

ALCOOLISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O PAPEL DO MÉDICO NA PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E CONTINUIDADE DO TRATAMENTO.

Alcoholism in primary: Physician's role in the prevention, diagnosis and treatment of continuity.

Ribeiro Amorim Leandro*

RESUMO

O alcoolismo é uma doença de difícil controle que se dissemina ao longo dos anos, apesar de medidas governamentais de intervenção, soma-se ainda o preconceito e a dificuldade de se criar uma rede de apoio familiar ao usuário. O trabalho vigente, tenta abordar de forma facilitada, onde o médico inserido no programa de saúde da família pode atuar, para que medidas simples de intervenção e seguimento possam se tornar efetivas no controle desta moléstia que nos assombra desde a antiguidade.

Palavras chave: Alcoolismo; Cuidados Primários de Saúde; Abordagem do Médico no PSF

ABSTRACT

Alcoholism is a disease difficult to control that spreads over the years, despite government intervention measures, sum up still prejudice and the difficulty of creating a network of family support to the user. The current work attempts to address an easier way where the doctor inserted in the family health program can act so simple intervention measures and follow-up may become effective in controlling this disease that haunts us since antiquity.

Key Words: alcoholism; Primary Health Care; Medical approach in PSF

INTRODUÇÃO

Apesar de diversas campanhas, muitas de forte impacto na mídia, o alcoolismo ainda se mostra uma doença importante em território nacional. Urge uma abordagem diferenciada, pois o alcoólatra não prejudica apenas a si mesmo, temos observado o impacto do álcool na família e comunidade que possuem uma vítima do álcool. Mostrou-se necessário desenvolver estratégias de enfrentamento do alcoolismo de forma simples e prática, que pudesse ser executada a partir da realidade das Unidades de Saúde da Prefeitura Municipal de Cariacica - ES.

Como referencial deste estudo, foi considerado que trabalhamos dentro de Unidades de Saúde da Família, partindo da compreensão sistêmica do problema, em que o uso do álcool deixa de ser um fim apenas de busca da droga etanol, mas um complexo processo comportamental e relacional, em que o álcool é um dos componentes.

MÉTODOS

Estudo avaliativo com quatro médicos da atenção primária no município de Cariacica, 2014. Os profissionais de saúde participaram de uma experiência e capacitação na prática de triagem associada às intervenções breves para prevenção, diagnóstico e seguimento ao usuário de álcool. Seis meses após este projeto procedeu-se a avaliação de seguimento. Cada profissional participante, criou um grupo com vinte dependentes alcoólicos (sem tratamento iniciado), foram escolhidos por livre demanda através da indicação dos familiares e busca ativa. Todos os médicos estão inseridos no programa Mais Médicos 2013/2 e realizaram um curso de capacitação com psiquiatria/psicologia fornecido pela prefeitura de Cariacica além de estudarem a bibliografia presente no final deste artigo.

