

Curso de Capacitação Dependência Química



Módulo 3: Álcool e outras drogas

Unidade 2.1 ÁLCOOL



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – *Natalino Salgado Filho*

Vice-Reitor – *Antonio José Silva Oliveira*

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – *Fernando de Carvalho Silva*

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – *Nair Portela Silva Coutinho*

COMITÊ GESTOR - UNASUS / UFMA

COORDENADORA GERAL

Ana Emília Figueiredo de Oliveira

COORDENADOR ADJUNTO

Eurides Florindo Castro Jr.

COORDENADORA DO CURSO

Christiana Leal Salgado

COORDENADOR DE COMUNICAÇÃO

João Carlos Raposo Moreira

COORDENADOR DE DESIGN

Hudson Francisco de A. C. Santos

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

Rômulo Martins

COORDENADORA PEDAGÓGICA

Patrícia Maria Abreu Machado

COORDENADORA TUTORIA

Maiara Marques Leite

COORDENADORA EXECUTIVA

Fátima Gatinho

PRODUÇÃO

REVISÃO ORTOGRÁFICA

João Carlos Raposo Moreira

REVISÃO TÉCNICA

Christiana Leal Salgado

DESIGN GRÁFICO

Douglas Brandão França Junior

DESIGN INSTRUCIONAL

Cácia Campos

ORGANIZADORES

Ana Emília Figueiredo de Oliveira

Christiana Leal Salgado

Hermano Tavares

Patrícia Maria Abreu Machado

Raissa Bezerra Palhano

Ricardo Abrantes do Amaral

Rodrigo da Silva Dias



Dependência Química

**CAMILA MAGALHÃES SILVEIRA
ERICA ROSANNA SIU**

Copyright @ UFMA/UNASUS, 2013

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.

Universidade Federal do Maranhão - UFMA
Universidade Aberta do SUS - UNASUS

Praça Gonçalves Dias No 21, 1º andar, Prédio de Medicina (ILA)
da Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Site: www.unasus.ufma.br

Adaptação:

Raissa Bezerra Palhano

Normalização:

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva. CRB 13ª Região Nº Registro – 453.

Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA

Álcool e outras drogas /Camila Magalhães Silveira; Erica Rosanna Siu. - São Luís, 2013.

17f. : il.

1. Substâncias psicoativas. 2. Álcool. 3. Uso abusivo. 4. UNASUS/UFMA. I. Oliveira, Ana Emília Figueiredo de. II. Salgado, Christiana Leal. III. Tavares, Hermano. IV. Machado, Patrícia Maria Abreu. V. Palhano, Raissa Bezerra. VI. Amaral, Ricardo Abrantes do. VII. Dias, Rodrigo da Silva. VIII. Título.

Autores

Camila Magalhães Silveira

Psiquiatra. Doutora em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da FMUSP. Pesquisadora do Programa Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GRE-IPq-HC- FMUSP). Pesquisadora do Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica do Departamento e Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP (NEP-IPq-HC-FMUSP). Membro do Alcohol Medical Scholar Program, University of San Diego.

Erica Rosanna Siu

Biomédica. Mestre e Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Farmacologia, UNIFESP. Pesquisadora do Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica do Departamento e Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP. Pesquisadora Sênior do Centro de informações sobre Saúde e Álcool (CISA).

Apresentação

A Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) é um programa desenvolvido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde (MS), que cria condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas e serviços de saúde e gestão do SUS, destinada a atender as necessidades de formação e educação permanente do Sistema Único de Saúde seguindo um modelo de programa interfederativo. A Universidade Federal do Maranhão – UFMA, por meio da UNA-SUS, e em parceria com o Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-FMUSP), estão associando as tecnologias educacionais interativas e os recursos humanos necessários para disponibilizar a este curso ferramentas educacionais de alta qualidade, que auxiliem e enriqueçam o dinamismo do ensino e da aprendizagem.

