



ARTIGO DE REVISÃO

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO USO E ABUSO DE ÁLCOOL E OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

HISTORICAL EVOLUTION OF THE USE AND ABUSE OF ALCOHOL AND MENTAL HEALTH SERVICES

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL USO Y ABUSO DE ALCOHOL Y LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Richardson Miranda Machado¹, Moacyr Lobo da Costa Junior²

RESUMO

A dependência química na atualidade é caracterizada como um fenômeno social que representa um grave problema à saúde pública mundial. Visando subsidiar informações que favoreçam o planejamento de estratégias de intervenção e prevenção, foi realizada uma revisão integrativa de literatura com o objetivo de identificar e analisar a produção científica sobre a evolução histórica do uso e abuso de álcool e os serviços de saúde mental. O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados da LILACS, MEDLINE e BDEF do sítio da biblioteca virtual de saúde BIREME, o que resultou em uma amostra de 26 artigos. Os resultados evidenciam profundas alterações político-ideológicas no que se refere a abordagem ao alcoolismo e os serviços de saúde mental, emergindo de um sistema punitivista de tratamento até a concepção dos Centros de Atenção psicossocial cujos trabalhos se apóiam na estrutura familiar e na reinserção social do paciente como forma de tratamento. **Descritores:** Transtornos mentais; Epidemiologia; Alcoolismo; Saúde mental.

ABSTRACT

Chemical dependency is characterized today as a social phenomenon that represents a serious public health problem worldwide. To subsidize information that support the planning of strategies for intervention and prevention, we conducted an integrative review of literature aimed at identifying and analyzing the scientific literature on the historical evolution of the use and abuse of alcohol and mental health services. The literature review was conducted in the databases LILACS, MEDLINE and BDEF site of BIREME virtual library of health, which resulted in a sample of 26 articles. The results reveal deep political and ideological changes as regards the approach to alcoholism and mental health services, emerging from a punitive system for treatment to the design of psychosocial Care Centers which work rely on family structure and social reintegration of patient as a treatment. **Descriptors:** Mental disorders; Epidemiology; Alcoholism; Mental health.

RESUMEN

Dependencia de sustancias químicas se caracteriza hoy en día como un fenómeno social que constituye un grave problema de salud pública en todo el mundo. Para subsidiar informaciones que apoyan lo planejamento de estrategias de intervención y prevención, se realizó una revisión integradora de la literatura destinada a identificar y analizar la literatura científica sobre la evolución histórica del uso y abuso de alcohol y servicios de salud mental. La revisión bibliográfica se realizó en la bases de datos LILACS, MEDLINE y BDEF sitio de la biblioteca de BIREME virtual de la salud, que se tradujo en una muestra de 26 artículos. Los resultados revelan profundos cambios políticos e ideológicos en lo que respecta al enfoque con el alcoholismo y los servicios de salud mental, que salen de un sistema punitivo para el tratamiento en el diseño de los Centros de Atención Psicossocial cuyos empleos dependen de la estructura familiar y la reinserción social del paciente como tratamiento. **Descriptor:** Trastornos mentales; Epidemiología; Alcoolismo; Salud mental.

¹Graduado em Enfermagem pela Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG/2002). Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG/2005). Doutorado em Psiquiatria pela Universidade de São Paulo (USP/2010). Professor adjunto I da Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ).
²Graduação em Estatística - IME pela Universidade de São Paulo (1976), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1987) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1994). Atualmente é professor livre docente da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO

A dependência química na atualidade é caracterizada como um fenômeno social que representa um grave problema à saúde pública mundial, fato que tem despertado a atenção das autoridades de saúde e sanitárias de diversos países.

Segundo o Relatório sobre a Saúde no Mundo das 20 doenças que mais acometem a faixa etária de 15 a 44 anos e que acarretam anos vividos com alguma incapacidade, os transtornos relacionados ao abuso de álcool assumem o segundo lugar⁽¹⁾.

A mortalidade e as deficiências causadas pelo consumo de bebidas alcoólicas superam aquelas ocasionadas pelo tabaco; determinando 3,2% da mortalidade global, sendo 5,6% deste valor para homens e 0,6% em mulheres⁽²⁾.

Estima-se que no Brasil o uso de álcool seja responsável por mais de 10% dos problemas totais de saúde. Esse fenômeno é evidenciado pela alta prevalência de alcoólatras ocupando leitos de unidades de internação em hospitais gerais do país para tratamento de problemas relacionados direta ou indiretamente ao uso abusivo de álcool, como também pela presença dessa população nos serviços de atenção primária à saúde⁽³⁾.

O uso e abuso de álcool hoje é considerado responsável por 30% a 50% dos acidentes graves e fatais de trânsito em diversos países. Sendo o seu consumo relacionado a 50% de todos os homicídios, mais de 30% dos suicídios e tentativas de suicídio e uma ampla gama de comportamentos violentos⁽⁴⁾.

O abuso do consumo do álcool é assim tido como um dos dez comportamentos de maior risco à saúde, causando a morte de 1,8 milhões de pessoas no mundo; destas, 5% representam jovens entre 15 e 29 anos de idade, confirmando que as pessoas ainda

estão longe de ter uma relação equilibrada com esta substância⁽⁵⁾.

Neste contexto, visando subsidiar informações que favoreçam o planejamento de estratégias que possam intervir e prevenir este agravo, foi realizada uma revisão integrativa com o objetivo de identificar e analisar a produção científica sobre a evolução histórica do uso e abuso de álcool e os serviços de saúde mental. Informações essas de fundamental importância para o estabelecimento de medidas de tratamento, vigilância e prevenção mais específicas e eficazes.

MÉTODOS

Na operacionalização dessa revisão, utilizamos as etapas preconizadas⁽⁶⁾ e apresentadas a seguir:

1º - Estabelecimento do problema de revisão

A presente revisão teve como questão norteadora: “Dentre a produção científica sobre o uso e abuso de álcool e os serviços de saúde mental, quais seriam os principais eventos e observações apontados em artigos relacionados ao tema?”

2º - Seleção da amostra das publicações

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de uma busca de artigos publicados e indexados em banco de dados eletrônicos da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e BDNF (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil) do sítio da Biblioteca Virtual de Saúde - BVS - BIREME. Para o levantamento dos artigos, utilizamos os seguintes descritores de assunto: “alcoolismo”, “abuso de álcool”, “história” e “serviços de saúde mental”.

