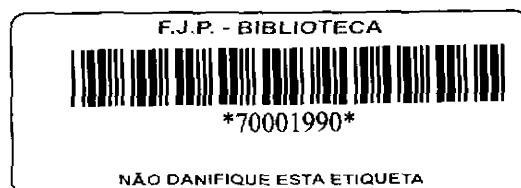


Marcelo Mendes Barbosa



ÁLCOOL E SAÚDE MENTAL:

**O impacto do uso de álcool nas internações
hospitalares por transtornos mentais e
comportamentais no estado de Minas Gerais**

Orientadora: Edite Novais da Mata Machado

Belo Horizonte

Novembro de 2004

11C
1990

Marcelo Mendes Barbosa

ÁLCOOL E SAÚDE MENTAL:
**O impacto do uso de álcool nas internações
hospitalares por transtornos mentais e
comportamentais no estado de Minas Gerais**

Monografia de graduação apresentada como
requisito para a conclusão do X Curso Superior
de Administração Pública – Escola de Governo
Professor Paulo Neves de Carvalho – Fundação
João Pinheiro – Governo de Minas Gerais.

Orientadora: Edite Novais da Mata Machado

Belo Horizonte
Novembro de 2004

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO	
BIBLIOTECA	
N.º	MC 1990
Vol.	Ex.
Data:	06.07.06

FOLHA DE APROVAÇÃO

Autor: Marcelo Mendes Barbosa.

Título e subtítulo: Álcool e saúde mental: o impacto do uso de álcool nas internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais no estado de Minas Gerais.

Natureza: Monografia de graduação.

Objetivo: Requisito para conclusão do X Curso Superior de Administração Pública.

Nome da instituição: Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho –
Fundação João Pinheiro – Governo de Minas Gerais.

Área de concentração: Saúde pública.

Aprovada na Banca Examinadora

Nome, titulação, instituição a que pertence e assinatura

Nome, titulação, instituição a que pertence e assinatura

Local e data de aprovação

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar os impactos dos agravos à saúde devido ao uso de álcool nas internações por transtorno mental e comportamental no estado de Minas Gerais. O método utilizado foi a pesquisa de todas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) relativas aos transtornos mentais e comportamentais ocorridas em Minas Gerais no período de 2000 a 2003. Os resultados obtidos mostraram que o uso de álcool é a segunda maior causa de internações dos transtornos mentais e comportamentais, e a principal dentre os distúrbios mentais causados pelo uso de substância psicoativa. Os pacientes internados são principalmente do sexo masculino e se encontram predominantemente na faixa etária de 26 a 59 anos. Existem alguns municípios e regiões onde os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool ocorrem com maior intensidade, e também uma concentração das internações em poucos hospitais, a qual ocorre em sua maior parte na clínica psiquiátrica. Esses transtornos resultam em grande ocupação dos leitos hospitalares e têm como principal quadro clínico o transtorno psicótico. Como conclusão tem-se que o uso de álcool causa grande impacto na saúde mental, devendo ser o alvo principal das políticas de prevenção aos distúrbios mentais.

Descritores: *Álcool e saúde mental. Internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool. Álcool e saúde. Álcool e sociedade. Álcool e governo.*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS	9
3 SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	16
4 ÁLCOOL	19
4.1 Álcool e saúde	22
4.2 Álcool e sociedade	31
4.3 Álcool e governo	39
5 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	51
6 METODOLOGIA	57
7 ÁLCOOL E AS INTERNAÇÕES POR TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS	61
8 CONCLUSÕES E SUGESTÕES	79
9 REFERÊNCIAS	82
APÊNDICE	
APÊNDICE A – <i>Categorias dos transtornos mentais e comportamentais</i>	88

1. INTRODUÇÃO

Desde o início dos anos 80, devido à crise de financiamento vivida pelo Brasil, o recurso destinado pelo setor público a novos investimentos se tornou escasso. Durante esse período, muitos serviços públicos sofreram deterioração devido à falta de investimentos, comprometendo dessa forma a capacidade do Estado de realizar com eficiência o seu papel perante a sociedade.

A década de 90 foi marcada no setor público por uma transformação financeiro-orçamentária. Como uma medida imprescindível para um ajuste a essa nova realidade, foram implementadas novas medidas de controle orçamentário e financeiro do Estado, que culminaram com a publicação da Lei Complementar nº 101, também conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), em 2000. Através da LRF busca-se institucionalizar uma gerência mais transparente e responsável dos recursos públicos que pode ser resumida da seguinte forma: a dívida e patrimônio devem ser mantidos em um nível compatível com a geração de resultados positivos e com o equilíbrio fiscal a médio prazo. Nessa nova realidade os governos vêm buscando medidas que possibilitem fazer mais investimentos para o cidadão, seja através do aumento da arrecadação, da diminuição das despesas correntes, ou ambos agindo concomitantemente.

Coincidindo com essa nova realidade de ajuste fiscal governamental, as medidas preventivas vêm ganhando força na saúde pública. Não cabe aqui discutir possíveis influências da nova realidade fiscal na maior ênfase preventiva dada à saúde pública atualmente, mas é fato que além do resultado de diminuir e/ou evitar o sofrimento desnecessário dos indivíduos, a prevenção pode reduzir os gastos em saúde pública, contribuindo para o ajuste fiscal.

Não é preciso alongar a respeito da importância da prevenção como condição tanto para evitar, postergar ou atenuar agravos à saúde como para a economicidade da alocação dos recursos da saúde. Medidas preventivas podem ser implementadas amplamente na saúde pública, não sendo diferente na sua variável “transtornos mentais e comportamentais”. Os transtornos mentais e comportamentais são um capítulo da Classificação Estatística Internacional de Doenças – Décima Revisão (CID-10), capítulo esse que contém um total de 78 “categorias” de agravos à saúde, reunidos em 11 “agrupamentos”

de agravos à saúde, sendo um deles os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa – no qual álcool está incluído. Esse capítulo da CID-10, peculiar da saúde pública, contém muitas categorias de agravos onde a prevenção é de difícil aplicação, e mesmo casos onde ela se encontra impossibilitada, devido à ocorrência de doenças e distúrbios não conhecidos suficientemente pela ciência atual ou agravos à saúde não controlados pelo ser humano. Nesse contexto é colocada como hipótese que os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool são uma categoria de agravo na qual a prevenção pode surtir grande efeito na saúde mental. Isso se deve às suas características particulares, pois esse agravo à saúde é caracterizado por influências comportamentais, educacionais e culturais da sociedade. Dessa forma, tem-se como objetivo a mensuração da contribuição da categoria de agravo “transtornos mentais e comportamentais devido o uso de álcool” no capítulo “transtornos mentais e comportamentais” na qual está inserido, de forma a tentar identificar o agravo à saúde sobre o qual a prevenção maximiza resultados em bem-estar. Esse objetivo é justificado pela necessidade de se fornecer informações para o planejamento de políticas públicas de saúde. Nesse contexto o Estado tem um grande e importante papel, por ter o monopólio da instituição de regras públicas, representadas pelo arcabouço legal, o qual pode definir medidas de proibição, restrição e incentivo no espectro da cadeia de produção, comercialização e consumo de bebidas alcoólicas. Portanto é do Estado o papel de promotor e incentivador da prevenção na saúde pública, pois é sobre a base de seu arcabouço legal e institucional que se encontram os indivíduos e que ocorrem as relações sociais.

O uso de bebidas alcoólicas pelos indivíduos possui conseqüências negativas que se externalizam de um modo geral na sociedade. O álcool e seus prejuízos vem sendo amplamente estudado nas várias vertentes onde o seu efeito é observado. Existem estudos que exploraram sua relação com violência, acidentes de trânsito, trabalho, saúde física e mental, dentre outros.

Como se pode observar o espectro de estudo do álcool é bastante amplo, mas neste presente trabalho procura-se observar as conseqüências do uso de álcool na saúde mental usando como parâmetro as internações hospitalares. Assim, na busca de estudar e analisar o uso de álcool pelos indivíduos, seus efeitos na saúde mental, e seus impactos na saúde pública mineira, definiu-se o seguinte tema:

ÁLCOOL E SAÚDE MENTAL: O impacto do uso de álcool nas internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais no estado de Minas Gerais.

Para o tema em estudo houve delimitação geográfica e temporal. Geograficamente o tema foi limitado ao Estado de Minas Gerais, e temporalmente aos anos de 2000, 2001, 2002 e 2003. Assim propõe-se analisar todas as internações hospitalares por Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de álcool no Estado de Minas Gerais no período de 2000 a 2003.

A problemática do estudo se refere aos danos causados pelo álcool à saúde mental, e às suas conseqüências no contexto da saúde pública mineira, sintetizada com a questão:

Dado o impacto das conseqüências do uso de álcool nas internações por transtornos mentais e comportamentais não seria relevante considerar essa categoria de agravo à saúde como alvo principal para aplicação de medidas preventivas na saúde mental?

Além dessa seção, o trabalho possui mais oito, nas quais busca-se situar o leitor no contexto da pesquisa.

A seção 2 aborda os transtornos mentais e comportamentais, demonstrando suas características e seus grupos de agravos à saúde que o compõe.

A seção 3 trata de um grupo específico e bem definido dos transtornos mentais e comportamentais, o grupo das substâncias psicoativas, popularmente conhecidas como drogas, lícitas e ilícitas.

Na seção 4 chega-se ao agente específico causador de internações, ou seja, o álcool. Aqui é feita uma tentativa de dar ao leitor uma visão panorâmica do álcool e dos problemas a que comumente está relacionado. O uso de álcool é tratado em três grandes blocos. O primeiro tem como base o uso de álcool e sua influência sobre a saúde. Já o segundo trata da inserção do álcool na sociedade e as conseqüências desse fato. O último bloco trata da *relação dos produtores, comerciantes e consumidores de álcool com os governos*, abordando a questão do papel do Estado frente ao álcool.

A seção 5 trata das fontes de informações da pesquisa, ou seja, os Sistemas de Informação em Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

(SIH-SUS), Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e Internação Hospitalar são temas discutidos brevemente nesta seção, com o objetivo dar uma noção básica ao leitor sobre esses termos e seus conceitos. Essa noção será importante para os passos seguintes do trabalho, pois esta é base onde se deu a pesquisa.

Na seção 6 é explicitada a metodologia utilizada no trabalho, mostrando como e de que forma foi possível fazer a pesquisa.

Na seção 7 são feitas a apresentação, a análise e interpretação dos dados obtidos na pesquisa. As questões – quem são os pacientes, de onde procedem, aonde geralmente são internados, qual a causa da internação, qual a especialidade de internação, qual o número e o custo das internações, qual a permanência média e total das internações, e qual o número de óbitos que ocorreram neste tipo de internação – são respondidas e correlacionadas com o total das internações, com as internações por transtornos mentais e comportamentais, e com as internações devido ao uso de substância psicotativa, de forma a permitir uma análise comparativa das internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool frente a esses diversos contextos.

Na seção 8 são apresentadas as conclusões e as sugestões para a melhoria do quadro atual, principalmente focadas nas possíveis medidas preventivas que podem ser adotadas.

Finalmente, a seção 9 contém as referências que embasaram este estudo e que podem enriquecer o conhecimento dos interessados pelo tema.

Deve-se ter em mente que os limites fixados são precisos, mas os resultados podem e devem extrapolar o escopo desse trabalho, pois talvez o seu efeito mais importante pode ser fomentar novos estudos e dar embasamento teórico para a realização de políticas públicas que visem a melhoria da saúde coletiva.

2 TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

Transtornos mentais e comportamentais são os agravos que atingem a saúde mental, a qual é uma parte indissociável da saúde humana. Existe uma inter-relação entre saúde mental, saúde física e comportamento, de forma que cada uma dessas variáveis interfere nas outras.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004, p.10) saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades. Ainda segundo a mesma entidade, saúde mental é descrita como um estado de bem-estar no qual o indivíduo desfruta de suas habilidades, consegue lidar com o estresse normal da vida, pode trabalhar produtivamente e com resultados, além de ser capaz de contribuir para ele próprio e para a sociedade.

Como se pode observar, os conceitos de saúde e saúde mental são bastante abrangentes, não envolvendo somente o bem-estar físico e psicológico, mas também uma integração harmoniosa e produtiva com a sociedade.

Mesmo reconhecendo-se a complexidade do tema, atualmente se dispõe de evidências sobre a influência dos atos físicos e mentais entre si, através de múltiplas formas. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003, p.4) pessoas com distúrbios mentais têm aumentado o risco de sofrer doenças físicas devido a um sistema imunológico mais fraco, condutas não-saudáveis, dificuldades de seguir prescrições médicas e às maiores barreiras para se obter tratamento para os distúrbios físicos. De modo análogo, indivíduos com doenças físicas crônicas são mais propícios do que outras pessoas a sofrer doenças mentais.

A saúde mental contribui para a vida humana em vários aspectos, pois está intimamente relacionada com o bem-estar e com a produtividade dos indivíduos e da sociedade, afetando desde o âmbito familiar até a economia de uma nação. A doença mental repercute negativamente na saúde da população, com reflexos em toda a sociedade. De acordo com Murray e Lopez (1996), das dez doenças mais incapacitantes em todo o mundo, cinco são de origem psiquiátrica: depressão, transtorno afetivo bipolar, alcoolismo, esquizofrenia e

transtorno obsessivo-compulsivo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003, p.2) os transtornos mentais são responsáveis por aproximadamente 12% da carga de doenças do planeta, sendo que a previsão é que esse número chegue a 15% em 2020. Nos Estados Unidos, aproximadamente 2,5% do seu PIB é gasto em tratamentos de distúrbios mentais. Os custos indiretos tendem a ser de duas a seis vezes maiores, pois os transtornos mentais atingem principalmente jovens adultos, os quais se encontram na faixa mais produtiva da população.

Além dos custos econômicos, não se pode esquecer de citar os custos sociais, pois distúrbios mentais podem destruir famílias, carreiras, excluir indivíduos, criar estigmas e limitar as possibilidades de aproveitamento de oportunidades futuras. A Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003, p.27) ressalta que os transtornos mentais além de gerar exclusão, desta também podem ser resultado, pois tendem a afetar a sociedade de maneira desigual, sendo os grupos mais vulneráveis aqueles que possuem menos recursos socioeconômicos.

Apesar de todos os benefícios que a saúde mental traz para os indivíduos e para a sociedade, os governos ainda investem pouco nela. Dados da Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003, p.3) mostram que 28% dos países do mundo não tem orçamentos separados para a saúde mental. Dos países que possuem orçamento próprio para a saúde mental, 37% investem menos de 1% do orçamento da área de saúde em saúde mental. Portanto verifica-se uma discrepância entre os custos dos distúrbios mentais para a sociedade e os investimentos em saúde mental.

Nesse contexto, os governos têm um papel primordial a cumprir, pois é deles a responsabilidade pela saúde pública. A Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004, p.12) define saúde pública como a ciência e a arte de promover saúde, prevenir doenças e prolongar a vida através de esforços organizados da saúde. Assim, a saúde pública vai além do escopo dos tradicionais setores de saúde, pois muitos fatores sociais e econômicos influem nela. Desse modo, as escolhas de políticas públicas que os governos fazem podem afetar tanto positivamente como negativamente a saúde mental da população. *É preocupante saber que muitos governantes, gestores e planejadores públicos ignoram, e até mesmo desconhecem os impactos das políticas econômicas e sociais em um contexto mais amplo. Mecanismos de monitoramento dos efeitos das mudanças econômicas e sociais na saúde mental podem ser um importante instrumento de auxílio nas políticas públicas.*

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003, p.28) os fatores socioeconômicos que mais influenciam a saúde mental são pobreza, urbanização, falta de moradia, desemprego, trabalhos insalubres e sistema de justiça criminal. Investir na melhoria desses fatores traz resultados positivos para a saúde, e em particular para a mental, diminuindo a incidência de transtornos mentais através da limitação das influências negativas externas.

Reconhecendo a importância do ambiente social para a saúde mental, os governos vêm implementando uma política de redução das internações nos hospitais psiquiátricos. Não que as internações sejam infrutíferas, mas é reconhecida a importância do ambiente familiar e social na recuperação e tratamento dos pacientes. Portanto, a tendência é que as internações psiquiátricas se reduzam a casos extremos, no qual a internação se apresenta como o último recurso.

Santos *et al* (2000, p.468) em um estudo prospectivo em um setor de emergências psiquiátricas de um hospital geral universitário, verificaram que “cerca de 20% dos atendimentos resultaram em internação integral e 60%, em encaminhamentos para seguimento ambulatorial”. Ou seja, apenas um em cada cinco atendimentos de urgências psiquiátricas resultou em internação, demonstrando a tendência de sua limitação aos casos extremos.

Outro estudo sobre internações psiquiátricas em um hospital geral, feito por Dalgalarondo, Botega e Banzato (2003) revelou que os pacientes que foram internados não se beneficiaram igualmente do tratamento. Com relação ao diagnóstico da internação, os desfechos variaram, mostrando serem as internações mais indicadas e eficazes para determinados tipos de agravos. Segundo os autores, alguns diagnósticos parecem requerer intervenções de reabilitação psicossocial ao invés da hospitalização. Os diagnósticos que tiveram desfechos muito positivos ou positivos nas internações psiquiátricas foram 89,9% dos transtornos de humor, 85,6% das esquizofrenias e 85,4% dos transtornos neuróticos ou de personalidade. Já 70,1% dos internados devido ao uso de substância psicoativa e 59% dos internados por transtornos orgânicos obtiveram os resultados muito positivo ou positivo, o que demonstra menos eficiência das internações para esses dois últimos grupos de agravos.

Existem tratamentos para vários distúrbios mentais, incluindo depressão, esquizofrenia e desordens causadas pelo abuso de álcool e drogas. Os tratamentos podem

trazer resultados benéficos para os pacientes, mas é importante usar o tratamento mais adequado para cada transtorno, para que se possa obter maiores taxas de recuperação.

Os transtornos mentais e comportamentais são classificados segundo a Classificação Estatística e Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – décima versão (CID-10). Ao todo são 78 categorias de agravos, reunidas em 11 agrupamentos.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1997) são 11 os agrupamentos dos transtornos mentais e comportamentais:

1) *Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos*

Este agrupamento dos transtornos mentais e comportamentais tem em comum uma disfunção cerebral, e contém categorias como a doença de Alzheimer e a demência vascular;

2) *Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa*

Este agrupamento compreende numerosos transtornos que têm em comum o fato de serem todos atribuídos ao uso de uma ou de várias substâncias psicoativas. Para se identificar a substância psicoativa, deve-se valer de informações fornecidas pelo próprio sujeito, as análises de sangue e de outros líquidos corporais, sintomas físicos e psicológicos característicos, sinais e comportamentos clínicos, além de outras evidências tais como as drogas achadas com o paciente e os relatos de terceiros bem informados. Quando o usuário tiver consumido mais de um tipo de substância psicoativa, o diagnóstico principal é classificado, quando possível, em função da substância tóxica ou da categoria de substâncias tóxicas que é a maior responsável pelo quadro clínico. O diagnóstico de transtornos ligados à utilização de múltiplas substâncias é reservado somente aos casos onde a escolha das drogas é feita de modo caótico e indiscriminado, ou naqueles casos onde as contribuições de diferentes drogas estão misturadas. Neste agrupamento encontra-se os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool;

3) Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

Este agrupamento reúne a esquizofrenia, a categoria mais importante dos transtornos mentais e comportamentais, o transtorno esquizotípico, os transtornos delirantes persistentes, e um grupo maior de transtornos psicóticos agudos e transitórios;

4) Transtornos do humor (afetivos)

Transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma arrogância. A alteração do humor em geral é acompanhada de uma modificação do nível de atividade. A maioria destes transtornos tende a reaparecer, sendo que a sua ocorrência pode freqüentemente estar relacionada com situações ou fatos estressantes;

5) Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes

Esse agrupamento de transtornos possui como categorias, os transtornos fóbico-ansiosos, ansiosos, obsessivo-compulsivo, neuróticos, dentre outros;

6) Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos

Este agrupamento dos transtornos mentais e comportamentais inclui entre suas categorias, os transtornos de alimentação e do sono;

7) Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

Este agrupamento compreende os estados e tipos de comportamento clinicamente significativos que tendem a persistir, os quais são a expressão característica da maneira de viver do indivíduo e de seu modo de estabelecer relações consigo próprio e com

BIBLIOTECA
FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO

os outros. Alguns destes estados e tipos de comportamento aparecem precocemente durante o desenvolvimento individual sob a influência conjunta de fatores constitucionais e sociais, enquanto outros são adquiridos mais tardiamente durante a vida. Frequentemente estão associados a sofrimento subjetivo e a comprometimento de intensidade variável do desempenho social;

8) Retardo mental

Desenvolvimento do funcionamento intelectual incompleto ou interrompido, caracterizado principalmente por um comprometimento, durante o período de desenvolvimento, das faculdades que determinam o nível global de inteligência, isto é, das *funções cognitivas, de linguagem, da motricidade e do comportamento social*. O retardo mental pode acompanhar um outro transtorno mental ou físico, ou ocorrer de modo independente;

9) Transtornos do desenvolvimento psicológico

Transtornos que têm em comum o início situado obrigatoriamente na primeira ou segunda infância, comprometimento ou retardo do desenvolvimento de *funções estreitamente ligadas à maturação biológica do sistema nervoso central, e evolução contínua sem melhoras nem recaídas*. Na maioria dos casos as funções atingidas são a linguagem, as habilidades espaço-visuais e a coordenação motora. Diminui progressivamente com a idade, mas déficits mais leves podem persistir na idade adulta;

10) F90-F98 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência

Este agrupamento contém como categorias os distúrbios de conduta e os tiques, dentre outros;

11) Transtorno mental não especificado

Este agrupamento contém apenas uma categoria, a qual é reservada para os distúrbios mentais não especificados em qualquer outra parte do capítulo 5 da CID, ou seja, nos transtornos mentais e comportamentais.

Complementarmente a essa seção, são apresentadas no Apêndice A as 78 categorias que compõem os transtornos mentais e comportamentais.

3 SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

As substâncias psicoativas, popularmente conhecidas como drogas lícitas e ilícitas, são qualquer substância capaz de causar mudanças fisiológicas ou de comportamento nos organismos vivos.

A história das substâncias psicoativas está atrelada à história da humanidade, que sempre recorreu ao seu uso com as mais diversas finalidades. Comumente o uso das substâncias psicotrópicas foi regulado por normas sociais e valores intrínsecos à cultura circundante. Por isso as circunstâncias de consumo variaram bastante ao longo dos tempos e ainda hoje são diferentes, dependendo do contexto no qual o ator está inserido. Dentre as diversas finalidades que o uso de substâncias psicoativas tiveram, estão o uso ritualístico e religioso, o uso medicinal, o uso como fator de coesão social, e até mesmo o uso como expressão da contestação. Outra finalidade encontrada para o uso de substâncias psicotativas, principalmente nos dias de hoje, é o consumo como forma de demarcar rupturas no fluxo temporal, possibilitando ressaltar as divisões entre trabalho, estudo e lazer; ou seja, entre as obrigações e responsabilidades rotineiras, e o tempo dedicado ao não compromisso e à descontração. Daí pode-se inferir a dualidade existente entre a grande aceitação de seu consumo em festas, comemorações e eventos de lazer; e a sua contestação e até proibição em atividades rotineiras, de trabalho e de estudo.

