

## USO, ABUSO OU DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

*Dagoberto Hungria Requião*

O tema 'álcool' assume cada vez mais grande importância e relevância social do ponto de vista da sociedade como um todo, mas especialmente na comunidade escolar, pelos seus aspectos socioeconômicos, de saúde e de segurança, sendo talvez um dos mais desafiadores tanto para quem escreve quanto para quem se dispõe a estudá-lo.

Todos nós, professores, alunos e familiares, de alguma forma, já tivemos, temos ou teremos de enfrentar situações que envolvam o uso ou o abuso do álcool, em todas as fases de nossas vidas. O álcool e seus efeitos é uma das drogas mais antigas que o homem conhece, vide no livro do Gênesis, "E como Noé era lavrador, começou a cultivar a terra, e plantou uma vinha. E tendo bebido do vinho, embebedou-se e apareceu nu na sua tenda". (Gen. 8,20-22).

Desde a antiguidade o álcool está vinculado a comemorações, festas, rituais religiosos, mistérios de fé etc. Apesar disso, poucos países proíbem o fabrico e o consumo do álcool, sem conseguir impedir seu consumo por parte da população, com todas as implicações decorrentes do seu uso ou abuso. Como veremos adiante, a presença universal do álcool não significa que quem o usa seja considerado um alcoólico, pois a maior parte da população mundial faz uso não abusivo do álcool, sendo por diversos motivos uma substância considerada legal e de uso social. O álcool não é considerado droga pela sociedade, mas é uma droga muito perigosa, geralmente quando apresentada às crianças no próprio seio familiar.

A sociedade comporta-se de forma bastante cínica em relação ao álcool, pois ao mesmo tempo em que incentiva o uso, com maciças propagandas na mídia, rejeita totalmente os indivíduos que abusam do álcool ou mesmo adoecem por causa dele. Essa não aceitação faz com que essas pessoas sejam consideradas fracas de caráter, malandras, insensíveis, perigosas, rejeitadas e excluídas do convívio social de forma estigmatizante e preconceituosa, diferentemente do que acontece com a maioria das patologias, que cursam com alterações comportamentais.

Poucas doenças estigmatizam tanto quanto o portador de problemas com o álcool, assim como rejeitam e pré-julgam o doente. Essa rejeição social traz enormes entraves ao enfrentamento desse problema, tanto por parte da família quanto da sociedade e da própria medicina, pois as famílias relutam durante muito tempo a procurar ajuda especializada. Os portadores do alcoolismo, ou também chamado pelos especialistas de Síndrome de Dependência ao Álcool, quando diagnosticados são profundamente desacreditados em virtude da aparência física e do grau no qual o comportamento possa representar risco aos outros. Violência, agressões e tumultos sempre estão associados à intoxicação alcoólica.

Assim, compreender a doença alcoólica exige de cada um o desprendimento da postura preconceituosa e moralista existente e a aceitação de que o alcoolismo é uma doença incurável, progressiva e fatal, mas que pode ser detida e controlada.

O professor irá abordar, na maioria das vezes, não os alunos já portadores da doença, que serão minoria, mas sim jovens que estão bebendo de forma absolutamente prejudicial e que precisam de orientação precisa, compreensiva e assertiva sobre os riscos para a sua saúde.

Os comportamentos desses indivíduos estão sempre associados a medo, raiva, revolta, violência, agressividade e tumultos. Esse tipo de ação não acontece obrigatoriamente em situações comuns na escola, mas estarão sempre dependendo do grau de intoxicação que o jovem possa apresentar.

Com base nessas informações básicas, fundamentadas cientificamente, os mestres se sentirão muito mais seguros e confiantes, não hesitantes, e assertivos em lidar com alunos em situação de crise.

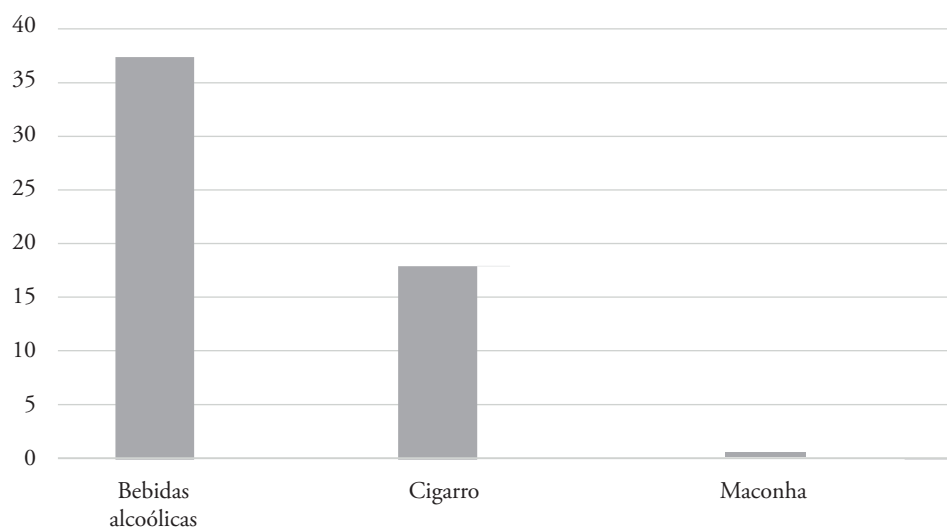
Álcool é a droga, entre as lícitas e ilícitas, que mais avança no consumo entre jovens, apesar de muitas pessoas acreditarem que não. Atualmente, os jovens bebem muito e de forma altamente prejudicial e não há mais distinção entre o beber dos meninos e o das meninas. Elas bebem hoje as mesmas quantidades e tipos de bebidas que os meninos. Nos últimos anos houve significativas mudanças no contexto familiar, com evidentes modificações nos relacionamentos entre pais e filhos. Com essa cisão da família, muitos valores foram alterados, e a linha que separa o 'muito absurdo' do 'muito normal' está cada vez mais tênue: jovens bebem com o estímulo dos pais, e estes têm dificuldade em impor limites. A apresentação dos jovens às bebidas alcoólicas é muitas vezes servida pelos próprios pais, pois 'uma espuminha da cerveja não vai fazer nenhum mal'. A sociedade em 'modernização' e mais liberada está abrindo mão de muitos valores e deixando de cumprir algumas normas preestabelecidas, prejudicando principalmente a juventude.

As pesquisas feitas no Brasil entre estudantes do ensino fundamental e do ensino médio de escolas públicas e particulares vêm apontando o início da experimentação de álcool em faixas etárias cada vez mais precoces.

Na década de 1970, o primeiro uso de álcool acontecia entre os 16 a 18 anos, sendo que duas décadas após a faixa de início de uso caiu para 12 a 13 anos. Atualmente, pesquisas têm mostrado que a faixa etária de uso experimental está diminuindo, mesmo com a proibição de venda de bebidas alcoólicas para menores. Outro dado bastante preocupante (citado em Congresso de Psiquiatria On Line, 2020) é que devido à pandemia do Covid-19 neste ano de 2020, já são percebidos em consultórios

médicos, ambulatorios, serviços de emergência, um aumento significativo de pessoas abusando do álcool. Da mesma forma, dados da FIOCRUZ (ConVid) mostram que, entre as pessoas entrevistadas (44.062), 53% responderam ter se sentido mais ansiosas e deprimidas após o início da pandemia, inclusive aumentando o consumo de álcool em 18%. Entre os jovens de 18 a 29 anos, 70% informou que tem estado mais ansioso e nervoso. Entre os fatores já identificados relacionados ao consumo abusivo de álcool que levam à dependência são: a mudança de estilo de vida exigida por estes novos tempos; a permanência maior das famílias dentro de casa; o trabalho à distância (homeworking); o afastamento dos grupos de seus convívios sociais; a persistente tensão pelo risco da perda do emprego. Muitos indivíduos que conseguiam manter-se abstinência em relação ao álcool, recaíram.

**Gráfico 1** – Porcentagem de uso de álcool, maconha e tabaco no último mês, em 2005.



**Fonte** – Adaptado de Carlini, 2005.

De acordo com o gráfico anterior, em levantamento domiciliar feito em 2005 em 108 das maiores cidades do país com indivíduos de 12 a 65 anos, verificou-se que 35,3% dos entrevistados tinham feito uso de álcool no último mês, 0,6% tinham feito uso de maconha e 19,8% de tabaco, respectivamente. (CEBRID; SENAD; UNIFESP, 2005).

Diferentemente do que é noticiado na mídia, as drogas mais consumidas pela população adulta são o álcool e o tabaco. Pela forte pressão que essas indústrias exercem sobre as pessoas, levam-nas a acreditar que o álcool e o tabaco, que são consideradas drogas socialmente aceitas, não causam danos à saúde. Não se deve esquecer que os pais têm enorme responsabilidade na conduta que os filhos possam ter com alguma experiência com bebidas alcoólicas.

O Brasil nas últimas décadas, por meio de organizações governamentais, centros de excelência e universidades, tem podido avaliar, mediante levantamentos epidemiológicos que fornecem dados diretos do consumo de drogas, a real situação das drogas em uma determinada comunidade. Diversos levantamentos têm propiciado uma radiografia do comportamento das drogas, quais os tipos mais

prevalentes, quais as populações em condições de risco etc. Esses levantamentos envolvem diversos setores da comunidade, pesquisas com estudantes de ensino fundamental, médio e universidades, tanto públicas quanto privadas, pesquisas nas residências dos entrevistados, crianças em situação de rua, entre outros. O Primeiro Levantamento Domiciliar (2001) sobre uso de drogas psicotrópicas foi obtido em questionários que foram entregues a cidadãos das 107 maiores cidades do país. Considerando somente o álcool, a pesquisa mostrou que 68,7% das pessoas já tinham experimentado álcool pelo menos uma vez na vida. Evidenciou também que pessoas que preenchiam os critérios diagnósticos para dependência chegavam a 11,2% dos pesquisados.