Este livro faz parte do Curso de Capacitação em Dependência Química, disponibilizado no modelo Ensino a Distância (EaD), destinado aos profissionais de saúde que atuam no CAPS, PSF, NASF e nos demais dispositivos da Rede de Assistência a Saúde Mental do SUS. É uma iniciativa pioneira que abrange diversas áreas da Saúde Mental, utiliza tecnologias educacionais como ferramentas de aprendizado para disponibilizar um programa de qualificação profissional, contribuindo, no exercício de sua prática, novas habilidades e competências adequadas as novas demandas profissionais.

A rede colaborativa, proposta pela UNA-SUS, é uma rede compartilhada de apoio presencial e a distância, responsável pelo processo de aprendizagem em serviço e intercâmbio de informações acadêmicas que objetiva a certificação educacional compartilhada. Dessa forma, é possível levar a cada profissional de saúde oportunidades de novos aprendizados com a utilização de material auto-instrucional, cursos livres e de atualização, cursos de aperfeiçoamento, especialização e até mesmo mestrados profissionais. Esperamos que você, leitor, aprecie este material que foi elaborado visando, especialmente, o seu aperfeiçoamento profissional. Vamos juntos construir uma nova era de Saúde Mental.

Seja bem-vindo a este curso!

Ana Emília Figueiredo de Oliveira, Ph.D.

Coordenadora Geral UNA-SUS/UFMA

Christiana Leal Salgado, MSc

Coordenadora dos Cursos- Saúde Mental UNA-SUS/UFMA

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	9
2 - CONCEITOS E PADRÕES DE USO	10
2.1 - Aspectos neurobiológicos da dependência química.....	11
2.2 - Aspectos farmacocinéticos da dependência química.....	11
3 - TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DO ÁLCOOL.....	11
3.1- Intoxicação alcoólica.....	11
3.2 - Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA).....	11
3.3 - Convulsões.....	11
3.4 - Alucinações.....	12
3.5 - Delirium tremens (DT).....	12
3.6 - Síndrome de WernickeKorsakoff (SWK).....	12
3.7 - Transtorno Psicótico induzido pelo álcool.....	13
3.8 - Síndrome amnésica ou episódios de amnésia induzidos pelo álcool.....	13
3.9 - Transtorno Psicótico Residual de Início Tardio.....	13
3.10 -Síndrome de Alcoolismo Fetal.....	13
4 - COMORBIDADES.....	13
5 - O PAPEL DA FAMILIA.....	14
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	14
REFERÊNCIAS.....	15

1 - INTRODUÇÃO

O uso abusivo de bebidas alcoólicas é um importante problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a cada ano cerca de 2 bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas o que corresponde a 40% da população mundial acima de 15 anos de idade e cerca de 2 milhões de pessoas morrem em decorrência das consequências negativas desse uso (WHO, 2009).

O álcool é responsável por cerca de 60% dos acidentes de trânsito e aparece em 70% dos laudos cadavéricos das mortes violentas (LARANJEIRA et al., 2003). Além disso, o consumo do álcool está relacionado a mais de 60 tipos de doenças e lesões. No Brasil, a maior parte das pessoas é abstêmia (não consome bebida alcoólica) ou consome o álcool de forma leve ou moderada, o que corresponde a aproximadamente 1 a 3 doses por dia (WHO, 2009). Por outro lado, um a cada quatro indivíduos faz uso do álcool de maneira pesada, e esse uso pode gerar prejuízos agudos e crônicos à saúde, incluindo dependência do álcool, câncer e cirrose. O impacto do uso do álcool sobre a saúde está vinculado a múltiplos fatores, que podem ser agrupados em 3 dimensões (SILVEIRA, 2010; SILVEIRA et al., 2011):

1) dimensão individual que envolve aspectos como:

- quantidade e frequência com que o álcool é consumido;
- padrões de consumo (por ex., beber pesado episódico e o padrão binge);
- tipo e a qualidade da bebida alcoólica consumida.