Recentemente, com o enfraquecimento dos laços sociais, e conseqüentemente do controle social, os momentos e as razões para o consumo de substâncias psicoativas têm mudado. Grande parte dessa mudança se deve à inserção dessas substâncias na ordem econômica, sendo tratadas dentro da lógica capitalista como meras mercadorias, em que seus produtores incentivam o consumo em busca do lucro. Essa relação droga-mercado prepondera para as substâncias tidas como lícitas, como álcool e tabaco; mas também se aplica de forma informal às substâncias ilícitas. Dentro dessa nova ordem, o consumo não é motivado apenas por questões sociais, mas também pode ser incentivado e inflado artificialmente, através da incansável luta dos homens de marketing pela geração de necessidades, exploradas tão bem pelos publicitários.

Como efeito colateral do enfraquecimento da teia social e da substituição de motivações sociais para o consumo de substâncias psicoativas por motivações infladas e

artificiais, veio o crescimento exponencial dos problemas relacionados ao consumo dessas substâncias, pois antes haviam normas e costumes que ajudavam a evitar o seu uso fugaz e compulsivo.

Adicionalmente à transposição dos mecanismos de controle do consumo das comunidades para as grandes corporações e instituições anônimas, veio o uso da tecnologia bioquímica na potencialização e criação de novas substâncias, indo do composto vegetal e artesanal, ao químico industrial. Todo esse novo contexto resultou em um consumo muitas vezes baseado em características anti-sociais e, por vezes, ameaçadores para a saúde pública.

O I Levantamento domiciliar sobre o uso na vida¹ de drogas psicotrópicas no Brasil, feito por CARLINI *et al* (2002), demonstrou que as drogas mais usadas no Brasil foram o álcool e o tabaco, 68,7% e 41,1% respectivamente. Ainda segundo o levantamento 19,4% da população de 12 a 65 anos já fez uso de drogas, exceto tabaco e álcool. O uso de maconha aparece em primeiro lugar entre as drogas ilícitas, com 6,9% dos entrevistados. A segunda droga com maior uso (exceto tabaco e álcool) foram os solventes (5,8%). Surpreendeu os pesquisadores o uso de orexígenos (medicamentos utilizados para estimular o apetite), com 4,3%, medicamentos nos quais não há controle para a venda. Entre os medicamentos usados *sem receita médica*, os benzodiazepínicos (ansiolíticos) tiveram uso de 3,3%. A cocaína aparece logo em seguida, 2,3%. Logo após vem os xaropes, com 2,0%. Quanto aos estimulantes (medicamentos anorexígenos), o uso foi de 1,5%. As outras drogas juntas respondem por 4,6%, sendo que o uso de crack, de merla, e de heroína foram tão baixos que a precisão desses resultados é muito pouco confiável. Concluindo, constata-se que o grupo dos medicamentos responde por 11,1% do uso de drogas, sendo assim o conjunto de drogas, logo após o álcool e o tabaco, mais usado pela população brasileira.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003, p.14) alerta que “existe uma tendência mundial que aponta para o uso cada vez mais precoce de substâncias psicoativas, incluindo o álcool, sendo que tal uso também ocorre de forma cada vez mais pesada”. Essa tendência precoce de consumo é revelada por uma pesquisa sobre o consumo de drogas por adolescentes, feita por Tavares, Beria e Lima (2001, p.150), a qual constatou que a porcentagem de estudantes que usaram pelo menos uma vez na vida algum tipo de droga é: “álcool (86,8%), tabaco (41,0%), maconha (13,9%), solventes (11,6%), ansiolíticos (8,0%),

¹ Ocorrência do uso da substância no decorrer da vida, independentemente da frequência e da intensidade em que esse ocorreu.

anfetamínicos (4,3%) e cocaína (3,2%)". Com relação à intensidade do consumo, outra pesquisa feita em estudantes de ensino fundamental e médio, produzida por Soldera *et al* (2004, p.277), demonstrou que o uso pesado de drogas lícitas e ilícitas pelos estudantes foi de: álcool (11,9%), tabaco (11,7%), maconha (4,4%), solventes (1,8%), cocaína (1,4%), medicamentos (1,1%), ecstasy (0,7%). Essa mesma pesquisa demonstra a influência da transferência do controle do consumo da comunidade para as grandes corporações e *instituições anônimas*, ao concluir que um dos fatores associados ao uso pesado de drogas é a disponibilidade de dinheiro dos estudantes, ao passo que o reforço dos laços sociais e morais através de uma educação religiosa mais forte é fator de proteção.

Outro ponto a ser ressaltado é que somente a educação não gera resultados quando o assunto é prevenção ao consumo de drogas. Além de educação, é necessário conscientização, pois uma pesquisa feita em estudantes de medicina por Corrêa *et al* (1999, p.95) revelou um grande consumo de drogas entre eles: "álcool 50% (42-50%); tabaco 7% (7-13%); solventes 8% (7-12%); maconha 6% (6-16%); benzodiazepínicos (BZD) 3% (2-9%); cocaína 0,5% (0,2-4%); anfetaminas 1 % (0-1%)".

Ainda com relação à prevenção ao uso de drogas, esta parece estar baseada principalmente em valores, sendo determinante a qualidade e não na quantidade de interações sociais. Uma pesquisa que visava avaliar a relação entre atividades extra-curriculares e prevenção ao abuso de drogas feita por Carvalho e Cotrim (1992) revelou que "na grande maioria dos casos, nenhuma associação foi encontrada entre prática de esportes, atividades comunitárias e artísticas e o consumo de álcool e outras drogas. [...] Por outro lado, observou-se, com frequência, correlação negativa fraca entre o uso de álcool (11 cidades) e drogas (6 cidades) e a prática de atividades religiosas".

Quando a prevenção não surte efeito, o tratamento mostra-se fundamental, pois segundo a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003, p. 21) o tratamento para dependentes de drogas pode reduzir o uso de drogas entre 40% e 60%, além de diminuir a associação entre saúde e conseqüências sociais, como atividades criminosas e risco de infecção pelo vírus da AIDS.

4 ÁLCOOL

As bebidas alcoólicas fermentadas, como vinho e cerveja, dentre outras; são conhecidas e utilizadas em quase todas sociedades há milhares de anos. Fazendo parte do grupo das substâncias psicoativas, elas eram usadas com as mesmas finalidades, tais como uso medicinal, em rituais, eventos sociais, com significado religioso, e como símbolo de status. O consumo de bebidas alcoólicas era feito breve e localmente, sendo que raramente eram comercializadas em mercados.

Assim como o consumo de álcool, os efeitos adversos de seu uso eram conhecidos há milhares de anos. Desde os primeiros registros legais escritos da civilização, são encontradas medidas de controle e restrição da disponibilidade de álcool. Muitas sociedades, antigas e modernas, têm usado ao longo dos tempos uma variedade de estratégias para limitar e eliminar esses efeitos adversos. Dentre essas estratégias, pode-se citar a punição individual para os bebedores que se excedem, a restrição e controle do acesso ao álcool, e até a proibição de seu consumo em grupo.

Entre o final do século XI e começo do século XII, a produção de bebidas alcoólicas destiladas começou a se difundir pela Europa, sendo que eram utilizadas principalmente com fim medicinal. A partir do século XVI essas bebidas se tornaram de uso comum pela população, começando rapidamente a serem comercializadas. Por se conservarem melhor que o vinho e a cerveja, as bebidas destiladas e os vinhos fortificados com álcool, tornaram-se *commodities* no mercado internacional.

Com o início da expansão da colonização européia, datada também do século XVI, as bebidas alcoólicas foram levadas para diversas partes do mundo, e com frequência introduzindo a taxaço sobre a sua comercialização. No início do século XIX, novas tecnologias tornaram possível a produção de cervejas, do estilo europeu, nos países periféricos.

Os diversos tipos de colonização européia que muitos países sofreram ainda influenciam os padrões de consumo de álcool nesses locais. Hoje em dia, esses padrões de consumo e de referência sobre bebidas alcoólicas nos países em desenvolvimento derivam

historicamente de uma combinação de preferências e práticas de consumo do país colonizador com as bebidas e práticas de consumo que existiam antes da colonização.

O padrão de uso e consumo de bebidas alcoólicas no Brasil não se deu de forma diferente do restante do mundo. Antes da colonização portuguesa, os índios já conheciam as bebidas alcoólicas. Muitas tribos produziam *cauim*, uma bebida produzida de milho, mandioca e saliva. *Cauim* era produzido em pequenas quantidades com finalidades ritualísticas. Com a colonização os portugueses trouxeram o *vinho do porto* e a *bagaceira* (uma bebida destilada da uva). Carregamentos dessa bebidas chegavam de navio periodicamente de Portugal. Em meados do século XVI surgiu um novo tipo de bebida no Brasil, a cachaça, a qual era resultado da fermentação natural do suco da cana. Nos primeiros anos era dada aos escravos, mas posteriormente seu consumo se disseminou. A cachaça também foi usada como *commoditie*, e por muitas vezes era a moeda de troca na aquisição de escravos africanos. Devido a forte concorrência que passou a fazer frente aos vinhos portugueses, a cachaça teve sua produção proibida por diversas vezes durante os séculos XVI e XVII, mas por volta de 1750 Portugal trocou a proibição da produção de cachaça por uma pesada taxaça dessa bebida. Devido a seu poder de contestação mercadológica frente a metrópole e sua origem nacional, a cachaça foi usada como símbolo nacional pela Inconfidência Mineira, em 1792, e pelo Movimento Modernista de 1922. Posteriormente, em meados do século XIX, foi estabelecida no Rio de Janeiro a primeira cervejaria do país. Desde então, as cervejarias continuaram sua expansão no país, até se tornar atualmente a bebida alcoólica mais consumida pelos brasileiros.

O enfraquecimento de vários valores tradicionais das comunidades, por vezes acentuado pela globalização, fez com que os países em desenvolvimento adotassem padrões de consumo que são uma mistura dos padrões dos países desenvolvidos ocidentais com os padrões tradicionais regionais. Nesse novo contexto a elite e a classe média adotaram os novos itens de consumo como símbolo de status, enquanto os segmentos mais pobres da população têm seu espectro de escolhas limitado ao mais barato. As bebidas alcoólicas, sendo agora interpretadas também como um mero item de consumo, também refletem esse aspecto simbólico que as mercadorias apresentam. Portanto, a simples escolha de qual bebida será consumida passou a refletir o status pessoal, sendo reconhecida essa simbologia através da dicotomia de valor que existe entre o uísque e a cachaça.

O contexto histórico e social em que o consumo de álcool se encontra inserido, deve ser considerado, especialmente nas análises que focalizam reações adversas que esse consumo traz para o bem-estar e a saúde de indivíduos e da sociedade.

Dentre todas as drogas lícitas e ilícitas, o consumo prejudicial de bebidas alcoólicas é aquele que mais danos produz à saúde e ao bem-estar, sendo o mais grave do ponto de vista da saúde pública. [...] Deve ser ressaltado que problemas associados ao uso de álcool podem ocorrer também com o uso eventual ou fortuito. (BRASIL, 2004b, p. 134).

Os danos à saúde e ao bem-estar causados pelo consumo prejudicial de bebidas alcoólicas incluem: a) agravos à saúde física; b) agravos à saúde mental; c) problemas no relacionamento familiar, interpessoal e social; d) problemas relacionados ao trabalho (desempenho, absenteísmo, acidentes, relações interpessoais); e) acidentes de trânsito; f) acidentes domésticos e outros acidentes; g) situações de violência doméstica e outras, onde o álcool pode atuar como desencadeante ou facilitador; h) situações de conflito com a lei. (BRASIL, 2004b, p. 135).

Em um estudo sobre os anos de vida perdidos por morte prematura ou vida com incapacitação para vários fatores de risco, Murray e Lopez (1996) concluíram que em 1990, em uma escala mundial, quase 48 milhões de anos de vida perdidos por incapacitação poderiam ser atribuídos ao consumo de álcool, e que a mortalidade relacionada ao álcool seja de 774.000 pessoas/ano.

Historicamente, a questão do uso prejudicial de álcool tem sido abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. Mas dadas as evidências sobre as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas do uso prejudicial, estas devem ser consideradas na compreensão global do problema. Portanto, a questão do consumo de álcool, deve extrapolar as áreas psiquiátrica e médica, para serem discutidas segundo uma abordagem interdisciplinar:

É crucial enfatizar sempre que 50% do consumo prejudicial parte de pessoas que não são consideradas alcoolistas, o que faz do álcool e seus danos *um problema de todos*, que não pode mais se limitar a grupos de especialistas em álcool e pesquisadores. (BRASIL, 2004b, p. 122).

O I Levantamento sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, feito por Carlini *et al* (2002), revelou o retrato sobre o consumo de álcool no país. O uso na vida de álcool pelos brasileiros de 12 a 65 anos foi 68,7%, sendo a droga mais usada no país. A estimativa de dependentes de álcool foi de 11,2%. A maior parte das pessoas que fez uso de álcool no Brasil se encontra na faixa etária 25 a 34 anos (76,9%). Na faixa etária de 12 a 17 anos, na qual o consumo é proibido, 48,3% dos adolescentes já fizeram uso de álcool. Os homens foram os que mais fizeram uso de álcool com (77,3%), haja vista o grande uso também registrado pelas mulheres (60,6%). Quanto aos problemas atribuídos ao uso de álcool, 4,4% dos entrevistados relatou que gastou grande parte do tempo para conseguir álcool, para usá-lo ou para se recobrar dos efeitos; 9,4% usou em quantidades ou frequências maiores do que pretendia; 5,8% relatou casos de tolerância (mais quantidade para produzir os mesmos efeitos); 6,2% se colocou ou colocou os outros em risco físico sob o efeito ou logo após o efeito do álcool (por exemplo: dirigir, pilotar, usar máquinas, nadar, etc.); 7,1% dos entrevistados teve problemas pessoais por causa do álcool (tais como familiares, com amigos, no trabalho, com a polícia, emocionais ou psicológicos); e 14,5% admitiu o desejo de diminuir ou parar o uso de álcool.

4.1 Álcool e saúde

O consumo de álcool causa problemas na saúde física e mental dos indivíduos. Praticamente nenhum órgão do corpo humano é imune aos danos causados pelo consumo de álcool. A Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001b, p.9) ressalta que embora estudos epidemiológicos, largamente divulgados pela mídia, tenham encontrado indícios de efeitos protetores para o coração e a circulação para consumo de álcool em quantidade de até um drinque por semana, esses efeitos são relevantes apenas em populações onde esse baixo consumo de álcool é a norma, e as doenças cardiovasculares são predominantes. Esse perfil de população é encontrado principalmente em países desenvolvidos, nos grupos de homens com mais de 45 anos de idade e de mulheres após a menopausa. Mesmo nessas condições, existem meios muito menos arriscados de fazer prevenção a essas doenças do que consumindo álcool, por isso a grande maioria dos clínicos

está longe de usar os resultados dessa pesquisa como uma prescrição médica para não bebedores começarem a beber.

Os problemas atribuídos ao consumo a longo prazo do álcool são doenças do fígado, problemas de saúde mental, síndrome fetal alcoólica, cânceres e doenças cardiovasculares. Já os principais danos atribuídos aos efeitos de curto prazo do consumo de álcool são geralmente acidentes de carro traumáticos, violências e agressões, atividade sexual não planejada ou não desejada, conflitos com a lei ou com o patrão. Além disso, mortes acidentais, como afogamento, são freqüentemente associadas ao consumo de álcool.

Os efeitos do consumo de álcool tendem a ser mais perversos nas crianças, adolescentes, mulheres e idosos. As crianças e adolescentes, por não terem atingido a maturidade física completa, sofrem uma sucessão de efeitos prejudiciais se consumirem álcool, e se esse consumo for feito de modo regular, o álcool pode obstruir o desenvolvimento emocional e psicológico, além de contribuir para uma variedade de doenças do sistema nervoso central, chegando até a prejudicar a função vital de órgãos internos.

Gestantes e lactantes que consomem álcool, mesmo em quantidades moderadas, podem prejudicar o desenvolvimento dos fetos e o comportamento dos bebês, além desse consumo poder resultar em doenças sérias, como a síndrome alcoólica fetal. Bau (2002, p.184) lembra que uso de álcool pela mulher grávida é uma das mais importantes causas de retardo mental. Por este motivo, e pelo desconhecimento de uma dose limite segura, é recomendada a abstinência total de álcool durante a gravidez.

Além dos efeitos perversos para a saúde, foram encontrados indícios da conexão entre o consumo de álcool e outras drogas. Em uma pesquisa, Chaieb e Castellarin (1998, p.246) chegaram a conclusão que “entre alcoolistas, é maior a prevalência de fumantes (67%) se comparada com a prevalência entre os não-alcoolistas (43%)”. O estudo demonstrou que houve associação estatística entre dependência alcoólica e tabágica.

De acordo com Carvalho (2002, p.48) “as causas externas constituem a segunda causa de óbito na população geral do Brasil, colocando-se como a primeira causa de óbito na faixa etária de 5 a 40 anos”. Uma pesquisa desse mesmo autor, revelou que em vítimas de causas externas admitidas em centro urbano de atenção ao trauma, a prevalência de alcoolemia era positiva em 28,9% dos casos.

Quando se trata da relação entre álcool e saúde, não se pode ficar preso apenas às conseqüências diretas que esse consumo traz. Deve-se estar atento também às conseqüências indiretas, e aos efeitos de curto e longo prazo. Entre as conseqüências físicas e mentais do consumo de álcool estão:

a) Álcool e saúde física

A Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, p. 3) ressalta que apesar dos homens serem os grandes consumidores de álcool no mundo, as mulheres sofrem conseqüências do consumo desproporcionalmente. Mas independente do sexo de quem faz o uso de álcool, as conseqüências são as mesmas, podendo apenas variar em intensidade. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b, p. 40) os efeitos do uso de álcool no organismo são os seguintes:

- Fígado

Os danos mais perigosos podem incluir degeneração do fígado, hepatite e cirrose; sendo essa última uma doença progressiva, irreversível e fatal;

- Sistema digestivo

O consumo prolongado de álcool pode irritar a mucosa e, conseqüentemente, causar inflamação do esôfago. Também é comprovado que o consumo do álcool é um fator importante que contribui para úlceras gástricas, câncer de colón, pancreatite e, conseqüentemente, propicia um risco maior de hipoglicemia e diabetes;

- Deficiências nutricionais

O álcool, por ser uma substância altamente energética, sacia a fome. Esse fenômeno, combinado com a menor absorção e disfunção do canal alimentar, pode contribuir para uma deficiência de vitaminas, de absorção de proteínas, de zinco e de outras substâncias

nutricionais. O consumo exagerado de álcool causa deficiências graves de vitamina B1, ácido fólico, vitamina A, e pode causar anemia;

- Sistema circulatório

O álcool afeta os mecanismos que regulam a pressão sanguínea. Quanto maior a quantidade de álcool ingerida, maior a propensão ao aumento de pressão arterial;

- Sistema endócrino

O consumo pesado de bebidas alcoólicas pode causar uma série de doenças hormonais, inclusive secreção anormal de testosterona e luteotropina, assim como uma diminuição na motilidade dos espermatozoides e prejuízos em sua estrutura. Homens que consomem álcool podem sofrer efeminação (crescimento de glândulas mamárias, atrofia do testículo, anormalidades no crescimento dos pêlos, perda de barba, etc.). As mulheres podem sofrer atrofia do ovário e masculinização (pêlos no rosto, voz grossa, etc.). Essas mudanças podem vir acompanhadas de diminuição da libido, irregularidades no ciclo menstrual, esterilidade e menopausa prematura. O álcool também afeta o funcionamento da tireóide e das glândulas supra-renais;

- Disfunção sexual

O álcool desinibe e pode estimular a libido. No entanto, o uso pesado de álcool por muito tempo pode causar impotência. Altas concentrações de álcool no sangue causam disfunção erétil, ejaculação tardia e orgasmo brando. Muitas mulheres que bebem sofrem de perda de libido, pouca lubrificação vaginal e ovulação irregular;

- Sistema imunológico

O consumo prolongado de álcool retarda as funções do sistema imunológico, que resulta em uma maior propensão para doenças infecciosas, pneumonia, tuberculose, e

mesmo câncer. O álcool afeta a atividade dos linfócitos na produção de anticorpos e diminui sua atividade. O consumo intenso de álcool afeta, de forma irreversível, todas as funções do sistema imunológico;

- Problemas de pele e doenças sexualmente transmissíveis

Problemas de pele (rachaduras, coceiras, hiperpigmentação, etc.) são consequências diretas ou indiretas dos efeitos do álcool no fígado e em outros órgãos do sistema digestivo. Pesquisas confirmam que a população que bebe tem uma tendência 5 vezes maior de ter doenças venéreas do que os abstêmios; a proporção entre mulheres é de 29 vezes. O abuso do uso de álcool também é responsável pelo maior risco de infecção por HIV (e, por conta do fraco sistema imunológico, também é maior a incidência de todos os sintomas de aids);

- Câncer

O álcool desempenha um papel importante no desenvolvimento de certas formas de câncer, especialmente de fígado, estômago, laringe, esôfago, traquéia, colón e próstata. Tem-se observado mais casos de câncer de mama entre mulheres que bebem com maior frequência que entre as mulheres que não bebem; este fato pode ser atribuído ao efeito danoso do álcool no sistema imunológico, e não pela influência direta do álcool sobre o órgão.

- Gravidez e feto

É comprovado que após 40-60 minutos da ingestão de álcool por uma gestante, a concentração de álcool no sangue fetal fica equivalente à concentração de álcool no sangue da mãe. Como o álcool intoxica principalmente organismos muito jovens, mulheres que bebem durante a gravidez têm uma incidência maior de parto prematuro, parto acelerado ou abortos retidos e abortos espontâneos. Recém-nascidos de mães que consumiram álcool durante a gravidez podem apresentar sintomas leves a severos de abstinência (tremores, tensão muscular, fraqueza, problemas de sono, choro, dificuldade de sugar, etc.). Outros

problemas podem incluir retardo no crescimento, dificuldades de concentração e atenção. As complicações mais sérias são decorrentes da síndrome alcoólica fetal. Os sintomas incluem baixo peso, saúde instável, atraso no desenvolvimento e alta frequência de doenças do desenvolvimento.

Muitas mulheres, mesmo tendo conhecimento dos danos para o feto, consomem bebida alcoólica em algum período da gestação. Kaup, Merighi e Tsunehiro (2001, p.575) fizeram uma pesquisa com gestantes de uma maternidade de São Paulo, onde constataram que 17,8% delas consumiram álcool durante toda a gravidez e 15,9% consumiram até a confirmação da gravidez que ocorreu em média com 9,6 semanas. Quanto à informação das gestantes, a pesquisa revelou que 71,5% acreditavam que o consumo de álcool fazia mal ao feto, e 15,5% à própria saúde. Os pesquisadores concluíram que o pré-natal não tem sido utilizado como momento oportuno para o rastreamento do consumo de bebida alcoólica e o incentivo ao abandono do mesmo.

