

Grupo focal como estratégia para a prevenção da recaída no alcoolismo

Focus group as a strategy for the prevention of alcoholism relapse

Grupo focal como estrategia para la prevención de la recaída en el alcoholismo

Janaina Rocha Soares^I; Marilurde Donato^{II}; Sheila Nascimento Pereira de Farias^{III}; Maria Yvone Chaves Mauro^{IV}; Elaine Franco dos Santos Araujo^V; Liane Gack Ghelman^{VI}

RESUMO: O objeto deste estudo foram os agravos à saúde identificados pelo grupo focal como motivo para a prevenção da recaída no alcoolismo. Os objetivos foram analisar as sequelas ou agravos à saúde que levam à prevenção da recaída no alcoolismo. Trata-se de um estudo descritivo, com uso de grupo focal. Os sujeitos foram 31 clientes, entre 18 e 65 anos, atendidos pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil-RJ e Centro de Estudos, Pesquisa e Referência em Alcoolologia e Adictologia, entre julho a setembro de 2009. Um total de 38% respondeu que os motivos que levam o alcoolista à prevenção da recaída foram: tuberculose, hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, problemas cardiovasculares e psiquiátricos. A partir dos resultados, conclui-se que são necessárias a aplicação da redução de danos e agravos à saúde e o incentivo à realização de tratamento especializado.

Palavras-Chave: Alcoolismo; recidiva; grupo focal; saúde coletiva.

ABSTRACT: This study is concerned with health problems identified by the focus group as causes for the prevention of alcoholism relapse. It aimed at analyzing sequels or health problems leading to the prevention of alcoholism relapse. This is a descriptive study, using focus group. Subjects were 31 clients aged from 18 to 65, assisted by the City Department of Health and Civil Defense-RJ and Center for Studies, Research and Reference on Alcoholism and Addiction, from July to September, 2009. Thirty-eight per cent (38%) of respondents identified the following reasons why alcoholics seek relapse prevention: tuberculosis, hypertension, Diabetes Mellitus, cardiovascular, and psychiatric problems. Results indicate reduction of health harm and health problems levels as well as the fostering of specialized treatment are required.

Keywords: Alcoholism; relapse; focus group; collective health.

RESUMEN: El objeto de este estudio fueron los problemas de salud identificados por el grupo focal como razón para la prevención de recaídas en el alcoholismo. Los objetivos fueron analizar las consecuencias o problemas de salud que conducen a la prevención de recaídas en el alcoholismo. Se trata de un estudio descriptivo, mediante grupo focal. Los sujetos fueron 31 personas de 18 a 65 años, atendidas por la Secretaría Municipal de Salud y Defensa Civil-RJ – Brasil y el Centro de Estudios, Investigación y Referencia sobre Alcoholismo y Adictología, entre julio y septiembre de 2009. Un total de 38% respondió que las razones que llevan los alcohólicos para la prevención de recaídas fueron: tuberculosis, hipertensión, Diabetes Mellitus, problemas cardiovasculares y psiquiátricos. De los resultados, se concluye que son necesarios la aplicación de la reducción de daños y problemas de salud y el fomento de un tratamiento especializado.

Palabras Clave: Alcoholismo; recaída; grupo focal; salud pública.

INTRODUÇÃO

O homem conheceu o processo de fermentação há mais de 10.000 anos, com isso obtendo as primeiras bebidas alcoólicas e, há mais de 5.000 anos, os sumérios e assírios produziram uma bebida fermentada, a partir de cereais utilizando o processo de malteação de grãos, da mesma maneira como é feito atualmente¹.

Até o século XVIII, as bebidas eram produzidas artesanalmente, com baixo teor alcoólico, pois eram fermentadas. A partir da Revolução Industrial inglesa, no século XIX, a produção passou a ser de forma industrial, em grandes quantidades e com maior teor alcoólico. Com isso, a bebida que era consumida durante

^IMestre em Saúde Coletiva. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Professora de Saúde Mental. Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: janainarsoares@gmail.com.

^{II}Doutora em Enfermagem. Docente. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: marilurdedonato@superest.ufrj.br.

^{III}Doutora em Enfermagem. Docente. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: sheilaguadagnini@yahoo.com.br.

^{IV}Doutora em Enfermagem. Docente. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: mycmauro@uol.com.br.

