

1 INTRODUÇÃO

O consumo de bebidas alcoólicas faz parte da história da humanidade há milhares de anos. Um dos primeiros relatos de que se tem conhecimento está em uma passagem da Bíblia, no Antigo Testamento (GÊNESIS 9, 20-24), quando Noé, após o dilúvio, plantou a vinha, fez o vinho e bebeu tanto a ponto de se embriagar (ARIÉS e DUBY, 1990).

Na época do Império Romano, o vinho consumido em excesso tinha um lugar de destaque, apesar de já se saber de seus efeitos negativos, pois o prazer representado pelo deus Baco não era menos legítimo do que a virtude representada por Hércules (ARIÉS e DUBY, 1990).

Atualmente, o álcool, cientificamente conhecido como etanol (álcool etílico), é a substância psicotrópica mais consumida em todo o mundo (LEPRE e MARTINS, 2009).

O álcool é uma droga lícita, depressora do sistema nervoso central, que provoca, inicialmente, um efeito desinibidor e de euforia, o que resulta em facilitação das interações sociais e reforço às expectativas positivas do usuário em relação à bebida (VIER e cols., 2007).

As diversas formas de utilização do álcool pressupõem o uso esporádico, o uso abusivo ou nocivo e a dependência. Benjamin Rush, um psiquiatra americano, é autor da célebre frase: “Beber inicia num ato de liberdade, caminha para o hábito e, finalmente, afunda na necessidade” (GIGLIOTTI e cols., 2004).

O uso abusivo é caracterizado pela ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, apesar dos problemas causados ou intensificados por seu consumo, como efeitos deletérios à saúde, dificuldades sociais e/ou problemas legais (PECHANSKY e cols., 2004).

A dependência, de outra forma, não é uma enfermidade estática, mas um transtorno que se constitui ao longo da vida e que se caracteriza pelo estreitamento do repertório do beber, aumento da tolerância ao álcool e pelo surgimento dos sintomas da

síndrome de abstinência. Ao menos dois dos sintomas de dependência são de base predominantemente biológica (tolerância e abstinência), mas a resposta física ao álcool difere de acordo com a etapa do desenvolvimento. Isto significa dizer que, para uma doença de desenvolvimento lento como o alcoolismo, seria improvável que estes elementos – em particular os sintomas de abstinência – já se encontrassem evidentes com poucos anos de uso na adolescência (GIGLIOTTI e cols., 2004).

Segundo dados do V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 capitais brasileiras, em 2004, e do I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, de 2001, a idade de início de uso de álcool encontra-se em torno de 12,5 anos. Estes estudos demonstraram também que entre jovens estudantes de 12 a 17 anos 48,3% relataram o uso de álcool pelo menos uma vez na vida, sendo que na população em geral a prevalência da síndrome de dependência alcoólica foi de 11,2%. Acrescente-se a isto o fato de que o consumo abusivo de bebidas alcoólicas tem sido o principal motivo de internação psiquiátrica envolvendo o uso de substâncias químicas – chegando a um percentual de 90% – e este consumo está associado a mais da metade dos acidentes de trânsito – principal causa de morte na faixa etária de 16 a 20 anos (CARLINI, 2006).

Um aspecto que se afigura como de fundamental importância no tocante ao alcoolismo, portanto, é o que se refere ao consumo abusivo de álcool na adolescência.

A adolescência é um momento especial na vida do indivíduo. Trata-se de uma fase em que o jovem está testando a possibilidade de ser adulto, de ter poder e controle sobre si mesmo. É uma fase em que ele naturalmente se afasta da família e se integra ao grupo de iguais. Se este grupo estiver usando algum tipo de droga lícita ou ilícita, pressiona-o a usar também. Ao entrar em contato com a substância nesse período de maior vulnerabilidade, o adolescente se expõe a muitos riscos (MARQUES e CRUZ, 2000).

Entre adolescentes e adultos jovens, a prevalência do uso abusivo de álcool é mais elevada que a observada na população em geral, sendo que o início do uso tem acontecido cada vez mais cedo, o que aumenta o risco de dependência futura (DÉA e cols., 2004). Usado de forma abusiva, o álcool leva a um aumento do risco de acidentes e de violência, por tornar mais frágeis os cuidados de autopreservação – já enfraquecidos nessa fase do ciclo de vida.

Conforme enfatizado, a vulnerabilidade a que se expõem os adolescentes – em decorrência do uso abusivo de álcool – abarca problemas de natureza biopsicossocial, o que implica risco para as relações sociais, a saúde e o instinto de autopreservação destes jovens.

Outro aspecto a ser ressaltado quando se aborda a questão do uso abusivo de álcool na adolescência é o que se refere ao comportamento da sociedade, em geral. A sociedade tem adotado uma atitude paradoxal quanto ao consumo de álcool pelos jovens. Por um lado, condena o abuso e tenta coibir o consumo através da lei que proíbe a venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos, mas é tipicamente permissiva ao estímulo do consumo por meio de propaganda, geralmente muito bem elaborada e diretamente relacionável às expectativas dos jovens. No meio desse embate de forças frequentemente desiguais encontra-se o adolescente com sua personalidade em formação, em busca da afirmação de sua identidade e independência, ávido por novas experiências que possibilitem sua entrada em definitivo no mundo dos adultos (PECHANSKY e cols., 2004).

Em síntese, pode-se argumentar que o consumo abusivo de álcool na adolescência encontra reforço em dois fatores de maior importância: um calcado no hábito legitimado pela sociedade e até incentivado quanto ao consumo desta substância e o outro se referindo à própria adolescência, com toda a sua significação e complexidade.

Em todo o mundo, adolescentes e pré-adolescentes são considerados um grupo-chave nas estratégias de prevenção do alcoolismo, com maiores possibilidades de resultados positivos, porquanto os comportamentos adquiridos nesta fase tendem a permanecer durante a vida adulta (CARTANA e cols., 2004). Tal opinião é compartilhada por Lima e cols. (2008), que também consideram a adolescência um período adequado para a adoção de medidas preventivas, uma vez que os hábitos adquiridos quando o indivíduo inicia sua independência e se torna relativamente responsável por seus atos geralmente persistem na idade adulta.