(2) fatores sociais relacionados ao beber:

- cultura para beber;
- políticas de saúde ligadas ao uso do álcool;
- contexto do beber;

(3) dimensão sociodemográfica que inclui:

- gênero; etnia; idade; estado civil;
- ocupação; grau de instrução; nível socioeconômico.



No que se refere ao item “idade” embora a legislação brasileira proíba a venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos, pesquisas mostram que o uso de álcool por jovens no país é um comportamento comum e evidenciado em 1 a cada 2 jovens brasileiros (CARLINI et al., 2005). Estima-se que o início do consumo de álcool no Brasil ocorra entre 13 e 15 anos de idade, e o início do consumo regular (consumo de, no mínimo 12 doses de álcool, no período de um ano) entre 14 e 17 anos (LARANJEIRA; PINSKY; ZALESKI, 2007).

Esses dados são preocupantes, uma vez que a adolescência é uma fase de transição para a vida adulta, fase em que acontecem mudanças físicas, psicológicas e sociais. Além disso, o Sistema Nervoso Central (SNC) ainda está em desenvolvimento e, conseqüentemente, mais suscetível aos danos causados pelo álcool. Um dado que corrobora essa afirmação é o fato de que quanto mais prematuramente a pessoa começa a fazer uso do álcool, maior é a chance de transição para o abuso e para a dependência.

De acordo com o I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras, 86% dos universitários já fizeram uso de álcool na vida, e 25% consumiram álcool nos últimos 30 dias no padrão *beber pesado episódico* - que corresponde ao consumo excessivo de álcool em um curto intervalo de tempo, o que expõe o indivíduo a uma série de riscos à saúde (ANDRADE; DUARTE; OLIVEIRA, 2010).

Estudos brasileiros, de abrangência nacional ou regional, que investigaram a prevalência do uso de álcool, *Alcohol Use Disorders* (AUD) e correlatos sociodemográficos, demonstraram, de modo consistente, que os homens consomem mais álcool do que as

mulheres em todas as idades e são mais propensos a desenvolver abuso e dependência. A faixa etária mostrou ser um fator importante, pois adultos jovens (18

- 39 ou até 44 anos de idade) estiveram mais expostos ao consumo de álcool, abuso e dependência (SILVEIRA et al., 2011; MORIHISA, 2007; PRIMO, 2004).

2 - CONCEITOS E PADRÕES DE USO

O Álcool é considerado uma substância psicotrópica, depressora do SNC,



Fonte: iconfinder.com

que age diretamente em diversos órgãos, tais como fígado, coração, vasos e estômago. Os sinais e sintomas da intoxicação alcoólica caracterizam-se por níveis crescentes de depressão

do sistema nervoso central. Inicialmente há sintomas de euforia leve, evoluindo para tonturas, ataxia (prejuízo da coordenação dos movimentos musculares), confusão, desorientação, atingindo graus variáveis de anestesia, entre eles o estupor e o coma. A intensidade da sintomatologia da intoxicação tem relação direta com a alcoolemia (concentração de álcool no sangue). O desenvolvimento de tolerância, a velocidade da ingestão, o consumo de alimentos e alguns fatores ambientais também são capazes de interferir nessa relação. Quando consumido de modo inadequado, a longo prazo, o álcool tem potencial de causar abuso e dependência.

Na avaliação inicial deve-se investigar o padrão de consumo, pois além de detectar os níveis de gravidade permite a observação dos rituais de uso, podendo auxiliar no estabelecimento de estratégias de mudanças (LARANJEIRA; PINSKY; ZALESKI, 2007). Quadro 1- Quantidade de Álcool Puro nas diversas bebidas alcoólicas.