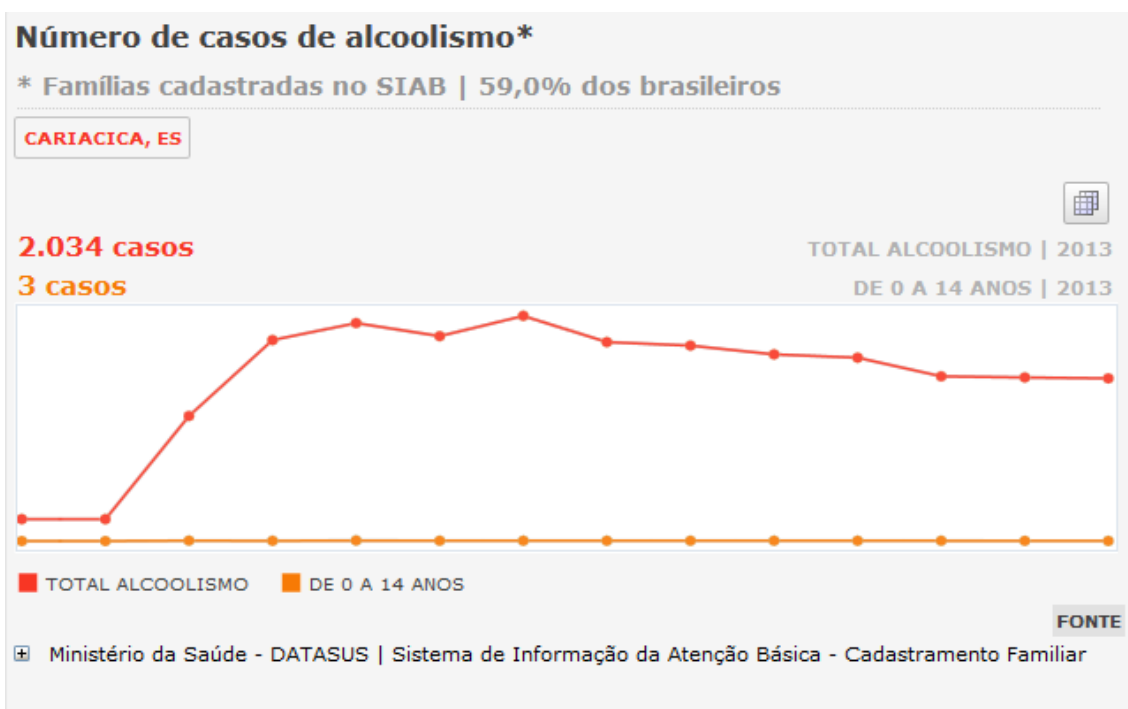
O Objetivo do presente estudo foi comparar quatro formas de abordagem ao alcoólatra no município de Cariacica e após os seis meses de estudo, avaliar se houve diferença significativa. Todos os participantes foram voluntários e tem a sua identidade preservada, em nenhum momento da vida tentaram algum tratamento, sendo nossa abordagem a primeira tentativa. A saber, as quatro formas de abordagem foram:

- 1) Encontros semanais (bate-papo, palestra, atividades em grupo, apresentação de tema individual, provas em equipe), consulta com médico generalista quinzenal, consulta com o médico psiquiatra trimensal, visita domiciliar mensal.
- 2) Encontros semanais (bate-papo, palestra, atividades em grupo, apresentação de tema individual, provas em equipe), consulta com médico generalista mensal, consulta com o médico psiquiatra trimensal, visita domiciliar bimensal.
- 3) Encontros semanais (bate-papo, palestra, atividades em grupo, apresentação de tema individual, provas em equipe), consulta com médico generalista quinzenal, consulta com o médico psiquiatra trimensal, visita domiciliar mensal, consulta da família bimensal.
- 4) Encontros semanais (bate-papo, palestra, atividades em grupo, apresentação de tema individual, provas em equipe), consulta com médico generalista mensal, consulta com o médico psiquiatra trimensal, visita domiciliar bimensal, consulta da família bimensal.

Dentre as quatro formas de abordagem, priorizamos duas estratégias no seguimento do paciente alcoólatra. A inserção da família na consulta e o aumento dos encontros com o médico generalista durante os seis meses de tratamento.

PREVALÊNCIA

Dez por cento da população brasileira sofre com o alcoolismo. Os homens estão à frente nessa estatística com 70% dos casos, enquanto as mulheres correspondem a 30%. O alcoolismo é a doença mental mais comum no mundo, Apesar de comum e dos altos índices de adictos, ainda existe muita dúvida e preconceito em torno da doença, o que dificulta o tratamento. No vigente estudo apresentamos os números de casos de alcoolismo no Brasil e no município de Cariacica, Espírito Santo.