Quatro anos após (2005), no Segundo Levantamento familiar, 75% das pessoas já tinham experimentado álcool pelo menos uma vez na vida e 12,3% foram diagnosticados como dependentes do álcool. As idades pesquisadas variavam dos doze aos dezesseis anos, e surgiram então os primeiros indícios de que as crianças em idades mais precoces já se relacionavam com o álcool de forma prejudicial.

O V Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública das 27 Capitais Brasileiras (2004) revelou dados preocupantes encontrados nos questionários. É importante salientar que esses levantamentos são feitos de forma absolutamente confidencial, sendo que os alunos não fornecem nenhuma informação que permita que sejam identificados. Isso faz com que a veracidade das informações fornecidas seja considerada de absoluta confiança.

A pesquisa identificou que o início da experimentação do álcool aconteceu em média aos doze anos de idade, e que esse uso foi feito em suas casas, com bebidas usadas pelos próprios pais. Apesar disso, não são encontrados relatos de intoxicações sérias ou 'beber prejudicial' nessa faixa etária. Demonstrou, contudo, que 65,2% dos entrevistados já haviam experimentado álcool pelo menos por uma vez na vida, que 63,3% já haviam feito algum uso no último ano e que 44% haviam usado bebidas alcoólicas no último mês. Chama a atenção, de forma bastante preocupante, que 11,75% relataram uso de bebidas seis ou mais vezes no último mês e 6,7% fizeram uso de bebidas vinte ou mais vezes no mês. Esses dois índices revelam características de 'beber frequente' e 'beber pesado'. A reflexão necessária aqui, é que, apesar de não termos uma epidemia de drogas, conforme apregoadado, não podemos minimizar as relações que os jovens vêm tendo com as bebidas alcoólicas. A participação da família e principalmente da escola é de extrema importância. Atualmente, é crescente o número de alunos que são flagrados em pleno colégio, e mesmo em sala de aula, fazendo uso de bebidas (tubão) em atitudes desafiadoras. É importante anotar que nos últimos anos têm havido um crescimento no consumo de bebidas energéticas. Essas bebidas, longe de parecerem seguras para a saúde, associadas ao álcool trazem problemas sérios para o organismo humano, tanto físico quanto mentalmente. Os componentes contidos nesses energéticos são: vitaminas, cafeína, taurina (desintoxicante), suplementos de ervas e açúcar ou adoçantes. Como se trata de uma bebida doce, ela mascara o sabor do álcool que é ingerido junto, contribuindo para o maior consumo de bebidas alcoólicas, colocando os jovens, perigosamente, na direção do alcoolismo. A cafeína, que é um estimulante da atividade cerebral, quando usada em excesso, determina o aumento da sensação de euforia e diminui a percepção da embriaguez.

Esse fato estimula os jovens a terem conduta de risco, tanto físicos quanto comportamentais. Por isso, o uso frequente de energéticos está associado a um risco significativamente maior de desenvolver a dependência do álcool.

A compreensão deste artigo exige a necessidade do conhecimento de termos que são usados na problemática do álcool e que permitem uma compreensão mais adequada do que é essa grave condição médica.

Sendo assim, vamos aos termos:

- droga: é toda substância natural ou sintética que, introduzida no organismo vivo, modifica uma ou mais de suas funções, produzindo alterações em seu funcionamento. Diferentemente do que se pensa, o álcool é uma potente droga que age sobre o sistema nervoso cerebral.
- síndrome de dependência ao álcool: é um conjunto de elementos, como tolerância, sintomas de abstinência, dificuldades em controlar o consumo, gasto de muito tempo e dinheiro para conseguir a bebida, e tentativa frustrada de tentar diminuir ou parar o consumo do álcool.
- síndrome de abstinência: são sinais e sintomas que aparecem quando o indivíduo dependente diminui as doses ou tenta parar de usar o álcool. Esses sintomas vão se agravando até a possibilidade de causar a morte do usuário. São sintomas da abstinência: suores, frequência cardíaca maior do que 100 batimentos por minuto, tremores de extremidades, insônia, náusea, vômitos, ilusões, alucinações (táteis, visuais, auditivas), agitação, convulsões.
- tolerância: é quando o organismo necessita de doses cada vez maiores de álcool para conseguir determinado efeito. Com o tempo há uma adaptação do cérebro a essa quantidade e então são necessárias várias doses a mais para se atingir o mesmo efeito que se conseguia anteriormente.
- intoxicação: mudanças físicas e psicológicas decorrentes do uso intensivo de álcool em curto período de tempo.
- uso problemático: é o uso de álcool de forma a causar problemas para si mesmo ou para os outros.
- uso abusivo: qualquer consumo que cause ou ameace causar danos à saúde física e mental do indivíduo, e consequências sociais. Pode ser confundido com uso problemático.
- uso experimental: experimentação de álcool ou outro tipo de droga alguma vez na vida, o uso é feito em situações específicas, sem continuidade.
- uso moderado: muito difícil de definir, pois ele se confunde com o beber social. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é aceitável o uso de até 15 doses por semana para os homens e 10 doses para as mulheres, sendo que uma dose equivale a 40 mL de destilado, 350 mL de cerveja ou 150 mL de vinho.

Não há mais nenhuma distinção entre homens e mulheres de todas as raças e classes socioeconômicas que estejam fazendo uso ou abuso do álcool.

## ENTENDENDO O DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE

O período de latência inicia-se por volta dos 7 a 8 anos em uma primeira fase e dos 9 aos 11 anos em uma segunda fase, e aproxima a criança muito perto da fase da adolescência. A característica principal dessa fase é a subordinação total aos pais. A criança passa a conhecer o que é ser adulto por intermédio dos pais, professores e outras pessoas significativas ao seu redor. Os pais podem explicar tudo, existe uma confiança de que eles, como adultos, sabem tudo. Essa tentativa de compreender o adulto do ponto de vista da criança determina um predomínio do interesse do aprendizado. Consolida-se então o interesse pelo mundo que a cerca. Nessa fase, ainda pelo não desenvolvimento da sexualidade, a criança tende a reunir-se em grupos do mesmo sexo, na sequência, o interesse em participar de grupos com o sexo oposto caracteriza a segunda fase desse período, onde as ansiedades pré-adolescentes se manifestam.

Falamos, então, na Síndrome da Adolescência Normal. No desenvolvimento dessa síndrome, podemos identificar cada passo em direção à vida adulta. Assim, a primeira manifestação é a busca de seu verdadeiro 'eu' e de sua identidade como pessoa. Não podendo ainda identificar claramente sua nova condição, é preciso 'renascer', e tal qual um segundo parto, o filho nasce da família para entrar na sociedade.

O despertar para a adolescência é de difícil compreensão e convivência, tanto para o jovem quanto para seus pais. Muito grande para ser criança e muito pequeno para ser adulto, o jovem se coloca em situação de indiferenciação tal qual aconteceu nos primeiros anos de sua vida. O seu novo eu e a sua identidade representam um processo de busca e paixões repentinas, transições bruscas de motivações dão colorido a esses momentos.

As modificações corporais e de personalidade, originadas das alterações hormonais, vão determinando a necessidade de constantes adaptações. Em uma velocidade muito grande, essa 'explosão' em seu desenvolvimento é atordoante.

É preciso lidar com suas primeiras perdas, como a do corpo infantil, depois de muito tempo convivendo com uma estrutura física a qual estava acostumado, o jovem vai percebendo as mudanças em seu esquema corporal. Além disso, tem o despertar da sexualidade, determinado pelas modificações hormonais. É muito grande a defasagem entre o desenvolvimento físico e o emocional.

Os jovens apresentam grandes oscilações de humor nessa fase, às vezes agitados, depressivos, com choro fácil, lamúrias e tendências ao isolamento. Em determinados momentos agem, decidem e argumentam como adultos, fazem planos mirabolantes, para já, no momento seguinte, serem inseguros, indecisos e incapazes de tomar decisões. Expressam seus pensamentos de forma clara, raciocínios lógicos, contestações apropriadas e partem de um pensamento concreto para um raciocínio hipotético.

É comum a necessidade de o jovem fantasiar e questionar suas crenças religiosas. Parece que o mundo ao seu redor não o compreende, então busca uma dimensão religiosa e espiritual que o ajuda a experimentar novas experiências, com um objetivo mais claro e possíveis definições para melhor

compreendê-lo. Não estabelece, contudo, vínculo duradouro com nenhuma profissão religiosa, pois nada o satisfaz, mas no futuro tende a seguir a religião dos pais.

Os jovens também apresentam condutas contraditórias, passando da agressividade à amabilidade em poucos minutos. Agressivos e gentis, desenvolvem intensas atividades reivindicatórias. Não conseguem compreender o que está acontecendo. Além disso, a jornada é bastante penosa. Os desafios que estão enfrentando geram tal sofrimento que a solução inconsciente para esse alívio é o sono. Toda realidade que eles estão enfrentando torna-se tão angustiante que é necessário ‘fugir’, dormindo. Há uma espécie de bloqueio com o jovem se fechando em si mesmo que dificulta, inclusive, a comunicação.

A insegurança faz com que passe a se preocupar com o seu corpo e com a sua aparência, com isso procura moldá-los praticando exercícios físicos intensos, musculação etc., pois tem dificuldade em se reconhecer, não se vendo criança nem adulto.

Nas meninas, esse comportamento é muito mais característico. Elas antecipam comportamentos imitados de mulheres com as quais se identificam. Nada parece bem, mudam o corte de cabelo e as roupas frequentemente, mas nunca estão satisfeitas, é uma busca por saber ‘quem sou’. Mas, como agora os jovens dispõem de mais liberdade, partem em busca de amenizar suas ansiedades em relação à própria falta de referência e identificação, procurando tudo isso em seu grupo de amigos.