Tipo de bebida	Porcentagem de álcool (%)	Gramas de álcool	Unidades de álcool
Cerveja – 350 ml (lata)	5	17	1,7
Cerveja – 600 ml (garrafa)	5	30	3
Chopp – 200 ml	5	10	1
Chopp – 300 ml	5	15	1,5

Vinho – 200 ml (copo)	12	24	2,4
Vinho – 750 ml (garrafa)	12	90	9
Destilados – 50 ml (1 dose) aguardente, whisky, vodka	40	20	2
Destilados – 750 ml	40	400	40

Fonte: FIGLIE, N.B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. (2004)

Os principais padrões de consumo de álcool mencionados na literatura científica são (WHO, 2011):

a) Uso Moderado

Este padrão corresponde a um uso moderado em termos de quantidade e que não costuma causar problemas ao indivíduo. Embora este seja considerado um padrão de uso que não ocasiona prejuízos, cerca de 7% dos indivíduos que consomem álcool de modo moderado podem apresentar problemas (prejuízos no padrão do sono e prejuízos hepáticos em indivíduos predispostos).

b) Beber Pesado (BP)

O BP é definido em termos do consumo excessivo diário de certo volume de álcool (ex., três doses por dia) ou pelo uso de certa quantidade de bebida alcoólica por ocasião (ex. cinco doses por ocasião, ao menos 1 vez por semana) ou até mesmo pelo uso diário de álcool.

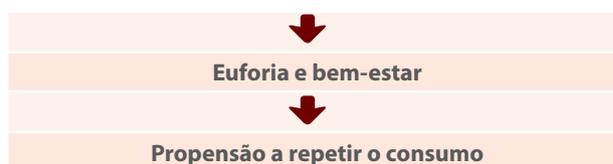
c) Beber Pesado Episódico (BPE)

É definido como o uso de 60g ou mais de álcool puro (aproximadamente 5 ou mais doses) em uma mesma ocasião. Este é um dos principais indicadores de consequências agudas do álcool, pois, frequentemente, expõe o bebedor a situações de risco, tais como:

- danos à saúde física;
- sexo desprotegido;
- gravidez indesejada;
- infarto agudo do miocárdio;
- overdose alcoólica;
- quedas;
- violência (incluindo brigas, violência doméstica e homicídios);
- acidentes de trânsito;
- comportamento antissocial (p. ex., na família e no trabalho);
- dificuldades escolares, tanto em jovens como na população em geral, aumentando os danos relacionados ao álcool (SILVEIRA, 2008).

d) Binge Drinking

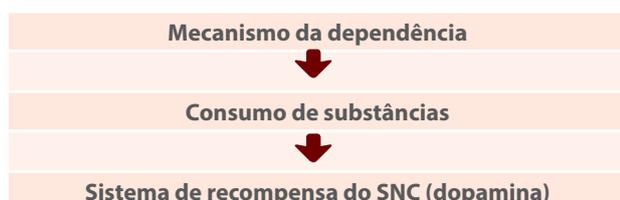
Padrão de consumo frequentemente confundido com o beber pesado episódico e consiste em uma exposição prolongada ao uso do álcool, em que o indivíduo vivencia episódios repetidos de embriaguez, geralmente durando dois dias ou mais. Nesse padrão de consumo, a busca da embriaguez é geralmente obtida em detrimento da realização das atividades habituais diárias do indivíduo.



Fonte: RIBEIRO (2002)

2.1 - Aspectos neurobiológicos da dependência química

A Dependência Química ocorre em homens e mulheres e em indivíduos de todas as classes socioeconômicas, sendo considerada uma doença cerebral crônica e recidivante. Existem inúmeros fatores que fazem com que o uso do álcool se transforme em uma doença/dependência, incluindo fatores ambientais, sociais, fisiológicos e genéticos. No que concerne a fatores fisiológicos, o sistema de estimulação e recompensa cerebral é uma estrutura essencial para o entendimento do desenvolvimento do abuso e da dependência de substâncias psicoativas. Veja abaixo como funciona o Sistema de Recompensa do SNC:



O circuito parece ser responsável pelo mecanismo de reforço agudo das substâncias, da memória e das respostas relacionadas à fissura e às mudanças da síndrome de abstinência (RIBEIRO, 2003).

