



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Andrea Maria Sales Assis

Intervenções frente ao consumo nocivo de álcool na
área de abrangência da Unidade Básica de Saúde de
Barra do Sahy, município de Aracruz - ES

Florianópolis, Março de 2023

Andrea Maria Sales Assis

Intervenções frente ao consumo nocivo de álcool na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde de Barra do Sahy, município de Aracruz - ES

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: André Lucas Maffisoni
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Andrea Maria Sales Assis

Intervenções frente ao consumo nocivo de álcool na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde de Barra do Sahy, município de Aracruz - ES

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

André Lucas Maffisoni
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: o consumo nocivo de álcool configura um problema de saúde pública na atualidade, sendo um dos principais agravos na Unidade Básica de Saúde de Barra do Sahy, no município de Aracruz, no Espírito Santo. O consumo nocivo de álcool causa, direta ou indiretamente, danos à saúde destes pacientes e das pessoas ao seu redor, além de impactar nas atividades laborais, sociais e estar associado a acidentes e violência.

Objetivo: elaborar um projeto de intervenção que contribua com a redução do consumo de álcool na comunidade da área de abrangência da unidade de saúde, promovendo ações de captação, tratamento e de educação em saúde. **Metodologia:** foi realizada uma

revisão de literatura sobre o tema, para fundamentar as decisões da intervenção prática. Após a revisão, o projeto de intervenção será realizado em três etapas consecutivas. No primeiro momento haverá a apresentação do projeto para a equipe de saúde e a adequação de possíveis ajustes necessários. Na segunda etapa os pacientes serão triados de acordo com o grau de consumo de álcool, por meio de aplicação do Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool. No terceiro momento serão realizadas as ações de intervenção, que contemplam prescrição de medicamentos, acompanhamento psicológico, encaminhamento para atendimento especializado, atividades de educação em saúde, dentre outros. **Resultados Esperados:** acredita-se que a execução das ações do projeto de intervenção será capaz de educar e conscientizar sobre os riscos do uso nocivo do álcool, atuando na prevenção e promoção de saúde.

Palavras-chave: Alcoolismo, Atenção Primária à Saúde, Educação em Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	27
5	RESULTADOS ESPERADOS	31

1 Introdução

Aracruz é um município do interior do Estado do Espírito Santo (ES), localizado no litoral norte capixaba e fundado em 03 de abril de 1848. Possui uma história marcada pela vinda de jesuítas para conquistar as terras e evangelizar os indígenas da região, além da imigração de italianos para trabalhar na produção agrícola. O município é considerado o 10º mais populoso do Estado, aproximadamente 98.000 habitantes, e tem uma área total de 1.436.020km² (??).

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* é de R\$ 52.900,73 e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é de 0,752, considerado alto. Em 2017, o salário médio mensal era de 3,1 salários mínimos. A proporção de pessoas economicamente ativas em relação a população total era de 29,4%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 34,8% da população nestas condições (??).

Antes de a indústria chegar no município a economia era simples e as pessoas que moravam em comunidades litorâneas tinham na pesca sua principal fonte de renda. Nos dias atuais, o setor secundário é a principal fonte de renda municipal, onde empresas de grande porte como Suzano, Petrobras, Estaleiro Jurong, Portocel, dentre outras, geram emprego e renda. O setor do turismo vem recebendo incentivos fiscais em virtude do amplo território litorâneo do município. No que diz respeito aos serviços sociais da comunidade local, há apenas uma escola de ensino fundamental e uma creche em Barra do Sahy. Porém há opção de locais para atividades de lazer como três praças, duas quadras, quatro campos de futebol, um camping, um clube de forró, um calçadão com 1.650 metros na orla de Barra do Sahy e inúmeros bares, em especial na Barra do Sahy, que é a praia mais agitada e procurada pelos turistas, recebendo anualmente o festival de verão de Aracruz durante os primeiros meses do ano.

Inseridas nesta realidade municipal se encontram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Barra do Sahy e o ponto de apoio de Mar Azul, ambas localizadas no distrito de Santa Cruz. Atualmente a UBS de Barra do Sahy está fechada para melhorias e o ponto de apoio de Mar Azul se tornou a UBS de referência na localidade. No que diz respeito à organização da saúde, a UBS de Mar Azul possui uma estrutura física pequena e adaptada em um imóvel residencial alugado pela prefeitura, não projetada para ser unidade de saúde. As instalações possuem duas salas para atendimento, uma sala de curativo e medicação, uma sala de classificação e triagem, uma farmácia e uma sala de vacinas. Todos os atendimentos médicos são feitos por livre demanda, com liberação de 50 vagas de consultas pela manhã e 50 vagas de consultas pela tarde, por decisão da gestão municipal de saúde, o que, em certa medida, acaba comprometendo o atendimento de programas da Estratégia Saúde da Família (ESF). Em períodos de veraneio, a demanda aumenta significativamente e os

atendimentos se assemelham à pronto-atendimento, muitas vezes sem apoio de médicos assistentes. A equipe de trabalho é composta por uma médica da estratégia da família, com vínculo ao Programa Mais Médicos, uma enfermeira, uma farmacêutica, uma técnica de enfermagem responsável pela sala de vacina, duas técnicas responsáveis pelo acolhimento e triagem, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais e três agentes comunitárias de saúde, sendo duas responsáveis por parte de Barra do Sahy e uma por Mar Azul.

É importante ressaltar que as comunidades atendidas pela equipe se encontram, em grande parte, não cadastradas, em virtude da maioria das áreas estarem descobertas, ou seja, não se sabe ao certo o número de famílias e a realidade destas. Atualmente há em torno de 1.150 famílias cadastradas, com aproximadamente 2.152 pessoas, mas estima-se um número maior de moradores, sendo que parte destes são residentes temporários, em virtude não só das casas de veraneio como de empregos temporários de prestação de serviços para as empresas presentes no local.