Uma das estratégias, portanto, para a redução da prevalência do alcoolismo e de suas consequências consiste, fundamentalmente, em atuar, através de medidas promocionais e preventivas, sobre esta faixa etária – considerando suas especificidades –, numa perspectiva que considere atuações em nível tanto individual quanto coletivo.

2 JUSTIFICATIVA

Carmo da Cachoeira é um pequeno município, com população aproximada de 12 mil habitantes, localizado no sul do Estado de Minas Gerais, às margens da Rodovia Fernão Dias, que dista da capital do Estado cerca de 250 km.

A economia do município é voltada à área agrária rural, principalmente o cultivo de café, o que gera uma sazonalidade no nível de emprego para grande parte da população.

Carmo da Cachoeira possui cinco escolas municipais, que oferecem o ensino fundamental, e uma escola estadual, que oferece o ensino médio. Desta forma, dentro do escasso quadro de oferta de empregos estáveis, agrega-se o de funcionários da prefeitura e das escolas do município.

Em relação à área da saúde, o município conta com um hospital de pequeno porte, com 46 leitos, onde funciona o pronto-socorro e quatro equipes de PSF, sendo uma de atuação na área rural e três em área urbana.

A área está dividida em sete microáreas, com 667 famílias cadastradas, perfazendo um total de 3.018 pessoas – sendo 60% do sexo feminino –, e densidade familiar média de quatro pessoas por família.

A área de abrangência do PSF 1 - Caminhando com a Saúde se caracteriza pelo baixo nível socioeconômico e elevado índice de desemprego, particularmente no período de entressafra do café; agrega-se a isto o alto índice de analfabetismo, incluindo o analfabetismo funcional, a falta de opções de lazer e o elevado número de crianças e adolescentes longe da escola.

O alto índice de desemprego, as baixas oportunidades de ascensão socioeconômica, os escassos espaços de socialização e a dependência estrita da cultura cafeeira certamente contribuem para a ocorrência de diversas formas de violência, uso de drogas, prática de sexo desprotegido e para a constatação de elevada incidência de casos de gravidez na adolescência e DST/AIDS.

Dados do Diagnóstico Situacional – por doença ou condição referida – da área de abrangência do PSF 1 - Caminhando com a Saúde, relativo aos anos de 2005 a 2007, apontam que o alcoolismo é a terceira causa de morbidade referida neste período, sucedendo-se à hipertensão e ao diabetes. Este diagnóstico foi feito durante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, através de dados coletados por agentes comunitários de saúde (ACS) e consolidados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Os levantamentos realizados pelos ACS dão conta também de que dentre os usuários de álcool é significativo o uso abusivo de bebidas alcoólicas entre adolescentes e adultos jovens. Outros aspectos de grande relevância são o expressivo contingente de pessoas ociosas que vagam pelas ruas e a falta de perspectivas de lazer e de esportes.

Uma avaliação mais detalhada revela a gravidade de vários casos de alcoolismo, com constatação de casos bem estabelecidos de síndrome de dependência alcoólica, de complicações orgânicas em caráter irreversível, com diversos pacientes demandando internações em clínica especializada, em hospital psiquiátrico, ou mesmo suporte por parte dos Alcoólicos Anônimos ou de grupos de autoajuda.

Todo esse quadro preocupante em relação à saúde no município vem sendo alvo de debates e proposições da equipe e de autoridades sanitárias, sendo assumida como uma das prioridades para o enfrentamento deste cenário uma proposta de intervenção sobre o alcoolismo, com foco em atuação na fase da adolescência.

Assume-se, assim, como imperiosa e urgente, a elaboração de estratégias que priorizem a promoção da saúde e a prevenção de agravos decorrentes do uso do álcool, tendo como população elegível a faixa dos adolescentes, de forma que se possa evitar como afirmam Noto e Galduróz (1999), essa “viagem ao fundo do poço”, visto que instalada a dependência a resposta ao tratamento é ruim, com elevado índice de recaídas e pouquíssimos casos de sucesso com manutenção da abstinência após um ano.

Diante das graves consequências do uso abusivo de álcool – tanto para os adolescentes como para a sociedade como um todo –, considerando os indicadores preocupantes referentes ao abuso desta substância no município, e ainda, a proposta de

encaminhamento assumida pelo conjunto de trabalhadores da saúde, julgou-se pertinente iniciar este projeto. Para tanto, e em atendimento aos requisitos definidos para o trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais – Projeto Àgora, apresenta-se um estudo exploratório que possa elencar alguns marcos referenciais de uma proposta de prevenção do uso abusivo de álcool por adolescentes, de modo que em futuro próximo se possa efetivamente qualificar as equipes do PSF de Carmo da Cachoeira para atuarem sobre este importante indicador de agravo no município.

3 OBJETIVO

Realizar estudo com o propósito de levantar subsídios para a elaboração de uma estratégia de prevenção do uso abusivo de álcool entre os adolescentes do município de Carmo da Cachoeira/MG.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza descritiva, sobre o tema “alcoolismo entre adolescentes”. Para a consecução deste trabalho, foi feito levantamento bibliográfico sobre estratégias/programas de prevenção do uso abusivo de álcool entre adolescentes.

A metodologia consistiu numa pesquisa – em sites acadêmicos e científicos da Internet (Google acadêmico, Scielo, Bireme, Lilacs) – sobre a prevenção do uso abusivo de álcool entre adolescentes, utilizando-se os seguintes descritores: adolescentes, álcool e prevenção.