^VDoutora em Saúde Coletiva. Docente. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: elainefsaraujo@uol.com.br.

^{VI}Doutora em Enfermagem. Docente. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: lgghelman@gmail.com

as refeições por ser uma fonte menos contaminada do que a água que, à época, não era tratada apropriadamente, passou a ser forte e vendida a baixo custo, favorecendo o acesso a um número maior de pessoas².

Em 1977, com o desenvolvimento das pesquisas nesta área, os peritos da Organização Mundial de Saúde (OMS) definiram duas grandes categorias diagnósticas do alcoolismo: o abuso e a dependência, conceituados como uma alteração nos aspectos físico, mental e/ou social do paciente, cujo nexos causal era a ingestão excessiva de álcool, causando-lhe incapacidade³. A partir daí, o modelo de doença foi aceito por grupos de grande prestígio como a OMS que, em 1978, passou a conceituar o alcoolismo como Síndrome da Dependência do Álcool.

O consumo de álcool impõe às sociedades de todo o mundo agravos indesejáveis e extremamente dispendiosos, os quais acometem os indivíduos em toda a sua vida⁴. O álcool faz parte do contexto social por ter aceitação mundial e sua iniciação começa na infância ou na adolescência, de forma estimulada pelos próprios membros da família⁵.

Segundo a OMS, a cerveja é a bebida de maior consumo per capita no Brasil, com 54 litros / ano, seguido da cachaça com 12 litros / ano, o vinho com 1,8 litros / ano. Entre as décadas de 70 e 90, o Brasil apresentou um crescimento de 74,5% no consumo de bebidas alcoólicas. A produção de cachaça foi de 1,3 bilhões de litros em 2002, sendo 14,8 milhões de litros para exportação, além de uma produção de 2,3 milhões de litros de vinho em 2000⁶.

No contexto da saúde, o Manual da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), define a Síndrome de Dependência do Álcool como um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem a partir do consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associada ao desejo incontrolável de utilizar a droga, à dificuldade da manutenção do controle do consumo, à utilização contínua apesar das suas consequências nefastas, à maior prioridade ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e, por vezes, a um estado de abstinência física⁷.

Na década de 80, foi desenvolvido um programa de manutenção comportamental para uso no tratamento de problemas causados pela adicção, que se baseou na abstenção total da substância utilizada pelo indivíduo (por exemplo, abster-se do uso do álcool), ou a manutenção de programas regulatórios sobre o comportamento do indivíduo, que consistia na abstinência ou moderação em relação ao uso da substância psicoativa, cujo modelo denominou-se Prevenção da Recaída (PR)⁸.

Para os mesmos autores, recaída refere-se a um colapso ou revés na tentativa de uma pessoa para mudar

ou modificar qualquer comportamento-alvo. Baseada na teoria do aprendizado social, a prevenção da recaída é um programa de autocontrole que agrega procedimentos de treinamento de habilidades comportamentais, intervenções cognitivas e de mudança no estilo de vida.

Para tanto, precisamos entender que a recaída não pode ser compreendida somente como o retorno ao padrão do abuso da substância, mas também como o processo em que aparecem indicadores antes da volta do paciente ao uso da substância⁹.

O presente estudo, portanto, teve como objeto as sequelas ou agravos a saúde como motivo para a prevenção da recaída do alcoolismo. E como objetivos: levantar as sequelas ou agravos à saúde como motivo para a prevenção da recaída do alcoolismo; analisar as sequelas ou agravos à saúde como motivo para a prevenção da recaída do alcoolismo.

REVISÃO DE LITERATURA

O alcoolismo é uma doença crônico-degenerativa que se caracteriza pelo sentimento de compulsão para a ingestão do álcool continuamente, em qualquer quantidade e situação, tendo como consequências problemas físicos, psicológicos, familiares e sociais, em maior ou menor grau, podendo evoluir para a morte caso o paciente não se submeta a um tratamento que o leve à reabilitação da doença¹⁰.

O alcoolismo é um transtorno progressivo, dependente de fatores biológicos e culturais que determinarão como o indivíduo irá se relacionar com o álcool¹¹. Existem duas definições para o alcoolismo, conhecidas mundialmente: a primeira inclui todo uso de bebida alcoólica que causa dano a qualquer indivíduo; e a segunda, é de que o alcoolismo é um transtorno de conduta, crônico, manifestado por repetida ingestão de álcool¹².