Quando os jovens fazem parte de um grupo que os aceitam como eles são, e que se identificam pelos modismos, posições políticas, ideologias e visões filosóficas da existência, sentem-se amparados. Por fim, suas atitudes sociais passam a ser reivindicatórias, pois se percebem como parte integrante de uma coletividade. Por isso, querendo ser diferente, mas acabam como todos os demais jovens de seu convívio. A observação de um grupo de jovens prova esse fato. O crescente interesse pelo sexo oposto, as primeiras experiências com a sexualidade e a necessidade de autoafirmação deixam o jovem confuso.

Outro luto a ser elaborado é a perda dos pais infantis. Aqueles pais que eram o máximo, que sabiam tudo, que tinham respostas para tudo, que eram a fonte de solução de todas as suas dúvidas, precisam ser desvalorizados, pois é a única forma de se tornar independente. O diálogo se complica, pois os desejos de independência se reforçam com as críticas que recaem sobre os pais. Estes se obrigam, então, a concordar com as exigências de autonomia, que são aceitas com facilidade. Os pais fantasiam que adotar uma postura dura e intransigente faria com que o filho, pela impulsividade, saísse de casa.

O equilíbrio e o bom senso nas ações dos pais no relacionamento com o adolescente devem seguir uma estratégia de ‘solta e puxa’, ou seja, dizer ‘sim’ sempre que possível, mas não hesitar quando o ‘não’ for preciso. Essa flexibilidade, tanto do pai quanto da mãe, é necessária e útil para que não se estabeleça um afastamento emocional do jovem com os pais.

Nessa fase todos os padrões estabelecidos são questionados, bem como criticadas todas as escolhas de vida feitas pelos pais, buscando assim a liberdade e autoafirmação. A ruptura é traumatizante para os pais que precisam entender essa necessidade. O relacionamento com a família e com a escola torna-se mais conflitivo, pois há a necessidade de provar a ele mesmo e aos outros que ele sabe tudo, que já é adulto, apesar de ainda não o ser.

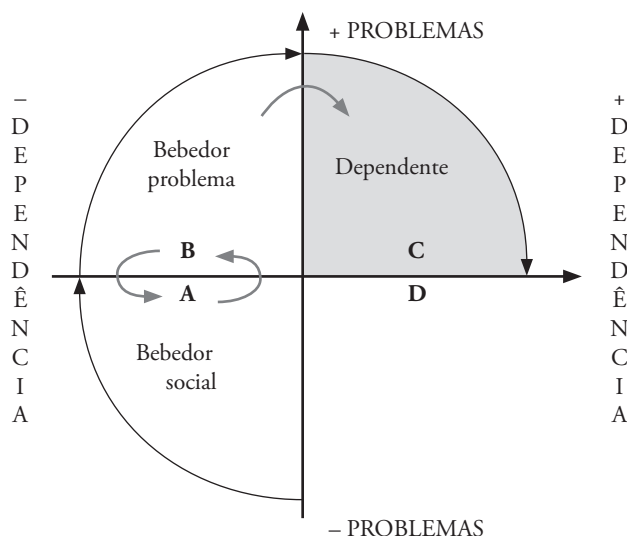
Pertencer a um grupo passa a ser fundamental para seu desenvolvimento, pois é muito gratificante a sensação de fazer parte de amigos que compartilham de seus interesses. Para quem está perdendo sua identidade infantil e evoluindo para uma identidade adulta, usar álcool, fumar e usar outras drogas é sinal de maturidade. É aí, ‘junto aos seus’, que repartirá suas dúvidas de quem sou eu? Para onde vou? Por que existo? etc. O fato de o álcool ser considerado socialmente legal diminui a preocupação pelo seu uso.

Com a intensidade das emoções desse período conturbado – pelas culpas, vergonhas e indefinições – a presença de uma substância que desinibe (no caso o álcool) faz esquecer as ‘dores’, melhora a autoconfiança, relaxa nos contatos sociais, principalmente com o sexo oposto, encontrando no beber social um alívio para sua confusão.

Estar no grupo é ‘estar na onda’ e passar a usar o álcool com significado ritualístico representa a possibilidade efetiva de ter um passaporte para a aceitação de todos, principalmente dos colegas, professores e demais, pois agora se considera adulto. A imagem mais forte desse momento é o jovem ou a jovem fazendo uso provocativo e acintoso de bebidas, em público. Esse comportamento desafiador faz parte de sua convicção de ter a liberdade de fazer suas próprias escolhas. A relação estabelecida com o álcool pode – dependendo da história familiar, uso de bebidas pelos pais, carga hereditária etc. – colocar o jovem em perigo. Quanto mais precocemente ele começar a beber, mais probabilidade terá de se tornar no futuro um dependente alcoólico. Na sua conduta ‘adulta’ o jovem acredita que conseguirá parar de beber quando quiser, pensa ter domínio total sobre sua ingestão, mas corre muito risco com a probabilidade de não conseguir. Assim, o inocente ‘beber socialmente’ pode se transformar rapidamente em beber problemático.

## O PROBLEMA ALCOÓLICO

**Figura 1** – Esquema da evolução da doença alcoólica.



**Fonte** – Adaptado de Ramos e Bertolote, 1997.

Vamos aprender agora como acontece com a ‘marcha’ da doença alcoólica a partir do momento em que uma pessoa experimenta bebida alcoólica pela primeira vez. Vamos acompanhar essa evolução seguindo a imagem anterior.

Observe as duas linhas que se cruzam, uma vertical com uma horizontal:

- na linha horizontal (da esquerda para a direita) há ausência de qualquer sinal de dependência e no seu extremo oposto há presença de sinais de dependência;
- na linha vertical, da mesma forma, na parte inferior não há existência de problemas e na superior há presença de problemas.

Não importa aqui que tipos de problemas, pois esses serão vistos na sequência deste capítulo. Identificamos então quatro quadrantes, representados pelas letras A, B, C e D:

- a) são colocados no primeiro quadrante (A) aqueles indivíduos que bebem, mas não apresentam problemas nem têm sintomas de abstinência, poderíamos chamá-los de bebedores sociais ou bebedores normais, o que aliás não é fácil caracterizar claramente devido à ampla variação de formas de beber. A maior parte das pessoas bebe moderadamente e representa a maior parte da população adulta, sem que essas pessoas sejam rotuladas como doentes alcoólicas. A cultura de determinada população, a influência desta no ambiente familiar, as práticas religiosas menos tolerantes em relação ao beber, estão associadas a um consumo mais moderado de bebidas alcoólicas;
- b) no quadrante (B) estão os indivíduos que, sem apresentarem sintomas de abstinência, já passam a apresentar problemas comportamentais, por exemplo, beber e dirigir, complicações clínicas etc., esses podem ser chamados de bebedores problema. A quantidade de bebida ingerida e o padrão de uso são levados em consideração para essa caracterização de beber problemático. Supõe-se que fatores ambientais (ambiente familiar com eventos estressantes frequentes) e genéticos estejam envolvidos nesse padrão de beber. Em relação à genética, estudos tendem a confirmar a existência da predisposição genética para os comportamentos de consumo. Filhos de pais alcoólicos têm probabilidade de 25% de desenvolverem a doença;
- c) no quadrante (C) estão, então, os dependentes, que apresentam problemas mais graves do que os bebedores problema e têm evidentes sinais de dependência ao álcool.

Note que não existe nenhuma categoria de bebedor no quadrante (D), pois seria incompatível com a ausência de problemas, sendo o indivíduo portador dos sintomas de dependência.

Ainda referente ao gráfico, observe que os chamados de bebedores sociais podem, no correr do tempo, evoluir para bebedores problemas e que, com a aceitação de tratamento ou mesmo por decisão própria, podem voltar a beber socialmente. O mesmo não acontece com os bebedores que evoluem para dependentes do álcool, pois essa condição diagnosticada por médico especialista implica na

impossibilidade de jamais voltar a beber socialmente, caracterizando, dessa forma, a abstinência total, condição obrigatória para o resto da vida.

A evolução do beber social até a dependência não acontece de uma forma sequencial, não é como se o gráfico fosse o mostrador de um relógio. Um indivíduo pode ser um bebedor social durante toda a sua vida mesmo que em determinados períodos faça uso abusivo de álcool. O bebedor problema não conseguirá permanecer nessa condição por muito tempo sem ajuda médica.

Não é possível estabelecer por quanto tempo um indivíduo que tenha uma história familiar de alcoolismo, e as vulnerabilidades – sociais, psicológicas e biológicas – permanecerá em cada uma dessas fases. Existem estudos que estimam que a partir do momento em que um indivíduo inicie sua vida alcoólica e que tenha esses fatores desencadeantes, leve de 9 a 12 anos para desenvolver a doença.

## FATORES DE RISCO E FATORES DE PROTEÇÃO

Quando falamos em fatores de risco e fatores de proteção estamos na realidade estabelecendo quais parâmetros que pais e professores devem usar para acompanhar a vida de seus filhos e alunos no tocante ao risco de uso ou abuso do álcool e de outras drogas.

