



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA**

**E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**ESTUDO DESCRITIVO DE ASPECTOS PSICOSSOCIAIS  
RELACIONADOS AO ALCOOLISMO, NO ARQUIPÉLAGO  
DE FERNANDO DE NORONHA – PERNAMBUCO**

RECIFE, 2008



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA**

**E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO**

**PATRÍCIA RÊGO BARROS FILIZOLA**

**ESTUDO DESCRITIVO DE ASPECTOS PSICOSSOCIAIS  
RELACIONADOS AO ALCOOLISMO, NO ARQUIPÉLAGO  
DE FERNANDO DE NORONHA – PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, área de concentração em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Ivanor Velloso Meira Lima  
Co-Orientadora: Aline Elesbão do Nascimento

RECIFE, 2008

lizola, Patrícia Rego Barros.

Estudo descritivo de aspectos psicossociais relacionados ao alcoolismo, no arquipélago de Fernando de Noronha - Pernambuco / Patrícia Rego Barros Filizola. – Recife : O Autor, 2009.

88 folhas : il., fig., tab e graf.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2009.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Alcoolismo. 2. Estudo de populações. 3. Ilha de Fernando de Noronha. I. Título.

613.81  
**613.81**

CDU (2.ed.)  
**CDD (21.ed.)**

UFPE  
**CCS2009-039**

*“Quando você trabalha,  
você é uma flauta que através de cujo  
âmago  
o murmurar das horas se transforma em  
música.*

*Amar a vida através do trabalho  
é conhecer o segredo mais profundo da  
vida.*

*Todo o trabalho é vazio  
a não ser que haja amor,  
porque  
o trabalho é o amor tornado visível”*

**Kahlil Gibran**

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 01:** Efeitos do álcool no organismo segundo sua concentração em mg/dl no sangue.

**Tabela 02:** Efeitos do álcool de acordo com o tipo de deficiência provocado no organismo.

**Tabela 03:** Perfil sociodemográfico da amostra estudada (n=119).

**Tabela 04:** Distribuição por família da amostra estudada (n=119).

**Tabela 05:** Prevalência do consumo de álcool na amostra estudada (n=119).

**Tabela 06:** Prevalência de alcoolismo na amostra estudada (n=119).

**Tabela 07A:** Distribuição da amostra estudada por idade que começou a beber (n=102).

**Tabela 07B:** Distribuição por idade dos alcoólatras na amostra estudada (n=119).

**Tabela 08:** Comparação da idade que começou a beber e alcoolismo, na amostra estudada (n=119).

**Tabela 09:** Prevalência de alcoolismo segundo sexo, na amostra estudada (n=119).

**Tabela 10:** Prevalência de alcoolismo segundo estado civil, na amostra estudada (n=119).

**Tabela 11:** Prevalência do consumo de álcool e do alcoolismo segundo naturalidade na população estudada (n=119).

**Tabela 12:** Prevalência de alcoolismo segundo religião na população estudada (n=117).

**Tabela 13:** Prevalência de alcoolismo segundo ocupação, na população estudada (n=98).

**Tabela 14:** Prevalência de parentes alcoólatras na população estudada (n=116).

**Tabela 15:** Prevalência de alcoolismo segundo alcoolismo materno na população estudada (n=115).

**Tabela 16:** Prevalência de alcoolismo, segundo alcoolismo paterno, na população estudada (n=110).

**Tabela 17:** Prevalência do consumo de álcool na população estudada (n=119).

**Tabela 18:** Consumo de álcool segundo dias da semana, na população estudada (n=114).

**Tabela 19:** Número de respostas afirmativas no teste CAGE.

**Tabela 20:** Usuários de bebidas alcoólicas que afirmaram sentir necessidade de parar de beber.

**Tabela 21:** Análise da questão 01 do teste CAGE.

**Tabela 22:** Usuários de bebidas alcoólicas que ficaram aborrecidos por terceiros criticarem o seu hábito de beber.

**Tabela 23:** Análise da questão 02 do teste CAGE.

**Tabela 24:** Usuários de bebidas alcoólicas que se sentiram mal ou culpados pelo fato de beber.

**Tabela 25:** Análise da questão 03 do teste CAGE.

**Tabela 26:** Usuários que beberam pela manhã para ficarem mais calmos ou se livrarem de uma ressaca.

**Tabela 27:** Análise da questão 04 do teste CAGE.

## LISTA DE GRÁFICOS

**Gráfico 1:** Proporção de indivíduos do sexo masculino e feminino entre os alcoolistas e o grupo controle.

**Gráfico 2:** Porcentagem de indivíduos sem companhia e em união estável entre os alcoolistas e o grupo controle

**Gráfico 3:** Percentual de evangélicos entre o grupo controle e o grupo de alcoolistas.

**Gráfico 4:** Percentual de indivíduos com atividade regular (trabalhador, estudante) e os indivíduos sem atividade regular fora de casa entre os alcoolistas e grupo controle.

**Gráfico 5:** Proporção de indivíduos sem parentes alcoólatras entre os grupos investigados.

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1:** Mapa esquemático do Arquipélago de Fernando de Noronha.

**Figura 2:** Vista aérea do Arquipélago de Fernando de Noronha.

**Figura 3:** Metabolismo do álcool conforme genes ADH e ALDH.

**Figura 4:** As bases neurobiológicas e sintomatologia da SAA.

**Figura 5:** Hipótese de Himnellsbech de neuroadaptação à presença de substâncias psicoativas.



## RESUMO

Esse inquérito epidemiológico foi realizado para se verificar a prevalência de alcoolismo e uso de álcool nas famílias mais antigas e numerosas que compõem a população da Ilha de Fernando de Noronha, estado de Pernambuco, assim como para identificar possíveis fatores de risco psico-sociais associados a este problema naquela região. A amostra representativa da população acima de 18 anos ou emancipados foi composta por 119 pessoas. O instrumento de investigação incluiu perguntas sobre os dados demográficos e sociais da amostra, e caracterização do consumo de álcool. Para avaliar a prevalência de alcoolismo, dentre estes indivíduos, foi usado um instrumento de rastreamento para distúrbios relacionados ao álcool – o CAGE- e levou-se em conta, nesta análise, o ponto de corte de uma ou mais respostas positivas para definir os alcoolistas, dado que o referido instrumento apresenta uma maior sensibilidade (93,8%) e especificidade de 85,5% neste ponto de corte. Foram estudados as variáveis sócio-demográficas e hábitos dos grupos de indivíduos identificados pelo instrumento de rastreamento como alcoolistas e dos indivíduos considerados controles. Os resultados mostram uma prevalência de consumo global de álcool em 62,2% da amostra e de alcoolismo de 40,34%, sendo 50,9% para homens e 30,6% para mulheres. Os homens, as pessoas entre 22 e 30 anos, os solteiros, separados e viúvos, os que não tem uma ocupação fora de casa, os que têm parentes alcoolistas, os que não pertencem à religião protestante e as pessoas que bebem qualquer dia da semana apresentaram risco mais elevado de alcoolismo. Os resultados obtidos foram comparados com estudos anteriores em outras populações e novas linhas de pesquisa são sugeridas.

**Descritores:** Ilha de Fernando de Noronha; Alcoolismo; Estudo de populações.

## ABSTRACT

This epidemiological research has been carried out in order to check the prevalence of alcohol use and addiction among the oldest and most numerous families making up the population of Fernando de Noronha Island, in Pernambuco State (Brazil), as well as to identify possible psychological risk factors associated with the problem in that region. The sample, made up of 119 people, represented the population above 18 or emancipated. The instrument of the investigation included questions on the sample's demographic and social data and the characterization of alcohol consumption. With a view to evaluating the prevalence of alcohol addiction among those individuals, the CAGE (an instrument for tracking alcohol-related problems) was used and the cutting point of one or more positive replies was taken into account, in this analysis, to define alcohol addicts, as this instrument shows greater sensitivity (93.8%) and specificity of 85.5% at this cutting point. The study covered the socio-demographic variables and habits of groups of individuals identified by the tracking instrument as alcohol addicts and individuals considered as controls. Results show a prevalence of global alcohol consumption in 62.2% of the sample and of 40.34% alcohol addiction – 50.9% for men and 30.6% for women. Those who presented the highest risk of alcohol addiction were men, people between 22 and 30 years of age, single, separated and widowed individuals, those without an occupation outside the home, those having alcoholic parents, non-protestants and those drinking any day of the week. The results obtained were compared with previous studies of other populations and new research lines are suggested.

**Descriptors:** Fernando de Noronha Island; Alcoholism; Population Study.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2. DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA</b>	<b>13</b>
2.1. Fatores de risco ao alcoolismo	23
2.1.1 Etiologia	23
2.1.1.1 Fatores Biológicos	23
2.1.1.2 Fatores Ambientais	28
<b>3. EPIDEMIOLOGIA DO ALCOOLISMO</b>	<b>33</b>
<b>4. ALCOOLISMO EM FERNANDO DE NORONHA</b>	<b>48</b>
<b>5. JUSTIFICATIVA</b>	<b>50</b>
<b>6. OBJETIVOS</b>	<b>54</b>
6.1 Objetivo Geral	54
6.2 Objetivos Específicos	54
<b>7. MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>55</b>
7.1 Seleção dos grupos de alcoolista e controle	55
7.2 Aplicação dos questionários	56
7.3 Análise dos dados	57
<b>8. ASPECTOS ETICOS</b>	<b>58</b>
<b>9. RESULTADOS</b>	<b>59</b>
<b>10. DISCUSSÃO</b>	<b>71</b>
<b>11. CONCLUSÃO</b>	<b>77</b>
<b>11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>78</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>91</b>
Anexo I - Questionário de dados pessoais	
Anexo II - Inventário de triagem do uso de drogas	
Anexo III - Ficha de consentimento livre e esclarecido	

## 1 INTRODUÇÃO

O arquipélago vulcânico de Fernando de Noronha encontra-se isolado no Atlântico Equatorial Sul, a cerca de 345 km do Cabo de São Roque, no estado do Rio Grande do Norte e 525 km do Recife-PE. Este é formado por 21 ilhas, ilhotas e rochedos dispostos ao redor da ilha principal, única habitada por um sistema de vilas (GUSMÃO *et al*, 1998; SILVA e MELO, 1999 e PERNAMBUCO, 2005).

O clima da ilha é tropical, tendo duas estações bem definidas: a chuvosa e a seca. A fauna terrestre tem nas aves os seus maiores representantes, aparecendo ainda grupos de vertebrados como anfíbios, répteis e mamíferos. A fauna marinha está representada por uma rica biodiversidade. A vegetação terrestre é rasteira e arbustiva com poucas espécies arbóreas, já a vegetação marinha não apresenta nem riqueza nem variedade de espécies.

A ocupação de Fernando de Noronha é quase tão antiga quanto à do continente. Situada na rota das grandes navegações, foi abordada por muitos povos, servindo como rota de reabastecimento das embarcações, centro de tratamento de enfermidades, depois como presídio e, hoje, administrativamente ligado a Pernambuco, serve como local de turismo ecológico.

Alguns pesquisadores sociais não utilizam o termo nativo para os moradores noronhenses, já que toda população atual originou-se de imigrantes trazidos do continente, sejam como prisioneiros (desde o século XVIII), sejam como prestadores de serviços ou turistas, já neste século. Seriam consideradas nativas as novas gerações nascidas na própria ilha, cujo número não ultrapassa os 28%, segundo o IBGE (SILVA e MELO, 1999).

Atualmente, dados do IBGE mostram que há cerca de 2.300 habitantes residentes na Ilha. Para estes, uma condição frequentemente observada em seu modo de vida é o ócio. Um dos fatores que pode contribuir enormemente para o alto índice de alcoolismo observado neste local.

As drogas são substâncias capazes de modificar diversas funções fisiológicas, provocando principalmente importantes alterações comportamentais. Tais substâncias alteram a percepção da realidade e atuam no Sistema Nervoso

Central, causando sensações de prazer, euforia, relaxamento e analgesia. Podem ainda provocar dependência física e psicológica, transformando o usuário ocasional em dependente (CEBRID, 2005).

Dentre as drogas mais populares temos o álcool, em suas diversas variantes destiladas e fermentadas, exercendo importantes funções sociais como promotora de relações inter-pessoais, agregando grupos humanos em momentos recreativos, em cerimônias religiosas, em rituais de iniciação e em transição de etapas sociais de alguns grupos indígenas (ALMEIDA, 2005).

O álcool é uma substância neuro-ativa que modifica o ritmo respiratório e cardíaco, além de alterar os mecanismos de controle do cérebro, diminuindo a coordenação motora, o equilíbrio e a capacidade de operar equipamentos/veículos, reduzindo a inibição, o que pode levar aos comportamentos inadequados; prejudicando a atenção, o que afeta a memória em curto prazo e lentificando os reflexos, o processo de pensamento prolongando e o tempo de reação do indivíduo (HART, 2004)

Esses efeitos ocasionam um maior risco de acidentes automobilísticos, quedas, suicídios, homicídios, gravidez não planejada, diminuição do vigor sexual, aumento do risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, enfermidades hepáticas crônicas e câncer de cabeça, estômago e mama, além de enjoos, vômitos, falta de apetite, fraqueza nas pernas, diarreia, pressão alta, emagrecimento, queda de cabelo, problemas de pele, nervosismo, insônia e agressividade (HART, 2004)

Em mulheres grávidas, o consumo de álcool pode gerar efeitos adversos no feto em formação, como a síndrome alcoólico-fetal, um transtorno devastador caracterizado por retardo mental e problemas de comportamento, além de defeitos físicos e problemas hepáticos (HART, 2004)

O consumo excessivo de álcool também pode interferir no metabolismo da tiamina, causando a síndrome ou psicose de Wernicke-Korsakoff, transtorno cerebral que envolve a perda de funções específicas do cérebro, ocasionada por danos tanto no sistema nervoso central como no periférico.

A maioria das pessoas que consome bebidas alcoólicas não se torna alcoolista (dependente de álcool) e as experimenta eventualmente (uso experimental) por curiosidade, em eventos sociais ou em momentos de ócio. Muitos passam a usá-las de maneira esporádica (uso ocasional), sem maiores conseqüências. Apenas um pequeno grupo passa a ingeri-las de forma intensa, com conseqüências danosas (uso nocivo) (ANDRADE, 1997).

O risco de se tornar um dependente de álcool é maior quando estas substâncias são usadas fora dos contextos recreativos, ou seja, isoladamente e em momentos de estresse emocional. Um dependente geralmente se isola e fica agressivo. Perceber esses sintomas é o primeiro passo para se conseguir abandonar o vício (ANDRADE, 1997).

Edwards e Gross, em 1970, definiram a dependência de álcool como um conjunto de sintomas e sinais decorrentes do uso disfuncional da substância, cuja etiologia e perpetuação seriam decorrentes de aspectos físicos, biológicos, psicológicos e sociais, de intensidade variável em cada indivíduo (EDWARDS & GROSS, 1976).

O alcoolismo ou síndrome da dependência alcoólica é uma doença multifatorial poligênica que envolve interações complexas entre genes, e entre genes e meio ambiente (ALMEIDA, 2005; CRABB *et al*, 1995; YIN, 1994).

Dentre os fatores biológicos, que inclui aspectos genéticos, bioquímicos e neurobiológicos, sabe-se que esta síndrome está relacionada com uma elevada taxa de transmissão familiar, cujos filhos de alcoolistas têm um risco cerca de quatro vezes maior de se tornarem álcool-dependentes na idade adulta.

O metabolismo do álcool é uma das determinantes biológicas que pode influenciar o comportamento do consumo de bebidas alcoólicas e o desenvolvimento do alcoolismo (CRABB *et al*, 1995; YIN, 1994). A maior parte da eliminação do etanol ocorre pela sua oxidação, catalisada principalmente pelas enzimas álcool-desidrogenase (ADH), em acetoaldeído, uma substância tóxica que intensifica a ressaca. O acetoaldeído é metabolizado pela enzima aldeído-desidrogenase

(ALDH) em acetato, (EDENBERG & BOSRON, 1997), substância que não tem muita influencia sobre a ressaca.

Dentre os fatores ambientais que contribuem para o uso nocivo do álcool, tem-se algumas variáveis significantes como as psicológicas, sociais e demográficas (WALL *et al*, 2003). O consumo do álcool é influenciado, durante a infância e a adolescência, principalmente por atitudes e comportamentos adotados pelos pais, por amigos, pela sociedade e por relacionamentos familiares (HART, 2004).

A Organização Mundial de Saúde constatou que cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas. O uso indevido do álcool ganhou proporções tão graves que hoje é um desafio da saúde pública por ter relação comprovada com os agravos sociais, como acidentes de trânsito e de trabalho, violência domiciliar e crescimento da criminalidade (COSTA, 2005).

O alcoolismo é uma doença multifatorial complexa que envolve em sua etiologia interações entre fatores de vulnerabilidades biológicas e fatores de risco psicológicos e sociais.

Ciente da contribuição na etiologia e manutenção de vários problemas sociais, econômicos e de saúde enfrentados em nosso país, o Ministério da Saúde vem definindo, ao longo do tempo, estratégias que visam o fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e re-inserção social dos mesmos (GALDURÓZ e CAETANO, 2004).

## 2. SÍNDROME DA DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA

### Classificação do alcoolismo

O alcoolismo é uma doença crônica, caracterizada pela tendência de beber mais do que o pretendido, de tentativas fracassadas de interromper essa ingestão e do consumo contínuo, apesar das más conseqüências sociais e laborativas (MERCK, 1992). Em 1940, Jellinek divulgou suas reflexões sobre o alcoolismo como uma doença, propondo que os pacientes fossem classificados segundo o grau de dependência. Contudo, nem todos que usam drogas se tornam dependentes, alguns experimentam, mas não gostam, outros usam por anos e repentinamente param. Já alguns se tornam completamente dependentes (MILHORN e JR, 1994).

A progressão do uso de drogas para a dependência, de acordo com Milhorn e Jr. (1994), se desenvolve continuamente por um período de tempo, geralmente de meses a anos, de acordo com uma tipologia empiricamente determinada em função do consumo de álcool em Alfa, Beta, Gama, Delta e Epsilone (EDWARDES, 1992).

O DSM-II seguiu a Classificação Internacional de Doenças (CID-8) da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993) dividindo os problemas relacionados ao uso do álcool em três categorias: uso, episódios de beber excessivo (abuso), e beber excessivo habitual (dependência).

A OMS adotou, em 1977, a definição da dependência de álcool como uma síndrome com um contínuo de gravidade e publicou um relatório, no qual é muito clara a distinção desta desordem em duas categorias: o abuso e a dependência. O reconhecimento desta diferença também estava presente no DSM-III R (1980), tanto em relação ao álcool como para outras substâncias psicoativas (MARQUES, 2001).

Segundo o mesmo autor, o conceito de síndrome de dependência se consolidou, sendo consenso nos instrumentos diagnósticos subseqüentes como o DSM-IV e a CID-10. Ambos reduziram os sintomas necessários para o diagnóstico de dependência e ampliaram, com esta sintomatologia, o período necessário para determinar a instalação da síndrome.



