.

<b>TEMPO DE CONSUMO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
01 a 10 anos	04	21,0
11 a 20 anos	08	42,0
21 a 30 anos	05	26,0
31 a 40 anos	02	11,0
<b>MOTIVOS PARA INGESTÃO</b>		
Incentivo de colegas ou amigos	04	20,0
Decepção	03	15,5
Não respondeu	03	15,5
Divertimento	02	11,0
Curiosidade	02	11,0
Convivência	02	11,0
Tristeza	02	11,0
Problema no trabalho	01	05,0

O uso de bebida alcoólica sempre foi usado com objetivos de alívio de angústias, contato com o sobrenatural e, falsamente, associada ao prazer e um apelo constante da sociedade incentivando o consumo de bebida alcoólica e que o abuso de bebida alcoólica geralmente ocorre aos 20 anos, os sintomas surgem por volta dos 30 anos, pode haver internação antes dos 40 anos sendo identificado como alcoolista somente por volta dos 40 ou 50 anos de idade (HARAZIM, 1997).

Os estudiosos, Oliveira; Luis (1996) discutem a problemática relacionada ao intenso consumo de bebida alcoólica da população “refletindo sobre o fato deste ser um problema social de grande relevância e considerado toxicomania”.

Segundo Macedo (2008), o uso indevido de álcool e tabaco causa graves conseqüências para a saúde pública mundial, sendo o responsável por 1,5% de todas as mortes no mundo, e responsável por 2,5% dos anos ajustados para incapacidade.

No que se refere aos antecedentes familiares, apenas 10% não apresentam história familiar de consumo abusivo de álcool, enquanto 90% mencionam o consumo por familiares, sendo irmãos (23%) e tios (21%) os mais citados. Percebeu-se ainda, que outros antecedentes familiares foram citados por 10% dos entrevistados (mãe, padrinho, avô e cunhado) e que a família dos entrevistados deixou uma lacuna no seu papel de principal cuidadora, contribuindo para a vulnerabilidade dos usuários participantes da pesquisa. (Gráfico 4)

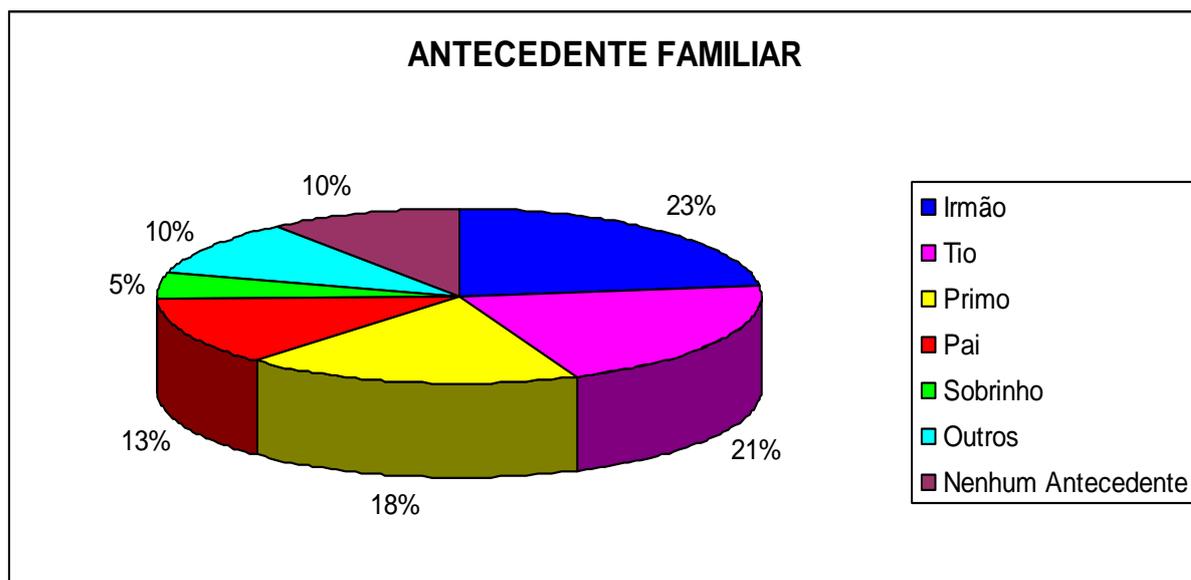


Gráfico 4 - Distribuição percentual dos 19 entrevistados segundo antecedentes familiares com história de consumo abusivo de álcool. Barra do Corda - MA, 2008.