Realizamos o agrupamento das palavras-chave da seguinte forma: alcoolismo e história; alcoolismo e serviços de saúde

mental; abuso de álcool e história; abuso de álcool e serviços de saúde mental.

Os critérios de inclusão estabelecidos para a seleção da amostra foram: artigos indexados nos bancos de dados selecionados com os descritores em saúde elencados acima; artigos publicados em periódicos nacionais, no período de janeiro/2000 a dezembro/2009, artigos publicados em português, inglês e espanhol. Tendo como critério de exclusão: artigos não localizados na íntegra.

A busca resultou em um total de 58 referências potenciais. Por não atender aos critérios de inclusão no estudo 32 artigos foram excluídos, totalizando uma amostra de 26 artigos, dos quais 18 publicações constam na base de dados LILACS, seis na MEDLINE e um na BDNF.

A localização dos textos na íntegra foi possível pelo acesso a Scientific Electronic Library Online - SCIELO (21 artigos); pelo Serviço Cooperativo de Acesso a Documentos - SCAD (três artigos) e através da Biblioteca Central do Campus da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto (dois artigos).

A análise dos dados foi realizada em duas etapas. Na primeira, foram identificados os dados de localização do artigo, ano e periódico de publicação, autoria, objetivo, metodologia, resultados principais, utilizando um instrumento elaborado especificamente para este estudo com base nas questões da pesquisa. Na segunda etapa ocorreu a análise dos artigos, cujos resultados foram sintetizados por similaridade de conteúdo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A leitura pormenorizada dos 26 artigos encontrados permitiu agrupar os resultados por similaridade de conteúdo sendo constituídas duas categorias de análise: evolução histórica do uso e abuso de álcool, com 10 artigos (38,4%) e políticas e serviços de saúde mental para o tratamento da dependência de álcool, com 16 artigos (61,6%). As Tabelas 1 e 2 apresentam os resultados:

Tabela 1 - Distribuição dos artigos categorizados como evolução histórica do uso e abuso de álcool, segundo caracterização da publicação, objetivo e metodologia. Ribeirão Preto-SP, 2010.

Autor/Título/Periódico/Ano	Base de Dados	Objetivo	Metodologia
ALVAREZ, A. M. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. <i>Jornal Brasileiro de Psiquiatria</i> ; 2007.	LILACS	Estudar os fatores predisponentes a recaída ao alcoolismo.	Quantitativa
LOPEZ, M. A; PEREZ HOZ, G; GARCIA HERNANDEZ, I. Previendo el alcoholismo. <i>Revista Cubana Salud Pública</i> ; 2008.	LILACS	Analisar as internações para o tratamento do alcoolismo e delinear medidas de controle.	Quantitativa
RIBEIRO, M. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. <i>Rev. Bras. Psiquiatria</i> ; 2009.	LILACS	Examinar a assistência ao alcoolismo e propor a criação de novos serviços pelo SUS.	Quantitativa
AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio: ainda manicômios? <i>Jornal Brasileiro de Psiquiatria</i> ; 2005.	MEDLINE	Abordar o contexto histórico da loucura e o fim dos manicômios.	Qualitativa
CHAUCER, G. <i>The Canterbury Tales</i> . Translated into Modern English by Nevill Coghill. London <i>Journal</i> ; 2005.	MEDLINE	Instrumentalizar os profissionais quanto aos aspectos diagnósticos do alcoolismo.	Qualitativa
RUSH, B. <i>The Autobiography of Benjamin Rush: His "Travels through Life"</i> . <i>Journal of Princeton University</i> ; 2005.	MEDLINE	Identificar aspectos relativos ao uso e abuso de álcool e dependência.	Quantitativa
HINGSON, RW; ZHA, W. Age of	MEDLINE	Analisar os principais problemas	Quantitativa

Drinking Onset, Alcohol Use Disorders. Journal Pediatrics; 2009.		de saúde decorrentes do uso e abuso de álcool.	
MELONI, J.N; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. Rev. Bras. Psiquiatria; 2009.	LILACS	Mensurar os gastos diretos com problemas relacionados ao alcoolismo.	Quantitativa
GIGLIOTTI, A; BESSA, M. A. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. Rev. Bras. Psiquiatria; 2009.	LILACS	Abordar os aspectos diagnósticos do alcoolismo.	Quantitativa
RIBEIRO, M. S. Fatores associados à adesão a um programa de tratamento de alcoolistas. Jornal bras. Psiquiatria; 2008.	LILACS	Identificar os fatores relacionados a adesão ao tratamento do alcoolismo.	Quantitativa

Tabela 2 - Distribuição dos artigos categorizados como políticas e serviços de saúde mental para o tratamento da dependência de álcool, segundo caracterização da publicação, objetivo e metodologia. Ribeirão Preto-SP, 2010.

Autor/Título/Periódico/Ano	Base de Dados	Objetivo	Metodologia
AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio: ainda manicômios? Jornal Brasileiro de Psiquiatria; 2005.	MEDLINE	Abordar o contexto histórico da loucura e o fim dos manicômios.	Qualitativa
AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Cad. Saúde Públ. Fiocruz; 2007.	LILACS	Aspectos históricos e sociais da saúde mental e da atenção psicossocial	Quantitativa
AMARANTE, P.; GIOVANELLA, L. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. Cad. Saúde Públ. Fiocruz; 2000.	LILACS	Planejamento em saúde e saúde mental no contexto do Sistema Único de Saúde	Qualitativa
AMARANTE, P.; TORRES, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2001.	LILACS	Identificar os principais pressupostos relacionados as práticas no campo da atenção psicossocial	Quantitativa
AMARANTE, P. O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria. Editora Fiocruz; 2003.	LILACS	Abordar a história da loucura no contexto da assistencial em saúde	Quantitativa
ARRUDA, M. Humanizar o Infra-humano - A Formação do Ser Humano Integral: Homo evolutivo, práxis e economia solidária. Cad. Saúde Públ; 2003.	LILACS	Analisar as práticas educacionais na formação profissional para o tratamento do alcoolismo	Quantitativa
BRASIL. Ministério da Saúde. Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998 - 2002. Secretaria de Assistência à Saúde; 2002.	BDEF	Discutir os principais delineamentos no contexto assistencial para o planejamento em saúde	Quantitativa
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; 2003.	LILACS	Delinear estratégias assistenciais, sociais e políticas para o enfrentamento da dependência de álcool e drogas no Brasil	Quantitativa
MACHADO, A.R; MIRANDA, P. S.C.. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. Hist. cienc. saude-Manguinhos; 2007.	LILACS	Abordar os aspectos políticos, legislativos e jurídicos no contexto histórico da assistência ao alcoolismo e a drogadição	Quantitativa
MACEDO, C.F. A evolução das políticas de saúde mental e da	LILACS	Identificar os principais acontecimentos políticos e	Quantitativa