Conforme MILHORN e JR, 1994, uma das caracterizações do alcoolismo está na distinção entre alcoolismo primário, onde não há desordem emocional pré-existente nos indivíduos afetados e alcoolismo secundário, com uma desordem emocional pré-existente. A maioria dos pacientes em tratamento se enquadra no primeiro tipo. Normalmente, os homens que estão no segundo se associam com desordens de personalidade anti-social. Em mulheres, o tipo 1 se relaciona mais comumente à depressão.

Hoje, a ingestão de álcool está categorizada em três estágios: uso, abuso e dependência.

### **Uso:**

O uso do álcool geralmente começa na adolescência, limitado aos finais de semana. Depois, passa a ser consumido durante a semana, mas só à noite. Os adolescentes aprendem que as drogas podem promover sensações de desejo e a controlar o grau dessa sensação regulando a quantidade ingerida. Desde que seu uso seja com amigos, este estágio é normalmente referido como “uso social”.

### **Abuso:**

Neste estágio, a frequência do uso é aumentada, o usuário passa a tê-la para o seu próprio consumo e começa a usá-la só. O uso da droga continua sendo feito nos finais de semana e a noite. Eles raramente aparecem na escola ou em casa drogados.

O abuso às drogas é um conceito definido principalmente por comportamentos disfuncionais e pela desaprovação da sociedade. Nos Estados Unidos, o termo médico “abuso de drogas” refere-se à disfunção e a inadaptação, mas não à dependência causada por elas (MERCK, 1992).

Popularmente, o abuso freqüentemente refere-se ao uso experimental e recreativo de drogas ilegais ou legais para aliviar problemas ou sintomas, de forma não recomendada por um médico, pois pode levar a dependência (MERCK, 1992).

**Dependência:**

A pessoa que desenvolve a dependência de álcool, no transtorno alcoólico mais severo, geralmente, experimenta tolerância e abstinência. A tolerância é a necessidade de quantidades de álcool cada vez maiores para levar a embriagues e ao efeito desejado. A abstinência se apresenta quando o consumo de álcool se suspende ou se reduz. A pessoa com dependência alcoólica passa muito tempo consumindo álcool (ENCICLOPÉDIA MÉDICA, 2005).

Os alcoolistas são bebedores-problemas, vivem para o consumo de bebidas alcoólicas, apresentam problemas físicos e psicológicos mais sérios e uma maior compulsão para beber(ENCICLOEDIA MÉDICA, 2005).

Para Almeida (2005), as duas formas de alcoolismo são distinguidas pelo padrão de abuso de álcool e o grau em que os fatores ambientais pós-natais influenciam a herança para a susceptibilidade ao alcoolismo. Já Sullivan *et. al.* (1990) classificam o alcoolismo de início precoce ou tardio.

Von Knorring *et. al.* (1985, 1991) afirmam que o alcoolismo é dividido em duas categorias: a Tipo I e a Tipo II. O alcoolismo Tipo I se caracteriza por ser limitado ao meio, surgir em homens e mulheres, com perda de controle após os 25 anos de idade e se relaciona com um elevado grau de fuga ao perigo e de dependência da recompensa. Já o Tipo II se observa uma maior influência genética, acomete mais os homens têm início precoce, o indivíduo apresenta comportamento anti-social e há um elevado grau de procura de sensações.

Nas versões mais recentes destes sistemas diagnósticos, a dependência de drogas, estimulantes ou perturbadoras do Sistema Nervoso Central, passou a ter uma descrição mais detalhada e o crescente consumo destas substâncias, a partir da década de 60, provocou aumento das pesquisas sobre seus mecanismos de ação e propostas para o tratamento da dependência (ANTHONY, *et al*, 1991).

Portanto, esta síndrome é uma enfermidade crônica, marcada pela dependência do consumo de álcool, o qual interfere na saúde mental e física, além das responsabilidades sociais, familiares e no trabalho.

Um dos principais desafios no estudo em associação é distinguir a contribuição entre os fatores ambientais e a predisposição genética do indivíduo de se tornar álcool-dependente (GUINDALINI, *et al*, 2005).

Assim, o entendimento deste fenômeno, o uso abusivo do álcool, sofre impreterivelmente interferências culturais, sociais, religiosas, políticas e, atualmente, científicas, de cada população. E, apesar desta multifatoriedade, ainda hoje, em muitos países como na Nigéria, os problemas decorrentes do uso do álcool são considerados influência de "espíritos do mal" no indivíduo (JAFFE, 1993).

### **Sinais e sintomas do alcoolismo**

O desenvolvimento da dependência de álcool pode surgir em um período de anos, surgindo em um padrão progressivo e relativamente constante. No início, o indivíduo experimenta uma fase de dependência ao álcool, na qual resulta na capacidade de consumir uma grande quantidade antes de seus efeitos adversos serem notados. A fase seguinte, a tolerância, se caracteriza por falhas na memória (lapsos) relacionadas a episódios de consumo e posteriormente se apresenta uma falta de controle durante o consumo, na qual o indivíduo afetado não pode suspender o consumo de álcool no momento em que deseja (ENCICLOPÉDIA MÉDICA, 2005).

Segundo Enciclopédia Médica (2005), alguns indivíduos são capazes de ter controle sobre sua dependência nas fases iniciais, antes que se apresente uma perda total do controle. O problema é que não se sabe quais dos bebedores compulsivos poderão recuperar o controle, quais não.

É importante reconhecer alguns sinais desta síndrome, tais como: beber várias doses sem se sentir bêbado, começar a beber mais vezes por dia, beber sozinho e pela manhã, perder a noção de quanto já bebeu, beber muito rápido, diverti-se só depois de beber e tentar parar de beber e não conseguir.

Embora as drogas utilizadas de modo abusivo tenham efeitos poderosos, o humor do usuário e o ambiente onde a droga é utilizada influenciam o seu efeito de modo significativo. Por exemplo, um indivíduo que se sente triste antes de ingerir bebida alcoólica pode ficar mais triste ainda quando esta fizer efeito (MERCK, 1992).

Kraepelin (1907) defende que o álcool tem uma ação direta sobre o cérebro, destruindo células corticais o que, segundo Courville (1955), provoca importantes graus de atrofia cerebral. Em 1971, Brewer & Perrett (*in* CARLINI-COTRIM e CHASIN, 2000) demonstraram que havia uma relação entre esta atrofia e alterações funcionais do cérebro que poderiam ser reversíveis com a abstinência prolongada.

O consumo excessivo de álcool pode interferir no metabolismo da tiamina, onde grande parte desta vitamina (B<sub>1</sub>) não é absorvida pelo organismo, causando a síndrome ou psicose de Wernicke-Korsakoff. Este é um transtorno cerebral que envolve a perda de funções específicas do cérebro, ocasionando danos no sistema nervoso.

Os sintomas mais característicos desta síndrome são a perda da memória recente de fixação e da memória profunda, confabulações na qual as pessoas criam histórias detalhadas e incríveis para preencher lacunas de memória e crêem que o que dizem é verdade, visão trocada, perda de força e da coordenação muscular, incapacidade para recordar situações novas e alucinações (CAMPELLONE, 2004). Além disso, debilita progressivamente o organismo e pode ser fatal, exceto se a deficiência de tiamina for imediatamente tratada (MERCK, 1992).

Ainda conforme Merck (1992), alguns indivíduos com a síndrome de Korsakoff também apresentam a encefalopatia de Wernicke, cujos sintomas incluem movimentos anormais dos olhos, confusão mental, movimentos descoordenados e disfunção nervosa.

Alguns efeitos do álcool no organismo de acordo com o seu nível no sangue e com o tipo de deficiência orgânica são mostrados na tabela 1 e 2.

**Tabela 1:** Efeitos do álcool no organismo segundo sua concentração em mg/dl de sangue

Nível de Álcool no Sangue	Efeitos
0,05 (50 mg/dl*)	Facilitação do relacionamento social; tranqüilidade
0,08 (80mg/dl)	Diminuição da coordenação (redução das capacidades mentais e físicas); Reflexos retardados (Ambos comprometem a direção segura)
0,10 (100 mg/dl)	Comprometimento evidente da coordenação
0,20 (200 mg/dl)	Confusão mental; Diminuição da memória; Comprometimento importante da estabilidade (incapaz de manter-se em pé)
0,30 (300 mg/dl)	Perda da consciência
0,40 (400 mg/dl ou superior)	Coma, morte.

\* Quantidade de álcool em miligramas (mg) por decilitros (dl) de sangue.

Fonte: Jorge, 2001

**Tabela 2:** Efeitos do álcool de acordo com o tipo de deficiência provocado no organismo.

Tipo de Deficiência	Efeito
<b>Nutricional</b>	
Níveis baixos de ácido fólico	Anemia, defeitos congênitos
Níveis baixos de ferro	Anemia
Níveis baixos de niacina	Pelagra (lesão cutânea, diarreia, depressão)
<b>Gastrointestinal</b>	
Esôfago	Inflamação (esofagite), câncer
Estômago	Inflamação (gastrite), úlceras
Fígado	Inflamação (hepatite), cirrose, câncer
Pâncreas	Inflamação (pancreatite), hipoglicemia (concentração baixa de açúcar no sangue), câncer
<b>Cardiovascular</b>	
Coração	Arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca
Vasos sanguíneos	Hipertensão arterial, arterosclerose, acidente vascular cerebral
<b>Neurológico</b>	
Cérebro	Confusão mental, diminuição da coordenação, má memória recente (má lembrança de eventos recentes), psicose
Nervos	Deterioração de nervos dos membros superiores e inferiores que controlam os movimentos (diminuição da capacidade de andar)

Fonte: Jorge, 2001

O modelo moral foi a primeira tentativa da sociedade de controlar o uso desta substância, considerando-a potencialmente geradora de problemas (MARQUES, 2001).

### Alcoolismo em mulheres

Melhorn e Jr (1994) afirmam que, o tamanho menor e a menor proporção de fluido corpóreo da mulher, em relação ao homem, ocasionam um maior nível de álcool no sangue, quando doses iguais de álcool são ingeridas. Isto causa, em taxas

significativamente maiores, úlceras, hemorragia gastrointestinal, esplenomegalia, hipertensão, anemia e má nutrição. A taxa de divórcio de mulheres alcoolistas também é muito maior que a de homem.

A dependência química feminina gera um maior índice de infertilidade, depressão pós-parto, ciclo menstrual irregular e amenorréia. Aquelas que usam contraceptivos orais metabolizam o álcool significativamente mais devagar do que aquelas que não usam e, na fase pré-menstrual, as mulheres absorvem álcool mais rapidamente que na fase pós-menstrual.

Durante a gestação, a alcoolista expõe o feto à droga que consumir. O feto pode apresentar dependência física e, logo após o parto, o recém-nascido pode apresentar síndrome de abstinência grave ou mesmo fatal. O consumo crônico e intenso de bebidas alcoólicas aumenta o risco de aborto espontâneo e pode estar associado a defeitos congênitos graves do feto em desenvolvimento, o que caracteriza a síndrome do alcoolismo fetal, identificada em 1973 (MERCK, 1992).

Esta síndrome consiste na combinação de defeitos que incluem o baixo peso ao nascimento, lesões musculares, nível de inteligência baixo, retardo no crescimento, circunferência craniana pequena, suave a moderado retardo mental, olhos pequenos e deformidades faciais. Além de defeitos ósseos, genitais, retais, renais, cardíacos, articulares ou de pele. Contudo, esses defeitos só aparecem em crianças cujas mães beberam muito durante a gravidez. Essas crianças também podem apresentar em intensidades significativamente mais prevalentes, instabilidade emocional, hiperatividade, distração e períodos curtos de atenção (MERCK, 1992; MILHORN e JR, 1994).

A síndrome do alcoolismo fetal está ranqueado em terceiro lugar, apenas atrás da síndrome de Down e da espinha bífida, no rol dos principais defeitos congênitos (MILHORN e JR, 1994).

### **Abstinência alcoólica**

Os sintomas da abstinência ocorrem quando o uso da droga é interrompido abruptamente ou quando os seus efeitos são bloqueados por um antagonista. A abstinência alcoólica pode causar aumento da temperatura e da tensão arterial,

freqüência cardíaca rápida, desassossego, ansiedade, psicoses, cefaléia, diarréia ou tremores, fraqueza, sudorese e náusea. Alguns indivíduos apresentam convulsões denominadas epilepsia alcoólica ou convulsões alcoólicas, alucinação alcoólica que pode durar dias e pode ser controlada com medicamentos antipsicóticos e, em raras ocasiões, a morte (MERCK, 1992 e ENCICLOPÉDIA MÉDICA, 2005).

Esta síndrome se desenvolve geralmente de 12 a 48 horas após a última ingestão de bebidas alcoólicas, devido à adaptação física do cérebro à presença do álcool, não podendo mais funcionar adequadamente na sua ausência (ENCICLOPÉDIA MÉDICA, 2005).

Se não for tratada, a síndrome da abstinência alcoólica pode acarretar um conjunto de sintomas mais graves denominado *delirium tremens* (DT), que normalmente ocorre de 2 a 10 dias após a interrupção do consumo de álcool. No *delirium tremens*, o indivíduo inicialmente demonstra ansiedade e, posteriormente, apresenta confusão mental progressiva, sonolência, pesadelos, sudorese excessiva; sente que o chão está se movendo, que as paredes estão caindo ou que o quarto está rodando, depressão profunda, a freqüência do pulso tende a aumentar e pode apresentar febre. O episódio pode se agravar com alucinações fugazes, delírios que produzem medo, inquietação e desorientação com alucinações visuais que podem causar terror. Os objetos vistos com pouca luz podem ser particularmente apavorantes e, finalmente, o indivíduo apresenta confusão mental e desorientação extrema (MERCK, 1992).

Com a evolução do *delirium tremens*, o indivíduo passa a apresentar tremor de mãos persistente, que, algumas vezes, estende-se à cabeça e ao resto do corpo, e a maioria dos indivíduos apresenta uma incoordenação grave (MERCK, 1992).

O Manual Merck (1992) afirma ainda, que o *delirium tremens* pode ser fatal, sobretudo quando ele não é tratado. Um fígado lesado pelo álcool é menos capaz de livrar o corpo das substâncias tóxicas que podem causar o coma hepático. Um indivíduo que desenvolve um coma hepático torna-se embotado, sonolento e confuso e, muitas vezes, apresenta tremor das mãos. O coma hepático é potencialmente letal e deve ser tratado imediatamente.

## Diagnóstico do alcoolismo

Na primeira metade do século XIX, o modelo de doença para alcoolismo se consolidou, tendo em vista o tratamento das graves complicações decorrentes do uso abusivo do álcool, além da abolição do estigma moral e da vergonha que dificultavam a procura de tratamento (ROOM, 1983).

Ao final deste século, os pesquisadores conceituaram este comportamento como um hábito genérico e o relacionou com uma vulnerabilidade biológica individual, fosse ela herdada ou adquirida (JAFFE, 1993).

No entanto, o estudo do componente genético nas dependências químicas, em geral, sofre da mesma dificuldade experimentada pelos demais transtornos da psiquiatria, a indefinição fenotípica, ou seja, a dificuldade de delimitar fronteiras claras para as categorias diagnósticas (MESSAS e VALLADA FILHO, 2004).

Algumas investigações sugerem, conforme Enciclopédia Médica (2005), que certos genes podem aumentar o risco de alcoolismo, mas quais são e como exercem essa influência ainda é motivo de controversas.

Alguns autores (VON KNORRING, *et al*, 1985; SCHALLING, *et al*, 1987; ANTHENELLI, *et al*, 1995) sugerem a enzima plaquetária MAO como um possível marcador para predisposição ao alcoolismo ou para transtornos de personalidade.

Entre os fatores psicológicos que contribuem com o alcoolismo estão: à necessidade de aliviar a ansiedade, uma depressão em curso, os conflitos de relacionamento interpessoais ou a baixa de auto-estima. Quanto aos fatores sociais estão à disponibilidade do álcool, a aceitação social do seu consumo, a pressão do companheiro e o estilo de vida estressante (ENCICLOPÉDIA MÉDICA, 2005).

O alcoolismo foi incluído no Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais (DSM-I) da Associação Psiquiátrica Americana (APA) em 1952, e tanto no DSM-II quanto na Classificação Internacional das Doenças (CID-8), o uso abusivo do álcool é considerado como secundário a problemas psicológicos ou de personalidade (SCHUCKIT, *et al*, 1991; SCHUCKIT, *et al*, 1993).



Os manuais diagnósticos subseqüentes aplicaram os critérios determinantes desta disfunção, introduzindo os sintomas da abstinência. Desta forma, mudou-se o foco das questões relativas apenas ao psíquico, incluindo-se os efeitos físicos decorrentes do uso crônico do álcool e de outras substâncias psicoativas ou psicotrópicas (MARQUES, 2001).

Entretanto, todos os dados usados para cálculos de sensibilidade e especificidade são baseados em informações verbais sobre o consumo de álcool. A determinação destas frações é evidente, mas não é totalmente válida, uma vez que informações seguras e confiáveis, a respeito da frequência e da quantidade de ingestão de bebida alcoólica, são geralmente difíceis de obter, pois tais dados são obtidos dos consumidores e podem não ser precisos, especialmente daqueles que se encontram no estágio inicial da dependência, como afirmam Fuller, *et al*, (1988); NESS *and* Ende, (1994). Por esta razão, o uso incorreto do subdiagnóstico de alcoolismo não é incomum.

Grande número de alterações nos parâmetros bioquímicos e hematológicos, observados nos alcoolistas crônicos tem sido proposta como uma ferramenta de diagnóstico na identificação objetiva de pessoas que correm o risco de desenvolver alcoolismo. (MIHAS *and* TAVASSOLI, 1992)

Um exame toxicológico para medir o nível de álcool no sangue confirma seu consumo recente, contudo não confirma necessariamente o alcoolismo. A gama-glutamilttransferase (GGT) e a aspartato aminotransferase (ASAT) são considerados marcadores indicativos do mau funcionamento do fígado decorrente do abuso de álcool, contudo, não são totalmente específicos. O Carboidrato-deficiente transferase (CDT) é o teste laboratorial, atualmente usado em rotina, mais indicado devido a sua especificidade. Ele é considerado o mais sensível para baixos níveis de consumação, e depois de uma curta duração de abuso de álcool (STIBLER, 1991). O volume corpuscular médio (MCV), ou seja, o tamanho dos glóbulos vermelhos, também pode está elevado.

Para consumidores agudos de álcool, outros métodos são usados como a detecção sangüínea do etanol, metanol e do 5-hidroxi-triptofano (5-HTOL), segundo Von Knorring (1985).

Contudo, é sabido que quanto mais cedo for a identificação do risco individual de desenvolver a dependência alcoólica, maior será a possibilidade de um tratamento favorável, além de reduzir os custos com cuidados de saúde.

## **2.1 FATORES DE RISCO AO ALCOOLISMO**

### **2.1.1 Etiologia**

No ramo da biologia, a etiologia se preocupa com os agentes ou fatores causais das doenças, a sua proveniência endógena ou exógena, o papel que desempenham na causalidade multifatorial e o seu potencial agressivo ou virulência (WIKIPÉDIA).