5 DESENVOLVIMENTO

O consumo abusivo de bebidas alcoólicas é atualmente um problema de saúde pública em todo o mundo e se faz presente, em números alarmantes, em um importante ciclo da vida: a adolescência. Tais estudos sinalizam que o início do uso de álcool acontece cada vez mais cedo, ainda entre estudantes do ensino fundamental, com um número crescente de adolescentes bebendo em excesso, o que provoca prejuízos pessoais, familiares e alto custo econômico com a saúde, bem como retroalimenta a violência urbana, familiar e interpessoal (COSTA e cols., 2007; VIER e cols., 2007; MARTINS e cols., 2008; ALMEIDA e cols., 2008).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a adolescência corresponde a um período de transição biopsicossocial que começa a partir dos 10 anos, indo até os 19 anos de idade. Nesta fase o jovem está em busca de novas e fortes emoções, querendo se autoafirmar perante os amigos e a família (OMS, 2003).

Inserido neste universo de significações e de grande complexidade, o adolescente toma contato com o álcool nas mais diversas circunstâncias. Neste contexto, conforme salienta Lima e cols. (2008), o adolescente

... correlaciona o álcool a conceitos errôneos como independência, coragem e valentia, além de encarar o uso do álcool como uma estratégia para aliviar situações problemáticas, vivenciadas em diferentes ambientes, como o escolar e o familiar.

Para que se possa compreender a trajetória do estabelecimento do uso problemático de álcool entre adolescentes é preciso que se defina o que é uso aceitável e de que forma se dá a progressão até o alcoolismo propriamente dito, normalmente diagnosticado na idade adulta.

A American Academy of Pediatrics propõe uma classificação interessante que contempla características próprias da adolescência, como a experimentação e a curiosidade sobre novas sensações – consideradas normais neste período do desenvolvimento. Assim o envolvimento do adolescente com o álcool percorre seis estágios: abstinência, uso experimental/recreacional, abuso inicial, abuso, dependência e recuperação. Esta classificação leva em conta que muitos dos adolescentes que experimentam uma substância de abuso não se

tornarão usuários regulares da droga, permitindo o diagnóstico de abuso inicial, quando pequenos prejuízos começam a surgir, como um pior desempenho escolar em decorrência dos efeitos de um abuso de álcool (PECHANSKY e cols., 2004).

O uso abusivo de álcool, então, é caracterizado por forte vínculo com essa substância, não obstante a presença de algum problema social, pessoal ou legal. Inclui a ideia de uso em excesso, descomedimento e utilização indevida (PECHANSKY e cols., 2004).

Lopes e Magalhães (2009) destacam a existência de um grupo entre dois extremos: pessoas que fazem uso esporádico do álcool e os dependentes pesados, que não vivem sem a bebida. São os bebedores de risco que:

[...] podem passar dias sem tomar uma cerveja, uma taça de vinho ou algumas doses de uísque. Mas para eles a bebida tem um significado psicológico muito positivo. Ela lhes dá prazer, mas principalmente maior autoconfiança. São incapazes de divertir-se ou ficar à vontade numa roda sem esvaziar um copo.

Os adolescentes se enquadram neste grupo, pois consideram o álcool um importante instrumento de socialização e integração ao grupo de amigos.

O primeiro contato que a maioria dos adolescentes tem com o álcool é dentro de casa, sob o olhar complacente da família. Esta postura familiar sinaliza a ideia de que o álcool, quando utilizado em situações sociais, tem boas funções de promover a socialização ou o relaxamento após um dia estafante (LEPRE e MARTINS, 2009).

A responsabilidade da família – repartida com os amigos – na introdução do hábito de consumir bebidas alcoólicas entre os adolescentes foi descrita nos estudos de Araújo e Gomes (1988).

O pai que pede um uísque para relaxar, a mãe que toma uma cerveja para refrescar estão colocando indicações de uso nas bebidas. Da mesma forma, os amigos seguem algumas regras: bebem para ter coragem, para mostrar que são machos, para esquecer, etc.

O uso indiscriminado de medicamentos – como remédios para dormir, para emagrecer, para melhorar o desempenho sexual – dá ao jovem a falsa impressão de que para

qualquer problema há uma alternativa química de ação rápida que não requer esforços maiores, condizente com o imediatismo próprio da juventude.

Assim, o álcool funciona também como uma solução fácil e rápida na resolução de vários problemas: timidez, falta de integração na turma, conflitos familiares e outros. O adolescente testa estas expectativas e, para alguns, elas são confirmadas e permanecem, favorecendo o aparecimento de uma dependência futura (ARAÚJO e GOMES, 1998).

Os estudos de Pechansky e cols. (2004) confirmam tais expectativas e evidenciam outra forma de dependência: a psicológica, na medida em que o adolescente se habitua a passar por uma série de situações apenas sob o efeito do álcool. Assim, só consegue tomar iniciativas em experiências afetivas e sexuais se beber, associando o lazer ao consumo de álcool, uma vez que este ocorre, sobretudo, em festas como fator de descontração. Com isto, o adolescente aprende a desenvolver habilidades tão somente com o uso de bebidas alcoólicas, e, quando estas não se encontram disponíveis, sente-se incapaz de desempenhar tais atividades.

Esta situação é comprovada quando se observa nas festas de adolescentes o elevado consumo de bebidas alcoólicas, em especial a cerveja e os “ices”, que invariavelmente terminam nos pronto-atendimentos com quadros de intoxicação aguda, às vezes até severos. Para alguns isto é motivo de vergonha e a experiência para por aí, porém, para outros, é motivo de se vangloriar: “bebi tanto que fui parar no hospital” (LOPES e MAGALHÃES, 2009).

Outra forma de início do uso de bebidas alcoólicas é pelo caráter experimental do jovem, influenciado por fatores externos como a mídia, grupos de amigos e família (FEIJÓ e OLIVEIRA, 2001), ou por mera curiosidade.

Desse modo, é fundamental reconhecer o consumo de álcool como importante fator de risco para o crescimento e desenvolvimento dos adolescentes, comprometendo bastante sua qualidade de vida. Para interromper essa trajetória, rumo a graves consequências na saúde física e mental dos jovens, torna-se indispensável a elaboração e implementação de programas de prevenção, com o objetivo de evitar o consumo indevido do álcool e, consequentemente, os transtornos causados por seu uso.