Em 2017 foi realizado um diagnóstico local da área de abrangência da UBS Barra do Sahy e de ponto de apoio de Mar Azul e foi traçado o perfil demográfico, socioeconômico e de saúde. O perfil demográfico mostra que é uma comunidade onde 57,2 % são adultos entre 20 a 59 anos, seguido pelos idosos com mais de 60 anos que representam 22% da população, adolescentes 12,6 % (entre 10 e 19 anos) e a minoria são crianças entre 0 e 9 anos. Incluindo todas as faixas etárias, 75% da população conta apenas com o SUS para atendimento à saúde. No que tange as condições de vida e de saúde relacionadas aos aspectos socioeconômicos, foram poucos os dados coletados pelo diagnóstico local, mas a maioria apresentava algum risco, sendo que 42,17% das famílias viviam o com baixo risco, 29,25% em médio risco e 4,76% em alto risco. As demais famílias cadastradas não possuíam risco.

O perfil de saúde da comunidade foi o que mais apresentou escassez de dados e as informações constantes neste diagnóstico local apresentavam erros de cálculos, erros numéricos e de contagem, invalidando a maioria delas. De acordo com os dados de maior confiabilidade, a taxa de natalidade seria de 16,8%. A cobertura vacinal também foi bem avaliada e há 100% de cobertura das crianças, comprovada pelo cartão espelho da sala de vacina do referido ano, e o acompanhamento pré-natal se fez presente em todas as gestantes da comunidade.

Dentre as principais queixas da comunidade que levam as pessoas a procurar atendimento estão, principalmente, as gastroenterites, as dores osteomusculares, a descompensações das doenças crônicas, os transtornos psiquiátricos e as complicações do abuso de álcool. Diante da pouca governabilidade dos demais problemas encontrados na comunidade, a Síndrome de Dependência Alcoólica (SDA), também chamada de alcoolismo, é um problema cada vez mais comum em toda sociedade, gerando prejuízos ao indivíduo e sua família a curto, médio e longo prazo.

Neste sentido, um projeto de intervenção que se inicia na atenção primária é de suma

importância para que estes dependentes sejam identificados e recebam acompanhamento, se possível de maneira precoce, para evitar complicações como doenças mentais, diversos cânceres, problemas hepáticos, alterações cardiovasculares, diminuição de imunidade, episódios de violência física contra si ou contra outras pessoas, dentre outros. O objetivo da intervenção que se propõe neste projeto é identificar e captar as pessoas dependentes do álcool e oferecer o acompanhamento de saúde necessário ao manejo da situação. Além disso, informar a comunidade sobre os fatores desencadeantes da SDA e as complicações desta doença, estimulando a conscientização popular acerca da temática.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Elaborar um projeto de intervenção para reduzir a SDA nas comunidades de abrangência da UBS de Mar Azul.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar e captar os indivíduos em abuso do consumo de álcool;
- Oferecer tratamento e acompanhamento para estes usuários;
- Informar e conscientizar as comunidades sobre os fatores desencadeantes da SDA e as complicações desta doença, através de palestras e de atividades educativas.

3 Revisão da Literatura

Álcool: do uso social ao problemático

Desde a antiguidade, há relatos de povos que dominavam as técnicas de produção e realizavam o consumo de algum tipo de bebida alcoólica. Divindades da Grécia Antiga como Dionísio, o Deus do vinho e da festa, e Baco para os romanos, podem demonstrar a significância do vinho nas celebrações sociais e religiosas greco-romanas. No Egito Antigo, os egípcios deixaram documentado nos papiros as etapas de fabricação, produção e comercialização da cerveja e do vinho (CISA, 2004).

Indícios da percepção das implicações nocivas do consumo em excesso foram documentadas há mais de 3 000 anos, nas leis da Mesopotâmia, que restringiam a venda de álcool quando os consumidores já se encontram fortemente alcoolizados. Na China antiga, há documentação de costumes e códigos visando diminuir as consequências nocivas do beber. Na Idade Média, a comercialização das bebidas alcoólicas cresceu bastante e a Igreja passou a condenar a intoxicação alcoólica (bebedeira) como pecado. Na era moderna, surgiram movimentos pela temperança ou proibição, baseados no receio das consequências nocivas do consumo de álcool ou em uma preocupação de que a intoxicação pudesse comprometer a relação do indivíduo com sua divindade (ANDRADE et al., 2020).

Contudo, foi no fim do século XVIII e no início da Revolução Industrial que o excesso de bebida passou a ser analisado como uma desordem. A partir de 1952, com a primeira edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I), o alcoolismo passou a ser tratado como doença. No ano de 1967, o conceito de doença do alcoolismo foi incorporado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) à Classificação Internacional das Doenças (CID-8), a partir da 8ª Conferência Mundial de Saúde (CISA, 2004).

Atualmente, o uso nocivo do álcool se tornou um grave problema de saúde pública global, com grande peso na carga de doenças, além de um ônus social e econômico para as comunidades. O fato de sua permissividade na maioria das culturas e sociedades, aliada ao seu grande potencial de gerar dependência física e psicológica, fez com que o álcool se tornasse a substância psicoativa lícita mais consumida em todo o mundo (??).

Para a OMS, não existe um nível seguro de consumo de álcool, mas há padrões de consumo com maiores riscos. O uso nocivo pode ser definido quando há consequências sociais e de saúde, tanto para o consumidor como para as pessoas próximas a ele e para a sociedade em geral, ou quando o padrão de uso está associado a maior risco de danos à saúde (??).

Papel da atenção primária no uso nocivo do álcool

Os profissionais de saúde são agentes no processo da transformação social e devem participar da concepção e da implementação de programas e projetos de promoção da saúde, prevenção do uso e abuso de álcool e outras drogas, de modo a promover a integra-

ção social. A ação educativa em saúde envolve profissionais, instituições, usuários, família e comunidade (??).