Crônica: que tem longa duração.



Recidivante: doença que acontece de forma recorrente ou repetitiva.

SNC: sigla para Sistema Nervoso Central

2.2 - Aspectos farmacocinéticos da dependência química

De acordo com o Global Road Safety Partnership (2007), o nível de álcool no sangue é chamado alcoolemia e varia de acordo com:

- quantidade e o ritmo de consumo do álcool;
- quantidade de alimentos presentes no estômago;
- o tipo de bebida;
- o sexo;
- o peso;
- a saúde do fígado;
- a genética da pessoa, entre outros fatores.

3 - TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DO ÁLCOOL

3.1 - Intoxicação alcoólica



Os sinais e sintomas da Intoxicação Alcoólica caracterizam-se por níveis crescentes de depressão do SNC e podem ser compreendidos em detalhes a partir dos itens abaixo. Os principais sintomas são: "euforia, tontura, voz pastosa, ataxia, incoordenação motora, confusão e desorientação, podendo chegar ao coma" (GLOBAL ROAD SAFETY PARTNERSHIP, 2007).



A intensidade dos sintomas em um quadro de intoxicação alcoólica tem relação direta com a alcoolemia.

3.2 - Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA)

A SAA ocorre quando há diminuição ou interrupção do álcool usualmente consumido. Os sintomas iniciam dentro de 5 a 10 horas após a interrupção/diminuição da ingestão do etanol, com pico de intensidade no 2º ou 3º dia, e melhoram a partir do

quarto dia. São eles: “tremores, agitação, ansiedade, hiperestimulação do sistema nervoso autônomo (taquicardia, taquipnéia e aumento na temperatura corpórea), alterações de humor, náuseas, sudorese, vômitos e insônia” (GLOBAL ROAD SAFETY PARTNERSHIP, 2007).

A ansiedade, insônia e disfunção autonômica podem persistir em algum grau por até seis meses, o que pode contribuir para a recaída. Complicações da SAA incluem: convulsões, alucinações e *Delirium Tremens* (DT).

3.3 - Convulsões

As convulsões secundárias a quadros de abstinência alcoólica são, geralmente, do tipo tônico-clônicas (ou “grande mal”) e incidem nas primeiras 48 horas (com pico entre 13 e 24 horas) após a suspensão ou redução do consumo de álcool. O aparecimento de convulsões está associado a quadros mais graves de abstinência.



Tônico-clônicas ou “grande mal”

Significado: Na fase tônica, todos os músculos dos braços, pernas e tronco ficam contraídos. Em seguida, a pessoa entra na fase clônica e começa a sofrer contrações rítmicas, repetitivas e incontroláveis. Em ambas as situações, a saliva pode ser abundante e ficar espumosa.

3.4 - Alucinações

Consistem em alterações da sensopercepção. O paciente pode ver coisas, ouvir coisas, sentir cheiros diversos ou sentir animais rastejando sobre o seu corpo.

3.5 - Delirium tremens (DT)

Esta complicação grave e potencialmente letal da síndrome de abstinência alcoólica é vista em menos de 5% dos indivíduos dependentes de álcool, ocorre habitualmente, até 72 horas após a abstinência e parecem na forma de: confusão mental,

alucinações e delírios, tremores, febre (com ou sem sinais de infecção) e hiper-responsividade autonômica (como hipertensão, taquicardia e sudorese). São comuns alterações sensoperceptivas (alucinações e ilusões), sendo as alucinações visuais comuns, especialmente as microzoopsias. Delírios também são frequentes, em geral persecutórios e relacionados à desorientação têmporo-espaçial. Alterações do humor são usuais e variam desde intensa apatia até quadros de ansiedade intensa; a presença de alterações no ciclo sono-vigília é frequente. Quadros de *delirium* usualmente apresentam sintomas flutuantes, com piora significativa à noite.