Cartana e cols. (2004), ao se referirem a programas que tenham como foco a prevenção do alcoolismo, os classificam em três tipos:

1- prevenção universal: destinada à população em seu todo, supostamente sem qualquer fator de risco. Pode ser aplicada na comunidade, no ambiente escolar e através dos meios de comunicação;

2- prevenção seletiva: dirigida a subgrupos da população, normalmente pessoas de maior risco, por exemplo, filhos de dependentes;

3- prevenção indicada: tem por alvo indivíduos que apresentam os primeiros sinais de abuso, com o objetivo de deter este abuso e suas implicações.

Esta classificação está apoiada em fatores de risco e de proteção. Envolve características individuais, condição situacional ou contexto ambiental que favorecem ou inibem a probabilidade do uso/abuso do álcool.

Corroborando estes conceitos de risco e proteção, Feijó (2001) e Marques (2000) destacam como fatores de risco: a história familiar de alcoolismo, conflitos intrafamiliares, comportamento antissocial, baixa autoestima, evasão escolar, acesso fácil ao álcool, tolerância da família, propaganda, grupos de amigos que usam o álcool, suscetibilidade herdada ao uso, etc. Entre os fatores de proteção estão: a boa estrutura familiar, o compromisso escolar, a religiosidade, regras claras de disciplina adequadas à idade e respeito a valores éticos e morais que podem ser elementos-chave no sucesso das abordagens preventivas.

No tocante às intervenções preventivas, estas podem ser agrupadas em dois blocos, conforme as estratégias utilizadas. Um bloco, caracterizado por redução da oferta, visa à redução da disponibilidade da bebida, onde se incluem: taxaço sobre as bebidas alcoólicas e restrições quanto aos horários e pontos de venda de bebidas, através da lei de zoneamento urbano, e o cumprimento da lei que proíbe a venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos. Outro bloco tem por objetivo a redução da demanda, isto é, a redução do consumo (ROMANO e LARANJEIRA, 2004).

Noto e Galduróz (1999) afirmam que as medidas preventivas quanto ao consumo de drogas psicoativas, dentre elas o álcool, ainda são incipientes, deixando um campo livre

para as campanhas publicitárias de incentivo. E acentuam que as ações preventivas podem acontecer em três níveis, dependendo da população-alvo e do perfil da intervenção:

1- prevenção primária: compreende ações que visem a evitar o início do consumo ou novos casos de uso abusivo, através de divulgação de informações, fortalecimento de atitudes saudáveis, oferta de alternativas esportivas e culturais e sensibilização de lideranças naturais que atuem como multiplicadores;

2- prevenção secundária: é o conjunto de ações em busca da sensibilização das pessoas que fazem uso ocasional do álcool, a respeito dos riscos a que estão expostas, incentivando-as à mudança de comportamento através do aprendizado de novas atitudes e escolhas mais responsáveis;

3- prevenção terciária: são ações que procuram evitar prejuízos adicionais a partir de um problema já instalado ou reintegrar à sociedade usuários dependentes que procuram ajuda. São vários os tipos de abordagem, com índices de efetividade semelhantes, porém baixos: grupos de autoajuda, com destaque para os Alcoólicos Anônimos, e abordagens psicanalíticas, comportamentais, cognitivas e medicamentosas.

As duas classificações dos tipos de prevenção são muito semelhantes entre si e levam em consideração as características da população a que se destinam e o tipo de intervenção.

A prevenção primária ou universal é a ideal, e a que corresponde ao verdadeiro sentido da palavra prevenção: conjunto de ações que têm por objetivo evitar o uso indevido do álcool e os problemas causados pelo seu consumo, antes que eles apareçam ou se agravem. Estas ações podem ser aplicadas na comunidade, no ambiente escolar, nos meios de comunicação, através da divulgação de informações científicas não-tendenciosas, além das intervenções que visam à redução da oferta das bebidas alcoólicas, principalmente com um maior controle da propaganda (ROMANO e LARANJEIRA, 2004).

Neste sentido, há que se reconhecer que a escola é um ambiente privilegiado para a implantação de atividades preventivas, pois se constitui no espaço onde o adolescente passa grande parte de seu tempo e onde se dá, em grande monte, a constituição de sua identidade.

Empreende-se, assim, a chamada prevenção universal ou primária, ou seja, a prevenção capaz de antecipar a experimentação por meio de ações que objetivam evitar

problemas decorrentes do uso de risco. Cabem à escola, também, ações de prevenção secundária, uma vez que não se pode deixar de reconhecer a existência de alunos que já têm problemas com o uso de álcool (NOTO e GALDURÓZ, 1999; CARTANA e cols., 2004).

A prevenção seletiva ou secundária considera os fatores de risco a que uma determinada parte da população está submetida. É o programa destinado aos bebedores de risco, no sentido de conscientizá-los de tais riscos, aprendendo a quebrar o padrão de comportamento associado ao álcool. É a política de redução de danos. Os participantes são rastreados e recrutados pela equipe de trabalho, que deve ser habilidosa, porquanto trabalha com diversos problemas sociais, familiares e próprios da juventude (NOTO e GALDURÓZ, 1999; CARTANA e cols., 2004).

A prevenção terciária ou seletiva tem por alvo os indivíduos que apresentam sinais de abuso e dependência. As ações se mesclam com ações inerentes ao tratamento. A equipe precisa ser muito qualificada, pois trabalha sobre fatores de risco individuais e problemas de comportamento (NOTO e GALDURÓZ, 1999; CARTANA e cols., 2004).

De acordo com o documento “A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2004), a prevenção do uso abusivo e/ou dependência do álcool deve ser voltada para a redução dos fatores de risco e fortalecimento dos fatores de proteção. Deve haver um compartilhamento de responsabilidades entre os diversos segmentos sociais disponíveis e os indivíduos diretamente envolvidos com o uso de álcool, buscando facilitar processos que levem à redução da iniciação do uso e das consequências do abuso. Para tanto, a lógica da redução de danos deve ser considerada, uma vez que possibilita um planejamento mais flexível e abrangente de atividades preventivas.