O alcoolista inicia sua ingestão como bebedor social, em torno de 20 anos de idade; na terceira década de vida, evolui para a categoria de bebedor pesado, apresentando consequências físicas relacionadas ao álcool; finalmente, na segunda metade da terceira década de vida, instala-se a síndrome da dependência alcoólica¹³. Nesta fase tardia do alcoolismo, em que ele bebe descontroladamente, acaba perdendo o emprego, interna-se, envergonha-se, busca isolar-se e culmina por se degradar física e emocionalmente, tornando-se um manipulador da família que, por sentir-se culpada diante da situação, esconde o fato e, ao fazê-lo, facilita a adicção⁵.

O alcoolista pode ser encarado socialmente como um doente ou um indivíduo com desvios de personalidade. Isso demonstra a presença do estigma que fará com que alimente esse atributo que lhe foi associado, e assim, mantenha sua posição de dependente alcoólico o que, em muitos casos, leva à não adesão ao tratamento do alcoolismo e a sucessivas recaídas¹⁴.

O alcoolista pode ser de dois tipos: no tipo 1, o alcoolismo tem início tardio, evolução lenta, prognóstico melhor, menos complicações e comorbidade psicopatológica. O alcoolista faz uso do álcool de forma mais leve, mas a progressão para a dependência é rápida, desenvolvendo sentimento de culpa e complicações de saúde; já a impulsividade e os traços de personalidade anti-social são menos frequentes. No tipo 2, o alcoolismo começa precocemente, há predisposição genética, além de evolução rápida, mais comorbidades psicopatológicas e pior prognóstico. Em ambos os tipos, as dificuldades de abstinência são frequentes, assim como os envolvimento em brigas e confusões, porém, o alcoolista do tipo 2 é mais impulsivo e anti-social¹⁵.

A prevenção de recaída tem como objetivo capacitar os pacientes a aprenderem a prever e a lidar com o problema, permitindo-lhes desenvolver habilidades para interromper a evolução de um reinício de uso, evitando a recaída¹⁶.

A manutenção da abstinência implica em aceitar que o processo de recuperação é longo e pautado por retrocessos e contratemplos e que, por esse motivo, é necessário um nível elevado de alerta e conhecimento sobre os sinais internos (pensamentos, sentimentos) e externos (situações de risco) que assinalam o perigo de uma recaída¹⁷, além das informações a respeito dos eventos prévios (social, psicológico e demográfico) que podem ser usados na predição de recaídas futuras⁹.

Pelo exposto, infere-se que o grande problema do alcoolista não é parar de ingerir bebida alcoólica, e sim voltar a beber, pois, mais do que alcançar a abstinência total, requer uma mudança na sua personalidade e nos seus hábitos de vida⁵.

METODOLOGIA

Foi realizado estudo de natureza descritiva, com abordagem quantitativa. Utilizou-se o grupo focal como técnica para coleta dos dados, que permitiu identificar e analisar as sequelas ou agravos à saúde que motivaram o cliente a prevenir a recaída no alcoolismo. Os sujeitos do estudo foram 31 clientes selecionados aleatoriamente, com idade entre 18 e 65 anos, atendidos pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ) e pelo Centro de Ensino, Pesquisa e Referência em Alcoologia e Adictologia (CEPRAL/HESFA/UFRJ), no período de julho a setembro de 2009. As sessões do grupo focal foram realizadas na Secretaria Municipal de Saúde e no CEPRAL. Os dados foram analisados à luz da literatura especializada.

A primeira instituição citada anteriormente foi selecionada por consistir num conjunto de ações para a diminuição do impacto do abuso e da dependência do álcool e de outras drogas no ambiente de trabalho e, conseqüentemente, na sociedade, tendo como ob-

jetivo a melhoria da qualidade de vida e de trabalho dos funcionários públicos da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ).

Em relação à segunda instituição citada, é um Programa Acadêmico da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) voltado para a atenção integrada aos usuários com problemas de uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas. As atividades na assistência compreendem os atendimentos em caráter multiprofissional e interdisciplinar, realizados individualmente ou em grupos de clientes e de seus familiares.

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto de pesquisa por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, sendo aprovada em 02 de março de 2009 – CAAE: 0019.0.314.000-09, sob protocolo nº25/09. E pelo CEP da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) /HESFA/UFRJ, sob o protocolo nº 031/2007, que é integrante do Projeto de Extensão intitulado Os problemas relacionados ao uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas na saúde da comunidade.