legislação psiquiátrica no Brasil. Rev. Jus Navigandi; 2006.		legislativos	
RIBEIRO, M.S. et al. Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental. Juiz de Fora: UFJF; 2007.	LILACS	Estabelecer delineamentos para o planejamento da assistência	Quantitativa
RIBEIRO, M. S. Fatores associados à adesão a um programa de tratamento de alcoolistas. Jornal bras. Psiquiatria; 2008.	LILACS	Estudar os fatores associados a adesão ao tratamento do alcoolismo	Quantitativa
SILVA, S. D. et al. A educação em saúde como uma estratégia para enfermagem na prevenção do alcoolismo; 2007.	LILACS	Discutir sobre os principais aspectos educacionais relacionados ao alcoolismo	Qualitativa
SILVEIRA, C.M. et al. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. Rev. psiquiatr. Clín; 2009.	LILACS	Identificar as principais características epidemiológicas do alcoolismo	Quantitativa
VILLELA, S.C; SCATENA, M.C.M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. Rev. bras. Enfermagem; 2004.	MEDLINE	Abordar o contexto histórico da saúde mental e da enfermagem	Qualitativa
KANTORSKI, L.P. O conhecimento produzido em saúde mental e sua aplicação nos serviços. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog; 2007.	BDEF	Analisar os principais problemas de saúde decorrentes do uso e abuso de álcool.	Quantitativa

Evolução histórica do uso e abuso de álcool

Ao longo de toda a história tem sido registrada a existência do uso e abuso de álcool, tornando-se, desde as épocas remotas até a atualidade, a substância psicoativa mais utilizada pela humanidade. Deste modo, o álcool é merecedor de diversos estudos, bem como o seu consumo é retratado em diversas obras por historiadores, poetas, pintores, escultores e médicos.

Nos próprios manuscritos bíblicos, em vários trechos, fica clara a influência de aspectos psicológicos, genéticos, morais e ambientais resultantes de situações do beber abusivo. São também descritas, desde aquela época, características da própria substância, e de seu modo de produção e degustação, o que, supõe-se, induziria em aumento do consumo e dependência⁽⁷⁾.

Assim, o homem, ávido pelo prazer inebriante do álcool, seguiu aperfeiçoando sua produção, culminando no advento do processo de destilação, o que resultou no surgimento de bebidas com teor alcoólico mais elevado, consideradas mais fortes e mais perigosas. O

consumo de álcool passou a ser mais frequente e abusivo, em contraste a situação anterior em que o seu uso era predominantemente associado a rituais religiosos e festivos⁽⁸⁾.

Nesse sentido, o abuso de bebidas, pela primeira vez, é considerado um comportamento pecador e fraco, conceito este incorporado às regras morais de diversas culturas. Surge, então, o modelo moral de contenção do abuso de álcool, configurando-se como a primeira tentativa da sociedade de controlar o uso desta substância, considerando-a potencialmente geradora de problemas de saúde e sociais.

O conceito de dependência do álcool passou a ser compreendido mais como um desvio de caráter ou um conjunto de sinais e sintomas físicos do que como um transtorno mental propriamente dito, decorrente do uso da substância. Neste sentido, os tratamentos e ações de controle do alcoolismo ficaram mais restritos às questões de moralidade dos indivíduos dependentes, sendo os bebedores abusivos punidos com exposição em praça

pública e seus nomes publicados nos principais jornais da cidade⁽⁹⁾.

Sendo assim, toda a medicina física e psíquica do homem no que se refere ao uso e abuso do álcool, por muito tempo, ficou destituída de um caráter científico. Somente por meio dos estudos de Hipócrates surgem os primeiros registros do consumo abusivo do álcool como uma doença, cuja gravidade poderia variar ao longo de um “continuum”, influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Na literatura médica, Hipócrates, por muitos chamado “o pai da medicina”, por volta do século 385 A.C., em sua investigação e classificação das doenças, dentre elas as doenças mentais, apoiando-se nos aspectos científicos, foi o primeiro a descrever o uso do álcool como um fator predisponente a várias outras doenças e relatou pela primeira vez a respeito do “delirium tremens”, uma das consequências da dependência do álcool⁽¹⁰⁾.

Na ansiedade de se compreender o uso e abuso do álcool, dando prosseguimento aos trabalhos realizados por Hipócrates, no século XIV ganham destaque os estudos realizados por Chaucer, que passou a utilizar o sufixo “ism” na palavra álcool, para definir os casos de abuso da ingestão. Desse modo classifica patologicamente o indivíduo consumidor de álcool que perde o controle sobre os seus atos e torna-se dependente da substância⁽¹¹⁾.

Neste aspecto, a abordagem ao alcoolismo se difunde pelo mundo por meio de uma visão mais científica e organicista. No século XVIII os estudos acerca dessa problemática tomam novo impulso com o advento da Revolução Industrial, em função das mudanças demográficas e sociais geradas em toda a Europa, nos Estados Unidos e conseqüentemente no restante do mundo.

É durante este período que o uso excessivo de bebida alcoólica passa definitivamente a ser visto como doença. Benjamin Rush, um dos fundadores da

psiquiatria americana, contribuiu para esse processo publicando na época estudos que comprovam o uso disfuncional do álcool como uma doença, e denomina esse evento como “transtorno da vontade”. Publica também um dos primeiros e mais importantes estudos sobre os efeitos dos “espirituosos”, termo usado alegoricamente para o álcool, nos quais descreve seus efeitos fisiológicos e psicológicos sobre a mente e sobre o corpo humano⁽¹²⁾.