O referido documento relata ainda que estudos realizados pelo Ministério da Saúde e Universidade Federal de Minas Gerais, nos anos de 1999 e 2001, constataram a eficácia da estratégia de redução de danos entre usuários de drogas injetáveis, através da promoção de uma mudança de comportamento e diminuição de suas vulnerabilidades à infecção pelo HIV. A partir daí, este enfoque vem sendo ampliado para outros comportamentos de risco, como o abuso de álcool e outras drogas, com resultados bastante animadores (BRASIL, 2004).

A Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA), criada na 1ª Conferência sobre Álcool e Redução de Danos, realizada em Recife, em agosto de 2002, define redução de danos como: “políticas e programas que tentam principalmente reduzir, para os usuários de drogas, suas famílias e comunidades, as consequências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento”, e pode ser aplicada ao consumo de álcool (BRASIL, 2004).

A estratégia de redução de danos é uma abordagem preventiva realista e pragmática, pois reconhece que o consumo do álcool não será interrompido e continuará a criar problemas ao indivíduo e à comunidade, a despeito das intervenções convencionais. Consiste em ações complementares às estratégias de controle da demanda e oferta; seu foco é nas consequências e não nos comportamentos, e visa a reduzir os efeitos negativos decorrentes do uso abusivo da bebida, tanto para o indivíduo quanto para a sociedade. Sua opção é pela saúde e responsabilidade pessoal, ao invés da doença e punição, e, embora a abstinência seja reconhecida como resultado ideal, aceitam-se alternativas que possam reduzir os danos associados ao consumo (DÉA e cols., 2004).

Uma proposta de redução de danos entre os jovens deve adotar a perspectiva do protagonismo juvenil, ou seja, o jovem deve participar ativamente da definição de prioridades, da implementação de ações e da avaliação dos resultados. Os adolescentes podem reconhecer que seu padrão de uso de álcool leva a perigos ou riscos, mas têm dificuldades em reduzir o seu consumo e controlar esses riscos, pelo seu senso de onipotência e indestrutibilidade. Por conseguinte, precisam desenvolver estratégias e habilidades para neutralizar as pressões que os motivem a beber (DÉA e cols., 2004; ALMEIDA e cols., 2008).

Segundo o texto do Ministério da Saúde (2004):

[...] a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por quê? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos se oferece como um método (no sentido de métodos, caminho) e, portanto, não excludente de outros.

Os princípios da redução de danos fazem parte do dia-a-dia das pessoas, quando usam equipamentos de segurança na prática de esportes radicais, quando usam cintos de

segurança no trânsito ou quando fervem água para diminuir a sua contaminação. Assim, são várias as situações em que há uma estratégia de prevenção de danos maiores (BRASIL, 2004).

Com relação ao abuso de álcool, algumas estratégias de redução de danos já estão implementadas, como a produção de bebidas com menor teor alcoólico e a adição de tiamina (vitamina B) a alguns produtos, com comprovada redução dos riscos à saúde (BRASIL, 2004).

Na acepção de Laranjeira e Romano (2004), a maior causa de problemas relacionados ao álcool na população geral é, na verdade, a intoxicação aguda. Assim, prevenir a intoxicação é uma estratégia poderosa para evitar muitos dos danos causados pelo álcool. E uma vez que a relação entre intoxicação e dano sofre uma grande influência do contexto físico e social, os danos podem ser evitados alterando-se o ambiente, seja fisicamente (tornar o lugar onde se bebe mais seguro), seja temporalmente (separar o hábito de beber de atividades que requeiram atenção).

Quanto ao ambiente onde se bebe, é possível torná-lo mais seguro através da criação de áreas secas, onde não se vendem bebidas alcoólicas, ou apenas bebidas com baixo teor de álcool; uso de copos de plástico ao invés de vidro; orientação aos garçons para não servirem mais bebidas aos usuários já embriagados, etc. Como o ato de beber é uma atividade social geralmente realizada em grupo, uma alternativa é não focar apenas o uso de bebida, mas criar outras situações que envolvam comer, dançar, jogar sinuca, etc. O planejamento de quanto se pretende beber, com o estabelecimento de uma meta máxima de doses e gastos, e a divulgação de informações sobre os efeitos das bebidas fazem parte também do arsenal da estratégia de redução de danos (BRASIL, 2004).

Na verdade, a redução de danos é uma forma de prevenção secundária ou seletiva, que se utiliza de ações integradas em vários espaços da experiência juvenil, promovendo um debate de forma não repressiva sobre o consumo de álcool e outras drogas, estimulando o jovem a se tornar sujeito das ações e participar ativamente do planejamento e implementação das atividades preventivas. As ações efetivas de redução de danos devem estar associadas às políticas públicas de maior abrangência, que promovam a igualdade social e ofereçam melhores perspectivas e condições de vida aos jovens.

A fim de minimizar esses danos, governos locais e nacionais têm se responsabilizado de forma crescente por elaborar políticas de saúde apropriadas para combater esses problemas, incluindo programas de prevenção e tratamento (LARANJEIRA e ROMANO, 2004).

Segundo o Consenso Brasileiro sobre Políticas Públicas do Álcool (2004), as políticas de álcool podem ser divididas em duas categorias, de acordo com sua natureza e propósitos: as de alocação e as de regulação. Políticas de alocação são as que destinam recursos a um grupo específico, como por exemplo: financiar o treinamento de garçons para servirem bebidas com responsabilidade e fornecer tratamento aos dependentes do álcool. Já as políticas regulatórias procuram influenciar comportamentos e decisões dos indivíduos através de ações mais diretas: leis que regulam preço e taxação de bebidas alcoólicas, que impõem uma idade mínima para a compra de álcool, que limitam as horas de funcionamento de bares, que proíbem total ou parcialmente a propaganda de bebidas.