Para preservar o anonimato dos clientes, seus discursos foram identificados com a letra P – participante – seguida do número de entrada no estudo: P1, P2...

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os resultados obtidos pelos clientes atendidos no SMSDC-RJ e CEPRAL, representando 23 (38%) unidades de registro (UR) identificadas, na discussão do grupo focal, destaca-se um dos motivos que levam o alcoolista a prevenção da recaída no alcoolismo - são as sequelas ou agravos à saúde, conseqüentes ao uso abusivo do álcool registrados no grupo focal.

O consumo excessivo de álcool é relacionado à morbimortalidade de mais de 30 doenças¹⁸. Quanto às formas de exposição, a aguda está associada a acidentes de trânsito, homicídios, suicídios, quedas, queimaduras e afogamento; e a crônica, ao uso prolongado de quantidades elevadas de álcool, levando à cirrose hepática, dependência de álcool, doenças cerebrovasculares, neoplasias de lábio, cavidade oral, faringe, laringe, esôfago e fígado, gastrite, varizes esofágicas, pancreatites aguda e crônica, diabetes mellitus, tuberculose, pneumonia e influenza¹⁹.

No Brasil, no período de 1998 a 2002, de acordo com o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, o coeficiente de mortalidade por Dependência de Álcool (DA) no sexo masculino foi de 5,8 óbitos/100.000 homens, apresentando diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,00001$) por faixa etária, sendo de 0,4 para 15 a 24 anos, aumentando até o máximo de 16,0 na dos 45 a 54 e diminuindo para 7,6 na dos 75 anos e mais²⁰.

No mesmo período, o sexo feminino apresentou 0,6 óbitos/100.000 mulheres, variando de 0,0 dos 15 a 24 até um máximo de 1,5 na faixa dos 45 a 64, reduzindo-se a 1,0 na dos 75 anos e mais, diferenças estas também estatisticamente significativas ($p < 0,00001$). A razão entre os coeficientes masculino e feminino foi de 9,2, sendo menores as diferenças nas idades extremas, jovens e mais idosos²⁰.

Doenças principais

As principais doenças ocasionadas pelo alcoolismo, referidas pelos autores citados foram confirmadas pelos seguintes depoimentos:

[...] eu quase me destruí e hoje me trato das doenças que vieram com a bebida. (P3)

[...] sou diabético e hipertenso, em consequência da bebida. (P13)

[...] por causa do álcool eu fiquei hipertenso. (P20)

Ressalta-se que não só o alcoolismo pode acarretar tais doenças, como também o consumo alcoólico mais leve, principalmente na presença de predisposição genética, infecções virais e deficiência de vitamina B1 (Tiamina)²¹. A deficiência desta vitamina, cuja metabolização é feita pelo fígado, foi referida por um depoente:

Por causa da minha saúde... fiquei tão magro... tomei vitamina por muitos anos. (P5)

O álcool é uma substância tóxica e seu consumo, por si só, já é considerado uma doença que traz inúmeras consequências maléficas, principalmente se ingerido durante muito tempo, como no caso dos participantes do estudo, cujos depoimentos confirmam que, ainda hoje, mesmo em abstinência, submetem-se ao tratamento das seqüelas do alcoolismo, nem sempre reconhecidas ou notificadas como provocadas pela ingestão abusiva de álcool.

Um dos participantes relatou a hipertensão e diabetes como doenças que surgiram com o consumo abusivo do álcool. Em relação à hipertensão arterial, é indicada a restrição do álcool, que diminui a pressão sistólica em 2-4 mmHg^{22,23}. Quanto ao diabetes, sabe-se que a ingestão abusiva de álcool resulta em vasodilatação, que propicia uma captação periférica de glicose através do sangue; e também insuficiência de insulina pelo pâncreas, resultando em diabetes alcoólica que pode ser superada no caso de abstinência²⁴.

É válido destacar que estudo desenvolvido sobre o pé diabético e fatores associados, evidenciou que 17,5% de seus portadores consomem álcool, ou seja, um número quase três vezes maior do que em pessoas que não consomem esta substância²⁵.