Após os estudos de Benjamin, eclode um período científico no que tange a problemática fisiopatológica do alcoolismo. Podemos destacar Thomaz Trotter (1994) que publicou na Inglaterra, no final do século XVIII, estudos considerando a embriaguez como doença. Temos ainda a publicação, na Suécia, do trabalho de Magnus Huss (1984), “Álcoolismus Chronicus”, cujo conceito de “alcoolismo” foi utilizado como sinônimo de “ebriedade”, surgindo pela primeira vez a definição de dependência crônica do álcool, concepção essa difundida por todo o mundo⁽⁷⁾.

Esses estudos, comprovando os malefícios do alcoolismo, suscitaram grande interesse e preocupação social, gerando em várias partes do mundo ocidental severas críticas quanto ao consumo de bebidas alcoólicas. Cabe, assim, ressaltar o surgimento das primeiras mobilizações sociais contra o alcoolismo, como o movimento social denominado “Temperante” nos EUA, organização não governamental formada por médicos higienistas, advogados, jornalistas, sindicalistas, parlamentares e feministas; o qual buscava mobilizar a opinião pública para exigir das autoridades governantes a tomada de medidas mais rígidas de combate e prevenção do alcoolismo. Este movimento culminou na promulgação da 1ª Lei para o controle do uso e abuso do álcool, intitulada como “Lei Seca”, a qual dispunha sobre a proibição legal da venda e produção de

bebidas alcoólicas, ficando vigente de 1919 a 1932⁽¹¹⁾.

Na primeira metade do século XIX, o modelo de alcoolismo como doença se consolida, sendo permeado pelas diversas abordagens sociais, psicológicas, fisiopatológicas e legais. Nesse sentido, a atenção da sociedade estava agora mais voltada para o tratamento das graves complicações decorrentes do uso nocivo do álcool, tentando abolir o estigma moral e a vergonha criados, que passaram a ser fatores dificultadores para a procura de tratamento pelos alcoolistas. A abordagem ao alcoolismo passou, assim, a ser mais voltada para a valorização social do paciente que assume a sua doença e busca o tratamento, visando o resgate da sua dignidade.

Ao final do século XIX, impulsionados pela necessidade de se descobrirem e/ou aperfeiçoarem o tratamento para o alcoolismo, começaram também a surgir estudos sobre o uso patológico de outras substâncias como os opiáceos e o tabaco. Porém, somente em 1960, o tratamento para a dependência de álcool recebe uma nova e importante contribuição, com a publicação do estudo “The Disease Concept of Alcoholism” de Jellinek, o qual constituiu a primeira classificação diagnóstica dos pacientes dependentes de álcool em função do consumo⁽¹²⁾.

Esse clássico trabalho exerceu grande influência na evolução do conceito de “dependência” do álcool, considerando alcoolismo doença, apenas quando o usuário apresenta tolerância, abstinência e perda do controle. Entende-se, assim, tolerância como a necessidade de doses cada vez maiores de álcool para que exerça o mesmo efeito, ou diminuição do efeito do álcool com as doses anteriormente tomadas; e por síndrome de abstinência um quadro de desconforto físico e/ou psíquico quando da diminuição ou suspensão do consumo do álcool⁽¹³⁾.

Nessa classificação, Jellinek (1960) diferenciava os transtornos por uso do álcool naqueles que envolviam um claro processo de dependência (tipos gama e delta) e naqueles sem dependência (tipos alfa, beta, épsilon). No entanto, apenas no ano de 1952 com a primeira edição do “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-I) o alcoolismo passou a ser incorporado dentro de critérios diagnósticos.

No ano de 1967, o conceito de doença do alcoolismo foi incorporado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) à Classificação Internacional das Doenças (CID-8), a partir da 8ª Conferência Mundial de Saúde. Na CID-8, os problemas relacionados ao uso de álcool foram inseridos dentro de uma categoria mais ampla de transtornos de personalidade e de neuroses. Esses problemas foram divididos em três categorias: dependência, episódios de beber excessivo (abuso) e beber excessivo habitual. A dependência de álcool foi caracterizada pelo uso compulsivo de bebidas alcoólicas e pela manifestação de sintomas de abstinência após a cessação do uso de álcool. Seguindo também essa classificação a segunda edição do DSM⁽¹⁴⁾.

Cabe ressaltar que os dois instrumentos diagnósticos (DSM-II e CID-8) consideravam o uso abusivo do álcool secundário a problemas psicológicos e de personalidade. Porém, os manuais diagnósticos subsequentes ampliaram os critérios determinantes dessa disfunção, introduzindo os sintomas da abstinência. Desta forma, mudou-se o foco das questões relativas apenas ao psiquismo, incluindo, assim, os efeitos físicos decorrentes do uso crônico de álcool.

Em 1970, Griffith Edwards e Milton Gross propuseram o conceito de “Síndrome de Dependência do Álcool”, ampliando a visão anterior que considerava o alcoolismo como um fenômeno do tipo “tudo ou nada”, isto é, o indivíduo reconhecido como alcoólatra ou não alcoólatra. A dependência do álcool

passou a ser definida como um conjunto de sinais e sintomas decorrentes do uso disfuncional da substância. De acordo com esta conceituação, sua etiologia e perpetuação seriam decorrentes de aspectos físicos, psicológicos e sociais, de intensidade variável em cada indivíduo⁽¹³⁾.

A OMS adotou em 1977 a definição de dependência do álcool como uma síndrome com um contínuo de gravidade e publicou um relatório no qual é muito clara a distinção desta desordem em duas categorias: o abuso e a dependência. O reconhecimento desta diferença também passou a ser adotado na terceira versão do DSM (1980), tanto em relação ao álcool como para outras substâncias psicoativas. O conceito de síndrome de dependência assim se consolidou, sendo consenso nos instrumentos diagnósticos subsequentes como o DSM-IV e a CID-10. Ambos reduziram os sintomas necessários para o diagnóstico de dependência e ampliaram o período com esta sintomatologia, necessário para determinar a instalação da síndrome. Terminologia essa utilizada até os dias atuais.