É claro que não cabe apenas ao poder público solucionar de vez esta questão que se apresenta à sociedade brasileira. A família também tem a obrigação de estar presente, a escola tem de estar atenta e a comunidade tem de estar preparada para melhor educar esta geração. Afinal, são eles os cidadãos do futuro.

A intervenção breve é outro exemplo de estratégia de redução de danos de comprovada efetividade. Marques e Furtado (2004) definem intervenção breve como uma abordagem psicoterapêutica rápida, que pode durar de cinco a trinta minutos, inserida na rotina habitual de atendimento nos serviços de atenção primária. Esta abordagem objetiva, primariamente, a identificação e dimensionamento dos riscos, por meio de um instrumento padronizado de rastreamento, e pelo oferecimento de orientações e aconselhamento no intuito de motivar o paciente para o autocuidado e o compromisso com a mudança no padrão de consumo do álcool.

Estudos conduzidos por Bien e cols. (1995), Kahan e cols. (2000), Wilk e cols. (1993) e Moyer e cols. (1994), citados por Marques e Furtado (2004), comprovam a eficácia das intervenções breves, o que justifica a sua implementação nos serviços assistenciais como parte integrante da rotina de atendimento, sobretudo voltado para usuários com padrão de consumo de risco, não necessariamente dependentes.

Ronzani e cols. (2009) confirmam esses dados destacando o baixo custo da intervenção breve e a sua efetividade para os problemas relacionados ao álcool. Para os autores: “O foco da intervenção breve é a mudança de comportamento do paciente por meio de atendimento com tempo limitado, podendo ser realizado por profissionais de diferentes formações”.

Tomados como diretrizes, estes referenciais, apresentados na literatura – alguns dos quais disponibilizados como documentos de posição de órgãos governamentais e não-governamentais –, embora se coloquem como documentos claros, objetivos e valiosos, se nos afiguram de difícil implementação nos serviços de saúde e de atenção social.

Ronzani e cols. (2005) ressaltam que há muitas dificuldades na implantação efetiva dessas rotinas nos serviços, devido à falta de motivação dos profissionais para trabalhos preventivos, à restrição da abordagem à dependentes do álcool, além de dificuldades práticas na organização do serviço.

Estas dificuldades podem ser minimizadas, como demonstra um estudo de Ronzani e cols. (2009), em que foi avaliada a efetividade da implementação de estratégias preventivas – triagem associada às intervenções breves – na atenção primária à saúde, após uma capacitação dos profissionais de saúde. Seis meses após esta capacitação, procedeu-se à avaliação de seguimento. Os principais problemas relatados foram a não participação de todos os profissionais no projeto, a resistência dos pacientes em discutir o uso de álcool e problemas inerentes ao funcionamento do serviço – como excesso de atribuições e capacitações, falta de tempo, alta rotatividade dos profissionais e falta de apoio dos gestores. Os autores concluíram, então, que para uma maior efetividade da implementação de estratégias para prevenção do uso de álcool na atenção básica é imprescindível, além de um engajamento dos gestores e coordenadores do PSF no projeto, uma capacitação dos profissionais de saúde no sentido de proporcionar conhecimentos e desenvolver habilidades para a prática preventiva. E destacam ainda que como a atenção primária à saúde atinge a maior parte da população, e nos municípios de pequeno porte se configura como a principal, senão a única forma de oferta de serviços públicos de saúde, esta se torna um nível estratégico para aplicação do instrumento de triagem – AUDIT – e realização de intervenções breves para prevenção dos problemas associados ao uso do álcool.

No entender de Déa e cols. (2004), uma maneira eficaz de conseguir a cooperação e interesse do jovem é através de atividades interativas, como oficinas, sociodramas e outras, onde ele é estimulado a problematizar sua relação com o álcool de maneira reflexiva e não punitiva, conhecendo melhor os efeitos do álcool sobre seu organismo e os riscos a que está exposto pelo uso abusivo. Este tipo de abordagem também leva em consideração que o jovem deve ser sujeito da ação, uma vez que metas estabelecidas pelos próprios jovens são mais efetivas que objetivos estabelecidos pelos outros, e que a redução de danos associada ao uso abusivo de álcool é um objetivo válido para uma intervenção preventiva.

Nas palavras de Laranjeira e Romano (2004), as intervenções no âmbito escolar são pouco efetivas e constituem uma alternativa bastante cara. Para melhorar os resultados dos programas preventivos escolares existem algumas recomendações:

- os programas de prevenção devem procurar atingir várias áreas da vida do jovem: individual, grupal, escolar, familiar, comunitária e social;
- o desenvolvimento do programa deve seguir uma sequência lógica e previsível do uso de substâncias: álcool, tabaco, maconha e outros;
- o programa deve contar com diferentes modalidades de prevenção: universal, seletiva e indicada;
- estudos mostram que o período mais efetivo para a prevenção compreende a faixa etária dos 10 aos 15 anos de idade;
- programas baseados em métodos interativos são muito mais efetivos do que os baseados em formatos didáticos tradicionais;
- agentes multiplicadores jovens podem e devem fazer parte do programa preventivo, sob a supervisão e orientação da equipe responsável; e
- programas escolares que possuem intervenções direcionadas aos pais e comunidades apresentam melhores resultados.