O consumo de álcool também gera efeitos negativos mais intensos de acordo com a idade do usuário. Do mesmo modo que para crianças e jovens em formação, o consumo de álcool por idosos resulta em impactos mais severos no organismo. Em um pesquisa sobre os efeitos sobre o consumo de álcool por idosos, o pesquisador concluiu que

As mudanças fisiológicas que acompanham o processo de envelhecimento influenciam as concentrações de medicamentos e seu metabolismo, de forma que a polifarmácia e a interação de outras drogas com álcool podem influenciar negativamente a capacidade funcional, bem como a habilidade psicomotora e cognitiva (incluindo atenção e memória) dos idosos – o que aumenta o risco de acidentes, ferimentos, isolamento e, finalmente, institucionalização. (HULSE, 2002, p. 34);

b) Álcool e saúde mental

O consumo de bebidas alcoólicas está relacionado com uma grande quantidade de desordens mentais, incluindo as do sistema nervoso, depressão e outros distúrbios afetivos, assim como suicídio. Mas para a maioria dos países em desenvolvimento, não se dispõe de informações específicas sobre essa associação.

O efeito prolongado de embriaguez no cérebro pode causar mudanças de personalidade, como a deterioração da vida emocional, perda de interesses, diminuição de motivação social, perda da capacidade de planejamento e organização, etc. (BRASIL, 2004b, p.43).

[...] na população dos hospitais psiquiátricos brasileiros, quase um quarto dos pacientes foram internados por transtornos ligados ao consumo do álcool, e em torno de 40% apresentam o consumo prejudicial de álcool como parte do quadro clínico. (BRASIL, 2004b, p.5).

Como se pode observar, o uso de álcool traz conseqüências negativas para a saúde mental. Essas conseqüências tendem a afetar todo o ambiente no qual o usuário se encontra inserido, levando a uma deterioração das relações interpessoais, em especial as familiares. Quando a qualidade da saúde mental se encontra extremamente comprometida, pode ocorrer como último recurso a internação em hospitais psiquiátricos, onde grande número dos internos se encontram nessas instituições devido diretamente ou indiretamente ao consumo de álcool;

c) Álcool e dependência

Quando a discussão é consumo de álcool, geralmente se tem presente três conceitos relacionados à quantidade e à qualidade do consumo: beber moderadamente, abuso de álcool e alcoolismo. O significado que cada um dos termos anteriores têm, pode variar um pouco dependendo de quem classifica e de qual parâmetro é usado para a classificação, mas a essência do significado de cada termo é praticamente a mesma, a despeito das várias definições.

Nesse contexto, a Secretaria Nacional Antidrogas (BRASIL, 2004a, p.7) define a expressão “beber moderadamente” como sinônimo, para homens, de no máximo dois drinques por dia; e para mulheres e homens com mais de 65 anos, no máximo um drink por dia. Um drink padrão é definido como uma latinha de cerveja (aproximadamente 300 ml, variando de acordo com a concentração de álcool da cerveja), ou uma taça de vinho (120 ml), ou 36 ml de uísque, pinga ou vodka (um pouco menos que uma dose comum no Brasil).

A Secretaria Nacional Antidrogas (BRASIL, 2004a, p.14) diferencia a expressão “abuso de álcool” de “alcooolismo”, assinalando que a primeira não inclui vontade incontrolável de beber, perda de controle ou dependência física, características fundamentais do alcooolismo. Já “abuso de álcool” é definido como o padrão de beber acompanhado por uma ou mais das seguintes situações dentro de um período de 12 meses,

- Fracasso nas responsabilidades no trabalho, na escola ou em casa;
- Beber em situações fisicamente perigosas, como enquanto dirige ou opera máquinas;
- Ter problemas legais devido ao álcool, como ser preso por dirigir alcoolizado ou por ter causado lesões em alguém enquanto alcoolizado;
- Continuar a beber apesar de ter problemas de relacionamento causados ou agravados pelos efeitos do álcool.

Apesar da expressão “abuso de álcool” ser diferente do termo “alcooolismo”, muitas de suas características também são encontradas no “alcooolismo”.

Carline *et al* (2002, p.30), no I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, utilizaram a definição de alcooolismo ou dependência ao álcool concebida pelo “*National Household Surveys on Drug Abuse – NHSDA*”. Essa definição é baseada em seis itens, sendo que um indivíduo é definido como dependente quando responde positivamente a pelo menos dois dos itens,

- Gastou parte do tempo para conseguir drogas, usá-las ou para se recobrar dos efeitos;
- Usou quantidades ou freqüências maiores do que pretendia;
- Tolerância, ou seja, mais quantidade para produzir os mesmos efeitos;
- Riscos físicos sob efeito ou logo após o efeito de drogas, como por exemplo, dirigir, pilotar, usar máquinas, nadar, etc;

- Problemas pessoais por causa das drogas, tais como familiares, com amigos, no trabalho, com a polícia, emocionais ou psicológicos;
- Desejo de diminuir ou de parar o uso de determinada droga.

Diversas discussões relativas à suscetibilidade a dependência do álcool vêm sendo feitas, basicamente se dividindo em dois grandes grupos: as relativas ao traço de personalidade e aquelas relacionadas à ação bioquímica da droga no organismo. Messas (1999, p.37) ressalta que “a mais forte conclusão da análise conjunta dos estudos epidemiológicos e moleculares é a presença notável de fatores hereditários na gênese do abuso ou dependência de drogas”. Apesar de reconhecer a componente hereditária, o autor entende “o abuso ou dependência de drogas como resultante de uma complexa interação de fatores genéticos, psicossociais e culturais”. Bau (2002, p.188) também concorda com a hereditariedade como um dos componentes do alcoolismo, mas complementa que “embora o componente genético na vulnerabilidade seja significativo, a grande complexidade que o caracteriza tem dificultado a identificação de genes específicos”. Conclui-se que a ciência tem avançado na identificação dos componentes que levam ao alcoolismo, mas há muito trabalho a ser feito até que se tenha mapeado completamente o caminho que leva a dependência, e o conseqüente fornecimento de instrumentos efetivos para seu tratamento;

d) Álcool e tratamentos

Existem diversas formas de tratamento destinado para aqueles que consomem álcool, mas esses geralmente são aplicados apenas nos casos de dependência. Talvez, pelo fato anterior, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b, p.112) tenha verificado que “o tratamento do alcoolismo tem eficácia limitada, uma vez que é difícil convencer os alcoolistas a se tratarem e a taxa de recaídas é alta”. Oliveira Junior e Malbergier (2003) reconhecem o fator motivação como crucial para o tratamento. Eles ressaltam que os pacientes encaminhados ao tratamento possuem motivações distintas, sugerindo a adequação dos tratamentos quanto a motivação dos pacientes. Apesar da motivação ser um fator importante no tratamento, ela é difícil de ser trabalhada, pois os autores verificaram que “os pacientes

precisem de mais de três meses para a obtenção de mudanças significativas em sua motivação”.

4.2 Álcool e sociedade

Os padrões de consumo de álcool estão intrinsecamente relacionados às práticas da sociedade na qual está inserido. O uso do álcool é cultural, sendo permitido em quase todas as sociedades do mundo. Por isso, a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, p.3) reconhece que a estrutura cultural e o significado de beber podem ser resistentes à mudança, mas ressalta que de modo contrário a frequência com que se bebe e as ocasiões em que se bebe abusivamente podem ser mudadas. Portanto, para se entender os padrões de consumo, primeiramente é necessário identificar onde eles se situam, entender a sua cultura local, e posteriormente os resultados para a sociedade da interação homem-álcool:

a) Álcool no mundo

Geralmente, o consumo *per capita* de álcool no mundo é menor nos países em desenvolvimento do que nos países desenvolvidos. Mas se forem computados a estimativa de consumo devido a produção clandestina na América Latina e Ásia, os níveis de consumo dessas regiões fica perto do verificado nos países desenvolvidos. Exceção à regra mundial são os países islâmicos e na região da Índia, que devido a forte influência do islamismo possuem um baixo consumo de bebidas alcoólicas.

A Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, p.11) constatou que a partir da década de 80, nos países desenvolvidos, principalmente do oeste da Europa e do norte da América, o consumo de álcool tem se mostrado estável ou decrescido. De modo contrário, na Ásia (com exceção do Japão), na América Latina e na África, o consumo *per capita* tem aumentado. Outro ponto que foi constatado é a ligação entre

consumo de álcool e economia, mostrando uma tendência do aumento do consumo do primeiro quando verificado um aumento da renda da população local.

O quadro atual, definido pela Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001b, p.5), é que os países desenvolvidos, que desfrutam de infraestrutura para enfrentar os problemas derivados do consumo de álcool, têm diminuído o seu consumo; enquanto os países pobres e em desenvolvimento, onde não há infraestrutura especializada para atendimento aos usuários de álcool ou essa se encontra desorganizada, o consumo de bebidas alcoólicas tem aumentado.

Os homens dominam o consumo de álcool nos países, e de um modo geral são eles que fazem o consumo abusivo. Nos países desenvolvidos, a diferença entre o consumo de álcool por homens e mulheres é menor do que nos outros países. Mesmo assim, o que se tem no mundo é que os homens sofrem as conseqüências diretas do ato de beber, enquanto as mulheres sofrem as conseqüências indiretas, tais como violência doméstica, abandono e diminuição da renda do lar.

Com relação à oferta de bebidas alcoólicas, a produção de cerveja, vinho e bebidas destiladas para exportação, concentra-se nas mãos de poucas e grandes companhias, na maioria das vezes com sede nos países desenvolvidos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001b, p.1) essas companhias investem um grande volume de recursos em marketing para estimular a demanda pelas bebidas alcoólicas, além manterem altas barreiras comerciais para entrada de novos concorrentes no mercado. Com o declínio do consumo de álcool nos países desenvolvidos, essas corporações têm intensificado seus esforços para se estabelecerem nos países em desenvolvimento e nos países em transição, além de tentarem ganhar espaço junto às mulheres e aos jovens, que tradicionalmente não bebiam ou bebiam muito pouco.

As indústrias de álcool se dividem basicamente em três: cervejas, destilados e vinhos. Embora essas indústrias sejam tratadas como indústrias comuns, o seu produto não é uma mercadoria comum. Enquanto o prazer e a sociabilidade vêm à mente de muitos quando o assunto é álcool, as conseqüências prejudiciais são diversas e ocorrem de forma disseminada. Além disso, essas indústrias empregam pouca mão-de-obra em seu processo produtivo, o que não justifica o incentivo a essas indústrias como forma de diminuir o desemprego.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, p.14), das dez maiores companhias de bebidas destiladas do mundo, oito têm sede nos países desenvolvidos; das dez maiores cervejarias do mundo, a maioria tem sede ou na Europa ou nos Estados Unidos. O México é o único país em desenvolvimento que aparece entre os dez maiores exportadores de bebidas destiladas e cervejas. A Argentina e o Chile são os únicos países em desenvolvimento entre os dez maiores exportadores de vinho do mundo. O Brasil recentemente aparece entre os maiores produtores de cerveja do mundo, com a Ambev, a qual é resultado da fusão de cervejarias nacionais com de outros países. Portanto, do ponto de vista de empresa 100% nacional, ou na posição de país sede, não figura como grande exportador mundial. Nesse contexto verifica-se quais são os países que obtêm lucro no comércio internacional de álcool, e quais são os países que se colocam principalmente como consumidores desses produtos;

b) Álcool, cultura e consumo

Os padrões de consumo do álcool são afetados pelo papel da bebida na cultura local, pelo consumo de álcool e seu significado que determinado grupo assume, e pelas normas de comportamento estabelecidas para as relações sociais. Por isso é importante para os agentes da saúde pública entender e compreender esses padrões de consumo, para saber porque e como as pessoas bebem. Os padrões de consumo variam, de acordo com a idade, sexo, religião e etnia dos indivíduos que a compõem. Além disso, o consumo pode variar de acordo com a região:

O consumo de drogas não atinge de maneira uniforme toda a população e sua distribuição é distinta nas diferentes regiões do país, apresentando inclusive diferenças significativas em uma mesma região, tanto nos aspectos sociais quanto nas vias de utilização e na escolha do produto. (BRASIL, 2003, p.24).

Para a maioria das pessoas de países onde o consumo de álcool é comum e lícito, o álcool é uma substância socialmente aceita. É comum a noção de que o álcool é algo diferente das "outras drogas". O fato do álcool ser legal muitas vezes embute uma falsa segurança ao seu consumo, o que não é verdadeiro. Como para as drogas ilícitas, tirando os aspectos legais, os riscos existem. Essa noção de segurança é refletida na iniciação ao

consumo de álcool, que geralmente se dá no seio da família, antes mesmo da idade estabelecida pela lei para o consumo da droga – 18 anos no Brasil. Uma pesquisa feita em Belo Horizonte por Murad (2004) demonstra em dados esse comportamento: 43% dos jovens entrevistados afirmaram que costumam ingerir bebida alcoólica. Desses, 68% afirmam que seu consumo é do conhecimento de seus pais, sendo que em 54% dos casos este fato é do conhecimento dos dois responsáveis pelo menor, pai e mãe. Com relação à ingestão de bebidas alcoólicas na frente dos pais, 63% dos pais de entrevistados que consomem bebidas alcoólicas, permitem que esses jovens façam uso de álcool em sua presença.

O estigma criado pelos conceitos lícito e ilícito tem sido uma forte variável de discussão no âmbito das substâncias psicoativas. Por vezes essa diferenciação é criticada como uma dualidade criada sem embasamento técnico-científico.

A distância entre políticas para substâncias psicoativas lícitas e ilícitas é alarmante. Elas têm a ver com fornecedores, consumidores e políticas sobre tais substâncias. Os fornecedores de substâncias psicoativas lícitas, como álcool, são vistos como respeitáveis membros da sociedade. Criam empregos, pagam impostos, garantem renda por meio de publicidade, patrocínio de eventos sociais e normalmente são parceiros dos formuladores de políticas quando novas políticas de álcool estão sendo elaboradas. (BRASIL, 2004b, p. 117).

Os fornecedores de substâncias psicoativas ilícitas estão do lado oposto: geralmente, são vistos como bandidos, um perigo às nossas crianças, pessoas com quem ninguém quer ser associado, criminosos e, definitivamente, inimigos dos formuladores de políticas. Embora compreensível, tal diferença perde o sentido se formos compararmos os danos causados pelas diferentes substâncias. De acordo com relatórios da OMS, os danos causados pelo álcool superam, e muito, os danos causados por substâncias ilícitas. (BRASIL, 2004b, p. 118).

Na esfera dos consumidores de álcool, podemos ver que estes são vistos de forma diferente do que aqueles que consomem substâncias ilícitas. A maioria das sociedades aceita que as pessoas consumam álcool e até mesmo gosta de gente embriagada em determinados contextos. As regras comunitárias têm muita relevância. Há uma diferença marcante de comportamento em relação aos consumidores de substâncias ilícitas: eles são vistos como marginais, criminosos, são temidos e rejeitados. Novamente, é uma atitude compreensível, porém não faz sentido uma vez que pessoas embriagadas causam mais danos que os consumidores de substâncias ilícitas. (BRASIL, 2004b, p. 118).

Deve-se ressaltar que em momento algum é feita uma defesa pela política de abstinência. É reconhecido que para a maioria das sociedades o modelo de abstinência não é uma opção viável para política nacional, visto que o uso de álcool está arraigado em bases sociais, culturais e históricas, cujas relações são complexas o suficiente para impossibilitar qualquer tentativa desse tipo. Apesar de não poder ser imposta, a abstinência pode ser incentivada, pois da mesma forma que existem grupos mais suscetíveis ao consumo de álcool, existem outros onde a abstinência é mais comum. Almeida e Coutinho, (1993, p. 23) constataram essa diferença e afirmam que a “abstinência é mais freqüente entre os viúvos, protestantes e indivíduos com níveis de renda inferiores”.

Outro aspecto relacionado ao consumo de álcool é que ele, como muitos outros elementos da cultura, opera distinção através da simbologia. Assim, as bebidas mais caras dão maior status.

Em cada sociedade, o estabelecimento do contexto da ingestão de bebida também se objetiva na construção de uma hierarquia entre as bebidas ou na construção de um significado especial para cada uma delas. É o que bem expressa o uso de bebidas variadas durante ou depois das refeições; ou as desqualificações atribuídas a aguardentes, em suas mais diversas possibilidades. (NEVES, 2004, p. 9).

Assim, por muitas vezes sendo símbolo de status, poder, amadurecimento e posicionamento social, outros grupos de gênero e idade diferente dos homens adultos, vêm aumentando o consumo de álcool, como os jovens e as mulheres. As mulheres têm aumentado o consumo de álcool rapidamente, refletindo mudanças culturais nas relações entre os sexos no mundo, através de uma tentativa de ocupar lugares que antes eram exclusivos dos homens. Segundo pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (2004), os jovens são o grupo etário que faz o maior consumo de alto risco do álcool. Os indivíduos nessa faixa etária, 18 a 34 anos, fazem consumo de alto risco maior do que o das outras duas faixas etárias pesquisadas juntas (35 a 49 anos; e 50 anos e mais). Isso demonstra que a nova geração consome de forma abusiva muito mais álcool do que as gerações anteriores, em uma tendência social de aumento do consumo de álcool. Quando esse consumo é avaliado por sexo, o resultado é ainda mais acentuado, pois mostra que as mulheres jovens bebem abusivamente quase o dobro das suas duas gerações anteriores, demonstrando que a tendência mundial de aumento do consumo de álcool entre as mulheres também tem seus reflexos no Brasil. Além disso, é possível verificar

que quanto maior a renda do grupo social pesquisado, maior o consumo, demonstrando uma relação positiva entre renda e consumo de álcool.

As influências sociais, culturais e históricas nos padrões de consumo podem ser identificadas em uma pesquisa feita por Almeida Filho (2004) na Bahia. Segundo o autor o consumo de álcool está significativamente associado ao gênero (homens), estado civil (solteiros), migração (não-migrantes), educação (nível superior) e classe social (alta). Apesar de nenhuma diferença significante ser encontrada com relação a etnicidade, houve uma exceção quando as bebidas eram a cachaça e outras destiladas;

c) Álcool e problemas sociais

Já foi dito que o uso de álcool traz conseqüências negativas para a saúde física e mental. Mas como os indivíduos não vivem isoladamente, esses efeitos externalizam-se para a sociedade.

O uso de drogas, inclusive álcool e tabaco, tem relação direta e indireta com uma série de agravos à saúde dos adolescentes e jovens, entre os quais destacam-se os acidentes de trânsito, as agressões, depressões clínicas e distúrbios de conduta, ao lado de comportamento de risco no âmbito sexual e a transmissão do HIV pelo uso de drogas injetáveis e de outros problemas de saúde decorrentes dos componentes da substância ingerida, e das vias de administração. (BRASIL, 2003, p 15).

Um dos principais problemas sociais que o álcool traz é no âmbito familiar. Como a base da sociedade está na família, o comprometimento da organização familiar terá efeitos na estrutura social. Entre os problemas familiares destacam-se a violência doméstica, a pobreza e a desarmonia. Em um estudo no ambulatório da Faculdade de Medicina de Botucatu com alcoolistas, Simão *et al* (2002) demonstraram a relação entre alcoolismo e desagregação do lar. Dentre os principais resultados de sua pesquisa estavam os que demonstravam que a estrutura familiar estava comprometida e o relacionamento difícil para 55,6% das mulheres e 65,7% dos homens; e que a violência familiar é uma realidade para 74,1% das mulheres e 61,1% dos homens.

Além dos problemas familiares, existem outros como,

c.1) Álcool e trabalho

Como o álcool tem efeito sobre a agilidade física e a coordenação, nos processos de pensamento e raciocínio, e nos temperamentos e emoções, é inevitável que ocorram conseqüências negativas para no trabalho quando ocorrem abuso ou dependência em seu uso. Como resultados, tem-se, segundo Castro (2002), o alcoolismo como “a terceira causa de absenteísmo no trabalho e a oitava causa para a concessão de auxílio-doença pela Previdência Social no Brasil”;

c.2) Álcool e acidentes de trânsito

O consumo de álcool aparece como um importante causa de acidentes de trânsito, relação esta verificada em estudos realizados em diversos países. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b, p.96) “quando uma pessoa ingere bebidas alcoólicas, o nível de concentração de álcool no sangue vai depender da sua altura, peso e das condições físicas e emocionais”. Em concentrações de álcool alcançadas a partir de um drinque, a maioria das pessoas começa a ter seus reflexos afetados comprometendo suas reações no trânsito. A legislação de trânsito brasileira permite concentrações de álcool no sangue resultantes do consumo de aproximadamente dois drinques. Nessas condições o grau de vigilância diminui, assim como o campo visual; e o controle cerebral relaxa, dando sensação de calma e satisfação. Em quantidades acima das permitidas pela legislação nacional, os efeitos nos condutores vão desde reflexos retardados, dificuldades de adaptação da visão a diferenças de luminosidade, superestimação das possibilidades combinada com subestimação de riscos e tendência à agressividade; incapacidade de coordenação, e falhas na coordenação neuromuscular.

Quando há desrespeito aos limites de consumo de álcool impostos pela legislação de trânsito, os riscos de acidentes aumentam. Como a maioria das pessoas faz uso de álcool nas horas vagas e de lazer, geralmente finais de semana, e muitas delas não respeitam a legislação em vigor no país, as estatísticas acabam por refletir essa falta de

conscientização através de dados que enfatizam a perversidade que o uso de álcool pode trazer.

[...] no Brasil, os acidentes automobilísticos com vítimas, em mais de metade dos casos, apresentam a concomitância do uso de álcool pelo motorista. No caso dos atropelamentos, também as vítimas, em metade dos casos, usaram álcool. (BRASIL, 2004b, p.5).

40% de todas as vítimas fatais morrem nos finais de semana, sem levar em consideração sexta-feira à noite e a madrugada de segunda-feira. (Estatística de acidentes de trânsito nas rodovias federais do país em 2003 feitas pela Polícia Rodoviária Federal).

Segundo Adura (2002), álcool e trânsito não combinam por causa de três aspectos:

- Para um mesmo impacto físico, mantidas todas as outras variáveis constantes, quanto mais um indivíduo tiver bebido, maior sua chance de morrer; ou seja, um mesmo impacto causa mais ferimentos numa pessoa que bebeu;
- O consumo de álcool reduz a capacidade de percepção da velocidade e dos obstáculos, os reflexos, e a habilidade de controlar o veículo. Além disso, o álcool diminui a visão periférica, passando o embriagado a não se interessar pelo que acontece lateralmente;
- o álcool inibe as barreiras morais e faz perder ou embota a autocrítica; o condutor faz o que não deve ao volante, a euforia e a empolgação refletem-se no descontrole do pé, que fica mais pesado e, o que é pior, faz com que o alcoolizado negligencie riscos;

c.3) Álcool e violência

Uma grande quantidade de estudos no mundo tem demonstrado a associação entre o álcool e violência. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH

ORGANIZATION, 2001b, p.10) existe correlação entre os níveis de álcool consumido e suicídio, homicídio e outros crimes violentos. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b, p.44) adiciona também a porcentagem de pessoas que abusam do álcool entre reincidentes na prisão, além da detecção de álcool na maioria das investigações de casos de estupro violento e também em outros crimes sexuais. Carvalho (2002, p.47) encontrou uma prevalência de alcoolemia em 46,2% das vítimas de agressão admitidas em um centro urbano de atenção ao trauma. A Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, p.7) cita que um “experimento natural” que interrompeu o suprimento de álcool para populações da *Greenland*, da Micronésia, e entre aborígenes australianos, resultou em uma redução dramática da mortalidade, dos acidentes e dos crimes.