As políticas e serviços de saúde mental para o tratamento da dependência de álcool

As intervenções mais antigas que se tem registro quanto à criação de serviços para o tratamento do alcoolismo datam da antiguidade. Porém, como a abordagem a esse problema se apoiava em bases morais e de recuperação do caráter dos indivíduos acometidos, a sua organização e assistência ficavam a cargo de religiosos e sacerdotes⁽¹⁵⁾.

Os primeiros serviços destinados aos dependentes de álcool, bem como para outras doenças consideradas de causa moral, foram os mosteiros e templos religiosos. Podemos citar os templos dedicados a Asclépio e Esculápio, deuses romano e grego da medicina e da cura, onde os pacientes eram levados

para sessões de orações, benzeções e sacrifícios⁽⁵⁾.

Seguindo esse percurso, desde que Santa Helena (Flávia Helena), mãe do imperador romano Constantino, determinou que fosse aberto no ano de 325 d.C. um dos primeiros hospitais em Constantinopla, o de São Zoticus, onde os doentes eram internados indiscriminadamente. Os hospitais também passaram a ser sinônimo de um local onde os dependentes de álcool eram levados como forma de exclusão da sociedade, sem perspectivas de cura e medicalização⁽¹⁰⁾.

É possível ainda fazer referência ao imaginário da Renascença, com a criação de outro “serviço” também voltado para o alcoolismo, chamado de a “nau dos loucos”, que atracava pelos portos da Europa, à procura das chamadas “párias sociais”, ou seja, loucos, prostitutas, vagabundos e alcoólatras que se encontravam vagando errantes pelas ruas das cidades europeias. Para, assim, seguirem sem destino navegando pelas águas calmas dos rios europeus, transportando em seu convés as moléstias da sociedade⁽⁶⁾.

Podemos dizer que nas sociedades pré-capitalistas (Antiguidade & Idade Média), a assistência ao alcoolismo foi marcada pela escassez de conceitos científicos acerca do consumo de álcool como doença, bem como pelos primeiros mecanismos assistenciais excludentes de abordagem ao problema.

No que se refere aos séculos XV e XVI, a Europa foi marcada pelo período dos desbravamentos e das descobertas, época em que, também, surgiu uma nova mentalidade, o Renascimento, o qual foi precedido de uma trilogia: a Peste negra, a Guerra dos Cem Anos e a fome. O que levou o homem europeu a restaurar o meio de produção rural para atender ao mercado urbano, passando, assim, a organização social a ser mais centrada no modelo produtivista, cuja aptidão/inaptidão para o trabalho era o critério para a definição

do normal/anormal. Neste aspecto, o alcoolismo, que já havia se tornado mais incidente, passou a configurar como um entrave social, tornando-se alvo de uma maior repressão juntamente com a mendicância, vagabundagem e ociosidade⁽¹⁶⁾.

Dessa forma, a prisão e internação de alcoólatras passaram a ocorrer com maior frequência, tendo como alvo a punição, a necessidade de resgate e correção moral, promovendo, assim, o controle da estrutura familiar, do trabalho produtivo, das normas sociais e das normas da razão.

O alcoolismo neste período passou a ser considerado um agente que corrompia os homens, a força de trabalho e a estrutura familiar, degradando-os moral e socialmente, contribuindo para a degeneração mental dos indivíduos e incitando-os ao crime.

Os regimentos sociais da época passaram a serem taxativos, tendo o preceito de que onde houvesse alcoólatras, não havia dignidade, educação, moralidade e, principalmente, indivíduos sadios. Ser alcoólatra era o mesmo que ser vagabundo, malandro e desocupado, devendo, portanto, ser repreendido, preso e condenado⁽¹⁰⁾.

Nesse sentido, tanto a loucura como o alcoolismo começaram a ser problematizados como fontes de “degradação social e moral”, tornando-se co-irmãos no processo de estigmatização assistencial e de segregação social.

No século XVII, este sistema punitivista ao alcoolismo e a outras doenças atinge o seu ápice, com o advento do cristianismo e a inquisição da igreja católica. Considerado o século das fogueiras da inquisição, os alcoólatras, tidos como possuidores de distorções da moralidade, eram recolhidos aos calabouços das igrejas e mosteiros católicos. Eram torturados, julgados e condenados a fogueira da Santa Inquisição para que suas almas fossem salvas das influências do diabo⁽⁸⁾.

Somente no século XVIII, novas esperanças para um sistema assistencial digno e humano para os alcoolistas vieram emergir com o alvorecer da revolução industrial. A retomada do progresso científico possibilitou a algumas personalidades a manifestação de sua indignação pelo modo como insanos e alcoólatras eram tratados. Dentre elas destaca-se o médico francês Philippe Pinel, que através dos seus estudos instituiu reformas humanitárias para o cuidado com os doentes mentais e os dependentes de álcool, libertando-os das casas de correção, hospitais gerais e dos asilos para tratamento de alcoólicos⁽¹⁷⁾.

Na Inglaterra, ocorreram também mudanças importantes que influenciariam o modo como os alcoólatras e doentes mentais eram tratados na Europa, como as reformas realizadas por Willian Tuke, fundador do hospital Retreat de York, onde se proibia o uso das correntes e algemas e os pacientes eram tratados com respeito e bondade⁽¹⁰⁾.

O século XVIII, juntamente com o crescimento populacional, foi assim marcado pela intensificação de esforços para mudar o modelo assistencial repressor vigente, através da construção de novos hospitais, mais especializados, que objetivavam difundir a informação médica, principalmente os cuidados higiênicos, além de tratar os pacientes.

Ao adentrarmos no século XIX, observamos que tanto na Europa quanto em grande parte do mundo, os movimentos reformistas do sistema assistencial à saúde seguem avançando. Porém, ao reportarmos ao Brasil da época, verificamos que o alcoolismo, assim como a loucura ainda eram tratados dentro das modalidades de punição e exclusão⁽⁹⁾.

As pessoas consideradas alcoólatras, no Brasil, ainda eram equiparadas aos indivíduos classificados como desordeiros, unindo-se ao grupo dos incômodos e perigosos, que

deveriam ser postos longe da dita boa sociedade. Constatando-se, assim, a prática do recolhimento nas cadeias públicas, não importando o tempo de permanência e os procedimentos de castigo empregados⁽¹⁰⁾.