Fatores de risco:

- um ambiente familiar desestruturado, com conflitos de relacionamento, agressividade, com uso de álcool pelos pais ou pessoas que convivem nesse ambiente com o jovem aumentam os risco de seu envolvimento com o álcool;
- dificuldades de aceitação do ‘eu’, parte indissolúvel da fase de desenvolvimento em que o jovem se encontra. As modificações físicas decorrentes das alterações hormonais criam insatisfações e não aceitação de seu próprio corpo;
- os relacionamentos conflitivos com os familiares que não entendem o seu comportamento e as constantes reprovações dos pais determinam revoltas e culpas, modificando a imagem que tem de si mesmo, fazendo-o sentir-se desrespeitado, desconsiderado, com reflexos em sua autoimagem e autoestima;
- as exigências frequentes e o consumismo encontram resistência dos pais, que negando seus pedidos acabam desencadeando reações incontroláveis, mostrando as dificuldades em lidar com as frustrações;
- a falta de habilidade de circulação nos meios sociais, mesmo de jovens de sua idade, pode, por características de sua personalidade (timidez), dificultar suas relações sociais;
- próprio da fase da vida, a busca e a necessidade de ‘emoções fortes’ podem facilitar o acesso ao uso ou abuso do álcool ou outras drogas. Essa fase torna a criança ou o jovem impulsivo, desafiador de perigos e sem medo;

- a convivência nos grupos, que nessa etapa da vida é necessária para a consolidação de sua personalidade, pode representar risco intenso de envolvimento com drogas se estas são aceitas e usadas pelos seus grupos;
- a atividade cada vez mais intensa dos pais no trabalho, cada vez mais exigente, dificulta grandemente o estabelecimento de diálogos com os filhos;
- a sociedade moderna cria condições de acesso fácil e disponibilidade da droga de forma intensiva e praticamente sem controle das autoridades. Mesmo o álcool, proibido para menores, é facilmente adquirido. A tolerância do ambiente ao uso de drogas, uma cultura permissiva de uso de droga, coloca o jovem como presa fácil para o envolvimento danoso com qualquer tipo de droga.

Fatores de proteção:

- um ambiente familiar sadio, com estreitos laços familiares, com seus membros em relacionamento harmônico e pais muito próximos de seus filhos, acompanhando-os na dura ‘travessia’ do ‘ser criança para ser adolescente’ e mesmo depois na fase de adulto jovem, um ambiente tanto em casa quanto na escola de regras claras, coerentes, constantes e universalizadas;
- a busca de oportunidades de lazer e inserção social, em que possa realizar seu projeto de vida;
- o jovem precisa saber exatamente o que se espera dele e que o consumo de álcool não é tolerado;
- o envolvimento dos pais com as atividades da escola, com participação ativa e voluntária, faz o aluno também ser participante ativo;
- vinculação com associações esportivas que estimulem práticas esportivas sadias, e que promovam socialização saudável em grupos que não façam uso de álcool e outras drogas;
- o estímulo à participação e ao envolvimento em projetos comunitários;
- a busca e o conhecimento de informações técnicas confiáveis, para sobrepor-se às informações correntes distorcidas e preconceituosas.

## EVOLUÇÃO DO PROBLEMA ALCOÓLICO

A experiência humana na sua relação com o álcool geralmente começa com o uso aleatório de algum tipo de bebida, geralmente em ambiente social.

Considere hipoteticamente que um jovem que tenha seu primeiro contato com bebida alcoólica pode de início estranhar o gosto, a ‘queimação’ na garganta e estômago, tontura e certa sonolência. Essa experiência é única. O álcool ingerido promove relaxamento, desinibição, melhora da autoconfiança

e diminuição da ansiedade. Faz a pessoa sentir-se muito bem. Experiências com os mais variados tipos de bebidas vão estabelecendo qual a sua preferência, que efeitos mais intensos ou não são sentidos. Esse aprendizado é por experimentação e o acompanhará pelo resto de sua vida.

Quando aprendemos a andar de bicicleta, não temos um manual de como fazê-lo. É com insistência, receios, medo de quedas, insegurança que vamos tentando acertar o equilíbrio até conseguirmos pedalar. Com a bebida, comparativamente, é também com essa experimentação prática que os receios com o contato com o álcool vão sendo superados. Essa experiência, tal qual com a bicicleta, é levada por toda a vida do indivíduo.

Aprendido, o uso inicial é absolutamente ocasional. Não representa que após essa descoberta ele passe a iniciar uma sequência de ingestão frequente. A participação em eventos com os amigos e a facilidade com que consegue 'se enturmar' colocam-no na cultura do beber e no *happy hour*, que é o encontro de amigos para aliviar o estresse após um dia de escola ou trabalho. Beber passa a ser um componente indispensável nas suas participações sociais e esportivas, pois é extremamente gratificante sentir-se bem e feliz.

Os ocasionais usos do álcool fazem com que superestime os períodos em que se sente feliz sob o efeito da droga. Eventuais excessos, desconfortos físicos ou psicológicos fazem com que beba sem remorsos. Diz-se que ele pode 'pagar o custo' dos eventuais problemas que possa ter tido após um evento em que tenha bebido. Os maus momentos passados, a lembrança de eventuais inadequações de comportamento, discussões mais acaloradas ou mesmo tentativas de confronto físico são minimizados ou negados.

O jovem não percebe que algo de errado possa estar acontecendo com sua saúde. Considera que os porres que tem tomado não tem significado maior do que 'não consegui dizer chega'. Esses porres podem se caracterizar pela ingestão de grandes quantidades de bebidas alcoólicas em curto espaço de tempo. Cinco ou mais doses para homens ou quatro a cinco doses para as mulheres.

Esse tipo de beber é muito prejudicial, pois não se conhece ainda quais efeitos serão desencadeados no bebedor, como a agressividade, impulsividade e violência. Em média, e dependendo de fatores como o peso, ter ingerido alimentos ou não, tipo de bebida, velocidade da ingestão e outros, leva mais de uma hora para que o organismo processe e elimine uma dose de bebida.

Observe a seguir as equivalências em unidades de álcool em cada tipo de bebida.

## Unidades de álcool em cada dose de bebida

Considera-se uma unidade para cada 10 gramas de álcool. Lembre-se: uma dose é igual a uma lata de 330 a 350 mL de cerveja, 140 mL de vinho ou 40 mL de pinga, uísque ou vodca. Considerando então os volumes equivalentes a uma dose, sua concentração, quantidade de álcool puro em cada dose, é possível estabelecer quais as concentrações de álcool no sangue, após o uso de bebida. (FORMIGONI *et al.*, 1992).

## Concentração de álcool nos diversos tipos de bebida

É muito importante entender a quantidade de álcool encontrada em cada tipo de bebida, pois cada uma apresenta uma quantidade de álcool diferente a cada dose ingerida. Assim:

- cerveja ou *cooler* têm uma porcentagem de 3,5% de álcool;
- vinho tem, em média, uma porcentagem de 12% de álcool;
- vinhos fortificados têm uma porcentagem de até 20% de álcool;
- uísque, vodca e pinga têm uma porcentagem de 40% de álcool.

Quando nos referimos ao álcool, estamos falando da substância química etanol, que é obtida por processos de destilação, sendo extremamente tóxica para o nosso organismo. Sendo assim, temos de entender o que é chamado de dose dose-padrão. Como a densidade do álcool é de 0,79 g/ mL, em 17 mL de álcool (etanol) puro existem 14 gramas de álcool.

Compare o quadro a seguir:

**Quadro 1** – Uma dose-padrão de álcool equivalente.

40 mL de pinga, vodca, uísque etc.	85 mL de vinho do Porto, vermouths ou licores.	140 mL de vinho de mesa.	340 mL de cerveja ou <i>chopp</i> = 1 lata de cerveja.	600 mL (uma garrafa de cerveja contém duas doses).
------------------------------------	--	--------------------------	--	--

**Fonte** – Supera, [s.d.], p. 14.

**Quadro 2** – Concentração sanguínea equivalente à dose de álcool de acordo com o peso corporal.

Concentração 30 minutos após a ingestão	60 kg	70 kg	80 kg
1 lata de cerveja (350 mL) 1 dose de vinho tinto (140 mL) 1 dose de uísque (40-50 mL)	0,27 g	0,22 g	0,19 g
2 latas de cerveja 2 doses de vinho tinto 2 doses de uísque	0,54 g	0,44 g	0,38 g
3 latas de cerveja 3 doses de vinho tinto 3 doses de uísque	0,81 g	0,66 g	0,57 g

**Fonte** – Formigoni *et al.*, 1992.

É importante também conhecer os padrões de uso que um indivíduo pode ter e quais são as evidências físicas e comportamentais às quais ele está sujeito, dependendo da quantidade de doses que ingeriu. Observem no quadro a seguir.

**Quadro 3** – Relação entre dose de bebida alcoólica e efeitos no organismo.

-	SINTOMAS
1 a 2 doses	Euforia, sensação de bem-estar, desinibição, sociabilidade, sensação de prazer, alegria desproporcional, leve comprometimento da autocrítica, comportamentos de risco.
3 a 5 doses	Fala arrastada, lentificação dos movimentos, reflexos diminuídos, andar hesitante e incoordenado, dificuldades de concentração, atenção dispersa, lentificação de pensamento.
Mais de seis doses	Diplopia, náuseas e vômitos, dificuldades de raciocínio, agravamento da concentração, piora acentuada da capacidade de responder adequadamente a estímulos, comprometimento sério da autocrítica, tendência à violência.

**Fonte** – Adaptado de Gigliotti; Guimarães, 2011.

A Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro), foi criada e aprovada para reduzir os acidentes causados por motoristas dirigindo sob efeito de álcool. Antes da criação da Lei Seca, a ingestão de álcool permitida era de até 6 decigramas por litro de sangue, o que equivale aproximadamente a dois copos de cerveja, por exemplo. Quando sancionada, a lei permitia 0,1 mg de álcool por litro de sangue dos motoristas. Essa lei também proíbe a venda de bebidas alcoólicas ao longo de rodovias federais. As alterações nos artigos dessa lei foram, com o passar dos anos, sendo cada vez mais aperfeiçoadas. Assim, a lei atual em vigor modifica o artigo 145, que trata do dirigir sob efeito do álcool, mas não menciona a quantidade de álcool na corrente sanguínea, diferentemente do que havia na redação original de 1997, portanto a tolerância é zero. (BRASIL, 1997).