Em 1970, Edwards e Gross (1976) propuseram o conceito de “Síndrome de Dependência do Álcool”, ampliando a visão anterior que considerava o alcoolismo como um fenômeno do tipo “tudo ou nada”, ou seja, o indivíduo era reconhecido como alcoolista ou não. A dependência de álcool passou a ser definida como um conjunto de sintomas e sinais decorrentes do uso disfuncional da substância. Segundo este conceito, sua etiologia e perpetuação seriam decorrentes de aspectos físicos, biológicos, psicológicos e sociais, de intensidade variável em cada indivíduo.

#### **2.1.1.1 Fatores biológicos**

##### **a) Genético e bioquímico**

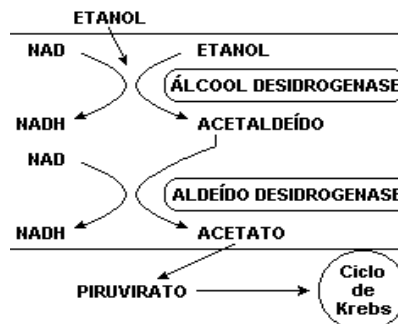
É sabido que essa condição psicopatológica está relacionada com uma elevada taxa de transmissão familiar, onde filhos de alcoolistas têm um risco cerca de quatro vezes maior de se tornarem álcool-dependentes na idade adulta, além de apresentarem uma alta frequência de problemas psiquiátricos quando comparados com a população geral (FARAONE, *et al*, 1999).

Diferentes autores definiram métodos utilizados no sentido de melhor definir o risco individual de se manifestar o alcoolismo após o uso crônico da droga. Para isso, usam-se modelos que tentem agregar dados de histórico familiar a hábito de ingestão, sendo estes importantes para a definição de aconselhamento genético.

Alguns estudos conseguiram estimar o risco de manifestar o fenótipo do alcoolismo baseado no número de pais e demais parentes portadores deste transtorno, mostrando que há um crescente efeito cumulativo no aumento da chance de se herdar o problema, dependendo de quantos parentes sejam diagnosticados como alcoolistas (FARAONE *et al*, 1999).

Keneth Kendler e colaboradores (*in* FARAONE, *et al*, 1999) concluíram que a transmissão do alcoolismo dos pais para as filhas tem uma grande influência de fatores genéticos. Ele foi um dos autores que mais contribuiu na definição de metodologias para estimar o risco de transmissão do alcoolismo, principalmente através do método da análise *path*, criado para fracionar a influência entre os efeitos genéticos e ambientais visando à predisposição da relação entre variantes de modelos específicos. Um diagrama *path* mensura o grau de associação ou influência entre duas variantes e testa hipóteses entre variantes ocasionais quantificadas por um coeficiente que pode variar de 0 (efeito nulo) a 1 (um efeito muito forte para todas as variantes fenotípicas).

O metabolismo do álcool é uma das determinantes biológicas que pode influenciar significativamente o comportamento do consumo de bebidas alcoólicas e o desenvolvimento do alcoolismo (CRABB, *et al*, 1995; YIN, *et al*, 1994). A maior parte da eliminação do etanol ocorre pela sua oxidação em acetaldeído e acetato, catalisada principalmente pelas enzimas álcool-desidrogenase (ADH) e aldeído-desidrogenase (ALDH) (EDENBERG & BOSRON, 1997) – fig 3.



**Figura 3:** Para o gene **ADH** e seus polimorfismos, quanto **mais rápida** for a degradação enzimática, maior efeito protetor o gene terá. Já para o gene **ALDH** e seus polimorfismos, quanto **mais lenta** for a degradação enzimática, maior efeito protetor o gene terá. **Fonte:** EDENBERG & BOSRON, 1997.

Dentre os 7 genes humanos conhecidos que codificam as álcool-desidrogenases (ADHs), 4 codificam as enzimas que catalisam o estágio inicial da via metabólica do etanol: ADH1, ADH2, ADH3 e ADH4 (CHEN, *et al*, 1999; EDENBERG & BOSRON, 1997; HAN, *et al*, 1998). Estes exibem polimorfismos funcionais (CHEN, *et al*, 1999), onde, segundo implicação médica hipotética, indivíduos com os alelos ADH2\*2 e/ou ADH3\*1 (a isoenzima com maior  $V_{máx}$ ) são mais propensos a reações adversas quando consomem etanol, reduzindo assim as chances de se tornarem alcoolistas (CHEN, *et al*, 1996; TANAKA, *et al*, 1997; THOMASSON, *et al*, 1994). Isso ocorre porque a ADH com um maior  $V_{máx}$  deve aumentar a taxa com que o etanol é convertido em acetoaldeído, uma toxina (OSIER, *et al*, 1999). A enzima do ADH4 é achada principalmente no fígado quando há níveis de intoxicação de álcool e pode ser responsabilizada por mais de 40% da taxa total de oxidação do etanol (DITLOW, *et al*, 1984).

A família de aldeído-desidrogenase humana é complexa de maneira diferente (YOSHIDA, *et al*, 1998). Os genes AIDH1 e AIDH2 foram mapeados nos cromossomos 9q21 e 12q24, respectivamente (HSU, *et al*, 1986; YOSHIDA, *et al*, 1991) e aqueles indivíduos que têm deficiência na atividade da ALDH2, que protege contra o alcoolismo por codificar a forma de baixa atividade (CHEN, *et al*, 1999), manifestam elevados níveis de acetoaldeído no sangue, o que ocasiona alguns efeitos como face enrubescida e taquicardia após a ingestão de bebida alcoólica (HARADA, *et al*, 1981; MIZOI, *et al*, 1979).

Em diferentes estudos se considera a variação de transmissão entre homens e mulheres, onde mulheres que se tornam dependentes de álcool deverão ter um componente genético mais forte que os homens. Um dos genes que sustenta esta hipótese é o “X-linked monoamine oxidase A (MAOA)” (GUINDALINI, *et al*, 2005), envolvido na regulação do sistema nervoso central (CHEN, *et al*, 1992). A monoamine oxidase (MAO) é uma enzima primária que tem importante função na regulação do humor e comportamento. (GUINDALINI *et al.*, 2005).

## b) Neurobiológico

As drogas podem causar dependência psicológica ou dependência psicológica e física. A dependência psicológica baseia-se no desejo de continuar tomando uma droga para induzir o prazer ou aliviar a tensão e evitar o desconforto. Estas drogas normalmente atuam no cérebro e produzem alguns dos efeitos a seguir (MERCK, 1992):

- Reduzem a ansiedade e a tensão;
- Causam alegria, euforia ou outras mudanças de humor;
- Produzem a impressão de aumento da capacidade mental e física;
- Alteram a percepção sensorial;
- Alteram o humor e as sensações.

Isso ocorre porque o álcool atua no sistema de recompensa. Além dos neurônios dopaminérgicos da área tegmental ventral e núcleo accumbens, incluem também estruturas que usam o ácido gama-aminobutílico (GABA) como transmissor, tais como o córtex, cerebelo, hipocampo, folículos superiores e inferiores e a amígdala (NIDA, 1996) o que contribui para desencadear a Síndrome da Abstinência Alcoólica (SAA) quando o indivíduo passa por longos períodos de privação da droga (fig: 4) (MARQUES, 2002).

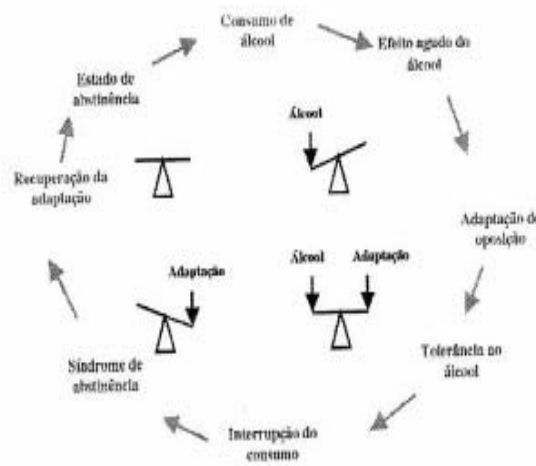
**Figura 4:** As bases neurobiológicas e a sintomatologia da SAA



**Fonte:** Projeto de Diretrizes: Abuso e dependência do álcool (2002)

O alcoolismo resulta de um processo neuroadaptativo do sistema nervoso central. Devido à presença constante da droga, se estabelece a adaptação em busca de um novo equilíbrio. Na SAA há dois tipos de adaptação: a de prejuízo, que é a diminuição do efeito da droga sobre a célula e a adaptação de oposição que é a instituição de uma força no interior da célula, antagônica ao efeito da droga (fig: 5).

**Figura 5:** Hipótese de Himmelsbach de neuroadaptação à presença de substâncias psicoativas.



**Fonte:** Littleton (1998). Disponível em: <[www.niaaa.nih.gov/publications/arh22-1/13-24.pdf](http://www.niaaa.nih.gov/publications/arh22-1/13-24.pdf)>

Os alcoolistas e seus descendentes apresentam diversas anormalidades neurobioquímicas, conforme NIDA, (1996), como:

- Maior resistência aos efeitos depressores do álcool;
- Maior frequência alfa no EEG após consumo de álcool;
- Menor resposta da frequência alfa ao EEG;
- Baixos níveis médios do principal metabólito da serotonina (5HIAA-Ácido 5 hidróxi-indol-acético) no líquido cefalorraquidiano;
- Maior sensibilidade do sistema pituitário de beta-endorfinas à administração do álcool;
- Padrões comportamentais semelhantes aos observados em pessoas com disfunção leve dos lobos frontais (impulsividade, déficits da atenção, hiperatividade e controle emocional deficiente).

### 2.1.1.2 Fatores ambientais

#### Fatores Psicológicos

Apesar de alguns estudos indicarem que os alcoolistas podem ter uma resposta geneticamente diminuída aos efeitos do álcool, tem sido dada muita atenção aos fatores psicológicos.

As características psicológicas de um indivíduo resultam da constituição genética e ambiental na qual está inserido. Os estudos psicológicos buscam características específicas como traços de personalidade, conflitos e problemas nas relações precoces ou hábitos aprendidos ao longo do desenvolvimento do indivíduo (ALMEIDA, 2005).

Dentre esses estudos que investigam fatores psicológicos de suscetibilidade ao alcoolismo destacam-se:

- A psicanálise,
- A teoria cognitivo-comportamental
- A teoria sistemática

Para a psicanálise o alcoolismo é visto como resultado das experiências e relações precoces de natureza altamente emocional, como a dimensão oral, o comportamento homossexual, a dimensão depressiva e autodestrutiva e até o masoquista e a patologia narcísica (ALMEIDA, 2005).

Já a teoria cognitivo-comportamental vê o alcoolismo como um comportamento inadequado e aprendido, que pode surgir em qualquer pessoa, ou seja, um hábito passível de análise e de modificações. Almeida (2005) afirma que o efeito psicofarmacológico do álcool funciona como reforço positivo para reduzir a tensão interna em resposta a estímulos internos ou externos.

Ainda segundo Almeida (2005), para os autores que defendem a teoria sistemática, o alcoolismo é visto como um princípio organizador de um sistema complexo de interações familiares que realça interação complementar estabelecidas entre o alcoolista e a família, podendo ser causa ou consequência de disfunções.

Ainda há outros fatores que podem contribuir para o alcoolismo, como personalidade aditiva, a de procura de sensações fortes e outros traços que levam à necessidade de experiências novas e complexas.

A adição é a atividade compulsiva e o envolvimento excessivo em uma atividade específica. A atividade pode ser o jogo, ou se referir ao uso de praticamente qualquer substância.

Os drogaditos, quase sempre, têm baixa estima, são imaturos, resistem pouco à frustrações e têm dificuldades para resolver problemas pessoais e de relacionamento com o sexo oposto. Eles tentam fugir da realidade e geralmente são descritos como medrosos, retraídos e deprimidos. Alguns apresentam uma história de tentativas freqüentes de suicídio ou de auto-agressão. Outros demonstram uma raiva explícita e inconsciente e uma expressão sexual descontrolada e podem utilizar drogas para controlar o seu comportamento. Algumas vezes, os familiares ou os amigos podem comportar-se de modo que permitam ao adito continuar a utilizar drogas ou álcool. Essas pessoas são consideradas co-dependentes ou facilitadores (MERCK, 1992).

O álcool é uma das substâncias psicoativas mais precocemente consumida pelos jovens. Nesta fase, alguns riscos são mais freqüentes, como o desafio a regras e a onipotência. Os adolescentes se sentem mais autônomos na transgressão, envolvendo-se em situações de maior risco, geralmente com conseqüências mais graves (PECHANSKYA, *et.al*, 2004)

Os outros traços que vêm sendo relacionados com a vulnerabilidade ao alcoolismo são:

- 1) Nível de atividade comportamental – foram observados taxas significativamente mais elevados de nível de atividade comportamental em filhos de dependentes do álcool em relação a filhos de não-dependentes (MOSS, *et.al*, 1992)
- 2) Emotividade - Definindo esse traço como a propensão à grande reação emocional aos estímulos do ambiente (SHER, *et al*, 1994), encontrou-se maior resposta emocional em filhos de dependentes do álcool em relação à não-dependentes. No mesmo sentido, encontrou-se suscetibilidade aumentada para ativação do sistema



nervoso autônomo em indivíduos de alto risco para desenvolvimento de dependência do álcool (FINN, *et al*, 1990).

3) Capacidade de arrefecimento emocional - Um único estudo encontrou uma maior dificuldade em jovens do sexo masculino de alto risco para dependência do álcool para retomar a linha de base emocional após ativação autonômica, indicando a possibilidade de este traço estar envolvido na vulnerabilidade à dependência. (MESSAS e VALLADA, 2004)

4) Persistência da atenção - Estudos têm demonstrado uma maior prevalência de distúrbios de atenção em populações de alto risco para desenvolvimento de dependência ao álcool. Além de uma investigação neurofisiológica ter encontrado alterações de onda P300, um marcador fisiológico relacionado a mecanismos de atenção, em filhos de dependentes do álcool. (MESSAS e VALLADA, 2004)

5) Sociabilidade - pessoas que desenvolveram alcoolismo demonstram variações na maneira de socialização, que poderiam ser resumidas sob o nome de desinibição comportamental, seja como agressividade, busca de sensações, impulsividade ou inconformismo social. (MESSAS e VALLADA, 2004)

### **Fatores Sociais**

Em nossa sociedade, o álcool parece ter um papel importante na convivência social, um papel iniciatório na transição do adolescente ao homem adulto, na integração profissional e social. Sendo o homem um ser eminentemente social e inserido em culturas que promovem o consumo ritual de álcool, podem-se destacar alguns fatores importantes que contribuem com o aumento de sua ingestão, como a acessibilidade das bebidas alcoólicas, a influência dos valores sociais e culturais a nível nacional, racial, religioso, político, ocupacional, familiar e atualmente, científico, de cada população. (JAFFE, 1993)

A cultura influencia quer o padrão de consumo das bebidas alcoólicas, ou seja, o ritmo com que se bebe, caracteristicamente diferente entre os países mediterrâneos e os escandinavos, quer o contexto de consumo, onde e com quem se bebe e ainda o modo como as pessoas se comportam quando embriagadas (ALMEIDA, 2005). O uso abusivo do álcool sofre impreterivelmente tais

interferências e, apesar desta multifatorialidade, ainda hoje em muitos países, como na Nigéria, os problemas decorrentes do uso do álcool são considerados influência de "espíritos do mal" no indivíduo. (JAFEE, 1993)

Vaillant (1983) demonstrou que grupos étnicos que toleram a embriaguez adulta, mas que censuram nas crianças e adolescentes o aprendizado de práticas seguras de uso de álcool, estariam mais sujeitos ao desenvolvimento de futuros alcoolistas, pois a probabilidade do aparecimento desses ficaria aumentada pela existência de familiares alcoolistas, visto que quanto mais familiares alcoolistas, maiores são as chances do abuso alcoólico se instalar.

O envolvimento de jovens (idade entre 12 e 18 anos) com bebidas alcoólicas é bem preocupante, o número entre os dois primeiros trimestres de 2005 triplicou, saindo dos 15 encaminhamentos para 45, de abril a junho. Mas, de acordo com a conselheira tutelar Luciana Neves, a quantidade real de usuários é bem maior, porque nem todas as ocorrências são atendidas. A esse crescimento se atribui a influência da mídia, que incentiva o consumo do álcool associado à juventude, beleza, sedução, além do mau exemplo dado pelos próprios pais ou grupos de amigos.

Em relação à influência laboral, indivíduos que exercem profissões com trabalhos pesados e penosos, o trabalho rural ou em contato com o público estão particularmente expostos a esta doença (ALMEIDA, 2005). É sabido que o ócio também influencia fortemente o padrão do consumo de álcool.

A ingestão do álcool é influenciada principalmente por atitudes que ocorrem durante a infância e adolescência, logo está relacionado com costumes e comportamentos adotados pelos pais frente às bebidas, por influência de amigos, da sociedade e de relacionamentos familiares. (HART, 2004)

Os jovens vêm no álcool uma forma de buscar alegria, desinibição, do não enfrentamento de problemas familiares ou com namoros e até mesmo uma forma de chamar atenção dos pais, pois a falta de amor, de pensar um pouco junto com o filho, de carinho e o sobressalto do lado material não os satisfazem. Para os jovens, beber e usar drogas são uma forma de fugir da realidade, contudo, pode levá-los a

criminalidade. Maria Inês Coimbra, coordenadora do projeto Mosaico que presta atendimento aos adolescentes infratores em liberdade assistida, afirma que esse quadro só pode ser revertido com um trabalho integrado entre projetos de prefeituras, de escolas, da mídia e de órgãos voltados à conscientização dos jovens, pais e sociedade, além da desmistificação de que bebida, diversão e juventude são sinônimos.

### 3. EPIDEMIOLOGIA DO ALCOOLISMO

A epidemiologia é o estudo da distribuição dos estados ou acontecimentos relacionados à saúde de uma dada população, indicando sua distribuição, fatores causais e características. Inclui incidência, frequência, prevalência, surtos endêmicos e epidêmicos e levantamentos ou estimativas da morbidade em áreas geográficas e populações específicas. Na questão específica do álcool, a epidemiologia diz respeito ao estudo do número de casos de usuários e/ou dependentes, além de problemas relacionados ao seu uso (GALDURÓZ e CAETANO, 2004).

A epidemiologia tem sido importante na caracterização do abuso e dependência de bebidas alcoólicas como um problema de saúde pública. As análises de dados secundários apontam o alcoolismo como a segunda causa de internação psiquiátrica, como uma das principais causas de aposentadoria por invalidez (CABERNITE, 1982), do absenteísmo, dos acidentes de trabalho e de trânsito (BRASIL, 1988; ALMEIDA e COUTINHO, 1993).

Ao contrário da medicina clínica, que tem seu foco nos cuidados e na cura de doenças de casos individuais, a saúde pública lida com grupos de indivíduos chamados populações. O valor da perspectiva da saúde pública para as políticas do álcool é a sua habilidade em identificar riscos, e/ou grupos de riscos, e sugerir intervenções apropriadas para beneficiar o maior número de pessoas (ALMEIDA e COUTINHO, 1993).