Pode-se dizer que a polícia do período não estava apenas destinada a manter a lei e a ordem, mas também era acionada para assegurar a higiene, a saúde e os padrões de vida urbanos, além, é claro, de tutorar a prática psiquiátrica frente ao alcoolismo por meio de procedimentos discriminatórios e excludentes⁽¹⁶⁾.

Vários são os episódios que ilustram o envolvimento da polícia em questões referentes ao alcoolismo que, no pensamento assistencial da época, era visto como doença do caráter, nociva para a sociedade e para a nação, o que justificaria as detenções e até a interdição dos bens pertencentes aos alcoólatras, por alegarem serem essas pessoas incapazes de se guiarem pela razão.

A abordagem ao alcoolismo no Brasil somente começou a alcançar melhorias, e a sua concepção enquanto doença passou a ganhar impulso considerável, com a atuação da chamada Medicina Social. Neste contexto, este “Movimento Sanitarista”, formado por especialistas e influenciado pelas ideologias e mudanças do sistema de saúde Europeu, foi responsável por apresentar propostas para a melhoria da saúde, as quais reclamavam a necessidade de intervir na constituição das cidades e nos hábitos de vida de seus moradores⁽¹⁷⁾.

Uma das bandeiras levantadas e alcançadas pelo movimento da Medicina Social na época foi a construção de hospícios, instituições que deveriam ter responsabilidade exclusiva pelo abrigo e tratamento adequado das pessoas consideradas alienadas, alcoólatras e dependentes de drogas.

Em 1852 foi inaugurado na cidade do Rio de Janeiro o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício D. Pedro II,

estabelecimento criado para servir de modelo a todo o país, ao menos na teoria. Porém, na realidade o que se viu foi inúmeros problemas, como excesso de lotação, falta de pessoal especializado, arbitrariedades, falta de organização e muito descrédito na capacidade de empreender qualquer cura efetiva. Um local onde os próprios médicos tinham um campo de atuação e autoridade muito limitado. Apesar disso, ainda se assistiu à inauguração de vários hospícios por todo o Brasil, inclusive no Norte-Nordeste: Manaus, Belém, Fortaleza, Recife, João Pessoa, Salvador e Maceió⁽¹⁰⁾.

Por essa razão, o alcoolismo começou a despontar no país como uma das causas mais comuns de internamento em hospícios. A internação de alcoólatras em hospício colocava o álcool não apenas no círculo das drogas legais, mas também no círculo dos “venenos sociais”.

A superlotação e a falta de assistência nos hospitais psiquiátricos agravaram-se principalmente depois da Proclamação da República e da promulgação do Decreto de nº 206 A, de 15/2/1890, que determinava que todo cidadão que perturbasse a ordem pública, a moral e os costumes deveria ser recolhido em instituições asilares. Inicialmente, todos os indivíduos que perturbavam a tranquilidade pública eram internados no Asilo de Mendicidade e na Casa da Correção, que abrigava também os alcoólatras e os loucos criminosos. Com a Proclamação da República, e com a existência do Hospício D. Pedro II, todos esses indivíduos passaram a ser recolhidos no novo hospício⁽¹³⁾.

De fato, a proposta visionária da Medicina Social não se concretizou, tornando-se os hospitais psiquiátricos ambientes decrépitos, não oferecendo tratamento eficaz e condições de melhora e cura para os alcoólatras e insanos. Configurou-se em um novo problema para o sistema de saúde, e tornou-se um novo “depósito” das escórias

sociais, ocorrendo, assim, a ampliação de “parentescos” em torno da loucura e um crescimento alarmante das internações nos hospícios.

Apesar da imagem negativa do álcool, o problema do alcoolismo voltou a não receber maiores atenções do Estado. Ocorreram tímidas campanhas contra o seu consumo na época, cujos objetivos eram diminuir o estigma social e o número de internações nos hospícios, entretanto isso não aconteceu na prática.

No que se refere à legislação da segunda metade do século XIX torna-se importante ressaltar que o álcool, por pertencer à classe dos alimentos, não tinha caráter medicamentoso. Quanto muito cabia ao Serviço Sanitário zelar pela sua qualidade e evitar as falsificações tão corriqueiras na época. Sendo assim, o problema do alcoolismo era totalmente desprovido de quaisquer legislações e intervenções acerca da prevenção, proibição e contenção do consumo⁽¹⁴⁾.

A inércia dos governantes perante o alcoolismo levou ao surgimento de sociedades de caráter privado, tais como: a Liga Antialcoólica de São Paulo, a Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, a Liga Brasileira de Higiene Mental e a União Brasileira Pró-Temperança, que se encarregaram de promover a educação antialcoólica e medidas assistenciais de qualidade para alcoolistas, marcadas pelas concepções moralistas e higienistas da época⁽¹⁸⁾.

Apesar da existência desses movimentos sociais e da contestação das medidas públicas de assistência baseadas na exclusão social dos alcoólatras, bem como a falta de medidas repreensivas contra a comercialização de bebidas alcoólicas e prevenção do seu consumo o aparato jurídico institucional, que foi criado no período, destinou-se, principalmente, ao consumo das drogas

ilícitas, não recebendo o alcoolismo nenhuma abordagem especial⁽¹⁹⁾.

Neste sentido, no final do século XIX, a pouca legislação existente, constituída por uma série de leis e decretos, fez por se tornar mantenedora do sistema punitivista e de exclusão dos dependentes, pois passou a criminalizar o uso por meio de penas que determinavam a exclusão dos usuários do convívio social, propondo a sua permanência em prisões, sanatórios e em hospitais psiquiátricos⁽¹⁷⁾.

Em 1924, o Código Penal Brasileiro, por meio do decreto 4.294, propôs pena de prisão para aqueles que vendessem drogas ilícitas, referindo-se a cocaína e seus derivados. Definindo ainda que a embriaguez gerada por drogas, álcool e outras substâncias que acarretassem “atos nocivos a si próprio, a outrem e a ordem pública” fosse punida com a internação compulsória em “estabelecimento correccional adequado”. Vindo posteriormente a ser promulgado o decreto 14.969, pelo qual se criou mais uma instituição para segregação dos alcoólatras e dependentes de outras substâncias, o chamado “sanatório para toxicômaco”⁽¹⁹⁾.