Nos estudos realizados por Silva (2003), entende-se que a família é primordial no tocante à estruturação psíquica de seus componentes e, conseqüentemente, na constituição do sujeito, enfatizando a importância do envolvimento familiar para uma organização psíquica saudável.

Por sua vez, Oliveira (2001) destaca a família como uma das principais fontes formadoras de comportamento e crenças sobre saúde, afirmando a importância da participação desta instituição na prevenção e tratamento do uso de álcool e outras drogas.

Merece destaque o fato de que o pai foi citado por 13% e a mãe por 3% dos entrevistados. As estatísticas apontam para a influência sofrida por crianças e adolescentes que convivem com parente alcoólatra e vulnerabilidade a desenvolverem problemas emocionais e psiquiátricos (MAROT, 2004; SAIDEMBERG, 2001). Cita-se o consumo de álcool pelos pais como um fator de risco importante e percebe-se como negativamente influente a ausência paterna e padrão familiar disfuncional (MACEDO, 2008).

A literatura também aponta para a relação entre pais dependentes onde a possibilidade para o desenvolvimento da dependência de álcool é quatro vezes maior para seus filhos e que a carga genética predispõe para o alcoolismo (SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS, 2006; MAROT, 2004).

Os dados percentuais demonstrados no Gráfico 5 revelam que o local mais usado para ingestão de bebida alcoólica são os bares (39%), enquanto 21% optam

pela casa de amigos. As residências estiveram presentes em 17% das respostas e balneário e prostíbulo foram citados com a mesma frequência (2%). As boates foram citadas por 13% e existem ainda aqueles que consomem bebida alcoólica em qualquer lugar (6%).

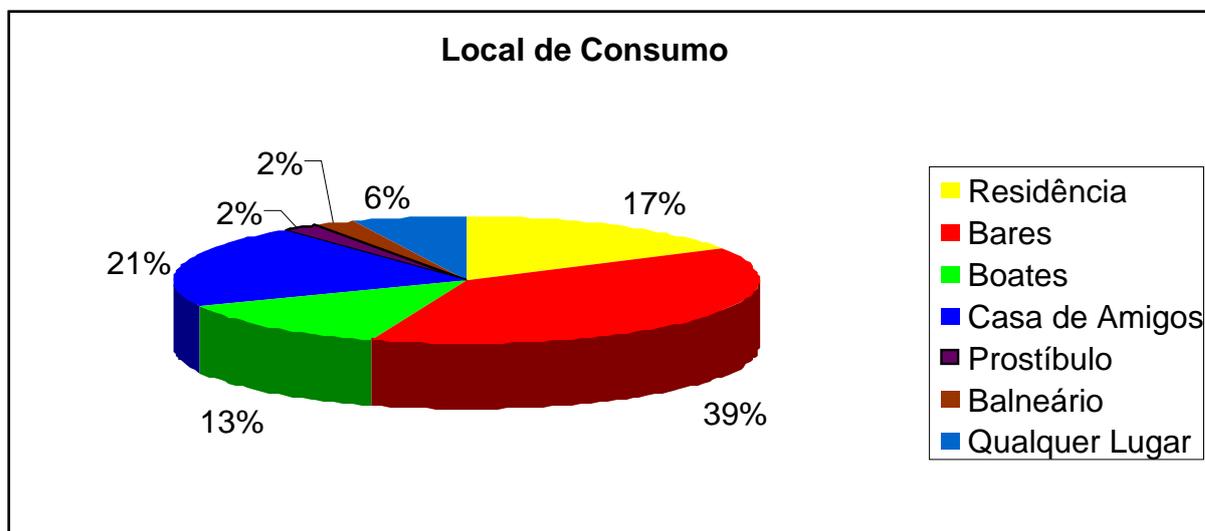


Gráfico 5 - Distribuição percentual dos 19 entrevistados segundo local de consumo. Barra do Corda - MA, 2008.

Os resultados encontrados também estiveram presentes nos estudos de Soldera et al (2004) onde os locais de consumo mais referidos por estudantes foram: bares, festas e boates pela maior facilidade em adquirir o álcool.

Outros locais foram informados por Pinton et al (2005): as festas da faculdade (45,9%), bares/danceterias (35,9%) e em casa (13%). Cerca de 73,9% costumam beber com mais frequência com os amigos, 28,8% com colegas de turma e 12,6% com familiares.