Talvez um dos motivos da conexão entre álcool e violência se deve ao fato ressaltado por Minayo e Deslandes (1998, p.37) de que “o álcool é a substância mais ligada às mudanças de comportamento provocadas por efeitos psicofarmacológicos que têm como resultante a violência”. Mas os autores também enfatizam a importância do ambiente e da interação social nesse processo:

A atuação dos grupos comunitários em relação ao uso de substâncias e violência sugere que o contexto cultural modera e regula intoxicações e ações violentas. Os segmentos e o contexto influenciam a escolha de substâncias, comportamentos e normas, interpretação da situação e a probabilidade de acontecerem agressões. É preciso tomar o contexto em consideração, sobretudo quando se trata de situações de alto risco. (MINAYO e DESLANDES, 1998, p. 40).

4.3 Álcool e governo

Os governos têm diversos interesses no álcool, mas o principal tem se restringido à contribuição que o álcool pode trazer para a economia. O foco nesse interesse leva a uma visão imediatista e unilateral, ou seja, baseada apenas nos resultados econômicos positivos que a indústria e o comércio do álcool podem trazer. Dentro dessa perspectiva é interessante que a indústria e o comércio de álcool se desenvolvam e gerem lucros, pois isso levaria a uma maior arrecadação de tributos por parte do Estado. Tudo isso seria muito

correto, se não fosse a negligência em relação às externalidades negativas que esse tipo de indústria e comércio trazem a curto, médio e longo prazos. A produtividade do trabalho, a segurança e o bem-estar da população, e a saúde pública, não podem ser ignorados quando o tema é produção e consumo de álcool, pois esse afeta negativamente de várias formas todas essas variáveis.

É obrigação do governo e da sociedade proteger os segmentos mais vulneráveis, como crianças e adolescentes, do consumo prejudicial e do desenvolvimento de hábito e dependência. Os grandes instrumentos para essa mudança de paradigma em relação ao álcool são encontrados nos governos, pois são eles que possuem os poderes para implementar políticas públicas que regulem a produção e comercialização de bebidas alcoólicas, visando uma redução das externalidades negativas produzidas por esse setor econômico.

Como o tema álcool extrapola o âmbito da saúde pública, é indispensável que as políticas públicas para o setor sejam integradas verticalmente, nos vários níveis hierárquicos de governo; e horizontalmente, entre os vários ministérios e/ou secretarias. Além disso, é importante ressaltar que todos os níveis de governo (federal, estadual e municipal) possuem responsabilidades na regulação e implementação de políticas públicas relativas ao álcool.

A Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, p.6) alerta que ainda há uma escassez de informação básica para a implementação de políticas públicas efetivas em relação ao álcool nos países em desenvolvimento. É feita a recomendação de uma maior atenção e investimento em pesquisas relacionadas ao álcool, além da implementação, monitoração e avaliação dos indicadores sociais e de saúde afetados pelo consumo de álcool.

Com relação às políticas de saúde públicas, visando uma maior abrangência e significância, essas deveriam ter como prioridade a mudança das quantidades de álcool consumidas, dos padrões de consumo de álcool, e dos danos subsequentes. Setores da saúde pública, como o da atenção básica, têm um papel importante a realizar, pois é aí que geralmente se dá o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde. Portanto, reconhecer comportamentos de risco em relação ao consumo de álcool e instruir a população é uma

função primordial da atenção básica, quando se deseja diminuir a ocorrência de complicações e maiores custos através da prevenção.

O governo deve priorizar a educação das equipes médicas (clínicos gerais ou médicos de família, residentes, ginecologistas, equipe de emergência e enfermeiros) na área de prevenção e avaliação precoce dos danos causados pelo abuso ou uso prejudicial de álcool; (BRASIL, 2004b, p.45).

Além da adequação da atenção básica, é necessário oferecer atendimento especializado e complementar na rede hospitalar não-psiquiátrica, e também programas de suporte de integração social.

O papel regulatório do governo em relação a produção e consumo de álcool se dá principalmente através de três frentes: legislação, tributação e publicidade. Na maioria das vezes esses são os instrumentos utilizados em vários países na criação de medidas preventivas eficazes que extrapolem o âmbito da saúde pública, para uma concepção mais global e compreensiva sobre o problema do álcool. A realidade nacional da legislação, tributação e publicidade, bem como as experiências internacionais de sucesso com relação à prevenção, são as seguintes:

a) Álcool e legislação

No Brasil e em Minas Gerais não existem restrições ou impedimentos legais para a produção de bebidas alcoólicas. Já com relação à comercialização e ao consumo existe a proibição estabelecida pela lei 8.069 de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente – em seu artigo 81, inciso II, para a venda de álcool para menores de 18 anos. Quem desrespeita essa proibição e vende, fornece ainda que gratuitamente, ministra ou entrega, de qualquer forma, a criança ou ao adolescente, bebidas alcoólicas, está sujeito, de acordo com o artigo 243 dessa mesma lei, a detenção de seis meses a dois anos, e multa, se o fato não constituir crime mais grave.

Na verdade o que se constata é que essa lei não vem sendo aplicada, ou é aplicada de forma deficiente. Murad (2004) em sua pesquisa com menores de Belo Horizonte, chega a resultados que ilustram essa situação, pois em 68% dos bares freqüentados pelos

adolescentes entrevistados não é identificada a idade do cliente para servir bebida alcoólica; e em 78% dos bares é servida bebida alcoólica para menor de idade.

Outra restrição existente é a da proibição da condução de veículos automotores quando se faz uso abusivo de álcool. A lei 9.503 de 1997 – Código de Trânsito Brasileiro – proíbe através do seu artigo 165 o ato de dirigir sob a influência de álcool em nível superior a seis decigramas por litro de sangue.

Apesar de ainda pouco utilizados, principalmente devido a problemas de fiscalização, o país possui importantes instrumentos de proteção aos danos causados pelo consumo de álcool por determinados grupos de indivíduos e em situações específicas. O que falta é ter a conscientização, credibilidade e a vontade política para colocá-lo em prática. O sistema legal brasileiro se apresenta para o problema do álcool de forma enxuta e objetiva, restando para o Estado fiscalizar e oferecer as condições para que ele possa gerar os efeitos benéficos para a qual foi elaborado.

b) Álcool e tributação

A produção de bebidas alcoólicas no Brasil é tributada pela União através do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI). No decreto nº 4.070 de 28 de dezembro de 2001, que estabelece a tabela de incidência desse imposto, é possível verificar que a alíquota do IPI varia de acordo com a bebida alcoólica em questão. Para as bebidas mais consumidas no país as alíquotas são as seguintes,

- Cervejas de malte – 80%;
- Vinhos – 30% (de um modo geral, pois existem algumas exceções);
- Cachaça e caninha – 70%;
- Uísques – 130% (com exceção do uísque de malte e de cereais = 20%);
- Vodca – 130%;
- Rum – 130%.

Outras bebidas não-alcoólicas,

- Refrigerantes – 40%;
- Refrigerantes, refrescos e néctares, contendo suco de fruta ou extrato de sementes de guaraná – 20%;
- Água mineral natural – 0%.
- Leite – 0%;

Comparando as alíquotas de IPI das bebidas alcoólicas que produzem externalidades negativas com as das bebidas não-alcoólicas, que não produzem externalidade ou produzem externalidades positivas, é possível verificar que há uma certa racionalidade na aplicação dessas alíquotas. As bebidas destiladas que possuem maior teor de álcool são taxadas mais pesadamente, enquanto o leite é isento do IPI. O único ponto questionável é o fato da alíquota incidente sobre vinhos (30%) ser menor do que a incidentes sobre refrigerantes (40%). Assim, pode-se concluir que o IPI diferencia suas alíquotas de acordo com os benefícios ou malefícios que o produto industrializado em questão pode trazer para a população.

O consumo de bebidas alcoólicas é tributado pelos estados através do Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS). Em Minas Gerais, o decreto nº 43.080, de 13 de dezembro de 2002 (retificado em 31/12/2002 e 03/01/2003) regula as alíquotas do ICMS para o estado. Para as bebidas alcoólicas as alíquotas são as seguintes,

- Bebidas alcoólicas, exceto cervejas, chopes e aguardentes de cana ou de melão – 25%;
- Cervejas, chopes e aguardentes de cana ou de melão – 18%.

Para as bebidas não-alcoólicas as alíquotas são as seguintes,

- Refrigerantes -- 18%;
- Água mineral natural – 18%.
- Leite – 12%;

O que se verifica ao comparar as alíquotas de ICMS aplicadas para bebidas alcoólicas com as aplicadas para bebidas não-alcoólicas no estado de Minas Gerais é que embora seja usado algum critério, esse não está relacionado ao bem-estar produzido. Um produto que traz saúde para a população, como leite, além de ser taxado, possui uma diferenciação de alíquota em relação a produtos alcoólicos (que trazem problemas individuais e sociais amplamente discutidos nessa seção) como a cerveja, chopes e aguardentes, de apenas 6%. Essas mesmas bebidas alcoólicas possuem a mesma taxa de uma inocente água mineral. Tenta-se fazer uma diferenciação das bebidas alcoólicas com teor alcoólico mais forte, como as destiladas, mas essa é muito sutil e tímida, sendo de um acréscimo de apenas 7% em relação ao outro grupo de bebidas alcoólicas e refrigerantes, e 13% em relação ao leite.

c) Álcool e publicidade

De acordo com a lei 9.294 de 15 julho de 1996, que dispõe sobre a restrição da publicidade de bebidas alcoólicas e de outros produtos que podem causar intoxicação, são consideradas bebidas alcoólicas apenas as bebidas com teor alcoólico superior a 13 graus *Gay Lussac* (GL). Dessa forma, muitas bebidas que possuem álcool não são classificadas como alcoólicas, inclusive a cerveja, a bebida mais consumida pelos jovens e que possui um teor alcoólico médio de 5 GL.

Tendo em mente a definição de bebidas alcoólicas dada pela lei que regula a publicidade de substâncias intoxicantes, citada no parágrafo anterior, apenas as “bebidas alcoólicas” são passíveis de restrições, como a proibição de publicidade na mídia entre 06:00

e 21:00 horas. Portanto pode-se concluir que essa lei é hipócrita, pois a bebida alcoólica mais consumida no país não é atingida por ela.

Quanto à mídia, uma política para redução de danos relacionados ao consumo de álcool deve necessariamente propor modificação na legislação na direção da proibição da propaganda de bebidas alcoólicas em meios de comunicação de massa. A propaganda deve ficar restrita aos locais de venda (bares, prateleiras de supermercado, etc), como já é feito no Brasil para o tabaco. Os veículos de comunicação de massa devem ser incentivados a realizar campanhas de redução dos danos à saúde provocados pelo consumo do álcool. O eixo norteador de campanhas pela redução dos problemas provocados pelo álcool deve ser a estratégia de redução de danos, devendo haver a crítica de estereótipos relacionados ao uso do álcool, e incentivados pela propaganda de bebidas alcoólicas, como a associação do uso do álcool com a virilidade, a sensualidade, diversão etc. Produtores, distribuidores e estabelecimentos que vendem bebidas devem ser implicados no desenvolvimento da campanha de prevenção, através de suas associações. (BRASIL, 2003, 20).

A importância da regulação da publicidade do álcool também se deve em grande parte pelo fato da publicidade ser o principal meio de financiamento das mídias, o que poderia levar a uma corrupção na abordagem de temas relativos ao álcool.

Apesar de o álcool ser a droga mais consumida no país, a preocupação com ela é muito menor do que com as outras drogas (ocupando o 4º lugar nas preocupações da mídia). Ao mesmo tempo em que há um grande número de artigos discutindo a violência relacionada ao comércio e uso de drogas ilícitas, há, por outro lado, um grande número de sofisticados anúncios promovendo o consumo de álcool e, naquela época, também o tabaco. Ao tratar, indiscriminadamente, drogas que do ponto de vista médico são similares, a mídia encoraja comportamentos sociais extremamente incoerentes, induzindo a uma fraca relação com os problemas médicos reais. (BRASIL, 2004b, p. 107).

O alvo principal das peças publicitárias do álcool é o jovem, pelo fato de ainda não estarem totalmente amadurecidos, a procura de um espaço na sociedade. Também por serem potenciais consumidores do futuro, a indústria do álcool bombardeia a mídia com anúncios tentando cooptar esses novos consumidores. Mercadologicamente, este é um investimento correto, pois é nessa fase que se enraizam muitos hábitos, como o de beber. No entanto, eticamente, esse investimento das empresas é um desfavor à sociedade, pois além de não ser aconselhável que o consumo de álcool seja estimulado devido ao grande número de

problemas decorrentes do uso descontrolado, muitas das pessoas que criam o hábito no presente podem criar a dependência no futuro.

A importância do álcool para a recreação juvenil é percebida e estimulada pelo mercado. Empresas do ramo de bebidas patrocinam eventos recreativos para o público juvenil, como campeonatos esportivos, mega-shows e festas coletivas tipo carnaval, conseguindo altos lucros com a venda de bebidas alcoólicas aos jovens. Em bares, boates e casas de shows, são desenvolvidas estratégias de marketing que estimulam o consumo de álcool até a embriaguez. A força econômica das empresas de bebidas pode ser vista pela quantidade e qualidade de propagandas em todas as mídias, onde o consumo de álcool aparece associado ao glamour, à juventude, à beleza e à alegria. Mais do que destinatários preferenciais das propagandas, os jovens são seu principal apelo mercadológico [...] (BRASIL, 2004b, p. 59).

d) Álcool e prevenção

Políticas eficazes de prevenção aos problemas causados pelo álcool devem ser amplas o suficiente para compreender além do papel dos sistemas de saúde e de educação, o papel de produtores, comerciantes e consumidores de álcool. Os países desenvolvidos que possuem medidas eficazes de prevenção utilizam essa abordagem global, baseando suas políticas em: na redução de demanda pelo aumento sutil de impostos; redução da oferta pela limitação de densidade de bares e do período de funcionamento; melhoria das condições estruturais e de trabalho nos lugares que vendem álcool; proibição da venda de álcool a pessoas embriagadas; implementação de intervenções para evitar a combinação álcool e trânsito; e auxílio às pessoas que consomem álcool em níveis arriscados para que reduzam ou eliminem seu consumo.

Políticas globais requerem a colaboração de diversos ministérios e/ou secretarias, para combinar informação, programas de conscientização e serviços de tratamento com programas de redução da demanda e da oferta de álcool. Para que qualquer medida ou programa de prevenção tenha sucesso, é necessário a sua adequação à realidade local no qual será implementado, e isso só se consegue quando se releva os aspectos culturais da região em questão. Outro ponto fundamental para o sucesso dessas políticas é a criação ou manutenção de instrumentos de monitoramento do consumo e dos problemas relacionados ao álcool.

Na área da saúde, atualmente a maior responsável pelas políticas de prevenção aos problemas do álcool, a questão que merece debate é a da redefinição dos níveis aceitáveis

de consumo de álcool considerando-se problemas de saúde futuros. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003, p.17) ressalta que apesar de aproximadamente 20% dos pacientes tratados na rede primária de saúde beberem em um nível considerado de alto risco, os clínicos gerais que permeiam esse contato, pouco detectam a presença de acometimento por tal nível de consumo, o que tem repercussão negativa sobre as possibilidades de diagnóstico e tratamento. Ainda segundo o Ministério da Saúde, isso se deve ao fato de o foco da atenção estar voltado para as doenças clínicas decorrentes da dependência que ocorrem tardiamente, e não para a dependência subjacente. Como resultado tem-se uma demora para iniciar o tratamento, pois o período médio entre o primeiro problema decorrente do uso de álcool e a primeira intervenção voltada para esse problema é de 5 anos, o que junto com sua inadequação pioram o prognóstico. A solução proposta seria a oferta de um currículo relativo a abordagem do uso de álcool e outras drogas pelas faculdades de medicina, e também para as instituições de ensino formadoras de outros profissionais de saúde, além da capacitação dos profissionais da atenção básica, possibilitando o desenvolvimento de ações de prevenção primária do uso prejudicial do álcool através do diagnóstico precoce, e também o desenvolvimento de ações de redução de danos, tratamento de casos não complicados e referenciamento para a rede de assistência dos quadros moderados e graves.

A educação da população sobre o uso do álcool e suas conseqüências é fundamental, pois aumentando a consciência coletiva sobre a freqüência dos transtornos decorrentes do uso indevido de álcool, reduzem-se os obstáculos relativos a procura por atendimento nos centros de atenção disponíveis. O trabalho de educação pode ser feito nas escolas, locais de trabalho e associações, mas também através de campanhas governamentais. A Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, p.21) adverte que programas educacionais e campanhas na mídia podem surtir efeitos no conhecimento e na conscientização da população, mas pouco efeito nas suas atitudes e comportamentos. Mais importante do que tentar o mudar o comportamento das pessoas que fazem consumo de álcool, seria influenciar o ambiente comunitário que cerca esse consumidor, construindo as bases para implementação de políticas públicas de prevenção aos problemas do álcool.

As medidas que tem se mostrado mais efetivas em reduzir e prevenir os danos relacionados ao álcool, segundo a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001b, p.1), incluem restrições da disponibilidade de bebidas (incluindo proibições, idades mínimas para consumo, e sistemas de monopólio e licença), maior taxaço

das bebidas alcoólicas e restrição de descontos, e políticas de redução de danos para aqueles que fazem o consumo de álcool.

Dentre as práticas de prevenção mais eficazes no mundo atualmente, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, p.23), estão,

- Regimes de proibição

Os regimes de proibição podem ser interpostos para determinados locais ou situações. A proibição da venda de bebidas alcoólicas em estádios de futebol e seus arredores tem se mostrado eficaz para a reduzir a violência nesses locais. Em situações, como a condução de veículos automotores, a proibição do uso de álcool é aliada essencial na diminuição do número e da gravidade de acidentes de trânsito;

- Limites de idade para beber

Limites de idade para consumir bebidas alcoólicas são comuns no mundo. Pelo menos 67 países tem um limite de idade que pode variar de 16 a 21 anos, os quais têm se mostrado eficiente para reduzir os problemas relacionados ao álcool na população jovem de alguns países, como os Estados Unidos. Apesar disso, não é claro se esses limites de idade para o consumo de álcool trazem algum benefício para países onde eles são menos respeitados;

- Taxação de bebidas alcoólicas

A taxaço de bebidas alcoólicas é comum, e há uma variedade de evidências em países desenvolvidos que mostram que uma taxaço diferenciada pode ser efetiva em reduzir os níveis de consumo, incluindo o consumo abusivo, além de controlar o número de problemas relacionados a esse consumo. Mas a eficiência das medidas de taxaço pode ser diminuída se não forem controladas as entradas de bebidas contrabandeadas e ilegais;

- Limitação do número de pontos de venda e de seu horário de funcionamento

Esse tipo de restrição tem se mostrado efetivo na limitação de consumo e dos problemas em uma variedade de circunstâncias. No Canadá, por exemplo, as bebidas alcoólicas não são vendidas em supermercados, mas somente em lojas especializadas, facilitando o controle e a fiscalização.

- Restrição da publicidade e promoção

A restrição da publicidade e promoção de bebidas alcoólicas é comum no mundo. Os efeitos dessa medida são a longo prazo, e por isso difíceis de serem medidos, embora a evidência de sua efetividade venha crescendo nos países desenvolvidos;

- Trabalho com grupos sociais e religiosos

O trabalho com movimentos sociais e religiosos com foco nos problemas do álcool tem estado entre as mais poderosas ferramentas de prevenção dos países em desenvolvimento, assim como nos países desenvolvidos, resultando em reduções das taxas de problemas relacionados ao álcool. Comumente esses movimentos surgem espontaneamente. A interferência governamental visando estimular ou formar alianças com esses movimentos tem mostrado sucesso limitado, devido a percepção da cooptação oficial ou manipulação, tendendo ao rompimento da influência desses grupos sobre seus membros.

Adicionalmente às medidas de prevenção, existem as medidas de redução de danos. Diferentemente das medidas de prevenção, essas medidas não visam diminuir ou restringir o consumo de álcool, mas torná-lo mais seguro para quem o faz.

Dado que a sociedade brasileira tem-se mostrado tolerante com o consumo de álcool, não reconhecendo os limites a partir dos quais se caracteriza uso abusivo, a aplicação da estratégia de redução de danos – paralelamente às estratégias de controle de demanda e de oferta – contribuirá para o enfrentamento das conseqüências danosas à saúde e bem-estar da

população. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b, p.34) define como principais frentes de ação na redução de danos,

- Com relação à substância: proporcionar a disponibilidade e a opção de bebidas com baixo teor alcoólico. Alguns países, também adicionam vitaminas às bebidas alcoólicas, reduzindo comprovadamente seus danos;

- Com relação ao ambiente: onde se bebe deve ser seguro para que aqueles que optarem por consumir álcool possam fazê-lo com relativa segurança, o que também afetará quem não bebe. Medidas como servir bebidas em copos de plástico ou de material mais resistente, restrição da lotação e ampliação da acessibilidade de bares, e intolerância com a embriaguez através da interrupção da venda de álcool para pessoas já embriagadas melhoram a segurança das pessoas que bebem e também das que não o fazem;

- Com relação ao conhecimento de quem bebe: embora a educação sobre o álcool tenha se mostrado pouco eficaz na mudança de hábitos relacionados a bebidas alcoólicas, pode ser útil para se divulgar conhecimentos sobre os efeitos do álcool no corpo e no comportamento humano. Assim, quando alguém decidir beber, estará, de alguma maneira, ciente dos problemas que poderão surgir, possibilitando o melhor planejamento da ocasião em que se dará o consumo, de modo a evitar ou diminuir os danos.

5 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Este capítulo trata das fontes e dos sistemas de informação em saúde utilizados. Esses sistemas são de âmbito nacional e estão disponíveis através da internet para acesso de toda população.

Existe, com certeza, uma enorme variedade de sistemas produzidos pelo próprio Ministério da Saúde, pelos estados e municípios, mas que não foram incluídos aqui, por não ser esse o objetivo deste trabalho.

A internet tem um importante papel na disseminação de informações de saúde, pois disponibiliza através de uma rede de comunicação de fácil acesso e baixo custo dados importantes para o gerenciamento em saúde.

Cabe ressaltar que a *internet* se encontra inserida em um ambiente bastante dinâmico, onde o processo de inserção de informações muda constantemente. Muito do que será apresentado aqui poderá modificar-se em pouco tempo, tais como endereços, páginas de apresentação, produtos disponíveis, *layout* etc. Portanto, os endereços e *home-pages* aqui apresentados representam apenas um retrato da situação atual dos sistemas e bases de dados utilizados neste trabalho:

a) Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

O SIH/SUS foi originalmente concebido pelo Ministério da Previdência para operar os sistema de pagamento dos hospitais por ele contratados. Sua história de expansão começa em 1936 quando

... foi estendido aos hospitais filantrópicos; em 1987, aos universitários e de ensino; e, em 1991, aos hospitais públicos municipais, estaduais e federais (administração indireta e outros ministérios). Reúne informações sobre 60-70% das internações hospitalares realizadas no país". (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002, p. 269).