O uso problemático de álcool deve ser visto com um dos problemas prioritários da atenção primária, visto que os profissionais da ESF têm contato com um número elevado de pessoas que procuram serviços da área da saúde por outros problemas e, muitas vezes, esse sintoma está relacionado com o uso de álcool. Comumente os profissionais perdem a oportunidade de fazer uma intervenção precoce em usuários com uso demasiado de álcool, o que poderia evitar a evolução para dependência, daí a importância de o tema ser percebido como uma prioridade (??).

Cerca de 20% dos pacientes tratados na atenção primária bebem em um nível considerado de alto risco, pelo menos fazendo uso abusivo do álcool, e tendem a ter o primeiro contato com os serviços de saúde por intermédio de clínicos gerais, que pouco detectam a presença de acometimento por tal uso e focam para as doenças clínicas decorrentes da dependência e não para a dependência subjacente. O período médio entre o primeiro problema decorrente do uso de álcool e a primeira intervenção voltada para este problema é de cinco anos e a demora para iniciar o tratamento e a sua inadequação pioram o prognóstico (BRASIL, 2003).

Babor e Biddle (2001) referem que alguns profissionais dos cuidados primários de saúde relutam no cuidado dos doentes em uso de álcool, o que pode estar relacionado com a falta de tempo, o medo de uma resposta negativa por parte dos doentes, uma noção de incompatibilidade entre aconselhamento e os cuidados primários de saúde e a ideia de que os usuários não respondem às intervenções. O mesmo é evidenciado pelo MS, que reforça que muitos profissionais de saúde apresentam falta de conhecimentos sobre a variedade de apresentações sintomáticas geradas pelo uso abusivo e pela dependência ao álcool e meios para diagnóstico, sendo fundamental a modificação dos currículos dos cursos de graduação na área da saúde, exigindo a abordagem dos problemas relacionados ao uso do álcool; capacitação dos profissionais de saúde e fornecimento de subsídios para o desenvolvimento de ações para prevenção, diagnóstico, tratamento e encaminhamento, quando necessário (BRASIL, 2003).

Uma preocupação frequente dos profissionais de saúde é que o rastreio dos usuários e possíveis intervenções demandaria muito tempo e que em virtude da alta demanda de atendimentos, a prioridade é dar respostas às necessidades imediatas do doente. Porém, o rastreio e intervenções pode e deve ser aplicado na prática clínica de rotina, sem que seja necessário muito tempo, com o auxílio de testes de rastreio (BABOR; BIDDLE, 2001).

Outro fator limitador na atenção primária é a visão negativa do paciente e de suas perspectivas evolutivas frente ao problema, o que impede uma atitude mais acolhedora. Isso se agrava ao pensar por uma perspectiva humanística, considerando-se que esses usuários necessitam de acolhimento e que ele funciona enquanto estratégia facilitadora de abordagem, motivando as pessoas com dependência de álcool a aderir às propostas de

cuidado (BRASIL, 2003). Estudos demonstraram que quase todos os usuários colaboram com as práticas de cuidado. A maioria das pessoas fica agradecida quando os profissionais de saúde demonstram interesse e raramente se opõem aos cuidados. Contudo, é necessário convencer estes indivíduos de que possuem um problema relacionado com o álcool (BABOR; BIDDLE, 2001).

É perceptível a importância da abordagem dos usuários de álcool na atenção primária, mas deve ser ressaltado que educar a população geral é fundamental, pois promove a redução dos obstáculos relativos à atenção integral. Além disso, atividades preventivas também devem ser orientadas ao fornecimento de informações e discussão dos problemas provocados pelo consumo do álcool, seja em escolas, locais de trabalho, sindicatos ou outras associações (BRASIL, 2003).

Os profissionais da ESF podem desenvolver ações resolutivas na atenção a essas pessoas, e o apoio matricial dado pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou, no caso dos centros específicos para tratamento de drogas e álcool (CAPS-AD), pode contribuir para a discussão dos casos mais difíceis e encaminhamentos que se fizerem necessários. Em todos os casos, não se deve perder de vista que a postura diante das pessoas que usam drogas deve ser de acolhimento e reflexão, e não de imposição e exigência (??).

Políticas públicas de saúde voltadas ao uso do álcool no Brasil

O uso nocivo de álcool é um grave problema de saúde pública, que traz consequências negativas para o indivíduo, para a família e para a sociedade como um todo. Para a OMS, a concepção e implementação de políticas específicas sobre o álcool é o primeiro sinal de comprometimento de um país em relação ao enfrentamento do consumo nocivo de bebidas alcoólicas. O governo brasileiro, ciente dessa realidade, iniciou um processo de construção de sua política pública para o álcool (??). Em 2005, com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Brasil foi sede da 1ª Conferência Pan-Americana de Políticas Públicas sobre o Álcool, onde foram definidas metas e estratégias para as Américas (??).

No Brasil, as determinações a respeito do álcool estavam englobadas em normas e leis sobre drogas em geral, até que em 2007, através do decreto nº 6 117, foi criada a Política Nacional sobre o Álcool, com estratégias referentes ao diagnóstico do consumo de bebidas alcoólicas no Brasil, por meio da divulgação de dados epidemiológicos e de incentivo à pesquisa; regulamentação da publicidade de bebidas alcoólicas; tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de álcool; sensibilização e mobilização da opinião pública sobre o tema; redução de demanda de álcool por populações vulneráveis; segurança pública; associação entre álcool e trânsito; capacitação de profissionais e parceria com os municípios (??).

Com a finalidade de prevenir os acidentes de trânsito causados por estado de embriaguez, foi sancionada, no ano de 2008, a Lei n.11 705, que inibe o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, conhecida popularmente como “Lei seca”.

Em sua última alteração, ocorrida em 2017 e em vigor em 2018, progressivamente impõe penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência do álcool, em que qualquer quantidade de álcool detectável sujeita o motorista a penalidades administrativas e criminais (??).