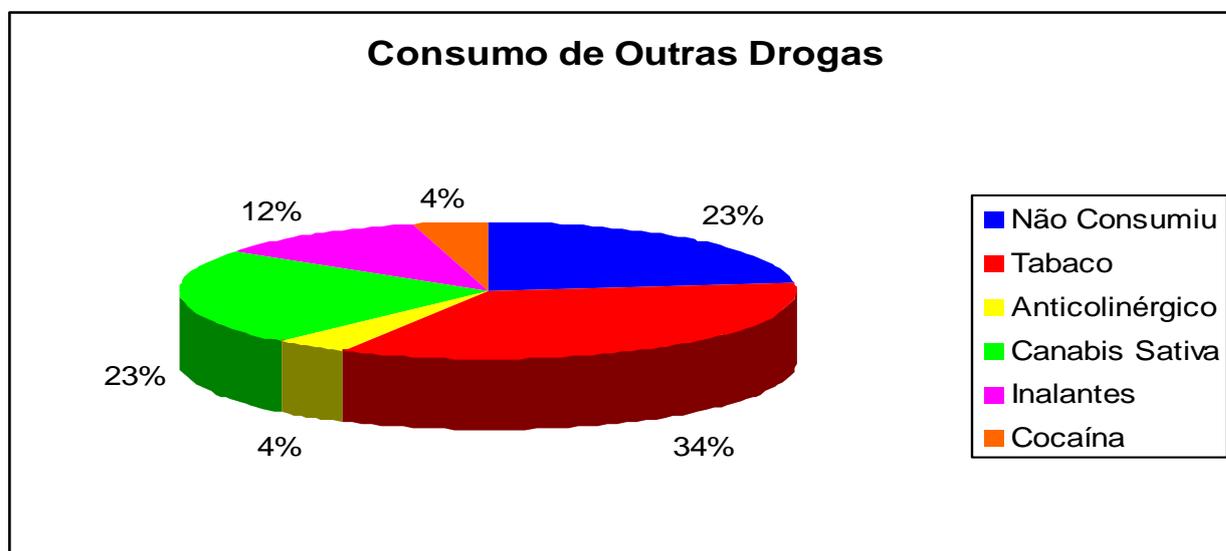


Gráfico 6 - Distribuição percentual dos 19 entrevistados segundo o consumo de outros tipos de drogas. Barra do Corda - MA, 2008.

Evidenciou-se que, 23% dos entrevistados não consumiram nenhum outro tipo de droga até o momento da entrevista, enquanto que 77% já haviam feito uso de outras drogas: tabaco (34%), canabis sativa atingiu 23% da amostra, inalantes (12%) seguido de anticolinérgico e cocaína (4%). (Gráfico 6)

Torna-se importante destacar que o município de Barra do Corda tem uma população branca, negra e indígena convivendo no mesmo espaço físico onde as questões culturais favorecem a inversão de consumo de drogas: o indígena acaba consumindo álcool e contribuindo para o acesso a canabis sativa por população não indígena.

No levantamento realizado por Pinton et al, (2005) foi possível comprovar o uso de drogas por estudantes do 3º grau da FAMERP. Encontrou-se um baixo consumo de cocaína (1,4%) e elevado de anfetaminas (22%). Em relação ao uso no mês, além do aumento do uso de anfetamina (6%), encontrou-se também consumo elevado em relação ao álcool (63%) e tabaco (15%), menor uso de solventes (5%) enquanto que a cocaína não apresentou aumento de consumo no mês.

Os motivos para início de tratamento informado pelos usuários apontam para a falta de conexão entre o abuso de álcool e a queixa clínica informada. Conforme mostra a Tabela 6, apenas 7 (sete) participantes citaram a busca de tratamento em função de doenças (depressão, alteração da personalidade, abstinência e acidente), mas não associou esta situação ao alcoolismo.

Tabela 6 - Distribuição numérica dos 19 dos entrevistados segundo a frequência dos motivos para início do acompanhamento no CAPS. Barra do Corda - MA, 2008.