Número de casos de alcoolismo*

* Famílias cadastradas no SIAB | 59,0% dos brasileiros

CARIACICA, ES

Ano	TOTAL ALCOOLISMO	DE 0 A 14 ANOS
2013	2.034 casos	3 casos
2012	2.046 casos	4 casos
2011	2.060 casos	6 casos
2010	2.293 casos	6 casos
2009	2.334 casos	6 casos

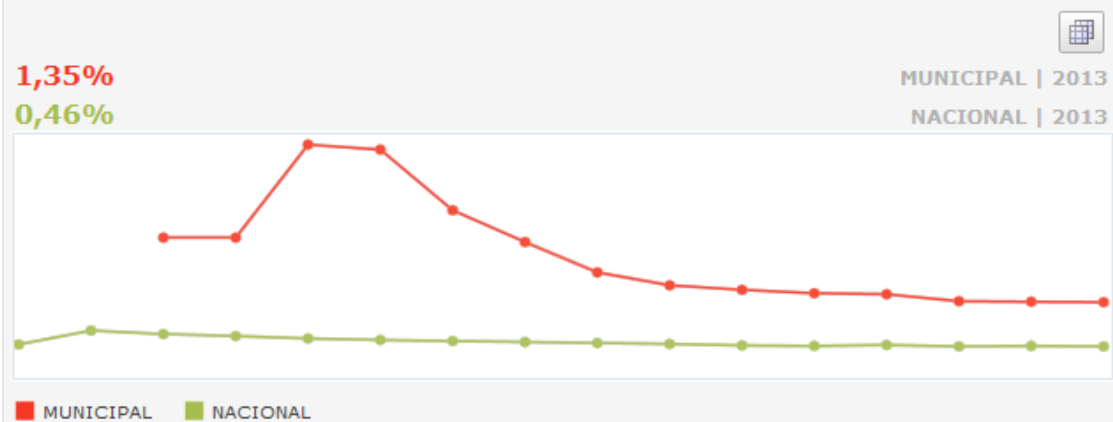
FONTE

⊕ Ministério da Saúde - DATASUS | Sistema de Informação da Atenção Básica - Cadastramento Familiar

Percentual de casos de alcoolismo*

* Famílias cadastradas no SIAB | 59,0% dos brasileiros

CARIACICA, ES



FONTE

⊕ Ministério da Saúde - DATASUS | Sistema de Informação da Atenção Básica - Cadastramento Familiar

Percentual de casos de alcoolismo*

* Famílias cadastradas no SIAB | 59,0% dos brasileiros

CARIACICA, ES

Ano	MUNICIPAL	NACIONAL
2013	1,35%	0,46%
2012	1,36%	0,47%
2011	1,37%	0,46%
2010	1,51%	0,49%
2009	1,53%	0,47%

FONTE

Ministério da Saúde - DATASUS | Sistema de Informação da Atenção Básica - Cadastramento Familiar

O município de Cariacica conta com 31 unidades básicas de saúde, 03 pronto-atendimentos e 01 maternidade. Infelizmente, menos de 30% das unidades básicas de saúde tem programas de tratamento/acompanhamento ao alcoolismo, mas um dado importante é que em 2006 foram criadas nestas poucas unidades básicas de saúde o programa de acompanhamento ao paciente alcoólatra e podemos notar desde então uma diminuição dos casos em nível municipal.

DIAGNÓSTICO

Durante a seleção dos participantes, os médicos generalistas das unidades de saúde de: Val Paraíso, Vila Graúna, Novo Brasil e Nova Rosa da Penha I. Para critério de inclusão no programa utilizaram os instrumentos de diagnóstico da CAGE e AUDIT, com perguntas chave.

CAGE

– Sensibilidade de 74-89% e Especificidade de 79-95% (2 respostas positivas)

1 – Você já sentiu que precisa diminuir o seu consumo de álcool?

2 – As pessoas lhe incomodam criticando o seu consumo de álcool?

3 – Você já se sentiu mal ou culpado por seu consumo de álcool?

4 – Você já usou um drinque cedo pela manhã para acalmar os nervos ou curar uma ressaca?

AUDIT

– Sensibilidade de 92% e Especificidade de 94% (acima de 10 pontos em 40 Possíveis)

1 – Com que frequência você usa bebidas com álcool?

0 – Nunca; 1 – Mensalmente; 2 – 2 a 4 vezes ao mês; 3 – 2 a 3 vezes na semana; 4 – Mais do que 3 vezes na semana.

2 – Quantos drinques com álcool você consome em um dia típico em que bebe?