No estudo de Maia (2008), realizado com jovens entre 11 e 21 anos de uma escola pública, foi verificada a efetividade de uma atividade de prevenção no padrão de uso de álcool. Esta atividade em um primeiro momento constou da aplicação do AUDIT – instrumento de triagem para o uso indevido de álcool – para seleção da amostra. Os jovens selecionados foram convidados a participar de quatro encontros de aproximadamente quatro horas cada, e reaplicação do AUDIT, após noventa dias da intervenção preventiva. O primeiro

encontro foi o da construção de painéis, com figuras de adolescentes de classe média e de adolescentes pobres da periferia. Nesta ocasião, foram discutidas as dificuldades de se conviver com as famílias, a falta de perspectiva na vida, o desânimo em relação a trabalho, a incompreensão da relação escolarização/vida profissional, tudo relacionado à ideia sedutora de alterar a consciência utilizando o álcool. No segundo encontro, foi apresentado o filme “Diário de um Adolescente”, que mostra em detalhes o processo de dismantelamento produzido pelo uso de álcool, seguido de heroína. A discussão foi conduzida com foco no uso de álcool, os sintomas da abstinência e as dificuldades ao se interromper o uso. O terceiro encontro foi de fixação dos conceitos e realidades vistas nos encontros anteriores. Paralelamente a esta atividade, ocorreu uma palestra destinada aos pais e professores. No quarto encontro aconteceu a confraternização com exposição dos trabalhos produzidos.

Os resultados do projeto anteriormente referido mostraram uma redução significativa do consumo de álcool para adolescentes com consumo prévio indevido, ou melhor, para adolescentes até 15 anos, e praticamente nenhum impacto significativo em adolescentes que já fazem uso abusivo de álcool. Assim, fica evidente que as intervenções preventivas podem ser mais efetivas quanto mais precoces acontecerem na vida dos adolescentes. Estas intervenções devem promover nos jovens a capacidade de reflexão, compreensão e de construção de atitudes e comportamentos diante do álcool e outras drogas, tendo como objetivo a confrontação pessoal e responsável com o uso de substâncias. Para tanto deve haver um espaço de confiança, onde o jovem possa entender que o abuso de álcool visa a satisfazer necessidades que são legítimas – vestir-se bem, ter emprego, viver em harmonia, ser respeitado – através de um meio artificial e impróprio, como anestesiarse com o excesso de bebida ante a impossibilidade imediata da realização de tais conquistas (MAIA, 2008).

Barroso e cols. (2006) realizaram uma revisão sistemática de sete estudos da literatura, com o objetivo de analisar a eficácia dos programas de intervenção para a prevenção do uso/abuso de álcool, dirigidos a adolescentes dos 10 aos 16 anos de idade, em meio escolar. Estes estudos, apesar de apresentarem uma grande variedade nas intervenções e na sua implementação, demonstram que a maioria dos programas de intervenção para prevenção de uso/abuso de álcool dirigidos aos adolescentes em meio escolar é eficaz. Os autores reforçam a importância de implementar as intervenções num período relevante para o desenvolvimento dos jovens, a saber, antes dos padrões comportamentais estarem estáveis e

resistentes a mudanças, e a necessidade de manter os programas ativos por intermédio de sessões reforçadoras, no sentido de assegurar os efeitos iniciais das intervenções.

Araújo e Gomes (1988) destacam que “os programas de prevenção devem ser baseados nas expectativas dos adolescentes, tais como são formadas a partir do modelo do adulto”. Assim, é necessário enfatizar as vantagens de não beber, ou pelo menos não se embriagar, e não as desvantagens de beber. A prevenção deve se iniciar, preferencialmente, na infância e concentrar-se entre os doze e quinze anos, continuando até a idade adulta, com uma parceria efetiva da família, da escola, das políticas públicas de controle da propaganda e aplicação da lei que proíbe a venda de bebidas a menores.

6 CONCLUSÃO

A tolerância social concedida ao consumo de álcool e a escassa percepção do risco associado a esta ingestão têm sido fatores que contribuem para a generalização do abuso dessa substância entre os adolescentes e jovens, favorecendo a instauração de uma imagem de “normalização” de tal conduta.

O álcool é, seguramente, a droga que mais danos traz à sociedade, por ser socialmente aceita e seu consumo estimulado por intensa propaganda. A prevalência de seu uso por adolescentes e adultos jovens é mais elevada do que na população em geral, o que acarreta um custo social e econômico muito grande e graves consequências orgânicas, comportamentais e na estrutura de desenvolvimento da personalidade do adolescente.

O fenômeno das drogas, dentre elas o álcool, é um dos maiores desafios na atualidade, e cabe a cada setor da sociedade e ao governo agirem no sentido de reduzir suas dimensões através da prevenção, que deve ser pautada no conhecimento científico, por meio da divulgação de informações claras e corretas e da diminuição de preconceitos.

Mas só o repasse de informações aos jovens não é suficiente para um bom trabalho preventivo. Na realidade, uma boa estratégia preventiva deve ter como objetivo fazer com que o jovem pense e reflita de maneira crítica sobre sua vida, suas escolhas, seus desejos, suas frustrações e seu futuro, fortalecendo sua responsabilidade individual.

Após a realização deste estudo foi possível estabelecer as bases, em três etapas, para uma proposta de intervenção sobre o uso abusivo de álcool por adolescentes no município de Carmo da Cachoeira.

Como parte da prevenção primária ou universal faz-se necessária a participação da escola, da família e da comunidade. A escola deve incluir nas suas atividades curriculares a divulgação de informações científicas, isentas de preconceitos, propiciando o debate através de métodos interativos, como oficinas de teatro, jogos lúdicos e outros. Está bem comprovado pela literatura que esta prevenção deve se iniciar em faixas etárias mais jovens – a partir dos 10 anos, e direcionar atividades para os pais e a comunidade. Para isto, o gestor de saúde,

sensibilizado e engajado no projeto, deve tentar parcerias, por exemplo, com a Secretaria da Educação, de Assistência Social e outros setores da sociedade, como o Projeto Trabalho e Dignidade e o Grupo Figueira.

Na prevenção secundária ou seletiva, os profissionais de saúde, vinculados à Estratégia Saúde da Família, devem ser capacitados a aplicar o instrumento de triagem para o uso abusivo de álcool – AUDIT – e para realizarem intervenções breves no atendimento aos adolescentes de risco. A partir daí, deve-se criar um espaço na Unidade de Saúde para o adolescente, com reuniões periódicas, incluindo exibição de filmes educativos, realização de trabalhos manuais, música, teatro e oficinas, permeados sempre com discussões de temas importantes para a faixa etária, como o uso de álcool e outras drogas, violência, sexo seguro, prevenção de DST/AIDS, gravidez indesejada. Além disso, deve-se fazer uma programação de atividades esportivas, através de torneios, festival de danças e outros; todos esses eventos sem álcool, para desvincular o lazer do prazer da bebida alcoólica.