<b>MOTIVO</b>	<b>f</b>
Doença	07
Familiar	05
Deixar de beber	03
Problemas laborais	03
Problemas familiares	02
Problemas sociais	02
Receber medicação	02
Encaminhamento médico	01
Entender sintomas	01

O desejo de cessar o consumo de bebida alcoólica e os problemas laborais foi relatado com a mesma freqüência por 3 (três) participantes, e, apenas 1 (um) buscou acompanhamento por encaminhamento médico. Problemas familiares, sociais e o recebimento de medicação estiveram presentes no relato de 2 (dois) participantes. O desejo de entender os sintomas que surgiram foi manifestado por apenas 1 (um) que demonstrou interesse em conhecer sobre sua patologia.

Segundo os esclarecimentos de Neves (2004) apud Fassoli et al (2007, p. 02), beber é considerado um ato social que recebe diversas influências: valores, atitudes, normas, modos de classificação do tempo e concepção. [...] um dos hábitos sociais mais antigos e disseminados entre as populações e os modos de ingestão de bebida alcoólica são os mais diversos possíveis variando de acordo com a freqüência de consumo, características das bebidas, o que, quando, como e com quem se bebe.

Para Saidemberg (2001, p.09), considera-se uso nocivo ou abusivo “o consumo de bebida alcoólica causador de prejuízo físico, mental, familiar, profissional ou social, de forma contínua ou eventual”.

Os resultados da pesquisa indicam que 53% dos participantes da pesquisa abandonaram o tratamento e 63% dos entrevistados continuam fazendo uso de álcool. Outro fator considerado foi que, dos usuários que continuaram o acompanhamento no CAPS (47%) um percentual de 26% não faz uso de bebida alcoólica há três meses ou mais.

Quando se avaliou sobre a não ingestão de bebida alcoólica nos participantes que abandonaram o acompanhamento no CAPS, percebeu-se que houve um maior índice de alcoolistas em uso contínuo (42%). Assim sendo, supõe-se que uma admissão franca dos problemas relacionados ao álcool seria um fator positivo para a adesão ao tratamento. (Tabela 7)

Tabela 7 - Distribuição percentual dos 19 entrevistados segundo acompanhamento no CAPS e relação com uso abusivo de álcool. Barra do Corda - MA, 2008.

SITUAÇÃO	USO DE ÁLCOOL		SEM FAZER USO		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%
Em tratamento	04	21	05	26	09	47
Abandonou	08	42	02	11	10	53
<b>TOTAL</b>	12	63	07	37	19	100

Com relação aos resultados obtidos, observou-se uma baixa adesão ao tratamento em função de os usuários de álcool não sentirem-se dependentes e não associarem os sintomas e/ou perdas advindas com o uso abusivo de álcool. A negação, mecanismo psicológico de defesa largamente empregado pelos usuários de álcool, foi fator bastante significativo para o abandono do tratamento.

Saidemberg (2001) informa sobre a alta aceitação social do consumo de bebida alcoólica de forma moderada e ocasional e do seu uso em comemorações. Reflete ainda, que a aceitação individual ou do grupo cultural quanto ao consumo excessivo pode influenciar no processo de negação da dependência de bebidas alcoólicas em função da desaprovação social do beber excessivo. Acredita-se que a negação seja bastante prejudicial para a identificação de casos de alcoolismo contribuindo para o diagnóstico tardio e prejuízos sofridos.

Segundo Marot (2004), as iniciativas pessoais para interromper o consumo abusivo de álcool “resultam em fracassos visto que a dependência de álcool é um fenômeno complexo, multicausal, de características biopsicossociais”. Harazim (1997) afirma: “a negação é parte integrante da doença e o maior obstáculo para a recuperação do problema do alcoolismo”.

A recaída (voltar a beber depois de ter se tornado dependente e parado o uso de álcool) é bastante alta e, aproximadamente, 90% voltam a consumir bebida alcoólica nos 4 anos seguintes à interrupção, caso não haja algum tipo de acompanhamento (MAROT, 2004).

Especialistas relatam que a recaída acontece antes da própria ingestão de fato, pois ocorre primeiro emocionalmente quando o alcoolista sente-se mais irritado e agressivo. O período descrito como de maior risco é dos seis meses de abstinência aos três primeiros anos (HARAZIM, 1997).

Quanto às conseqüências causadas pelo consumo abusivo de álcool observou-se que 6 (seis) entrevistados não souberam responder. A conseqüência física mais informada foi derrame, 3 (três) entrevistados. No que diz respeito às conseqüências psicológicas, tristeza foi citada por 7 (sete) entrevistados e depressão por 3 (três). As brigas estiveram presentes no relato de 5 (cinco) entrevistados como conseqüência sociais. (Quadro 1)

Quadro 1 – Distribuição numérica dos 19 entrevistados segundo a freqüência das conseqüências causadas pelo consumo abusivo de álcool. Barra do Corda – MA, 2008.