0 – 1 ou 2; 1 – 3 ou 4; 2 – 5 ou 6; 3 – 7 a 9; 4 – 10 ou mais

3 – Com que frequência você bebeu 6 ou mais drinques de uma só vez? 0 –

nunca; 1 – Menos que mensalmente; 2 – Mensalmente; 3 – Semanalmente; 4 – Diariamente ou quase

4 – Com que frequência no último ano você não conseguiu parar de beber após

ter começado? 0 – Nunca; 1 - Menos que mensalmente; 2 – Mensalmente; 3 – Semanalmente; 4 – Diariamente ou quase

5 – Com que frequência no último ano você deixou de fazer algo que se

esperava de você por causa do álcool? 0 – Nunca; 1 - Menos que mensalmente; 2 – Mensalmente; 3 – Semanalmente; 4 – Diariamente ou quase

6 – Com que frequência no último ano você bebeu pela manhã para curar a

ressaca? 0 – Nunca; 1 - Menos que mensalmente; 2 – Mensalmente; 3 – Semanalmente; 4 – Diariamente ou quase

7 – Com que frequência no último ano você se sentiu culpado ou com remorso

por ter bebido? 0 – Nunca; 1 - Menos que mensalmente; 2 – Mensalmente; 3 – Semanalmente; 4 – Diariamente ou quase

8 – Com que frequência no último ano você esqueceu o que fez na noite

anterior por causa da bebida? 0 – Nunca; 1 - Menos que mensalmente; 2 – Mensalmente; 3 – Semanalmente; 4 – Diariamente ou quase

9 – Você ou outra pessoa já ficou machucada por causa da sua bebida? 0 –

nunca; 2 – Já, mas não no último ano; 4 – Já, durante este ano

10 – Algum parente, médico ou trabalhador da saúde esteve preocupado com a

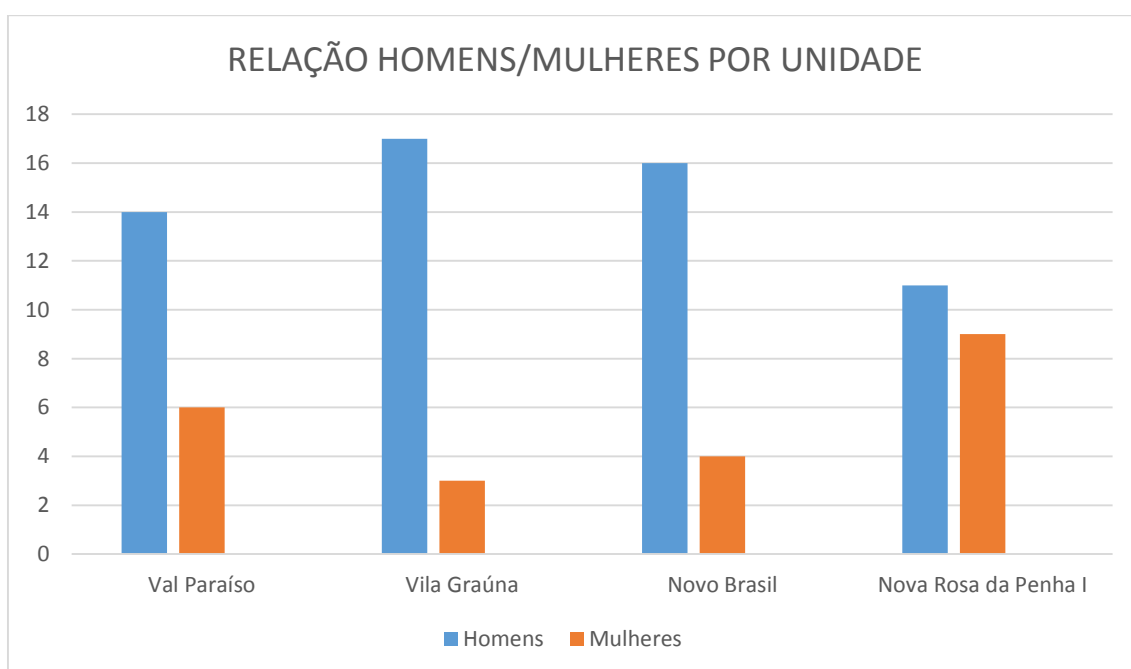
sua bebida ou sugeriu que você diminuísse o seu consumo de álcool? 0 – nunca; 2 – Já, mas não no último ano; 4 – Já, durante este ano