Diante da expansão do consumo de álcool no país, foi criado, através da Portaria nº 1 190, um Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD), visando ampliar o acesso ao tratamento e a prevenção em álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS); diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas; e construir respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos, às peculiaridades da clínica do álcool e outras drogas, e capazes de enfrentar, de modo sustentável, a situação de vulnerabilidade e de exclusão (BRASIL, 2009).

Outra medida importante foi a criminalização da oferta de bebidas para menores de idade em 2015, pela Lei nº 13 106, sob pena de dois a quatro anos de detenção e multa de R\$ 3 mil a R\$ 10 mil. Já ao estabelecimento em que for realizada a venda, é aplicada medida administrativa de interdição (BRASIL, 2015).

Por fim, em 2019, foi lançada no Brasil a iniciativa SAFER da OMS, focada na redução de mortes, doenças, consequências sociais e econômicas, e danos causados pelo uso nocivo de álcool. Tal projeto disponibiliza um pacote técnico com cinco estratégias de alto impacto para reduzir o uso nocivo do álcool: 1) reforçar as restrições à disponibilidade de álcool; 2) avançar e impor medidas para direção sob efeito do álcool; 3) facilitar o acesso à triagem, intervenções breves e tratamento; 4) aplicar proibições ou restrições abrangentes à publicidade, patrocínio e promoção de bebidas alcoólicas; e 5) aumentar os preços do álcool por meio de impostos e políticas de preços (??).

Para ??), seja em âmbito municipal, estadual ou federal, apesar das políticas públicas existentes, é necessária uma visão abrangente de saúde para reverter a situação atual e evitar os impactos do consumo do álcool, afim de garantir um futuro saudável para as novas gerações, em uma sociedade que incentiva o consumo precoce do álcool. De maneira geral, a legislação brasileira preconiza estratégias de estímulo à inserção de ações de promoção da saúde com ênfase na atenção primária, desenvolvimento de estratégias de qualificação para profissionais de saúde inseridos no SUS e apoio a projetos consonantes com a realidade local para profissionais que atuem na ESF (??).

O consumo de álcool no Brasil: dados epidemiológicos

Publicado pela OMS em 2018, o Segundo o Relatório Global sobre Álcool e Saúde trouxe à tona dados alarmantes. Mais de 3 milhões de pessoas morreram por uso nocivo de álcool no ano de 2016, isso representa uma em cada 20 mortes. No geral, o uso nocivo do álcool causa mais de 5% da carga global de doenças. Cerca de 55,5% da população mundial, acima de 15 anos, já consumiu bebida alcoólica alguma vez na vida e 43% se

declarou bebedora atual (ou seja, consumiu no último ano). No Brasil, os índices foram de 78,6% e 40,3%, respectivamente, ou seja, mais da metade da população brasileira já consumiu álcool alguma vez na vida (??).

No que diz respeito ao consumo diário de álcool no Brasil, a WHO destaca que, entre aqueles que bebem (acima dos 15 anos), a média, em 2016, foi de 41,7 g de álcool puro, o equivalente a cerca de 3 doses por dia. Essa estimativa é aproximadamente 27% maior do que a média mundial, de 32,8 g por dia, ou seja, 2,3 doses por dia. E entre as bebidas mais consumidas, a cerveja responde pela maior parte do consumo (61,8%), seguida pelos destilados (34,3%) e pelo vinho (3,4%) (??).

O Beber Pesado Episódico (BPE), também chamado de beber em *binge*, onde ocorre o consumo de 60 g ou mais de álcool puro em uma única ocasião, pelo menos uma vez no último mês, está associado à maior ocorrência de brigas, violência, acidentes, tentativas de suicídio, sexo desprotegido, gravidez indesejada e intoxicação alcoólica. Em termos mundiais, o BPE foi relatado por 18,2% da população geral no ano de 2016. Dados nacionais mostram que a prevalência de beber em *binge* foi de cerca de 16,5% (??); (BASTOS et al., 2017).

Em relação ao gênero, em todas as regiões abrangidas pela OMS, as mulheres bebem menos frequentemente, em menor quantidade e se envolvem menos em episódios de consumo pesado quando em comparação com os homens (??). No Brasil, Bastos et al. (2017), reportaram que cerca de 74,3% dos homens já consumiram álcool na vida, comparado a 59% das mulheres. Da mesma forma, maiores proporções de homens reportaram o consumo de álcool nos últimos 12 meses (38,2% versus 27,6%), nos últimos 30 dias (28,7% versus 17,2%) e em *binge* (17,8% versus 7,5%) do que as mulheres. A idade mediana de início de consumo é menor entre homens (15,7 anos) do que entre as mulheres (17,1 anos).

No Brasil, apesar da existência da Lei nº 13 106/2015, que proíbe a oferta de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos de idade, os dados apresentados mostraram que uma parcela significativa dos jovens ainda tem acesso fácil ao álcool, o que deve ser combatido intensamente. Aproximadamente sete milhões (34,3%) dos indivíduos menores de 18 anos reportaram ter consumido álcool alguma vez na vida, e 22,2% consumiram nos últimos 12 meses. O consumo nos últimos 30 dias foi reportado por 8,8% dos adolescentes de 12 a 17 anos, e um milhão de adolescentes (5%) reportou o consumo em *binge* (BASTOS et al., 2017); (ANDRADE et al., 2020). Em 2015, considerando apenas os indivíduos de 18 a 65 anos, o uso de álcool nos últimos 30 dias foi mais frequente entre pessoas com nível superior completo ou mais (43,9%), comparado a todas as outras categorias de escolaridade (BASTOS et al., 2017).

A relação entre álcool e diferentes formas de violência também foi abordada por Bastos et al. (2017), aproximadamente 14% dos homens brasileiros de 12 a 65 anos dirigiram após consumir bebida alcoólica. Já entre as mulheres esta estimativa foi de 1,8%. A percentagem

de pessoas que estiveram envolvidas em acidentes de trânsito enquanto estavam sob o efeito de álcool foi de 0,7%. Cerca de 4,4 milhões de pessoas reportaram ter discutido com alguém sob efeito de álcool, sendo que destes, 2,9 milhões eram homens e 1,5 milhões eram mulheres. A prevalência de ter reportado que “destruiu ou quebrou algo que não era seu” sob efeito de álcool também foi estaticamente significativa e maior entre homens do que entre mulheres (1,1% e 0,3% respectivamente).