A assistência e a abordagem ao alcoolismo, por meio de instrumentos legais e assistenciais punitivistas, prevaleceu novamente no Brasil até o ano de 1947, data essa do surgimento no país dos grupos de Alcoólicos Anônimos (AA). Este modelo de assistência, criado nos Estados Unidos em 1935, propõe o tratamento para o alcoolismo por intermédio da participação do indivíduo em grupos de ajuda mútua. Reintroduzindo-o na sociedade por meio da compreensão do conceito de alcoolismo enquanto doença, passível de cura através de um tratamento digno⁽¹⁰⁾.

A partir da década de 1970 a legislação brasileira, sobre a dependência de substâncias, passou a ser mais influenciada pela medicina, a qual começou a contribuir

com o legislativo com subsídios técnico-científicos para a legitimação do conceito de usuário/dependente, assim como da elaboração de ações no que se refere ao controle do uso, tratamento e prevenção do alcoolismo e da drogadição.

A parceria entre os campos médico, legislativo e jurídico resultou na promulgação da Lei 5.726 de 1971, que introduziu mudanças significativas na interpretação do uso de drogas e álcool no Brasil, tal como: o usuário passou a ser identificado como doente e não mais como criminoso, devendo ser tratado em centros especializados com os objetivos de salvar, tratar e recuperar sua saúde e dignidade⁽¹⁹⁾.

Em 1976, foi aprovada e promulgada a Lei 6.368, que reafirmou a tendência de abordar o uso e a dependência de álcool e drogas no campo patológico, o que já havia ocorrido na Lei de 1971. Porém, esta nova diretriz trouxe novos adendos que vieram complementar e enriquecer os preâmbulos da antiga Lei, tais como: a substituição do termo “viciado” por “dependente de drogas e/ou álcool”; a proposição da criação de estabelecimentos especializados para dependentes de drogas e álcool na rede pública de saúde; a proposição de tratamento em regime extra-hospitalar e a proposição de tratamento e não mais internação como medida compulsória. Assim, gerando uma das mais positivas reviravoltas no que se refere ao contexto assistencial legislativo das dependências químicas no país⁽²⁰⁾.

Por volta de 1980, as preocupações financeiras que assolaram o mundo, decorrentes de crises econômicas, despertaram a necessidade de se avaliar o sistema de saúde, área considerada mais onerosa para a administração pública⁽¹⁸⁾. Deste modo, surgiram novas discussões e propostas que vieram contribuir com novas melhorias e consolidar as já até então alcançadas, no que se refere à assistência e

tratamento para a dependência de álcool e drogas⁽¹⁰⁾.

Neste sentido, a opção de tratamento hospitalar para o alcoolismo e drogadição deixou de ser a escolha preferencial, ganhando valor e promoção a opção pelos tratamentos ambulatoriais, sendo esses comprovadamente mais baratos, mais breves e eficazes, principalmente para pacientes jovens e em estágio inicial da doença.

Cabe também ressaltar neste período os benefícios gerados aos alcoolistas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, o qual se tornou responsável pela substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário e ambulatorial. Deste modo, extirpando de uma vez o paradigma social das internações segregadoras e punitivistas.

Ao adentrarmos na década de 1990 percorremos uma época considerada como o “período de ouro” para a assistência ao alcoolismo, pois configurou-se como o período de reorganização do sistema de saúde brasileiro, marcado pela implantação do Sistema Único de Saúde, composto pelas suas três esferas: atenção primária, secundária e terciária e regido pelos princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade. Deste modo, a assistência aos dependentes de álcool e drogas, passando a ser promovida diretamente por meio de serviços de saúde inseridos em seu próprio cenário de vida. Sendo assistidos desde as Equipes da Estratégia Saúde da Família até os Serviços Especializados⁽²⁰⁾.

Neste ensejo, concretizou-se a ideologia de uma rede comunitária de assistência a saúde, formada por serviços estruturados e interligados, dentre eles: as Unidades Básicas de Saúde; Equipes da Estratégia Saúde da Família; Serviços de Emergência e Urgência; Enfermaria Clínico-Psiquiátrica nos Hospitais Gerais, Centros de Atenção Psicossocial e Moradias Assistidas.

Todos direcionados para a execução de um plano assistencial para a prevenção, tratamento e cura do alcoolismo e de outros transtornos mentais.

No ano de 2002, o Ministério da Saúde, com o intuito de fortalecer e normatizar a atenção aos usuários de álcool e drogas nesta rede assistencial de saúde, bem como viabilizar as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, publicou portarias voltadas para a consolidação de todo o processo de assistência e dos serviços de saúde voltados para os alcoolistas e drogadictos.

A Portaria GM / 336 de 19 de fevereiro de 2002 definiu normas e diretrizes para a organização de serviços que prestavam assistência em saúde mental, como “Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)”, incluídos aqui o CAPS destinado especificamente para o atendimento aos usuários de álcool e drogas, o chamado CAPSad⁽¹⁾.

O CAPSad foi assim definido e concebido como um serviço de atenção ambulatorial dedicado exclusivamente ao atendimento diário dos pacientes com transtornos decorrentes do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas e álcool. Configuraram-se como serviço de tratamento especializado, bem como unidade responsável pelo gerenciamento da demanda dos usuários e dos serviços de saúde que compõem o Sistema Único de Saúde, no que condiz ao atendimento da dependência de álcool e/ou outras drogas. Tendo, ainda, a atribuição de capacitar e supervisionar as equipes da atenção básica de saúde e os serviços e programas de saúde mental, no que se refere às temáticas acerca do uso e abuso de álcool e drogas⁽¹⁾.

Já a Portaria SAS / 189 de 20 de março de 2002 veio regulamentar a Portaria GM / 336, que criou os “Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad)”. Deste modo, dispõe sobre a implantação progressiva

deste serviço nos municípios, bem como garante aos usuários, que sofrem de transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, a universalidade de acesso e o direito à assistência a saúde de forma integral no Sistema Único de Saúde⁽¹⁰⁾.