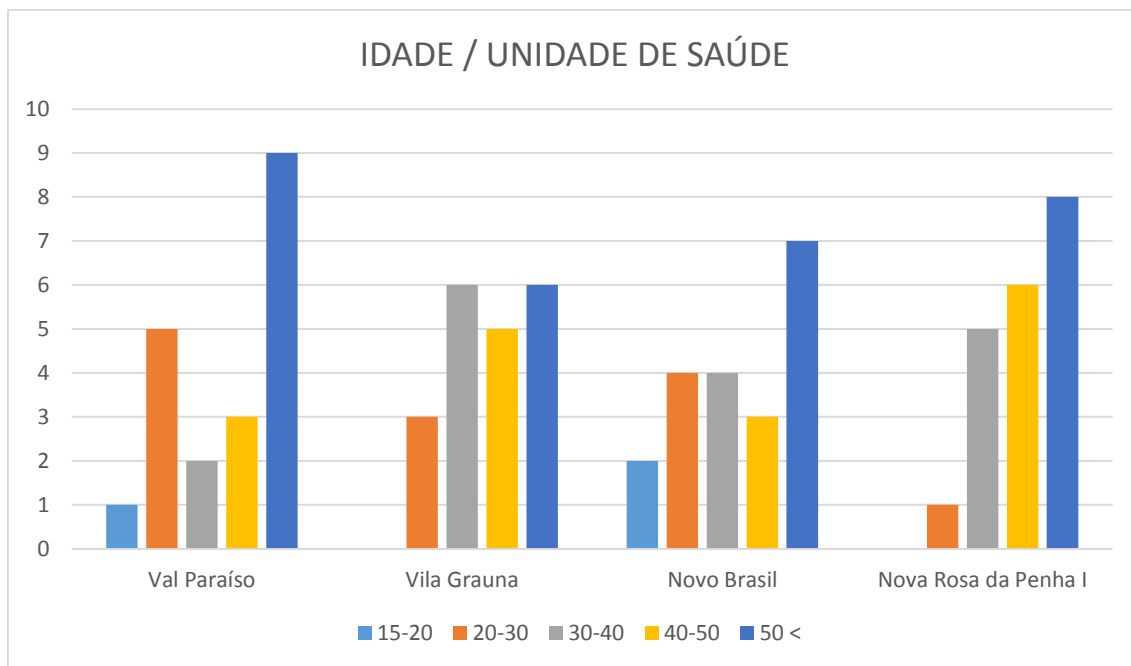
PARTICIPANTES

Após um mês de busca ativa durante as consultas e visitas domiciliares, os médicos participantes deste programa, com o auxílio dos instrumentos de diagnóstico listados acima, puderam firmar os seus grupos de apoio ao alcoolismo, a saber:

UNIDADE DE SAÚDE	SEXO MASCULINO	SEXO FEMININO
VAL PARAISO	14	06
VILA GRAUNA	17	03
NOVO BRASIL	16	04
N. ROSA DA PENHA I	11	09

UBS	15-20 ANOS	20-30 ANOS	30-40 ANOS	40-50 ANOS	50 < ANOS
VAL PARAISO	1	5	2	3	9
VILA GRAUNA	0	3	6	5	6
NOVO BRASIL	2	4	4	3	7
N. ROSA DA PENHA I	0	1	5	6	8





DISCUSSÃO

Durante os seis meses do projeto de intervenção, cada médico participante ficou responsável por liderar o projeto e ser o mentor de todas as atividades que incluam a vítima de alcoolismo e sua família.

Reuniões semanais – As reuniões semanais ocorreram em todas as quatro unidades básicas de saúde, o objetivo delas foi aumentar o vínculo unidade de saúde – paciente, para que os mesmos possam se sentir acolhidos e não terem uma visão limitada em procurar a unidade apenas quando doentes. As reuniões utilizaram uma nova forma de abordagem, onde cada tema era previamente passado aos pacientes para que na outra semana a participação fosse mútua, além dos mesmos se dividirem em quatro grupos de cinco pessoas, no qual participaram de uma competição com prêmios mensais.