Diversas iniciativas têm sido tomadas para o efetivo cumprimento da lei. A prevenção é um dos elementos mais importantes para o alcance desse objetivo e é na educação, em todos os seus níveis, que acontece a conscientização da comunidade escolar. A realização das *blitz* rotineiras no trânsito, com o uso do etilômetro, cujo apelido é bafômetro, têm mostrado também sua efetividade. Campanhas permanentes na mídia reforçariam os esforços para diminuir os custos gerados pelo beber e dirigir.

As formas de beber, as quantidades, os eventuais complicadores, tanto físicos como comportamentais, determinam no bebedor uma reação absolutamente emocional. Ele tem dificuldade em lidar racionalmente com as consequências de seu comportamento. Em qualquer uso, mesmo ocasional, pelas alterações no funcionamento cerebral causadas pelo álcool, o indivíduo já começa a ‘pagar’ um preço que pode ser muito caro (acidentes, alterações físicas e mentais, agressividade, violência).

É importante entender que essa maneira de beber, que obrigatoriamente não se repete todos os dias, não nos permite afirmar que a dependência do álcool esteja em desenvolvimento. A maioria da

população tem essa relação com as bebidas alcoólicas. Na sequência desse relacionamento, mesmo que após beber sintam-se fisicamente mal, o desconforto é superado e muitas vezes percebido como algo que está fugindo do controle, então o indivíduo passa um período de parada completa de beber ou de redução drástica do uso. Com frequência ele pode fazer reflexões sobre seu atual relacionamento com as bebidas alcoólicas, o que pode modificar seu padrão de uso para aquela fase em que beber não determinava nenhum tipo de desconforto.

Na continuação do uso e dos eventuais abusos, cresce a dificuldade de perceber o que está acontecendo e é cada vez mais difícil parar ou diminuir o consumo. Para fins didáticos, dizemos que a transformação do bebedor social para bebedor problema começa a se caracterizar. O hábito até então de não ter preferência específica para determinado tipo de bebida, indiferente ao teor alcoólico de cada uma, passa a ser mais frequente pela busca por bebidas com maior teor alcoólico. Por exemplo, abandonar as bebidas ‘mais fracas’ (fermentadas) como cerveja, vinho etc., trocando-as por bebidas mais ‘fortes’ (destilados), como uísque ou cachaça. A modificação do padrão de uso das bebidas, acompanhada por um crescimento na frequência da ingestão, leva a um aumento do custo emocional. Existe ainda a percepção de que algo de ruim possa estar acontecendo. Há um aumento do custo emocional, com eventuais períodos de tristeza ou períodos mais longos de desânimo, apatia e desinteresse. Nessa fase a pessoa tenta diminuir o uso, mas já não consegue. Então, angustia-se com a compulsão para beber.

São evidentes também as modificações na personalidade do bebedor, no trabalho ou na escola, ele torna-se mais arredio, desconfiado, tende ao isolamento, evita contato com os colegas ou superiores e professores. É comum ouvir-se: ‘Ele mudou demais seu jeito de ser’. Entretanto, tanto a frequência das alterações de humor, sintomas depressivos, cansaço frequente, desânimo, quanto irritabilidade, agressividade, impaciência, respostas inapropriadas a estímulos mínimos são sintomas que obrigatoriamente não significam um quadro de depressão clássico, mas sim uma resposta negativa às modificações que estão ocorrendo em sua vida. Cada vez mais ele vai reagir de forma intelectualizada, buscando maneiras de explicar racionalmente o que se passa com sua vida. Esse comportamento caracteriza o aperfeiçoamento dos chamados mecanismos de defesa.

## MECANISMOS DE DEFESA

Todos os seres humanos, durante seu desenvolvimento emocional, desenvolvem formas de prevenção contra o sofrimento emocional, consciente ou inconscientemente. Desde criança usamos esses mecanismos como forma de evitar o sofrimento psíquico, real ou imaginário. Os mecanismos de defesa são inconscientes e de diversos tipos. Para nosso entendimento, vamos nos fixar em três deles, mais usados por aqueles com problemas relacionados com o álcool, além da repressão que mais adiante será comentada, são eles: negação, racionalização e projeção. Durante todo o processo que se iniciou nas primeiras experimentações com o álcool, alguns mecanismos já vinham funcionando inconscientemente.

A negação é o processo inconsciente em que o indivíduo tenta descaracterizar um fato acontecido, não levando em consideração a sua inteligência. Por exemplo, um aluno sendo flagrado em um teste usando métodos ilícitos, ao ser abordado pelo professor, geralmente iniciará a frase com: ‘Não, eu não estava colando’. É importante lembrar que essa resposta não implica em que o aluno esteja mentindo. A reação imediata e instantânea é a manifestação da defesa psíquica contra as consequências que advirão de seu comportamento.

Da mesma forma, o mecanismo de racionalização implica no fato de ser tentada uma explicação, uma razão para o que aconteceu. No caso do aluno citado anteriormente, esse mecanismo poderia se manifestar como: ‘Eu estou com uma gripe muito forte e somente olhei para o lado para espirrar’. Note que, logo após a abordagem, a frase acontece imediatamente, não havendo tempo para se pensar em uma resposta. Novamente não se trata de uma mentira. A projeção tem como função aliviar o sofrimento que está por vir, isentando o indivíduo de qualquer responsabilidade sobre o fato que lhe está sendo imputado, ‘jogando a culpa’ ou projetando ela a outro. No caso do aluno, a resposta seria: ‘Era o meu colega ao lado que estava colando’.

A repressão é o mecanismo inconsciente que impede o psiquismo de acesso a componentes ameaçadores. Reprimir sentimentos de um bebedor é quando ele não consegue perceber a sua condição de perder progressivamente o controle sobre seu trabalho, família e de sua própria maneira de beber. Esses mecanismos não acontecem obrigatoriamente nessa ordem.

Voltando ao nosso bebedor, entendemos então que todo seu comportamento será baseado em mecanismos quando confrontado com a alteração de sua relação com a bebida. É evidente que esse sistema de defesa opera contra o indivíduo, pois impede a percepção óbvia das modificações que estão ocorrendo em sua vida. Mesmo com todo esse processo em andamento, ainda não temos como caracterizá-lo como doente alcoólico.

Ao observar o gráfico anterior, ainda estamos identificando um bebedor problema, que mesmo nas atuais condições da vida, mesmo na presença de algum acontecimento estressante, como a perda de trabalho, separação conjugal etc., ainda terá condições de reverter o quadro, voltando a beber socialmente. A capacidade de resgatar a saúde física e mental são fatores positivos para a sua recuperação.

A relação danosa com o álcool continua crescente, o sofrimento emocional piora e o indivíduo tem cada vez mais dificuldade em se sentir bem. As mudanças que ocorrem em seu comportamento, na sua personalidade e, a piora na intensidade de seu humor vão escapando do controle. Apesar do reforço na ação dos mecanismos de defesa, passa a maior parte do tempo intelectualizando em vez de estabelecer uma crítica adequada de sua condição. Não se pode negar que o quase incontrolável desejo de beber (compulsão), um sentimento invasivo e indesejado, ocupa o centro de suas experiências.

Sem que possamos estabelecer um momento exato em que o indivíduo se torna um dependente, como se em uma escala de cores pudéssemos saber quando a cor vermelha se transforma em cor rosa, temos que considerar o progressivo comprometimento de suas relações familiares, sociais e escolares, além de evidentes manifestações e queixas clínicas. Cada vez mais cego contra a razão, a pessoa pode

passar um período breve de abstinência e começar a questionar-se e a perceber o que está acontecendo. Não conseguindo, e forçado pela compulsão, volta a beber.

Esse beber passa a ter características especiais que vão pavimentado o caminho para a dependência estabelecida. Nessa fase, uma série de evidências vai tomando forma.

Em um indivíduo normal tanto o consumo como a escolha da bebida variam de tipo, de formas de beber, de quantidade e locais. Ele bebe em determinadas situações, nega bebida em outras etc. O comportamento de beber é modelado pelas circunstâncias. Quanto mais a dependência avança, tais elementos vão se relacionando mais com o alívio ou com o evitar a presença dos sintomas de abstinência do que pelo simples prazer de beber. Fala-se em estreitamento do repertório. O indivíduo que não tinha um padrão de beber, que bebia qualquer tipo de bebida, em qualquer ocasião ou não, com a piora do quadro, vai deixando que o álcool assuma um papel de aliviar os desconfortos e evitar os sintomas de abstinência (tremores, sudorese, náusea, ânsia de vômito, palpitação, agitação, dores de cabeça, mal-estar geral, fraqueza, alucinações ou até convulsões).

Seu padrão de uso torna-se muito mais rígido, previsível em relação à hora para beber, quantidade etc., e a bebida passa a ter prioridade sobre todas as outras obrigações sociais, de trabalho e mesmo familiares. Beber torna-se cada vez mais gratificante, pois não consegue perceber o que está acontecendo. O custo emocional é maior, há perda progressiva do controle sobre sua vida e um desgoverno total de seu comportamento.

O álcool, sendo uma droga depressora da atividade mental, determina o processo de tolerância, então surgem as frases: 'Sou muito forte para a bebida, mas atualmente bebo bem menos e já me sinto muito ruim. Parece que a bebida não faz mais efeito'. O dependente começa a perder a tolerância e torna-se incapacitado de beber a quantidade que antes aguentava sem que lhe cause algum problema. O agravamento do quadro desencadeia sintomas clínicos como tremores, principalmente no período da manhã, náuseas (há dificuldade em sentir cheiro, como o do café matinal, ou a impossibilidade de escovar os dentes), vômitos matinais, sudorese, irritabilidade. Todos esses sintomas fazem parte de seu sofrimento, assim como a raiva, as implicações com as mínimas contrariedades, os medos por reações de espanto aos menores ruídos, as ilusões, a interpretação inadequada de objetos ou mesmo as alucinações (percepções sem objeto estimulante).