Na prevenção terciária ou indicada, o gestor de Saúde deve estabelecer convênios com Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de cidades vizinhas, para o atendimento aos dependentes, e referenciar a um Hospital Psiquiátrico para internação dos casos mais graves. Na reabilitação, encaminhar os pacientes tratados para os Alcoólicos Anônimos e reinseri-los no mercado de trabalho, através do Projeto Trabalho e Dignidade.

Este estudo evidencia a eficácia das abordagens preventivas quando iniciadas na infância, com o exemplo dos pais, em parceria com a escola e outros setores da sociedade e com a equipe de saúde da família, como importante estratégia de mudança do modelo assistencial, que preconiza a promoção da saúde e a prevenção dos agravos.

Assim, é evidente a responsabilidade da equipe de saúde no planejamento de uma abordagem preventiva junto aos adolescentes, no sentido de reverter o processo de uma possível dependência do álcool no futuro e para minimizar os riscos do abuso no presente.

Através desse esforço conjunto é possível entrever, no futuro, uma população de adultos responsáveis e saudáveis, trabalhando por uma sociedade mais justa em que o álcool seja apenas uma fonte de prazer esporádico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. M.; OLIVEIRA, M. A.; PINHO, P. H. **O Tratamento de adolescentes usuários de álcool e outras drogas: uma questão a ser debatida com os adolescentes?** *Rev. Psiquiatr. Clin.* [on line], Vol.35, suppl.1, São Paulo, 2008.

ARAÚJO, L. B.; GOMES, W. B. **A adolescência e as expectativas em relação aos efeitos do álcool.** *Psicol. Reflex. Crit.* [on line], v.11, n.1, Porto Alegre, 1998.

ARIÉS, P.; DUBY, G. **História da vida privada I.** Porto: Afrontamento, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição.** *Série F. Comunicação e Educação em Saúde.* Brasília: Ed. Ministério da Saúde, pp. 1-144, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica a Saúde, SVS/CN – DST/AIDS. **Diretrizes para a Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas.**

_____. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: Ed: Ministério da Saúde, v. 2, ed. ver. ampl., pp. 22-40, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CARLINI, A. E. **Epidemiologia do uso de álcool no Brasil.** Cebrid (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas); Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP, *Arq Méd ABC*, 2006; Supl. 2, pp. 4-7.

CARTANA, M. H. F.; SANTOS, S. M. A.; FENILI, R. M.; SPRICIGO, J. S. **Prevenção do uso de substâncias psicoativas.** *Texto Contexto Enferm.* 2004, abr-jun, n.13, vol.2, pp. 286-9.

DÉA, H. R. F. D.; SANTOS, E. N.; ITAKURA, E.; OLIC, T. B. **A inserção do psicólogo no trabalho de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas.** *Psicol. Cienc. Prof.* v. 24, n.1, Brasília, mar. 2004.

FEIJÓ, R. B.; OLIVEIRA, E. A. **Comportamento de risco na adolescência.** *J. Pediatr.* (Supl. 2): S125-S134, Rio de Janeiro, 2001.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. A. **Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos.** *Rev. Bras. Psiquiatr.* Vol. 26, suppl. 1, São Paulo, maio, 2004.

LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. **Consenso Brasileiro sobre Políticas Públicas do Álcool.** *Rev. Bras. Psiquiatr.* Vol. 26 suppl. 1, São Paulo, maio, 2004.

LEPRE, R. M.; MARTINS, R. A. **Raciocínio moral e uso abusivo de bebidas alcoólicas por adolescentes.** *Paideia* (Ribeirão Preto), [on line] abr. 2009, vol. 19, n. 42, pp. 39-45.

LOPES, A. D.; MAGALHÃES, N. **A boia da prevenção.** *Revista Veja.* Ed. 2.129, ano 42, n. 36, 9 de setembro de 2009, Editora Abril.

LIMA, C. R. et al. **Alcoolismo em adolescentes: por que acontece?** *Rev. Bras. Nutr. Clin.* 2008; n. 23, vol. 4, pp. 286-91.

MAIA, S. A. **Verificação dos efeitos de atividade preventiva no padrão de uso de álcool em uma população estudantil de Diadema, SP.** Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2008.

MARQUES, A. C. P. R.; FURTADO, E. F. **Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool.** *Rev. Brás. Psiquiatr.* [on line], 2004, v. 26, supl.1, pp. 28-32.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: MS; 2003.

NEWCOMB, M. D. Identifying high-risk youth: prevalence and patterns of adolescent drug abuse. *NIDA Res Monogr* 1995;156:7-38.

NOTO, A. R.; GALDURÓZ, J. C. F. **O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil.** *Cienc. Saúde coletiva*, v. 4, n.1, Rio de Janeiro, 1999.

OMS. **Relatório Mundial de Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Lisboa : Direcção-Geral da Saúde. ISBN 972-675-082-2, 2003.

PECHANSKY, F.; SZOBOT, C. M.; SCIVOLLETO, S. **Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos.** *Rev. Bras. Psiquiatr.* [on line]. 2004, v. 26, supl. 26, pp. 14-17.

ROMANO, M.; LARANJEIRA, R.; **Alcohol no ordinary commodity: research and public policy.** *Rev. Bras. Psiquiatr.* [on line], 2004, vol. 26, n. 4, pp. 280-281.

RONZANI, T. M. et al. **Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco do álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas.** *Cad Saúde Pública* [online], 2005, v. 21, pp. 852-861.

VIER, B. P.; REGO-FILHO, E. A.; CAMPOS, E.; OLIVI, M. **Uso de álcool e tabaco em adolescentes.** *Arq. Mudi.* 2007, n.11, vol. 2, pp. 5-8.