Observou-se que o aumento do vínculo entre eles se tornava notório a cada reunião e alguns que não tinham apoio familiar, conseguiram adquirir dentro dos programas semanais. Alguns colegas médicos convidaram psicólogas, ex-alcoolatras, palestrantes e etc. Um fato que marcou as reuniões, foram as visitas a escolas, onde os próprios paciente alertavam as crianças sobre o risco do alcoolismo.

Consulta com médico generalista – As consultas com o médico generalista fizeram parte deste estudo, onde duas unidades (Val Paraíso e Novo Brasil) agendaram as consultas a cada quinze dias e as outras duas unidades (Vila Grauna e Nova Rosa da Penha I) agendaram as consultas mensais. O objetivo foi mensurar a influência do número de consultas / êxito no tratamento.

Durante as consultas era-se avaliado o desenvolvimento do paciente, recaídas, renovação de receitas, exames laboratoriais, exame clínico, encaminhamentos a especialidades e investigação de doenças associadas ao alcoolismo.

O papel do médico generalista tornou-se, nos últimos anos, mais importante e abrangente porque cabe a este profissional avaliar o paciente como um todo, indicar as primeiras medidas para fazer um diagnóstico preciso, apontar o tratamento adequado e, se necessário, encaminhar para o especialista que deve dar continuidade ao trabalho.

Consulta com o médico psiquiatra – As consultas com o médico especialista são de suma importância no propeidêutica do alcoolismo e um dos problemas que sofremos em nossas unidades de saúde é a demora no agendamento para a consulta com o especialista, apesar de que para este estudo, todas as consultas tiveram suas agendas cumpridas.

O psiquiatra é uma peça-chave no auxílio do tratamento ao alcoólatra, pois o mesmo possui base teórica para intervir nas intoxicações e crises de abstinência, além de prescrever as medicações que corroboram o tratamento do paciente vítima do álcool.

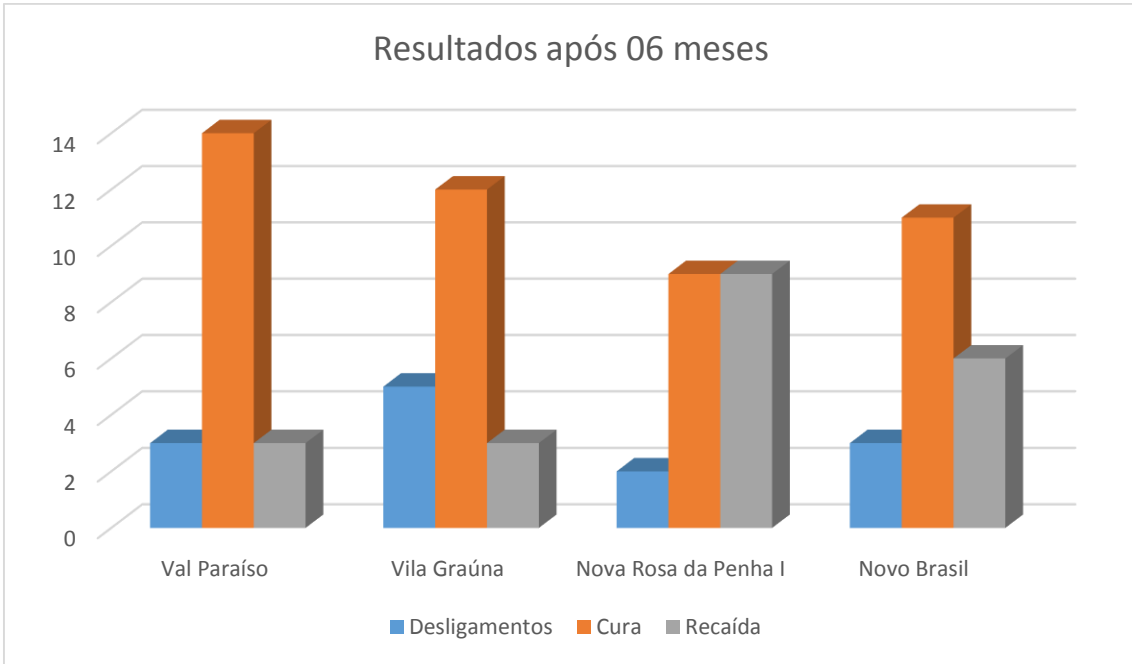
Consulta da família- A consulta com a família também foi objetivo de teste neste estudo, onde a visita familiar ou a consulta com pelo menos dois membros da família (pessoas que compõem a rede de apoio do paciente), onde duas unidades (Val Paraíso e Vila Graúna) realizaram estes encontros mensais e duas unidades (Novo Brasil e Nova Rosa da Penha I) realizaram estes encontros a cada dois meses.