É fundamental compreender como o brasileiro bebe, o que ele pensa sobre as políticas de bebidas alcoólicas, quais são os problemas associados com o uso do álcool no Brasil e quantos brasileiros fazem uso nocivo ou são dependentes do álcool para saber como intervir. Estudos epidemiológicos realizados sobre o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil demonstram que este é um importante problema de saúde pública (??).

Crítérios diagnósticos para uso nocivo do álcool: DSM-5 e CID-10

Sistemas classificatórios e de diagnóstico são importantes na medicina, para uma maior padronização e categorização diagnóstica. Neste trabalho, será utilizada a Classificação Internacional de Doenças, em sua décima edição, denominada de CID-10, que é organizado pela OMS, sendo a referência para o SUS, e o Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais DSM-5, em sua quinta edição, elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), voltado para a pesquisa científica (??).

Em relação à terminologia, os dois sistemas (CID-10 e DSM-5) diferem, sendo que a CID-10 classifica os usuários em uso nocivo (ou prejudicial) ou dependência e o DSM-5 classifica em transtornos do uso de substâncias em um continuum, de leve a grave. Nenhum dos dois critérios menciona a quantidade ingerida de álcool ou de qualquer outra droga, pois esse aspecto está relacionado a diferenças individuais (??).

De acordo com a CID-10, o uso nocivo (ou prejudicial) do álcool equivale a um padrão de uso que causa prejuízo físico ou mental à saúde do usuário e das suas relações interpessoais, sem que os critérios para dependência sejam preenchidos. Para classificar como dependência alcoólica, três ou mais dos seguintes critérios devem estar presentes juntos em, pelo menos, um momento dos últimos doze meses:

- 1) Um forte desejo ou sensação de compulsão de ingerir o álcool;
- 2) Dificuldade em controlar o comportamento de consumir o álcool, em termos de início, término e níveis (quantidade) de consumo;
- 3) Estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, evidenciado pela síndrome de abstinência de uma substância específica, ou quando se faz o uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- 4) Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;

-
- 5) Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos, em favor do uso da substância psicoativa;
 - 6) Aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou ingerir a substância, assim como para se recuperar de seus efeitos;
 - 8) Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências nocivas, tais como: danos ao fígado, por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos, períodos de consumo excessivo da substância, comprometimento do funcionamento cognitivo, etc. Nesse caso, deve-se fazer esforço para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano (OMS, 1993).

O uso problemático de álcool foi classificado pelo DSM-5 como um transtorno decorrente do uso de bebida alcoólica, cuja gravidade é classificada de acordo com a quantidade de critérios diagnosticados, podendo ser classificada como leve (2 a 3 critérios), moderada (4 a 5 critérios) ou grave (6 ou mais critérios). Deste modo, conforme a APA (APA, 2014), um padrão problemático de uso de substâncias, levando ao comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, é manifesto por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorridos durante um período de 12 meses:

- 1) Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado, ou acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância;
- 2) Síndrome de abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos: síndrome de abstinência característica para a substância; a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- 3) Desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir, ou controlar o uso da substância;
- 4) A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;
- 5) Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização ou na recuperação de seus efeitos;
- 6) Problemas legais recorrentes relacionados ao uso de substâncias;
- 7) Uso recorrente da substância, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa;

- 8) Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais e interpessoais persistentes ou recorrentes causados, ou exacerbados por seus efeitos;
- 9) Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas, ou reduzidas em virtude do uso da substância;
- 10) Uso recorrente da substância em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física;
- 11) O uso da substância é mantido, apesar de a consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente, ou recorrente, que tende a ser causado ou exacerbado por esse uso.

Efeitos do álcool no organismo

O álcool etílico ou etanol ($\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$) é um álcool de dois carbonos que afeta diretamente diversos tipos de sistemas neuroquímicos e vias de sinalização, produzindo efeitos de gratificação e de dependência. A morbimortalidade relacionada ao uso do álcool (agudo ou crônico), assim como a interrupção de seu uso (abstinência), encontra-se presente na prática médica diária (??).

O álcool é absorvido no estômago e, especialmente, no intestino delgado e assim que atinge a circulação é distribuído para todos os tecidos do corpo, atingindo níveis maiores nos tecidos que possuem uma maior proporção de água. Cerca de 90% do álcool é metabolizado no fígado e o restante é eliminado inalterado pelos pulmões e rins (??).

A intoxicação aguda está diretamente relacionado ao grau de alcoolemia. Este, por sua vez, depende do sexo, da idade, do peso do indivíduo, do uso associado com alimentos, da velocidade de ingestão e do nível de tolerância. No sistema nervoso central, os efeitos podem variar de leve comprometimento da coordenação motora, passando por ataxia, diminuição da capacidade de julgamento, diminuição da concentração e dos reflexos, disartria, amnesia, depressão respiratória, coma e até a morte. Além disto, ocorre aumento da frequência cardíaca, risco de arritmias e fibrilação atrial, episódios de refluxo e vômitos, aumento da diurese, hipoglicemia, cetoacidose, dentre outros (CHAVES et al., 2008).

A abstinência ocorre quando há sintomas que se desenvolvem horas (em média entre quatro e 72 horas) após ingestão prolongada e excessiva de álcool, que cessa subitamente, ou após uma redução na quantidade consumida. O pico dos sintomas ocorre cerca de 48 horas após a redução, podendo durar por até 5 dias. Como a abstinência pode ser desagradável e intensa, o consumo persiste para evitar ou aliviar os sintomas. Assim que um padrão de uso repetitivo intenso se desenvolve, o paciente pode passar grande parte do seu tempo na tentativa de obter e consumir álcool.