Por fim, a Portaria GM / 816 de 30 de abril de 2002 que instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. Visando, assim, o fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos dependentes de álcool e de outras substâncias químicas⁽¹⁾.

No ano de 2003, o governo brasileiro, buscou subsidiar a construção coletiva para o enfrentamento da dependência de álcool e outras drogas, a qual definiu como um problema que ainda continua sendo grave para a saúde pública no Brasil. Através do Ministério da Saúde apresentou a “Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas”⁽¹⁹⁾.

Deste modo, foi definida como uma política de prevenção, tratamento e de educação voltada para o uso de álcool e outras drogas, ou seja, construída a partir de ações desenvolvidas por meio de interfaces intrasetoriais, direcionadas pela Política Nacional de Saúde Mental e pelo Sistema Único de Saúde, considerados balizadores do processo. Tendo, para isso, a participação de outros Ministérios do governo, a colaboração de organizações governamentais e não-governamentais, bem como, a presença de representações de setores da sociedade civil organizada⁽¹⁾.

Sendo assim, considerada como uma força tarefa, pela qual se buscou unir esforços para confrontar o uso/abuso de álcool e outras drogas, teve como escopo para o desenvolvimento desta “Política Intersetorial” cinco eixos: 1) prevenção; 2) tratamento,

recuperação e reinserção social; 3) redução dos danos sociais e à saúde; 4) redução da oferta; 5) estudos, pesquisas e avaliações. Tidos como pilares norteadores para a abordagem conjunta e alcance da resolutividade do problema⁽¹⁹⁾.

Vale ressaltar que no ano de 2004, buscou-se reforçar este esforço conjunto entre governo e sociedade, na construção efetiva da política pública intersetorial que reduzia o problema do uso e abuso de álcool no país. O Ministério da Saúde publicou a coletânea intitulada: “Álcool e Redução de Danos - Uma Abordagem Inovadora para Países em Transição”, por meio da qual procurou veicular experiências e informações acerca da problemática do álcool e das drogas, visando, assim, a promoção e incorporação do paradigma da redução de danos às políticas públicas de saúde⁽¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dessa revisão foi possível verificar que a evolução histórica do uso e abuso de álcool passou por profundas alterações político-ideológicas, emergindo de um sistema punitivista de tratamento até a concepção dos Centros de Atenção psicossocial cujos trabalhos se apóiam na estrutura familiar e na reinserção social como forma de tratamento.

Fatos esses resultantes da reforma psiquiátrica, a qual desencadeou mudanças gradativas na política nacional de saúde. Assim, promovendo um modelo de tratamento adequado às pessoas portadoras de transtornos mentais, dentre as quais estão inseridos os dependentes de álcool e drogas, modificando o modelo assistencial em saúde mental até então conhecido, adequando-o aos padrões internacionais recomendados pela Organização Mundial de Saúde.

Nesta perspectiva, a organização política e dos serviços de saúde mental, nos dias

atuais, segue rumo ao alcance de um modelo bastante audaz, não só por prever ações intersetoriais e trabalhos interdisciplinares de forma a alcançar um ótimo nível de qualidade de vida para as famílias e pacientes, mas também por seu amplo objetivo, que é o da promoção da saúde integralmente.

Os desafios estão, portanto, presentes e não podem ser ignorados. O alcoolismo mental está cada vez mais presente na sociedade e deve ser superado, quer seja avançando no conhecimento em relação às diretrizes da política de saúde mental ou aproximando-nos das contingências do processo de adoecimento e contribuindo para consolidar a assistência a saúde mental no âmbito social e de vida da sociedade.

REFERÊNCIAS

- 1- Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
- 2- Meloni, JN; Laranjeira, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. Rev. Bras. Psiquiatr. 2009;41(3):123-130.
- 3- Vargas D; Oliveira MAF; Araújo EC. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(7):1559-1568.
- 4- Gallassi AD. Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. Rev. Psiquiatr. Clín. 2009;2(2):18-22.
- 5- Galduroz JCF; Caetano R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. Rev. Bras. Psiquiatr. 2009;42(4):138-142.
- 6- Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004;1(1):139-148.

- 7- Alvarez AM. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. Rev. Bras. Psiquiatr. 2007;21(3):96-112.
- 8- Lopez MA, Perez GH, Garcia HI. Previniendo el alcoholismo. Rev Cubana Salud Pública. 2008;5(2):32-38.
- 9- Ribeiro M. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. Rev. Bras. Psiquiatr. 2009;41(6):118-122.
- 10- Amarante P. O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003;2(3):128-132.
- 11- Hingson RW, Zha W. Age of Drinking Onset, Alcohol Use Disorders, Frequent Heavy Drinking, and Unintentionally Injuring Oneself and Others After Drinking. Journal Pediatrics. 2009;45(17):1355-1368.
- 12- Meloni JN, Laranjeira R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. Rev. Bras. Psiquiatria. 2009;36(2):148-153.
- 13- Gigliotti A, Bessa MA. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. Rev. Bras. Psiquiatria. 2009;32(3):122-126.
- 14- Coimbra VCC, Oliveira MM, Vila TC, Almeida MCP. A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. Rev Eletrônica de Enfermagem UFG. 2005;7(1):113-117.
- 15- Silva SÉD. A educação em saúde como uma estratégia para enfermagem na prevenção do alcoolismo. Rev. Psiquiatr. Clín. 2007;1(3):32-40.
- 16- Villela SC, Scatena MCM. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. Rev. Bras. Enferm. 2004;1(13):52-64.
- 17- Kantorski LP. O conhecimento produzido em saúde mental e sua aplicação nos serviços. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2007;8(2):1-15.
- 18- Silveira CM. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. Rev. psiquiatria clínica. 2009;45(1):09-13.
- 19- Machado AR, Miranda PSC. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de

álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. Rev. Hist. Cienc. Saude Manguinhos. 2007;9(1):07-14.

20- Macedo CF. A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil. Jus Navigandi, 2006;44(1):140-147.

Recebido em: 19/08/2010

Versão final reapresentada em: 17/06/2011

Aprovado em: 20/06/2011

Endereço de correspondência:

Richardson Miranda Machado
Rua São Paulo, nº 1080, apto 301, Centro.
CEP: 35500-006 Divinópolis/ MG - Brasil.
E- mail: richardson@usp.br