

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

FRANCISCO CARLOS LINS DA SILVA

**EVOLUÇÃO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES, DECORRENTES DO USO
ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, NO PERÍODO DE 2008 A 2015**

Maceió – AL

2016

FRANCISCO CARLOS LINS DA SILVA

EVOLUÇÃO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES, DECORRENTES DO USO
ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, NO PERÍODO DE 2008 A 2015

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Epidemiologia Clínica e Molecular.

Orientadora: Profa. Dra. Magna Suzana Alexandre Moreira

Maceió – AL

2016

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central

Bibliotecária Responsável: Maria Helena Mendes Lessa

S586e Silva, Francisco Carlos Lins da.
Evolução das internações hospitalares, decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, no período de 2008 a 2015 / Francisco Carlos Lins da Silva. – 2016.
75 f. : il.

Orientadora: Magna Suzana Alexandre Moreira.
Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde. Maceió, 2016.

Bibliografia: f. 71-75.

1. Álcool – Drogas. 2. Internações hospitalares. 3. Transtorno mental.
I. Título.

CDU: 616.08:351.761



Universidade Federal de Alagoas
Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

ICBS - UFAL – Campus A. C. Simões
Av. Lourival Melo Mota, S/N
Cidade Universitária – Maceió-AL
CEP: 57072-900
E-mail: ppgcs9@gmail.com
Fone: 82 3214 1850

Folha de Aprovação

Francisco Carlos Lins da Silva

Evolução das internações hospitalares, decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, no período de 2008 a 2015

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 22 de dezembro de 2016.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Magna Suzana Alexandre Moreira (Orientador)

Prof. Dr. Tiago Gomes de Andrade – (UFAL)

Prof. Dr. Verônica de Medeiros Alves - (UFAL - Arapiraca)

DEDICO

A minha esposa Amuzza e aos meus amados filhos Sarah, Francisco e Fernanda.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pelo dom da vida.

À minha esposa Amuzza Aylla Pereira dos Santos pelo companheirismo, paciência e tolerância demonstrados ao longo de toda nossa convivência juntos.

Aos meus queridos filhos Sarah, Francisco, e Fernanda que deram um novo sentido a minha vida. A paternidade é transformadora e sinônimo da mais prazerosa e instigante renúncia.

À Professora Dra. Magna Suzana Alexandre Moreira pelo acolhimento em seu laboratório e pela oportunidade em tê-la como orientadora. A sua forma de lidar com as pessoas, deixa para mim, grandes lições de crescimento.

Aos meus pais João e Judite pelos ensinamentos oferecidos, apesar de todas as limitações que eles próprios enfrentaram.

Aos meus irmãos Paulo, Rita e Patrícia pela união e amizade fraterna de todas as horas.

Ao amigo Charles pelas sugestões e paciência ao longo de todo o processo de construção.

Aos colegas do Laboratório de Farmacologia e Imunologia (Lafi) que direta ou indiretamente contribuíram para o sucesso desta empreitada, em especial ao Anderson.

Aos Professores do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPGCS), desta Universidade, em especial ao Prof. Dr. Tiago Gomes de Andrade e à Profa. Dra. Aline Cavalcanti de Queiroz, da UFAL, Campus Arapiraca, pela participação na banca de qualificação desta dissertação.

À Professora Dra. Verônica de Medeiros Alves da Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca, pela participação na banca de defesa desta dissertação de mestrado.

“É preciso recordar sempre que por detrás de cada tabela, de cada relatório ou de cada material de exame, existe vida, existe gente, existe sofrimento, à espera do nosso esforço e da nossa solidariedade humana.”

Carlyle Guerra de Macedo
(Diretor Emérito da OPAS/OMS)

RESUMO

Dentre todas as causas de internações hospitalares, decorrentes dos transtornos mentais e comportamentais, o uso abusivo de álcool e outras drogas representa um dos principais motivos de hospitalizações. O número crescente de usuários e principalmente, de dependentes de drogas, faz com que o uso abusivo de álcool e outras drogas seja um problema de saúde pública mundial. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo analisar a evolução das internações hospitalares, por uso abusivo de álcool e outras drogas, realizadas no Estado de Alagoas, no período de 2008 a 2015. Foi realizado um estudo analítico, observacional, do tipo ecológico, a partir das informações constantes nas bases nacionais do Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Foram calculadas médias, proporções e taxas brutas. Entre as dez primeiras causas de internações devido aos transtornos mentais, o uso de algum tipo de droga é o segundo maior responsável (15,10%), perdendo apenas para as internações por Esquizofrenia (57,25%). Quando observadas, especificamente, as hospitalizações devidas ao uso abusivo de drogas, verificam-se que os transtornos gerados pelo uso abusivo do álcool e múltiplas drogas concentram 99,17% das internações. Observa-se uma forte tendência de crescimento nessas internações ($R^2=0,8419$), sendo verificado um incremento de 90,56% quando comparados os extremos do período avaliado, independente do sexo considerado. Em termos populacionais, quando se considera a população como referência, em relação ao número de internações, não se observa um aumento impactante relacionado a tais causas. No entanto, em comparação às demais causas de transtornos mentais, tem-se observado um importante aumento na realização das internações por uso de álcool e outras drogas. Comparativamente, os homens são maioria entre as hospitalizações por uso abusivo de álcool ($p=0,0000$), enquanto que as mulheres são mais suscetíveis ao uso de sedativos e hipnóticos ($p=0,0000$), cocaína ($p=0,0000$), solventes voláteis ($p=0,0000$), estimulantes ($p=0,0000$) e ao uso de múltiplas drogas ($p=0,0000$). Não foi observada diferença frente ao uso de canabinóides ($p=0,6283$) e opiáceos ($p=0,0080$). É crescente o volume de internações hospitalares por uso abusivo de álcool e outras drogas, sendo necessário elaborar e implementar estratégias preventivas multissetoriais, uma vez que tal situação tem relação direta com os Determinantes Sociais da Saúde.

Palavras-Chaves: Álcool. Drogas. Internações hospitalares. Transtorno mental.

ABSTRACT

Among all the causes of hospital admissions due to mental and behavioral disorders, abusive use of alcohol and other drugs represents one of the main reasons for hospitalizations. The growing number of users, and especially of drug dependents, makes abusive use of alcohol and other drugs a global public health problem. Thus, the present study had as objective to analyze the evolution of hospital admissions, due to abusive use of alcohol and other drugs, carried out in the State of Alagoas, from 2008 to 2015. An analytical, observational study of the ecological type was carried out, based on the information found in the national databases Of the Hospitalization System of the Unified Health System (SIH / SUS). Averages, proportions and gross rates were calculated. Among the first ten causes of hospitalizations due to mental disorders, the use of some type of drug is the second largest responsible (15.10%), second only to hospitalizations by Schizophrenia (57.25%). When specifically observed hospitalizations due to the use of drugs, it is verified that the disorders generated by the abuse of alcohol and multiple drugs concentrate 99,17% of hospitalizations. There was a strong trend of growth in these hospitalizations ($R^2 = 0.8419$), an increase of 90.56% when compared to the extremes of the evaluated period, regardless of the sex considered. In population terms, when the population is considered as a reference, in relation to the number of hospitalizations, there is no shocking increase related to these causes. However, in comparison to the other causes of mental disorders, an important increase in the accomplishment of such hospitalizations has been observed. Comparatively, men are the majority among hospitalizations for alcohol abuse ($p = 0.0000$), while women are more susceptible to the use of hypnotic sedatives ($p = 0.0000$), cocaine ($p = 0.0000$), volatile solvents ($p = 0.0000$), stimulants ($p = 0.0000$) and the use of multiple drugs ($p = 0.0000$). No difference was observed regarding the use of cannabinoids ($p = 0.6283$) and opiates ($p = 0.0080$). The volume of hospitalizations for alcohol and other drugs abuse is increasing, and it is necessary to elaborate and implement multisectoral preventive strategies, since this situation is directly related to the Social Determinants of Health.

Keywords: Alcohol. Drugs. Hospitalizations. Mental disorder.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Índice de Desenvolvimento Humano dos Estados Brasileiros.....	19
Figura 2	Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios Alagoanos.....	20
Figura 3	Tendência temporal das frequências relativas de internações decorrentes dos transtornos mentais e comportamentais em geral e em consequência ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Alagoas, 2008 a 2015.....	50
Figura 4	Frequências das principais causas de internações por transtornos mentais. Alagoas, 2008 a 2015.....	51
Figura 5	Tendência temporal da taxa de internação devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Alagoas, 2008 a 2015.....	52
Figura 6	Tendência temporal da taxa de internação devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas, segundo sexos, entre 2008 e 2015 (A) e de 2008 a 2014 (B). Alagoas, 2008 a 2015.....	53
Figura 7	Frequência de internações devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas, em relação à droga utilizada e ao sexo. Alagoas, 2008 a 2015.....	55
Figura 8	Frequências das internações devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas, segundo faixas etárias, na população geral. Alagoas, 2008 a 2015.....	56
Figura 9	Frequências das internações devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas, segundo faixas etárias, estratificadas por sexo. Alagoas, 2008 a 2015.....	57
Figura 10	Taxa média de internação devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas na população geral, segundo município de residência. Alagoas, 2008 a 2015.....	59
Figura 11	Taxa média de internação devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas, estratificada por sexos, segundo município de residência. Alagoas, 2008 a 2015.....	60
Figura 12	Taxa média de internação devido ao uso abusivo de álcool, segundo município de residência. Alagoas, 2008 a 2015.....	61
Figura 13	Taxa média de internação devido ao uso abusivo de múltiplas drogas, segundo município de residência. Alagoas, 2008 a 2015.....	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Proporção de internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas em relação ao total de causas codificadas em todo o Capítulo V (CID-10). Alagoas, 2008 a 2015.....	51
Tabela 2	Comparação das proporções de internação decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas entre os sexos. Alagoas, 2008 a 2015.....	54
Tabela 3	Média de permanência das internações hospitalares decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, segundo substância envolvida. Alagoas, 2008 a 2015.....	58
Tabela 4	Média de permanência das internações hospitalares decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, segundo substância envolvida e sexos. Alagoas, 2008 a 2015.....	58

LISTA DE QUADRO

Quadro 1	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10)	48
----------	--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIH** – Autorização de Internação Hospitalar
- APAC** – Autorizações para Procedimento de Alta Complexidade
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPSad** – Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas
- CEBRID** – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
- CICAD** – Comissão Interamericana de Controle do Abuso de Drogas
- CNSM** – Conferência Nacional de Saúde Mental
- CID-10** – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Edição
- DATASUS** – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
- DSM** - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
- EUA** – Estados Unidos da América
- EM** – entrevista Motivacional
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH** – Índice de Desenvolvimento Humano
- LBHM** – Liga Brasileira de Higiene Mental
- MS** – Ministério da Saúde
- MTSM** – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- NAPS** – Núcleo de Atenção Psicossocial
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- OPAS** – Organização Pan-Americana de Saúde
- PNAD** - Política Nacional Sobre Drogas
- PRONAL** – Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o Consumo de Álcool
- RD** – Redução de Dano
- SENAD** – Secretaria Nacional Anti Drogas
- SESAU** – Secretaria de Estado da Saúde
- SHRad** – Serviço Hospitalar de Referência para Álcool e outras Drogas
- SIH** – Sistema de Informação Hospitalar
- SINITOX** – Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
- SRT** – Serviços Residenciais Terapêuticos
- SUS** – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	23
2.1 A história das drogas.....	23
2.2 Modelos utilizados para abordagem e tratamento das drogas.....	30
2.3 Epidemiologia das drogas	33
2.4 Política nacional de álcool e outras drogas.....	36
2.5 Reabilitação psicossocial para o uso de álcool e outras drogas.....	43
3 OBJETIVOS.....	47
3.1 Objetivo Geral.....	47
3.2 Objetivos Específicos.....	47
4 METODOLOGIA.....	48
4.1 Tipo de estudo.....	48
4.2 Período de estudo.....	48
4.3 População de estudo.....	48
4.4 Fontes de dados.....	49
4.5 Variáveis de estudo.....	49
4.6 Tratamento estatístico.....	49
5 RESULTADOS.....	50
6 DISCUSSÃO.....	63
7 CONCLUSÃO.....	70
REFERÊNCIAS.....	71

1 INTRODUÇÃO

O uso abusivo de álcool e outras drogas é considerado um grave problema de saúde pública mundial. Dados do Relatório Mundial Sobre Drogas – 2012, estimam que 230 milhões de pessoas, ou seja, uma em cada 20 adultos – o que corresponde a 5% da população – fizeram uso de alguma droga ilícita pelo menos uma vez em 2010 e que o número de pessoas com problemas consequentes ao uso de drogas é em torno de 27 milhões de pessoas, cuja faixa etária está entre 15 e 64 anos, correspondendo a 0,6% da população adulta mundial (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o uso abusivo de álcool leva ao óbito cerca de 2,5 milhões de pessoas anualmente. Além disso, identificam-se em torno de 60 tipos diferentes de doenças, onde o álcool apresenta um papel causal significativo. A OMS ainda chama atenção para os danos ao bem-estar e a saúde das pessoas que convivem com os usuários de álcool. Em 2005, o consumo mundial total de álcool foi de 6,13 litros de álcool puro por pessoa com idade de 15 anos ou mais velhos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

Pesquisas científicas demonstram padrões diferentes, quanto ao gênero, em relação ao uso de drogas tidas como ilícitas, apontando que a maioria dos usuários de drogas ilícitas são indivíduos jovens e do sexo masculino. São considerados como fatores de risco para o uso abusivo de álcool e outras drogas a falta de acesso à educação, à moradia, ao lazer e à saúde. O suposto prazer relatado em consequência ao uso de álcool e outras drogas, vem a suprir diversas carências vivenciadas pelos usuários, decorrentes das suas relações familiares e sociais (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008; BRASIL, 2010a).

Segundo a OMS, no ano de 2008, o número médio de leitos para o tratamento de transtornos devidos ao uso abusivo de álcool e outras drogas, em todo o mundo, foi de 1,7 por 100,000 habitantes. Já na Europa, esse número foi de 10,3 leitos por 100.000 habitantes. Por outro lado, a OMS ainda não disponibilizou informações sobre o número de leitos existentes, no Brasil, destinados ao tratamento dos usuários de álcool e outras drogas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

Dados de pesquisa da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), quanto ao uso de crack e/ou similares, estimam que 0,81% da população das capitais brasileiras e do Distrito Federal, consomem esta droga, representando cerca de 470.000 usuários. Desse total, cerca de 21,4% dos indivíduos são do sexo feminino. No tocante ao tempo médio de uso dessa droga, observou-se que entre homens foi de 84,9 meses e entre mulheres foi de 72,8 meses. Em relação ao comportamento sexual, 49,5% das mulheres informaram não ter usado nenhum tipo de preservativo nas relações sexuais vaginais, no mês anterior a entrevista, no que pese ter conhecimento da exposição ao risco e 54,9% informaram nunca ter realizado teste para identificação do vírus da Imuno Deficiência Humana (HIV) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

No Brasil, estudos estatísticos de Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, realizados em 2001 e 2004, demonstram que o álcool aparece como a droga de maior frequência de consumo (pelo menos uma vez na vida, em 2001 – 68,7% e em 2005 – 74,6%) e com o maior índice de dependência (2001 – 11,2% e 2005 – 12,3%). Quando excluídos álcool e tabaco, as drogas mais consumidas são a maconha (uso na vida em 2001 - 6,9% e em 2005 - 8,8%), os solventes (uso na vida em 2001 – 5,8% e em 2005 - 6,1%) e a cocaína (uso na vida em 2001 - 2,3% e em 2005 - 2,9%) (CARLINI et al, 2006).

Os resultados referentes ao V Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino no Brasil revelam que mais de 12% dos estudantes já usaram algum tipo de droga; sendo observado os solventes como a droga mais consumida, excetuando-se o álcool e o tabaco. Um estudo de 2010, realizado entre os estudantes universitários brasileiros, revelou que 49% deles já fizeram uso de alguma substância ilícita na vida (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008; BRASIL, 2010a).

É alta a proporção de atos violentos quando o álcool ou outras drogas estão presentes entre agressores e suas vítimas, ou em ambos. Dessa forma, vários estudos assinalam uma importante associação entre os transtornos por uso de álcool e outras drogas e sua repercussão nas famílias, com violência

doméstica, acidentes de trânsito e crimes (ANDRADE, 2008; CHALUB; TELLES, 2006).

Sob a influência de fatores sociais, culturais e econômicos, o consumo de álcool e outras drogas tem sido cada vez mais frequente na população. Alguns aspectos são facilitadores desse consumo, como no caso do álcool, especificamente, o fato do mesmo ser considerado uma droga lícita e conseqüentemente, ter o seu consumo aprovado pelos órgãos governamentais. O consumo das demais drogas também tem a influência da curiosidade, quanto ao suposto prazer que as mesmas podem oferecer aos indivíduos, em detrimento dos prejuízos e complicações à saúde, que as mesmas acarretam (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

A Reforma Psiquiátrica brasileira foi um divisor de águas no tocante a assistência à saúde aos indivíduos acometidos por esse agravo, já que antes dela, esses indivíduos eram excluídos do convívio social e viviam aprisionados nos hospitais psiquiátricos. Com o advento da Reforma Psiquiátrica, estratégias como a desospitalização e a inserção desses usuários no convívio social e familiar trouxeram mais dignidade e humanização a abordagem terapêutica dessa população (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS – 2014).