Com relação às síndromes de abstinência, existem três tipos que são reconhecidas mundialmente:

- Tremores e alucinações: essa condição autolimitada ocorre dois dias após a cessação do consumo da bebida, sendo caracterizada por tremores, agitação, anorexia, náuseas, insônia, taquicardia e hipertensão. Confusão mental, quando presente, é leve. Ilusões e alucinações, geralmente visuais, ocorrem em cerca de 25% dos pacientes;
- Convulsões: ocorrem dentro de 48 horas da abstinência e dentro de sete a 24 horas em 2/3 dos casos, aproximadamente. Cerca de 40% dos pacientes que sofrem convulsões têm uma convulsão isolada; mais de 90% têm entre uma e seis convulsões. Em aproximadamente 85% dos casos, o intervalo entre a primeira e a última convulsão é de seis horas ou menos;
- *Delirium tremens*: sintomatologia grave, que começa, em geral, de 3 a 5 dias após o cessamento do consumo de álcool e dura até 72 horas. Se caracteriza por confusão, agitação, febre, sudorese, taquicardia, hipertensão e alucinações. O óbito pode resultar de infecção concomitante, pancreatite, colapso cardiovascular ou traumatismo (??).

O abuso crônico de álcool está associado ao aumento do risco para diversos tipos de doenças. [Brunton, Hilal-Dandan e Knolimann \(2019\)](#), citam as seguintes complicações:

- Trato gastrointestinal: gastrite, dispepsia e náuseas, esofagite, úlceras estomacais ou duodenais, cirrose hepática, pancreatite, câncer de esôfago, de estômago e de outras partes do trato gastrointestinal, hepatomegalia, varizes esofágicas, hemorroidas e aumento das enzimas hepáticas;
- Cardiovasculares: hipertensão, arritmias cardíacas (taquicardia supraventricular, fibrilação e *flutter* atrial) e miocardiopatia alcoólica;
- Metabólicos: aumento de triglicerídeos e do LDL e déficit de vitaminas (especialmente tiamina);
- Neurológicos: polineuropatia periférica (fraqueza muscular, parestesia, diminuição da sensibilidade periférica), déficits cognitivos, comprometimento da memória, alterações degenerativas do cerebelo (falta de coordenação motora, vertigens e desequilíbrios), Síndrome de Wernicke-Korsakoff (transtorno amnésico persistente induzido por álcool), tremor, instabilidade da marcha, insônia, convulsão e nistagmo;
- Psiquiátricos: transtorno de ansiedade, transtorno depressivo, distúrbios do sono, desinibição, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos alimentares, comportamento/ideação suicida, transtorno por uso de substâncias. Do ponto de vista comportamental, pode ocorrer abandono ou prejuízo acadêmico, ou laboral;
- Outros: trauma, rubor e edema de face, edema palpebral, lacrimejamento, sudorese, câimbras, vômitos matinais, tosse crônica, trauma, macrocitose, supressão

da medula óssea, disfunção erétil, efeitos feminilizantes em homens, irregularidade menstrual, aborto espontâneo, síndrome alcoólica fetal, doenças infecciosas crônicas, pneumonia e óbito (é uma das principais causas reversíveis de óbito).

Importância da triagem dos usuários de álcool

Uma boa avaliação é essencial para a continuidade do tratamento e é decisiva para o engajamento do paciente. A avaliação inicial tem como objetivo coletar dados do indivíduo para o planejamento do seu cuidado. Além das queixas ou alterações do estado de saúde do indivíduo, a avaliação inicial investiga também sua condição social e econômica (??).

Chaves et al. (2008), relatam que esta avaliação inicial começa com uma anamnese clínica geral, evoluindo para uma investigação mais específica relacionada ao padrão de consumo do álcool. A abordagem deve ser através de perguntas abertas e deve-se ter cuidado para não assumir uma postura preconceituosa na investigação, uma opção seria inserir as perguntas na abordagem e hábitos alimentares. Além disto, é necessário investigar as comorbidades clínicas e psiquiátricas do paciente. Nesta etapa podem ser utilizados instrumentos de triagem, que serão descritos logo a seguir. A investigação detalhada do padrão de consumo, além de detectar os níveis de gravidade, permite a observação de rituais de uso e auxilia no estabelecimento de estratégias de mudanças.

Quando se fala em padrões de consumo, é necessário conhecer o conceito de dose padrão. Apesar de não existir uma padronização no Brasil, ??), consideram uma dose padrão 14 g de álcool puro, o que corresponde a 350 mL de cerveja (5% de álcool), 150 mL de vinho (12% de álcool) ou 45 mL de destilado (vodca, uísque, cachaça, gin, tequila, com 40% de álcool).

O consumo moderado consiste em no máximo quatro doses em único dia ou 14 doses por semana para os homens, e três doses em um único dia ou sete doses por semana para mulheres e idosos (acima de 65 anos). O beber pesado episódico (beber em *binge*) ou consumo abusivo é definido como o consumo de 60 g ou mais de álcool puro (cerca de quatro doses ou mais) em pelo menos uma ocasião no último mês (ANDRADE et al., 2020).

Após a anamnese geral e específica, processa-se o exame físico. A avaliação de complicações do consumo, pode ser avaliada por meio da presença de alguns sinais e sintomas e auxiliam na determinação da gravidade do consumo. Aranhas vasculares, telangiectasias, tremor de extremidades, aumento do fígado, hálito alcoólico e ataxia, dentre outros sinais e sintomas podem estar presentes.

De acordo com ??), existem ferramentas importantes para auxiliar os profissionais de saúde na identificação dos níveis de uso de álcool e os usuários que possuem maior chance de desenvolver problemas relacionados ao seu consumo.