<b>VARIÁVEL</b>	<b>f</b>
Não souberam responder	06
<b>CONSEQÜÊNCIAS FÍSICAS</b>	
Derrame	03
Convulsão	02
Cefaléia	02
Vertigem	02
Diabetes	02
Cirrose	01
Parada cardíaca	01
Inapetência	01
Insônia	01
<b>CONSEQÜÊNCIAS PSICOLÓGICAS</b>	
Tristeza	07
Deprimidos	03
Desconfiança	02
Nervosismo	02
Agressividade	01
Alucinações	01
Diminuição do senso crítico	01
Ideação suicida	01
Delírio persecutório	01
Agitação	01
Auto-estima reduzida	01
Alteração da memória	01
<b>CONSEQÜÊNCIAS SOCIAIS</b>	
Brigas	05
Preconceito	03
Descrédito	03
Conflitos	02
Dificuldade financeira	01
Abandono	01
Acidente	01

A variabilidade dos efeitos provocada pelas drogas e álcool em diferentes indivíduos sugere a contribuição de fatores orgânicos, socioculturais e de personalidade. Cita-se ainda o fato de diferentes pessoas com mesmo grau de

intoxicação apresentar diferentes condutas e respostas emocionais (CHALUB; TELLES, 2006).

Segundo reportagem realizada por Harazim (1997), 30% das pessoas que fazem uso de álcool irão desenvolver algum tipo de problema físico (como gastrite, crises convulsivas, insônia formigamento, derrames, hipertensão, tremores, úlcera, dentre outros), problemas sociais (legais, ocupacionais, exclusão, brigas, separação, acidentes de trânsito e violência doméstica) e/ou psicológicos (alucinações, delírios, pânico).

Harazim (1997) acrescenta que no início do consumo não é possível distinguir o bebedor social de um futuro alcoolista visto que há fatores psicoemocionais e questões fisiológicas que contribuem para o desenvolvimento do alcoolismo. Confirma a idéia do usuário de álcool quando reflete sobre a vida real “o que sobra para o alcoólatra é o deprimente papel de bobo da corte. Ele pensa que está se divertindo, mas está apenas divertindo os outros”.

As conseqüências relacionadas ao alcoolismo provocam alteração do sistema nervoso, do aparelho digestivo, complicações neurológicas, pulmonares, hematológicas, diminui a potência sexual entre outros. (ACADEMIA LETRAS BRASIL, 2008; MAROT, 2004; CALHEIROS, 2007).

Fassoli et al (2007, p.05) argumentam que a problemática do alcoolismo constitui-se atualmente como um grave problema de saúde pública “que acarreta prejuízos sobre o convívio familiar, a comunidade, e, sobretudo, o próprio usuário”. Desta forma, o uso de álcool e suas conseqüências passaram a ser preocupação e objeto de pesquisa ao longo do último século.

Quadro 2 - Distribuição numérica dos 19 entrevistados segundo freqüência das perdas ocorridas devido ao consumo de álcool. Barra do Corda - MA, 2008.

<b>VARIÁVEL</b>	<b>f</b>
<b>PERDAS</b>	
Não houve	09
Desemprego	04
Separação	04
Óbitos	04

Com relação às perdas ocorridas devido o consumo abusivo de álcool evidenciou-se que 9 (nove) pessoas não relataram nenhuma perda, enquanto que

desemprego, separação e óbitos foram citados com a mesma frequência, ou seja, 4 (quatro) indicações, respectivamente.

No estudo realizado por Miranda et al (2006, p.04) observou-se que o uso abusivo de álcool provoca grandes problemas no processo saúde-doença do indivíduo, família e sociedade. Ou seja, “promove prejuízos não calculados contribuindo para a redução das condições e qualidade de vida para o usuário e seus familiares, incapacidades biopsicossociais com perdas produtivas, sociais, afetivas e familiares”.