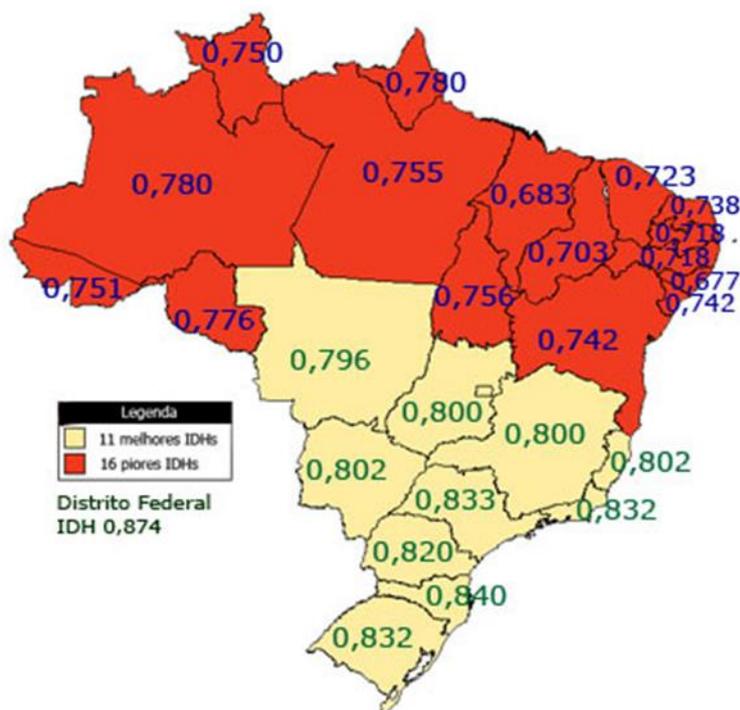
Diante desse cenário, o uso indevido de álcool e outras drogas tem ocasionado aumento de ocorrências sociais indesejáveis, como crises familiares, violências e internações hospitalares evitáveis no Sistema Único de Saúde (SUS). O presente estudo tem sua relevância pelo monitoramento desse agravo, de modo a torná-lo um instrumento para auxiliar no estabelecimento de ações de promoção, prevenção e controle dos fatores de risco. Essas ações são necessárias para o conhecimento do impacto dessa problemática na população, bem como na construção e efetivação de novas propostas que subsidiem os agentes responsáveis pelas políticas públicas de combate ao uso abusivo de álcool e outras drogas, de forma a ampliar as possibilidades de cuidado para a população vulnerável.

O Estado de Alagoas, localizado na região Nordeste do Brasil, ocupa uma área de aproximadamente 27.933,1 km², correspondendo a 0,32% do território brasileiro. Com uma população em torno de 3.120.494 habitantes, é composto por 102 municípios, dos quais os mais populosos são Maceió

(1.021.709 hab), Arapiraca (232.671 hab), Rio Largo (75.688 hab) e Palmeiras dos Índios (74.049 hab). As principais atividades econômicas desenvolvidas no Estado relacionam-se à indústria, à agricultura, à pecuária e à extração de petróleo. Já no setor de serviços, sua principal atividade está no turismo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

Alagoas apresenta vários problemas sociais, com uma taxa de mortalidade infantil alta, sendo a maior do Brasil, onde a cada mil crianças nascidas vivas, 46,4 morrem antes de completar 1 ano. Por outro lado, menos de 30% das residências possuem saneamento básico. Além disso, detém o pior Índice de Desenvolvimento Humano (0,677) (Figura 1), entre os estados brasileiros (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

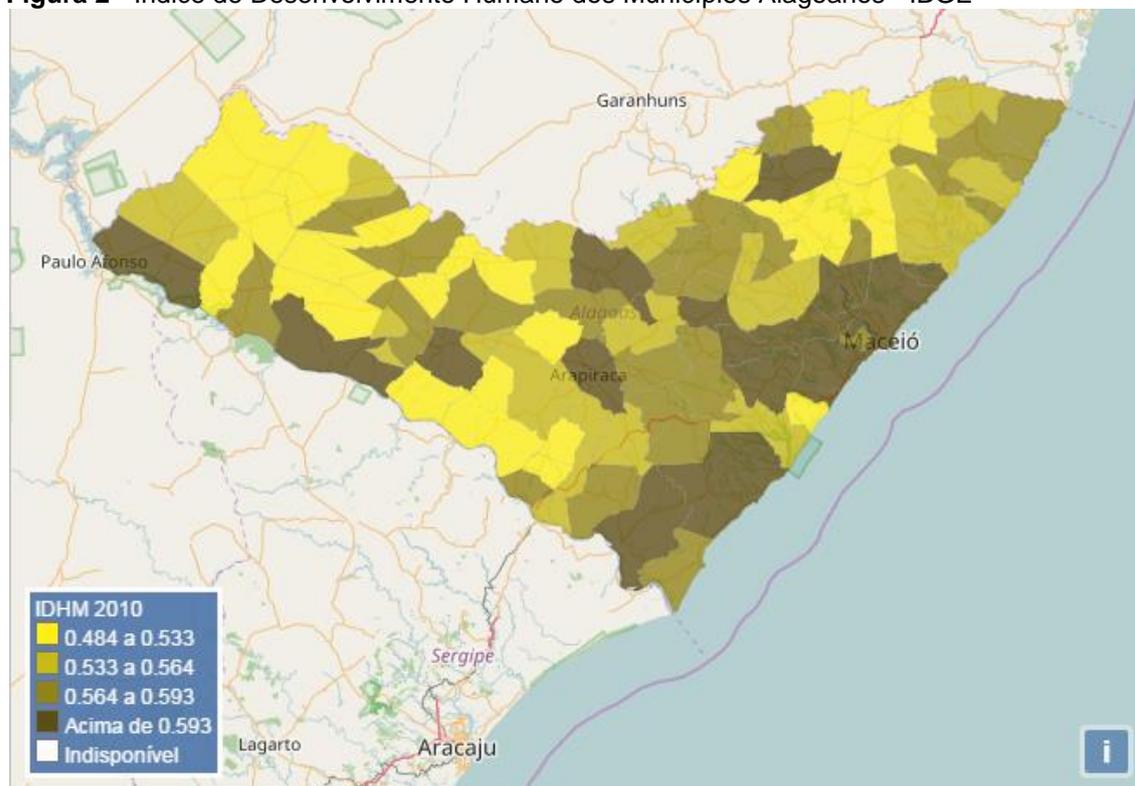
Figura 1 – Índice de Desenvolvimento Humano dos Estados Brasileiros



Fonte: Internet/<http://professoracharleneturini.blogspot.com.br/2013/06/indice-de-desenvolvimento-humano-dos.html>

Além de Alagoas possuir o menor índice de desenvolvimento humano do Brasil, o Estado ainda apresenta diferentes IDH's entre os seus municípios, como observado na Figura 2.

Figura 2 - Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios Alagoanos - IBGE



Fonte: Atlas Brasil 2013 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

Em torno de 58,3% da população de Alagoas vive nas zonas urbanas, enquanto 41,7% residem na zona rural. A população de mulheres corresponde a 51,2% do total de habitantes e os homens representam 48,8%. A taxa de analfabetismo é de 22,0%, sendo a maior do país. Cerca de 40,3% da população é composta por indivíduos na faixa etária de 0 a 14 anos; 53,3% por indivíduos na faixa etária de 15 a 59 anos e aqueles de 60 anos ou mais representam apenas 6,4% da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

No tocante a assistência psicossocial, considerando a Rede de Atenção Psicossocial de Alagoas, o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas tem como um de seus componentes os CAPS AD e AD III, os quais apresentam as seguintes características:

CAPS AD: Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. É um Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população de 70 a 200 mil habitantes;

CAPS AD III: Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2016).

O Estado de Alagoas dispõe de um total de três CAPS AD, especializados no atendimento a usuários de álcool e outras drogas, sendo dois no interior (um no município de Arapiraca e outro em Palmeira dos Índios) e um CAPS AD tipo III (no município de Maceió). O número de CAPS AD, considerando-se a população, apresenta-se insuficiente para Alagoas, tendo em vista a necessidade de garantir a oferta de serviços de base comunitária, especializados em álcool e outras drogas (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2016).

Desse modo, o presente estudo teve como pergunta norteadora: Qual o comportamento das internações hospitalares decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas no Estado Alagoas?

Nesse contexto, justifica-se a realização deste estudo, pela insuficiência de serviços de saúde mental, de base comunitária, especializados na assistência aos usuários de álcool e outras drogas em Alagoas; pelo fato desse Estado possuir o pior índice de desenvolvimento humano do Brasil; bem como pela necessidade de se conhecer o perfil epidemiológico dos indivíduos submetidos a internação hospitalar, decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, nessa unidade federativa.

Historicamente, as internações hospitalares devidas ao uso abusivo de álcool e outras drogas, quando analisadas quantitativamente, são mais frequentes entre indivíduos do sexo masculino. Além disso, observa-se na

clínica diária a presença cada vez mais frequente de indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.

Para tanto se elaborou a seguinte hipótese: “As internações hospitalares decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas têm aumentado no Estado de Alagoas”.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A história das drogas

A história das drogas advém desde os tempos mais remotos, onde o interesse dos seres humanos pelas mesmas é relatado. Há evidências de que as drogas têm sido utilizadas pela maioria das culturas a bastante tempo, onde a relação das sociedades humanas expressa por um lado, uma relação com a natureza e por outro, um processo singular de construção social da realidade (SAMPAIO et al, 2011; ALVAREZ et al, 2012).

A palavra “droga” deriva do holandês droog, que significava produtos secos e serviu para designar, dos séculos XVI ao XVIII, um conjunto de substâncias naturais utilizadas na alimentação e na medicina. Mas o termo também foi utilizado na tinturaria, ou como substância que poderia ser consumida por mero prazer. Tal noção continua presente no Dicionário da Língua Portuguesa, que apresenta uma definição de droga como todo gênero de especiaria aromática, tintas, óleos, raízes oficiais de tinturaria e botica. A palavra droga pode ter vários sentidos, o mais conhecido é a ideia de algo ruim, ou ainda, drogas como algo que traz violência, medicamentos, mortes e dependência química (BUNGAY et al, 2010; CARRARA, 2010; ARALDI et al, 2011).

Ao longo da história da humanidade, inúmeras substâncias foram utilizadas como estimulantes, por exemplo: cafeína, noz-vômica, estriquinina, arsênico, tabaco e nicotina. Foi a partir da *Ephedra vulgaris*, planta asiática de clima temperado, que o pesquisador japonês Nagai, extraiu em 1985, a efedrina. Há muito que esta planta já era conhecida na China, sendo utilizada com o nome de ma-huang, como medicamento para asma. Um estudo sobre suas propriedades simpaticomiméticas levou à síntese da benzedrina em 1931 e, em seguida, a síntese da dexedrina e da metil anfetamina (SAMPAIO et al, 2011; ALVAREZ et al, 2012).

Essas anfetaminas tinham, ao mesmo tempo, as propriedades da adrenalina e da efedrina. Elas foram comercializadas desde então, como produto de substituição da cocaína e seu uso era muito comum até pouco tempo, seja como estimulante entre os estudantes, esportistas, militares e homens de negócios, seja como moderadores de apetite nos regimes para

emagrecer. Nos anos 50, a sua utilização foi regulamentada e muitas foram retiradas do mercado. Foi nesse momento que a história da droga se uniu à do produto farmacêutico (SHAKYA et al, 2012; SHIN et al, 2013).

A cocaína é um estimulante natural extraído das folhas do *Erythroxylon coca* e *Novogratense*, arbustos comuns nos Andes; destacando-se Equador, Peru e Bolívia; como também na Colômbia, na Costa das Antilhas e na América do Sul. Os nativos da América do Sul já mascavam as suas folhas há milênios. No entanto, a cocaína, alcaloide obtido da folha da coca, sob a forma de pequenos cristais, a partir dos quais em 1859, foi determinada sua fórmula química, no século XIX essa substância foi isolada para estudos mais específicos (WINTERS et al, 2012; ARGIMON; CERUTTI, 2015).

Considerada euforizante, a cocaína foi proposta como antídoto dos depressores do sistema nervoso central e utilizada no tratamento do alcoolismo e da morfinomania. Há relatos de que Freud em 1884, estudou os efeitos estimulantes da cocaína no sistema nervoso e a experimentou, mostrando-se favorável à sua utilização, pois uma pequena dose, segundo ele, o fez vivenciar inúmeras sensações prazerosas. Nesse mesmo período, Von Holler, utilizou-a pela primeira vez como anestésico local, em uma cirurgia oftalmológica. A cocaína obteve sucesso como verdadeira panaceia apresentada sob a forma de comprimidos, unguentos, cigarros e bebidas como a Coca-Cola e o vinho Mariani, que chegou a receber a aprovação do Papa Leão XIII. Assim que foi constatada a sua ineficácia no tratamento das morfinomias, desenvolveu-se uma epidemia de cocainomania por via nasal, inquietando as autoridades que acabaram regulamentando o uso da cocaína (VARGAS et al, 2013; VASCONCELOS et al, 2013).

No Brasil, o uso da *Cannabis* tem registro histórico cultural peculiar desde os tempos da descoberta do país (1500 d.C.). Há relatos de que viajantes portugueses faziam uso da substância e exaltavam suas qualidades como intensificadoras de emoções preexistentes, sendo provavelmente, os primeiros a trazerem essa substância para o país. Com a formação de duas classes sociais, uma aristocrática e outra formada por escravos e pobres, esse uso parece ter sido mantido nessas classes, nos séculos subsequentes, até o início do século XX, quando começa a haver uma tentativa de aceitação legal

dessa substância, influenciada por mudanças que ocorriam nesse sentido nos outros países (BRASIL, 2012; ARALDI et al, 2012).

Muito utilizada socialmente, as plantas alucinógenas sagradas foram a fonte de práticas místico-religiosas, até mesmo em religiões constituídas. Mais recentemente, o movimento psicodélico fez dela uma panaceia capaz de estimular as capacidades criativas artísticas. Os pontos de convergência foram abordados por Henry Ey que, no tratado das alucinações, lembra-nos que é comum a todas essas experiências de profundidade abissais, a todas essas visões do mundo interior, e precisamente que elas descobrem o mundo fantástico das imagens, desta realidade fantástica individual ou arquetípica, que é de um mundo de objetos imaginários (MOREIRA; VÓVIO; MICHELLI, 2015; RIBEIRO et al, 2016).

É interessante notar que no período da escravatura, no final do século XIX, o uso de *Cannabis* parecia ser de conhecimento dos grandes latifundiários, tanto que o uso não era reprimido, pois se acreditava que esse uso diminuiria as possibilidades de rebelião entre os escravos. Contudo, no início do século XX, a partir da influência das novas normatizações americanas, a *Cannabis* começa culturalmente a ser identificada com as demais substâncias que também passaram a ser proibidas (SHERMAM et al, 2011; SANTOS; PRATTA, 2012).

Na história remota da humanidade, o ópio está presente sete séculos a.C. Ele surge numa tabuleta sumeriana encontrada em Nipur sob a forma de dois ideogramas, um representando uma planta e no outro, a alegria. O ópio era considerado o símbolo da felicidade. Ele faz parte da farmacopeia antiga; na mitologia grega, relata-se que Morfeu agita papoulas para adormecer os mortais. O Nepentes, bebida mencionada na Odisseia pelas suas virtudes sedativas e euforizantes, provavelmente continha ópio. O mesmo vale para a teriaga romana concebida por Galeno. Aliás, este tratamento polivalente foi mantido pela farmacopeia francesa até 1908. O ópio, por muito tempo, teve utilização na medicina de forma que os profissionais o utilizavam como sedativos (LANGTON et al, 2012; KIRBY et al, 2012).

Ao lado da utilização médica, o ópio ocupou um lugar importante, seja por meio da opiofagia na Inglaterra, do uso do láudano como aperitivo na Europa Central, ou do ópio fumado em todo o mundo. A procura de um

tratamento da morfinomania teve como consequência a descoberta, em 1879, da heroína ou diacetilmorfina. Os agentes inalantes eram utilizados frequentemente em todas as épocas. Cada época, cada geração, marcou sua preferência por determinado produto. Faz um século, que a etermania foi considerada um flagelo social. Na Irlanda, desenvolveu-se uma verdadeira epidemia (INSTITUTO NACIONAL DE POLITICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (INPAD), 2012).

Há relatos de que o éter chegou, inclusive, a ser bebido no lugar do álcool que era proibido. Atualmente, utilizam-se, sobretudo, as colas (que contêm acetona, o acetato de etil, o hexano, o tolueno e o benzeno), os anestésicos voláteis (o éter, o protóxido de nitrogênio e o tricloroetileno), os solventes, removedores e diluentes de tinta (contendo acetona), e os gases propulsores de aerossóis à base de fluorcarbono, mas também a gasolina e os gases do escapamento de automóveis (MOREIRA; VÓVIO; MICHELLI, 2015).

Os problemas relacionados ao uso do álcool tinham características diversas, pois a relação do homem com a bebida alcoólica vem mudando desde os primórdios, principalmente nos últimos séculos. Embora a embriaguez fosse considerada uma doença, como produto do século XIX, parece haver pouca dúvida de que elementos do conceito estivessem presentes nos séculos anteriores. Foi Thomas Trotter, na Inglaterra, em fins do século XVIII que apontou a ebriedade como uma doença capaz de provocar transformações no corpo e desorganizar a saúde. Ainda acreditava que a embriaguez era uma das causas da loucura, cuja incidência crescia nos hospitais, asilos e instituições especiais recém-criadas para etilistas (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, 2012).

No início do século XIX a embriaguez foi apontada como causa possível dos distúrbios psíquicos, mas se considerava esses distúrbios mais como um comportamento anormal do que como resultado da ação do álcool sobre o cérebro. Na América, nessa mesma época, Vargas; Oliveira e Luís (2010), consideram o uso disfuncional do álcool como doença ou um transtorno da vontade. O beber, segundo eles, começava como um ato livre de vontade, caindo no hábito e, finalmente, afundando na necessidade. Foi na primeira metade do século XIX, que se desenvolveu o conceito de doença em relação ao álcool, particularmente no continente europeu. Em 1819, o alemão Bruhl-

Cramer, empregou a expressão “dipsomania” para designar os bebedores excessivos, que eram vistos como doentes que experimentam um desejo tirânico pelas bebidas alcoólicas. O francês Esquirol considerou a embriaguez como uma forma de monomania, um sintoma, uma síndrome, e não a causa da doença (VARGAS; OLIVEIRA; LUIS, 2010).