Pela incapacidade de modificar o uso da bebida, o indivíduo vai perdendo o contato com a realidade e tendo um progressivo comprometimento do julgamento. Não podemos, contudo, esquecer que a síndrome de dependência ao álcool é maleável, muitas vezes surpreendente, não imutável. Esse verdadeiro 'caleidoscópio de sintomas', como alterações físicas, emocionais e comportamentais que compõem a síndrome exigem dos profissionais uma experiência ampla de todas as nuances dessa doença, possibilitando que a avaliação da história de cada paciente possa definir qual procedimento médico deve ser aplicado, a avaliação da necessidade ou não de internamento em clínica de desintoxicação, visando protegê-lo de complicações clínicas e psiquiátricas.

## IDENTIFICAÇÃO DE UM USUÁRIO

Pode parecer muito fácil a identificação de um jovem que esteja se envolvendo com álcool, mas não podemos negar que a presença de outros tipos de drogas podem também fazer parte da vida do adolescente ou adulto jovem. Familiares e professores têm grande importância e responsabilidade na percepção de que algum problema possa estar acontecendo. Os indicativos de que o jovem apresenta podem, muitas vezes, ser confundidos com comportamentos absolutamente normais, próprios da fase da adolescência, por exemplo, agressividade, alterações de comportamento etc. Não cabe nunca aos pais ou aos professores tentarem fazer um diagnóstico do que está se passando, pois esse somente poderá ser feito por um profissional especializado.

Vamos apresentar a seguir alguns indicativos de possível envolvimento do jovem com alguma substância lícita ou ilícita:

- cansaço frequente, mudanças nos hábitos alimentares, perda ou aumento do apetite (períodos de intensa ingestão de alimentos);
- uso de óculos escuros para esconder os olhos avermelhados, possível indicativo de abuso de álcool ou outra droga;
- uso de camisas de mangas compridas nos dias de calor para esconder marcas de uso de seringas de drogas injetáveis;
- uso de disfarçadores de hálito alcoólico, como dropes, balas de hortelã e pedaços de jornal mastigados (o papel absorvente do jornal e a tinta são potentes diminuidores do hálito alcoólico);
- mudanças físicas, falhas na memória, baixa concentração, descoordenação motora, fala pastosa, discurso desconexo, andar cambaleante, boca seca, pupilas dilatadas ou contraídas, sudorese, corrimento nasal, emagrecimento acentuado, rosto edemaciado e avermelhado;
- mudanças bruscas de hábitos, passando de sempre ativo e interessado para constante sonolência, principalmente em sala de aula, e desinteresse por suas coisas;
- é bastante evidente que o uso ou abuso de substâncias lícitas ou ilícitas compromete significativamente o desempenho escolar e é indicador de aumento da evasão escolar;
- atrasos constantes nas primeiras aulas do dia acompanham também aumento exagerado de faltas para as atividades escolares;
- mudanças bruscas na conduta, explosões emocionais, em que mínimas contrariedades determinam reações desproporcionais ao fator precipitante;
- pode apresentar quadros psiquiátricos concomitante, como depressões e estados de angústia sem motivo aparente;
- insônia rebelde (denunciada por ele mesmo ou percebida pelos familiares);

- fortes reações a críticas reais ou imaginárias;
- afirmações não confiáveis, e a mentira passa a fazer parte de seu cotidiano;
- irritabilidade sem motivo aparente, inquietação motora, impaciência, agressividade e atos de violência;
- comprometimento nas relações sociais, familiares e escolar, principalmente isolando-se de seus colegas e familiares, como trancando-se em seu quarto;
- dificuldade para encarar familiares, professores e colegas, passando a ter um comportamento evasivo;
- abandono das antigas amizades 'sádias' e ligação a um novo grupo, relutando em apresentá-lo aos familiares;
- reclamações dos colegas sobre o comportamento não confiável, desafiador, desinteressado;
- desaparecimento de objetos de valor, seus ou de seus familiares e amigos, incessantes pedidos de dinheiro, gastos excessivos de suas economias etc.

## Encarando o problema

O aprendizado que tivemos até agora estabelece uma base sólida de conhecimentos a respeito das drogas. Sua compreensão e principalmente a superação dos preconceitos em relação a um possível usuário, ou até mesmo um dependente, deixa-nos muito mais à vontade e tranquilos quando estamos à frente do problema. Tanto a família quanto a escola se superpõem e somam suas responsabilidades na educação e formação dos jovens, tendo as mesmas possibilidades de intervenção e ação nesse processo preventivo às drogas e outros comportamentos nocivos.

Na teoria tudo parece fácil, os fatos têm lógica, a emoção é controlada, a visão de sucesso se reforça a cada novo aprendizado, mas quando nos defrontamos com a realidade em um evento na escola ou na comunidade em de temos que entrar em ação, podemos sucumbir.

Várias considerações serão feitas adiante, como normas básicas que podem ser seguidas na eventualidade de uma abordagem. Quase sempre o medo, as fantasias de agressões e a insegurança de como se deve agir determinam grande ansiedade, porém quanto mais conhecimento das regras, menos difícil será sua ação.

Assim, para abordar um jovem que esteja apresentando evidências de comportamento induzido por alguma substância, aja de forma natural, não querelante, não demonstre sua frustração, raiva ou decepção com o que está se passando. Em vez disso, é importante:

- tomar atitude imediata e franca perante qualquer ocorrência, evitando algum tipo de abordagem em meio a estranhos. Adotar uma postura ética. Procurar um local isolado, como

a sala da direção ou da orientação, para poder conversar e nunca sala de aula, mesmo que esteja vazia. Não poderá haver interrupções durante esse contato;

- manter a calma sempre, ser franco, assertivo e falar com objetividade. Esse é um momento de tensão em que a postura do jovem que está sendo abordado é a de que ele está correndo risco de punição imediata;
- garantir-lhe que a conversa é sigilosa, que não será comentada com ninguém além dos responsáveis pela condução posterior do caso. Deixar claro que os pais serão chamados;
- deixá-lo falar, adotando postura de bom ouvinte;
- manter postura firme, não acusatória nem discriminatória, pois um clima de inquisição, além de não funcionar, pode atrapalhar;
- entender o que se passa, procurar esclarecer pontos que não ficaram claros e principalmente não compactuar. Qualquer pacto assumido pode ter consequências trágicas;
- criar um bom vínculo afetivo que permita se aproximar precocemente e abrir as portas para o início de possível ajuda;
- passar informações reais, falando do compromisso do não uso de álcool e outras drogas, e o respeito à família e à comunidade;
- estimular seus valores positivos;
- oferecer ajuda de maneira firme, direta, objetiva, sem jamais firmar algum tipo de pacto com o aluno, como não comunicar aos pais o que está acontecendo com ele;
- agir de maneira afetiva, isto é, não ameaçando, não criticando, mostrar-se interessado em ajudá-lo e apresentar as opções que a comunidade lhe oferece para poder ser encaminhado para ajuda;
- manter acompanhamento permanente sobre o comportamento e a evolução apresentada, mesmo em caso de estar em tratamento.

## **Dicas para um bom entendimento com um adolescente**

### **Diálogo**

Refleta como está seu relacionamento com os jovens. Converse sempre com eles, não importa o assunto. Conte-lhes histórias, brinquem. O diálogo fornece uma relação de confiança entre eles e você. Se houver entraves no relacionamento, discuta com eles e nunca aja pela emoção ou de forma precipitada.

## **Responsabilidade**

Ensine a eles o conceito de responsabilidade, a capacidade de responder por seus atos, pagar por seus erros e cumprir com suas obrigações. Mostre também, pelo seu exemplo, a importância de se responsabilizar pelas suas coisas, mesmo as mais simples.

## **Limites**

Os jovens precisam aprender que não podem fazer tudo o que querem. Estabeleça limites do que é aceitável para a família, mas em algumas situações seja flexível, mostrando a eles uma disposição.

## **Disponibilidade**

Mesmo com a frenética atividade que a vida nos impõe, considere que você precisará estar disponível para ajudá-los em suas solicitações, dúvidas e sentimentos. Ajude-os, mas não resolva o problema por eles.

## **Frustração**

Desde o início de nosso desenvolvimento emocional convivemos com a frustração. Uma carência emocional, material ou desejo não cumprido desencadeia sentimentos de injustiça ou mesmo de raiva. Ensine-lhes a receber um 'não', pois é importante que aprendam que não se pode ter ou fazer tudo, principalmente quando se tratar de questões que envolvem liberdade.

## **Respeito e serenidade**

Trata-se de sentimento interno de consideração e estima positiva por uma pessoa, associação, propriedades etc. Aprender o que é respeito é fundamental para a construção de um jovem de bem. Ao dizer-lhes um não ou repreendê-los não se culpe, você quer sempre o melhor para eles. Eles sabem disso, mesmo não admitindo.

## **Espiritualidade**

Independentemente da orientação religiosa, procurar incutir nos jovens os princípios e práticas da espiritualidade, transformando-os em pessoas melhores.

## **Admissão de falhas**

Não negue, minimize ou finja que não percebe seus erros. Converse francamente, mostre que você identificou a conduta inadequada, cobre os limites e dê as orientações necessárias.

## Valores positivos

Incentive os jovens para atividades que valorizem a vida, como o esporte e as artes.

## Futuro

Procure gradativamente encaminhá-los para atividades que futuramente os auxiliem na escolha da profissão. Motive-os a buscar informações a respeito de sua provável profissão.