Entre os anos de 1984 e 1997, um estudo sobre as internações por tuberculose no estado de São Paulo apontou os principais motivos: o mau estado geral, o alcoolismo e a caquexia²⁶. Neste estudo, o alcoolismo

aparece como um fator complicador pelo fato de o indivíduo não fazer uso da medicação prevista no esquema do tratamento da doença, optando pela bebida; ou fazer uso da medicação e da bebida, anulando o efeito da primeira.

Os fatores de risco para ocorrência da tuberculose, em estudo realizado no Rio Grande do Sul, apontaram que dos 610 pacientes em tratamento entre os anos de 1989 e 1994, 134 (22%) dos doentes eram abusadores de álcool²⁷, evidenciando que o alcoolismo é fator de risco para o aparecimento da tuberculose. Em outro estudo, levado a efeito em 2002, em São Paulo, um levantamento identificou o perfil dos pacientes que evoluíram para óbito por tuberculose, apontando que 64% desses pacientes eram alcoolistas²⁸.

Os percentuais são relevantes por confirmarem a associação da tuberculose com o alcoolismo, fato que pode ser constatado também em centros de saúde e clínicas de tratamento no município do Rio de Janeiro, durante a rotina de atendimento de enfermagem aos alcoolistas, muitos deles apresentando tuberculose como comorbidade do uso abusivo de álcool, o que foi confirmado pelos participantes, conforme os seguintes depoimentos:

[...] eu tive tuberculose duas vezes. (P9)

Minha motivação foi porque fiquei com tuberculose e quase morri. (P10)

Começou porque tive tuberculose. (P22)

No único centro municipal de saúde da cidade do Rio de Janeiro, que atende a esta clientela, a maioria dos encaminhamentos internos ocorre pelo setor de pneumologia, seguido pela clínica médica, diante de doenças como tuberculose e hipertensão/diabetes alcoólica, respectivamente. Em razão disso, os profissionais de saúde adotaram a conduta de encaminhar os clientes àquelas clínicas, simultaneamente ao encaminhamento àquelas que realizam o acolhimento dos casos de alcoolismo e drogadição, contribuindo para a redução da taxa de abandono do tratamento das referidas patologias.

Problemas cardiovasculares

No que diz respeito aos problemas cardiovasculares, o consumo de álcool pode ser parcialmente responsável por eles. Em se tratando do assunto em questão, em que os sujeitos abordados são alcoolistas (bebedores pesados), considera-se que os malefícios do álcool devem ser cuidadosamente avaliados, especialmente porque não raro surgem situações de emergência cardiológica durante o atendimento aos alcoolistas que estão em fase de tratamento em programas de saúde especializados²⁹. Os seguintes depoimentos abordam esta questão:

Eu faço prevenção da recaída porque fiquei cheio de problemas no coração. (P26)

Resolvi fazer prevenção porque o meu coração não aguentou. (P31)

O alcoolismo crônico é uma entidade muito prevalente podendo condicionar patologia cardíaca, sendo esta patologia inicialmente assintomática, porém com o consumo continuado contribui para a deterioração progressiva da função miocárdica. Porém, a abstinência alcoólica permite a melhoria sintomática, sendo a única forma de se conseguir a regressão da miocardiopatia alcoólica³⁰.

Sinto medo da recaída porque o processo de degradação foi muito grande. (P15)

A degradação foi muito grande. (P18)

Transtornos neuropsiquiátricos

As sequelas e os agravos à saúde do alcoolista incluem os transtornos psiquiátricos, que podem ocorrer independente da sua predisposição genética. Nesse sentido, em estudo relacionando o álcool aos distúrbios psiquiátricos, foi identificado que o álcool é o responsável por transtornos do sistema nervoso central (SNC), tais como: epilepsia e esclerose múltipla. Os depoentes confirmam esta questão:

[...] eu me motivei porque tinha uns ataques [de epilepsia]. (P1)

[...] os ataques [de epilepsia] me fizeram pensar na recaída. (P3)

[...] a epilepsia me fez querer ficar na abstinência. (P13)

Percebe-se que o motivo maior para a prevenção da recaída foram os ataques de epilepsia decorrentes do alcoolismo, que despertam pânico nos alcoolistas pelo medo de morrerem ou ficarem estigmatizados como doentes mentais. O uso abusivo de álcool está diretamente associado a alterações funcionais e neuropatológicas relacionadas à epilepsia, as crises epiléticas podem acontecer devido à intoxicação por álcool, sendo este um dos principais causadores de alterações iônicas e de neurotransmissores no SNC²⁵.