3.6 - Síndrome de WernickeKorsakoff (SWK)

A Síndrome de WernickeKorsakoff (SWK), descrita como duas entidades distintas (Encefalopatia de Wernicke e Síndrome de Korsakoff), está ligada a deficiências vitamínicas, em especial de tiamina e outras vitaminas do complexo B. A Encefalopatia de Wernicke é uma complicação potencialmente fatal (mortalidade de 15% a 20%, se não tratada), composta por uma tríade:

- oftalmoplegia
- ataxia
- confusão mental

Os movimentos oculares podem consistir em nistagmo horizontal e vertical, fraqueza ou paralisia do músculo reto lateral e do olhar conjugado. A presença de todos esses sintomas não é necessária para o diagnóstico, e a recuperação é incompleta em 40% dos casos. A maioria dos pacientes (cerca de 80%) com encefalopatia de Wernicke também desenvolve Korsakoff, quadro caracterizado por amnésia retrógrada e anterógrada, desorientação e comprometimento da memória recente. Lesões nos corpos mamilares e núcleos talâmicos resultantes de deficiências vitamínicas e dos efeitos tóxicos diretos do álcool são frequentemente observadas.



Microzoopsias: Alucinações com imagens de pequenos animais.



Oftalmoplegia: Doença que ocasiona paralisia dos músculos dos olhos.

Ataxia: Perda da coordenação dos movimentos musculares voluntários.

Nistagmo: Oscilações repetidas e involuntárias de um ou ambos os olhos.

3.7 - Transtorno Psicótico induzido pelo álcool

Os pacientes desenvolvem tipicamente delírios paranoides (alteração do juízo da realidade e a pessoa acredita estar sendo perseguida) ou grandiosos (a pessoa sente-se muito poderosa) no contexto de um beber pesado, mas permanecem alertas e não manifestam qualquer confusão relacionada à consciência (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2004).

3.8 - Síndrome amnésica ou episódios de amnésia induzidos pelo álcool

Refere-se à perda de memória transitória que pode ser induzida pela intoxicação. Embora essas ocorrências sejam relatadas em cerca de dois terços ou mais dos indivíduos dependentes de álcool, estes episódios de amnésia alcoólica também são relativamente comuns em bebedores sociais após inci-

4 - COMORBIDADES

O termo indica a presença de uma entidade clínica adicional coexistindo ou ocorrendo durante o curso de uma doença de base, ou seja, a presença de dois ou mais transtornos mentais e/ou doenças clínicas existindo ao mesmo tempo.

A associação entre o transtorno mental e o transtorno devido ao uso de substâncias psicoativas, além de muito frequente, ocorre em taxas mais altas do que seria esperado, sendo que o número e a gravidade dos transtornos associados acompanham os estágios de uso, abuso e dependência das substâncias. Segundo Edwards (1999) os transtornos mais frequentes são:

- Depressão: o alcoolismo é uma causa importante da depressão. A abstinência do álcool alivia a de-

pressão. Uma pequena proporção de alcoolistas terá benefícios com antidepressivos, mas o beber problemático precisa ser tratado primeiro.

- Ansiedade: o álcool parece aumentar a ansiedade clínica em indivíduos dependentes de álcool que apresentam histórias prolongadas de beber pesado.

- Hipomania: acompanhando a elevação básica do humor (euforia), o estado hipomaniaco pode ser caracterizado por uma mistura considerável de irritabilidade, ansiedade e desconfiança. Ocasionalmente o paciente hipomaniaco pode achar que o álcool alivia elementos desagradáveis em seus sentimentos.

- Transtornos de Personalidade: ao trabalhar com

3.9 - Transtorno Psicótico Residual de Início Tardio

Consiste em uma alteração cognitiva, com diminuição global no funcionamento intelectual, capacidades cognitivas e memória. Tais problemas, relacionados a um rebaixamento geral do funcionamento cerebral, tendem a melhorar com a abstinência alcoólica (SEIBEL, 2000).