## E AS JOVENS?

O presente texto tem usado o termo ‘jovens’ como se estivéssemos tratando da relação com as bebidas alcoólicas somente entre o sexo masculino. Assistimos nos últimos anos as profundas alterações pelas quais a sociedade tem passado, tanto comportamentais quanto sociais e culturais, pois as jovens têm apresentado novas tendências no padrão de uso de bebidas alcoólicas, aumentado as quantidades ingeridas e a frequência de uso. Isso tem preocupado seriamente as autoridades de saúde pública. Comparativamente com o organismo masculino, o corpo da mulher é muito mais sensível à ação das bebidas alcoólicas, tem menor quantidade de enzimas (fermentos) responsáveis por metabolizar o álcool e isso faz com que a eliminação do álcool seja mais demorada. Da mesma forma, o organismo feminino tem menor quantidade de água, fazendo com que haja uma maior concentração de álcool circulante. A mesma quantidade de álcool ingerida, comparativamente, entre homens e mulheres é muito mais danosa para elas.

O I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, em 2001, apontou que 60,6% das mulheres tinham usado álcool. A faixa etária entre 18 e 24 anos mostrou que 68,2% das jovens já tinham usado. Segundo o mesmo estudo, 5,7% da população feminina do Brasil acusava diagnóstico de dependência de álcool. No ano de 2005, com a realização do II Levantamento Domiciliar no Brasil, o diagnóstico de dependência de álcool, por sua vez, foi confirmado em 6,9% das mulheres entrevistadas. Fica evidente o aumento no consumo de álcool entre as mulheres no Brasil nesse período de quatro anos.

De acordo com a OMS, estima-se que em 2010, no Brasil, o padrão de risco Beber Pesado Episódico (BPE), ou Uso Pesado Episódico de álcool, é definido pelo National Institute on Alcohol abuse and Alcoholism (NIAAA) com o consumo de 5 ou mais doses de álcool por homens ou 4 ou mais doses por mulheres, num período de duas horas, ou consumo de 60 gramas ou mais de álcool em uma única ocasião, apesar de ser mais comum entre homens, esteve presente em 11% das mulheres que consomem álcool.

Segundo o relatório nacional divulgado em 2014 (II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – Lenad II), houve aumento importante do consumo de álcool entre as mulheres ao longo dos anos anteriores. Como se pode verificar no quadro a seguir, entre os anos de 2006 e 2012, houve aumento

tanto no uso regular como no BPE, que foi definido para mulheres como o uso de quatro ou mais doses em aproximadamente 2 horas.

**Quadro 4** – Comparação entre 2006 e 2012 do uso regular e uso em BPE de álcool.

	2006		2012	
	Mulheres (%)	Homens (%)	Mulheres (%)	Homens (%)
<b>Uso regular (1 x ou mais por semana)</b>	27	54	38	63
<b>Uso em BPE (4/5 doses em 2h)</b>	36	51	49	66

**Fonte** – Laranjeira, 2012.

Esses dados desafiam a sociedade a estabelecer formas de impedir o aumento progressivo do consumo de bebidas alcoólicas pelas mulheres, por meio de campanhas de esclarecimento. Pelas vulnerabilidades do organismo feminino, o abuso do álcool eleva o risco para doenças cardíacas, gravidez não desejada, câncer de mama, doenças sexualmente transmissíveis, além de malformações nos fetos, como a Síndrome do Alcoolismo Fetal.

Chegamos ao final deste capítulo esperando que tenha contribuído para o aprendizado de como pode um indivíduo, com o passar do tempo, tornar-se um dependente do álcool, portanto um alcoolista ou alcoólico, com grande probabilidade de vir a morrer. Pudemos rever também que nossos preconceitos podem estigmatizar um abusador de álcool, tornando quase impossível o seu encaminhamento para ajuda. Aprendemos ainda que existem fatores que protegem o jovem de envolver-se perigosamente com o álcool e fatores que facilitam o desencadear da doença alcoólica.

E, por último, lembramos que a família sofre muito a cada evolução da doença de seu familiar e várias vezes passa a ter comportamentos muito parecidos aos do bebedor, uma vez que ela nega, racionaliza e culpa pessoas e situações que seriam responsáveis pelo drama que se desenrola.

O que um familiar de um bebedor pode fazer? Diferentemente do que se pensa: ‘não adianta ajudar se ele não concordar’, os familiares podem usar estratégias para motivá-lo a aceitar ajuda. Existem grupos de autoajuda, sendo o mais conhecido o Alcoólicos Anônimos, que é uma irmandade de bebedores que tem como objetivo a manutenção da sobriedade e o compartilhamento em conjunto de sofrimentos e mudanças necessárias para retomarem suas vidas, recuperando a saúde, a família, o emprego etc. Fazer um bebedor ou bebedora aceitar comparecer a um grupo não é tarefa fácil. Como agir então? Familiares são muito bem recebidos no grupo de familiares de alcoólicos, chamado de Al-Anon. Aqui além de aprenderem o que é o alcoolismo, aprendem a controlar suas ansiedades e discutem temas relativos ao relacionamento que os familiares podem ou não ter com seus bebedores. Como agir, por exemplo, para motivá-los na busca do tratamento.

Para não esquecer jamais: alcoolismo é uma doença de evolução crônica, progressiva, incurável e fatal, mas que pode ser DETIDA.

## BIBLIOGRAFIA

- ABERASTURY, A. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- AMARAL, M. B.; DE MICHELI, D.; PECHANANSKI, F. Fatores de risco e proteção em diferentes grupos de usuários: mulheres, adolescentes, idosos e indígenas. *In*: SUPERA: Sistema para detecção do uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Módulo 3 – detecção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas. Brasília, DF: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006. v.3; p.56-69.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV**. 4. ed. Washington: APA, 1994.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders**, [Washington: APA], 2000.
- ARATANGY, L. R. **Doces venenos**: conversas e desconversas sobre drogas. São Paulo: Melhoramentos, 2015.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA – Conselho Federal de Medicina. **Projeto Diretrizes**. Abordagem Geral do Usuário de Substâncias com Potencial de Abuso, 2002. Disponível em: [www.amb.org.br](http://www.amb.org.br). Acesso em: 17 nov. 2019.
- BAUER, J. **O alcoolismo e as mulheres**. São Paulo: Cultrix, 2015.
- BERTOLETE, J. M. Conceitos em alcoolismo. *In*: RAMOS, S. P.; BERTOLETE J. M. (Org.). **Alcoolismo hoje**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **Glossário de álcool e drogas**. Tradução de José Manuel Bertolote. Brasília: OMS, 2004.
- BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- CARLINI, E. I. **Levantamento nacional sobre o uso de psicotrópicos em estudantes de primeiro e segundos graus**. São Paulo: Cebrid, Escola Paulista de Medicina, 1987.
- CARLINI, E. A. *et al.* **I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, 2001**. Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas (Cebrid). Universidade Federal de São Paulo, 2001.
- CARLINI, E. A. *et al.* **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país, 2005. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid). Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), 2005.
- CARLINI, E. A. *et al.* **V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras, 2004**. Brasília: Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas (Cebrid). Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e Secretaria Nacional Antidrogas, 2004.
- CAVALCANTE, A. M. **Drogas, este barato sai caro**. 2. ed. Rio de Janeiro, 1977.
- FLACH, L. M. **Drogas**: sejamos razoáveis – uma conversa franca com um especialista liberal. Belo Horizonte: EBM, 1999.

FORMIGONI, M. L. S.; MONTEIRO, M. A etiologia do alcoolismo. *In*: RAMOS, S. P., BERTOLETE, J. M. *et al.* **Alcoolismo hoje**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

GALDUROZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. **IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1.º e 2.º graus em 10 capitais brasileiras**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas (Cebrid), 1997.

GALDUROZ, J. C. F. *et al.* **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. Disponível em: <https://www.cebrid.com.br/>. Acesso em: 17 nov. 2019.

GIGLIOTTI, A.; GUIMARÃES, A. (Ed.). **Diretrizes gerais para o tratamento da dependência química (ABEAD)**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. Disponível em: <https://issuu.com/editorarubio/docs/diretrizesgerais/32>. Acesso em: 8 jan. 2020.

EDWARD, G. **A política do álcool e o bem comum**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

EDWARD, G.; MALCON, L. *et al.* **A natureza da dependência de drogas**. Tradução de Rose Eliane Starosta. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

EDWARD, G.; MARSHALL, E. J.; COOK, C. C. H. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de saúde**. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

FORMIGONI *et al.* **Intervenção breve na dependência de drogas**. Adaptado do Manual de triagem e avaliação inicial do Addiction Research Foundation, Toronto, 1992.

JELLINEK, E. M. **The disease concept of alcoholism**. New Haven: Hillhouse, 1960.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, A. J. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

LARANJEIRA, R. *et al.* **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília, 2007.

LARANJEIRA, R. *et al.* **II Levantamento nacional de álcool e drogas (Lenad)**, 2012. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (Inpad), Unifesp, 2014.

LARANJEIRA, R.; NICASTRI, S. Abuso e dependência de álcool e drogas. *In*: ALMEIDA, O. P.; DRATCU, L. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p. 83-88.

MARLATT, G. A. **Prevenção da recaída**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MASUR, J.; CARLINI, E. A. **Drogas: subsídios para uma discussão**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (NIAAA). Are women more vulnerable to alcohol's effects? **Alcohol Alert**, n. 46, 1999.

NOTO, A. R. *et al.* **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras, 2003**. São Paulo: Cebrid/Unifesp, 2004.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório global sobre álcool e saúde, 2014**. Genebra, 2014.

ONTARIO HEALTH AND PHYSICAL EDUCATION CURRICULUM SUPPORT. **Health and physical education curriculum sport**: Kindergarten to Grade 10. Toronto: Ontario Physical and Health Education Association, 2000.

OPAS –ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Regional status report on alcohol and health in the Americas**. Washington, 2015.

PINSKY, I.; PASINATO, C. **Álcool e drogas na adolescência**. São Paulo: Contexto, 2014.