A dependência do álcool geralmente representa um impacto profundo em diversos aspectos da vida do indivíduo e também daqueles que estão ao seu redor. Dada a sua complexidade, é interessante que os programas de tratamento sejam multidisciplinares para atender às diversas necessidades do paciente (aspectos sociais, psicológicos, profissionais e até jurídicas, conforme demonstrado em diversos estudos), sendo mais eficaz na alteração dos padrões de comportamentos que o levam ao uso da substância, assim como seus processos cognitivos e funcionamento social.

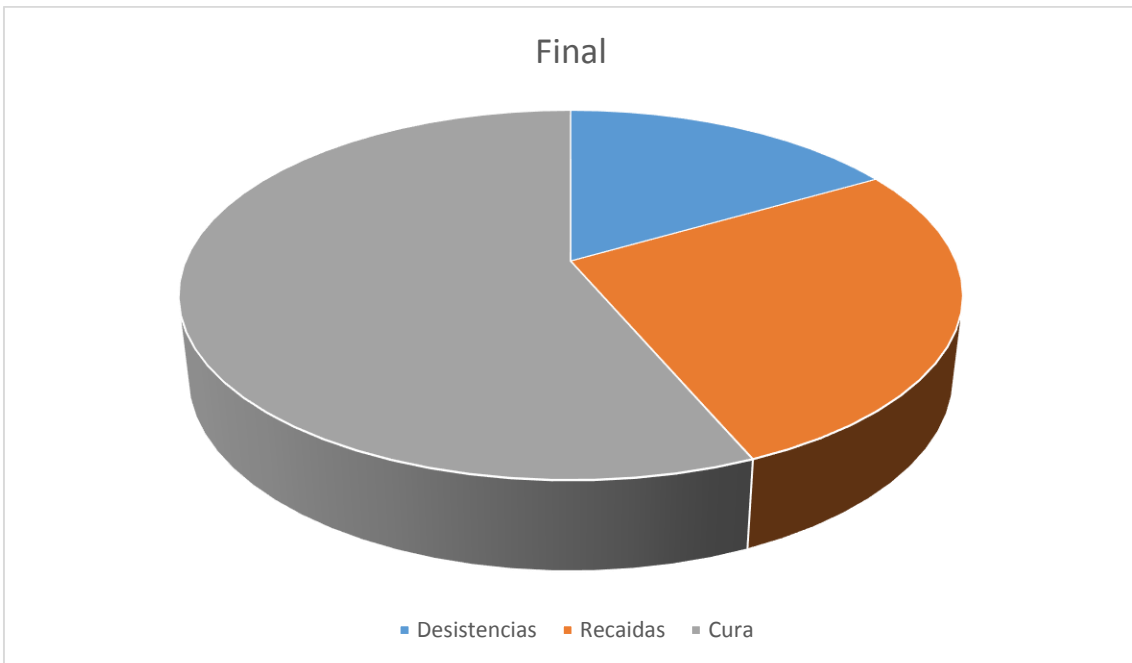
A família, em especial, é peça-chave tanto na prevenção do uso nocivo do álcool, como em casos em que o problema já está instalado. Inclusive, não são poucas as vezes em que o tratamento inicia-se pela família, principalmente porque o usuário de álcool não aceita seu problema, não reconhece que o uso de bebidas alcoólicas lhe traz consequências negativas ou está desmotivado para buscar ajuda.