3.10 - Síndrome de Alcoolismo Fetal

As razões para a suscetibilidade à síndrome não são claras. Diferenças entre quantidade e padrão de ingestão de álcool, e fatores de vulnerabilidade específicos maternos, fetais ou genéticos, fazem de um feto mais ou menos suscetível aos efeitos à exposição do álcool no útero. Alguns dos fatores que podem contribuir para a síndrome incluem variações no tempo de exposição durante períodos críticos do desenvolvimento, quando o feto é mais suscetível aos efeitos maléficos do álcool (SEIBEL, 2000).

pressão. Uma pequena proporção de alcoolistas terá benefícios com antidepressivos, mas o beber problemático precisa ser tratado primeiro.

- Ansiedade: o álcool parece aumentar a ansiedade clínica em indivíduos dependentes de álcool que apresentam histórias prolongadas de beber pesado.

- Hipomania: acompanhando a elevação básica do humor (euforia), o estado hipomaniaco pode ser caracterizado por uma mistura considerável de irritabilidade, ansiedade e desconfiança. Ocasionalmente o paciente hipomaniaco pode achar que o álcool alivia elementos desagradáveis em seus sentimentos.

- Transtornos de Personalidade: ao trabalhar com

problemas com bebida deve-se perceber a relevância da personalidade para um entendimento da gênese do beber e para o tratamento do beber excessivo e dependência. A personalidade tem múltiplas dimensões, sendo influenciada por fatores genéticos, ambientais e culturais.

- Transtornos Alimentares: os transtornos mais comuns do peso corporal que podem resultar do beber excessivo são a obesidade (devido ao elevado conteúdo calórico do álcool) e por outro lado, a perda do peso e má nutrição em decorrência da

negligência dietética que frequentemente acompanha o beber pesado.

- Esquizofrenia: diversos estudos apontam índices elevados de problemas com álcool nos indivíduos com esquizofrenia. Foi postulado que os esquizofrênicos usam o álcool para lidar com o estresse associado a sua doença. Os esquizofrênicos com problemas de álcool podem ser mais propensos à violência.

5 - PAPEL DA FAMÍLIA



O alcoolismo estará inevitavelmente inserido em uma rede de interações familiares. O beber pesado e proble-

mático influencia o comportamento do cônjuge, que, por sua vez, influencia o comportamento do alcoolista. Além disso, os filhos também estão envolvidos neste processo e participam ativamente (EDWARDS, 1999). Existem evidências de que a extensão em que esses rituais familiares são influenciados pelo álcool é importante não apenas para se

determinar o ajustamento satisfatório daquela família diante do alcoolismo crônico, mas também o risco de alcoolismo na próxima geração (EDWARDS, 1999).

É necessário que os pais ou familiares participem da vida do alcoolista e fiquem atentos diante de mudanças comportamentais abruptas, como **isolamento, irritabilidade, labilidade do humor ou prejuízo no desempenho do trabalho**, que podem ser indicativos de complicação ou retomada no padrão de uso. A participação da família é essencial, visto que o dependente precisa de apoio para superar as dificuldades e estabelecer um novo modo de vida sem o uso do álcool.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verifica-se que os Transtornos Relacionados ao Uso do Álcool são complexos e multifatoriais e que, por conta disso, demandam discussão e cuidados de diferentes setores na nossa sociedade, dentre eles, Saúde, Economia e Política.

No que concerne à saúde, a abordagem interdisciplinar é essencial para que se lide de maneira mais adequada com esse importante problema de saú-

de pública. Ações integradas e complementares, baseadas em evidências científicas, sustentáveis e, principalmente, eficazes somente poderão ser desenvolvidas e implementadas se instituições de diferentes setores contribuírem, ao lado da sociedade. Nesse aspecto, unem-se tratamento, prevenção e desenvolvimento educacional e social.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A.G.;DUARTE, P.C.A.V.;OLIVEIRA, L.G. **I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

CARLINI, E.A. et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. Brasília, DF: SENAD, 2005.