Estudos epidemiológicos também fornecem a base empírica para a realização dos estudos moleculares orientando quais fenótipos podem ser mais influenciados geneticamente. Os estudos epidemiológicos em famílias demonstram uma agregação familiar sugestiva de algum componente genético. No entanto, são incapazes de decidir isoladamente se a agregação se dá predominantemente por via genética ou pela via do ambiente compartilhado (MESSAS e VALLADA FILHO, 2004).

Os padrões de consumo de bebidas alcoólicas assim como os índices de problemas na população variam conforme a cultura, o país, o gênero, a faixa etária, as normas sociais vigentes, o subgrupo social considerado e dentro de cada cultura

ao longo do tempo. Ademais, o peso de problemas sociais e de saúde não recai apenas sobre aqueles que bebem excessivamente, mas sim sobre toda sociedade (EDWARDS, *et al*; 1998).

Dados gerados pela própria indústria do álcool, sobre fabricação e vendas de destilados no mundo a cada ano, indicam que a China é o maior produtor e consumidor de destilados do planeta (725 milhões de litros de baijiu produzidos e comercializados), seguida pela Rússia, que ostenta um consumo estimado em 350 milhões de litros de vodka por ano (MELONI e LARANJEIRA, 2004). Essas mesmas fontes encontraram que o Brasil ocupa, com sua cachaça, uma preocupante quarta colocação na ordem dos maiores produtores mundiais de destilados, com algo em torno de 200 milhões de litros comercializados ao ano, sendo 195 milhões consumidos no mercado interno. Produzimos e consumimos o mesmo volume de pinga do que uísque. A diferença é que o uísque é consumido mundialmente e a pinga somente no Brasil.

De uma forma geral, a Europa ocidental possui padrões de consumo de menor risco, evidenciando-se o contrário para a Europa central e o bloco da antiga União Soviética. Grã-Bretanha, China, Austrália, América do Norte e Oriente Médio compõem juntamente com a Argentina - representante única da América Latina -, um grupo cujo padrão situa-se numa faixa intermediária ou de baixo risco. Para a grande maioria de países remanescentes, entre estes o Brasil, verificou-se a vigência de padrões de consumo com elevado grau de risco (nível 4). Os dados mostram que o padrão de consumo reflete-se nas taxas de morbi-mortalidade atribuível ao consumo do álcool (MELONI e LARANJEIRA, 2004).

Ainda segundo esses autores, nos países em que a economia de mercado é pouco desenvolvida e são mais altas as taxas de mortalidade geral, como na África, o álcool não chega a figurar entre as dez principais causas de adoecimento e morte. Embora seja também gravíssima a situação ligada ao seu consumo, problemas sanitários básicos ainda prevalecem. Nos blocos econômicos mais ricos, apesar da existência de políticas de prevenção e controle eficazes, o consumo de álcool aparece como terceiro fator mais deletério à saúde.

No Brasil, assim como em outros países com economias de mercado de pobreza intermediária, o álcool é o mais importante fator causal de doença e morte, variam de 8% até 14,9% do total de problemas de saúde dessas nações. O Brasil, portanto, tem no consumo do álcool o responsável por mais de 10% de seus problemas totais de saúde. Cruzados com dados da população brasileira, cuja densidade é muitas vezes inferior à asiática, os números anteriormente citados são, por si só, um forte sinal de alerta sobre o potencial de riscos envolvendo a produção e o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil (MELONI e LARANJEIRA, 2004).

E os mesmos ainda afirmam que, dentre os principais problemas de saúde pública no Brasil da atualidade, o mais grave é o consumo de álcool, pois este é o fator determinante de mais de 10% de toda a morbidade e mortalidade ocorrida neste país.

Estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993), indicam que o Brasil estava situado no 63º lugar do uso per capita de álcool na faixa etária de 15 anos, entre 153 países, um consumo razoavelmente discreto. Porém, quando a OMS compara a evolução do consumo per capita entre as décadas de 1970 e 1990, em 137 países o Brasil apresenta um crescimento de 74,5% no consumo de bebidas alcoólicas (GALDURÓZ e CAETANO, 2004).

Os dados brasileiros indicam haver características regionais quanto ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas (SPA). Considerando-se o uso na vida, de acordo com o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (CARLINI, *et al*, 2001), a prevalência é de 48,3% entre jovens de 12 a 17 anos, em 107 grandes cidades brasileiras. Neste estudo, ainda na análise das 107 cidades em conjunto e para esta mesma faixa etária, a prevalência de dependência de álcool foi 5,2% (PECHANSKY, *et al*, 2004; GALDURÓZ e CAETANO, 2004).

Para a população mundial, segundo Who (1999), a dependência de álcool acomete de 10% a 12%. Já para os brasileiros que vivem nas 107 maiores cidades do país segundo levantamento domiciliar sobre o uso de drogas (Carlini, *et AL*, 2001) este índice é de 11,2%, sendo de 17,1% para o sexo masculino e 5,7% para o feminino. A prevalência de dependentes foi mais alta nas regiões Norte e Nordeste, com porcentagens acima dos 16% (GALDURÓZ e CAETANO, 2004).

Analisando-se os dados de acordo com a região brasileira, encontramos a maior prevalência de *uso na vida* de álcool na região Sul (54,5%) e maior prevalência de dependência de álcool nas regiões Norte e Nordeste (9,2 e 9,3%, respectivamente). Entretanto, de acordo com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) (2002, *in* PECHANESKY, *et al*, 2004), a cidade de Porto Alegre, RS, lidera o ranking dos usuários regulares de SPA lícitas e ilícitas, com 14,4% de usuários de álcool.

O consumo de álcool tem imenso peso como causa de adoecimento e morte no mundo todo, relacionando-se ao mesmo tempo a diversas conseqüências sociais negativas. Constitui-se como importante causa de morbi-mortalidade para as nações mais pobres, como terceiro maior fator de risco para problemas de saúde na maioria das nações mais ricas, e como principal fator relacionado a adoecimento e morte na maioria dos países pertencente ao grupo, cujas economias encontram-se em grau intermediário de desenvolvimento (MELONI e LARANJEIRA, 2004).

Noto *et al* (2002) obtiveram dados junto a hospitais e clínicas psiquiátricas de todo o Brasil, no período de 1988 a 1999, o álcool foi o responsável por cerca de 90% de todas as internações hospitalares por dependências, variando de 95,3% em 1988 contra 4,7% a 84,4% em 1999. Segundo Galduróz e Caetano (2004), a queda das internações por alcoolismo na década de 90 pode simplesmente refletir uma ênfase no tratamento ambulatorial.

Meloni e Laranjeira (2004) afirmam que o consumo do álcool determina enorme custo social, ao mesmo tempo em que exerce grande peso como causa de problemas à saúde. No entanto, as complicações relacionadas ao seu consumo não estão necessariamente relacionadas apenas ao uso crônico (FERGUSON, 1994). Os abusos, assim como o alcoolismo, estão entre os principais problemas da nossa sociedade, trazem riscos diretos à saúde, intoxicações agudas, vicia, alteram o estado mental do indivíduo que o utiliza deixando-o mais propenso a acidentes (CHERPITEL, 1993), e leva-o a atos insensatos ou até mesmo violentos. Porém faz parte da nossa cultura. (JORGE, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias

psicoativas, independente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. A magnitude do problema do uso indevido do álcool, verificada nas últimas décadas, ganhou proporções tão graves que hoje é um desafio da saúde pública no país, pois esse problema se reflete nos demais segmentos da sociedade por ter relação comprovada com os agravos sociais, como: acidentes de trânsito e de trabalho, violência domiciliar e crescimento da criminalidade (COSTA, 2005).

Essa análise inclui duas dimensões de problemas consideradas indissociáveis e de ocorrência simultânea (MELONI e LARANJEIRA, 2004):

#### O Dano Social Global (*The Global Burden of Social Harm*)

Distinguidas dos problemas de saúde, as categorias de problemas sociais relacionadas ao álcool incluem: vandalismo; desordem pública; problemas familiares como conflitos conjugais e divórcio; abuso de menores; problemas interpessoais; problemas financeiros; problemas ocupacionais, que não os de saúde ocupacional; dificuldades educacionais e custos sociais.

A OMS criou índices que mostram que o Brasil tem o dobro do custo social em relação ao álcool do que os EUA, pagando um alto preço por esse descontrole. Temos cerca de 50% das internações psiquiátricas masculinas devidas ao álcool e uma série de problemas sociais. O nosso descontrole pode ser visto em alguns dados: 1) um litro de pinga custa, na maioria dos lugares, menos de meio dólar (nenhum país desenvolvido tem uma bebida destilada nem mesmo próxima de dez dólares); 2) pode-se comprar bebidas alcoólicas em qualquer lugar, a qualquer hora e por qualquer pessoa, de qualquer idade 3) a propaganda televisiva no país é muito agressiva e visa claramente ampliar o mercado entre as crianças e adolescentes (LARANJEIRA, 2004).

Apesar da avaliação do custo social e da saúde relacionada ao álcool demonstrar que em ambientes nos quais este é consumido os custos aumentam enormemente, o comércio de bebidas gera enormes lucros tanto para os grandes empreendedores como restaurantes, hotéis, mídia e indústrias de bebidas; quanto aos pequenos como pequenos bares e vendas (ALMEIDA E COUTINHO, 1993).

#### O Peso Global dos Danos à Saúde (*The Global Burden of Disease*).



O volume médio de consumo é um dos elementos fundamentais para avaliação do risco atribuível ao álcool como fator implicado nas taxas de morbimortalidade geral, onde tanto maior o volume médio consumido, mais problemas de saúde ocorrem (MELONI e LARANJEIRA, 2004).

O extrato final desses problemas, no ano de 2000, foi apresentado através de um indicador de saúde, designado DALYs, sigla oriunda da língua inglesa que corresponde a *Disability Adjusted Life Years*. Este indica o percentual de anos que são perdidos por razão de doença ou mortalidade precoce, atribuível à ingestão alcoólica. Naquele ano, para o mundo todo foi encontrado um valor de 4% de toda a morbidade e mortalidade ocorrida, indicando uma tendência de ascensão quando comparado ao valor estimado para 1990 (3,5%) (MELONI e LARANJEIRA, 2004).

A Organização Panamericana de Saúde (Santana, 1987) verificou uma variação de 1 a 10% da população total caracterizada como alcoolistas ou grandes bebedores (ALMEIDA e COUTINHO, 1993).

O Ministério da Saúde constatou que o consumo de bebida alcoólica é responsável por uma grave estatística (CAMPBELL, 2005). Os estudos epidemiológicos mais abrangentes do uso de álcool na população geral, ou seja, 27,7% da população total do Brasil, foram realizados pelo CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, e constataram que o uso de álcool foi de 68,7%. Essa proporção se mantém razoavelmente estável para as diferentes faixas etárias, lembrando que entre os 12-17 anos, 48,3% dos entrevistado já usaram bebidas alcoólicas (GALDURÓZ e CAETANO, 2004).

Galduróz *et al*, em 2000, pesquisaram as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo, num total de 2.411 entrevistas estimando que 6,6% da população estavam dependentes do álcool (GALDURÓZ e CAETANO, 2004). Dois anos depois, houve um aumento estatisticamente significativo para 9,4% de dependentes (GALDURÓZ *et al*, 2003).

Duarte & Carlini-Cotrim (2000 *in* GALDURÓZ e CAETANO, 2004) analisaram 130 processos de homicídios ocorridos entre 1990 e 1995 na cidade de Curitiba. Os

resultados mostraram que 53,6% das vítimas e 58,9% dos autores dos crimes estavam sob efeitos de bebidas alcoólicas no momento da ocorrência criminal.

Muitas características, tais como gênero, etnia, idade, ocupação, grau de instrução e estado civil podem influenciar o uso nocivo do álcool, bem como o desenvolvimento da dependência (VAILLANT, 1996). A incidência do alcoolismo é maior entre os homens do que entre as mulheres (FILLMORE, 1987). O mesmo se repete entre os mais jovens, especialmente na faixa etária dos 18 aos 29 anos, declinando com a idade (EATON, *et al*, 1989).

Os resultados do estudo reportado pela OMS mostram que, para a população masculina, 5,6% de todas as mortes que ocorrem no planeta são atribuíveis ao consumo de álcool e 0,6% das mortes ocorridas entre as mulheres, concluindo-se que o álcool determina 3,2% da mortalidade global. Em 1990, a estimativa foi de 1,5%, sendo esta ultrapassada em mais que o dobro no período de dez anos, indicando, portanto, uma tendência nada esperançosa (MELONI e LARANJEIRA, 2004)

Em 1994, foi publicado um estudo sobre o uso de bebidas alcoólicas entre os estudantes de medicina de duas faculdades: uma em Marília, São Paulo, e outra na cidade de São Paulo (BORINI, *et al*, 1994). Observou-se que 11,8% dos estudantes do sexo masculino e 1,3% do feminino foram classificados como bebedores-problemas; 4,2% do sexo masculino e 0,8% do feminino como sendo dependentes de álcool. No mesmo ano, 922 estudantes da Universidade Federal de Santa Maria (RS) foram entrevistados, dos quais 10% tiveram prevalência positiva para o CAGE (SALDANHA, *et al*, 1994). Em 1996, aplicaram questionários sobre o uso de drogas na Universidade de São Paulo – USP, onde o álcool teve uso na vida de 88,6% na área de Humanas; 93,3% na de Biológicas e 92,6 na área de Exatas (ANDRADE, *et al*, 1997).

As porcentagens de pessoas que já receberam tratamentos para o uso de álcool chegaram aos 4,0% do total, sendo de 5,6% para o sexo masculino e 2,5% para o feminino. Quanto às porcentagens de complicações decorrentes do seu uso, como discussões após beber tiveram índices de 5,0% do total, sendo que 7,9% dos

homens e 2,1% das mulheres e quedas como conseqüências do uso de álcool ficando em torno de 3,3% (GALDURÓZ e CAETANO, 2004).

Conforme os autores evidências a partir de registros populacionais e revisões sistemáticas de estudos de coorte e caso-controle mostram que qualquer dose de bebida alcoólica, por menor que seja, aumenta o risco de morte entre adolescentes e adultos jovens, numa relação dose dependente, ou seja, com o aumento da dose de bebida consumida, a mortalidade por todas as causas também aumenta entre os 16 e 34 anos de idade, tanto nas mulheres quanto nos homens.

Contudo, alguns freios sociais estão presentes entre os adultos (problemas familiares, perda de emprego, prejuízo financeiro), entretanto, ausentes entre os adolescentes. Isso muitas vezes é visto como alerta para a diminuição do consumo. Esta seria uma possível explicação para jovens evoluírem mais rapidamente do abuso para a dependência, quando comparados com os adultos (PECHANSKY, *et al*, 2004).

Dentre os dependentes de drogas, estima-se que entre 30 e 80% tenham alguma outra comorbidade, sendo as mais freqüentes o transtorno de conduta, depressão, déficit de atenção com hiperatividade e ansiedade (BUKSTEIN, *et.al*, 1992). Segundo Brook, *et al* (1986), os mais potentes preditores de uso freqüente de drogas são as variáveis relacionadas a um estilo de vida não convencional, dentre elas a busca de sensações, rebeldia, tolerância a comportamentos desviantes e baixa escolaridade (PECHANSKY, *et al*, 2004). Características presentes em muitos adolescentes.

O álcool é uma das substâncias psicoativas mais precocemente consumidas pelos jovens e está mais associado à morte do que todas as substâncias psicoativas ilícitas em conjunto (NHTSA, 2001). Diferentes estudos nacionais e estrangeiros confirmam a impressão genérica de que, se o álcool é facilmente obtido e fartamente propagandeado, isto se reflete em seu consumo precoce e disseminado (PECHANSKY, *et al*, 2004).

Ao mesmo tempo em que a lei brasileira define como proibida a venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos (BRASIL, 1996), é prática comum o

consumo de álcool pelos jovens em ambiente domiciliar, em festividades, ou mesmo em ambientes públicos. A sociedade como um todo adota atitudes paradoxais de combate e valorização frente ao tema. Dependendo do ângulo em que o fenômeno seja observado como para a lei e para os programas de saúde pública, condena-se o abuso de álcool pelos jovens; já para a mídia e para os pares, o consumo de álcool é favorecido e tipicamente permissivo ao estímulo do consumo por meio da propaganda e da venda de bebidas alcoólicas para indivíduos menores de 21 anos sem solicitação de verificação da idade (TOOMEY e WAGENAAR, 2002; PECHANSKY, *et al*, 2004).

Mais da metade dos estados americanos permite a entrega domiciliar de bebidas alcoólicas vendidas por telefone, fato não diferente da realidade brasileira, o que favorece o menor controle sobre o consumo de álcool por menores de idade. Hoje, estima-se que 19% dos adolescentes norte-americanos apresentam abuso de álcool (Cohen, *et al*, 1993; PECHANSKY, *et al*, 2004).

O CEBRID realizou um total de quatro estudos entre jovens do Ensino Fundamental e Médio nos anos de 1987, 1989, 1993 e 1997. Quanto ao uso pesado de álcool (pelo menos 20 vezes no mês anterior à pesquisa), observando um aumento significativo na maioria das cidades estudadas, mostrando uma tendência da juventude beber com mais frequência nos últimos anos (CARLINI-COTRIM *et al*, 1989). O uso pesado de álcool foi maior nas classes sociais mais elevadas: 10,7% dos usuários pesados pertenciam à classe A; 9,1% da B; 7,6% na C; na D foi de 6,8% e finalmente na E, a mais pobre, com 4,9%. Os usuários pesados de álcool relataram também já terem entrado em contato com outras drogas (GALDURÓZ & NOTO, 2000).

Quanto aos meninos de rua, em 1987 o uso do álcool, em São Paulo e Porto Alegre foram respectivamente, de 83,0% e 71,0% (NOTO, *et al*, 1998). Em 1989 obteve-se discreto aumento do uso, 86,0% em São Paulo e 74,5% em Porto Alegre (SILVA-FILHO, *et al*, 1990).

O Conselho Tutelar de Franca constatou que os atendimentos feitos a crianças e adolescentes usuários de álcool dispararam no segundo trimestre de

2005, sendo 18 menores com idades até 11 anos e 11 meses (idade limite para a faixa etária considerada infantil), atendidos pelos conselheiros (MELO, 1999).

Micheli e Formigoni (in PECHANSKY, *et al*; 2004) estudando uma amostra de 213 adolescentes brasileiros classificados em três grupos de intensidade crescente de abuso/dependência, identificaram que a classe social média-baixa aumentava em 3,5 vezes a probabilidade destes indivíduos se tornarem dependentes de drogas e a defasagem escolar, de no mínimo um ano, aumentava em 4,4 vezes a chance de estes desenvolverem uma dependência grave. No que compete à situação familiar, a presença somente da mãe no domicílio do adolescente estava associada a um aumento de 22 vezes na chance deste ser dependente de drogas, quando comparado com adolescentes que viviam com ambos os pais.