O sueco Magnus Huss utilizou pela primeira vez na história a expressão alcoolismo crônico. No entanto, não via o alcoolismo como uma questão exclusivamente médica, mas como um problema complexo, técnico e moral. Na Europa e nos Estados Unidos da América (EUA), a partir de 1830, por conta dos casos de intoxicações crônicas graves e recidivantes, foram criadas instituições exclusivas aos alcoólatras, como eram chamados os que faziam uso abusivo do álcool. Os estudos demonstram que o grande interesse por parte da direção desses hospitais para etilistas, em apresentar a questão do alcoolismo como um problema de natureza exclusivamente médica, era por razões de cunho financeiro, haja visto que o tratamento em regime de internação ou ambulatorial, principalmente para os pacientes mais abonados, oferecia bons lucros para médicos e instituições (SHERMAN et al, 2011).

Posteriormente, surge nos EUA o movimento social chamado “Temperança”, cujo objetivo era de controlar o consumo de álcool que continuava a crescer. Esse movimento tinha como eixo central os conceitos morais da época, os alcoólatras não eram mais doentes, eram delinquentes para os quais se propunha um exílio. Paralelamente, alguns médicos discutiam o conceito de doença versus o conceito moral do uso de álcool, embora todos compreendessem a complexidade do problema. Esse movimento culminou na proibição da fabricação e no uso do álcool, por meio da “Lei Seca” (1919-1932) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

Após esse período, um movimento social contrário levou à revogação dessa lei em 22 de março de 1933, pelo presidente Franklin D. Roosevelt. Nesse momento, a comunidade científica dos EUA voltou a preocupar-se ainda mais com o problema. As pesquisas passaram a ser cada vez mais definidas e objetivas para o uso desta substância. Os órgãos de justiça requisitavam com frequência a realização de pesquisas bioquímicas e testes de personalidade nos casos de interesse médico-forense. A concepção de alcoolismo-doença se transforma em uma hipótese de trabalho, para a realização de novas

pesquisas, buscando orientar tratamentos para o alcoolismo e mobilizar a comunidade na profilaxia da doença (VASCONCELOS et al, 2013).

Na sociedade americana, além da opinião pública, algumas universidades divulgaram suas reflexões referentes ao alcoolismo como uma doença, propondo uma divisão dos seus portadores de acordo com uma tipologia empiricamente determinada. O livro “The Disease Concept of Alcoholism”, de 1960, foi um marco na evolução desse conceito e classificava os pacientes de acordo com o consumo de álcool em: Alfa, Beta, Gama, Delta e Epsilon (BURGAY et al, 2010).

Apesar da expressão alcoolismo, utilizada há mais de um século, tenha adquirido foro de universalidade, sofreu muitas críticas. Já na Classificação Internacional de Doenças (CID 9), aprovada pela Assembleia Mundial de Saúde de 1976, este termo “alcoolismo” foi substituído por “Síndrome de Álcool Dependência”, que também não satisfiz plenamente a comunidade científica, sendo considerada um tanto confusa sob o ponto de vista terminológico (MONTEIRO et al, 2011).

Em 1976, Edwards e Gross propuseram o conceito de “Síndrome de Dependência do Álcool”, ampliando o conceito anterior, em que o indivíduo era reconhecido como alcoólatra ou não alcoólatra. A dependência de álcool passou a ser definida como um conjunto de sinais e sintomas decorrentes do uso disfuncional do mesmo. Nesta mesma época também foram introduzidos os conceitos de tolerância e de abstinência. Em 1977, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a dependência de álcool como uma síndrome com um continuum de gravidade, referindo-se a um grupo de sintomas caracterizados pela perda da capacidade de controlar a ingestão de substâncias psicoativas, com ênfase no consumo, tolerância, síndrome de abstinência e consumo para aliviar os sintomas de abstinência. Além disso, publicou um relatório no qual é muito clara a distinção dessa ordem, em duas categorias: o abuso e a dependência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

O reconhecimento desta diferença também estava presente, tanto em relação ao álcool como para outras drogas. O conceito de síndrome de dependência se consolidou, sendo consenso nos instrumentos diagnósticos como o DSM-IV e a CID-10. Ambos revisaram os sintomas necessários para o

diagnóstico de dependência e ampliaram o período necessário com essa sintomatologia para determinar a instalação da síndrome (ARALDI et al, 2012).

Nos últimos 25 anos, a população em geral e os profissionais da saúde, modificaram a forma de ver o alcoolista, entretanto, ainda há muitas pessoas que ao se referirem a esses sujeitos, fazem restrições de ordem moral, usando expressões pejorativas, atribuindo os excessos alcoólicos aos desvios morais, ao vício, a procedimentos susceptíveis de censura e castigo, reminiscências de épocas passadas quando os embriagados eram punidos, encarcerados e chibateados. Nessa perspectiva, a partir do século XIX, o uso do álcool e outras drogas passam a ser vistos como um problema pelas sociedades, pois nesse contexto aparecem as noções de dependência de drogas e de perda do controle no consumo do mesmo, compreendidos como causadores de prejuízos físicos, emocionais e sociais (SAMPAIO et al, 2011; MOREIRA et al, 2015).

Em 1923 foi fundada, no Rio de Janeiro, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), com formação teórica de influência francesa e prática norteadada pela psiquiatria alemã. Sua visão sobre o alcoolismo era de que este se tratava de uma doença hereditária que carecia de tratamento e prevenção a partir de medidas eugênicas. Até os anos 20 e 30, do século passado, o consumo do álcool não era visto como problema no Brasil, mas em 1931 a LBHM passa a focar suas atenções novamente no alcoolismo, apesar dos dados demonstrarem que nesse período, o número de internações por alcoolismo estava diminuindo. A psiquiatria no início do século, saber dominante na temática do alcoolismo, foi responsável de certo modo, pela chegada do componente jurídico no âmbito da repressão ao consumo do álcool. A visão brasileira acerca dessa problemática é demonstrada pelo código penal de 1940, tendo um caráter nitidamente repressivo, propondo a punição como forma de recuperação para o transgressor da lei (CARRARA, 2010; BRASIL, 2012; COELHO; OLIVEIRA; 2014).

A partir desse ponto, a visão jurídica assume a responsabilidade pelo alcoolista e, posteriormente, pelo usuário de drogas, considerando os “viciados” como portadores de um potencial para o mal e para o crime, devendo, portanto, ser excluídos do convívio social. Na década de 50, o conhecimento médico científico reaparece, propondo uma nova visão ao problema do álcool/drogas.

A problemática do uso abusivo do álcool passa a dar lugar às drogas arroladas como ilegais, e os sujeitos que fazem uso dessas substâncias passam a ser vistos como doentes e marginais. Assim, a Psiquiatria passa a dividir com a ciência jurídica a atenção aos usuários de drogas. Esses sujeitos têm como medida compulsória, sua internação em hospitais psiquiátricos sem que nenhuma abordagem específica seja dirigida a essa população. O viciado é doente e criminoso ao mesmo tempo e essa visão dicotomizada prevalece na atualidade, inclusive em abordagens e percepções sociais (LANGTON et al, 2012; KIRBY et al, 2012).

2.2 Modelos utilizados para abordagem e tratamento das drogas

Os principais modelos utilizados para o enfrentamento da problemática das drogas são: o modelo jurídico-moral, o médico, o psicossocial e o sociocultural. Esses modelos expressam a forma pela qual as distintas sociedades entendem o uso de substâncias psicoativas (SANCHEZ et al, 2013).

O modelo jurídico-moral compreende as drogas ilícitas como perigosas e, portanto, torna-se necessário impossibilitar o acesso das mesmas à população. São evidenciados os efeitos perigosos das drogas. Seus conceitos são baseados na legalidade ou ilegalidade, de finalidade medicinal ou não-medicinal. No modelo médico, a droga, o indivíduo e o contexto são considerados, respectivamente, como agente, hospedeiro e meio-ambiente, semelhante a um esquema utilizado para doenças infecciosas. O papel mais importante entre os três elementos é o da droga, vista como o agente. As substâncias são definidas como causadoras de dependência e, alinhado ao modelo jurídico-moral, a ênfase é dada à droga como agente ativo que pode transformar o indivíduo em seu contexto físico, psíquico e social (WINTERS et al, 2012; ARGIMON et al, 2015).

Já o modelo psicossocial considera o sujeito como um agente ativo. Atenta para o significado do uso da droga e sua função para o indivíduo. Vale lembrar que o uso da droga só faz sentido enquanto desempenha uma função para o sujeito. O modelo sociocultural está centrado no contexto em que se desenvolve o uso da droga. Considerando não apenas os efeitos

farmacológicos, mas, sobretudo, na maneira como cada sociedade vê o uso e os seus consumidores (ARGIMON et al, 2015).

Para Shakya; Chistakis; Fowler (2012), as formas de tratamento baseiam-se em três modelos clássicos: o modelo psiquiátrico, o comportamental e o psicodinâmico ou relacional. Entretanto, há um crescimento de formas experimentais que originaram um quarto modelo, o eclético ou alternativo, mas este ainda carece de uma elaboração teórica consistente. Nesses tratamentos são inseridas as diversas tentativas de terapias corporais, grupais, comunitárias, familiares e religiosas. A forma mais comum da sociedade lidar com o fenômeno das drogas tem sido através do atendimento psiquiátrico, ressaltando que o objetivo não era tratar os usuários de drogas, mas sim se opor ao seu uso e a defesa desses indivíduos de que recorrem às drogas para resolver seus conflitos, ou para escapar de um enquadramento social considerado por eles como inaceitáveis (SHAKYA; CHISTAKIS; FOWLER, 2012).

A principal intervenção nesse modelo é focada na desintoxicação, usada para enfrentar a síndrome de abstinência, por meio de internações que muitas vezes involuntárias, representando uma imposição. A internação varia entre 28 a 30 dias e a alta se dá quando ocorre a superação da síndrome de abstinência e as eventuais debilitações orgânicas. No segundo momento, o paciente continuará em tratamento ambulatorial e sua continuidade dependerá diretamente dele e da habilidade da terapia em motivá-lo a permanecer no tratamento, contudo as chances de recaídas são grandes, tendo em vista que o contexto da vida da pessoa, suas relações familiares, profissionais e sociais, não foi trabalhado (BURGAY et al, 2010).

Na prática psiquiátrica em hospitais, assim como nos ambulatórios dos serviços públicos de saúde, prevalecem as considerações de ordem biológica e somáticas, ou seja, a atenção às alterações orgânicas provocadas pelas substâncias. São ressaltadas que tais alterações são inegáveis e em muitos casos necessitam de cuidados médicos, no entanto, representam apenas uma vertente do fenômeno relacionado às drogas. Várias técnicas de modificação do comportamento surgiram nos EUA com a proposta auxiliar os indivíduos que faziam uso de substâncias psicoativas, aumentando a sua capacidade de autocontrole. As técnicas são oriundas de diversas disciplinas de observação

do comportamento e da psicologia experimental. A abordagem comportamental foi alvo da atenção de amplos setores do poder público por se apresentar como mecanismos eficazes de repressão e controle do uso de drogas, sendo considerados capazes de substituir os tratamentos tradicionais da psiquiatria ou a desintoxicação (KIRBY; BARY, 2012).

Sobre os resultados desse tipo de tratamento, a literatura afirma que muitos usuários não suportam a rigidez utilizada por essas instituições e acabam abandonando o tratamento, embora passem por uma seleção criteriosa, em sua grande maioria. A experiência demonstra que uma abordagem meramente técnica ou científica, seja ela psiquiátrica ou comportamental, pode até possibilitar a abstinência de drogas, entretanto, corre-se o risco do indivíduo substituir a droga, passando a ser dependente de outra mais aceitável socialmente (ALVAREZ et al, 2012).

O modelo psicodinâmico ou relacional evidencia a necessidade e importância da relação intersubjetiva como instrumento eficaz no trabalho terapêutico. A abordagem é psicodinâmica, não focada na psicanalítica propriamente dita, por não se referir à técnica, mas à teoria psicanalítica e à sua visão do homem influenciado por seu inconsciente, dividido e angustiado com seus conflitos. A história dos conflitos e carências vivenciadas pelos indivíduos são fundamentais no processo de recuperação, por estarem ali presentes, elementos que certamente, tiveram associação direta com a busca pelas drogas. O modelo relacional é o que mais se aproxima de um ideal humanista de atendimento, por se basear no princípio do respeito incondicional a esses indivíduos, bem como na sua subjetividade e historicidade, das suas vivências, dos seus sofrimentos e dos seus esforços para libertar-se da sua dependência (BURGAY et al, 2010).

A entrevista motivacional e a prevenção à recaída são outras abordagens que, atualmente, são utilizadas pelas instituições de tratamento e profissionais da área da saúde. A prevenção está associada a diversas técnicas cognitivas ou comportamentais. Esta abordagem tem como objetivo evitar a recaída, propondo que os pacientes identifiquem em suas vidas as possíveis situações de risco. A recaída não é tida como fatalidade sem explicação, mas como um episódio que ocorre através de processos da

cognição, comportamento e afeto (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, 2012).

Nessa perspectiva foi elaborada a Entrevista Motivacional (EM), desenvolvida por Miller e Rollnick, nos EUA na década de 80, e tem como objetivo principal auxiliar o indivíduo a realizar mudanças em sua vida, considerando que a motivação para isso passa por certos estágios num determinado processo. É uma técnica simples e de baixo custo, transparente, baseada nos princípios cognitivos como reconhecimento dos problemas e nas reações emocionais frente aos mesmos, com a elaboração de alternativas para modificação nos padrões de pensamento e implementação de soluções (MOREIRA; VÓVIO; MICHELLI, 2015).

A EM segue dois princípios, o primeiro se refere à ambivalência, vista como a essência do problema nos comportamentos dependentes. Entretanto, essa ambivalência não é reconhecida como um traço de personalidade, mas como uma interação dinâmica entre o indivíduo e a situação aguda imediata com dimensões interpessoais e intrapessoais. O segundo princípio é o modelo transteórico que descreve a prontidão para a mudança como estágios motivacionais nos quais o indivíduo transita. Os estágios motivacionais são: pré-contemplação, contemplação, determinação ou preparação, ação, manutenção e recaída (SHIN; HECHT, 2013).

Na EM o terapeuta não assume um papel autoritário e diretivo, mas entende a responsabilidade pela mudança como algo a ser feito pelo próprio indivíduo, que é respeitado em suas escolhas e livre para aceitar ou não as orientações dadas pelo profissional que o atende. As estratégias são mais persuasivas que coercitivas e mais motivacionais que argumentativas, buscando criar uma atmosfera positiva que conduza à mudança (LANGTON et al, 2012).

2.3 Epidemiologia das drogas

Alguns dados epidemiológicos demonstram que o consumo de álcool e outras drogas disseminou-se no mundo inteiro, predominando nos países industrializados da América e da Europa. As guerras mundiais vieram sucedidas por uma onda de uso abusivo de drogas pesadas pelos adultos sem, contudo, constituir-se em um problema social. Após os anos 60, as drogas

atingem uma população cada vez mais jovem, na direção de um movimento de crítica a todo o sistema ocidental de valores (MOREIRA; VÓVIO; MICHELLI, 2015).

De um uso social, o álcool passou a assumir uma posição de uso problemático, sendo a droga mais consumida no mundo. Dados da Organização Mundial de Saúde (2012), estimam que aproximadamente dois bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas. Seu uso abusivo é um dos principais fatores que contribuem para o comprometimento da saúde mundial, sendo responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos perdidos de vida útil. Quando esses índices são analisados para a América Latina, o álcool assume um grau de importância ainda maior. Cerca de 16% dos anos de vida útil perdidos nesse continente, estão relacionados ao uso indevido do álcool, índice quatro vezes maior que a média mundial. São unânimes as pesquisas referentes aos efeitos nocivos do uso do álcool nos casos de violência familiar, de acidentes de trânsito, dentre outros problemas relacionados à sua ingestão (SHIN; HECHT, 2013).

Dados do Ministério da Saúde (2012) demonstram a correlação de acidentes de trânsito com vítimas e o uso de bebidas alcoólicas, quer seja pelo condutor do veículo ou pelo pedestre, vítima de atropelamento. Uma pesquisa de 2015, realizada pela Associação Brasileira de Medicina do Tráfego (ABRAMET) em quatro importantes capitais brasileiras (Curitiba, Brasília, Salvador e Recife) aponta que 61% dos acidentados tinham ingerido alguma bebida alcoólica antes do acidente. A pesquisa também evidenciou que os jovens são sempre as maiores vítimas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS 2016; BRASIL, 2012).

Os gastos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) com tratamento de dependentes de álcool e outras drogas em unidades de base comunitária, como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), foi em torno de R\$ 1,8 bilhão, no ano de 2015. Desse valor, cerca de 34% foram usados em internações e atendimentos hospitalares. Outros R\$ 490 milhões foram gastos no custeio de 2,5 mil leitos exclusivos para o tratamento de dependentes químicos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS - ABEAD, 2016).

Importante frisar que esses valores incluem tão somente os custos com tratamento hospitalar e extra hospitalar para o uso ou dependência de álcool e outras drogas, estando excluídas, nesse cenário, os custos com as doenças e agravos à saúde decorrentes do consumo e dependência dessas substâncias. Um Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, promovido pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) em 2005, em parceria com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), aponta que 12,3% das pessoas estudadas, com faixa etária de 12 a 65 anos, preenchem critérios para a dependência do álcool; e cerca de 75% já beberam pelo menos uma vez na vida. Os dados também indicam o consumo de álcool em faixas etárias cada vez mais precoces e exaltam a necessidade de revisão das medidas de controle, prevenção e tratamento (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO SOBRE DROGAS, 2016).