RESULTADOS

Após os seis meses de estudo, tirando-se os desligamentos desde falecimento a desistência, pudemos chegar aos seguintes resultados.



As desistências foram compreendidas como falecimentos ou mudança do paciente para outro Bairro, já os casos de recaída foram interpretados como pacientes que sem motivo aparente abandonaram o tratamento ou retornaram a bebida alcoólica.



CONCLUSÃO

Pode-se observar que a unidade de saúde de Val Paraíso teve mais sucesso, foi a unidade que teve consultas com médico generalista e consulta com a família mais frequente. Em segundo lugar apareceu a unidade de Vila Graúna, onde a consulta com a família foi mais frequente e a consulta com médico generalista não. Em terceiro lugar apareceu a unidade de Novo Brasil, onde a consulta com o médico foi mais frequente e a consulta da família não. Em último lugar apareceu a unidade de Nova Rosa da Penha I, onde a consulta com o médico generalista e a consulta da família foram menos frequentes do que as outras unidades.

Cabe ressaltar, que todas as unidades tiveram um aproveitamento maior, comparando-se a unidades de saúde onde o médico não participa ou pouco participa no acompanhamento dos pacientes vítimas do álcool. Mas o estudo vigente em questão, nos deu a ideia de que aproximar a família ao tratamento, potencializa o resultado final.

O papel do médico não se limita apenas em orientar e tratar intoxicações / crises de abstinência alcóolica, principalmente o médico inserido no programa de saúde da família. Devemos compreender a importância do tratamento integral do paciente alcóolatra, com incremento da rede paciente-família-unidade de saúde, pois como o estudo em questão pode salientar, o álcool não cataboliza apenas o organismo, ele destrói famílias.

Cabe ao médico se interessar pelos projetos de intervenção de sua unidade, atuando com a equipe multidisciplinar, principalmente quando aborda doenças de comprometimento familiar, onde a cura de um, pode prevenir a doença de três ou quatro.

REFERÊNCIAS

- 1- DUALIBI, Sérgio; LARANJEIRA, Ronaldo.
Políticas Públicas Relacionadas às Bebidas Alcoólicas. Revista Saúde Pública. São Paulo, vol.41, n.5, p. 839-848. Ago./ 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/6462.pdf>>
- 2- LARANJEIRA, Ronaldo et al. Consenso Sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu Tratamento. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, vol. 22, n.2, p. 62-71.2000. Disponível em:http://www.uniad.org.br/v2/master/img_Album/%7BF6EEEF8F-C16B-440A-9D94-DEFE0D06E21A%7D_o%20Alcoolismo.pdf
- 3- MOREIRA, Esdras Cabus; SENA, Eduardo Pondé de; OLIVEIRA, Irismar Reis de. Alcoolismo. In: SILVA, Penildon; Farmacologia. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. Cap. 37, p. 361-369.
- 4- World Health Organization (2013a). Global NCD Action plan 2013-2020. Geneva.
(http://www.who.int/nmh/publications/ncd_action_plan2013.pdf?ua=1)
- 5- Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf
- 6- World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2011 [Internet]. Geneva: WHO; 2011 . Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
- 7- Maeno M. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. Rev Bras Saúde Ocup [Internet]. 2011 [acesso em 22 Mar 2014];36(124):297-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572011000200014
- 8- ZALESKI, M. J. B. 1º levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira: metodologia, estudo da violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. 2009. 302p (Tese de doutorado) – Escola Paulista de Medicina, universidade federal de São Paulo, São Paulo.
- 9- UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA/UFBA. Relatório de Atividades do Projeto de Monitoramento e Supervisão das Experiências de Consultório de Rua para Populações usuárias de Drogas em 14 Municípios Brasileiros. Salvador: Aliança de redução de danos. Fátima Cavalcanti, faculdade de medicina da Bahia, UFBA, 2011

10-<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Leislacao/326983.pdf>