FIGLIE, N.B.;BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004.

GLOBAL ROAD SAFETY PARTNERSHIP. **Beber e dirigir**: manual de segurança viária para profissionais de trânsito e saúde. Genebra, 2007.

LARANJEIRA, R. et al. **Usuários de substâncias psicoativas**: abordagem, diagnóstico e tratamento. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Associação Médica Brasileira, 2003.

_____; ZIGLIE,N.B.; BORDIN,S. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2010.

_____; PINSKY, I.; ZALESKI, M. R. C. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2007.

LARANJEIRA, R. et al. Alcohol use patterns among Brazilian adults. **Rev Bras Psiquiatr.**, v.32, n.3, p.231-41, sep. 2010.

MORIHISA, R.S.; BARROSO, L.P.; SCIVOLETTO, S. Labeling disorder – the relationship between conduct problems and drug use in adolescents. **Rev Bras Psiquiatr.** 2007 Dec;29(4):308-14.

PRIMO, N.; STEIN A. Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): um estudo transversal de base populacional. **Rev Psiquiatr. Rio Gd Sul.**2004;26:280-6.

RIBEIRO, Marcelo. **Neurobiologia da dependência química**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2003. Disponível em:<<http://www.uniad.org.br/desenvolvimento>.

SEIBEL, S.D. **Dependência de drogas**. São Paulo: Ateneu, 2000.

SILVEIRA, C.M. **Preditores sociodemográficos das transições entre os estágios do uso de álcool (uso na vida, uso regular, abuso e dependência) e remissão dos transtornos relacionados ao uso do álcool na população geral adulta residente na região metropolitana de São Paulo**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010.

SILVEIRA, C.M. et al. Sociodemographic correlates of transitions from alcohol use to disorders and remission in the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. **Alcohol and Alcoholism**, p.19, 2011.

SILVEIRA, C.M. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Rev Psiquiatr.**, v.35, n.1, p.31-8, 2008.

WHO. **Mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. 2009.

WHO. **Global status report on alcohol and health**. 2011.

Leitura Complementar:

ALMEIDA-FILHO, N.etal. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. **SocSci Med.**, v.59, n.7, p.1339-53, oct. 2004.

BRASIL. Presidência da República. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 2013. Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/RET/rlei-8069-90.pdf>. Acesso em: 25 set. 2013.

FEINSTEIN, A.R. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. **J Chronic Dis.**, n. 23, p.455-68, 1970.

GRIFFITH, E.; MARSHALL, E.J.; COOK, C.C.H. **O Tratamento do alcoolismo**: um guia para profissionais da saúde. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

KALAYDJIAN, A. et al. Sociodemographic predictors of transitions across stages of alcohol use, disorders, and remission in the National Comorbidity Survey Replication. **Compr Psychiatry**, v.50, n.4, p.299-306, jul./aug. 2009.

KESSLER, R.C. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Arch Gen Psychiatry**, v.62, n.6, p.593-602, 2005.

MENDOZA-SASSI, R.A.; BERIA, J.U. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. **Addiction**, v.98, n.6, p.799-804, jun. 2003.

MOREIRA, L.B. et al. Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a southern Brazilian city: a population-based survey. **J Stud Alcohol.**, v.57, n.3, p.253-9, mayo. 1996.

SALLOUM, I.M. et al. Patient characteristics and treatment implications of marijuana abuse among bipolar alcoholics: results from a double blind, placebo-controlled study. **Addict Behav.**, v.30, n.9, p.1702-8, 2005.

SILVEIRA, C.M. Gender differences in drinking patterns and alcohol related problems in a Community Sample Of Sao Paulo - Brazil. **Clinics**, 2011.

SWENDSEN, J. Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. **Addiction**, v.105, n.6, p.1117-28, 2010.

WHO. **Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization**. 2011. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/.