De acordo com esse levantamento, a prevalência de uso na vida de qualquer droga, exceto tabaco e álcool, teve a maior proporção na região Nordeste, onde 27,6% dos entrevistados já fizeram uso de alguma droga. A região com menos uso na vida foi a Norte com 14,4%. No Brasil, o uso na vida para qualquer droga (exceto tabaco e álcool) foi de cerca de 22,8%. Essa proporção é, por exemplo, próxima ao Chile (23,4%) e quase metade da observada dos EUA (45,8%) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

Nas 108 maiores cidades do país, o uso de álcool na vida, foi de 74,6%, proporção inferior à observada em outros países, como Chile com 86,5% e EUA com 82,4%. A menor proporção de uso na vida de álcool ocorreu na região norte (53,9%) e a maior na região sudeste (80,4%). A estimativa de dependentes de álcool no Brasil foi de 12,3%, sendo que o Nordeste apresentou proporções de quase 14%. O uso na vida de tabaco foi de 44,0% no total, porcentagem inferior a observada no Chile (72,0%) e EUA (67,3%). Quanto à dependência de tabaco, 10,1% preencheram critérios para um diagnóstico positivo. As maiores proporções de dependentes de tabaco foram na região Centro-Oeste com 11,5% (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO SOBRE DROGAS, 2016).

O uso na vida de Maconha, nas 108 maiores cidades brasileiras foi de 8,8%, resultado esse, próximo aos observados da Grécia (8,9%) e Polônia

(7,7%). Porém, abaixo dos EUA (40,2%) e Reino Unido (30,8%). A região sudeste apresentou as maiores proporções de uso na vida (10,3%); também apresentou a maior prevalência de dependentes de Maconha com 1,4%. A menor porcentagem de dependentes apareceu na Região Sul (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas, 2006). A prevalência de uso na vida de Cocaína nas 108 maiores cidades do país foi de 2,9%, sendo próxima à observada na Alemanha (3,2%). Porém bem inferiores as observadas nos EUA com 14,2% e no Chile com 5,3% (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS- ABEAD, 2016).

A região sudeste apresentou as maiores proporções (3,7%) e a região norte a menor (1%) para uso de drogas. O uso de crack na vida foi de 1,5% para as maiores 108 cidades do país, cerca de duas vezes menor que no estudo americano. O uso de *Merla* (um subproduto da cocaína) apareceu na região norte com uma proporção de 1,0%, a maior do Brasil. Já o uso de Solventes foi de 6,1%, proporção superior à verificada na Colômbia (1,4%) e na Espanha (4,0%). Por outro lado, a prevalência do uso na vida de solventes nos EUA foi de 9,5%. A região nordeste teve as maiores proporções de uso dessas substâncias com 8,4%. O uso na vida de medicamentos sem prescrição médica teve um achado preocupante: mais mulheres usaram medicamentos sem prescrição médica, do que os homens, para qualquer das faixas etárias estudadas. Os estimulantes aparecem com 3,2% de usuários na vida. Os benzodiazepínicos com 5,6%, menos que o observado nos EUA (8,3%) (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO SOBRE DROGAS, 2016).

2.4 Política nacional de álcool e drogas

O uso de drogas e sua dependência são fenômenos extremamente complexos. Não há soluções fáceis, desprovidas de risco, nos mais diferentes planos. Isso porque se combinam demandas distintas e contraditórias, que envolvem as responsabilidades dos poderes públicos (sobretudo, do legislativo), os direitos individuais contemplados pelo ideário democrático e os mais variados interesses de máfias, monopólios, cartéis, aparelhos repressivos, médicos, farmacológicos, além de preconceitos largamente difundidos e amplamente manipulados, desejos legítimos e interpretações

particulares de experiência subjetivas e intersubjetivas associadas ao consumo de substâncias psicoativas (BRASIL, 2012).

Tanto que a saúde pública brasileira não se ocupava devidamente com o grave problema dos transtornos associados ao uso de álcool e outras drogas. Uma importante lacuna na assistência à saúde pública foi se configurando e a abordagem da questão das drogas foi sendo deixada para as instituições da justiça, da segurança pública, da pedagogia, das benemerências e das associações religiosas. Dessa forma, a assistência aos usuários de álcool e outras drogas, historicamente, esteve vinculada ao modelo médico psiquiátrico ou religioso, com sua ênfase nas internações e no “pecador”. Esses modelos acabavam excluindo os usuários da sociedade, estigmatizando-os e eram pautados no modelo moral, além de não contemplar esta problemática multifacetada (BRASIL, 2012; LIMA; TAVARES, 2012; FORTES, FARIA, 2013).

A primeira iniciativa brasileira para a assistência a usuários de álcool foi implantada por meio do Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o Consumo do Álcool (PRONAL), no qual a atenção à saúde é dirigida de forma específica na abordagem dessa problemática, bem como na participação de diversos profissionais de saúde na assistência ao alcoolista e aos seus familiares. Entretanto, esse programa só foi implantado pelo poder público, no Distrito Federal e nos estados do Amazonas, Maranhão, Bahia, São Paulo e Rio Grande do Sul (PEREIRA, et al, 2013).

A Reforma Psiquiátrica brasileira teve seu início com a Reforma Sanitária. No entanto, seu processo de consolidação foi intensificado no fim da década de 70 e início da década de 80, marcado pela redemocratização do país e pela contestação do modelo de atenção psiquiátrica. Conseqüentemente, isso leva anos depois a uma mudança na forma de atenção aos indivíduos portadores de sofrimento psíquico e naturalmente influencia uma mudança na atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas. Em 1986, realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve como desdobramento a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), que contemplou os temas: Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental; Cidadania e Doença Mental: direitos, deveres e legislação do doente mental (VARGAS; OLIVEIRA; LUIS, 2010; CARRARA, 2010; BRASIL, 2013).

Com isso a I Conferência Nacional de Saúde Mental marca o fim da trajetória sanitaria e o início da trajetória de desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção. Em 1987, acontece o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, que teve a participação não apenas de técnicos, mas também de líderes municipais, usuários e familiares, que juntos buscaram tornar a opinião pública favorável à luta antimanicomial, que adota o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”. Nesse período, são de especial importância o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, em São Paulo, e o início de um processo de intervenção, em 1989, pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local conhecido por maus tratos e óbitos de pacientes (PEREIRA et al, 2013; COELHO; OLIVEIRA, 2014).

Essa intervenção com repercussão nacional demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados substitutiva ao hospital psiquiátrico. Nesse período, são criados, no município de Santos, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas as cooperativas e residências terapêuticas para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um dos marcos no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. No ano de 1989, o Projeto de Lei, que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios do país, é apresentado ao Congresso Nacional. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. Em 1990 passam a vigorar no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos, marcadas pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013; BRASIL, 2013).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM), em 1992, acontece como um “marco histórico no processo de transformação da saúde mental”. Esta conferência teve a participação de diferentes atores sociais, que debateram os seguintes temas: rede de atenção em saúde mental,

transformação e cumprimento de leis, e direito à atenção e à cidadania. Neste período, as novas normatizações do Ministério da Saúde, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos (LIMA; TAVARES, 2012; FORTES, FARIA, 2013).

No ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, foi que a lei que regulamenta os direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios do país foi sancionada no país. Assim, a Lei Federal 10.216 de 06 de abril de 2001, redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. É no contexto da promulgação da Lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2012).

Vale ressaltar, que o caminho percorrido até o momento, explicitando a Reforma Psiquiátrica, faz-se necessário para o entendimento da construção da Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas, visto que as diretrizes para uma política ministerial para estes indivíduos estão em consonância com os princípios da política de saúde mental vigente – preconizada, articulada e implementada pelo Ministério da Saúde; uma vez regulamentada e respaldada pela Lei Federal 10.216 de 2001, que constitui a política de Saúde Mental oficial para o Ministério da Saúde e para todas as unidades federativas. Assim sendo, esta lei também vem a ser o instrumento norteador máximo para a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, a qual se encontra em sintonia para com as propostas e pressupostos da Organização Mundial da Saúde (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013; BRASIL, 2013).

Assim, com o intuito de subsidiar à III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde realizou em Brasília, no ano de 2001, um Seminário de cunho técnico sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas, enfocando a discussão sobre a organização da rede de serviços

e visando o aprimoramento constante da assistência a estes usuários. A III Conferência Nacional de Saúde Mental (IICNSM), em 2001, evidenciou de forma ética e diretiva, a reafirmação e reelaboração de estratégias e propostas para efetivar e consolidar um modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, garantindo o seu atendimento pelo Sistema Único de Saúde e, ao mesmo tempo, considerando o caráter multifatorial do uso de álcool e drogas (FORTESK; FARIAS, 2013; SILVA, 2013).

Viabilizando as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde publicou portarias voltadas para a estruturação de rede de atenção específica a estas pessoas. A Portaria GM/336 de 2002, define normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência em saúde mental – os “Centros de Atenção Psicossocial – CAPS”, incluídos aqui os CAPS voltados para o atendimento aos usuários de álcool e drogas, os CAPSad (Ministério da Saúde, 2004c). Como consequência do Seminário sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas e da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde, em 2002, devido à necessidade de definição de estratégias específicas para a construção de uma rede de atenção aos usuários de álcool e drogas, instituiu no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, por meio da Portaria GM/MS nº. 816 de 30 de abril de 2002 (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013; BRASIL, 2013).

A partir de 2003 se inicia uma discussão mais sistemática do tema no campo da saúde pública e entre outros setores, então o Ministério da Saúde, neste ano, edita um documento sobre a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Esse documento apresenta as diretrizes para uma política e para a estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reabilitação e reinserção dos seus usuários (CARRARA, 2010).

Ainda reforça que os cuidados oferecidos à população que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas devem ser baseados em dispositivos extra hospitalares de atenção psicossocial, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e aos demais equipamentos

de saúde. Tais serviços devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010; BRASIL, 2012).

O CAPSad é a principal estratégia de tratamento para o consumo de álcool e outras drogas, assim como as estratégias de redução de danos. O conceito de redução de danos vem sendo consolidado como um dos eixos norteadores da política do Ministério da Saúde para o álcool e outras drogas. Originalmente apresentado de forma favorável na prevenção de doenças transmissíveis, esta estratégia assumida pelo Ministério da Saúde desde 1994, é internacionalmente reconhecida como alternativa pragmática e eficaz no campo da prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, no campo do álcool e outras drogas, o paradigma da redução de danos se situa como estratégia de saúde pública que visa a reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas (CARRARA, 2010; ALVAREZ et al, 2012).

Neste contexto, a abstinência deixa de ser o único objetivo a ser alcançado, pois ao cuidar de vidas humanas, temos obrigatoriamente que lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que podem ser feitas pelo outro. As práticas de saúde devem acolher sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário e demandado, sempre estimulando a participação e o engajamento do usuário (MONTEIRO et al, 2011).

Outro mecanismo do MS é a de Redução de Danos (RD) que reconhece cada usuário em suas singularidades, traçando com ele estratégias que estão voltadas para a defesa de sua vida, pois tratar significa também aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que se está tratando. A RD ainda tem a preocupação de restituir ao sujeito sua história, devolvendo a sua autonomia e fazendo com que este seja responsável por seus atos, dando ao indivíduo um lugar para que este tenha o poder da fala ou a condição de modificar em ato, para que assim possa expressar por palavras o movimento de sua vida, permitindo senão curá-lo, ao menos torná-lo consciente de suas escolhas e, portanto, em condições de assumi-las, revertendo desta forma o

processo de desumanização do uso de drogas e concedendo ao usuário a possibilidade de um novo significado, passando a ter prioridade como indivíduo dentro da sociedade (FORTESK; FARIA; 2013).

Em 2005, foram criados mecanismos de financiamento para os leitos destinados ao álcool e outras drogas nos hospitais gerais (PT MS/GM n.º 1.612/05) e é aprovada pela primeira vez no país uma norma sobre a RD, retirando da clandestinidade institucional, essa valiosa estratégia de abordagem dos problemas associados ao álcool e outras drogas (PT MS/GM n.º 1.028/05). Ainda em 2005, implantou-se o Pacto Nacional para Redução de Acidentes e Violência Associados ao Consumo Prejudicial de Álcool, sob a coordenação dos Ministérios da Saúde, Justiça, Secretaria Nacional Anti Drogas (SENAD) e Frente Nacional de Prefeitos. Também em 2005, foram criados incentivos financeiros para os CAPSad que desenvolvem ações de RD (PORTARIA MS/GM n.º 1.059/05) e os CAPS I foram autorizados a cobrar do SUS pelos atendimentos às pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (PORTARIA MS/SAS n.º 384/05) (BRASIL, 2010).

Em 2006, foi sancionada a Lei 11.343, para opinar e sugerir mudanças no texto das Leis 6.368/76 e 10.409/02, que definiam princípios e diretrizes das ações de prevenção e tratamento da dependência de álcool e outras drogas, além de conceituar crimes e penas relativos ao uso e tráfico de drogas (Ministério da Saúde, 2007). A nova lei contemplou os avanços possíveis, como a exclusão do cárcere para o usuário de drogas, garantindo o direito dessas pessoas e também a condição fundamental para o desenvolvimento de ações de prevenção e tratamento na saúde pública. A lei aproxima o uso pessoal de drogas de uma questão de saúde pública afastando-a do âmbito policial. O desafio para a saúde pública a partir desta nova legislação era ampliar o acesso aos serviços de tratamento do SUS de forma a responder às demandas da população brasileira (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012; CARRARA, 2010).

Em 2007 é lançada oficialmente a Política Nacional sobre o Álcool, com estratégias para o enfrentamento dos problemas relacionados ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas (Decreto n.º 6.117, de 22 de maio de 2007). As medidas incluem a capacitação de garçons para a proibição da venda de álcool aos menores de idade e pessoas com sintomas de embriaguez, além do

fornecimento de água potável gratuita nos estabelecimentos. O governo também incentivaria os municípios a adotarem medidas para a restrição ao horário de funcionamento de estabelecimentos que comercializam bebidas alcoólicas e proibiria a venda em postos de combustíveis localizados nas rodovias. A nova política prevê ainda, o incentivo à regulamentação e fiscalização da publicidade de bebidas alcoólicas. Porém, as ações concretas como a restrição ao horário das propagandas, ficaram a cargo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012).

O decreto 6.117 de 22 de maio 2007, que estabelece a Política Nacional sobre o Álcool, publicado no Diário Oficial da União, estabelece a ampliação do acesso de usuários de álcool ao SUS. Além disso, prevê projetos de capacitação de agentes de saúde para atuação em comunidades indígenas e programas de prevenção em assentamentos para a reforma agrária. O decreto não estabelece o investimento que será destinado à concretização das propostas, nem o prazo para a sua implementação. Segundo os dados do Ministério da Saúde, até janeiro deste ano, existem aproximadamente 186 CAPSad funcionando no país, com 138 cadastrados. Em Alagoas, existem 03 CAPSad em funcionamento. É uma rede importante, mas que ainda é insuficiente para atender à demanda cada dia mais crescente. Considerando os pressupostos da Reabilitação Psicossocial e da Reforma psiquiátrica brasileira, a influência deste novo paradigma de atenção em saúde mental, e conseqüentemente, as políticas aos usuários de álcool e outras drogas, torna-se necessário conhecer, identificar e analisar as estratégias da Reabilitação Psicossocial utilizada pelos trabalhadores (BRASIL,2007; BRASIL, 2010).

2.5 Reabilitação psicossocial para o uso de álcool e outras drogas

A noção de Reabilitação foi formulada e desenvolvida a partir da mudança assistencial do pós-guerra, e da implantação do Estado de Direito, que estava vinculada à ideia de cidadania estendida a todos os segmentos da sociedade por meio do acesso à vida social, política e aos bens produzidos pela sociedade. No campo da assistência psiquiátrica, o termo Reabilitação foi introduzido no contexto das Reformas Psiquiátricas desenvolvidas na Europa e nos EUA, preconizando uma mudança no tratamento dispensado aos doentes mentais, que antes eram “jogados” em instituições como asilos e

manicômios, para dispositivos de cuidados na comunidade. Vários modelos de reabilitação surgiram na comunidade psiquiátrica internacional nas últimas décadas, tais como os modelos conceituais e operativos considerados mais importantes na reabilitação psiquiátrica, para então falarmos propriamente da Reabilitação Psicossocial (COELHO; OLIVEIRA, 2012).

O Modelo de “Social Skills Training” de orientação behaviorista e modelo conceitual biopsicossocial é definido como o conjunto dos métodos que utilizam os princípios da teoria da aprendizagem objetivando promover a aquisição, a generalização e a permanência das habilidades necessárias nas situações interpessoais. O Modelo Psico-Educativo que é o modelo biopsicossocial que situa na vulnerabilidade individual e na interação com os fatores de stress ambiental seus componentes principais, tem como finalidade diminuir ou impedir as recaídas, que também é o objetivo terapêutico e reabilitativo. O Modelo de Spivak, de inspiração comportamentalista, apresenta autonomia teórica. Esse modelo ressalta que a tarefa da terapia e da reabilitação é neutralizar os processos crônicos, que levam à dessocialização e à resignação. O objetivo geral da reabilitação é aumentar as articulações sociais do sujeito com o ambiente, desenvolvendo as competências que lhe permitam se comportar com sucesso e eficácia no âmbito das normas sociais (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013; SALVATORI; VENTURA, 2013).