O SIH/SUS é atualmente gerido pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, sendo processado pelo DATASUS, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

O SIH/SUS tem como documento básico a AIH, a qual é usada para habilitar a internação de pacientes e gerar valores de pagamento. O SIH/SUS disponibiliza os dados de AIH de forma sistêmica, por meio de CD-ROM mensal e da *internet* (<http://www.datasus.gov.br/catalogo/sihsus.htm>).

Com relação à abrangência, o SIH/SUS está limitado às internações no âmbito do SUS, sendo excluídas as internações cobertas ou custeadas por seguro-saúde. É destacado também que

Eventuais reinternações e transferências do mesmo paciente a outros hospitais também não são identificadas, o que pode resultar em contagem cumulativa. São porém bloqueadas, na apresentação, as contas relativas a pacientes homônimos, para posterior verificação e liberação pelo gestor, no mês seguinte. (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002, p. 269);

b) Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

A AIH é usada para habilitar a internação de pacientes e gerar valores de pagamento, sendo o documento básico do SIH/SUS.

O trâmite da AIH começa no estabelecimento hospitalar de internação de pacientes, quando ela é preenchida para cada internação realizada. Posteriormente ela é encaminhada mensalmente em meio magnético para o gestor municipal e/ou estadual do SUS¹, de acordo com o nível de gestão. Finalmente o órgão gestor encaminha a AIH para processamento em nível nacional.

A AIH disponibiliza dados individualizados, codificados pela CID, de internação e alta de pacientes. Além disso, a AIH fornece dados sobre os procedimentos realizados e dados cadastrais das unidades de atendimento. É através da AIH que hospitais,

¹ Segundo o site do Datasus (<http://www.datasus.gov.br/catalogo/sihsus.htm>) são captados dados das AIH referentes a mais de 1.300.000 internações/mês.

profissionais e serviços auxiliares de diagnose e terapia – SADT habilitam-se para receber pelos serviços prestados;

- Internação hospitalar

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004c, p. 65), internação hospitalar define-se como “pacientes que são admitidos para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior a 24 horas.” A esse conceito deve ser acrescentado duas notas técnicas:

(1): todos os casos de óbito ocorridos dentro do hospital devem ser considerados internações hospitalares, mesmo que a duração da internação tenha sido menor do que 24 horas.

(2): os pacientes que têm grandes chances de permanecerem dentro do hospital por menos de 24 horas devem ocupar leitos de observação, de forma a evitar a contabilização indevida de pacientes-dia no censo hospitalar diário. (BRASIL, 2002b, p. 11);

- Classificação das AIH

As AIH se classificam de dois modos: normal e longa permanência. A essas duas classificações acrescentam-se três tipos de identificação: 1 (meio magnético), 5 (longa permanência) e 7 (formulário). A AIH-1 é utilizada na maioria das internações, sendo classificada como “normal”. As AIH-5 e 7 são utilizadas para internações de longa permanência, sendo que a AIH-7 sempre precede a AIH-5.

A AIH de Identificação 1 – Meio Magnético, como o próprio nome sugere, utiliza o meio magnético para armazenar e processar as informações, sendo o documento hábil para identificar o paciente e os serviços prestados sob regime de internação hospitalar.

A AIH de Identificação 7 – Formulário, é emitida exclusivamente pelos órgãos emissores próprios ou autorizados pelo SUS, em duas vias ou eletronicamente. A 1ª via será apresentada ao hospital pelo paciente ou seu responsável e será anexada ao prontuário médico. A 2ª via será arquivada no órgão emissor.

A AIH de Identificação 5 – Longa Permanência, é utilizada para identificar casos de longa permanência do paciente nas especialidades de psiquiatria, pacientes sob

cuidados prolongados e assistência domiciliar geriátrica. Após ser autorizada a AIH-7 pelo órgão gestor, e conseqüentemente a internação, o hospital deverá emitir a AIH-5, a qual receberá a mesma numeração da AIH-7 que deu origem à internação. A AIH-5 também deverá ser anexada ao prontuário médico.

O tratamento de pacientes sob cuidados prolongados, e o trâmite das AIHs que autorizam esse tratamento, possuem um procedimento diferenciado. Como muitos casos de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool acabam exigindo tratamento com características que o classificam como de longa permanência, será útil uma breve descrição sobre os procedimentos especiais envolvidos nessa classificação de internação. O primeiro ponto a ser observado é que o tratamento de pacientes sob cuidados prolongados somente poderá ser realizado por hospitais previamente habilitados. A sistemática adotada nessas internações é a seguinte: o pagamento dos procedimentos de tratamento de pacientes sob cuidados prolongados na AIH-7, será de no máximo 45 dias, desde que o 45º dia seja o último dia do mês. Havendo necessidade de prorrogação das internações, após vencidas as 45 diárias, será utilizada a AIH-5, que levará o mesmo número da AIH-7. A abertura da AIH-5 será sempre no primeiro dia do mês. Cada AIH-5 permite a cobrança de até 31 diárias, e não possui validade máxima, podendo ser emitidas tantas AIH-5 quanto necessárias, até a alta, óbito ou transferência do paciente, que caracteriza o fim da internação. Somente poderá ser emitida nova AIH-7 nos casos em que o paciente tenha alta hospitalar e a reinternação de longa permanência seja, no mínimo, 15 dias após internação anterior, excetuando-se apenas os casos de tratamento cirúrgico;

- Emissão e validade da AIH

A emissão de AIH varia temporalmente de acordo com o caráter da internação. Quando a internação tiver caráter eletivo, a emissão é feita pelo órgão emissor local e se dá antes da internação. Quando a internação tiver caráter de urgência/emergência, a AIH é solicitada pelo hospital até 48 horas úteis após a internação.

Uma vez autorizada, a AIH terá validade de 15 dias a contar da data de sua emissão. Existem exceções a essa regra, como no caso de parto e alguns procedimentos especiais. Como o trabalho está focado na saúde mental e nos problemas decorrentes do uso

de álcool, será estudada aqui apenas a validade dos procedimentos especiais que estejam alinhados ao conteúdo da pesquisa.

Como descrito no item anterior, as AIH usadas para tratamento de pacientes sob cuidados prolongados e nas especialidades psiquiátricas, têm a seguinte validade: AIH-7 permite a cobrança de até 45 diárias, sendo que sua validade vai até a emissão da AIH-5, se for necessária para a continuidade do tratamento. AIH-5 permite a cobrança de até 31 diárias, não possuindo validade máxima, ou seja, pode ser renovada quantas vezes for necessário.

Nos tratamentos em regime de internação hospitalar de pacientes com transtornos decorrentes de uso prejudicial e/ou dependência de álcool e drogas, a AIH tem validade de 30 dias, sendo o limite de 21 diárias por AIH.

Finalmente, nos tratamentos em regime de internação hospitalar de pacientes em síndrome de abstinência decorrente do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e drogas, a AIH tem validade de 30 dias, sendo o limite de 15 diárias por AIH;

c) Departamento de Informática do SUS (DATASUS)

O DATASUS é um órgão de informática de âmbito nacional, vinculado a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, que possui um importante papel como centro tecnológico de suporte técnico e normativo para a montagem dos sistemas de informática e informação da saúde.

Para facilitar o alcance dos objetivos do SUS – descentralização das atividades de saúde e viabilização do controle social sobre a utilização dos recursos disponíveis – foi atribuída ao DATASUS a responsabilidade de “coletar, processar e disseminar informações sobre saúde”. (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS, 2004).

O DATASUS, através de sua página na *internet* (<http://www.datasus.gov.br>), disponibiliza informações de saúde agrupadas como indicadores de saúde, assistência à saúde, rede assistencial, morbidade e informações epidemiológicas, estatísticas vitais – mortalidade e nascidos vivos, recursos financeiros, informações demográficas e socioeconômicas. No DATASUS também se pode encontrar aplicativos para manuseio dessas informações, como o programa Tab para Windows (TABWIN), e alguns aplicativos genéricos de domínio público.

Cabe ressaltar que, dentro do contexto do trabalho, um conjunto de informações localizadas dentro das informações estratégicas, o *Bulletin Board System (MS-BBS)*, se apresenta como muito importante. O MS-BBS é um sistema que disponibiliza arquivos com informações extraídas dos bancos de dados do DATASUS. Esses arquivos podem ser transferidos pelo usuário para seu computador através de *download*, tornando possível a manipulação dos dados de acordo com suas necessidades. Os arquivos oferecidos pelo MS-BBS são o cadastro de hospitais, as tabelas de procedimentos médicos, de municípios, da CID, além do movimento de AIH, desde de janeiro de 1992.

6 METODOLOGIA

O presente estudo, ao procurar entender a relação entre álcool e saúde mental, usa o método epidemiológico descritivo, pois busca obter dados sobre as internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais devido o uso de álcool, ocorridas no estado de Minas Gerais nos anos de 2000, 2001, 2002 e 2003.

Esse é um método epidemiológico porque enfoca a população geral, e não apenas os indivíduos atingidos pelo agravo.

A epidemiologia é uma disciplina básica da saúde pública voltada para a compreensão do processo saúde-doença no âmbito de populações, aspecto que a diferencia da clínica, que tem por objetivo o estudo desse mesmo processo, mas em termos individuais. (WALDMAN, 1998, p.1).

Além disso, é um estudo descritivo porque tem como objetivo descrever as características, situações e frequências em que um certo fenômeno ocorre.

O resultado do trabalho é uma pesquisa epidemiológica descritiva, pois lida com a frequência, o padrão de eventos relacionados com o processo saúde-doença da população (saúde mental e transtornos devido ao uso de álcool), e a distribuição desses eventos segundo características temporais (tendências e variações em um período), espaciais (distribuição geográfica) e demográficas dos indivíduos (sexo e idade).

O trabalho procura manter-se sob a ótica preventiva da saúde pública, utilizando a epidemiologia com um importante instrumento para subsidiar o desenvolvimento de políticas no setor da saúde.

[...] a epidemiologia [...] como disciplina de saúde pública, preocupa-se com o desenvolvimento de estratégias para as ações voltadas para a proteção e promoção da saúde da comunidade.

Em condições ideais, os achados epidemiológicos oferecem evidências suficientes para a implementação de medidas de prevenção e controle. (WALDMAN, 1998, p. 1, 2).

Estudos anteriores sobre o uso de álcool auxiliaram na identificação dos problemas decorrentes do uso de bebidas alcoólicas, permitindo a coleta de informações, a realização de comparações e a descrição de fatores associados com o evento.

No trabalho foram utilizados os dados de AIH, documento básico do SIH/SUS, processado pelo DATASUS. Neste contexto a internet foi uma importante ferramenta de pesquisa, pois além de fornecer acesso aos sistemas de informação utilizados na pesquisa, foi fonte de informações, de artigos científicos, de experiências e de comunicação com vários órgãos de saúde de entidades governamentais e não governamentais (nacionais e de outros países), sendo útil para obter várias respostas em tempo oportuno.

Metodologicamente o trabalho pode ser agrupado em quatro grandes etapas: obtenção dos dados, agrupamento dos dados, análise e interpretação dos dados e, conclusões e sugestões.

O processo metodológico da obtenção dos dados, pode ser dividido em seis passos.

O primeiro passo foi possuir um computador conectado à *internet*, para acesso à página da *web* do DATASUS (<http://datasus.gov.br>).

Cumprido o primeiro passo, pode ser dar o segundo, que é fazer o *download* do programa TABWIN através da página do DATASUS. Basta para isso clicar no *link* arquivos e logo em seguida arquivos de programas. Lá se encontra outro *link*, que é utilizado para fazer o *download* do aplicativo. O TABWIN será necessário para tabular para o sistema operacional Windows o banco de dados das AIH.

O terceiro passo, a pesquisa dos dados que fornecem subsídios para o estudo, se deu com o acesso à página do DATASUS, para posterior redirecionamento para o MS-BBS, através do *link* localizado na página inicial. Para ter acesso aos dados disponibilizados através do MS-BBS é necessário fazer o cadastro no sistema. Para isso deve-se fornecer um nome e sobrenome e escolher a senha de acesso. Logo em seguida basta aguardar que o cadastro seja liberado pelo operador.

Liberado o cadastro tem-se acesso ao sistema MS-BBS. A partir desse momento, deve-se procurar baixar os arquivos que possibilitam a ocorrência da pesquisa. Estes arquivos são:

fornecer subsídios para responder as seguintes perguntas: quem são os pacientes, de onde procedem, aonde geralmente são internados, qual a causa da internação, qual a especialidade de internação, qual o número e o custo das internações, qual a permanência média e total das internações, e qual o número de óbitos que ocorreram neste tipo de internação. Além de possibilitar as respostas para as perguntas anteriores, os dados foram organizados de forma a correlacionar as internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool com o total das internações, com as internações das outras categorias de agravo à saúde dos transtornos mentais e comportamentais, e com as internações do agrupamento de agravos à saúde devido ao uso de substância psicotativa. Todos os dados que envolviam valores correntes em reais (R\$) foram atualizados pelo Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna (IGP-DI) da Fundação Getúlio Vargas (FGV) a preços médios de 2003, permitindo a comparação de valores entre os anos.

O próximo passo metodológico consiste na análise e interpretação das tabelas e gráficos obtidos no processo anterior. Essa é a atividade de respostas às questões colocadas anteriormente, buscando sempre contextualizá-las no ambiente na qual estão inseridas.

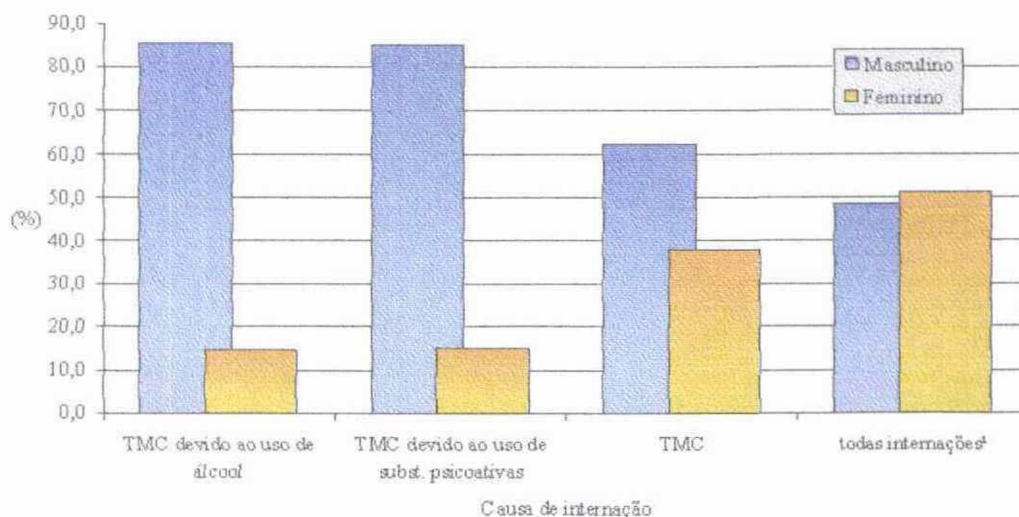
Após todos os processos anteriores, é possível chegar à última etapa metodológica, as conclusões e sugestões da pesquisa. Essa etapa busca levantar as conclusões possibilitadas pelo trabalho e confrontá-las com as hipóteses iniciais que deram origem ao mesmo, de forma a validar ou não essas suposições. Com base nas conclusões obtidas e em todo arcabouço teórico utilizado na pesquisa, procurar-se-á fazer sugestões para a solução dos problemas identificados e melhoria do quadro atual.

7 ÁLCOOL E AS INTERNAÇÕES POR TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

Nessa seção serão analisados os resultados obtidos para as internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool no SUS de Minas Gerais no período de 2000 a 2003. Os dados foram organizados em tabelas e gráficos que buscam abordar os seguintes temas: perfil dos pacientes, sua origem, local de internação, causa da internação, especialidade da clínica na qual foram feitas as internações, número de internações, custo das internações, permanência da internação, e ocorrência de óbitos entre pacientes.

O gráfico 8.1 mostra distribuição dos internos de acordo com o sexo segundo causa de internação. Verifica-se que os internos por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool são predominante do sexo masculino (85,4%), e que esse padrão também é verificado para esse mesmo tipo de internação devido ao uso de substâncias psicoativas. Para os transtornos mentais e comportamentais, embora de forma mais amena, também ocorre a predominância de internos do sexo masculino, mas para o conjunto total das internações, existe um equilíbrio entre o sexo masculino e feminino, com ligeira predominância desse último.

Gráfico 8.1 - Causa de internação no Sistema Único de Saúde (SUS) por sexo dos internos - Minas Gerais - 2000-2003



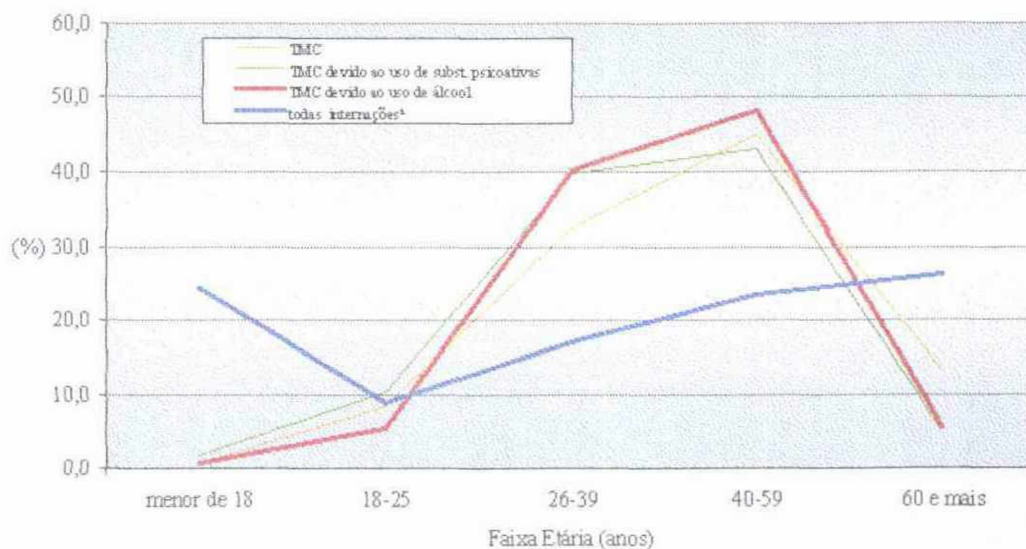
Fonte: DATASUS.

Notas: TMC = transtornos mentais e comportamentais.

(1) Número total de internações excluídas as internações por partos.

O gráfico 8.2 é sobre a distribuição da faixa etária dos internos segundo causa de internação. É possível observar dois tipos de comportamento para as categorias. Os transtornos mentais e comportamentais de um modo geral, os devido ao uso de substâncias psicoativas, e os devido ao uso de álcool, apresentam distribuição da faixa etária das internações de forma semelhante, as quais são quase nulas para menores de 18 anos, aumentando um pouco na faixa etária de 18 a 25 anos, e dando um grande salto na faixa etária de 26 a 59 anos, com o ápice sendo alcançado entre 40 e 59 anos, para posteriormente cair bruscamente na faixa etária de 60 anos e mais. Para o conjunto total das internações, o comportamento é inverso: as internações são grandes na faixa etária de menores de 18 anos, caem bastante e encontram seu menor valor na faixa etária de 18 a 25 anos, para posteriormente crescerem continuamente, alcançando os maiores valores na faixa etária de 60 anos e mais. As internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool possuem um grande custo social, pois ocorrem principalmente na faixa etária mais produtiva da população, entre 26 e 59 anos de idade. É possível observar também, que embora em valores muito baixos, as internações na faixa etária de menores de 18 anos, na qual o consumo de álcool é proibido, também ocorrem. Finalmente, pode-se supor que a queda brusca das internações devido o uso de álcool na faixa etária de 60 anos e mais, se deve principalmente a interrupção ou diminuição do consumo álcool pela ocorrência de outras doenças.

Gráfico 8.2 - Faixa etária dos internos no Sistema Único de Saúde (SUS) segundo causa de internação - Minas Gerais - 2000-2003



Fonte: DATASUS.

Notas: TMC = Transtornos mentais e comportamentais.

(1) Número total de internações excluídas as internações por partos.

A tabela 8.1 mostra os municípios de origem dos pacientes que tiveram o maior número de internações por mil habitantes provocadas por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool. Além do nome do município, a tabela também oferece a identificação da regional de saúde que o município pertence. Os dados são individuais para os quatro anos, 2000 a 2003, e para o total de internações no período 2000-2003. A taxa anual de internações por mil habitantes foi calculada usando-se a média de internações para o período 2000-2003, e a população que o município apresentava no ano de 2000, segundo dados do Censo Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Para avaliar a taxa obtida, buscou-se um parâmetro que pudesse ser usado como referencial para o número esperado de internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool. Como não foi possível encontrar um parâmetro oficial para o álcool, a portaria do Ministério da Saúde nº 1101/GM de 12 de junho de 2002 foi utilizada por oferecer o número médio de internações esperadas por tipo de especialidade clínica. Para a especialidade psiquiátrica são esperadas 2,8 internações por mil habitantes. Na falta de um parâmetro oficial sobre o número de internações esperadas para os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, foi feita uma estimativa, considerando a participação das internações por transtornos mentais e comportamentais devido o uso de álcool no total das internações por transtornos mentais e comportamentais – 14,2% (tabela 8.6) – os quais possuem como especialidade clínica principal a psiquiatria. Portanto, sendo esperadas 2,8 internações por mil habitantes para a clínica psiquiátrica, seria razoável supor 14,2% desse valor fosse esperado para as internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, ou seja, 0,40 internações por mil habitantes. Observando a média de internações por mil habitantes para o estado de Minas Gerais dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool (0,40), conclui-se que a média do estado é um bom parâmetro de comparação, pois coincide com o parâmetro estimado.

Após definir o parâmetro, pode-se concluir que os municípios de residência dos pacientes apresentam taxas muito altas para esse tipo de internação, com taxas 6,5 a 23 vezes maior do que a média estadual (tabela 8.1). Ao analisar os dados município por município, verifica-se que a taxa observada para o município de Abadia dos Dourados destoa bastante do resto do conjunto. Isso se deve quase que exclusivamente aos dados do ano de 2000, que são muito superiores aos verificados nos três anos subsequentes para o município. A provável explicação para essa ocorrência se deve ao fato de Abadia dos Dourados ser a primeira cidade

na classificação alfabética dos municípios de Minas Gerais. Falhas no sistema de informações hospitalares nessa época, permitiam que o operador lançasse dados das internações por transtornos mentais e comportamentais no primeiro município da lista alfabética de Minas Gerais, ou seja, Abadia dos Dourados. Mas esse ocorrido não invalida a análise dos dados nem sua relevância para os outros municípios da lista, pois o número de internos por mil habitantes para os transtornos mentais e comportamentais nesses municípios é muito superior a média do estado, como por exemplo o município de Dorésópolis, com uma taxa de 4,6 internos por mil habitantes, 11,5 vezes maior do que a média estadual.