A possibilidade da manifestação de transtornos psiquiátricos foi cogitada, caso continuassem a beber abusivamente, e alguns depoentes manifestaram-se a respeito:

[...] tive transtornos psiquiátricos devido ao abuso e hereditariedade. (P14)

[...] tenho medo de retornar, devido à doença [psiquiátrica]. (P18)

[...] a internação na psiquiatria me fez parar... (P21)

[...] passei seis meses na rua mendigando devido à doença [psiquiátrica]. (P22)

Há evidências de que o uso intermitente de substâncias psicoativas legais ou ilegais, ainda que em pequenas doses, pode levar o portador de transtornos mentais graves a ter problemas de saúde, com consequências piores do que as que acometem os doentes mentais que não usam qualquer tipo de droga³¹⁻³³. Assim,

o profissional que atende um paciente alcoolista, portador de transtornos mentais, precisa estabelecer diferenças entre a doença psiquiátrica e a dependência do álcool, que lhe permitam estabelecer um diagnóstico correto e os critérios de tratamento para cada caso.

Quando abstinente, o alcoolista toma consciência dos malefícios da bebida, conseguindo perceber o nível de degradação de sua saúde e a necessidade de buscar tratamento, não só para o alcoolismo como para as doenças dele advindas.

Considerando os motivos que levam o alcoolista a prevenir a recaída no alcoolismo, destacam-se as sequelas ou agravos à saúde, consequentes ao uso abusivo do álcool. Assim, pode-se perceber que o combate ao problema exige um consenso muito além do que os serviços de saúde podem oferecer.

CONCLUSÃO

O álcool é talvez a substância psicoativa mais antiga utilizada pela humanidade, e com as mudanças na sociedade de forma geral, as pessoas passaram a consumir mais álcool e com uma frequência maior, trazendo como consequência deste comportamento a ocorrência de complicações físicas, mentais, sociais e familiares relacionados ao consumo excessivo de álcool.

O estudo revela que o álcool é um fator contribuinte e, muitas vezes, desencadeante de uma série de patologias orgânicas. O alcoolismo é considerado uma doença, com um processo de degradação intenso, progressivo e com poder de introduzir doenças secundárias, devido ao seu poder devastador.

E o alcoolista precisa experimentar todos esses sentimentos para perceber os agravos físicos e mentais e os malefícios que o alcoolismo acarreta, pois após a sensação de que perdeu o controle da situação, é que surge nele o desejo de parar de beber e de procurar ajuda. Portanto, o indivíduo procura ajuda não só pelo alcoolismo, mas também por suas sequelas.

Diante do exposto, fica evidente que há um longo caminho a ser percorrido por aqueles que lidam com as questões vinculadas ao alcoolismo, em especial a prevenção da recaída, considerando que precisam estar capacitados e atualizados em relação à temática a fim de que possam dispensar uma atenção de qualidade ao alcoolista, tendo como metas a redução de danos e agravos à saúde e o incentivo à realização do tratamento preconizado.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho LG. Produção de cerveja. Rede de Tecnologia do Rio de Janeiro /Serviço Brasileiro de Respostas Técnicas [Internet]. 2007 [citado em 10 mar 2014]; Disponível em: <http://www.sbrt.ibict.br/dossie-tecnico/downloadsDT/NTc=>