A American Academy of Pediatrics (AAP) define seis estágios no envolvimento do adolescente com SPA: abstinência, uso experimental/recreacional (em geral limitado ao álcool), abuso inicial, abuso, dependência e recuperação. Esta classificação é interessante, pois contempla características da adolescência onde a experimentação de SPA, dentro de certos padrões, pode ser considerada uma conduta normal, além de permitir o diagnóstico de abuso inicial quando pequenos prejuízos começam a emergir, como um pior desempenho escolar por estar sofrendo dos efeitos posteriores a um abuso de álcool.

Pechansky e Barros (in PECHANSKY, *et al*; 2004) coletaram dados de 950 jovens entre 10 e 18 anos de uma amostra de adolescentes representativa da população de Porto Alegre. Os achados indicavam ser freqüente (71%) a experimentação das bebidas alcoólicas mais comuns na faixa etária estudada, chegando a quase 100% na idade de 18 anos. Um dos achados importantes do estudo foi o de que havia mudanças na forma, local de consumo e volume de etanol ingerido de acordo com a idade dos entrevistados, assim como com relação ao gênero.

Estar alcoolizado aumenta a chance de violência sexual, tanto para o agressor quanto para a vítima (ABBEY, *et al*, 2002). Da mesma forma, estando intoxicado, o adolescente envolve-se mais em atividades sexuais sem proteção, com maior exposição às doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez (HUIZINGA, *et*

*al*, 1993); a prejuízos acadêmicos decorrentes do déficit de memória, o que pode diminuir a auto-estima, um conhecido fator de risco para maior envolvimento com experimentação, consumo e abuso de substâncias psicoativas; e aumentar o risco de acidentes automobilísticos fatais, visto que essa prevalência entre jovens de 16 a 20 anos, é mais do que o dobro da encontrada nos maiores de 21 anos (YI, *et al*, 2001). Estima-se que 18% dos adolescentes norte-americanos com idade entre 16 e 20 anos dirijam alcoolizados (PECHANSKY, *et al*; 2004).

No Brasil, o álcool é responsável por cerca de 60% dos acidentes de trânsito e aparece em 70% dos laudos cadavéricos das mortes violentas (PINSKY e LARANJEIRA, 1998). De acordo com a última pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID,) entre estudantes de 1<sup>o</sup> e 2<sup>o</sup> graus de 10 capitais brasileiras, as bebidas alcoólicas são consumidas por mais de 65% dos entrevistados. Dentre estes, 50% iniciaram o uso entre os 10 e 12 anos de idade (GALDURÓZ, *et al*, 2001).

Em todo o país, 53% dos acidentes de trânsito com mortes envolvem motoristas com nível de álcool no sangue acima do aceitável pela legislação brasileira de trânsito. No estado de São Paulo, esse índice salta para 63%, segundo dados dos prontos-socorros. Além de ser gasto, por ano, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) cerca de R\$ 150 milhões com pacientes que têm doenças relacionadas ao alcoolismo (CAMPBELL, 2005).

Um estudo sobre alcoolemia em mortes por causas externas em indivíduos com 13 anos ou mais no Instituto de Medicina Legal, realizado por Carlini-Cotrim em 2000, revelou resultados positivos para álcool em 53,2% dos pedestres e 50,6% de todas as outras vítimas de acidentes de carro cuja alcoolemia foi constatada (PINSKY, *et al*, 2004).

Em 1995, o Centro de Estudos do Abuso de Drogas (Cetad/UFBA *in* NERY FILHO, *et al*, 1995) correlacionou o consumo de bebidas em situações de lazer. Dos que já tinham sofrido acidentes dirigindo veículos, 37,7% deles haviam ingerido bebidas alcoólicas na ocasião do episódio. Em 1997, o Instituto Recife de Atenção Integral às Dependências (RAID) (OLIVEIRA & MELCOP, 1997) realizou estudo semelhante ao de Salvador e constatou que 23% dos entrevistados apresentavam

alcoolemia de 0,8g/l. De modo geral, os acidentes de trânsito estão relacionados à concentração alta de álcool no sangue, ocorrem mais freqüentemente à noite e nos fins de semana, além disso, em sua maioria, os autores são homens jovens e solteiros (SANTOS, 1978).

O mais amplo estudo sobre acidentes de trânsito e uso de bebidas alcoólicas foi realizado em 1997, pela ABDETRAM – Associação Brasileira dos Departamentos de Trânsito – em quatro capitais brasileiras: Brasília, Curitiba, Recife e Salvador, em que das 865 vítimas (27,2%) apresentaram alcoolemia superior a 0,6g/l, limite que era permitido pelo Código Nacional de Trânsito de 1997 (OLIVEIRA e MELCOP, 1997).

Estudos realizados em conjunto entre o RAID (Instituto Recife de Atenção Integral às Dependências) e a ABDETRAN investigaram bares, cruzamentos de avenidas e hospitais, e relataram que entre 53 e 88% dos motoristas apresentavam algum nível de álcool no sangue, sendo que entre 13 e 27% acima do limite legal (NERY FILHO, 1997; OLIVEIRA e MELCOP 1997; PINSKY, *et al*, 2004).

No Brasil, a partir de 1998, o código de trânsito se tornou bem mais rigoroso em relação às penalidades estabelecidas para dirigir alcoolizado. Além da diminuição da alcoolemia permitida, dirigir sob a influência do álcool passou de uma contravenção para constituir crime (Brasil, 1998; PINSKY *et al*, 2004).

Dos cinco temas mais freqüentemente encontrados nos comerciais de bebidas alcoólicas, três deles (como relaxamento, camaradagem e humor) eram diretamente relacionáveis às expectativas dos jovens (Pinsky e Silva, 1999). Hoje, em resolução divulgada em outubro de 2003, o CONAR define uma série de regras e parâmetros restritivos à propaganda de bebidas alcoólicas visando à exclusão de imagens voltadas para menores, vetando a utilização de pessoas de menos de 25 anos nos comerciais, dentre outras. No entanto, é sabida a desproporção entre este esforço versus o gigantesco impacto da propaganda sobre o consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens (PECHANSKY, *et al*, 2004).

Em artigo recente, Saffer, ao discutir mitos culturais e símbolos utilizados em propaganda sobre álcool, conclui que a mídia efetivamente influencia o consumo.

Para uma mente em desenvolvimento, tipicamente sugestionável e plástica como a de um adolescente, o paradoxo de posição da sociedade e a falta de firmeza no cumprimento de leis são um caldo de cultura ideal para a experimentação tanto de drogas como de álcool, contribuindo para a precocidade da exposição de jovens ao consumo abusivo (PECHANSKY, *et al*, 2004).

Benjamin Rush, no final do século XVIII, notou que mais de 35% dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos americanos estavam lá devido ao consumo excessivo de álcool. A sua sugestão para amenizar o problema já contemplava medidas de controle ambiental, como restrições ao número de pontos de venda de álcool e controle do preço de bebidas (LARANJEIRA, 2004).

Edwards (1989) afirma que, do ponto de vista da prevenção, não é suficiente saber que o consumo excessivo de álcool geralmente aumenta o risco individual para ocorrência de problemas, mas que é preciso direcionar programas de prevenção que visem à redução de problemas decorrentes do uso de álcool, colocando como prioritária uma agenda de políticas públicas que contemplem a elaboração de intervenções de controle social deste produto (MELONI e LARANJEIRA; 2004).

Apesar de várias organizações profissionais - como a Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas, Departamento de Dependência Química da ABP e departamentos de psiquiatria de universidades de vários estados brasileiros - publicarem o primeiro consenso brasileiro sobre políticas públicas em relação ao álcool, visando a discutir as políticas com melhores evidências científicas para serem implementadas em médio prazo no Brasil, ainda não se tem uma boa rede de serviços para esse tipo de paciente (LARANJEIRA, 2004).

Além de os serviços deverem ser mais organizados, o gerenciamento dos casos deveria ser mais profissionalizado, pois quanto maior a aderência ao serviço, maiores as chances de sucesso. Portanto, serviços melhores organizados e casos mais bem gerenciados poderão fazer uma grande diferença nos cuidados desses pacientes (LARANJEIRA, 2004).



Dados epidemiológicos deixam muito claro que os ultra-especialistas jamais serão em número suficiente para o tratamento de tantas pessoas com dependência do álcool. Para isso, precisam familiarizar-se com vários conceitos como o diagnóstico da dependência, as bases neuroquímicas, os modelos de motivação e os cognitivos comportamentais, o tratamento farmacológico, as comorbidades psiquiátricas e o uso de álcool, o curso clínico da dependência, o álcool na adolescência, a intervenção breve, os danos neuropsicológicos, as complicações psiquiátricas e os aspectos genéticos (LARANJEIRA, 2004).

O governo federal vem tentando coibir o consumo de álcool no país atacando a publicidade de bebida em veículos de comunicação de massa, principalmente na televisão. A Câmara Especial de Políticas Públicas sobre Álcool, que reúne representantes de oito ministérios, vai redigir junto ao Conselho Nacional de Auto-Regulamentação Publicitária (Conar) um termo de ajustamento de conduta para as campanhas publicitárias de bebidas alcoólicas, onde saem de cena as modelos com cara de adolescentes e o apelo sexual, restringem as propagandas de bebidas para a faixa de horário que vai das 23 horas as seis da manhã e proíbem cervejarias de patrocinar eventos esportivos. Há ainda a possibilidade de aumentar os impostos sobre as bebidas, o que implicaria reajuste no preço do produto (CAMPBELL, 2005).

No entanto, não é fácil enfrentar os fabricantes de bebidas e seus milhões de reais investidos em publicidade. A indústria da cerveja conta com um lobby fortíssimo que atua no Congresso e até no Ministério da Saúde (CAMPBELL, 2005).

Ciente de que o álcool contribui fortemente na etiologia e manutenção de vários problemas sociais, econômicos e de saúde enfrentados em nosso país, o Ministério da Saúde vem definindo, ao longo do tempo, estratégias que visam ao fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e re-inserção social dos mesmos (GALDURÓZ e CAETANO, 2004).

Políticas públicas comprometidas com a promoção, prevenção e tratamento, vêm trabalhando na perspectiva da integração social e produção da autonomia das pessoas, a fim de diminuir em escala expressiva o sofrimento decorrente deste consumo (COSTA, 2005).

Com a falta de propostas concretas e de uma clara política de saúde voltada para este segmento, surgiram no Brasil diversas alternativas de atenção aos alcoolistas. A sociedade atual dispõe de uma extensa gama de políticas potenciais, sendo possíveis produzirem novas perspectivas de vida para aqueles que sofrem devido ao consumo de álcool e drogas. Tal produção não ocorre somente pelo estabelecimento de leis, planos ou propostas, e sim pela sua implementação e exercício no cotidiano dos serviços, práticas e instituições, com definição sistematizada de responsabilidades para cada esfera governamental (COSTA, 2005).

O texto da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde. Com isso, garantiu, aos usuários de serviços de saúde mental e aos que sofrem de transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade, valorizando a descentralização do modelo de atendimento com a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários (COSTA, 2005).

Assim sendo, torna-se necessária a estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários. Esta deve se basear em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, ser devidamente integrada ao meio cultural, à comunidade em que estão inseridos e está de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Neste sentido, entende-se que uma política de promoção, prevenção, tratamento e de educação voltada para o uso de álcool e outras drogas deverá necessariamente ser construída nas interfaces intra-setoriais, em que o compromisso com a defesa da saúde e a visão social são elementos indispensáveis (COSTA, 2005).

O álcool certamente contribui fortemente na etiologia e manutenção de vários problemas sociais, econômicos e de saúde enfrentados em nosso país (GALDURÓZ e CAETANO, 2004). Assim, um modelo etiológico do alcoolismo deve integrar fatores biológicos (genéticos), psicológicos e ambientais refletindo a complexidade da doença e a heterogeneidade da população.

## 4 ALCOOLISMO EM FERNANDO DE NORONHA

A ocupação de Fernando de Noronha teve sua história marcada pelo uso do arquipélago como ponto estratégico para países colaboradores do Brasil (através de companhias de telégrafo da França, Itália e Estados Unidos) e posteriormente através do uso de seu espaço como prisão e território militar.

Em setembro de 1987, saindo de cena o governo militar e iniciando-se o primeiro governo civil, o de Fernando César Mesquita, começou um fluxo migratório intenso da população proveniente de todos os estados brasileiros. Instalou-se o tempo de “haole”, de novos migrantes, de catraio. Contudo, não existe uma diferença concreta entre o que se denomina ilhéu e “haole”. É, portanto, uma construção ideológica sobre o modo de ser insular (GUSMÃO, *et al*, 1998).

O turismo, enquanto atividade determinante no processo de modificação de um espaço, constitui um dos vetores de transformação mais críticos da ilha, atuando na dimensão social com o surgimento e consolidação de novos comportamentos, especialmente na estrutura familiar dos ilhéus, onde são observados altos índices de solvência dos matrimônios e da cultura, agora muito mais “refinada” do que a da comunidade local, conforme Silva e Melo (1999), devido à facilidade de importação (troca) de experiências entre a população nativa, os turistas e os “haoles”.

De acordo com o último censo do IBGE (2000), a população atual de Fernando de Noronha é de aproximadamente 2.300 habitantes, destes, 2.050 são considerados moradores permanentes da Ilha.

Através do levantamento das cinco famílias consideradas o núcleo fundador, pôde-se identificar e traçar o perfil de alguns fatores psicossociais que exercem uma maior influência para o comportamento relacionado ao alcoolismo.

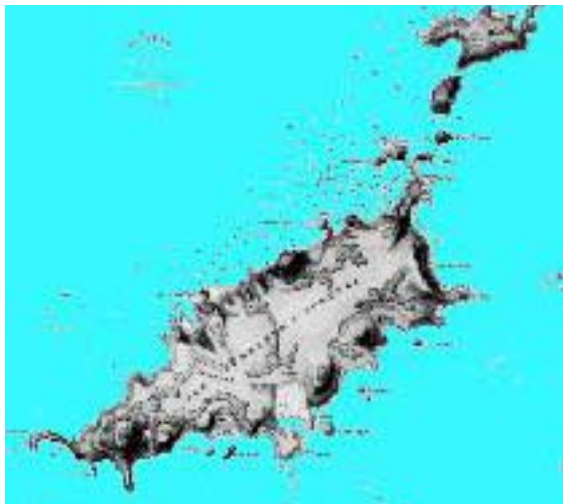
Pesquisas da Fundação Joaquim Nabuco constatou um alto nível de consumo de álcool presente em todas as faixas etárias, o que é considerado atualmente um importante problema de saúde pública no arquipélago (CAVALCANTI, 2005).

O relativo isolamento desta população abre espaço para a discussão sobre as variáveis ambientais/sociais que influenciam a manifestação do alcoolismo, bem

como possibilita o estudo específico de famílias com comprovado aumento desta incidência, estimulando o debate sobre os fatores genéticos e ambientais para a manifestação da síndrome.

## 5 JUSTIFICATIVA

**Figura 1:** Mapa esquemático do Arquipélago de Fernando de Noronha



**Fonte:** [www.noronha.gov.pe.br](http://www.noronha.gov.pe.br)

Arquipélago vulcânico, isolado no Atlântico Equatorial Sul, Fernando de Noronha está situado a quatro graus da Linha Equinocial, distando cerca de 345 km do Cabo de São Roque, no estado do Rio Grande do Norte e 525 km do Recife-PE. É formado por 21 ilhas, ilhotas e rochedos dispostos ao redor da ilha principal (fig. 1) (GUSMÃO, *et al*, 1998; SILVA e MELO, 1999; PERNAMBUCO, 2005). O clima da ilha é tropical, tendo duas estações bem definidas: a chuvosa

de janeiro a agosto, e a seca de setembro a dezembro.

A ilha principal tem uma área de 18,4 Km<sup>2</sup>, tendo o maior eixo cerca de 10 km, largura máxima de 3,5 km e perímetro de 60 km, constituindo assim, aproximadamente 91% da área total do arquipélago. Cerca de 70% dele é destinada ao Parque Nacional Marinho, ou seja, área de preservação ambiental. O território restante é o único habitado por um sistema de vilas (GUSMÃO, *et al*, 1998; SILVA e MELO, 1999; PERNAMBUCO, 2005).

A ocupação de Fernando de Noronha é quase tão antiga quanto à do continente. Em decorrência da sua posição geográfica, o arquipélago foi uma das primeiras terras localizadas no Novo Mundo. (Site de Fernando de Noronha)

O arquipélago foi descoberto por Portugal que, no século XVIII, através da Capitania de Pernambuco, montou uma estratégia de ocupação e defesa, traçando-se espaços para vilas, onde viveriam prisioneiros comuns de Pernambuco e presos políticos. Este fato ocasionou o início da Colônia Correccional (SILVA e MELO, 1999; PERNAMBUCO, 2005).

Não se encontra registro de um núcleo fundador aborígine. Não resta dúvida de que, antes da chegada do elemento europeu descobridor, o território fernandino

não abrigou agrupamento humano estável e significativo. Sendo assim, o arquipélago se configura desde o início como uma terra de migrantes provenientes de múltiplos lugares, inexistindo referências que comprovem a continuidade do povoamento (GUSMÃO, *et al*, 1998).

A partir de 1844, foram mandados para Ilha os revolucionários da Farroupilha; em 1890, os contrabandistas e todos os capoeiristas do Brasil considerados desordeiros e em 1898, diversos presos políticos. Foi com a Proclamação da República que Noronha, em 1891, voltou ao domínio de Pernambuco (SILVA, 1997; PERNAMBUCO, 2005).

Em meados do século XIX, permitiu-se o envio de mulheres para a ilha, tanto as companheiras dos correccionais como prisioneiras igualmente condenadas a longas penas. E com essa liberação, vieram o aumento da população, a necessidade de programas escolares e de saúde e o controle excessivo da conduta de cada um dos que ali viviam submetidos a um regime de extrema rigidez (SILVA e MELO, 1999).

Em setembro de 1987, iniciou-se o um fluxo migratório intenso da população proveniente de todos os estados brasileiros. Contudo, não existe uma diferença concreta entre o que se denomina ilhéu e estrangeiroa. É, portanto, uma construção ideológica sobre o modo de ser insular (GUSMÃO, *et al*, 1998).

Em 1988, a ilha passou a condição de Distrito Estadual, tendo seu destino gerido por um Administrador Geral nomeado pelo governo do estado. Até os dias atuais, vive da exploração racional do turismo (não desordenada), dentro das limitações impostas pelo seu delicado ecossistema e da atividade pesqueira, em caráter artesanal, voltada ao consumo interno (PERNAMBUCO, 2005).

Pescadores, agricultores, construtores, carpinteiros, cozinheiros, professores, leigos e crianças que cresceram sob o domínio do Exército, depois da Aeronáutica, do EMFA e, finalmente, do Ministério do Interior - MINTER, foram os ocupantes da ilha no período enquanto território sob o domínio da União (1987/1988) (SILVA e MELO, 1999). Com o novo ciclo migratório, surgiu o núcleo fundador ilhéu, formado pelos migrantes que para lá se dirigiram ou foram chamados (GUMÃO, *et al*, 1998).