Tabela 8.1 - Internação anual média por mil habitantes no Sistema Único de Saúde (SUS) provocadas por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool segundo as dez maiores taxas municipais - Minas Gerais - 2000-2003

Município de residência	Regional de saúde	Internações					População (2000)	Internação anual média por mil habitantes
		2000	2001	2002	2003	Total		
Abadia dos Dourados	Uberlândia	226	3	1	8	238	6446	9,2
Dorésópolis	Passos	6	4	4	11	25	1350	4,6
São Sebastião do Paraíso	Passos	203	243	250	335	1031	58335	4,4
Queluzita	Barbacena	0	11	12	0	23	1791	3,2
Poços de Caldas	Pouso Alegre	484	428	266	446	1624	135627	3,0
Fortaleza de Minas	Passos	12	9	10	14	45	3759	3,0
Ipuiúna	Pouso Alegre	26	24	30	27	107	8958	3,0
Olimpio Noronha	Varginha	6	13	6	0	25	2247	2,8
Capetinga	Passos	16	18	19	29	82	7424	2,8
Passos	Passos	266	266	269	201	1002	97211	2,6
Minas Gerais		8539	8446	7367	6724	31076	17891494	0,4
Outros Estados		40	38	25	14	117	..	..
Total		8579	8484	7392	6738	31193	..	..

Fonte: DATASUS.

Nota: Sinal convencional utilizado: .. Não se aplica dado numérico.

A tabela 8.2 mostra as regionais de saúde de residência dos pacientes que tiveram o maior número de internações por mil habitantes provocadas por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool. Todas elas possuem taxas superiores à média do estado, mas se destaca a regional de Passos, com um número de 2,3 internos por mil habitantes, valor 5,75 vezes maior do que o estadual. Além de ser alto esse valor se destoa um pouco das outras regionais, que possuem taxas iguais ou inferiores a 1,0. A alta taxa de Passos

pode ter sido influenciada pelo grande número de hospitais psiquiátricos encontrados nessa regional, o que levaria alguns pacientes a fornecer falsos endereços de residência nas cidades onde se encontram esses hospitais e em seus arredores, pelo medo de não serem atendidos em tais hospitais pelo simples fato de não serem da região.

Tabela 8.2 - Internação anual média por mil habitantes no Sistema Único de Saúde (SUS) provocadas por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool segundo as dez maiores taxas regionais - Minas Gerais - 2000-2003

Regional de saúde	Número de municípios		Internações		População (2000)		Internação anual média por mil habitantes
	Abs.	(%)	Abs.	(%)	Abs	(%)	
Passos	25	2,9	3477	11,1	378472	2,1	2,3
Pouso Alegre	54	6,3	3406	10,9	818279	4,6	1,0
Juiz de Fora	37	4,3	2816	9,0	693393	3,9	1,0
Leopoldina	15	1,8	792	2,5	219194	1,2	0,9
Barbacena	34	4,0	1617	5,2	479621	2,7	0,8
Uberaba	27	3,2	1931	6,2	589982	3,3	0,8
Ituiutaba	9	1,1	508	1,6	173042	1,0	0,7
Alfenas	24	2,8	1184	3,8	422655	2,4	0,7
Varginha	51	6,0	2169	7,0	791595	4,4	0,7
Uberlândia	21	2,5	1835	5,9	880802	4,9	0,5
Subtotal	297	34,8	19735	63,3	5447035	30,4	0,9
Minas Gerais	853	100,0	31076	99,6	17891494	100,0	0,4
Outros Estados	..	..	117	0,4	..	..	..
Total	..	..	31193	100,0	..	..	..

Fonte: DATASUS

Nota: Sinal convencional utilizado: .. Não se aplica dado numérico

A tabela 8.3 mostra que os dez principais hospitais de destinos dos pacientes internados por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, respondem por 56,2% desse tipo de internação, revelando a existência de uma concentração dessas internações no estado de Minas Gerais. Cabe destacar a participação da Fundação Sanatório Gedor Silveira, localizada em São Sebastião do Paraíso, a qual é responsável por 12,6% das internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool em Minas Gerais. Nesse hospital, que é exclusivamente psiquiátrico, a participação interna das internações devido ao uso de álcool no total das internações realizadas também é alta (49,7%), ou seja, metade de todas internações feitas nesse hospital são devido a transtornos mentais e comportamentais provocado pelo uso de álcool. Levando em consideração que em Minas Gerais a participação média desse tipo de internação no conjunto dos transtornos mentais é de

14,2%, como explicitará posteriormente a tabela 8.6, observa-se um grande desvio na distribuição das internações da Fundação Sanatório Gedor Silveira em relação à média estadual. Esse desvio pode ser devido a uma especialização do hospital para esse tipo de tratamento, apesar de não ter sido encontrado nada a esse respeito, sendo necessário um estudo no local para se afirmar com certeza a causa de tamanha participação dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool em suas internações. Nos outros hospitais a participação dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool no total de suas internações varia de 28,9% a 1,2%, sendo uma variável importante para a determinação dessa participação o fato de ser ou não exclusivamente psiquiátrico.

A tabela 8.4 também é relacionada ao destino dos pacientes internados por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, mas agrupa essas internações de acordo com os principais municípios de ocorrência da internação. A principal cidade de destino dos pacientes é Belo Horizonte (17,2%), que junto com São Sebastião do Paraíso e Juiz de Fora, respondem por 39,2% dos destinos dos internos no estado de Minas Gerais.

O gráfico 8.3 mostra os quadros clínicos que resultaram nas internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, segundo as subcategorias da CID trabalhadas no apêndice A. As duas principais causas de internação para esse agravo à saúde são o transtorno psicótico¹ e a síndrome de dependência², respondendo com 56,3% das internações. Em contrapartida, a causa que menos contribui para essas internações foi a síndrome amnésica³, sendo responsável por apenas 1,0% das internações.

¹ Transtorno psicótico: conjunto de fenômenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o consumo de uma substância psicoativa, que não podem ser explicados com base numa intoxicação aguda e não participam do quadro de uma síndrome de abstinência. O estado se caracteriza pela presença de alucinações, de distorção das percepções, de idéias delirantes, de perturbações piscomotoras e de afetos anormais, podendo ir do medo intenso ao êxtase. (Apêndice A).

² Síndrome de dependência: conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, geralmente associado ao forte desejo de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das consequências prejudiciais, a uma maior prioridade dada 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 física. (Apêndice A).

³ Síndrome amnésica: síndrome marcada pela presença de transtornos crônicos da memória (fatos recentes e antigos). A memória imediata é geralmente preservada e a memória dos fatos recentes torna-se tipicamente mais perturbada que a memória remota. Frequentemente existem perturbações de orientação temporal e cronológica dos acontecimentos, assim como dificuldades de aprender informações novas. (Apêndice A)

Tabela 8.3 - Taxa de participação dos hospitais nas internações no Sistema Único de Saúde (SUS) por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool segundo os dez maiores valores - Minas Gerais - 2000-2003

Hospital de internação	Município	Tipo do hospital	Internações			Taxa de participação no total das internações devido ao álcool (%)
			Transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool	Todos tipos de agravos	%	
Fundação Sanatório Gedor Silveira	São Sebastião do Paraíso	Exclusivamente psiquiátrico	3916	7880	49,7	12,6
Hospital Galba Velloso	Belo Horizonte	Exclusivamente psiquiátrico	2190	15723	13,9	7,0
Casa de Saúde Paulo Menicucci	Lavras	Exclusivamente psiquiátrico	1990	8147	24,4	6,4
Hospital Maternidade Pronto Socorro Santa Lúcia	Poços de Caldas	Com internações psiquiátricas	1846	12532	14,7	5,9
Fundação Beneficente São João da Escócia	Passos	Exclusivamente psiquiátrico	1724	6122	28,2	5,5
Sanatório Espírita de Uberaba	Uberaba	Exclusivamente psiquiátrico	1497	5186	28,9	4,8
Clinica São José	Leopoldina	Exclusivamente psiquiátrico	1431	8168	17,5	4,6
Clinica Neuropsiquiátrica de Alfenas	Alfenas	Exclusivamente psiquiátrico	1185	8160	14,5	3,8
Casa de Saúde Esperança	Juiz de Fora	Exclusivamente psiquiátrico	908	8402	10,8	2,9
Fundação de Assistência Estudo e Pesquisa de Uberlândia	Uberlândia	Com internações psiquiátricas	851	70010	1,2	2,7
Total			17538	150330	11,7	56,2

Fonte: DATASUS.

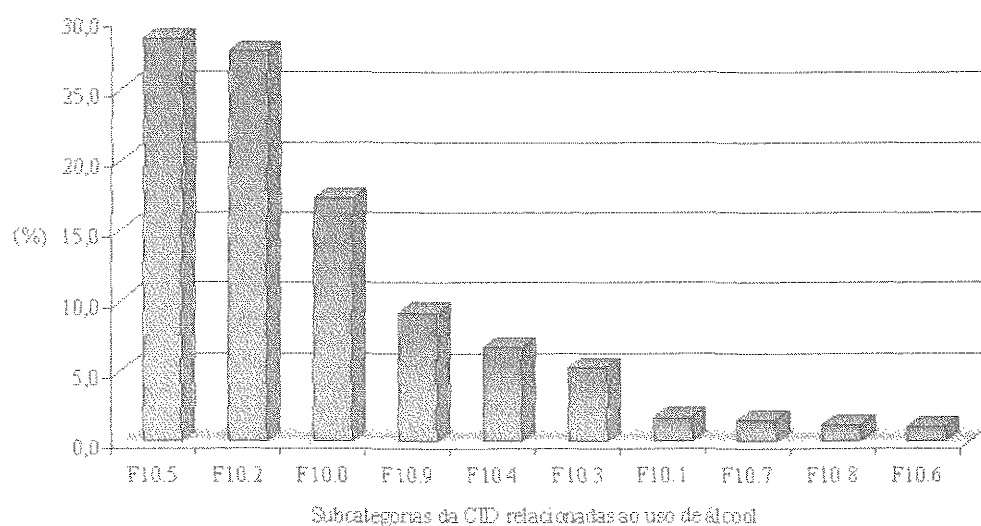
Tabela 8.4 - Taxa de participação dos municípios na ocorrência de internações no Sistema Único de Saúde (SUS) por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool segundo os dez maiores valores - Minas Gerais - 2000-2003

Município	Internações					Taxa de participação no total das internações (%)	
	2000	2001	2002	2003	Total	Simplex	Acumulado
Belo Horizonte	1.834	1.565	1.295	662	5.356	17,2	17,2
São Sebastião do Paraíso	874	895	961	1.186	3.916	12,6	29,7
Juiz de Fora	898	836	644	582	2.960	9,5	39,2
Lavras	379	422	581	615	1.997	6,4	45,6
Poços de Caldas	543	496	308	499	1.846	5,9	51,5
Uberaba	411	536	472	384	1.803	5,8	57,3
Passos	401	456	480	387	1.724	5,5	62,8
Barbacena	601	665	325	120	1.711	5,5	68,3
Leopoldina	357	266	379	430	1.432	4,6	72,9
Alfernas	491	410	200	87	1.188	3,8	76,7
Outros	1.790	1.937	1.747	1.786	7.260	23,3	100,0
Total	8.579	8.484	7.392	6.738	31.193	100,0	..

Fonte: DATASUS.

Nota: Símbol convencional utilizado: Não se aplica dado numérico.

Gráfico 8.3 - Internações no Sistema Único de Saúde (SUS) nas subcategorias da Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID) relacionadas a transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool - Minas Gerais - 2000-2003



Fonte: DATASUS.

Notas: F10.0 = Intoxicação aguda; F10.1 = Uso nocivo para saúde; F10.2 = Síndrome de dependência; F10.3 = Síndrome de Abstinência; F10.4 = Síndrome de Abstinência com delírium; F10.5 = Transtorno Psicótico; F10.6 = Síndrome Amnésica; F10.7 = Transtorno psicótico residual instalação tardia; F10.8 = Outros transtornos mentais ou comportamentais; F10.9 = Transtorno mental ou comportamental não especificado

CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças

A tabela 8.5 trata da especialidade da clínica em que ocorreu a internação por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool. Deve-se observar que a especialidade da clínica adequada para tal tipo de internação é a psiquiátrica, portanto pode-se supor que para internações em especialidade de clínica diferentes dessa, é maior a possibilidade de tratamento inadequado ou menos eficiente do paciente. Em Minas Gerais as internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool são feitas predominantemente na clínica psiquiátrica (86,6%), sendo que as internações não realizadas nessa especialidade são feitas quase que totalmente na clínica médica, possivelmente devido a não existência no local de internação da clínica psiquiátrica.

Tabela 8.5 - Especialidade da clínica nas internações no Sistema Único de Saúde (SUS) relacionadas a transtornos mentais e comportamentais devido o uso de álcool - Minas Gerais - 2000-2003

Especialidade	Internações		
	Abs.	(%)	
		Simples	Acumulado
Psiquiatria	27027	86,6	86,6
Clínica médica	3611	11,6	98,2
Psiquiatria - hospital dia	491	1,6	99,8
Pediatria	59	0,2	100,0
Clínica cirúrgica	4	0,0	..
Obstetria	1	0,0	..
Cuidados prolongados (Crônicos)	-	-	..
Fisiologia	-	-	..
Reabilitação	-	-	..
Total	31193	100,0	..

Fonte: DATASUS.

Nota: Símbolos convencionais utilizados:

- .. Não se aplica dado numérico.
- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

A tabela 8.6 trata do número de internações por transtornos mentais e comportamentais realizadas em Minas Gerais no período de 2000 a 2003, e sua relação com as internações devido ao uso de substâncias psicoativas, com as internações por transtornos mentais e comportamentais, e finalmente com o número global de internações realizadas no estado. Através da tabela pode-se perceber que o álcool é o grande responsável pelas internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa, representando quase 86,3% dessas internações. O álcool também tem um papel

importante nas internações por transtornos mentais e comportamentais, sendo a segunda maior causa de internação, com 14,2%. Levando em consideração que anualmente não é possível a aplicação de medidas preventivas para a esquizofrenia, o álcool é a principal causa dos transtornos mentais e comportamentais passíveis de prevenção. Esse fato eleva o grau de importância do álcool nos casos de saúde mental, devido a sua carga imposta a esses distúrbios e a possibilidade de se aplicarem medidas preventivas que podem diminuir o seu impacto e ocorrência. Relativamente ao total de internações ocorridas no SUS, a participação do álcool é muito baixa (0,7%), mas esse indicador não reflete a importância do álcool para saúde, pois ele é o principal agravo passível de prevenção na saúde mental, cuja importância para os indivíduos e a sociedade foi exposta na seção 2.

O gráfico 8.4 mostra a taxa de crescimento anual da frequência de internação dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool. Pode-se observar que esse agravo à saúde vem registrando taxas negativas de crescimento da internação, com maior valor negativo no período 2002/2001 (-12,9%), diminuindo um pouco no período seguinte (-8,8%). Esse comportamento segue padrão mostrado para os transtornos mentais e comportamentais no período, sendo que as taxas de decréscimo das internações possivelmente ocorreram como um efeito da implementação da política de desospitalização das instituições psiquiátricas, que visa oferecer novas alternativas de tratamento e limitar as internações a casos extremos. *Em contraste com o conjunto dos transtornos mentais, o total de internações apresentou taxas de crescimento positivas nos dois primeiros períodos (2001/2000 e 2002/2001), e apresentando um leve decréscimo (-0,6%) no período 2003/2002.*

Tabela 8.6 - Frequência de internação no Sistema Único de Saúde (SUS) por agravo à saúde dos transtornos mentais e comportamentais segundo os dez maiores valores - Minas Gerais - 2000-2003

Agravo à saúde	Frequência			
	Abs.	(%)		
		Substâncias psicoativas	Transtornos mentais e comportamentais	Total de internações ¹
Esquizofrenia	98 498	..	44,8	2,3
TMC devidos ao uso de álcool	31 193	86,3	14,2	0,7
Outros TM devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física	16 586	..	7,5	0,4
Psicose não-orgânica não especificada	13 959	..	6,3	0,3
TM orgânico ou sintomático não especificado	9 397	..	4,3	0,2
Transtorno afetivo bipolar	8 002	..	3,6	0,2
Retardo mental grave	7 578	..	3,4	0,2
TMC devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	3 837	10,6	1,7	0,1
Episódios depressivos	3 383	..	1,5	0,1
Retardo mental profundo	3 321	..	1,5	0,1
TMC devido ao uso de substância psicoativa	36 131	100,0	16,4	0,9
TMC	220 042	..	100,0	5,2
Todas internações ¹	4 214 177	..	..	100,0

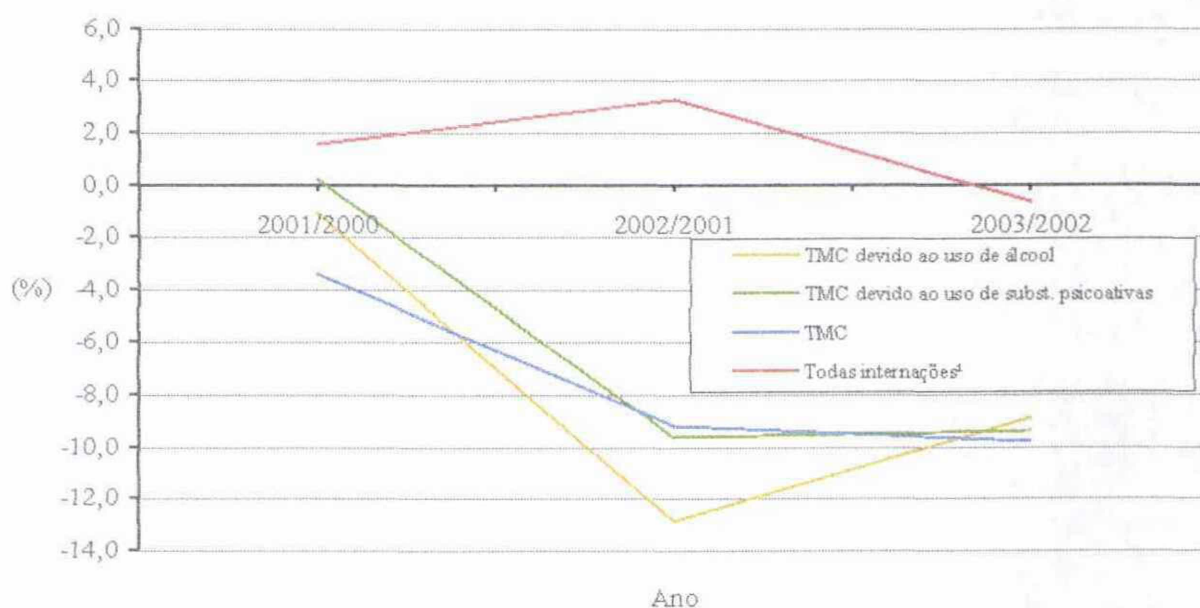
Fonte: DATASUS.

Notas: (a) TMC = transtornos mentais e comportamentais. TM = transtornos mentais.

(b) Sinal convencional utilizado: .. Não se aplica dado numérico.

(1) Número total de internações excluídas as internações por partos.

Gráfico 8.4 - Taxa de crescimento anual da frequência de internação no Sistema Único de Saúde (SUS) segundo causa de internação - Minas Gerais - 2000-2003



Fonte: DATASUS.

Nota: TMC = transtornos mentais e comportamentais

(1) Número total de internações menos número de partos.

A tabela 8.7 descreve os custos das internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool no período 2000 a 2003, que em valores constantes ultrapassam a marca de 23 milhões de reais. Observa-se que devido ao fato do valor das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) dos transtornos mentais e comportamentais serem geralmente bem superiores aos da média de todas internações, esse conjunto de agravos é responsável por 8,0% do custo total das internações realizadas no período em Minas Gerais, apesar de representarem 5,2% do número de internações. O custo das internações dos agravos à saúde do conjunto dos transtornos mentais e comportamentais segue a frequência com que esses agravos ocorrem, ocorrendo pequenas variações devido aos diferentes valores de AIH encontrados para cada categoria.

Tabela 8.7 - Custos de internação no Sistema Único de Saúde (SUS) por agravo à saúde dos transtornos mentais e comportamentais segundo os dez maiores valores – Minas Gerais - 2000-2003

Agravo à saúde	Custo (R\$)			
	Abs.	(%)		
		Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas	Transtornos mentais e comportamentais	Total de internações ⁽¹⁾
Esquizofrenia	97 695 793,03	..	49,4	3,9
TMC devidos ao uso de álcool	23 255 174,86	87,5	11,5	0,9
Outros TM devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física	16 506 416,71	..	8,2	0,7
Psicose não-orgânica não especificada	11 306 451,79	..	5,6	0,4
TM orgânico ou sintomático não especificado	9 521 624,13	..	4,7	0,4
Retardo mental grave	7 661 176,03	..	3,8	0,3
Transtorno afetivo bipolar	6 837 416,48	..	3,4	0,3
Demência não especificada	3 452 995,46	..	1,7	0,1
Retardo mental profundo	3 362 602,79	..	1,7	0,1
TMC devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	2 768 619,94	10,4	1,4	0,1
TMC devido ao uso de substância psicoativa	26 575 581,41	100,0	13,2	1,1
TMC	201 948 649,62	..	100,0	8,0
Todas internações ⁽¹⁾	2 514 513 287,91	..	..	100,0

Fonte: DATASUS.

Notas: (a) Os valores correntes foram atualizados pelo Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna (IGP-DI) da Fundação Getúlio Vargas (FGV) a preços médios de 2003

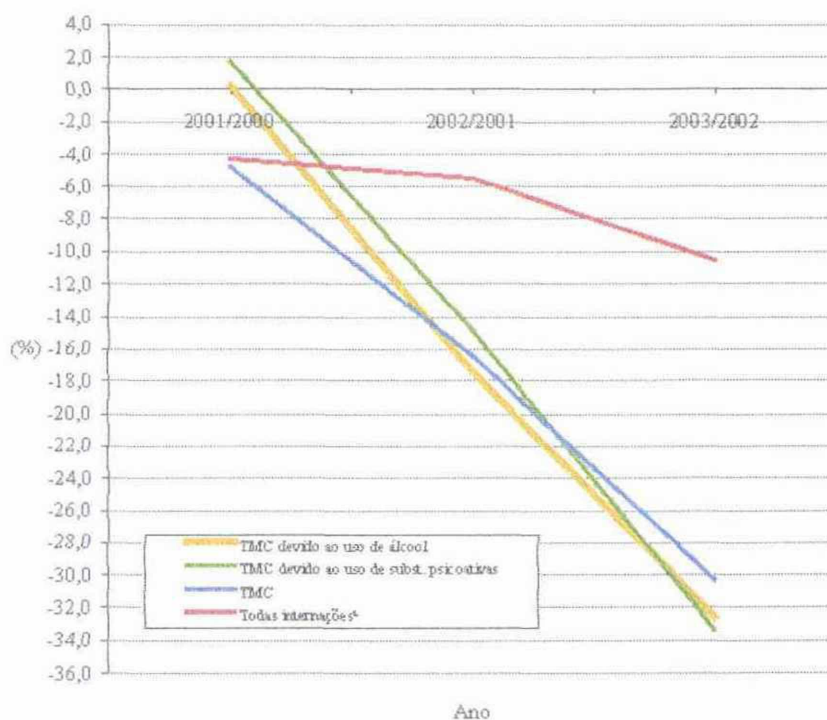
(b) Sinal convencional utilizado: .. Não se aplica dado numérico

(c) TMC = transtornos Mentais e Comportamentais; TM = transtornos mentais

(1) número total de internações menos número de partos.