O Modelo de Luc Ciompi concebe a reabilitação como um percurso de trabalho cujo objetivo é a reinserção, mais completa possível, na normal vida social e produtiva. Define ainda, dois eixos sobre os quais se torna possível no tempo o progresso do processo de reabilitação: o eixo casa e o eixo trabalho. No entanto, essas novas técnicas de reabilitação do tipo comunitário, continuavam diretamente ligadas à situação econômica do período, com o desenvolvimento industrial era necessária uma alavancada na mão de obra. O objetivo era criar instituições designadas a reabilitar os indivíduos para suprir a demanda econômica da época. Tratava-se, portanto, da resposta técnica a uma demanda econômica e da construção de políticas sanitárias que tinha como objetivo a redução das despesas com as internações em hospitais psiquiátricos (LIMA; TAVARES, 2012; ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013;).

O maciço fenômeno da desospitalização, acompanhado pelo crescimento da afirmação dos direitos dos pacientes, fez surgir a necessidade de responder às demandas e aos direitos das pessoas que antes se encontravam internadas, excluídas do ciclo produtivo, estigmatizadas como “anormais” e, portanto, tinham negada a sua condição de cidadania. Surgiu a partir de então, a necessidade de reabilitação (FORTESK; FARIAS, 2013).

Atualmente, a OMS (2005) estabelece que os objetivos da Reabilitação Psicossocial sejam primordialmente: a emancipação (empowerment) dos utilizadores; a prevenção e combate ao estigma e à discriminação; o desenvolvimento das capacidades sociais e a criação de um sistema de suporte continuado (a médio e longo prazos). Estas estratégias deverão ser alcançadas pela articulação entre os sistemas sociais e os sistemas de saúde. A Reabilitação Psicossocial pode ser entendida como o processo pelo qual se facilita ao indivíduo com limitações, a restauração no melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

Ainda nessa perspectiva a Reabilitação Psicossocial deve estar direcionada às pessoas com transtornos mentais ou físicos, sociais ou sensoriais, para àquelas que são degradadas na escala social e que perdem privilégios. O processo de reabilitação deve possibilitar a restituição plena dos direitos, vantagens e posições que esses indivíduos tinham ou poderiam vir a ter se tivessem sido oferecidas outras possibilidades de vida nos quais os obstáculos fossem atenuados ou simplesmente desaparecessem. Enfim, a Reabilitação Psicossocial é fundamentalmente um processo de remoção de barreiras que impedem a plena inserção de um indivíduo na sua comunidade e que impedem o pleno exercício de seus direitos e da sua cidadania (VASCONCELOS et al, 2013).

Dessa forma, alguns autores referem que o processo terapêutico destinado aos usuários de álcool e/ou drogas, tem em seu eixo condutor o objetivo de minimizar o sofrimento apresentado inicialmente, sensibilizando o sujeito para o processo terapêutico em que a qualidade de vida é o instrumento indicador de avaliação a ser explorado (CARRARA, 2010).

A estratégia da Reabilitação Psicossocial deve ser utilizada como uma resposta às diversas necessidades do usuário, respeitando sua singularidade,

a partir da construção de um projeto terapêutico que esteja atento à ocorrência de uma ou mais desordens, visto que o indivíduo que não tem diagnosticado a comorbidade psiquiátrica apresentará maiores dificuldades de adesão ao tratamento. Para que estas dificuldades não apareçam e dado a ele o suporte social, ao qual se refere às informações recebidas por um indivíduo para que este acredite que é importante, amado, estimado, valioso e que pertence a uma rede de comunicação e obrigação mútua. Que as relações interpessoais são consideradas como importantes fatores de proteção contra os efeitos nocivos do stress (BUNGAY et al, 2010; BRASIL, 2012).

A percepção da importância do suporte social oferecido pela família, amigos e outros participantes na recuperação dos usuários de drogas podem ter um papel vital na prevenção/desenvolvimento da recaída, pois está associado às necessidades subjetivas do indivíduo, também se relaciona à capacidade de suporte emocional da família e amigos na redução dos conflitos interpessoais e no stress. Isto também requer que o indivíduo assuma um papel ativo na estruturação benéfica do suporte social para ele mesmo, adotando caminhos como deixar a companhia de amigos que usam drogas e aprendendo a dizer não às drogas (ARALDI et al, 2012).

Dessa forma, o suporte social aponta uma forte evidência de que auxilia e efetiva o tratamento ambulatorial e a desintoxicação residencial, pois ajuda no processo de redução do estigma do paciente internado e o maior envolvimento da família no suporte, ainda a redução da lista de espera. Tal conceito se aproxima da noção de promoção da autonomia e da reinserção social dos indivíduos. O suporte social na recuperação do uso de drogas é, particularmente, importante durante os estágios iniciais do tratamento, porque nessa fase o indivíduo tem maior probabilidade de ter sentimentos ambivalentes no que se refere a parar de utilizar drogas. O suporte social é focado quase que exclusivamente nos familiares e amigos, que possam está contribuindo para que este indivíduo não recorra as internações (INSTITUTO NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2012).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Analisar a evolução das internações hospitalares, decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, no período de 2008 a 2015, no Estado de Alagoas.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as internações segundo a tríade epidemiológica pessoa/lugar/tempo;
- Mensurar os riscos para a ocorrência de internações hospitalares decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas;
- Avaliar tendências quanto à ocorrência de internações ocasionadas pelo uso abusivo de álcool e outras drogas;
- Comparar as taxas de internação entre os municípios alagoanos e o tipo de droga envolvida.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo analítico, observacional populacional, do tipo ecológico.

4.2 Período de estudo

A série histórica compreendeu as internações hospitalares ocorridas no Estado de Alagoas, entre seus residentes, nos anos de 2008 a 2015.

4.3 População de estudo

Foram consideradas as internações hospitalares, realizadas em Alagoas, cujos diagnósticos primários que justificaram a emissão das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) foram aqueles sob os códigos F10 a F19, da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10):

Quadro 1- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10).

F 10	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool
F 11	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos
F 12	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinoides
F 13	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos
F 14	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína
F 15	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína
F 16	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos
F 17	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo
F 18	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis
F 19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas

Fonte: Elaborado pelo autor. Adaptado da CID 10ª Revisão

4.4 Fontes de dados

Os dados foram obtidos a partir das bases do Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponibilizadas pelo Departamento de Informática do SUS, do Ministério da Saúde (DATASUS/MS), os quais são de acesso livre. Foram realizadas diversas tabulações dos dados, no período de fevereiro a novembro de 2016, através de consultas ao sítio: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus>.

Os dados populacionais foram oriundos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), utilizando-se resultado censitário (2010) e projeções intercensitárias (demais anos), através de consultas ao sítio: <http://censo2010.ibge.gov.br/>.

4.5 Variáveis de estudo

As variáveis analisadas são aquelas relativas à pessoa (idade, causa da internação/substância envolvida), ao lugar (município de residência) e ao tempo (ano da internação).

4.6 Tratamento estatístico

Os dados foram tabulados e os mapas construídos por meio do software estatístico Tabwin versão 3.6 e analisados no EpiInfo versão 3.5.3. Os elementos gráficos foram produzidos no Programa Excel (Pacote Office 2007).

Para a comparação de médias e proporções foram utilizados, respectivamente, a ANOVA e o Qui-quadrado (χ^2). Para estimar risco, foram calculados o risco relativo (RR) e taxas brutas de internação. A fim de avaliar as alterações segundo períodos de tempo, foi calculado o coeficiente de determinação (R^2). Em todas as análises, foi considerado como ponto de corte o nível de significância de $p < 0,05$.

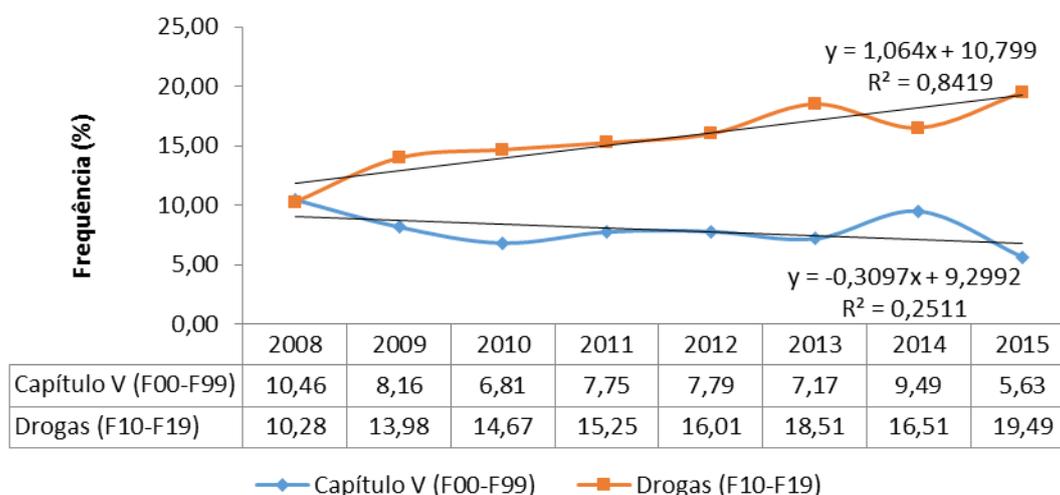
5 RESULTADOS

Entre 2008 e 2015 foram realizadas 1.424.241 internações hospitalares em Alagoas (considerando todas as causas), entre seus residentes, correspondendo a uma média de 178.030 internações/ano.

De todas as internações realizadas no período, cerca de 113.046 (7,94%) possuíam como diagnóstico primário algum transtorno mental ou comportamental (Cap. V da CID-10) com uma média de 14.131 internações por ano. Desse total de internações por transtorno mental ou comportamental, cerca de 17.073 (15,10%) foram realizadas decorrentes do uso abusivo de drogas, com uma média de 1.138 internações por ano. O uso abusivo de álcool e múltiplas drogas representaram 99,18% de todas as causas de internações hospitalares, decorrentes do uso de drogas, no período avaliado.

Quando se analisam as internações hospitalares em consequência dos transtornos mentais e comportamentais em geral, observa-se uma leve tendência de queda. Em contrapartida, as internações devidas ao uso de drogas, apresentam uma tendência de crescimento significativa, no período avaliado, apresentando um incremento de 90,56%, quando comparados os extremos do período estudado, ou seja, 2008 e 2015 (Figura 3).

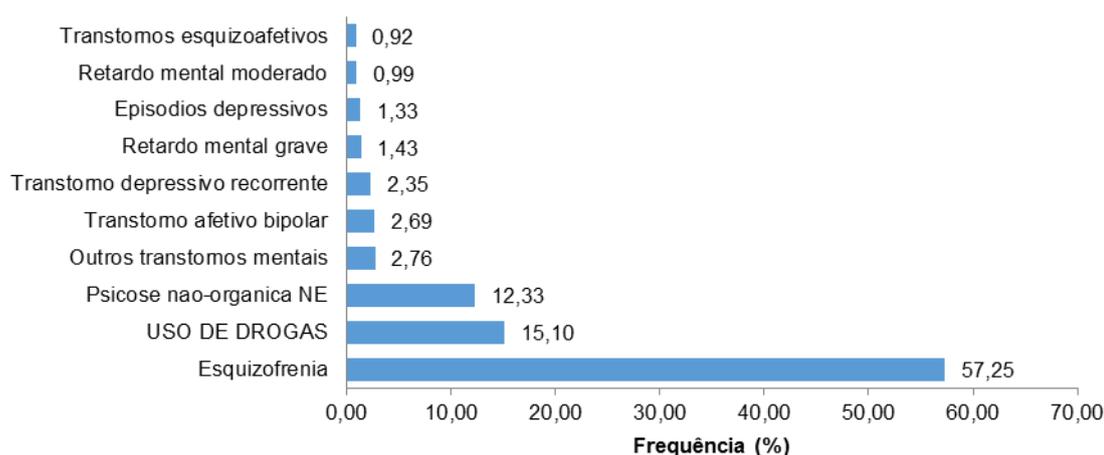
Figura 3 – Tendência temporal das frequências relativas de internações decorrentes dos transtornos mentais e comportamentais em geral e em consequência ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Alagoas, 2008 a 2015.



Fonte: SIH/DATASUS. Dados sujeitos a alterações. Elaborada pelo autor.

Ao se observar todas as causas de internações hospitalares, por transtornos mentais, o uso abusivo de drogas ocupa o segundo lugar, com uma frequência de 15,10% das internações, perdendo apenas para as internações por esquizofrenia (57,25%) (Figura 4).

Figura 4 – Frequências das principais causas de internações por transtornos mentais. Alagoas, 2008 a 2015.



Fonte: SIH/DATASUS. Dados sujeitos a alterações. Elaborada pelo autor.

Quando avaliadas as internações hospitalares por uso de todas as drogas, verifica-se que a proporção de internações devidas ao uso abusivo de álcool e múltiplas drogas é maior, considerando-se o período avaliado (Tabela 1).

Tabela 1 – Proporção de internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas em relação ao total de causas codificadas em todo o Capítulo V (CID-10). Alagoas, 2008 a 2015.

SUBSTÂNCIA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	MÉDIA
ÁLCOOL	6,72%	6,14%	6,53%	8,65%	9,98%	11,36%	11,63%	13,11%	8,97%
OPIÁCEOS	0,03%	0,02%	0,02%	0,00%	0,01%	0,00%	0,01%	0,00%	0,01%
CANABINÓIDES	0,22%	2,48%	2,27%	1,11%	0,11%	0,20%	0,18%	0,27%	0,86%
SEDATIVOS									
HIPNÓTICOS	0,08%	0,09%	0,16%	0,41%	0,59%	0,60%	0,39%	0,79%	0,35%
COCAÍNA	0,25%	0,87%	1,08%	0,63%	0,79%	0,30%	0,17%	0,06%	0,51%
OUTROS									
ESTIMULANTES*	0,03%	0,04%	0,05%	0,01%	0,02%	0,04%	0,04%	0,03%	0,03%
ALUCINÓGENOS	0,00%	0,03%	0,02%	0,01%	0,01%	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%
FUMO	0,00%	0,05%	0,05%	0,02%	0,00%	0,02%	0,00%	0,00%	0,02%
SOLVENTES									
VOLÁTEIS	0,00%	0,03%	0,01%	0,02%	0,00%	0,06%	0,07%	0,09%	0,03%
MÚLTIPLAS									
DROGAS**	2,93%	4,24%	4,49%	4,39%	4,50%	5,90%	4,20%	5,50%	4,70%
TOTAL	10,28%	13,98%	14,67%	15,25%	16,01%	18,51%	16,51%	19,59%	15,10%

* Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outros estimulantes inclusive a cafeína.

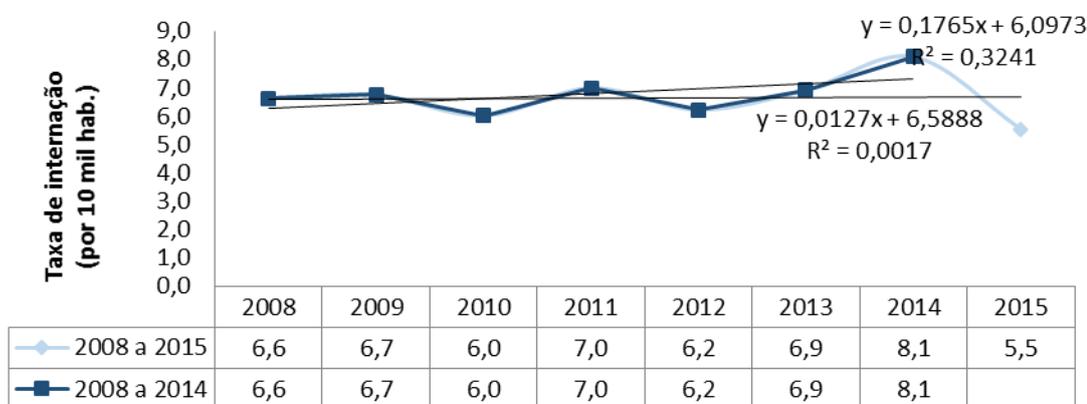
** Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas.

Fonte: SIH/DATASUS. Dados sujeitos a alterações. Elaborada pelo autor.

Avaliando-se a tendência temporal da taxa de internação pela mesma causa no mesmo período, identifica-se um comportamento que não representa um crescimento significativo (Figura 5). Contudo, a redução no número de todas as internações psiquiátricas observadas no ano de 2015, deve ser considerada nesta análise, pois é importante dar atenção ao crescimento proporcional das internações por álcool e outras drogas no Estado, em relação às demais internações por causas psiquiátricas. Este fato pode ser demonstrado claramente na figura 3, onde se observa a tendência da taxa de internação em dois períodos distintos, quando considerada a ocasião entre os anos de 2008 a 2015 ($R^2 = 0,3241$) e entre 2008 a 2014 ($R^2 = 0,0017$).

O impacto no risco só não foi maior, ao considerar a tendência, por causa da redução observada entre indivíduos do sexo masculino (Figura 6), no último ano do período analisado (2015).