2. Ramos SP, Bertolote JM. Alcoolismo hoje. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1997.
3. Thierney LM Jr. Diagnóstico e tratamento. São Paulo: Atheneu; 1995.
4. Ministério da Saúde (Br). A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
5. Mendes R. Patologia do trabalho. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005.
6. Galduróz JCF, Caetano R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Rev Bras Psiquiatria*. 2004; 26 (suppl 1):S3-6.
7. Organização Mundial de Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10 [Internet] [citado em 12 mar 2014]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>
8. Davidson PO, Davidson SM, editors. Behavioral medicine: changing health lifestyles. New York: Bruner/Mazel; 1980.
9. Marlatt A, Donovan DM. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. 2ª ed. New York: The Guilford Press; 2008.
10. Donato M. Reinserção do trabalhador alcoolista no contexto laboral: a percepção do enfermeiro do trabalho [tese de doutorado] Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.
11. Gigliotti A, Bessa MA. Alcohol dependence syndrome: diagnostic criteria. *Rev Bras Psiquiatria*. 2004; 26 (suppl 1):03.
12. Ramirez LM, Quirantes M, Alberto J, Perez M, Jose A. Pesquisa de alcoolismo em un área de salud. *Rev Cuba Med Gen Integra*, 2006; 22 (2).
13. Laranjeira R, Pinsky I. O alcoolismo hoje. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1998.
14. Campos GM, Ferreira RF. A importância da legitimação social na (re)construção da identidade de um alcoolista. *Estud psicol*. 2007;24 (2): 215-25.
15. Ribeiro MS, Ribeiro LC, Souza GFS, Antunes MG, Oliveira LN. Avaliação dos Tipos 1 e 2 de alcoolismo de Cloninger em homens participantes de um programa de tratamento ambulatorial. *Rev Psiquiatr Clín*. 2008; 35 (2): 39-48.
16. Mathias ACR, Cruz MS. Benefícios de técnicas cognitivas comportamentais em terapia de grupo para uso indevido do álcool e drogas. *Jornal Bras Psiq*. 2007; 56 (2) 140-2.
17. Trigo M. Terapia para a prevenção da recaída na dependência de substâncias: os modelos de Alan Marlatt e de Terence Gorski. Aplicações à nicotina-dependência. *Rev Port Clin Geral*. 2006; 22: 299-328.
18. Marín-León L, Oliveira HB, Botega NJ. Mortalidade por dependência de álcool no Brasil: 1998 - 2002. *Psicol Estud*. 2007;12(1):115-21.
19. Holman CD, English DR, Milne E, Winter MG. Meta-analysis of alcohol and all-cause mortality: A validation of NHMRC recommendations. *Medical Journal of Austrália*. 1996; 5;164(3):141-5.
20. Ministério da Saúde (Br). Informações de saúde estatísticas vitais: mortalidade; informações demográficas e socioeconômicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
21. Andrade AG, Oliveira LG. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. São Paulo: Manole; 2009.
22. Amoedo C, Passarelli JO, Borelli FAO, Souza MG. S. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. In: Nobre F, Serrano CV, orgs. Tratado de cardiologia da SOCESP. São Paulo: Manole; 2005. p. 453-63.
23. Bloch KV, Rodrigues CS, Fiszman R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial – uma revisão crítica da literatura brasileira. *Rev Bras Hipertensão*. 2006;13(2):134-43.
24. Baron AD. Insulin and vasculature-old actors, new roles. *J Investig Med*. 1996; 44:406-12.
25. Santos MSD, Veloso TMG. Alcoolismo: representações sociais elaboradas por alcoolistas em tratamento e por seus familiares. *Interface Comum Saúde Educ*. 2008;12: 619-34.
26. Nogueira PA. Internações por tuberculose no Estado de São Paulo [tese de livre docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
27. Picon PD, Bassanesi SL, Caramori MLA, Ferreira RLT, Jarczewski CC, Vieira PRB. Fatores de risco para a recidiva da tuberculose. *J Bras Pneumol*. 2007; 33:572-8.
28. Foppa M, Fuchs FD, Duncan BB. Álcool e doença aterosclerótica. *Arq Bras Cardiol*. 2001; 76:165-70.
29. Oliveira ER, Luis MAV. Distúrbios psiquiátricos relacionados ao álcool associados a diagnósticos de clínica médica e/ou intervenções cirúrgicas, atendidos num hospital geral. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 1997;5 (esp):51-7.
30. Gonçalves AM, Correia AM, Falcão LM, Ravara AL. Miocardiopatia alcoólica: significado clínico e prognóstico. *Revista SPMI*. 2005;12(2): 89-101.
31. Drake RE, Osher FC, Wallach MA. Alcohol use and abuse in schizophrenia: a prospective community study. *The Journal Nervous and Mental Disease*. 1989; 177:408-14.
32. Felipe ICV, Gomes AMT. Consumo de álcool acadêmicos da área de saúde: implicações para prática profissional. *Rev enferm UERJ*. 2014; 22: 35-41.
33. Soares JR, Farias SNP, Donato M, Mauro MYC, Araújo EFS, Ghelman LG. A importância da família no processo de prevenção da recaída no alcoolismo. *Rev enferm UERJ*. 2014; 22: 341-6.