Simmel (1983) designou o estrangeiro sendo aquele que chegou e permaneceu, fixando-se num grupo espacial, particular: o insular. Sua posição é determinada pela circunstância de não ter pertencido desde o início ao núcleo fundador de Noronha, mas é o responsável pelas mudanças de comportamento. Não se encontra organicamente ligado a qualquer um dos ilhéus por laços consangüíneos, ou, ainda, da mesma matriz migratória e não foi submetido às mesmas experiências do grupo fundador.

De acordo com Gusmão *et al* (1998), os nativos do núcleo fundador e seus descendentes viviam sob o regime de subordinação militar que comandou todo o processo de ocupação humana e territorial bem como da construção urbana do arquipélago, gerindo igualmente todos os serviços públicos e infra-estruturais, os diferentes domínios do cotidiano, a vida familiar, religiosa, política, lúdica e educacional. Os militares dissolveram a população e os recém-chegados da zona rural sertaneja ou canvieira nordestina, em indivíduos controláveis, maleáveis, localizáveis (podem ser encontrados a qualquer momento) e localizados (sabe-se onde residem).

Alguns pesquisadores sociais não utilizam o termo nativo, já que toda a população noronhense atual originou-se de imigrantes trazidos do continente, sejam como prisioneiros (desde o século XVIII) sejam como prestadores de serviços ou turistas, já neste século. Seriam consideradas nativas as novas gerações nascidas na própria ilha, cujo número não ultrapassa os 28%, segundo o IBGE (SILVA e MELO, 1999).

**Figura 2:** Vista aérea do Arquipélago de Fernando de



Fonte: [www.noronha.pe.gov.br](http://www.noronha.pe.gov.br)

Compondo o núcleo fundador há algumas numerosas famílias e outras nucleares, que se instalaram no arquipélago na década de 1940 e lá permanecem até hoje. De fato, foram os atuais idosos os primeiros habitantes livres da população carcerária de Noronha (GUSMÃO, *et al*, 1998).

Hoje, Fernando de Noronha está administrativamente ligado ao Recife-PE, através da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Meio Ambiente do Governo do Estado de Pernambuco e está incluída em rotas de cruzeiros marítimos e linhas aéreas com vôos diários que partem do Recife/PE ou de Natal/RN, levando para lá cerca de 500 pessoas por dia.

O turismo atuou de forma determinante na transformação do modo de vida dos ilhéus o que contribuiu para o aparecimento de algumas enfermidades. A socióloga Janisa Cavalcanti relata que as principais doenças observadas na população fernandina, nos dias atuais, são: hipertensão, diabetes e hanseníase. Porém, o que mais chamou atenção foi o alto nível de alcoolismo presente em todas as faixas etárias. Um outro grande problema é a rotatividade na área médica, o que gera a ausência de prontuários com contínuos registros dos pacientes (PERNAMBUCO, 2005).

Como visto anteriormente, o álcool contribui fortemente na etiologia e manutenção de vários problemas sociais, econômicos e de saúde enfrentados em nosso país. A alta incidência desta síndrome, assim como o pouco conhecimento de aspectos que integrem fatores genéticos e ambientais reflete a complexidade da doença fazendo com que este estudo se torne de extrema importância.

Estudando este tema na Ilha de Fernando de Noronha, tem-se uma situação privilegiada onde os fatores ambientais e sociais estariam homogeneizados pelas circunstâncias locais. Estas condições amenizam uma das principais críticas freqüentemente feita ao estudo de genética do alcoolismo, que é acerca do pouco controle que se tem sobre a diversidade de variáveis ambientais e sobre a heterogeneidade social da população escolhida.

A identificação precoce de indivíduos que correm o risco de desenvolver dependência alcoólica pode aumentar a possibilidade de um tratamento com resultado favorável, além de reduzir o custo com cuidados de saúde.



## **6 OBJETIVOS**

### **6.1 OBJETIVO GERAL**

Este trabalho visou levantar dados acerca do alcoolismo no Arquipélago de Fernando de Noronha tentando identificar fatores de risco psicossociais associados ao alcoolismo nesta população.

### **6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Averiguar a distribuição das características demográficas (gênero, faixa etária e estado civil) entre os indivíduos participantes da pesquisa;
- Analisar o comportamento de variáveis sociais (situação empregatícia, nível educacional e religião) entre os grupos estudados;
- Identificar a frequência do consumo de álcool entre as famílias estudadas;
- Gerar dados preliminares que auxiliem a comunidade e os gestores no planejamento de estratégias de prevenção e combate ao alcoolismo nessa região.

## **7 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **7.1 SELEÇÃO DOS GRUPOS DE ALCOOLISTA E CONTROLE**

#### População de referência

A população investigada era composta por indivíduos das cinco famílias mais antigas de Fernando de Noronha – PE, residentes da ilha e maiores de 18 anos ou emancipados. Foram excluídos da amostra indivíduos que se encontravam em viagem de trabalho no período da entrevista, que não respondiam por si mesmo, os que se recusaram a participar da pesquisa e doentes graves.

Foi estudada uma amostra de 119 indivíduos. A ilha de Fernando de Noronha, de acordo com o censo realizado em 2000 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, tem uma população fixa de aproximadamente 2.050 habitantes (IBGE, 2000), com 484 domicílios permanentes, onde residem 587 famílias, dispostos em um sistema de vilas.

#### Instrumento de avaliação

Para avaliar o consumo de álcool e a prevalência de alcoolismo, dentre estes familiares, foram recrutados indivíduos que responderam a um questionário de caracterização sócio-demográfica (TARTER, R. – DUSI, 1998) (Anexo I) e a um instrumento de rastreamento para potenciais distúrbios relacionados ao álcool – o CAGE (Anexo II). Contudo, o teste CAGE não diagnostica o dependente, mas detecta os bebedores de risco.

Esse questionário é composto por quatro perguntas, desenvolvido em 1968 e validado no Brasil, em 1983, por Masur & Monteiro, que encontraram uma sensibilidade de 88% e uma especificidade de 83% - quando se considera duas ou mais respostas positivas para categorizar indivíduos alcoolistas. Quando se leva em conta o ponto de corte de uma ou mais respostas positivas para indivíduos alcoolistas, (Castells & Furlanetto, 2005) o CAGE apresenta uma melhor sensibilidade (93,8%) e especificidade de 85,5%.

O consumo abordado refere-se ao fato do entrevistado ter declarado fazer uso de bebida alcoólica, ou seja, não ser abstêmio. Não se avaliou a quantidade, a frequência nem a duração do consumo.

Estes questionários foram aplicados e armazenados em pastas de arquivo pelo pesquisador responsável pela pesquisa, que os lançou em um banco de dados, onde foram codificados. Cada indivíduo foi vinculado a um número e, após este procedimento, que garantiu a confidencialidade dos dados, eles foram estatisticamente analisados, pelo mesmo pesquisador.

O teste CAGE foi usado para categorizar os entrevistados em um dos grupos a seguir:

*Controle:* pessoas totalmente abstinentes que não atingiram o ponto de corte no questionário CAGE (abaixo de 1 ponto).

*Consumidor que faz uso nocivo do álcool (alcoolista):* Pessoas que obtiveram pontuação maior ou igual a um (1) no questionário CAGE.

Após essa triagem pôde-se observar, anonimamente, a distribuição das variáveis entre os grupos, bem como as características que se agregam com maior frequência no grupo de alcoolistas.

Todos os indivíduos que foram recrutados durante visitas domiciliares, tinham idade acima de 18 anos, gozavam de plena saúde mental e assinaram um termo de consentimento livre esclarecido, o que fez legal à aplicação do questionário.

## **7.2 APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS**

Os questionários foram aplicados em visitas domiciliares feitas pelo pesquisador responsável do projeto.

### 7.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram analisados estatisticamente pelo pesquisador responsável, usando o programa SPSS. A diferença na distribuição das variáveis categóricas entre os grupos comparados, onde não houve restrição do tamanho das amostras, foi analisada pelos testes qui-quadrado de Independência de Pearsen e os casos com restrição usou-se o Teste Exato de Fisher. Para variáveis contínuas foi usado o teste T de Student. As análises foram consideradas significativas para valores de p menores ou iguais a 0,05.

Quando a tabela for 2X2 deve-se usar o continuity correction equivalente ao Qui-quadrado de Pearsen com correção de continuidade de Yates.

Foi necessário redividir algumas variáveis categóricas devido ao número insuficiente de dados para a análise estatística em algumas delas. Assim, o estado civil (solteiro, casado, vive junto, separado e viúvo) foi reagrupado em união estável e sem parceira(o); a religião (católico, protestante, espírita, outros, ateu, e sem religião) em católico, protestante e outros; a naturalidade (Noronha, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Paraíba) em Noronha e outros; e a ocupação (desempregado, do lar ou aposentado, trabalhador e estudante) em desempregado, do lar ou aposentado e trabalhador ou estudante.

## 8 ASPECTOS ETICOS

**Riscos:** O risco foi mínimo e decorrente da possibilidade de vazamento de informações dos questionários respondidos. Este fato é improvável, visto que apenas o pesquisador responsável o aplicou à população, assim como teve acesso aos questionários. Este procedimento não levou a qualquer alteração do tratamento que o paciente esteja fazendo.

**Benefícios:** Para os indivíduos do grupo controle, assim como para os pacientes, o benefício foi colaborar com esta pesquisa, que visou a conhecer mais sobre a dependência de álcool e auxiliar o desenvolvimento de programas estratégicos de apoio aos dependentes químicos, além de estratégias de prevenção contra o uso abusivo de álcool.

A identificação precoce de indivíduos que correm o risco de desenvolver a dependência alcoólica pode aumentar a possibilidade de um tratamento com resultado favorável, além de reduzir o custo com cuidados de saúde.

O indivíduo que não aceitou participar da pesquisa esteve em pleno exercício dos seus direitos, não tendo a obrigatoriedade de se envolver como parte do grupo de estudo ou do grupo controle. Caso tenha aceitado participar, teve direito de saber dos resultados gerados pela pesquisa, mesmo não tendo benefícios diretos ao participante, bem como garantia de sigilo total dos mesmos.

## 9 RESULTADOS

### Características da amostra

Nesse estudo foram entrevistados 119 indivíduos integrantes das cinco famílias mais antigas e numerosas consideradas o núcleo fundador de Fernando de Noronha.

Na tabela 03, encontra-se a distribuição dos indivíduos estudados segundo algumas variáveis sócio-demográficas. Houve predominância de indivíduos do sexo feminino (52,1%), numa faixa etária de 22 a 30 (27,7%), e casados (47,90%). Entre os entrevistados, a maioria declarou-se católico (58,12%), com dez anos ou mais de estudo (57,01%), sendo natural do Distrito de Fernando de Noronha (41,07%) e apenas 10,90% declararam não ter uma atividade fora da residência.

**Tab. 03.** Perfil sociodemográfico da amostra estudada (n=119)

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
sexo		
• Masculino	57	47,90
• Feminino	62	52,10
Idade		
• Ate 21 anos	14	11,8
• De 22 a 30 anos	33	27,7
• De 31 a 40 anos	28	23,5
• De 41 a 50 anos	28	23,5
• Acima de 51 anos	16	13,4
Estado civil		
• Solteiro	43	36,13
• Casado	57	47,90
• Separado	8	6,72
• Viúvo	3	2,52
• União estável	8	6,72
Religião		
• Católico	68	58,12
• Protestante	37	31,62
• Ateu	9	7,69
• Outros	3	2,56
• Não informado	2	
Escolaridade		
• 9 anos ou menos	46	42,99
• 10 anos ou mais	61	57,01
• Não informado	12	
Local de nascimento		
• Noronha	46	41,07
• Pernambuco	39	34,82
• RN ou PB	27	24,10
• Não informado	7	
Ocupação		
• desempregado, do lar ou aposentado	13	10,9
• trabalhador	82	68,9
• estudante	3	2,5
• Não informado	21	17,6

Constatou-se também, conforme mostram os dados da tabela 04, que entre as famílias mais antigas de Noronha, a que teve maior número de indivíduos participando da pesquisa foi a família Flor (37,0%).

**Tab. 04.** Distribuição por família da amostra estudada (n=119)

<b>Famílias</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
• Flor	44	37,0
• Souza	31	26,1
• Pereira	21	17,6
• Morais	18	15,1
• Fernandes	5	4,2
Total	119	100,0

### Consumo de álcool e alcoolismo

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, declararam fazer uso 62,2 % dos entrevistados (tabela 05); destes, 40,34% foram considerados alcoolistas por darem respostas afirmativas a uma ou mais perguntas do teste CAGE (tabela 06.).

**Tab. 05.** Prevalência do consumo de álcool na amostra estudada (n=119)

<b>Consumo de álcool</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
• sim	74	62,2
• não	45	37,8
Total	119	100,0

**Tab. 06.** Prevalência de alcoolismo na amostra estudada (n=119)

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Grupo controle	71	59,66
Alcoolismo	48	40,34
Total	119	100,00

### Análise dos possíveis fatores associados ao alcoolismo

No que se refere à idade que começaram a beber, os dados apresentados na Tabela 7-A mostram que 25,5% desses indivíduos fizeram uso de bebidas antes dos 17 anos de idade. A idade mínima referida para o início do uso do álcool foi de 12 anos de idade e a máxima de 38. Na Tabela 7- B pode-se observar que dentre os alcoolistas, 48,5% está na faixa etária de 22 a 30 anos de idade.

**Tab. 07 A.** Distribuição da amostra estudada por idade que começou a beber, (n=102)

Idade que começou a beber	n	%
• Abstêmios	45	44,1
• Ate 17 anos	26	25,5
• De 18 a 21 anos	17	16,7
• De 22 a 40 anos	14	13,7
Total	102	100,0

**Tab. 07 B.** Distribuição por idade dos alcoolistas, na amostra estudada (n=119)

Idade da amostra	Grupo			Total
	controle	Alcoolista		
• Ate 21 anos	n	9	5	14
	%	64,3%	35,7%	100,0%
• De 22 a 30 anos	n	17	16	33
	%	51,5%	48,5%	100,0%
• De 31 a 40 anos	n	18	10	28
	%	64,3%	35,7%	100,0%
• De 41 a 50 anos	n	18	10	28
	%	64,3%	35,7%	100,0%
• Acima de 51 anos	n	9	7	16
	%	56,3%	43,8%	100,0%
Total	n	71	48	119
	%	59,7%	40,3%	100,0%

Quando se compara a idade de início do uso do álcool com o grupo dos alcoolistas, observa-se que 76,9% desses começaram a beber antes dos 17 anos de idade (tabela 08).

**Tab. 08.** Comparação da idade que começou a beber e alcoolismo, na amostra estudada (n=119)

Idade que começou a beber	Grupo			Total
	controle	Alcoolista		
• Abstêmios	n	45	0	45
	%	100,0%	,0%	100,0%
• Ate 17 anos	n	6	20	26
	%	23,1%	76,9%	100,0%
• De 18 a 21 anos	n	7	10	17
	%	41,2%	58,8%	100,0%
• De 22 a 40 anos	n	4	10	14
	%	28,6%	71,4%	100,0%
Total	n	62	40	102
	%	60,8%	39,2%	100,0%



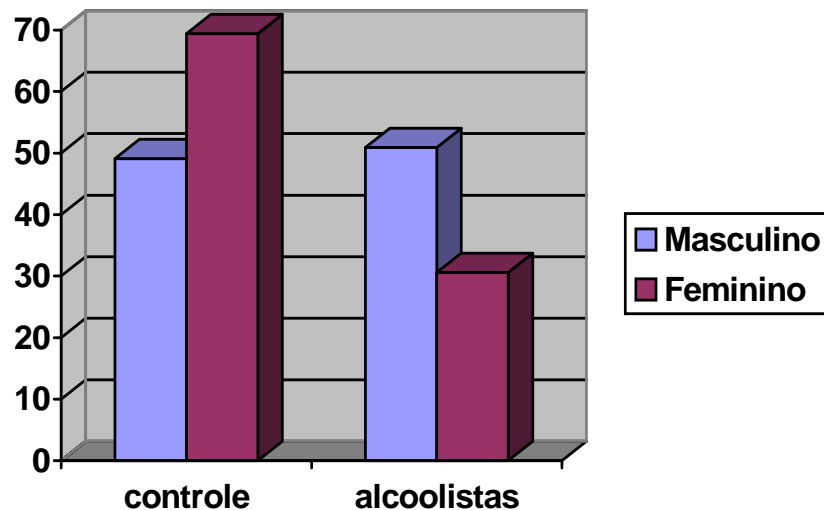
A proporção de abstinência alcoólica foi maior entre as mulheres (69,4%) (tabela 09), bem como entre os que têm união estável (70,8%) (tabela 10).

**Tab. 09.** Prevalência de alcoolismo segundo o sexo, na população estudada (n=119)

Sexo		Grupo controle	Alcoolista	Total
Masculino	n	28	29	57
	%	49,1%	50,9%	100,0%
Feminino	n	43	19	62
	%	69,4%	30,6%	100,0%
Total	n	71	48	119
	%	59,7%	40,3%	100,0%

\* $\chi^2 = 5,0$   $p = 0,02$

O Gráfico 1 representa a proporção de indivíduos do sexo masculino e feminino entre os alcoolistas e o grupo controle.

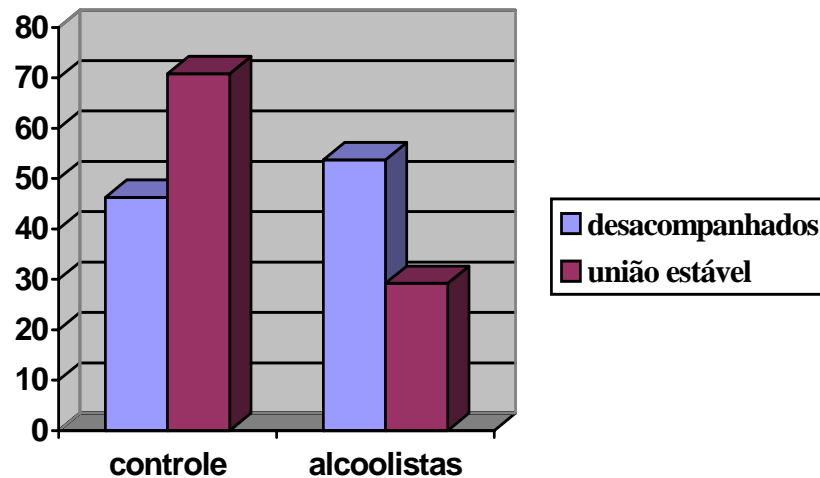


**Tab.10.** Prevalência de alcoolismo segundo estado civil, na amostra estudada (n=119)

Estado Civil		Grupo controle	Alcoolista	Total
Solteiro, viúvo ou separado	n	25	29	54
	%	46,3%	53,7%	100,0%
União estável	n	46	19	65
	%	70,8%	29,2%	100,0%
Total	n	71	48	119
	%	59,7%	40,3%	100,0%

\* $\chi^2 = 7,3$   $p = 0,006$

O Gráfico 02 representa a porcentagem de indivíduos sem companhia e em união estável entre os alcoolistas e o grupo controle.



O índice de alcoolismo foi menor entre os indivíduos que moram em Fernando de Noronha, contudo, natural de outras localidades (“Haoles”) (tabela 11); entre os que se declararam protestantes (tabela 12) e para aqueles que têm ocupação fora de casa (tabela 13). Com relação à escolaridade, não foi observada uma diferença significativa entre os indivíduos com menos de nove anos de estudo e aqueles com mais de dez anos.