Com relação à saúde mental, pode comprometer as funções intelectuais, a memória, a percepção e a crítica. Os efeitos provenientes do uso abusivo do álcool favorecem o comprometimento do convívio familiar e laborativo (ACADEMIA LETRAS BRASIL, 2008; MAROT, 2004; CALHEIROS, 2007).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo caracterizou os usuários de álcool do município de Barra do Corda, servindo de auxílio a futuras pesquisas epidemiológicas sobre o abuso de drogas no qual observou-se que a adolescência foi a fase de desenvolvimento mais citada para início do uso de álcool, sendo os amigos maiores incentivadores e a grande parte dos entrevistados relatou antecedentes familiares consumindo álcool abusivamente, os bares são os locais mais apontados para o consumo e o uso de outras drogas esteve consideravelmente presente no relato dos participantes da pesquisa.

A dificuldade em conceituar alcoolismo permeou grande parte dos entrevistados, bem como a aceitação em relação à doença, refletidos nas significativas conseqüências individuais e coletivas do abuso de álcool, favorecendo agravos com diagnósticos tardios (participantes com até 40 anos de consumo).

O acompanhamento no CAPS contribuiu para a redução do consumo do álcool propiciando melhor qualidade de vida dos usuários e diminuindo o impacto das conseqüências do abuso que provocaram seqüelas físicas, psicológicas e sociais.

Conclui-se que a questão do alcoolismo exige a continuidade de estudos e a necessidade de ampliar as estratégias de prevenção e medidas educativas visando minimizar os danos físicos, psíquicos e sociais ao indivíduo, assim como os prejuízos à sociedade na qual se possa perceber a individualidade do ser humano

como possuidor de semelhanças e diferenças, com uma historicidade singular, e que vive em constante transformação sendo capaz de modificar e ser modificado pelo ambiente.

## REFERÊNCIAS

ABREU, Kátia Ricadi de. **Álcool e qualidade de vida**. 2000, p.01. Disponível em: <http://www.psyconet.Org.br> Acesso em: 29 fev. 2008.

ACADEMIA LETRAS BRASIL. **Alcoolismo**. Disponível em: <http://www.portalfarmacia.com.br/farmacia/principal/conteudo.asp?id=1340>  
>Acesso em: 2 maio. 2008.

ALMEIDA, L. M. de; COUTINHO, E. da S. F. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.27, n.1, fev. 1993. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101993000100004](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101993000100004)> Acesso em: 7 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2.ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BÍBLIA. Gênesis. Português. **Bíblia Sagrada**. Tradução portuguesa da versão francesa dos originais gregos, hebraico e aramaico, traduzidos pelos Monges Beneditinos Maredsous (Bélgica). 160. ed. São Paulo: Ave Maria, 2004. p. 56.

CALHEIROS, Martha. **Impactos psicossociais do alcoolismo em homens adultos na sua relação conjugal**. 2007. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/portal>> Acesso em: 02 maio. 2008.

CEBRID. Departamento de Psicobiologia. UNIFESP. **II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**. São Paulo, 2005

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Departamento de Psicobiologia. UNIFESP. **V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo, 2004.

CHALUB, M.; TELLES, L. E. de B. Álcool, drogas e crime. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2006. Disponível em: [http://www.rbpbrasil.org.br/portal/artigos/texto-integral/artigos/alcool-drogas\\_e\\_crime/](http://www.rbpbrasil.org.br/portal/artigos/texto-integral/artigos/alcool-drogas_e_crime/)> Acesso em: 30 abr. 2008.

COSTA, J. S. D. da et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.2, abr. 2004.

Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000200019](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000200019) Acesso em: 7 jun. 2008.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E. J.; COOK, C.C.H. **O tratamento do alcoolismo**: um guia para profissionais de saúde. 4. ed. Porto Alegre: Artemed, 2005.

FASSOLI, K. F.; MIGUEL, S. P.; KODA, M. S. M. Y. Um brinde à vida: educando para a comunidade: alcoolismo e dependência química. **Psicologia. com.pt - O Portal dos Psicólogos**. 2007. Disponível em: [http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver\\_artigo.php?codigo=A0389](http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0389) Acesso em: 2 maio. 2008.

GIGLIOTTI, Analice; BESSA, Marco Antônio. Síndrome de dependência ao álcool: critérios diagnósticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, supl. 1, p. 11-3, 2004.

HARAZIM, Dorrit. A crua realidade do alcoolismo. **Revista Veja**. 1997. Disponível em: <http://www.vejaonline.abril.com.br/noticia/servlet/newstorm.ns.presentation.NavigationServlet> Acesso em: 02 maio. 2008.