O MS recomenda o rastreamento e intervenções de aconselhamento na atenção primária para reduzir o uso inadequado de álcool em adultos, incluindo mulheres grávidas, e cita os instrumentos AUDIT e CAGE, como os mais utilizados na atenção primária (BRASIL,

QUESTIONÁRIO CAGE		SIM	NÃO
C (<i>cut down</i>)	Alguma vez o(a) sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A (<i>annoyed</i>)	As pessoas o(a) aborrecem por que criticam o seu modo de beber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G (<i>guilty</i>)	O(a) sr.(a) se sente culpado(a) pela maneira com que costuma beber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E (<i>eye-opener</i>)	O(a) sr.(a) costuma beber pela manhã (ao acordar), para diminuir o nervosismo ou a ressaca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figura 1 – Figura 1 - CAGE

2010). O instrumento CAGE é constituído por quatro questões (Figura 1), onde se o usuário obtiver duas respostas positivas (SIM) indicará grande possibilidade de dependência de álcool. Apesar de fácil aplicação, possui pouca sensibilidade para identificar usuários com problemas iniciais, em função disto, outros instrumentos foram desenvolvidos para suprir esta necessidade (??).

Figura 1 — Instrumento CAGE.

Fonte: (??, p. 28).

O instrumento AUDIT, em inglês *Alcohol Use Disorders Identification Test*, que, em português, significa “Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool”, de fácil aplicação, permite detectar diferentes níveis de problemas associados a diferentes padrões de uso de álcool (??). Como pode ser visto na Figura 2, é composto por 10 questões referentes aos últimos 12 meses, sendo que as três primeiras medem a quantidade e a frequência do uso regular ou ocasional do álcool, as três questões seguintes investigam sintomas de dependência e as quatro finais estão relacionadas com problemas recentes vinculados ao consumo de álcool.

Figura 2 — Instrumento AUDIT.

Fonte: (??, p. 32)

O escore varia de 0 a 40 e poderá classificar o usuário em quatro zonas, que sugerem o tipo de intervenção necessária:

- Zona I (0 a 7 pontos): uso de baixo risco de álcool, sendo necessário educação em saúde, para a manutenção do uso atual de álcool;
- ZONA II (8 a 15 pontos): consumo de risco, importante investir em orientações básicas sobre os possíveis riscos, se manutenção desse padrão de uso;
- ZONA III (16 a 19 pontos): padrão de uso nocivo. A intervenção adequada nesse nível é a utilização da técnica de Intervenção Breve;
- ZONA IV (acima de 20 pontos): grande chance de ter um diagnóstico de dependência. Encaminhar para atendimento especializado (??).

Para ??), a classificação em zonas de risco possibilita o distanciamento da visão baseada na dependência — que dicotomiza os pacientes em dependentes e não-dependentes

AUDIT - Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

Leia as perguntas abaixo e anote as respostas com cuidado. Inicie a entrevista dizendo: "Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses". Explique o que você quer dizer com "consumo de álcool", usando exemplos locais de cerveja, vinho, destilados etc. Marque as respostas relativas à quantidade em termos de "doses padrão". Veja o quadro abaixo. Marque a pontuação de cada resposta no quadradinho correspondente e some ao final.

<p>01. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca [vá para as questões 9-10]</p> <p>(1) Mensalmente ou menos</p> <p>(2) De 2 a 4 vezes por mês</p> <p>(3) De 2 a 3 vezes por semana</p> <p>(4) 4 ou mais vezes por semana</p>	<p>06. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido no dia anterior?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p>	<p>EQUIVALÊNCIAS DE DOSES DE DIVERSAS BEBIDAS PARA DOSES PADRÃO [1 DOSE contém 14g de álcool puro]</p> <p>✓ CERVEJA: 1 lata ou 1 copo de chape [340 ml] = 1 DOSE; 1 garrafa [600 ml] = 2 DOSES; 1 garrafa [1 litro] = 3 DOSES</p> <p>✓ VINHO: 1 taça [140 ml] = 1 DOSE; 1 garrafa [750 ml] = 5 DOSES</p> <p>✓ CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE: meio copo americano [60 ml] = 1,5 "DOSES"; 1 garrafa [1 litro] = 25 "DOSES"</p> <p>✓ UÍSQUE, RUM, LICOR etc.: 1 "dose de doseador" [40 ml] = 1 "DOSE"</p>
<p>02. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente ao beber?</p> <p>(0) 1 ou 2</p> <p>(1) 3 ou 4</p> <p>(2) 5 ou 6</p> <p>(3) 7, 8 ou 9</p> <p>(4) 10 ou mais</p>	<p>07. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p>	
<p>03. Com que frequência você toma "seis ou mais doses" de uma vez?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p> <p>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10</p>	<p>08. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p>	
<p>04. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p>	<p>09. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p>(0) Não</p> <p>(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses</p> <p>(4) Sim, nos últimos 12 meses</p>	
<p>05. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p>	<p>10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</p> <p>(0) Não</p> <p>(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses</p> <p>(4) Sim, nos últimos 12 meses</p>	

Anote aqui o resultado: ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ =

Figura 2 – Figura 2 - AUDIT

— instituindo padrões gradativos de uso, permitindo atuação na prevenção, visto que o usuário é estimulado a reduzir o consumo de álcool e conseqüentemente migrar para zonas de menor risco. Embora existam outros instrumentos consideráveis úteis, a OMS relata algumas vantagens na utilização do AUDIT, como a facilidade de utilização, a consistência com as definições do CID-10 para o consumo nocivo de álcool e dependência de álcool, o direcionamento da investigação para o consumo recente de álcool, além de ser validado em vários países (BABOR; BIDDLE, 2001).

??) concluíram que o AUDIT pode ser aplicado durante as consultas na atenção básica, identificando as pessoas que se beneficiariam com a redução ou interrupção do consumo de bebidas alcoólicas, contribuindo não só para a satisfação do usuário, mas também para auxiliar na condução de intervenções mais individualizadas, centradas na singularidade da pessoa identificada como usuária de risco.