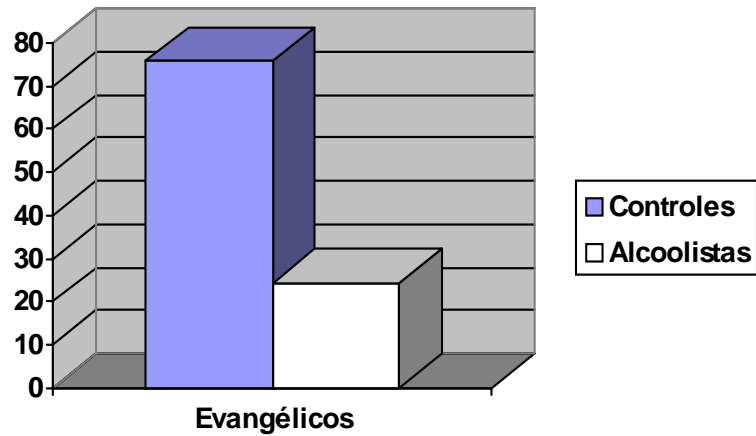
**Tab.11.** Prevalência do consumo de álcool e de alcoolismo segundo naturalidade, na população estudada (n=119)

Naturalidade		Grupo controle	Alcoolista	Total
Noronha	n	24	22	46
	%	52,2%	47,8%	100,0%
PE, PB ou RN	n	41	25	66
	%	62,1%	37,9%	100,0%
Total	n	65	47	112
	%	58,0%	42,0%	100,0%

**Tab12.** Prevalência de alcoolismo segundo religião, na população estudada (n=117)

Religião		Grupo controle	Alcoolista	Total
Católico	n	36	32	68
	%	52,9%	47,1%	100,0%
Protestante	n	28	9	37
	%	75,7%	24,3%	100,0%
Espírita, ateu ou sem religião	n	6	6	12
	%	50,0%	50,0%	100,0%
Total	n	70	47	117
	%	59,8%	40,2%	100,0%

O Gráfico 3 - representa o percentual de evangélicos entre o grupo controle e o grupo de alcoolistas.

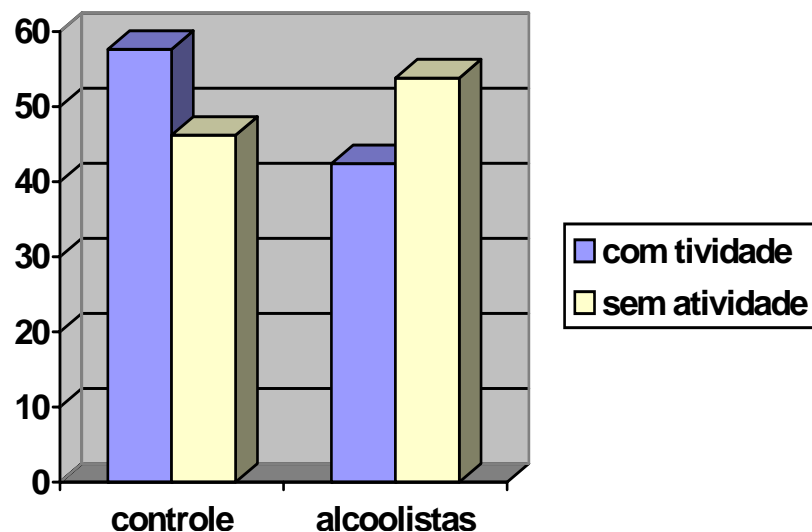


**Tab. 13.** Prevalência de alcoolismo segundo ocupação, na população estudada (n=98)

Ocupação		Grupo controle	Alcoolista	Total
Desempregado, do lar ou aposentado	n	6	7	13
	%	46,2%	53,8%	100,0%
Trabalhador ou estudante	n	49	36	85
	%	57,6%	42,4%	100,0%
Total	n	55	43	98
	%	56,1%	43,9%	100,0%

$$*X^2=0,6 \quad p=0,4$$

O Gráfico 4 - representa o percentual de indivíduos com atividade regular (trabalhador, estudante) e os indivíduos sem atividade regular fora de casa entre os alcoolistas e grupo controle.



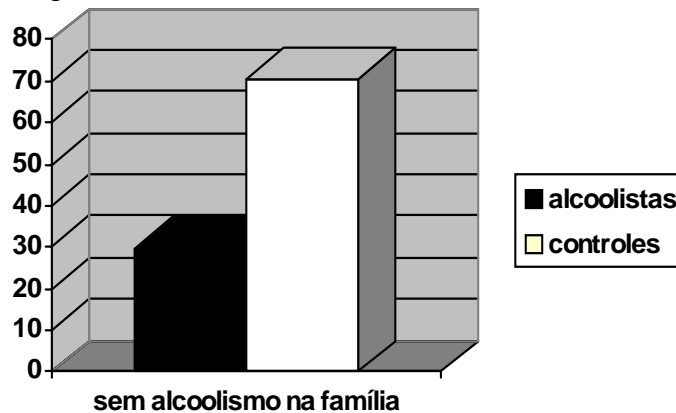
Quando se compara os grupos estudados em relação ao número de parentes alcoolistas de primeiro e segundo grau, vê-se que 70,4% dos indivíduos sem problemas com álcool não têm parentes alcoolistas, enquanto apenas 29,6% dos alcoolistas não têm parentes bebedores problemas, 37,3% têm de um a cinco e 56,7% declararam ter mais de seis parentes alcoolistas na família (tabela 14).

**Tab. 14.** Prevalência de parentes alcoolistas, na população estudada (n=116)

Número de parentes alcoolistas		Grupo controle	Alcoolista	Total
Sem parentes alcoolistas	n	19	8	27
	%	70,4%	29,6%	100,0%
De 1 a 5	n	37	22	59
	%	62,7%	37,3%	100,0%
Seis ou mais	n	13	17	30
	%	43,3%	56,7%	100,0%
Total	n	69	47	116
	%	59,5%	40,5%	100,0%

\* $\chi^2=1,7$   $p=0,1$

O Gráfico 5 - representa a proporção de indivíduos sem parentes alcoólatras entre os grupos investigados.



Ao pesquisar o alcoolismo materno, pode-se perceber que 64,7% dos bebedores problemas declararam ter mãe alcoolista contra 37,8% que afirmaram não ter mãe alcoolista (tabela 15).

**Tab. 15.** Prevalência de alcoolistas segundo alcoolismo materno, na população estudada (n=115)

Mãe alcoolista		Grupo controle	Alcoolista	Total
Sim	n	6	11	17
	%	35,3%	64,7%	100,0%
Não	n	61	37	98
	%	62,2%	37,8%	100,0%
Total	n	67	48	115
	%	58,3%	41,7%	100,0%

Já ao analisar o alcoolismo paterno (Tabela 16), percebe-se que dos indivíduos que pertencem ao grupo controle 53,6% declararam ter pai alcoolista contra 64,8% que afirmaram não ter pai alcoolista.

**Tab. 16.** Prevalência de alcoolistas segundo alcoolismo paterno, na população estudada (n=110)

Pai alcoolista		Grupo controle	alcoolista	Total
sim	n	30	26	56
	%	53,6%	46,4%	100,0%
não	n	35	19	54
	%	64,8%	35,2%	100,0%
Total	n	65	45	110
	%	59,1%	40,9%	100,0%

Em relação ao questionamento: *faz ou já fez uso de álcool*. 35,1% dos indivíduos do grupo controle responderam que sim, contra 100% dos alcoolistas (Tabela 17).

**Tab. 17.** Prevalência do consumo de álcool, na população estudada (n=119)

Faz ou já fez uso de álcool		Grupo controle	Alcoolista	Total
sim	n	26	48	74
	%	35,1%	64,9%	100,0%
não	n	45	0	45
	%	100,0%	,0%	100,0%
Total	n	71	48	119
	%	59,7%	40,3%	100,0%

A maioria dos alcoolistas afirmou consumir álcool qualquer dia da semana (72,3%), já 45,5% dos indivíduos do grupo controle relataram fazer uso da bebida alcoólica durante os finais de semana (Tabela 18).

**Tab. 18.** Consumo de álcool segundo dias da semana, na população estudada (n=114)

Dias da semana que ingere álcool		Grupo controle	Alcoolista	Total
Abstêmios	n	45	0	45
	%	100,0%	,0%	100,0%
De sexta a domingo	n	10	12	22
	%	45,5%	54,5%	100,0%
Qualquer dia da semana	n	13	34	47
	%	27,7%	72,3%	100,0%
Total	n	68	46	114
	%	59,6%	40,4%	100,0%

## Teste CAGE

Observando-se as respostas ao teste CAGE dos usuários de álcool, pode-se verificar que 21,8% responderam negativamente a todas as questões. Já 4,2% dos entrevistados disseram *sim* aos quatro questionamentos (Tabela 19).

**Tab. 19.** Número de respostas afirmativas no teste CAGE

Variável	n	%
Abstêmios	45	37,8
1 sim	26	21,8
2 sim	11	9,2
3 sim	6	5,0
Todas sim	5	4,2
todas não	26	21,8
Total	119	100,0

Dentre os usuários de bebidas alcoólicas, 43,2% afirmaram sentir necessidade de parar com a ingestão de bebidas alcoólicas (questão 01) (Tabela 20). Entre aqueles que tiveram o teste positivo, essa proporção foi de 93,8% contra 6,3% daqueles identificados como grupo controle (Tabela 21).

**Tab. 20.** Usuários de bebidas alcoólicas que afirmaram sentir necessidade de parar de beber

faz ou já fez uso de álcool		pensou em largar a bebida?			Total
		grupo controle	sim	não	
Sim	n	1	32	41	74
	%	1,4%	43,2%	55,4%	100,0%
Não	n	45	0	0	45
	%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Total	n	46	32	41	119
	%	38,7%	26,9%	34,5%	100,0%
	%	59,7%	40,3%	100,0%	

**Tab.21.** Análise da questão 01 do teste CAGE

Pensou em largar a bebida?		grupo controle	alcoologista	Total
Abstêmios	n	45	1	46
	%	97,8%	2,2%	100,0%
Sim	n	2	30	32
	%	6,3%	93,8%	100,0%
não	n	24	17	41
	%	58,5%	41,5%	100,0%
Total	n	71	48	119

Em relação à questão 02: *se ficou aborrecido por terceiros criticarem o seu hábito de beber*, 37,8% dos usuários responderam afirmativamente (Tabela 22), sendo 92,9% dos indivíduos com CAGE positivo e 7,1% dos indivíduos do grupo controle (Tabela 23).

**Tab. 22.** Usuários de bebidas alcoólicas que ficaram aborrecidos por terceiros criticarem o seu hábito de beber

faz ou já fez uso de álcool		Ficou aborrecido quando outras pessoas criticaram o seu hábito de beber			Total
		grupo controle	sim	não	
sim	n	0	28	46	74
	%	,0%	37,8%	62,2%	100,0%
não	n	45	0	0	45
	%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Total	n	45	28	46	119
	%	37,8%	23,5%	38,7%	100,0%

**Tab. 23.** Análise da questão 02 do teste CAGE

Ficou aborrecido quando outras pessoas criticaram o seu hábito de beber?		Grupo controle	Alcoolista	Total
Abstêmios	n	45	0	45
	%	100,0%	,0%	100,0%
sim	n	2	26	28
	%	7,1%	92,9%	100,0%
não	n	24	22	46
	%	52,2%	47,8%	100,0%
Total	n	71	48	119
	%	59,7%	40,3%	100,0%

Afirmaram sentir culpa pelo fato de beber (questão 03) 28,4% dos usuários de álcool (Tabela 24). No entanto, esse sentimento ocorria em 90,5% dos alcoolistas contra 45,3% dos indivíduos do grupo controle (Tabela 25).

**Tab. 24.** Usuários de bebidas alcoólicas que se sentiram mal ou culpados pelo fato de beber?

faz ou já fez uso de álcool		Sentiu-se mal ou culpado pelo fato de beber?			Total
		grupo controle	sim	não	
sim	n	0	21	53	74
	%	,0%	28,4%	71,6%	100,0%
não	n	45	0	0	45
	%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Total	n	45	21	53	119
	%	37,8%	17,6%	44,5%	100,0%

**Tab. 25.** Análise da questão 03 do teste CAGE

Sentiu-se mal ou culpado pelo fato de beber?		Grupo controle	Alcoolista	Total
Abstêmios	n	45	0	45
	%	100,0%	,0%	100,0%
Sim	n	2	19	21
	%	9,5%	90,5%	100,0%
Não	n	24	29	53
	%	45,3%	54,7%	100,0%
Total	n	71	48	119
	%	59,7%	40,3%	100,0%

A questão 04, *bebeu pela manhã para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca*, refere-se ao comportamento característico de quem necessita manter o nível de alcoolemia elevado a fim de evitar os sintomas da abstinência. Para essa questão afirmativa, tivemos 17,6% dos usuários de álcool (Tabela 26), 84,6% dos alcoolistas e 15,4% dos controles (Tabela 27).

**Tab. 26.** Usuários de bebidas alcoólicas que beberam pela manhã para ficarem mais calmos ou se livrarem de uma ressaca?

Faz ou já fez uso de álcool		Bebeu pela manhã para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca?			Total
		Grupo controle	sim	não	
Sim	n	0	13	61	74
	%	,0%	17,6%	82,4%	100,0%
Não	n	45	0	0	45
	%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Total	n	45	13	61	119
	%	37,8%	10,9%	51,3%	100,0%

**Tab. 27.** Análise da questão 04 do teste CAGE

Bebeu pela manhã para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca?		Grupo controle	Alcoolista	Total
Abstêmios	N	45	0	45
	%	100,0%	,0%	100,0%
Sim	n	2	11	13
	%	15,4%	84,6%	100,0%
Não	n	24	37	61
	%	39,3%	60,7%	100,0%
Total	n	71	48	119
	%	59,7%	40,3%	100,0%



Com relação aos dados obtidos com a aplicação do questionário de triagem social, nas amostras do Arquipélago de Fernando de Noronha, pode-se verificar que:

- 92,3 % dos bebedores problemas revelaram já ter tido forte desejo pelo álcool;
- 91,7% já tiveram de usar mais álcool para conseguir o efeito desejado;
- 100% já sentiram alguma vez que não poderia controlar o álcool;
- 88,9% já deixaram de realizar alguma atividade por ter gasto muito dinheiro com o álcool;
- 86,7% já quebraram regras ou desobedeceram à lei por estar sob efeito do álcool;
- 85,05 % já mudaram intensamente de humor por usar o álcool;
- 85,7% já sofreram algum acidente automobilístico após usar álcool;
- 100% dos bebedores problemas já se machucaram acidentalmente ou machucaram alguém depois de usar álcool;
- 84,0% já discutiram ou brigaram com amigos ou familiares após usar álcool;
- 78,6% dos bebedores problemas já tiveram problemas para lembrar o que fizeram enquanto estavam sob efeito de álcool.

## 10 DISCUSSÃO

A ocupação da ilha principal do Arquipélago de Fernando de Noronha se desenvolveu por um sistema de vilas e o ponto mais próximo entre o continente e a Ilha fica a 345Km do estado do Rio Grande do Norte, no entanto, seus moradores tem passagens aéreas e de navio custeadas pelo governo de Pernambuco, o que diminui a dificuldade de locomoção e conseqüentemente o isolamento da população estudada.

Vários desses moradores são vistos como residentes permanentes, pelo IBGE, no entanto têm habitações fixa em outras localidades de Pernambuco, Rio grande do Norte ou Paraíba ou passam muito tempo afastados da ilha, por motivo de trabalho ou de doença. Esse fato restringiu consideravelmente o tamanho da amostra, visto que um dos pontos de estudo foi a população residente permanente na Ilha que se encontravam em condições ambientais homogêneas.

A Ilha é um ponto turístico cobiçado por todos, isto leva a um grande intercâmbio cultural e de corpos entre os moradores e o mundo. Frequentemente, habitantes da ilha tem filhos ou se casam com indivíduos vindos de fora. Alguns desses vão embora da Ilha com as famílias, outros permanecem com seus filhos e alguns deixam sua família para trás. Além disso, há um grande efetivo populacional residente temporário ou por motivo de trabalho ou de estudo.

Hoje, a população permanente da Ilha é formada por descendentes de idosos vindos ou a serviço ou como presos que se estabeleceram na ilha e constituíram famílias e daqueles que se casaram com um ilhéu conseguindo o direito de lá residir.

Os moradores residentes permanentes da ilha foram o foco do estudo. Contudo devido ao pequeno contingente populacional e ao grande intercâmbio de informações e relacionamento entre os ilhéus, houve dificuldades de aplicação e da veracidade das respostas dos questionários de triagem social e do CAGE, fato também relatado por (FULLER, *et al*, 1988).

Para a análise dos dados sobre o consumo de álcool e a prevalência do alcoolismo, dentre os familiares, optou-se em considerar o ponto de corte como

sendo uma ou mais respostas positivas para indivíduos alcoolistas. Esta avaliação, também usada por Castells & Furlanetto, 2005; apresenta uma melhor sensibilidade (93,8%) e especificidade de 85,5% obtidos com o teste CAGE

Com base nos dados analisados nesta investigação, pode-se confirmar que as famílias Flor, José de Souza, Pereira dos Santos, Azevedo de Moraes e Fernandes são as mais numerosas e as que têm antepassados registrados como moradores mais antigos da ilha.

A mais numerosa família da Ilha de Fernando de Noronha é a José de Souza, com cerca de 160 integrantes. Também é nesta que se observa um maior número de moradores permanentes na Ilha - 100 indivíduos - dos quais 30 são menores de 18 anos. Concordaram em participar da pesquisa 31 indivíduos integrantes dessa família, ou seja, 26,1% da amostra total.

A família Flor é a segunda mais numerosa e está representada por 132 integrantes, mas destes apenas 87 indivíduos são moradores permanentes. O número de possíveis participantes da pesquisa se reduz ainda mais quando se observa que destes 87, 17 são menores de 18 anos. Dos possíveis participantes do estudo, 44 indivíduos se disponibilizaram a responder os questionários, representando uma amostra de 37% do total.

A família Pereira dos Santos está representada por 21 indivíduos, ou seja, 17,6% da amostra total. Pode-se contar 97 descendentes, sendo 84 moradores permanentes e destes, 23 são menores de 18 anos.

As famílias Azevedo de Moraes e Fernandes têm iguais números de descendentes, 57 indivíduos. Contudo, para a primeira encontraram-se 34 moradores permanentes, sendo 6 desses menores de 18 anos e estão representada na pesquisa por 18 indivíduos ou 15,1%. Já a segunda foi a que apresentou uma maior migração para o continente, restando apenas 24 moradores permanentes, destes 9 são menores de idade e só 5 indivíduos, 4,2%, aceitaram participar da pesquisa.

Os resultados obtidos nesta pesquisa devem ser analisados com cuidado, uma vez que a veracidade das respostas dos questionários se baseia apenas no que foi relatado pelos entrevistados.