O gráfico 8.5 mostra a taxa de crescimento anual dos custos de internação dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool. Pode-se observar que com exceção do primeiro período pesquisado (2001/2000), que apresentou uma pequena taxa de crescimento positivo (0,2%), esses custos apresentam valores decrescentes durante os outros dois períodos (2002/2001 e 2003/2002), com tendência contínua para taxas cada vez menores. O último período pesquisado apresentou o maior decréscimo (-32,5%) nos custos das internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool. A tendência de apresentar taxas de crescimento do custo das internações cada vez menores, segue o padrão apresentado pelo conjunto dos transtornos mentais e comportamentais, sendo possivelmente um dos resultados das políticas de desospitalização dos hospitais psiquiátricos. Mais uma vez o comportamento da taxa média de todas internações destoa do conjunto dos transtornos mentais e comportamentais, apesar de também ter apresentado valores negativos durante os períodos. Esse fato evidencia que uma parte do decréscimo dos custos de internação pode ter ocorrido por uma falta de atualização dos valores dos procedimentos hospitalares, que junto com a ação da inflação, faz com que os valores atualizados dos custos sejam reduzidos.

Gráfico 8.5 - Taxa de crescimento anual dos custos de internação no Sistema Único de Saúde (SUS) segundo causa de internação - Minas Gerais - 2000-2003



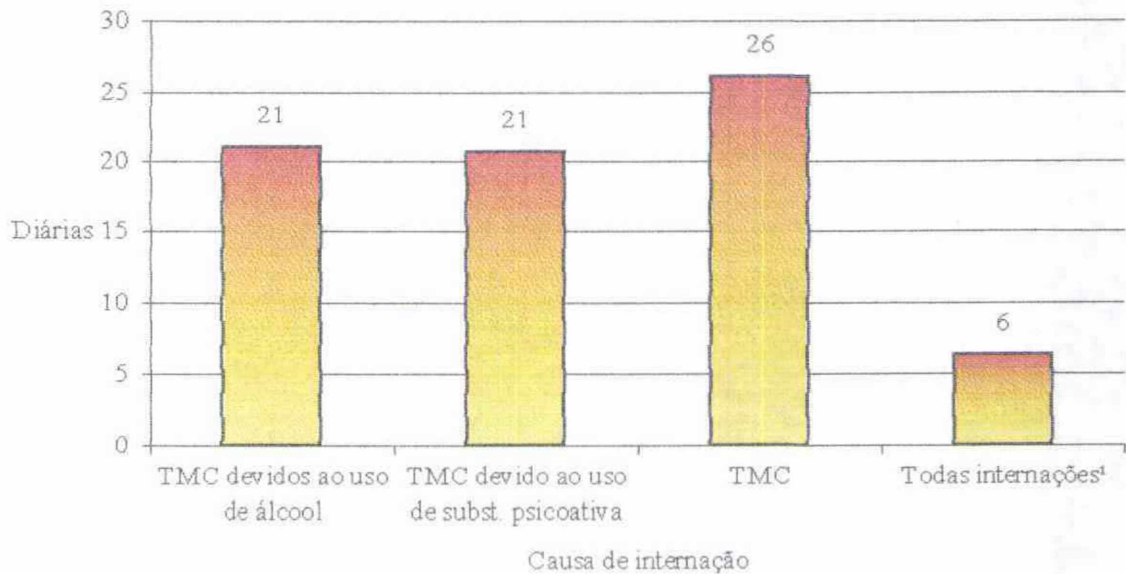
Fonte: DATASUS.

Notas: TMC = transtornos mentais e comportamentais.

(1) Número total de internações menos número de partos.

O gráfico 8.6 mostra que a duração média das internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool é de 21 dias, valor esse que coincide com os apresentados pelas substâncias psicoativas. O conjunto dos transtornos mentais e comportamentais apresentam uma média maior ainda (26 dias), mas mesmo assim abaixo do parâmetro estabelecido pela Portaria nº 1101/02 do Ministério da Saúde, que calcula em 28 dias o tempo médio para internações psiquiátricas. Todos esses valores são bem superiores a média de internação encontrada para o SUS em Minas Gerais, que para o período é de 6 dias. O tempo médio de permanência é um dos indicadores usados para definir o rendimento/produktividade/ de leitos em cada especialidade.

Gráfico 8.6 - Número médio de diárias por autorização de internação hospitalar (AIH) nas internações no Sistema Único de Saúde (SUS) por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool - Minas Gerais - 2000-2003



Fonte: DATASUS.

Notas: TMC = transtornos mentais e comportamentais.

(1) Todas as internações excluídas internações por partos.

A tabela 8.8 trata do número de diárias utilizadas pelos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool no período de 2000 a 2003 em Minas Gerais, que em valores absolutos ultrapassaram o número de 650.000. Pelo fato dos agravos que compõem os transtornos mentais e comportamentais demandarem geralmente um grande tempo de internação (26 dias), muito acima da média observada para todas internações (6 dias), esse conjunto de agravos à saúde responde por 21,5% do número de diárias de internação, apesar de representar 5,2% do número total de internações. Isso demonstra que os distúrbios mentais demandam um grande número de leitos, pois a duração de suas internações é freqüentemente longa, resultando em uma rotatividade e aproveitamento da capacidade física instalada inferior a média dos outros agravos à saúde, um custo indireto não demonstrado na tabela 8.7.

A tabela 8.9 mostra que os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool também podem resultar em morte, sendo registradas 120 mortes de pacientes em Minas Gerais no período de 2000 a 2003. Apesar de representarem 14,2% das internações por transtornos mentais e comportamentais, esse agravo à saúde é responsável por 24,3% de suas mortes. Esse dado sugere que dentre os transtornos mentais e comportamentais, os devido ao uso de álcool tendem a ser mais letais. Comparando os valores dos agravos que compõem os transtornos mentais e comportamentais com o valor total de mortes registradas para todas internações nesse período em Minas Gerais, conclui-se que apesar de haver casos de morte entre os pacientes internados por transtornos mentais e comportamentais, essa ocorrência é muito pequena se comparada com o número total de mortes registradas (0,3%).

Tabela 8.8 - Número de diárias nas internações do Sistema Único de Saúde (SUS) por agravo à saúde devido a transtornos mentais e comportamentais segundo dez maiores valores - Minas Gerais - 2000-2003

Agravo à saúde	Número de diárias			
	Abs.	(%)		
		Substâncias psicoativas	Transtornos mentais e comportamentais	Total de internações ¹
Esquizofrenia	2 825 389	..	49,2	10,6
TMC devidos ao uso de álcool	654 458	87,7	11,4	2,4
Outros TM devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física	479 039	..	8,3	1,8
Psicose não-orgânica não especificada	314 757	..	5,5	1,2
TM orgânico ou sintomático não especificado	273 426	..	4,8	1,0
Retardo mental grave	224 649	..	3,9	0,8
Transtorno afetivo bipolar	191 423	..	3,3	0,7
Retardo mental profundo	98 832	..	1,7	0,4
TMC devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	78 382	10,5	1,4	0,3
TPC devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral	78 360	..	1,4	0,3
TMC devido ao uso de substância psicoativa	746 616	100,0	13,0	2,8
TMC	5 741 311	..	100,0	21,5
Todas internações ¹	26 725 368	..	..	100,0

Fonte: DATASUS

Notas: (a) Sinal convencional utilizado: .. Não se aplica dado numérico.

(b) TMC = transtornos mentais e comportamentais. TM = transtornos mentais. TPC = transtornos de personalidade e do comportamento.

(1) Número total de internações menos número de partos.

Tabela 8.9 - Número de óbitos nas internações por agravo à saúde dos transtornos mentais e comportamentais segundo os dez maiores valores - Minas Gerais - 2000-2003

Agravo à saúde	Número de óbitos			
	Abs.	(%)		
		Substâncias psicoativas	Transtornos mentais e comportamentais	Total de internações
Esquizofrenia	144	..	29,1	0,1
TMC devidos ao uso de álcool	120	87,0	24,3	0,1
Outros TM devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física	33	..	6,7	0,0
Demência não especificada	27	..	5,5	0,0
TM orgânico ou sintomático não especificado	26	..	5,3	0,0
Psicose não-orgânica não especificada	20	..	4,0	0,0
Demência vascular	17	..	3,4	0,0
Retardo mental grave	14	..	2,8	0,0
Transtorno afetivo bipolar	12	..	2,4	0,0
TMC devidos ao uso da cocaína	10	7,2	2,0	0,0
TMC devido ao uso de substância psicoativa	138	100,0	27,9	0,1
TMC	494	..	100,0	0,3
Todas internações ¹	158 164	..	..	100,0

Fonte: DATASUS

Notas: (a) Sinal convencional utilizado: .. Não se aplica dado numérico.

(b) TMC = transtornos mentais e comportamentais. TM = transtorno mental.

(1) Número total de internações excluídas as internações por partos

8 CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Os resultados da pesquisa mostraram que o uso de álcool tem grande impacto sobre a saúde mental, sendo a segunda maior causa de internações. Levando-se em consideração que a esquizofrenia não é passível de prevenção primária, os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool são a causa mais freqüente de internação por transtornos mentais passíveis de prevenção. Considerando-se apenas o grupo das substâncias psicoativas, o álcool tem um papel principal nos transtornos mentais e comportamentais causados por drogas, representando aproximadamente 9 dentre 10 internações.

Os pacientes internados por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool são principalmente do sexo masculino e se encontram predominantemente na faixa etária mais produtiva da população (26 a 59 anos), sendo que sua incapacitação temporária e/ou permanente resulta em grande impacto econômico para a sociedade.

Existem alguns municípios e regiões onde os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool ocorrem com maior intensidade, o que pode estar relacionado principalmente com a estrutura social, a cultura local e a suas concepções sobre o consumo de bebidas alcoólicas. A análise do movimento de AIH segundo município de residência e de ocorrência demonstra uma concentração do atendimento dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool. Essa concentração, apesar de possuir aspectos negativos como o afastamento do paciente do ambiente familiar e social no qual estava inserido, também tem aspectos positivos, pois resulta em atendimento mais especializado oferecido pela clínica psiquiátrica.

As internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool são geralmente longas, resultando em grande ocupação dos leitos hospitalares. Sua principal causa é o transtorno psicótico, que se caracteriza pela presença de alucinações, de distorção das percepções, de idéias delirantes, de perturbações psicomotoras e de afetos anormais, podendo ir do medo intenso ao êxtase. Apesar de não ser comum, muitas dessas internações terminam em morte, devido à complexidade do quadro clínico dos pacientes, demonstrando que mesmo sob supervisão médica, os danos podem ser sérios e irreversíveis.

Deve-se ressaltar que a pesquisa mensurou apenas os efeitos diretos e extremos do uso de álcool para a saúde mental, sendo que não foram incluídos os tratamentos ambulatoriais, nem as internações e outras formas de tratamento de doenças indiretamente provocadas pelo consumo do álcool, como aquelas que atingem os aparelhos digestivo e cardiovascular, câncer (principalmente hepático, de estômago e de mama), deficiências nutricionais, doenças do feto e recém nascido de mãe alcoolista, o agravamento de outras doenças psiquiátricas provocado pelo álcool, assim como os agravos decorrentes de acidentes ou violência.

Embora seja grande o impacto negativo do uso de álcool para a sociedade, é visível a falta de políticas públicas que visem melhorar o quadro atual, sendo que as que existem residem no âmbito dos ministérios e/ou secretarias de saúde, ignorando o aspecto mais global que as políticas de prevenção e redução de danos do álcool devem ter. Estudos têm demonstrado que umas das formas mais eficientes de se fazer a prevenção aos problemas causados pelo álcool é através de medidas que afetem a legislação, a tributação e a publicidade sobre o álcool.

Apesar de o Brasil possuir legislação que proíbe o abuso de bebidas alcoólicas quando se está conduzindo veículo automotor e a venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos de idade, essa não vem sendo cumprida. Com efeito este estudo detectou a ocorrência de conseqüências extremas, como as internações por transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool, em menores de idade. Portanto, mais do que novas leis, sugere-se o cumprimento da legislação atual, através da efetiva fiscalização e punição dos infratores. Novas medidas proibitivas, como do consumo em eventos de grande número e concentração de pessoas, bem como medidas restritivas, como do horário de funcionamento de bares, podem até ser implementadas, mas essas devem ser complementares a legislação atual.

Existem com relação à tributação de bebidas alcoólicas duas realidades: a federal e a estadual. A primeira utiliza princípios de não tributar ou tributar levemente produtos que trazem benefícios ou são indiferentes à sociedade, e aplicar taxas mais pesadas para os produtos que trazem conseqüências negativas para o âmbito social, incluindo-se aí as bebidas alcoólicas. Já para o estado de Minas Gerais, observa-se a ausência desses princípios básicos de tributação, sendo que não existe uma carga tributária mais pesada para produtos de externalidades negativas, como as bebidas alcoólicas. Portanto sugere-se que no âmbito estadual seja feita uma revisão das alíquotas de ICMS relativas a vários produtos, com ênfase

nas bebidas alcoólicas, aumentando-se a carga tributária que incide sobre a bebida alcoólica, sendo que o acréscimo de receita resultante dessa medida poderia ser utilizado para financiar a fiscalização do cumprimento da legislação relativa ao álcool.

A mudança da legislação que rege a publicidade e a propaganda de bebidas alcoólicas é de competência da União, por isso é sugerida uma mudança na legislação federal nos moldes da que foi recém implantada para o cigarro, restringindo-se fortemente a possibilidade de divulgação e incentivo ao consumo desses produtos. Apesar da competência para editar tal lei seja do Presidente da República e do Congresso Nacional, os estados podem interferir nessa discussão sendo elementos de pressão. A publicidade tem um papel importante na definição de padrões de consumo e até mesmo de valores vigentes, sendo necessário um maior controle sobre a sua pauta de produtos trabalhados.

Já no âmbito dos órgãos de saúde, a recomendação vem de encontro à tendência atual de dar maior ênfase à atenção básica, como forma de prevenção e redução de complicações de saúde que pressionam os já saturados serviços de média e alta complexidade. Os municípios, com o auxílio dos estados e da União, devem implementar em seus programas de atenção básica, como o “Saúde da Família”, meios de capacitação de seus profissionais para que esses possam detectar e instruir casos de abuso de álcool, evitando complicações posteriores como internações e dependência. Essa é uma medida simples que pode trazer grande impacto positivo, pois estudos têm detectado uma demora entre os primeiros problemas apresentados devido ao uso de álcool e o tratamento adequado, a qual reduz as possibilidades de sucesso de tais tratamentos.

A atenção básica também tem um papel importante na prevenção primária, pois o programa “Saúde da Família” possui agentes comunitários que visitam regularmente as residências, possuindo uma inserção que ao mesmo tempo é forte e respeitada nas comunidades atendidas, podendo ser um poderoso instrumento de conscientização e educação de crianças, jovens, gestantes e idosos sobre as conseqüências do uso de álcool.

Este estudo tem como desdobramento a abertura de novos espaços de pesquisa sobre o álcool e sua interação com a sociedade, incluindo-se aí os governos e sua procura pelo bem-estar da população. Já as implicações podem ser imediatas, através da aplicação das medidas recomendadas que visam proteger a saúde e a incolumidade dos cidadãos, resultando em uma mudança de paradigma sobre o uso de álcool.

9 REFERÊNCIAS

- 1 ADURA, Flávio Emir. **Medicina e tráfego: 101 perguntas e respostas**. São Paulo: Abramet, 2002.
- 2 ALMEIDA, Liz Maria de; COUTINHO, Evandro da S. F. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n.1, p. 23-29, fev. 1993.
- 3 ALMEIDA FILHO, Naomar et al. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 45-54, fev. 2004.
- 4 ARAUJO, Lisiane B.; GOMES, William B.. Adolescência e as expectativas em relação aos efeitos do álcool. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 5-33., 1998.
- 5 BAU, Claiton Henrique Dotto. Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 183-190, 2002.
- 6 BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais nº 1/92 a 31/2000 e pelas emendas constitucionais de revisão nº 1 a 6/94**. Brasília: Subsecretaria de Edições Técnicas do Senado Federal, 2001a.
- 7 _____. Decreto de lei nº 2.632, de 19 de junho de 1998. Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas, e dá outras providências. [1998]. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/5475.html>>. Acesso em: 8 jun. 2004.
- 8 _____. Decreto nº 4.070, de 28 de dezembro de 2001. Aprova a Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados (TIPI). [2001b]. Disponível em: <<http://www.receita.fazenda.gov.br/Legislacao/Decretos/2001/Dec4070.htm>>. Acesso em: 8 de jun. 2004.
- 9 _____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 5 ed. São Paulo: Peres, 1995.
- 10 _____. Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Com alterações. [1996]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9294.htm>. Acesso em: 26 out. 2004.
- 11 _____. Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997. Institui o Código de Trânsito Brasileiro. [1997]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9503.htm>. Acesso em: 05 nov. 2004.

- 12 BRASIL. Lei nº 9.804, de 30 de junho de 1999. Altera a redação do art 34 da Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. [1999a]. Disponível em: <http://www.senad.gov.br/pdf/lei_9804.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2004.
- 13 _____. Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando a integração social dos cidadãos conforme específica. [1999b]. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/4146.html>>. Acesso em: 8 jun. 2004.
- 14 _____. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. [2001c]. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/3605.html>>. Acesso em: 8 jun. 2004.
- 15 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 817, de 30 de abril de 2002. Tabelas de procedimento para o SIH-SUS. [2002a]. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/3658.html>>. Acesso em: 8 jun. 2004.
- 16 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. 2. ed. revista. Brasília, 2002b.
- 17 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual do SIH**. Brasília, [2002c]. 86p. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/download/manual%20aih%20-%20nov-02.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2004.
- 18 _____. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece, no forma do Anexo dessa Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. [2002d]. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>>. Acesso em: 28 out. 2004.
- 19 _____. Portaria nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002. Regulamentação das internações psiquiátricas. [2002e]. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/3454.html>>. Acesso em: 8 jun. 2004.
- 20 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**. Brasília, 2004b.
- 21 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Apresentação DATASUS**. [2004c]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 3 jun. 2004.

- 22 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília, 2003.
- 23 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. **Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde.** Brasília, 2004d. 142p.
- 24 BRASIL. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. **Álcool: o que você precisa saber.** In: _____. **Série Diálogo.** n. 6. 5. ed. Brasília, 2004a.
- 25 CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001.** São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.
- 26 CARVALHO, André de Oliveira; EDUARDO, Maria Bernadete de Paula. **Sistemas de informação em saúde para municípios.** São Paulo: Fundação Peirópolis, 1998.
- 27 CARVALHO, Cynthia Gazal et al. Prevalência de alcoolemia em vítimas de causas externas admitidas em centro urbano de atenção ao trauma. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 36, n. 1, p. 47-54, fev. 2002.
- 28 CARVALHO, Vera Aparecida; COTRIM, Beatriz Carlini. Atividades extra-curriculares e prevenção ao abuso de drogas: uma questão polêmica. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo; v. 26, n. 3, p. 145-149, jun. 1992.
- 29 CASTRO, Karen Carvalho de. **Álcool e trabalho: uma experiência de tratamento de trabalhadores de uma universidade pública no Rio de Janeiro.** 2002. p.119. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.
- 30 CHAIEB, José A .; CASTELLARIN, Cassio. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 32, n. 3, p. 246-254, jun. 1998.
- 31 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.408, de 08 de junho de 1994. Sobre o tratamento em saúde mental. [1994]. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/4446.html>>. Acesso em: 8 jun. 2004.
- 32 CORRÊA, Florence Kerr et al. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v. 21, n. 2, p. 95-100, abr./jun. 1999.
- 33 DALGALARRONDO, Paulo; BOTEGA, Neury J; BANZATO, Cláudio E. M. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. **Revistas de Saúde Pública,** São Paulo, v. 37, n. 5, p. 629-634, out. 2003.

- 34 ECO, Umberto. **Como se faz uma tese**. 18.ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.
- 35 FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Pesquisa mundial de saúde: Brasil 2003: primeiros resultados**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2004.
- 36 GUIMARÃES, José Luiz et al. Consumo de drogas psicoativas por adolescentes escolares de Assis, SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 130-132, fev. 2004.
- 37 HULSE, Gary K. Alcohol, drugs and much more in later life. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 34-41, abr. 2002.
- 38 KAUP, Zuleika de Oliveira Lima; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; TSUNECHIRO, Maria Alice. Avaliação do consumo de bebida alcoólica durante a gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 575-580, out. 2001.
- 39 LAUDON, Keneth C.; PRICE, Jane. **Sistemas de informação gerenciais: administrando a empresa digital**. São Paulo: Pearson Education, 2004.
- 40 MACHADO, Edite Novais da Mata; ALFRADIQUE, Maria Elmira; MONTEIRO, Leonardo Pinto. **Caracterização da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais: versão preliminar**. Belo Horizonte: [s.n.], 2003.
- 41 MESSAS, Guilherme Peres. A participação da genética nas dependências químicas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, supl. 2, p. 35-42, out. 1999.
- 42 MINAS GERAIS. Decreto nº 42.910, de 26 de setembro de 2002. Contém o Regulamento da Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, alterada pela Lei nº 12.684, de 1º de dezembro de 1997, que dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental e dá outras providências. [2002a]. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/5481.html>>. Acesso em: 8 jun. 2004.
- 43 _____. Decreto nº 43.080, de 13 de dezembro de 2002 – retificado em 31/12/2002 e 03/01/2003. Aprova o Regulamento do Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (RICMS). [2002b]. Disponível em: <http://www.fazenda.mg.gov.br/slt/decretos/d43080_2002.htm>. Acesso em: 8 jun. 2004.
- 44 _____. Emenda da Lei nº 11.802, de 01 de dezembro de 1997. Altera a Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, que dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental e dá outras providências. [1997]. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/4428.html>>. Acesso em: 8 jun. 2004.
- 45 _____. Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995. Dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras

- providências. [1995]. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/5692.html>>. Acesso em 8 jun. 2004.
- 46 MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 35-42, jan./mar. 1998.
- 47 MURAD, J. Elias. **O consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas por menores em Belo Horizonte**. Belo Horizonte, [2004]. Disponível em: <http://www.sedese.mg.gov.br/antidrogas/download/Pesquisa_Tabaco_e_Alcool.doc>. Acesso em: 16 set. 2004.
- 48 MURRAY, CJL; LOPEZ AD, eds. Risk factors for death and disability. **The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and project to 2020**. Cambridge: Havard School of Public Health, 1996. v.1. p. 295-324.
- 49 NEVES, Delma Pessanha. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 7-14, jan./fev. 2004.
- 50 OLIVEIRA JUNIOR, Hercílio Pereira de; MALBERGIER, André. Assessment of motivation for treatment in alcohol dependent patients who sought treatment at a specialized medical service. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 5-10, mar. 2003.
- 51 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – décima revisão**. 5. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. v. 1.
- 52 REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília, 2002.
- 53 SANTOS, Maria Eugênia de S. B. dos et al. Serviço de emergências psiquiátricas em hospital geral universitário: estudo prospectivo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 468-474, out. 2000.
- 54 SCHIRM, Helena. **Apresentação de referências, citações e notas de rodapé**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2003. 35p.
- 55 _____. **Apresentação de Trabalhos Acadêmicos**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2003. 32p.
- 56 SERRA, José. **Ampliando o possível: a política de saúde do Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- 57 SIMÃO, Maria Odete et al. Alcoholic women and men: a comparative study of social and familial aspects and outcome. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 121-129, set. 2002.