4 Metodologia

O presente trabalho trata de um projeto de intervenção, no campo dos problemas decorrentes do uso abusivo do álcool, nas comunidades atendidas pela UBS de Barra Sahy/Mar azul, em Aracruz-ES, construído a partir da identificação do problema, das necessidades e dos fatores determinantes relacionados à situação de saúde da comunidade local. O público-alvo do projeto será constituído por pessoas em uso abusivo e dependência de álcool, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, que residam na área de abrangência da UBS de Barra do Sahy/Mar Azul, com intuito de estimular a conscientização, prevenir e combater o uso nocivo de bebidas alcoólicas nesta população.

A fundamentação teórica para implementação das ações foi construída a partir de uma revisão de literatura sobre a temática nas bases LILACS, MEDLINE, e SciELO. Foram recuperados artigos originais publicados entre 2007 e 2020, escritos em português ou inglês e disponíveis de forma *online* em *full text*. Para tanto, foram utilizados os descritores: alcoolismo, atenção primária à saúde e educação, conjugados pelo operador booleano "AND". Além disto, foi realizada consulta complementar em matérias de sites em língua portuguesa e documentos do MS.

O projeto será realizado em três etapas. Na primeira etapa ocorrerá a apresentação do projeto à equipe de ESF e capacitação. Na segunda ocorrerá a triagem dos pacientes alcoolistas. Na terceira etapa serão realizadas as intervenções nos pacientes. A segunda e terceira etapas serão implementadas de modo concomitante. O desenho de cada etapa será especificado a seguir.

- **ETAPA 1 – Apresentação do projeto**

- **ETAPA 2 – Triagem dos pacientes**

- **ETAPA 3 – Intervenções**

A previsão é de que as ações sejam iniciadas no mês de janeiro de 2021, contudo, em função da pandemia causada pela COVID-19, poderá haver atrasos e/ou prorrogações das atividades.

AÇÕES PROPOSTAS	RECURSOS UTILIZADOS E PESSOAS ENVOLVIDAS	LOCAL DE REALIZAÇÃO	PERÍODO DE IMPLANTAÇÃO
Apresentação do projeto de intervenção para a equipe da UBS.	Médica da ESF; Materiais: Notebook para apresentação em Power-Point®.	UBS	Reunião com duração de duas horas, em apenas um dia.
Encontros conjuntos dos profissionais que compõem a equipe para construção de conhecimento teórico-prático sobre o tema do projeto e troca de experiências, para que todos possam ser meio de informação aos pacientes, familiares e cuidadores de pacientes em uso nocivo de álcool.	Médica; Enfermeira; Psicóloga; Técnicas de enfermagem; ACS.	UBS	Serão realizados encontros semanais durante dois meses, onde cada encontro será de duas horas, totalizando oito encontros e carga horaria de 16 horas.

AÇÕES PROPOSTAS	RECURSOS UTILIZADOS	LOCAL DE REALIZAÇÃO	PERÍODO DE IMPLANTAÇÃO
Aplicação do questionário AUDIT para triagem dos pacientes em uso nocivo de álcool na área de referência da UBS.	Médica; Enfermeira; Materiais: cópias impressas do AUDIT, canetas.	Consultas na UBS; Visitas domiciliares.	Seis meses.

AÇÕES PROPOSTAS	RECURSOS UTILIZADOS	LOCAL DE REALIZAÇÃO	PERIODO DE IMPLANTAÇÃO
Realizar intervenções breves imediatamente após aplicação do AUDIT.	Médica; Enfermeira.	Consultas na UBS; Visitas domiciliares.	Seis meses
Prescrição de medicamentos que auxiliem no tratamento do uso nocivo do álcool.	Médica.	Consultas na UBS.	Início durante a etapa de intervenções e manutenção por tempo indeterminado.
Acompanhamento psicológico na UBS para pacientes e familiares.	Psicóloga.	Consultas na UBS.	Acompanhamento semanal, por tempo indeterminado (a critério da evolução).
Encaminhar para atendimento especializado, caso seja necessário.	Médica; Enfermeira; Psiquiatras.	Programa de Saúde Mental Municipal.	Seis meses.
Criação de um núcleo de apoio do paciente e seus familiares através de encontros quinzenais com equipe multiprofissional.	Médica; Enfermeira; Psicóloga.	UBS.	Mínimo de seis meses.
Educação em saúde abordando o uso nocivo do álcool e seus determinantes, através de: - Palestras em escolas da comunidade, realizadas pelas Médica e Enfermeira; - Distribuição de folders educativos em bares e restaurantes, realizado pelas ACS.	Médica; Enfermeira; Materiais: Notebook, projetor digital, materiais impressos.	Escolas; Bares e restaurantes.	Seis meses.

5 Resultados Esperados

Diante da problemática encontrada na área de atuação da UBS Barra do Sahy/Mar Azul, no que se refere ao consumo de álcool, foi elaborado o projeto apresentado que, diante dos objetivos e das ações propostas, espera-se os seguintes resultados:

- Identificação dos indivíduos em uso nocivo de álcool e do risco em que se encontram;
- Indivíduos mais bem orientados sobre os riscos de manutenção ou da progressão do padrão de consumo de álcool;
- Redução do consumo de álcool dos indivíduos em uso nocivo da substância;
- Aumento da base de apoio familiar para motivar mudanças e para a manutenção de abstinência alcoólica;
- Apoio psicológico para a abstinência e para o enfretamento dos problemas que desencadeiam o uso de álcool;
- Tornar os membros da equipe multiprofissional da UBS aptos a detectar indivíduos vulneráveis ao uso nocivo de álcool;
- Fornecer meios de tratamento para aqueles em condições que exigem atendimento especializado, devido à severidade do quadro de dependência;
- Estimular a conscientização da comunidade sobre os riscos do consumo demasiado de álcool;
- Contribuir para o desenvolvimento de ações em saúde com maior efetividade;
- Qualificar o cuidado em saúde ofertado pela UBS.