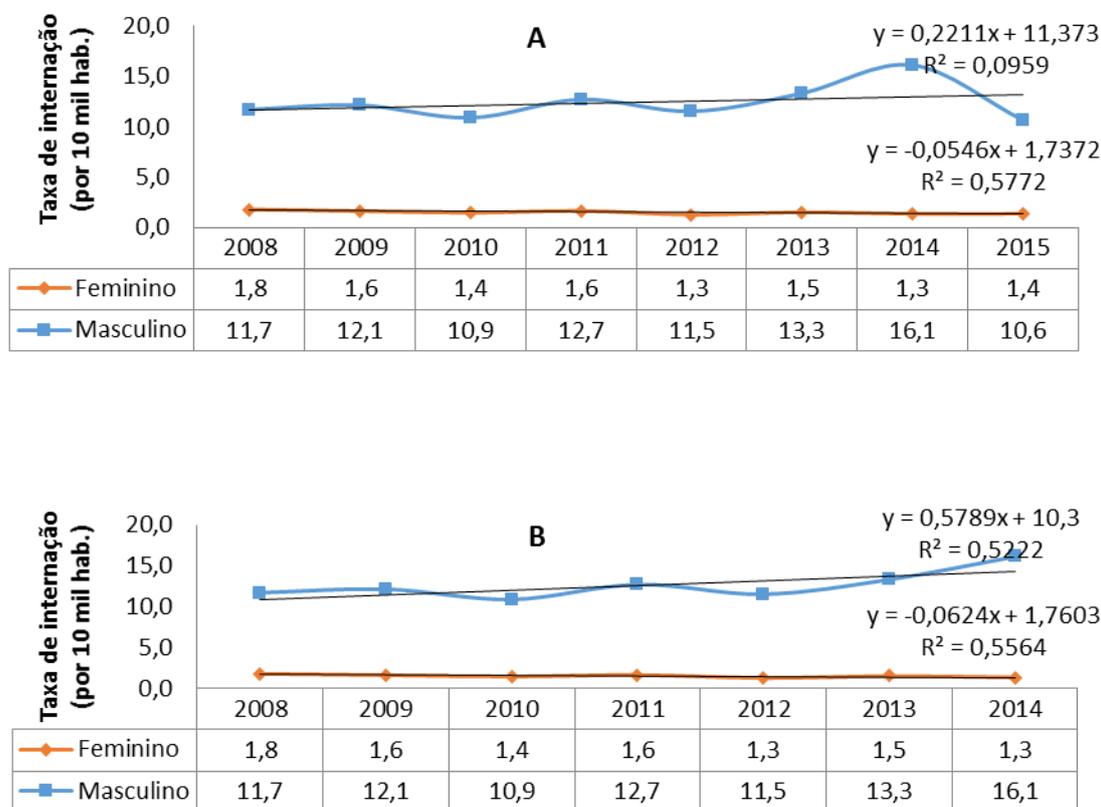
Figura 5 – Tendência temporal da taxa de internação devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Alagoas, 2008 a 2015.



Fonte: SIH/DATASUS. Dados sujeitos a alterações. Elaborada pelo autor.

Em relação à queda acentuada na taxa de internação observada no ano de 2015, percebe-se que o impacto observado neste último ano se refere praticamente aos indivíduos do sexo masculino, uma vez que não se observa diferença nesta taxa de internação entre as mulheres (Figura 6).

Figura 6 – Tendência temporal da taxa de internação devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas, segundo sexos, entre 2008 e 2015 (A) e de 2008 a 2014 (B). Alagoas, 2008 a 2015.



Fonte: SIH/DATASUS. Dados sujeitos a alterações. Elaborada pelo autor.

Considerando-se a comparação das proporções de internação, entre os sexos, verifica-se que o uso de álcool apresenta maior proporção de internação entre indivíduos do sexo masculino (61,47%), sendo esse achado estatisticamente significativo ($p = 0,0000$). Já o uso de múltiplas drogas apresenta maior proporção de internação entre indivíduos do sexo feminino (33,42%), sendo também estatisticamente significativo ($p = 0,0000$) (Tabela 2).

Apenas o uso de Canabinoides e opiáceos apresentam impactos semelhantes entre os sexos. Por outro lado, não há registros de internações por uso abusivo de alucinógenos e fumo, para os indivíduos do sexo feminino, no sistema de internações hospitalares, para o período avaliado.

As proporções que apresentaram significância estatística podem estar relacionadas com maiores oportunidades de uso das drogas, para cada sexo, bem como podem ter a influência de diversos fatores sociais, como relatado pela literatura.

Tabela 2 – Comparação das proporções de internação decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas entre os sexos. Alagoas, 2008 a 2015.

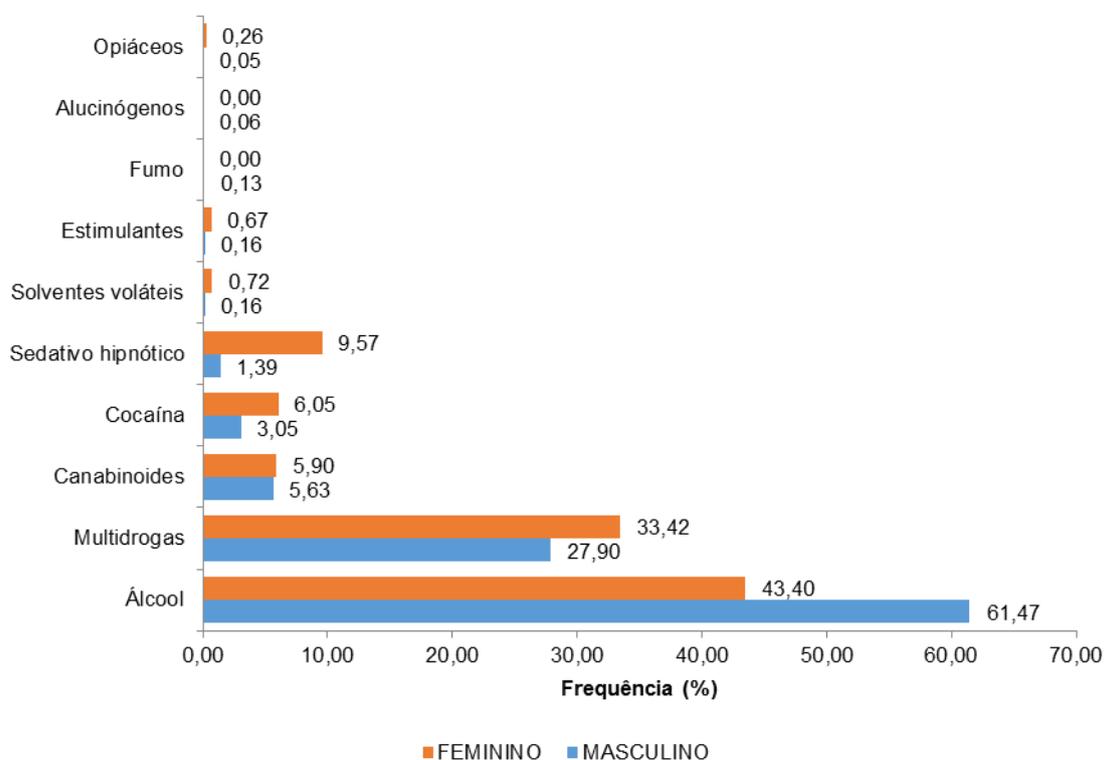
SUBSTÂNCIAS	SEXO		p
	♂ (%)	♀ (%)	
ÁLCOOL	9.306 (61,47)*	839 (43,40)	0,0000
MULTIDROGAS	4.224 (27,90)	646 (33,42)*	0,0000
SEDATIVOS E HIPNÓTICOS	210 (1,39)	185 (9,57)*	0,0000
COCAÍNA	462 (3,05)	117 (6,05)*	0,0000
CANABINÓIDES	853 (5,63)	114 (5,90)	0,6283
SOLVENTES VOLÁTEIS	24 (0,16)	14 (0,72)*	0,000002**
ESTIMULANTES	24 (0,16)	13 (0,67)*	0,000016**
OPIÁCEOS	08 (0,05)	05 (0,26)*	0,008012**
ALUCINÓGENOS	09 (0,06)	-	-
FUMO	20 (0,13)	-	-

*Proporção estatisticamente maior; **Teste exato de Fisher.

Fonte: SIH/DATASUS. Dados sujeitos a alterações. Elaborada pelo autor.

O estudo evidenciou que a frequência das internações hospitalares por álcool e outras drogas, quando desagregada por tipo de substância e sexo, verifica-se que a frequência de internação por álcool é maior nos indivíduos do sexo masculino. Em contrapartida, a frequência de internação por uso de múltiplas drogas, cocaína, e sedativos e hipnóticos é maior entre os indivíduos do sexo feminino (Figura 7).

Figura 7 – Frequência de internações devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas, em relação à droga utilizada e ao sexo. Alagoas, 2008 a 2015.

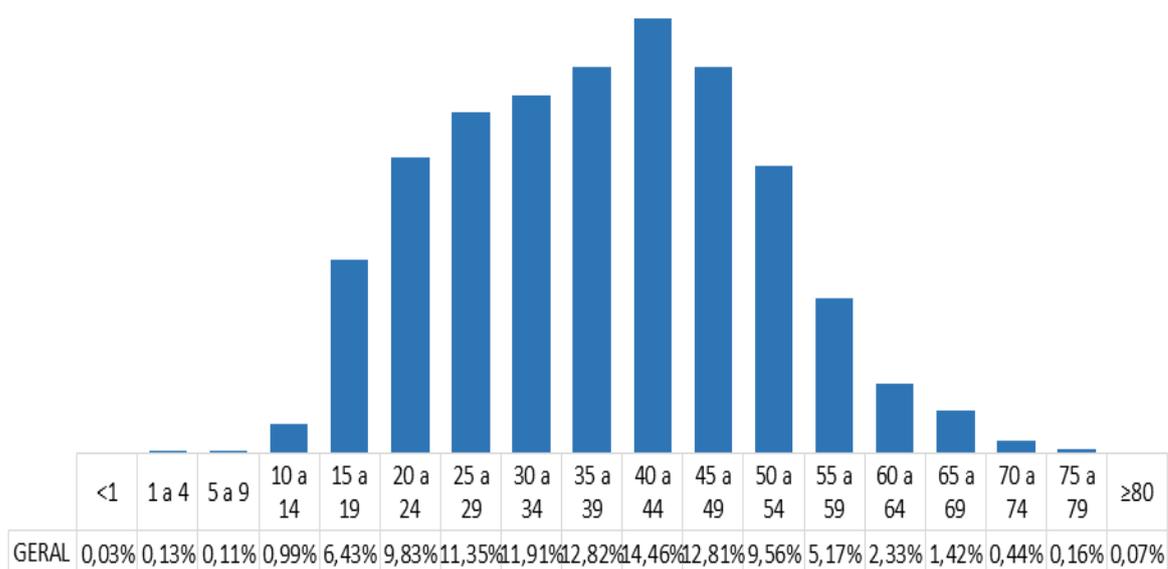


Fonte: SIH/DATASUS. Dados sujeitos a alterações. Elaborada pelo autor.

Em relação à frequência das internações hospitalares por uso abusivo de álcool e outras drogas, segundo faixas etárias, na população geral (Figura 8) e estratificadas por sexo (Figura 9), verifica-se que a frequência de internações aumenta a partir da faixa etária de 10 a 14 anos, apresentando um pico na faixa de 40 a 44 anos.

A partir da faixa etária de 45 a 49 anos, a frequência de internações, por uso abusivo de álcool e outras drogas apresenta um comportamento de redução. Cerca de 73,18% dos indivíduos internados por uso abusivo de álcool e outras drogas têm idades de 20 a 49 anos (Figura 8).

Figura 8 – Frequências das internações devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas segundo faixas etárias na população geral. Alagoas, 2008 a 2015.

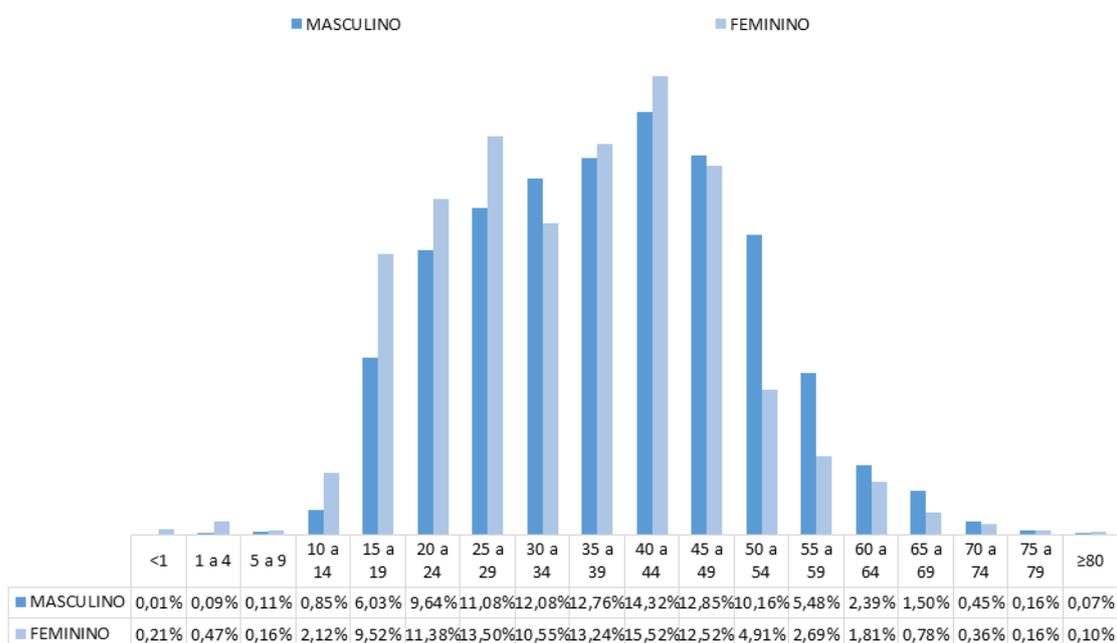


Fonte: SIH/DATASUS. Dados sujeitos a alterações. Elaborada pelo autor.

A análise estatística das diferenças entre proporções de internações entre sexo e faixa etária, revela que existe um risco significativamente maior de internação hospitalar devido ao uso de drogas entre as mulheres com idade até 40 anos ($RR=1,5$) do que quando considerados indivíduos do sexo masculino para o mesmo grupo etário ($p=0,0000$; $\chi^2=97,99$).

Considerando o período etário de maior ocorrência de internação entre os homens, acima dos 45 anos, percebe-se praticamente a situação inversa, um risco significativamente maior entre os homens ($RR=1,2$) a partir de 45 anos de idade ($p=0,0000$; $\chi^2=97,99$) (Figura 9).

Figura 9 – Frequências das internações devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas segundo faixas etárias, estratificadas por sexo. Alagoas, 2008 a 2015.



Fonte: SIH/DATASUS. Dados sujeitos a alterações. Elaborada pelo autor.

O estudo demonstrou que as internações, segundo sua permanência, apresentaram uma média no período de $17,0 \pm 10,7$ dias para cada internação, e ao desagregar segundo sexos, a média de permanência foi ligeiramente maior entre os homens ($17,2 \pm 10,7$ dias) que entre as mulheres ($16,0 \pm 10,8$ dias), sendo esta diferença significativa ($p=0,0000$).

Ao analisar a permanência segundo substância envolvida, verifica-se que há diferenças significativas entre as médias observadas ($p=0,0000$), sendo a maior entre as internações por uso abusivo de canabinoides ($19,9 \pm 10,4$ dias) e a menor nas hospitalizações decorrentes do uso de sedativos e hipnóticos ($4,6 \pm 5,3$ dias) (Tabela 3).

Comparando-se a permanência para cada tipo de substância envolvida, segundo sexos, percebe-se que a duração da internação é maior entre as mulheres quando do uso de estimulantes, de solventes voláteis e de múltiplas drogas (Tabela 4).

Tabela 3 – Média de permanência das internações hospitalares decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, segundo substância envolvida. Alagoas, 2008 a 2015.

SUBSTÂNCIAS	MÉDIA/DP*	p
ÁLCOOL (F10)	18,8 ± 10,7	0,0000
OPIÁCEOS (F11)	11,0 ± 10,4	
CANABINOIDES (F12)	19,9 ± 10,4	
SEDATIVO E HIPNÓTICO (F13)	4,6 ± 5,3	
COCAÍNA (F14)	12,2 ± 8,8	
ESTIMULANTES (F15)	12,8 ± 10,7	
ALUCINÓGENOS (F16)	14,8 ± 11,9	
FUMO (F17)	18,7 ± 9,0	
SOLVENTES VOLÁTEIS (F18)	17,3 ± 11,5	
MULTIDROGAS (F19)	14,4 ± 9,7	

*Desvio Padrão.

Fonte: SIH/DATASUS. Dados sujeitos a alterações. Elaborada pelo autor.

Tabela 4 – Média de permanência das internações hospitalares decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, segundo substância envolvida e sexos. Alagoas, 2008 a 2015.

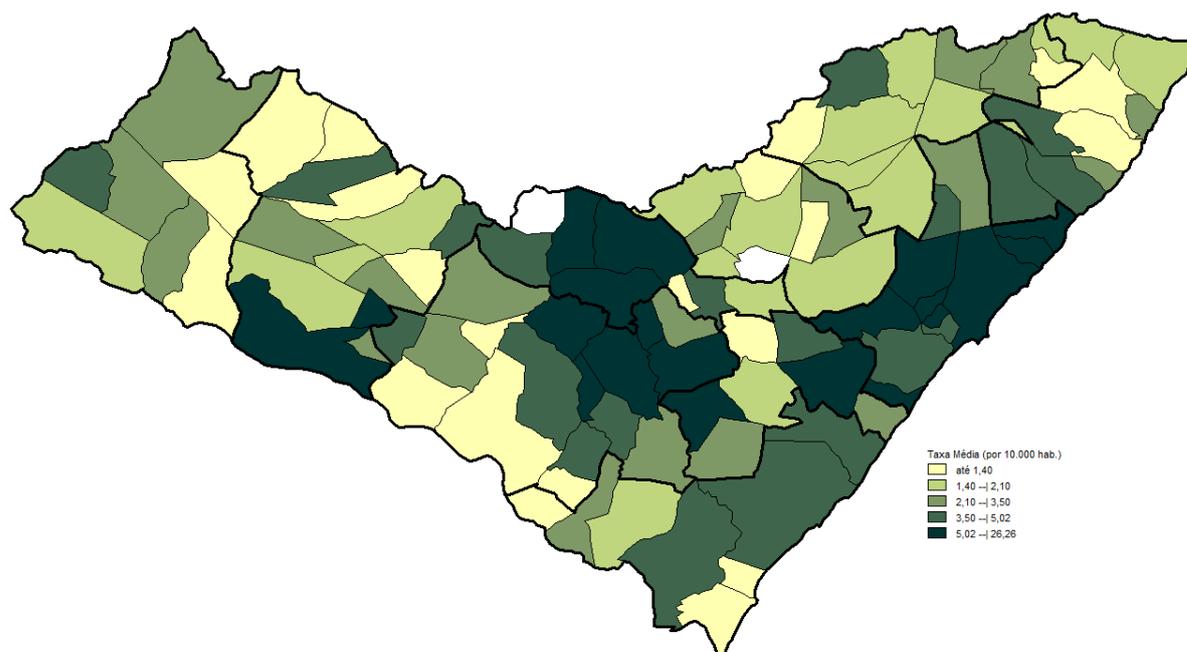
SUBSTÂNCIAS	MÉDIA/DP*		p
	♂	♀	
ÁLCOOL (F10)	18,8 ± 10,7	19,2 ± 11,0	0,3008
OPIÁCEOS (F11)	15,1 ± 11,2	4,4 ± 3,7	0,0663
CANABINOIDES (F12)	20,1 ± 10,3	18,7 ± 10,9	0,1761
SEDATIVO E HIPNÓTICO (F13)	5,0 ± 5,9	4,2 ± 4,6	0,1374
COCAÍNA (F14)	11,9 ± 8,7	13,3 ± 9,2	0,1249
ESTIMULANTES (F15)	10,2 ± 8,9	17,7 ± 12,4	0,0404**
ALUCINÓGENOS (F16)	14,8 ± 11,9	-	-
FUMO (F17)	18,7 ± 9,0	-	-
SOLVENTES VOLÁTEIS (F18)	14,0 ± 11,3	22,9 ± 10,0	0,0197**
MULTIDROGAS (F19)	14,3 ± 9,8	15,2 ± 9,5	0,0291**

*Desvio Padrão; **Média estatisticamente diferente.