JESUS, E. H. **Investigação, alcoolismo e exercício profissional**. Jornal da Madeira, jan., 2007. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/> Acesso em: 7 jun. 2008.

LARANJEIRA, Ronaldo; PINSKY, Ilana. **O alcoolismo**. 7. ed. São Paulo, SP: Contexto, 2001.

MACEDO, Paulo Roberto Aranha de. **Adolescência e fatores de risco e proteção para o uso indevido de álcool**. Disponível em: [http://www.uniad.org.br/independencia/ado\\_fatoresrisco.htm](http://www.uniad.org.br/independencia/ado_fatoresrisco.htm) > Acesso em: 30 abr. 2008.

MAGNABOSCO, Molise de Bem; FORMIGONI, Maria Lúcia Oliveira de Souza; RONZANI, Telmo Mota. Evaluation of the patterns of alcohol consumption at primary health care services in Juiz de Fora and Rio Pomba (MG). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.10, n. 4, 2007.

MARÍN-LEÓN, Leticia; OLIVEIRA, Helenice Bosco de; BOTEGA, Neury José. Mortalidade por dependência de álcool no Brasil: 1998 - 2002. **Psicologia em Estudo**, v.12, n. 1, 2007.

MAROT, Rodrigo. **Alcoolismo**: transtornos relacionados por semelhança ou classificação. 2004. Disponível em: <http://www.psicosite.com.br/tia/drg/alcoolismo.htm> > Acesso em: 2 maio de 2008.

MIRANDA, F. A. N.; SIMPSON, C. A.; AZEVEDO, D. M.; COSTA, S. S.O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso do álcool na convivência familiar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.08, n. 02, p. 222-232, 2006. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a07.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a07.htm) > Acesso em: 2 maio. 2008.

NASCIMENTO, Pedro Francisco Guedes do. **Não-provedores: desemprego e alcoolismo masculino em comunidades de baixa renda**. Belo Horizonte, 2005. Disponível em:

<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/outros/FamPolPublicas/PedroNascimento.pdf> Acesso em: 2 maio. 2008.

OLIVEIRA, A. L. C. O papel da família na prevenção primária precoce do uso abusivo e dependência de drogas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 25, n.3, jul./set. 2001.

OLIVEIRA, E. R. de; LUIS, M. A. V. Distúrbios relacionados ao álcool em um setor de urgências psiquiátricas. Ribeirão Preto, Brasil (1988-1990). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 1996. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?interrogaoscript=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000100002&ing-pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?interrogaoscript=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100002&ing-pt&nrm=iso) Acesso em: 2 maio 2008.

OYACER, A. M.; ÑANCO, J. Alcoholismo y etnia: criticas y propuestas. In: SALGADO, M. S.; MELLA, I. J. (org.). **Salud, cultura y territorio: bases para una epidemiologia intercultural**. Lincanray: Ministerio de Salud Chile, 1998. p. 35-43.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PINTON, Fabio A.; BOSKOVITZ, Eduardo P.; CABRERA, Eliana M. S. Uso de drogas entre os estudantes de medicina da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, no ano de 2002. *Arq Ciênc Saúde*, p. 91-96, abr-jun. 2005. Disponível em: [http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/Vol-12-2/6.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-12-2/6.pdf). Acesso em: 7 jul. 2008.

PRIMO, N.L.; STEIN, A.T. Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): um estudo transversal de base populacional. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, p. 280-286, set./dez. 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n3/en\\_v26n3a05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n3/en_v26n3a05.pdf). Acesso em: 7 jun. 2008.

SAIDEMBERG, Silvio. **Alcoolismo**. 2001. Disponível em: <http://www.geocities.com/Athens/Agora/9308/alcoholism.html> Acesso em: 2 maio. 2008.

SAWICKI, W.C. et al. Análise dos pacientes portadores de Síndrome de Abstinência Alcoólica submetidos a desintoxicação ambulatorial por enfermeiras. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v.9, n.3, p.38-46, 1996.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **SUPERA – Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas**: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Brasília, 2006.

SILVA, Izabel Santos da; DANTAS, Maria Aparecida Araújo. **Uso de maconha e álcool por adolescentes atendidos nos ambulatórios de álcool e drogas do Estado em São Luis – MA**. 2006. 60 f. Trabalho de Conclusão de Curso

(Graduação em Enfermagem) – Centro Unificado do Maranhão, São Luís, 2006.