PROCHASKA, J. A.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. Search of how people change. Applications to addictive behavior. **American Psychiatry**, v. 47. p. 1.102-1.114, 1992.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Comprehensive textbook of psychiatry**. 7 ed. Lippincott Williams & Wilkins Publishers, 2000. [CD-ROM].

VAILLANT, G. E. **The natural history of alcoholism**. Cambridge: Harvard University, 1983.

## DEFINIÇÕES

**Abuso**: padrão desajustado de uso indicado pela continuação do uso do álcool apesar do reconhecimento da existência de um problema social, ocupacional, psicológico ou físico, que é causado pelo uso recorrente.

**Adolescência**: fase mais crítica do desenvolvimento da personalidade do ser humano, representa um verdadeiro rito de passagem da infância para a vida adulta.

**Alcoolista ou alcoólico**: é o termo mais correto para ser usado, em vez de alcoólatra. Esse termo além de estigmatizante significa, pelo sufixo ‘latra’, que o indivíduo é um adorador do álcool.

**Art. 165**. *Dirigir sob a influência de álcool ou de qualquer outra substância psicoativa que determine dependência*:

**Assertividade**: capacidade de expor de maneira clara, honesta e firme o que se pensa, sente ou quer, de modo a não desprezar o direito das outras pessoas em relação aos seus próprios direitos.

**Autocrítica**: dificuldade que alguém tem de fazer uma avaliação crítica correta de seu comportamento ou obras.

**Beber Pesado Episódico (BPE) ou Uso Pesado Episódico de Álcool**: consumo de 5 ou mais doses de álcool por homens ou 4 ou mais doses por mulheres, num período de duas horas, ou consumo de 60 gramas ou mais de álcool em uma única ocasião.

**Crise**: comportamentos inadequados, provocativos e com dificuldades em aceitar limites.

**Cursam**: apresentam sintomas durante a evolução da doença.

**Destilados**: bebidas alcoólicas purificadas por meio de processo de destilação a partir de uma substância fermentada, como frutas, grãos etc.

**Diplopia**: perturbação da visão pela percepção de imagens duplas de um só objeto.

**Dose-padrão**: quantidade de bebida alcoólica com cerca de 14 gramas de etanol puro.

**Drogas psicotrópicas:** são drogas que alteram o funcionamento da atividade cerebral.

**Epidemiológico:** pesquisas que estudam a ocorrência, a prevalência e a distribuição de doenças em determinado grupo ou comunidade.

**Estigma:** diminui o caráter ou a reputação de uma pessoa ou grupo; uma marca ou sinal, indicando que alguma coisa não é considerada normal ou padrão.

**Fator de risco:** condição que possa aumentar a probabilidade da ocorrência de um perigo ou danos ou o agravamento de uma condição preexistente.

**Fatores protetores:** são aqueles que protegem o indivíduo de fatos que poderão agredi-lo física, psíquica ou socialmente, garantindo um desenvolvimento saudável.

**Fermentadas:** preparadas pelo processo de fermentação, por meio de reações espontâneas de um composto orgânico, pela presença de um fermento que a decompõe.

**Happy hour:** reunião de confraternização com a finalidade de uso ou abuso de bebidas alcoólicas após o período dos estudos ou do trabalho.

**Induzido:** causado ou determinado pelo uso da bebida alcoólica.

**Ingestão:** ato de um organismo ingerir pela boca alguma substância líquida ou sólida.

**Intoxicação:** mudanças físicas e psicológicas do uso intensivo de álcool em curto período de tempo.

**Mecanismos de defesa:** ações psicológicas que têm como finalidade reduzir qualquer manifestação que pode colocar em perigo a integridade do psiquismo, em que o indivíduo não consiga lidar com situações que por algum motivo considere ameaçadoras. São processos subconscientes ou mesmo inconscientes que permitem à mente encontrar uma solução para conflitos não resolvidos no nível da consciência.

**Período de latência:** depois da agitação dos primeiros anos de vida, segue-se uma fase mais tranquila no desenvolvimento da personalidade da criança que se estende até a puberdade. Nesse período, sua autoestima já não depende exclusivamente da aprovação externa, desenvolvendo a crítica ao proceder de 'forma certa e ou errada'.

**Síndrome de abstinência:** grupo de sintomas de configuração e gravidade variáveis que ocorrem após a cessação ou redução do uso do álcool que vinha sendo usado repetidamente e geralmente após um longo período e em altas doses. É um dos indicadores de Síndrome de Dependência.

**Síndrome de dependência ao álcool:** conjunto de elementos como tolerância, sintomas de abstinência e dificuldades em controlar o consumo. Gasta muito tempo e dinheiro para conseguir a bebida. Tenta parar ou diminuir o consumo, mas sem sucesso.

**Síndrome de dependência ao álcool:** conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que podem se desenvolver após uso repetido do álcool. Representa um forte desejo de utilizar o álcool, controlar o uso e o uso persistente, apesar dos prejuízos causados por esse comportamento. A prioridade do uso sobrepõe-se às suas responsabilidades familiares, de trabalho e sociais. Quando o uso do álcool é interrompido, aparecem os sintomas característicos da síndrome.

**Síndrome do alcoolismo fetal:** mães que fazem uso pesado de álcool durante a gravidez, que pode ser considerada de risco, afetam o feto, que pode apresentar alterações morfológicas faciais, baixo peso ao nascer, microcefalia,

anomalias cardiológicas, incoordenação motora, fenda labial, alterações oftalmológicas, falha no controle de impulsos, baixo rendimento escolar, entre outros.

**Sintomas de abstinência:** suores, frequência cardíaca aumentada (maior do que 100 batimentos por minuto), tremores finos ou grosseiros de extremidades, insônia, náuseas, vômitos, alucinações visuais, auditivas ou táteis, agitação, convulsões.

**Tolerância:** diminuição de resposta a uma dose determinada de uma substância que ocorre com o uso continuado da mesma. No bebedor frequente ou no de grandes quantidades, são necessárias doses mais elevadas de álcool para alcançar os efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas. Serve como um dos critérios para a síndrome de dependência.

**Tubão:** mistura de bebida alcoólica com refrigerante ou similar, geralmente em garrafas PET e compartilhado em grupo.

**Uso experimental:** uso de álcool algumas vezes na vida, sem continuidade.

## LINKS

Todos os *links* a seguir apresentam informações sobre drogas em geral, com características próprias de cada uma, a história das drogas, orientações para pais, educadores e jovens.

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) disponibiliza diversos materiais relacionados a drogas em geral que são gratuitos e estão disponíveis para *download*.

**SENAD.** Disponível em: [www.senad.gov.br](http://www.senad.gov.br). Acesso em: 17 nov. 2019.

- Curso de prevenção ao uso de drogas para educadores de escolas públicas;
- Fé na prevenção;
- Série por dentro do assunto (cartilhas).

**SUPERA.** Material impresso e em CD-ROM. s.d. Disponível em: [www.supera.org.br/senad](http://www.supera.org.br/senad). Acesso em: 17 nov. 2019.

**VIVAVOZ.** É uma central telefônica (0800-510-0015) de orientações e informações sobre a prevenção ao uso indevido de drogas. O telefonema é gratuito e o atendimento é sigiloso, atendendo das 8 horas às 24 horas, de segunda a sexta-feira. A pessoa não precisa se identificar.

Para contatos com os Conselhos Estaduais e Municipais sobre Drogas, as informações podem ser obtidas por meio de seus *sites*. E:

**AA** – Alcoólicos Anônimos do Brasil. Disponível em: <https://www.aa.org.br>. Acesso em: 17/11/2019. Atende os portadores de problemas com o álcool, presta informações, orienta os possíveis participantes da Irmandade fornecendo endereços das reuniões em todo o Brasil.

**ABEAD** – Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas. Disponível em: <http://www.abead.com.br>. Acesso em: 17 nov. 2019.

**Al** – Anon do Brasil. Disponível em: <http://www.al-anon.org.br>. Acesso em: 17 nov. 2019. Informações, atendimento e orientações para familiares de alcoólicos, fornecendo endereços das reuniões em todo o Brasil.

**Albert Einstein** – Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Disponível em: <http://www.einstein.br/alcooledrogas>. Acesso em: 17 nov. 2019.

**Álcool e mulheres:** cenário atual. Disponível em: <http://www.cisa.org.br/artigo/6771/alcool-mulheres-cenario-atual.php>. 17 nov. 2019.

**CEBRID** – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Disponível em: <https://www.cebrid.com.br>. Acesso em: 17 nov. 2019.

**CISA** – Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. Disponível em: <http://www.cisa.org.br>. Acesso em: 17 nov. 2019.

**Cruz Azul no Brasil.** Disponível em: <http://www.cruzazul.org.br/publicacoes>. Acesso em: 17 nov. 2019.

**GREa** – Programa do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas. Disponível em: <http://www.grea.org.br>. Acesso em: 17 nov. 2019.

**UDED** – Unidade de Dependência de Drogas. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsicobio/uded>. Acesso em: 17 nov. 2019.

**UNIAD** – Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas. Disponível em: <https://www.uniad.org.br/interatividade/links-indicados>. Acesso em: 17 nov. 2019.

**Pastoral da Sobriedade.** Disponível em: <http://www.sobriedade.org.br>. Acesso em: 17 nov. 2019.

Epidemiologia. Serv. Saúde vol.29 no.4 Brasília, 2020. Epub Aug 24, 2020, em <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000400018>

Consumo de álcool em: <HTTPS://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>

Pesquisa FIOCRUZ <https://saudemental.blogfolha.uol.com.br/2020/05/21/pesquisa-da-fiocruz-mostra-aumento-de-depressao-ansiedade-e-consumo-de-cigarro-e-de-alcool-na-pandemia/>