Fonte: SIH/DATASUS. Dados sujeitos a alterações. Elaborada pelo autor.

Quanto à taxa média de internações hospitalares, decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, na população geral, segundo município de residência, observou-se, no período avaliado, que essa taxa foi maior entre os residentes dos municípios de Maceió e entorno (Barra de Santo Antônio, Paripueira, Rio Largo, Satuba, Santa Luzia do Norte, Pilar, Barra de São Miguel e São Miguel dos Campos); Arapiraca, Palmeira dos Índios e entorno (Estrela de Alagoas, Igaci, Craíbas, Coité do Nóia, Lagoa da Canoa, Limoeiro de Anadia e Junqueiro); além dos municípios de Pão de Açúcar e Monteirópolis (Figura 10).

Figura 10 – Taxa média de internação devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas, na população geral, segundo município de residência. Alagoas, 2008 a 2015.



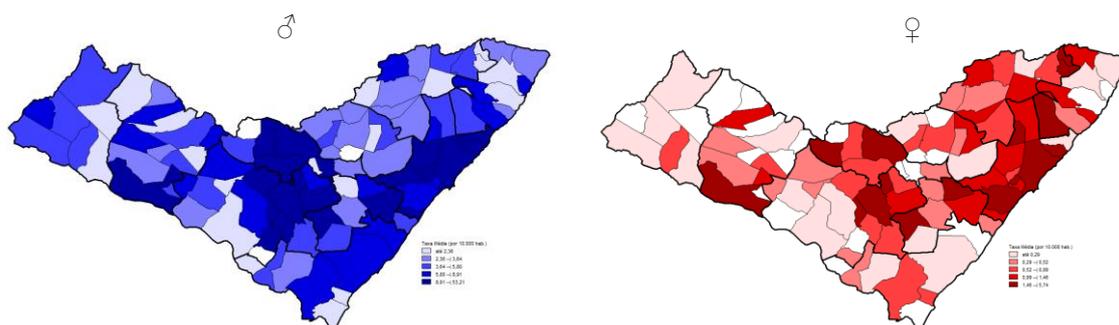
Fonte: SIH/DATASUS. Dados sujeitos a alterações. Elaborada pelo autor.

Quando estratificada por sexo, segundo município de residência, a taxa média de internação hospitalar, para indivíduos do sexo masculino, mostrou aspectos semelhantes aos observados para a população geral, com predomínio de indivíduos residentes nos municípios de Maceió e entorno, Arapiraca, Palmeira dos Índios e entorno, além de Pão de açúcar e Monteirópolis (Figura 11).

Já para os indivíduos do sexo feminino, a taxa média de internação devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas, foi maior, no período

avaliado, entre os residentes nos municípios de Maceió, Arapiraca, Palmeira dos Índios, Pão de Açúcar, Marechal Deodoro, Boca da Mata, Campestre, São Luiz do Quitunde, Messias, Paripueira, Santa Luzia do Norte, Cacimbinhas, Coité do Nóia, Junqueiro, Lagoa da Canoa e Pão de Açúcar (Figura 11).

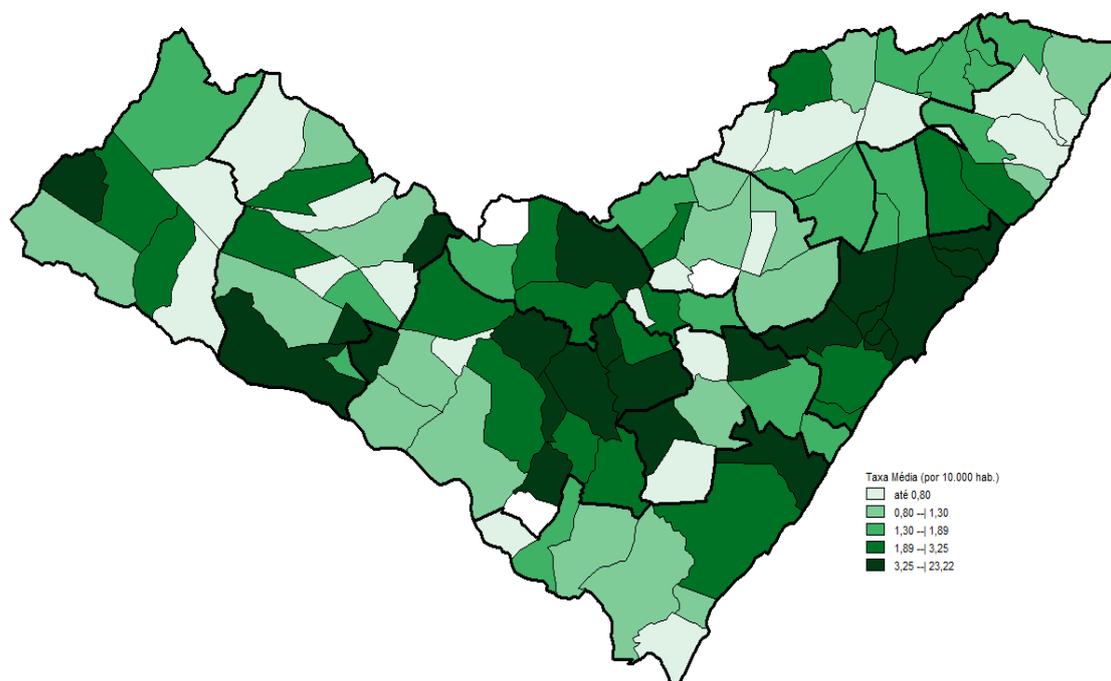
Figura 11 – Taxa média de internação devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas, estratificada por sexos, segundo município de residência. Alagoas, 2008 a 2015.



Fonte: SIH/DATASUS. Dados sujeitos a alterações. Elaborada pelo autor.

Ao analisar a taxa média de internação hospitalar, devido exclusivamente ao uso abusivo de álcool, segundo município de residência, observa-se que essa taxa é maior entre os indivíduos residentes em Maceió, Arapiraca, Palmeira dos Índios (municípios economicamente mais desenvolvidas) e seu entorno. Exceção a esse aspecto, para os residentes nos municípios de Pão de Açúcar, Monteirópolis, Jacaré dos Homens, Dois Riachos e Pariconha (Figura 12).

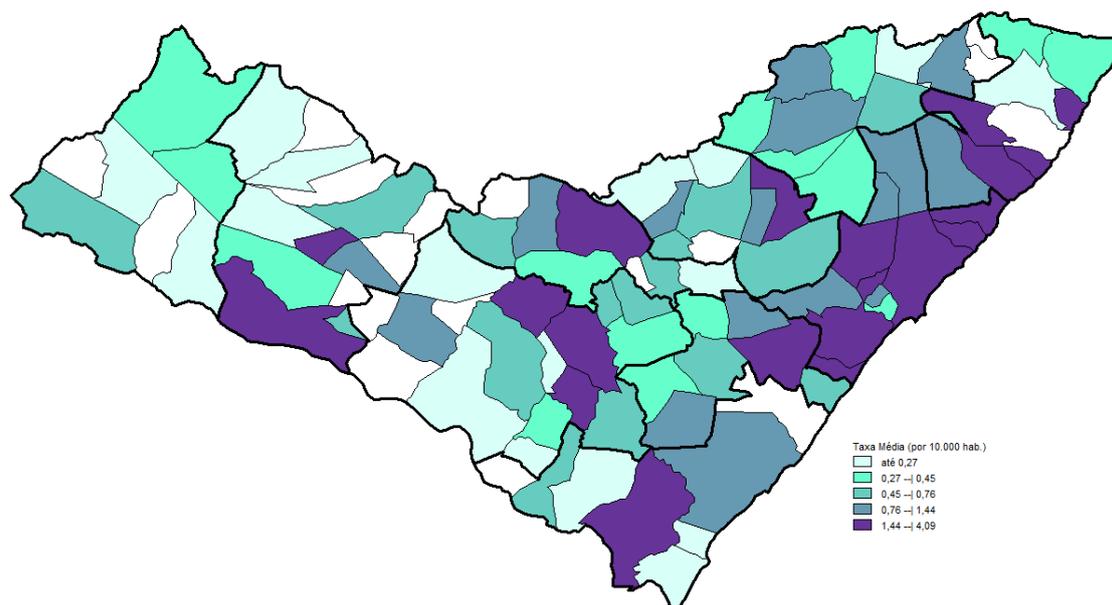
Figura 12 – Taxa média de internação, devido ao uso abusivo de álcool, segundo município de residência. Alagoas, 2008 a 2015.



Fonte: SIH/DATASUS. Dados sujeitos a alterações. Elaborada pelo autor.

Quando se avalia a taxa média de internação hospitalar, decorrente do uso abusivo de múltiplas drogas, segundo município de residência, para o período avaliado, persiste a identificação de taxas médias maiores para os residentes nos municípios de Maceió, Arapiraca, Palmeira dos Índios e entorno, além de Pão de Açúcar e Penedo. Chama a atenção, nessa avaliação, o surgimento do município de Penedo, no sul do Estado de Alagoas (Figura 13).

Figura 13 – Taxa média de internação, devido ao uso abusivo de múltiplas drogas, segundo município de residência. Alagoas, 2008 a 2015.



Fonte: SIH/DATASUS. Dados sujeitos a alterações. Elaborada pelo autor.

6 DISCUSSÃO

O uso abusivo de álcool e outras drogas é um fenômeno preocupante e de repercussão internacional. Atualmente, estima-se que cerca de 10% da população das áreas urbanas de todo o mundo fazem uso abusivo de drogas. Além disso, o álcool sozinho é responsável por 3,2% das mortes em todo o mundo. Essa abrangência mundial da problemática das drogas, já demonstra, por si só, a dimensão do agravo na saúde pública mundial (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013; SALVATORI; VENTURA, 2013).

No período compreendido entre 2008 a 2015, de acordo com a base de dados do SIH/SUS, foram realizadas no Estado de Alagoas 17.073 internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. Por outro lado, verificou-se que houve uma leve tendência de queda nas internações consequentes aos transtornos mentais e comportamentais em geral. Essa tendência de queda pode, hipoteticamente, ser explicada pela adoção da Política Nacional de Saúde Mental que tem como um dos seus eixos, a implantação da Rede de Atenção à Saúde Mental de Base Comunitária (BUNGAY et al, 2010; CARRARA, 2010; ARALDI et al, 2011).

Em contrapartida, quando analisada a tendência das internações por uso abusivo de álcool e outras drogas, verificou-se uma significativa tendência de crescimento, no mesmo período. Essa tendência de crescimento das internações por álcool e outras drogas demonstra a necessidade de um olhar diferenciado no tocante a prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas, bem como para o desenvolvimento de estratégias resolutivas de atenção à saúde da população acometida (SAMPAIO et al, 2011; ALVAREZ et al, 2012).

De todas as hospitalizações realizadas no período em estudo, o uso de drogas ocupou a segunda posição, quando comparado com todas as causas de internações por transtornos mentais, perdendo apenas para as internações por esquizofrenia. Esse dado é importante, considerando que tem aumentado o número de internações por uso de álcool e outras drogas. O uso abusivo de álcool, dentre todas as drogas, ocupa o primeiro lugar no número de internações hospitalares. Esse resultado também foi demonstrado em estudos realizados por Winters et al, (2012), e o fato da legislação brasileira considerar

o álcool como uma droga lícita, apesar de todas as consequências do seu uso abusivo, pode justificar o achado do uso de álcool estar em primeiro lugar nas causas de internações por uso abusivo de drogas (WINTERS et al, 2012; ARGIMON; CERUTTI, 2015).

Estudos epidemiológicos nacionais demonstraram que o álcool, substância tida como lícita, é a droga mais consumida entre os brasileiros. Nessa perspectiva, o Estado brasileiro tem dado atenção específica à questão do consumo do álcool, com a instituição da Política Nacional sobre o Álcool. Essa política, de caráter multisetorial, envolve estratégias de diferentes Ministérios do governo, no desenvolvimento de mecanismos de prevenção ao uso indevido do álcool e viabilizando o acesso da população as diferentes modalidades de tratamento (BRASIL, 2012; ARALDI et al, 2012).

Essa política aponta também para a necessidade de estudos sistemáticos sobre os padrões de consumo de bebida alcoólica no país, e sobre os danos associados a esse padrão, construindo indicadores que poderão fomentar a construção de políticas públicas mais resolutivas para o setor. Nesse sentido, o aumento crescente nas internações por uso de álcool ratifica a necessidade da realização de pesquisas específicas que contribuam com novas estratégias de enfrentamento ao agravo (SHERMAM et al, 2011; SANTOS; PRATTA, 2012).

Verifica-se ainda, que no período de 2008 a 2015 a proporção de internações hospitalares é maior entre os usuários de álcool e múltiplas drogas. Já o uso de múltiplas drogas pode ser influenciado pelo acesso facilitado ao álcool. Corroborando com esses achados, outros estudos também demonstraram maior prevalência do uso de álcool, dentre os usuários de todas as drogas. Resultados semelhantes foram obtidos em outros estudos específicos que abordaram a morbidade hospitalar por uso de drogas. Esses estudos que corroboram com o achado desta pesquisa, quanto ao uso abusivo de álcool, leva a percepção da necessidade de políticas públicas que contemplem um maior controle do uso de álcool pela população (MOREIRA; VÓVIO; MICHELLI, 2015; RIBEIRO et al, 2016).

Constata-se também, que a proporção de internações devido ao uso de múltiplas drogas ocupa a segunda posição dentre todas as causas de hospitalizações pelo uso de drogas em geral. Resultados semelhantes foram

identificados ao se observar às internações por uso de drogas ocorridas em todo o país, entre os anos de 2001 a 2007, onde o uso de múltiplas drogas ocupa a segunda posição entre todas as causas das internações ocasionadas pelo uso de drogas. É importante destacar a participação das internações por uso de múltiplas drogas ocupando o segundo lugar ao longo de toda série histórica deste estudo (INSTITUTO NACIONAL DE POLITICAS PUBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (INPAD), 2012, BRASIL, 2012).

Moreira et al (2015) relatam que quando é notificada a internação hospitalar por múltiplas drogas, perde-se a oportunidade de distinguir quais drogas efetivamente motivaram aquela internação. Conseqüentemente, essa categoria fica restrita aos casos em que há o uso simultâneo de mais de uma droga, impedindo a identificação das mesmas. Entretanto, esse estudo conclui que o aumento no número de internações por múltiplas drogas pode significar um aumento real do uso abusivo de outras drogas além do álcool, como foi descrito em levantamento epidemiológico realizado. Com isso, denota-se a necessidade de especificar, durante a emissão da Autorização de Internamento Hospitalar (AIH), a droga que justifica aquele internamento, podendo ter como critério, a referência a droga que o indivíduo faz uso abusivo com maior regularidade (CARRARA, 2010; BRASIL, 2012; COELHO; OLIVEIRA; 2014).

A tendência da taxa de internação hospitalar por uso de drogas não apresenta crescimento significativo quando analisados dois períodos distintos, quais sejam, (2008 a 2014 e 2008 a 2015). Por outro lado, a redução no número de internações psiquiátricas verificadas no ano de 2015 pode impactar nesse achado, pois provavelmente a política de desospitalização e o tratamento de base comunitária podem justificar a redução dessas internações, já que têm também o objetivo de evitar que os indivíduos necessitem de internações hospitalares (SANCHEZ et al, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (2012), a política de desospitalização e o tratamento de base comunitária é focada no atendimento oferecido através dos serviços assistenciais alternativos que priorizam a inserção desses indivíduos com o meio social, visando estabelecer um contato com as famílias dos mesmos e conhecer as dificuldades encontradas por ocasião de seu retorno ao convívio familiar e em seu processo de reinserção social (BRASIL, 2012; BALBINOT et al, 2016).