- 58 SOLDERA, Meire et al. Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 277-283, abr. 2004.
- 59 TAVARES, Beatriz Franck; BERIA, Jorge Umberto; LIMA, Maurício Silva de. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 150-158, abr. 2001.
- 60 WALDMAN, Eliseu Alves. **Vigilância em saúde pública**. São Paulo: Fundação Peirópolis, 1998.
- 61 WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Alcohol in developing societies: a public health approach**. Summary. Genebra, 2002.
- 62 _____. **Alcohol and Public Health in 8 Developing Countries**. Genebra, 1999.
- 63 _____. **Global Status Report on Alcohol**. Country Profiles: Region of the Americas. Genebra, 2001a.
- 64 _____. **Global Status Report on Alcohol**. Summary. Genebra, 2001b.
- 65 _____. **Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice**. Genebra, 2004.
- 66 _____. **The Mental Health Context**. Genebra, 2003.

APÊNDICE A – Categorias dos transtornos mentais e comportamentais

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1997), os agrupamentos, categorias e códigos dos transtornos mentais e comportamentais são os seguintes:

a) F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos

- F00 Demência na doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer é uma doença cerebral degenerativa de causa desconhecida. O transtorno se desenvolve lenta e continuamente durante vários anos;

- F01 Demência vascular

A demência vascular é o resultado do infarto cerebral devido à doença vascular;

- F02 Demência em outras doenças classificadas em outra parte

São as demências não causadas por doença de Alzheimer ou doença cerebrovascular. O início raramente ocorre na idade avançada;

- F03 Demência não especificada

Aqui se enquadram as outras demências não especificadas;

- F04 Síndrome amnésica orgânica não induzida pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas

Síndrome que causa um comprometimento importante das memórias recente e remota, ao passo que a memória imediata permanece preservada, resultando em habilidade reduzida para aprendizagem e uma desorientação temporal;

- F05 Delirium não induzido pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas

Síndrome cerebral sem causa específica caracterizada pela presença simultânea de perturbações da consciência, da atenção, da percepção, do pensamento, da memória, do comportamento psicomotor, das emoções e do ritmo vigília-sono. A duração é variável e a gravidade pode ir de leve a muito grave;

- F06 Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física

Inclui diversas doenças superpostas a um transtorno cerebral devido a uma doença cerebral, a uma doença sistêmica, a substâncias tóxicas ou hormônios exógenos, a transtornos endócrinos ou a outras doenças somáticas;

- F07 Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral

Alteração da personalidade e do comportamento devido a um transtorno residual ou concomitante de uma doença, lesão, ou disfunção cerebral;

- F09 Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado

Essa categoria inclui outros transtornos orgânicos ou sintomáticos não especificados;

b) F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa

Nesse agrupamento usa-se um terceiro caractere no código, o qual identifica a substância implicada; além de um quarto caractere, que especifica o quadro clínico. Deve-se ressaltar que não se aplica o quarto código a todas substâncias.

Abaixo estão as subdivisões de quarto caractere (quadro clínico) que são usadas com as categorias F10-19:

(.0) Intoxicação aguda: estado conseqüente ao uso de uma substância psicoativa, compreendendo perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas. As perturbações desaparecem com o tempo, com cura completa, salvo nos casos onde surgiram lesões orgânicas ou outras complicações. Entre as complicações, pode-se citar: traumatismo, aspiração de vômito, delirium, coma, convulsões e outras complicações médicas. A natureza destas complicações depende da categoria farmacológica da substância consumida assim como de seu modo de administração.

(.1) Uso nocivo para a saúde: modo de consumo de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde. As complicações podem ser físicas (por exemplo, hepatite) ou psíquicas (por exemplo, episódios depressivos).

(.2) Síndrome de dependência: conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, geralmente associado ao forte desejo de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das conseqüências prejudiciais, a uma maior prioridade dada 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 física.

(.3) Síndrome de abstinência: conjunto de sintomas que ocorrem quando de uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância psicoativa consumida de modo prolongado, cuja gravidade é variável. A síndrome de abstinência pode se complicar pela ocorrência de convulsões.

(4) Síndrome de abstinência com delirium: estado no qual a síndrome de abstinência complica com a ocorrência de delirium. Este estado também pode comportar convulsões.

(5) Transtorno psicótico: conjunto de fenômenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o consumo de uma substância psicoativa, que não podem ser explicados com base numa intoxicação aguda e não participam do quadro de uma síndrome de abstinência. O estado se caracteriza pela presença de alucinações, de distorção das percepções, de idéias delirantes, de perturbações psicomotoras e de afetos anormais, podendo ir do medo intenso ao êxtase.

(6) Síndrome amnésica: síndrome marcada pela presença de transtornos crônicos da memória (fatos recentes e antigos). A memória imediata é geralmente preservada e a memória dos fatos recentes torna-se tipicamente mais perturbada que a memória remota. Frequentemente existem perturbações de orientação temporal e cronológica dos acontecimentos, assim como dificuldades de aprender informações novas.

(7) Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia: transtorno no qual as modificações, induzidas pelo álcool ou por substâncias psicoativas, da cognição, do afeto, da personalidade, ou do comportamento persistem para além do período de efeito direto da substância. A ocorrência da perturbação deve estar diretamente ligada ao consumo de uma substância psicoativa, de tal modo que permitam atribuir sem equívoco as manifestações ao efeito residual da substância.

(8) Outros transtornos mentais ou comportamentais: este quarto caractere é utilizado para outros tipos de transtornos mentais ou comportamentais, não abordados pelas classificações anteriores.

(9) Transtorno mental ou comportamental não especificado: este caractere é reservado para os transtornos mentais ou comportamentais que não puderam ser especificados por alguma razão.

O agrupamento dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa contém as seguintes categorias,

- F10 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool;
- F11 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos;
- F12 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides;
- F13 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos;
- F14 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína;
- F15 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína;
- F16 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos;
- F17 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo;
- F18 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis;
- F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas;

c) F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

- F20 Esquizofrenia

Os transtornos esquizofrênicos geralmente se caracterizam por distorções do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou enfraquecidos. Frequentemente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais comuns são o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, idéias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes

alucinações que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos.

A evolução dos transtornos esquizofrênicos pode ser contínua, em episódios que levam a um déficit estável ou progressivo, ou comportar um ou vários episódios seguidos de uma melhora completa ou incompleta;

- F21 Transtorno esquizotípico

Transtorno caracterizado por um comportamento excêntrico e por anomalias do pensamento e do afeto que são semelhantes as da esquizofrenia, mas sem que haja em momento algum a evolução de anomalia esquizofrênica manifesta ou característica;

- F22 Transtornos delirantes persistentes

Esta categoria reúne os transtornos caracterizados essencialmente ou unicamente pela presença de idéias delirantes persistentes e que não podem ser classificados entre os transtornos orgânicos, esquizofrênicos ou afetivos;

- F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios

Grupo de transtornos caracterizados pela ocorrência aguda de sintomas psicóticos tais como idéias delirantes, alucinações, perturbações das percepções, além de uma desorganização maciça do comportamento normal. O termo "agudo" é utilizado para caracterizar o desenvolvimento de um quadro clínico patológico em duas semanas no máximo. Não há evidência de uma causa orgânica para esses transtornos. Em geral estes transtornos se curam completamente em poucos meses, freqüentemente em algumas semanas ou mesmo dias;

- F24 Transtorno delirante induzido

Transtorno delirante partilhado por duas ou mais pessoas estreitamente ligadas emocionalmente. Apenas uma dessas pessoas apresenta um transtorno psicótico autêntico, sendo que as idéias delirantes são induzidas na(s) outra(s). Geralmente, com a separação das pessoas, as que não possuem o transtorno psicótico autêntico melhoram;

- F25 Transtornos esquizoafetivos

Transtornos episódicos nos quais tanto os sintomas afetivos quanto os esquizofrênicos são proeminentes de tal modo que o episódio da doença não justifica um diagnóstico quer de esquizofrenia quer de episódio depressivo ou maníaco;

- F28 Outros transtornos psicóticos não-orgânicos

Transtornos delirantes ou alucinatorios que não se enquadram nos diagnósticos de esquizofrenia, de transtornos delirantes persistentes, de transtornos psicóticos agudos e transitórios, de episódio maníaco do tipo psicótico, ou de episódio depressivo grave;

- F29 Psicose não-orgânica não especificada

Nessa categoria se enquadram as outras psicoses não-orgânicas não especificadas ou identificadas;

d) F30-F39 Transtornos do humor (afetivos)

Transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma arrogância. A alteração do humor em geral é acompanhada de uma modificação do nível de atividade. A maioria destes transtornos tende a reaparecer, sendo que a sua ocorrência pode

freqüentemente estar relacionada com situações ou fatos estressantes. As categorias que pertencem a esse agrupamento são,

- F30 Episódio maníaco

Essa categoria se aplica exclusivamente a episódios caracterizados pela elevação do humor e aumento da energia e atividade (hipomaniaco ou maníaco isolado), no qual o humor e o nível de atividade se encontra profundamente perturbado;

- F31 Transtorno afetivo bipolar

Transtorno caracterizado por dois ou mais episódios nos quais o humor e o nível de atividade estão profundamente perturbados. Esse transtorno consiste em algumas ocasiões de uma elevação do humor e aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania) e em outras, de um rebaixamento do humor e de redução da energia e da atividade (depressão);

- F32 Episódios depressivos

Transtorno no qual o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Ocorre alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, fadiga, problemas do sono e diminuição do apetite, da auto-estima e da autoconfiança, aliadas a idéias de culpabilidade e ou de indignidade. Pode se apresentar em três graus: leve, moderado ou grave;

- F33 Transtorno depressivo recorrente

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso e a duração variável de algumas semanas a alguns meses;

- F34 Transtornos de humor (afetivos) persistentes

Transtornos do humor persistentes e habitualmente flutuantes. Como persistem por anos e, por vezes, durante a maior parte da vida adulta do paciente, acarretam sofrimento e incapacidade consideráveis;

- F38 Outros transtornos do humor (afetivos)

Outros transtornos de humor não classificados nas categorias anteriores por não apresentarem gravidade ou duração suficientes;

- F39 Transtorno do humor (afetivo) não especificado

Categoria utilizada para classificar outros transtornos de humor não especificados;

e) F40-F48 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes

- F40 Transtornos fóbico-ansiosos

Transtornos nos quais uma ansiedade é desencadeada essencialmente ou exclusivamente por situações que não apresentam na atualidade nenhum perigo real, levando essas situações a serem evitadas ou suportadas com temor;

- F41 Outros transtornos ansiosos

Transtornos caracterizados pela presença de manifestações ansiosas não desencadeadas exclusivamente pela exposição a uma situação determinada;

- F42 Transtorno obsessivo-compulsivo

Transtorno caracterizado pela presença de idéias obsessivas ou por comportamentos compulsivos recorrentes. As idéias obsessivas são pensamentos, representações ou impulsos, que se intrometem na consciência do sujeito de modo repetitivo e estereotipado. O comportamento compulsivo tem por finalidade prevenir algum evento objetivamente improvável que o sujeito tenha medo que possa ocorrer. O transtorno quase sempre gera ansiedade, a qual se agrava quando o sujeito tenta resistir à sua atividade compulsiva;

- F43 Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação

Esta categoria difere das outras porque sua definição repousa principalmente sobre a existência de um ou outro dos dois fatores causais seguintes: um acontecimento particularmente estressante desencadeia uma reação de "stress" aguda; ou uma alteração marcante na vida do sujeito, que resulta em conseqüências desagradáveis e duradouras, e acabam por levar a um transtorno de adaptação;

- F44 Transtornos dissociativos (de conversão)

Esses transtornos se caracterizam por uma perda parcial ou completa das funções normais das lembranças, da consciência, da identidade e das sensações imediatas, e do controle dos movimentos corporais. Os diferentes tipos de transtornos dissociativos tendem a desaparecer após algumas semanas ou meses, em particular quando sua ocorrência se associou a um acontecimento traumático. De modo contrário os transtornos podem se agravar para paralisias e anestésias, quando sua ocorrência está ligada a problemas ou dificuldades interpessoais insolúveis;

- F45 Transtornos somatoformes

São caracterizados por sintomas físicos que os médicos nada encontram de anormal e afirmam não ter uma base orgânica;

- F48 *Outros transtornos neuróticos*

Essa categoria é reservada para outros transtornos neuróticos não classificados pelas categorias anteriores desse agrupamento;

f) F50-F59 *Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos*

- F50 *Transtornos da alimentação*

Nesta categoria incluem-se todos os transtornos comportamentais ligados à ação da alimentação;

- F51 *Transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais*

Esse código é utilizado quando a perturbação do sono é uma das queixas preponderantes e quando é vista como uma afecção per si. Esta categoria compreende unicamente os transtornos do sono devido principalmente a fatores emocionais não-orgânicos, e que não são causados por transtornos físicos identificáveis classificados em outra parte;

- F52 *Disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica*

As disfunções sexuais são as diferentes manifestações segundo as quais um indivíduo é incapaz de participar numa relação sexual da forma que desejaria. Comumente processos psicológicos e somáticos intervêm na causação da disfunção sexual;

- F53 Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, não classificados em outra parte

Nesta categoria são classificados os transtornos mentais associados ao puerpério que aparecem durante as seis primeiras semanas após o parto e que não satisfazem os critérios de diagnóstico de um outro transtorno classificado em outra parte dos transtornos mentais e comportamentais;

- F54 Fatores psicológicos ou comportamentais associados a doença ou a transtornos classificados em outra parte

Esta categoria é utilizada para registrar a presença de fatores psicológicos ou comportamentais que tenham desempenhado um importante papel na causa de um transtorno físico. Os distúrbios psíquicos atribuíveis a estes fatores são habitualmente leves, mas freqüentemente persistentes (por exemplo, inquietude, conflito emocional, apreensão), de modo que sua presença não justifica um diagnóstico de qualquer dos transtornos mentais e comportamentais;

- F55 Abuso de substâncias que não produzem dependência

As substâncias que esta categoria refere são uma ampla variedade de medicamentos, inclusive populares, sendo que os mais importantes são as drogas psicotrópicas que não produzem dependência (tais como os antidepressivos), os laxantes, e os analgésicos (que não necessitam de receita médica).

O uso persistente destas substâncias pode resultar em efeitos físicos prejudiciais. Apesar dos pacientes apresentarem uma forte motivação para a ingestão da substância, os sintomas de dependência ou de abstinência não se desenvolvem do mesmo modo como nos casos das substâncias psicoativas;

- F59 Síndromes comportamentais associados a transtornos das funções fisiológicas e a fatores físicos, não especificadas

Nesta categoria se enquadram as outras síndromes comportamentais não especificadas nesse agrupamento;

g) F60-F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

- F60 Transtornos específicos da personalidade

Distúrbios graves da constituição caracterológica e das tendências comportamentais do indivíduo, não diretamente imputáveis a uma doença, lesão ou outra afecção cerebral, ou a um outro transtorno psiquiátrico. Estes distúrbios acompanham-se em geral de angústia pessoal e desorganização social, e aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência, persistindo de modo duradouro na idade adulta;

- F61 Transtornos mistos da personalidade e outros transtornos da personalidade

Esta categoria se refere aos transtornos de personalidade não classificados na categoria anterior devido a variedade de padrões apresentados. Conseqüentemente, são com freqüência mais difíceis de diagnosticar do que os transtornos da categoria anterior;

- F62 Modificações duradouras da personalidade não atribuíveis a lesão ou doença cerebral

Consiste em anomalias da personalidade e do comportamento do adulto que ocorrem na ausência de transtornos prévios da personalidade e em seguida a um "stress" traumático ou excessivo e prolongado, ou a uma doença psiquiátrica grave. A modificação da personalidade é significativa e associada a um comportamento rígido e mal adaptado, ausente antes da ocorrência do evento patogênico;

- F63 Transtornos dos hábitos e dos impulsos

São caracterizados por atos repetidos, sem motivação racional clara, incontroláveis, e que vão em geral contra os interesses do próprio sujeito e aqueles de outras pessoas. A causa para estes transtornos não é conhecida;

- F64 Transtornos da identidade sexual

Categoria reservada para os transtornos da personalidade e do comportamento adulto relacionados à identidade sexual;

- F65 Transtornos da preferência sexual

Categoria utilizada para os transtornos comportamentais relacionados à preferência sexual;

- F66 Transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação

Nesta categoria se encontram os transtornos psicológicos e comportamentais relacionados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação. A orientação sexual por si só não é vista como um transtorno, e sim os transtornos mentais e comportamentais que podem estar associados a ela;

- F68 Outros transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

Categoria reservada para outros tipos de transtornos da personalidade e do comportamento não classificados anteriormente;

- F69 Transtorno da personalidade e do comportamento do adulto, não especificado

Esta categoria é utilizada para classificar os transtornos de personalidade e do comportamento não especificados;

h) F70-F79 Retardo mental

- F70 Retardo mental leve

Caracterizado por um Quociente Intelectual (QI) entre 50 e 69, e idade mental entre 9 e 11 anos em adultos. Resulta em dificuldades de aprendizado na escola, mas mesmo assim muitos adultos são capazes de trabalhar, de manter relacionamento social satisfatório, e de contribuir para a sociedade;

- F71 Retardo mental moderado

Caracterizado por um Quociente Intelectual (QI) entre 35 e 49, e idade mental entre 6 e 8 anos em adultos. Resulta em atrasos acentuados do desenvolvimento na infância, mas a maioria dos pacientes aprende a desempenhar com algum grau de independência os cuidados pessoais e adquirir habilidades adequadas de comunicação e acadêmicas. Os adultos necessitam de assistência em grau variado para viver e trabalhar na comunidade;

- F72 Retardo mental grave

Caracterizado por um Quociente Intelectual (QI) entre 20 e 40, e idade mental entre 3 e 5 anos em adultos. Existe a necessidade de assistência contínua;

- F73 Retardo mental profundo

Caracterizado por um Quociente Intelectual (QI) abaixo de 20, e idade mental inferior a 3 anos em adultos. Resulta em limitações graves quanto aos cuidados pessoais, continência, comunicação e mobilidade;

- F78 Outro retardo mental

Categoria reservada para outros tipos de retardo mental;

- F79 Retardo mental não especificado

Esta categoria é utilizada para classificar os retardos mentais não especificados;

i) F80-F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico

- F80 Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem

Nestes transtornos as modalidades normais de aquisição da linguagem estão comprometidas desde os primeiros estádios do desenvolvimento. Sua causa não é diretamente atribuível a anomalias neurológicas, anomalias anatômicas do aparelho fonador, comprometimentos sensoriais, retardo mental ou a fatores ambientais. Os transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem são geralmente acompanhados de problemas associados, como dificuldades da leitura e da soletração, perturbação das relações interpessoais, transtornos emocionais e transtornos comportamentais;

- F81 Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares

Transtornos nos quais as habilidades de aprendizado estão alteradas desde as primeiras etapas do desenvolvimento. O comprometimento não é somente a consequência da

falta de oportunidade de aprendizagem ou de um retardo mental, e também não é devido a traumatismo ou doença cerebrais;

- F82 Transtorno específico do desenvolvimento motor

Tem como característica principal um comprometimento grave do desenvolvimento da coordenação motora, não atribuível exclusivamente a um retardo mental global ou a uma afecção neurológica específica, congênita ou adquirida;

- F83 Transtornos específicos mistos do desenvolvimento

Categoria na qual existem ao mesmo tempo sinais de um transtorno específico do desenvolvimento da fala e da linguagem, das habilidades escolares, e das funções motoras, mas sem que nenhum desses elementos predomine suficientemente para constituir o diagnóstico principal. Esta categoria é utilizada para transtornos que satisfazem os critérios de ao menos duas das três categorias anteriores;

- F84 Transtornos globais do desenvolvimento

Transtornos caracterizados por alterações qualitativas das interações sociais recíprocas, das modalidades de comunicação, além de um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Estas anomalias constituem uma característica global do funcionamento do sujeito em todas as ocasiões;

- F88 Outros transtornos do desenvolvimento psicológico

Categoria utilizada para classificar ou outros tipos de transtornos do desenvolvimento psicológico;

- F89 Transtorno do desenvolvimento psicológico não especificado

Categoria reservada para os transtornos de desenvolvimento psicológico não especificados;

j) F90-F98 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência

- F90 Transtornos hipercinéticos

Grupo de transtornos que têm início geralmente durante os cinco primeiros anos de vida, caracterizado pela falta de perseverança nas atividades de aprendizado, e uma tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma; associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva;

- F91 Distúrbios de conduta

Caracterizados por padrões persistentes de conduta anti-social, agressiva ou desafiante. Comporta grandes violações das expectativas sociais próprias à idade da criança, devendo haver mais do que as travessuras infantis ou rebeldia de adolescentes. Possui um padrão duradouro de comportamento (seis meses ou mais);

- F92 Transtornos mistos de conduta e das emoções

Caracterizados pela presença de comportamentos agressivo, anti-social ou provocador, associado a sinais patentes e marcantes de depressão, ansiedade ou de outros transtornos emocionais;

- F93 Transtornos emocionais com início especificamente na infância

Transtornos que constituem uma exacerbação de manifestações normais do desenvolvimento, mais do que um fenômeno qualitativamente anormal por si próprio;

- F94 Transtornos do funcionamento social com início especificamente durante a infância ou a adolescência

Grupo heterogêneo de transtornos caracterizado pela presença de uma perturbação do funcionamento social que ocorre durante o período de desenvolvimento, mas que não apresenta as características incapacitantes ou de deficiência social;

- F95 Tiques

Síndromes caracterizadas pela presença de um tique. Tique é um movimento motor (ou uma vocalização) involuntário, rápido, recorrente e não-rítmico (implicando habitualmente grupos musculares determinados), ocorrendo bruscamente e sem finalidade aparente. São freqüentemente exacerbados pelo "stress" e desaparecem durante o sono;

- F98 Outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência

Grupo heterogêneo de transtornos que ocorrem durante a infância. Algumas destas afecções constituem síndromes bem definidas, enquanto as outras são simples associações de sintomas;

1) F99 Transtorno mental não especificado

- F99 Transtorno mental não especificado em outra parte.