SILVA, Surama Maria Ferreira da. **O modelo de família patriarcal influenciando na constituição do sujeito.** 2003. 48 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2003.

SOLDERA, M.; DALGALARRONDO, P.; FILHO, H. R. C.; Silva, C. A. M. Uso pesado de álcool por estudantes dos ensinos fundamental e médio de escolas centrais e periféricas de Campinas (SP): prevalência e fatores associados. **Revista de Psiquiatria**, São Paulo, p.174-179, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n3/a07v26n3.pdf> Acesso em: 7 jul. 2008.

SOUSA, Igor. **Drogas.** Disponível em: <http://www.coladaweb.com/medicina/drog.htm> Acesso em: 10 maio. 2007.

STRAUS, Robert; BACON, Selden. **Drinking in college.** New Haven: Yale University Press, 1953.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

QUESTIONÁRIO

1. Idade: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_
2. Sexo: Masculino( ) Feminino( )
3. Escolaridade: ( ) Não Alfabetizados ( ) Fundamental Incompleto ( )  
Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo  
( ) Ensino Superior incompleto ( ) Ensino Superior completo ( )  
Outros \_\_\_\_\_
4. Estado civil ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Separado ( ) Outro. Qual?  
\_\_\_\_\_
5. Qual sua profissão? Trabalha atualmente?
- 6 Qual a renda familiar? ( ) Sem renda ( ) 1 a 2 Salários mínimos ( ) 3 a 4 Salários  
mínimos ( ) Outro. Qual?  
\_\_\_\_\_
7. O que é alcoolismo para você?  
\_\_\_\_\_
8. Com quantos anos iniciou o consumo de álcool? Com quem?
9. Sua família sabe que você consome bebida alcoólica?
10. A quanto tempo você faz uso de álcool? O que o levou ao consumo de álcool?
11. Faz uso de álcool atualmente? ( ) Sim ( ) Não
12. Existem outras pessoas na sua família que fazem uso abusivo de álcool?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei Quantas? \_\_\_\_\_  
Parentesco? \_\_\_\_\_
13. Você já consumiu outro tipo de droga além do álcool?
14. Quais os lugares onde você consome álcool? ( ) Residência ( ) Bares  
( ) Boates ( ) Casa de amigos ( ) Outros
15. O que o fez iniciar o tratamento no CAPS?
16. Continua em acompanhamento no CAPS? ( ) Sim ( ) Não

17. Participa do AA (Alcoólicos Anônimos)?    (    ) Sim                      (    ) Não

18. Você sabe quais as conseqüências físicas, psicológicas e sociais que o consumo freqüente de álcool pode causar?

19. Quais as perdas ocorridas devido o consumo do álcool (desemprego, separações, óbitos, dentre outras)?

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓ-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Orientadora: Profa. Janete Valois Ferreira Serra

End.: . CEP: 65.000-00 São Luís/MA.

Fone: (98) 9128-9859 e-mail: [janete\\_valois@yahoo.com.br](mailto:janete_valois@yahoo.com.br)

Pesquisadores: Ana Cristina Maninho Valença e Silva, José Ribamar Santos Bomfim e Surama Maria Ferreira da Silva.

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa/UFMA: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira

End. Comitê: Avenida dos Portugueses S/N Campus do Bacanga Prédio CEB Velho Bloco C Sala 07 CEP: 65.080-040 São Luís/MA. Telefone: (98) 2109-8708.

**CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL ATENDIDOS NO CAPS II DO  
MUNICÍPIO DE BARRA DO CORDA – MA**

Prezado (a) Sr.(a), estamos realizando um estudo referente a caracterização dos usuários de álcool atendidos no CAPS II do município de Barra do Corda – MA. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para o(a) Sr.(a) que nos ajudará a conhecer melhor a realidade dos usuários de álcool atendidos no CAPS do referido município.

A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se o Sr. (a) quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. O (a) Sr. (a) poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Agradecemos muito a sua colaboração.

Convidamos você para participar da pesquisa acima mencionada. Fui esclarecido (a) e entendi as explicações que me foram dadas; darei informações sobre as condições de vida, moradia e de saúde. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal. Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

Barra do Corda,    /    /

---

Assinatura e carimbo do  
Pesquisador responsável

---

Sujeito da pesquisa

Secretaria Municipal de Saúde. Rua Benedito Leite S/N Centro.  
CEP: 65. 950-000 Barra do Corda/MA.