O Ministério da Saúde preconiza os Centros de Atenção Psicossocial, como principal estratégia no processo da reforma psiquiátrica, para evitar as internações em hospitais psiquiátricos e ainda, promover a reinserção social e familiar das pessoas com transtornos mentais, incluindo os devidos ao uso abusivo de álcool e outras drogas, corroborando com a política de desospitalização. Burgay et al (2010), afirmam que para os pacientes, as internações hospitalares significam afastamento da família, convivência prolongada com desconhecidos e em ambiente não familiar, exigindo também a necessidade de adaptação a regras e rotinas definidas por terceiros, interrupção do trabalho e, em muitos casos, queda dos rendimentos auferidos pelo trabalho formal ou informal. Ademais, a internação psiquiátrica vem acompanhada do estigma do indivíduo ser portador de transtorno mental. Daí também, as dificuldades na reinserção social, além daquelas oriundas dos problemas com as drogas por si só (BURGAY et al, 2010; KIRBY; BARY, 2012; SHAKYA; CHISTAKIS; FOWLER, 2012).

Ainda dentro dessa perspectiva quando desagregado por sexo, observou-se que a frequência de internação por uso de álcool é maior nos indivíduos do sexo masculino. Já para o sexo feminino a frequência maior é para o uso de múltiplas drogas e sedativos hipnóticos. Corroborando com esses achados, um estudo realizado por Tavares (2012) demonstra essa diferença pode estar relacionada ao uso das anfetaminas que compõem os medicamentos para emagrecimento, usados pelas mulheres, em decorrência da pressão da sociedade por uma imagem corporal “dita” perfeita. Vale ressaltar, que no Brasil, o uso de anfetaminas com o objetivo de promover redução do peso corporal é mais difundido que em outros países (BRASIL, 2012; LIMA; TAVARES, 2012; FORTES, FARIA, 2013). A ditadura do corpo supostamente perfeito, imposto principalmente pelo mundo da moda, pode fazer com que muitas mulheres busquem no uso das anfetaminas, a solução para um problema de sobrepeso ou mesmo de obesidade (PEREIRA et al, 2012).

Considerando a faixa etária na população geral, o estudo observou que em Alagoas, os indivíduos de 40 a 44 anos apresentam maior frequência de internações por uso abusivo de álcool e outras drogas. Essa distribuição segue o padrão nacional, descrito na análise das internações decorrentes do uso de

álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (RELATÓRIO BRASILEIRO SOBRE DROGAS, 2009). Importante salientar que, por se tratar de pessoas em idade produtiva, esse padrão traz uma carga social e econômica considerável sob o ponto de vista da saúde pública, considerando que essas internações totalizaram, ao final de todo o período analisado, 17.073 hospitalizações, estando esses indivíduos afastados do trabalho. Daí essa outra dimensão sobre a qual o uso abusivo de álcool e outras drogas provoca grande impacto social, pois não afeta unicamente a saúde do indivíduo e de seus familiares, mas também tem uma repercussão importante na economia, por se tratar de indivíduos em idade produtiva (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

Quando estratificada a faixa etária por sexo, verifica-se um pico na frequência de internação para as mulheres com idades de 40 a 44 anos e para os homens, o pico na frequência é observado na faixa de 45 a 49 anos. Porém, é importante destacar que a partir da faixa de 10 a 14 até 25 a 29 anos e de 35 a 39 anos, a frequência também é maior para o sexo feminino. Já para o sexo masculino, a frequência também se apresenta elevada nas faixas etárias de 30 a 34 anos e de 45 até 69 anos. A frequência de internações observada nas idades mais precoces entre as mulheres, pode estar relacionada com o contato cada vez mais cedo com alguma droga, ainda que de forma experimental, tornando-as mais suscetíveis à influência de terceiros no seu envolvimento em comportamentos de risco (VARGAS; OLIVEIRA; LUIS, 2010; CARRARA, 2010; BRASIL, 2013).

Na população geral, pesquisas científicas concluem que os principais iniciadores e os usuários que consomem mais álcool e outras drogas são os adolescentes mais velhos e os jovens adultos. O uso de drogas geralmente se inicia antes dos 18 anos, tornando-se abusivo, na maioria das vezes, entre os 19 e 23 anos. Segundo o Relatório Brasileiro sobre Drogas, publicado em 2009, a faixa etária de 18 a 24 anos foi a que apresentou as maiores taxas de dependência álcool ou outras drogas, seguida da faixa de 25 a 34 anos, sendo esses dados observados em ambos os sexos (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, 2012)

Estudos observaram que quanto à faixa etária, tem-se observado que o uso de drogas se inicia precocemente, intensificando-se o seu uso com a

idade. No entanto, as prevalências de uso nem sempre são conhecidas. Segundo OMS (2012), percebe-se a carência de dados mais confiáveis em muitos dos países em desenvolvimento. Todavia, os dados disponíveis indicam que os níveis de uso entre os jovens são maiores nos países em desenvolvimento que nos países desenvolvidos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

No Brasil, observa-se que esse uso se inicia precocemente. Conforme o “V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino realizado em 17 Capitais Brasileiras”, observou-se que na idade mínima de 10 anos, cerca de 22,6% dos entrevistados, relataram o uso de alguma droga, alguma vez na vida, das quais o álcool é a mais frequentemente consumida. Corroborando com esses dados, o “I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira” apontou que o ato de beber precoce e regularmente está de fato, acontecendo entre os jovens, de tal maneira que a primeira vez de uso tem ocorrido aos 13,9 anos; enquanto que o consumo regular é observado aos 14,6 anos. Tal situação é extremamente preocupante, tendo em vista que os dados demonstram uma frequência de internação por uso de álcool ou outras drogas, cada vez precoce. Muitas vezes, essa iniciação no uso de álcool ocorre em ambiente familiar, sob a influência e concessão dos adultos responsáveis diretos por esses jovens (VARGAS; OLIVEIRA; LUIS, 2010; CARRARA, 2010; BRASIL, 2013).

Quanto à taxa média de internação hospitalar, devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas, na população geral, segundo município de residência, observa-se uma taxa maior entre os indivíduos que residem nos municípios de Maceió, Arapiraca, Palmeira dos Índios e entorno dessas cidades. Esses municípios têm a característica de serem economicamente mais desenvolvidos em Alagoas. Esse achado pode ser justificado pela dependência econômica, como trabalho e comércio desses municípios do entorno com as cidades de Maceió, Arapiraca e Palmeira dos Índios.

Ao se analisar a taxa média de internação, devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas, estratificada por sexos, segundo município de residência e tipo de droga, o padrão observado é, mais uma vez, de maior taxa

de internação entre os residentes dos municípios de Maceió, Arapiraca, Palmeira dos Índios e entorno.

Quando se analisa a taxa média de internação hospitalar, desagregando por uso abusivo de álcool e múltiplas drogas, observa-se que para o uso de álcool persiste o achado da taxa ser maior em Maceió, Arapiraca, Palmeira dos Índios e entorno. No entanto, para o uso de múltiplas drogas, chama a atenção o surgimento de outros municípios com maior taxa de internação, como municípios do litoral norte do Estado de Alagoas (Japaratinga, Porto de Pedras e São José dos Milagres), Penedo e Pão de Açúcar, esses últimos banhados pelo Rio São Francisco.

É possível sugerir que nos municípios alagoanos que apresentam maior índice de desenvolvimento humano, a população apresente maior consumo de álcool, seja de forma isolada ou em associação com outra(s) droga(s), justificando o aspecto observado para as múltiplas drogas. Com isso, aspectos relacionados à maior oferta de trabalho e renda, a presença de um comércio local mais dinâmico, a oferta de serviços e mais estabelecimentos comerciais nesses municípios, aliado à situação de dependência econômica de outros do seu entorno, podem ser facilitadores para a circulação das drogas e, conseqüentemente, garantir maior oportunidade de uso de álcool e outras drogas para a população local.

É importante ressaltar que o presente estudo apresentou como limitações: o possível subregistro das internações devido à não emissão de AIH's, exclusivamente em hospitais públicos, uma vez que são estabelecimentos "de porta aberta", não estando limitados a Teto Financeiro; a ocorrência de indivíduos que necessitavam, mas não obtiveram acesso à internação; além das internações realizadas na rede privada.

7 CONCLUSÃO

- As internações hospitalares por uso abusivo de álcool e outras drogas têm apresentado aumento significativo, no Estado de Alagoas;
- O álcool é a droga responsável por mais internações hospitalares entre os homens;
- O uso abusivo de múltiplas drogas (uso concomitante de mais de um tipo de droga) é o responsável por mais internações hospitalares entre as mulheres;
- As internações hospitalares por uso abusivo de álcool e outras drogas são mais frequentes em homens nas faixas etárias de 30 a 34 e a partir dos 45 anos; já as mulheres, que estão sendo hospitalizadas pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, estão na faixa etária de 15 a 25 e de 40 a 44 anos;
- As frequências e taxas de internações por uso abusivo de álcool e outras drogas são maiores para os indivíduos residentes nos municípios que apresentam maior índice de desenvolvimento humano e seu entorno, no Estado de Alagoas.

O aumento nas internações hospitalares por uso abusivo de múltiplas drogas, entre as mulheres, aponta para a necessidade de estudos específicos com essa população, na perspectiva de traçar o perfil dessas mulheres e os fatores de risco aos quais elas estão submetidas.

A rede de atenção à saúde mental, de base comunitária, necessita de ampliação no Estado de Alagoas, convergindo para a necessidade de implementação das políticas públicas de proteção e controle ao uso abusivo de álcool e outras drogas, visando evitar que indivíduos cada vez mais jovens, tornem-se usuários de drogas e evoluam para a dependência química.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, SQ et al. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. **Rev Gaúcha Enferm.** v.33; n. 2; p. 102-108; 2012.

ANDRADE, A G. A importância do conhecimento científico no combate ao uso nocivo de tabaco, álcool e drogas ilícitas. **Revista de psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, supl. 1, 2008.

ARALDI, JC et al. Representações sociais de professores sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas na adolescência: repercussões nas ações de prevenção na escola. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 40, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2014. Epub: 06 mar. 2012. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000002>>.

ARGIMON, IIL; CERUTTI, F. Relación padre-hijo y las implicaciones en el uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. **Perspectivas en psicología.** v. 12; n.1; p. 57 – 65; 2015.

ASSIS, JT; BARREIROS, GB; CONCEIÇÃO, MIG. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. **Revista Latino-Americana. Psicopat. Fund.** v.16; n.4; p. 584-596; 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS- (ABEAD), Estimativa de gastos públicos para internações de álcool e drogas. Rio de Janeiro, 2016.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N.; HACKER, M. A. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Revista de saúde pública.** São Paulo, v. 42, supl. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000800013&lng=en&nrm=iso>.

BALBINOT, AD, et al. Hospitalizações por uso de drogas não se alteram com uma década de Reforma Psiquiátrica. **Rev Saude Publica.** 2016;50:26.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Rádio Câmara. Autor de projeto sobre internação involuntária diz que dependente de drogas não tem discernimento. Câmara dos Deputados. 2012 [acesso em 11 nov 2016]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/ultimas-noticias/413560-%20autor-de-projeto-sobre-internacao-involuntaria-diz-que-dependente-de-drogasnaotem-%20discernimento.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Abordagens terapêuticas a usuários de cocaína/crack no Sistema Único de Saúde: texto preliminar destinado à consulta pública. Brasília, DF 2011. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abordagemus.pdf>

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso. – Brasília: SENAD, 2009. 364 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Álcool e drogas: um problema social, e não criminal 2012. Disponível em [:http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34647](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34647) .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010. Edição XII Colegiado de Coordenadores de Saude Mental. 257 p. Brasília, Ministério da Saúde. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras**. Brasília, DF, 2010a.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos Presidência da República; Combate às violações; população em situação de Rua; 2014; [acesso em: 16 nov 2016]. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/combates-as-violacoes/programas/coordenacao-geral-de-direitos-humanos-e-seguranca-publica-2013-cgdhsp-2013-populacao-em-situacao-de-rua>

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional 2010. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/default.asp?t=3&z=t&o=22&u1=1&u2=1&u4=1&u5=1&u6=1&u3=34>. Acesso em: 27 Dez 2016.

BUNGAY, V et al. Women's health and use of crack cocaine in context: structural and 'everyday' violence. **Int J Drug Policy**. v. 21; p. 321-329; 2010.

CARLINI, EA et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. São Paulo: CEBRID; UNIFESP, 2002

CARRARA, SL. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. v.20; n.1; p.16-29; 2010.

CHALUB, M; TELLES, LEB. Álcool, drogas e crime. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 28, supl. 2, out. 2006.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO SOBRE DROGAS (CBID). Políticas para o uso de álcool e outras drogas. São Paulo, 2016

COELHO, I; OLIVEIRA, MHB. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. **Saúde Debate**. v.38; n.101; p.359-367; 2014

FORTESK, R; FARIA, JG. Estratégias de redução de danos: um exercício de equidade e cidadania na atenção a usuários de drogas. **Revista de Saúde Pública**. v.6; n.2; p. 78-91; 2013.

GARCIA, MLT; LEAL, FX; ABREU, CCA. Política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia & sociedade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 267-276, maio-ago. 2008.

INPAD. Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. Disponível em: http://www.inpad.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=106; 2012.

KIRBY, T; BARRY, AE. Alcohol as a gateway drug: a study of US 12th graders. **Journal of School Health**. v. 82; n.8; p. 371-379. 2012.

LANGTON, CM; et al. Adolescent Substance Use and Aggression. **Criminal Justice and Behavior**. v.39; n.6; p. 748-769; 2012.

LIMA, RCC; TAVARES P. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao crack e proibicionismo. **Argumentum**. v.4; n.2; p. 06-23; 2012.

MONTEIRO, CFS; et al. Mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas. **Esc Anna Nery**. v. 15; n.3; p. 567-572; 2011.

MOREIRA, A; VOVIO, CL; MICHELI, D. Prevenção ao consumo abusivo de drogas na escola: desafios e possibilidades para a atuação do educador. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 119-135, Mar. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022015000100119&lng=en&nrm=iso>. acesso em 19 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-97022015011670>.

NIDA. National Institute on Drug Abuse. Drugs facts: High school and youth trends; 2012. Disponível em: www.drugabuse.gov. Acesso em: 03 de novembro de 2016.

PEREIRA, LC; et al. Legalização de drogas sob a ótica da bioética da proteção. **Revista Bioética**. 2013;21(2):365-74.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório mundial sobre álcool e saúde. 2012.

PEREIRA, PK et al. Transtornos mentais e comportamentais no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) no estado do Rio de Janeiro no período de 1999 a 2010. **Cad. Saúde Colet.**, 2012, Rio de Janeiro, 20 (4): 482-91.

RIBEIRO, DB et al . Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 37, n. 1, e54896, 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100414&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2016. Epub Apr 12, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.54896>.

SALVATORI, RT; VENTURA, CAA. Internamentos não voluntários civis por razão de transtorno psíquico na Catalunha: uma análise das decisões judiciais à luz da bioética. *Physis* [online]. v.23, n.2, pp. 531-552; 2013. ISSN 0103-7331.

SAMPAIO, JJC et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciênc Saúde Coletiva**. v.16 n.12 ;p.4685-4694; 2011.

SANCHEZ, Z. M et al. Childhood Alcohol Use May Predict Adolescent Binge Drinking: A Multivariate Analysis among Adolescents in Brazil. **The Journal of Pediatrics**. v.163; p. 363-368; 2013.

SANTOS, MA; Pratta, EMM. Adolescência e uso de drogas à luz da psicanálise: sofrimento e êxtase na passagem. **Tempo psicanal**. v.44; n.1; p. 167-182; 2012.

SANTOS, VE; SOARES, CB; CAMPOS, CMS. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis**. v.20; n. 3; p.995-1015; 2010.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS (SESAU). Rede de atenção psicossocial do Estado de Alagoas. 2016.

SHAKYA, HB; CHRISTAKIS, NA; FOWLER, JH. Parental Influence on Substance Use in Adolescent Social Networks. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**. v.166; n.12; p. 1132-1139, 2012.

SHERMAN, SG et al. Risks associated with crack cocaine smoking among exotic dancers in Baltimore. **Drug Alcohol Depend**. v. 114; p. 249-252; 2011.

SHIN, Y; HECHT, LM. Does parentification place Mexican-heritage youth at risk for substance use? Identifying the intervening nature of parent-child communication about alcohol. **Journal of Adolescence**. v. 36; p. 149-159; 2013.

SILVA FP, FRAZÃO IS, LINHARES FMP; Práticas de saúde das equipes dos consultórios de rua. **Cad. Saúde Pública**. v.30; n.4; p. 805-814, 2014.

SILVA, ACF. Reflexões sobre a proposta de internação compulsória de dependentes químicos. **Ciências Sociais Aplicadas em Revista – Unioeste/MCR**. v.13; n.25; p. 137-155; 2013.

STRAUCH, ES et al. Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 647-655, Aug. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400011&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Dec. 2016. Epub July 17, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000044>.

TESTA, MG; et al. Análise da contribuição do programa bolsa família para o enfrentamento da pobreza e a autonomia dos sujeitos beneficiários. **Rev. Adm. Pública**. v.47; n.6; p. 1519-1541; 2013.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). Relatório mundial sobre drogas. 2012.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). Relatório mundial sobre drogas. 2014.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). Relatório mundial sobre drogas. 2015.

VARGAS, D et al. Representação social de enfermeiros de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (Capsad) sobre o dependente químico. **Esc Anna Nery**. v.17; n.2; p. 242-248; 2013.

VARGAS, D; OLIVEIRA, MAF; LUIS, MV. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária à saúde: percepções e condutas do enfermeiro. **Acta Paul Enferm**. v.23; n.1; p. 73-79; 2010.

VASCONCELOS, SC et al. Demandas de autocuidado em grupo terapêutico: educação em saúde com usuários de substâncias psicoativas. **Rev Enferm UERJ**. v. 21; n. 1; p.79-83; 2013.

WINTERS, KC et al. Brief intervention for drug-abusing adolescents in a school setting: Outcomes and mediating factors. **Journal of Substance Abuse Treatment**. v. 42; n.3; p. 279-288; 2012.