Outro ponto a ser levado em conta é o fato de que os estudos populacionais sobre prevalência de álcool apresentam taxas anuais e em populações de grandes centros urbanos, dificultando as comparações para este estudo, visto que a população estudada é razoavelmente pequena (a Ilha tem cerca de 2.000 habitantes permanentes), encontra-se em uma ilha relativamente isolada, com abastecimento de alimentos e bebidas limitados e com uma periodicidade de atividade de trabalho.

Em meses de alta temporada, os moradores têm uma renda maior e se ocupam mais tempo durante o dia e mais dias da semana, já em época de baixa temporada os recursos financeiros são mais escassos e o período de ocupação por dias da semana é bem menor. Com base neste fato, não se pode analisar a renda familiar da amostra estudada.

Neste inquérito, encontramos uma taxa de prevalência do consumo de álcool de 62,2% e de alcoolismo de 40,3%, sendo 59,9% para o sexo masculino e 30,6% para o feminino. Esta taxa de prevalência de alcoolismo masculino está de acordo com a literatura (Almeida e Coutinho, 1993; Galduróz e Caetano, 2004). Observa-se ainda que o maior índice de alcoolistas esteja dentre aqueles indivíduos nascidos na ilha.

Diversos autores referem que as mulheres são mais perceptivas em relação à sintomatologia da dependência, procuram precocemente ajuda e são menos resistentes ao uso de medicamentos prescritos do que os homens. (Mellinger et al., 1984; Boltanski, 1989). O tamanho menor e a menor proporção de fluido corpóreo da mulher em relação ao homem, ocasiona um maior nível de álcool no sangue, quando doses iguais de álcool são ingeridas (Melhorn e Jr (1994)), fazendo com que as mulheres ingiram uma menor quantidade de álcool o que também pode ocasionar um menor índice de dependência.

Para as regiões Norte e Nordeste, os índices de dependência de álcool foram de 9,2 e 9,3%, respectivamente (PECHANSKY, *et al*, 2004). No Brasil, Jorge (2001)

encontrou uma taxa de dependência ao álcool de 11,2%, sendo nas regiões Norte e Nordeste porcentagens acima dos 16%. Galduróz e Caetano (2004), ao pesquisar as 107 maiores cidades do país. Desses índices, 17,1% representam o alcoolismo masculino e 5,7%, o feminino. No mundo, essa dependência de álcool acomete de 10% a 12% da população, segundo WHO (1999). Em relação ao consumo de álcool, o CEBRID realizou os estudos epidemiológicos mais abrangentes e constatou que o uso de álcool foi de 68,7% para a população total do Brasil.

As condições ambientais como ociosidade na maior parte do dia e durante uma boa época do ano e hábitos praianos - como ao fim de cada pescaria se reunir para degustar alguns peixes bebendo com os amigos - podem facilmente justificar estas elevadas taxas de alcoolismo encontradas neste estudo.

Há discordância na literatura quanto à predominância do alcoolismo na faixa etária dos 22 aos 30 anos de idade, para os moradores da ilha. Essa predominância é descrita pela literatura, na faixa etária dos 30 a 49 anos de idade, contudo as causas ainda não estão devidamente fundamentadas. Especula-se que questões biológicas, econômicas e sociais interfiram no aumento do índice de alcoolismo nesta faixa etária (SANTANA e ALMEIDA, 1987)

Quando se analisa o início de consumo de bebidas alcoólicas, nota-se que 25,5% dos indivíduos começaram a beber até os 17 anos, e destes 76,9% se tornaram alcoólatras. Porém, estes índices diminuem com o aumento da idade. O aumento do consumo de álcool entre os jovens até 17 anos parece estar fortemente ligado com a maior possibilidade de o indivíduo desenvolver o alcoolismo.

Ao compararmos esses dados com a literatura, verifica-se que estão de acordo com os obtidos por Pechansky (1995); SIMMEL (1988), pelo I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (CARLINI, *et al*, 2001), por Carlini, *et al* (1989) e pelo CEBRID. No entanto, há discórdia quando se refere que esses índices chegam a quase 100% na idade de 18 anos.

A esse crescimento se atribui à influência da mídia que incentiva o consumo do álcool associado à juventude, beleza, sedução, além do mau exemplo dado pelos próprios pais ou grupos de amigos (BOLTANSKI, 1989).

Contudo, alguns freios sociais estão presentes entre os adultos (problemas familiares, perda de emprego, prejuízo financeiro), entretanto, ausentes entre os adolescentes. Isso muitas vezes é visto como alerta para a diminuição do consumo. Esta seria uma possível explicação para jovens evoluírem mais rapidamente do abuso para a dependência, quando comparados com os adultos (PECHANSKY, *et al*, 2004).

Quanto ao baixo índice de alcoolistas entre os religiosos protestantes, especula-se que esta crença exerça uma forte influência como fator protetor ao alcoolismo, visto que seus seguidores são encorajados a não beber. Esse baixo índice também é observado entre e os que têm uma ocupação fora de casa ou estudam, reforçando o pressuposto de que o ócio é um dos fatores que contribuem para o aumento do consumo de álcool, ou pela falta de perspectiva de uma melhora de vida ou pelo fato de não ter outra atividade.

Em relação à situação conjugal, encontrou-se uma taxa de prevalência maior entre aqueles que não têm união estável. Estes dados também estão presentes na literatura e parecem sugerir que a falta de um companheiro constitui um fator de risco para o desenvolvimento do alcoolismo.

É interessante observar que a literatura epidemiológica costuma identificar uma prevalência menor de transtornos mentais entre indivíduos casados. Porém, um estudo realizado em três áreas urbanas brasileiras (ALMEIDA-FILHO, *et al*, 1992) mostrou que as pessoas solteiras apresentavam menor ocorrência de transtornos mentais não-psicóticos, mesmo controlando-se o efeito de outras variáveis, como sexo, idade e escolaridade (COUTINHO, *et al*, 1993).

Os dados apresentados neste estudo sugerem que filhos de alcoolistas têm maior probabilidade de se tornarem bebedores problemas, visto que 64,7% destes têm mãe e 46,4% têm pai alcoolistas. Esses dados estão de acordo com a literatura que diz que o alcoolismo está relacionado com uma elevada taxa de transmissão familiar, onde filhos de alcoolistas têm um risco cerca de quatro vezes maior de se tornarem álcool-dependentes na idade adulta (FARAONE, 1999).

Para o desenvolvimento de medidas que reduzam o índice de consumo de bebidas alcoólicas, é importante tornar público que mais de 80% dos alcoolistas entrevistados já tiveram algum tipo de prejuízo social, como financeiros, brigas com amigos ou familiares, acidentes automobilísticos ou já se machucaram ou machucaram alguém.

Finalmente, vale ressaltar que os estudos quantitativos são fontes importantes de hipóteses que conduzem a novas investigações, num processo de conhecimento gradual da realidade, funcionando também como uma avaliação da nossa prática. Com base nesta idéia, acreditamos ser importante desenvolver estudos sobre o alcoolismo que possam ter enfoque nas populações e nos temas a eles referentes.

Para os profissionais de saúde que já atuam na rede de serviços, seria útil a organização de um programa de educação continuada. A difusão de informações científicas adquire um importante papel na atualização do conhecimento, numa área em que muitas mudanças, tanto nos critérios diagnósticos quanto no arsenal terapêutico, têm ocorrido em um curto intervalo de tempo.

## 11 CONCLUSÃO

Com base nos objetivos propostos os dados obtidos neste estudo permitem concluir que:

1. O consumo do álcool numa amostra representativa das principais famílias de habitantes da ilha de Fernando de Noronha foi elevado (62,2%) enquanto, a dependência ao álcool foi identificada em (40,34%) da amostra.

2. O gênero masculino, a exemplo de outros estudos, foi associado a um maior risco de alcoolismo nesta população.

3. A faixa etária mais acometida foi de 22 a 30 anos de idade.

4. A ausência de uma atividade regular associou-se positivamente ao alcoolismo nesta amostra.

5. A religião protestante mostrou associação negativa com alcoolismo nesta população, sendo, portanto um fator de proteção a esta condição.

6. A ausência de parentes com alcoolismo também associou-se negativamente ao alcoolismo, apontando para a presença de um importante componente familiar no risco para alcoolismo.

7. A união estável apresentou-se nesta amostra como um fator de proteção ao alcoolismo.

8. O Grau de escolaridade não mostrou-se relacionado ao alcoolismo neste estudo.

9. O comportamento de beber a qualquer dia da semana foi associado ao alcoolismo (72,3%)

10. Novas investigações com instrumentos que contemplem uma melhor caracterização psicológica e dos hábitos de vida desta amostra estão indicados como forma de definir outros fatores de risco modificáveis para o alcoolismo nesta população.



## 12 REFERÊNCIAS

ABBEY, A. *Alcohol-related sexual assault: a common problem among college students*. J Stud Alcohol Suppl 2002;(14):118-28

ABDETRAN. Associação Brasileira dos Departamentos de Trânsito. *Impacto do uso do álcool e outras vítimas de acidentes de trânsito*. Brasília, CETAD/ RAID; 1997. p. 87

ALLEN, J. P. et al. Carbohydrate-deficient transferrin as a measure of immoderate drinking: remaining issues. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 18, 1994, 799-812.

ALMEIDA, Alexandra. *Etiologias do Alcoolismo*. 25/05/05. Disponível em: <<http://www.crac.min-saude.pt/pages/main.asp?idseccao=43>>. Acesso em 28/08/2008.

ALMEIDA, Liz Maria de; COUTINHO, Evandro da S. F. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil, *Rev. Saúde Pública* vol.27 no.1 São Paulo Feb. 1993

ALMEIDA-FILHO, N. et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria*. Associação Psiquiátrica da América Latina, 14: 93-104. 1992.

AMB/CFM. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. *Associação Brasileira de Psiquiatria*. Projeto Diretrizes: abuso e dependência do álcool: 2002.

AAP. American Academy of Pediatrics. *The classification of child and adolescent mental diagnosis in primary care: diagnostic and statistical manual for primary care (DSM-PC) child and adolescent version*. Elk Grove Village, IL

ANDRADE, A. G. et al. Uso de álcool e drogas entre alunos de graduação da Universidade de São Paulo (1996). *Revista ABP-APAL*, v. 19, n. 2, p. 53-59, 1997.

ANTHENEILI, R. M. et al. *Platelet monoamine oxidase activity levels in subgroups of alcoholics: diagnostic, temporal, and clinical correlates*. *Biological Psychiatry* 38, 1995, 361-368.

ANTHONY, J.C.; HELZER, J.E. Syndromes of Drug Abuse and Dependence. In: Robins, L.N.; Regier, DA, eds. - *Psychiatric Disorders in America*. New York, Free Press, 1991, 116-154.

APA. American Psychiatric Association. *Manual de diagnóstico de distúrbios mentais DSMIII-R*. 3ª ed. rev. São Paulo, Manole, 1989. 602p.

\_\_\_\_\_. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSMIV*. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 830p

BORINI, P.; OLIVEIRA, C.M.; MARTINS, M.G., GUIMARÃES, R.C. Padrão de uso de bebidas alcoólicas de estudantes de medicina (Marília, São Paulo) - Parte I. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1994; 43(2): 93-103

BOLTANSKI, L. *As Classes Sociais e o Corpo*. 3ª ed., Rio de Janeiro: Graal. 1989.

BRASIL. Lei Nº 9.294, de 15 De Julho De 1996 (publicado no D.O.U. de 16.7.1996, Seção 1, pág. 13074).

\_\_\_\_\_. Lei no. 9.503, de 23 de setembro de 1997, atualizada pela Lei no. 9.602 de 21 de janeiro de 1998. In: *Novo Código de Trânsito Brasileiro*. Editora Livrosul; 1998.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o Consumo de Álcool* (PRONAL). Brasília, 1988.

BROOK, J.S.; WHITEMAN, M.; GORDON, A.S.; COHEN, P. Dynamics of childhood and adolescent personality traits and adolescent drug use. *Developmental Psychology* 1986; 22: 403-14

BUKSTEIN, O.G.; GLANCY, L.J.; KAMINER, Y. Patterns of affective comorbidity in a clinical population of dually diagnosed substance abusers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*;31:1041-5. 1992.

CABERNITE, L. O alcoolismo no Brasil e as dificuldades na área de epidemiologia-prevenção. *J. Bras. Psiqui.*, 31 (2): 89-112,1982.

CAMPBELL, Ullisses. Saúde Mental: Álcool, o alvo da vez. *Correio Brasiliense, Brasília*, 15 set. Entrevista concedida a Pedro Gabriel. Governo vai restringir propaganda e comércio de bebidas alcoólicas. 2005

CAMPELLONE, J. V. Síndrome de Wernicke-Korsakoff. Medline Plus - Enciclopédia Médica, atualizado em 20/7/2004. Disponível em:  
<<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000771.htm> >

CARLINI-COTRIM, B.; CHASIN, A.A.M. Blood alcohol content (BAC) and death from fatal injury: a study in the metropolitan area of São Paulo, Brazil. *J Psychoactive Drugs*. 2000;32(3):269-75.

CARLINI, E.A.; COTRIM-CARLINI, B.; SILVA FILHO, A.R.; BARBOSA, M.T.S. Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil, em 1987. *Estudos e projetos* [apostilado]. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Justiça; 1989.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, José Carlos F.; NOTO, Ana Regina; NAPPO, Solange A. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País. SENAD, 2001.

CASTELLS, Maria Alicia; FURLANETTO, Leticia Maria. Validity of the CAGE questionnaire for screening alcohol-dependent inpatients on hospital wards. *Rev. bras. psiquiatr*;27(1):54-57, Mar. 2005.

- CAVALCANTI J. *Comunicação Pessoal*. Fundação Joaquim Nabuco, 2005.
- CEBRID. *Coordenação Geral de Saúde Mental/MS*; Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, 2005.
- CHEN, C. C.; LU, R. B.; CHEN, Y. C.; WANG, M. F.; CHANG, Y. C.; LI, T. K.; YIN, S. J. Interaction between the Functional Polymorphisms of the Alcohol-Metabolism Genes in Protection against Alcoholism. *Am J Hum Genet*, v. 65, p. 795-807, 1999.
- CHEN, W. J.; LOH, E. W.; HSU, Y. P.; CHEN, C. C.; YU, J. M.; CHENG, A. T. Alcohol-metabolizing genes and alcoholism among Taiwanese Han men: independent effect of ADH2, ADH3, and ALDH2. *Br J Psychiatry*, v. 168, p. 762-767, 1996.
- CHEN, Z. Y.; POWELL, J. F.; HSU, Y. P.; BREAKEFIELD, X. O.; CRAIG, I. W. Organization of the human monoamine oxidase genes and long-range physical mapping around them. *Genomics*, v. 14, p. 75-82, 1992.
- CHERPITEL C. *Alcohol and injuries: a review of international emergency room studies*. *Addiction* 1993; 88: 923-37.
- COHEN, P.; COHEN, J.; KASEN, S. et al. An epidemiologic study of disorders in late childhood and adolescence, I: age and gender-specific prevalence. *J Child Psychol Psychiatry* 1993;34:851-67
- COSTA, Humberto. *Efeitos e tipos de drogas*. 27/09/05. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id\\_area=154](http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=154) > acesso e 28/08/2008.
- COURVILLE, C.B. *Effects of Alcohol in the Nervous System of Man*. Los Angeles: San Lucas Press, 1955.
- COUTINHO, E. S. F.; ALMEIDA-FILHO, N. & MARI, J. J., s/d. *Gênero, Situação Conjugal e Transtornos Psiquiátricos Menores*. (Mimeo.). 1993
- CRABB, D. W. et al. Genetic factors that reduce risk for developing alcoholism in animals and humans. In: Begleiter H; Kissin B (eds) *The genetics of alcoholism*. Oxford: Oxford University Press, 1995, p. 202-220.
- DE MICHELI, D.; FORMIGONI, M.L.O.S. As razões para o primeiro uso de drogas e as circunstâncias familiares prevêm os padrões de uso futuro? *Jornal Brasileiro de Dependência Química* 2001; 2(1): 20-30
- DITLOW, C. C.; HOLMQUIST, B.; MORELOCK, M. M.; VALLEE, B. L. Physical and enzymatic properties of a class II alcohol dehydrogenase isozyme of human liver: pi-ADH. *Biochemistry*, v. 23, p. 6363-6368, 1984.
- DUARTE, P.C.A.V.; CARLINI-COTRIM, B. Álcool e violência: estudo dos processos de homicídios julgados nos Tribunais de Júri de Curitiba, PR, entre 1995 e 1998. *Jornal Brasileiro de Dependências Químicas*, 2000; 1(1): 17-25.

DENBERG, H. J. & BOSRON, W. F. Alcohol dehydrogenases. In: GUENGERICH, F. P. (ed). *Comprehensive toxicology*, New York: Elsevier Science Inc, 1997, v. 3, p 119-131.

EDWARDS, G. & GROSS, M.M. - *Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome*. Br. Med. J., 1:1058-1061, 1976.

EDWARDS, G. - Problems and Dependence: The History of two dimensions. In: EATON W.W. et al. *The incidence of specific DIS/DSM III mental disorders: data from the the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program*. Acta Psychiat Scand 1989; 79: 163-78

EDWARDS, G. et al. *A política do álcool para o bem comum*; Gisele Kleim (trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

ENCICLOPÉDIA MÉDICA. *Alcoolismo trabalho*. 25/05/05. Disponível em: <<http://www.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000944.htm>>. Acesso em 28/08/2008.

FARAONE, V. Stephen; TSUANG, T. Ming; TSUANG, W. Debby. *Genetics of Mental Disorder*, 1999, The Guilford Press

FERGUSON, D.M.; LYNSKEY, M.T.; HORWOOD, L.J. *Alcohol consumption and associated problems in a birth cohort of 15 year olds*. N Zealand Med J; 1994 107(977):167-70. 1994

FILLMORE, K.M. *Prevalence, incidence and chronicity of drinking patterns and problems among men as a function age: a longitudinal and cohort analysis*. British J Add 1987; 82: 801-81

FINN, P.; ZEITOUN, N.; PIHL, R. Effects of alcohol on psychophysiological hyperactivity to noaversive and aversive stimuli in men at high risk for alcoholism. *Journal Ab Psychology* 1990;99: 79-85.

FULLER, R. K.; LEE, K. K. and OORDIS, E. Validity of self-report in alcoholism research: results of a Veteraos Adrnistration Cooperative Study. *Alcoholism: Clinical anal Experimental Research* 12, 201-205. 1988

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A; CARLINI E.A. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas. Parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo - 1999. *Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas*, Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina; 2000. p. 143

\_\_\_\_\_. Comparações dos resultados de dois levantamentos domiciliares sobre o uso de drogas psicotrópicas no Estado de São Paulo nos anos de 1999 e 2001. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2003; 52(1): 43-51.

GALDURÓZ, J.C.F. e NOTO, A.R. Uso pesado de álcool entre estudantes de 1º e 2º graus da rede pública de ensino em dez capitais brasileiras. *Jornal Brasileiro de Dependências Químicas* 2000; 1(1): 25-32.

GALDURÓZ, José Carlos F; CAETANO, Raul. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil, *Rev. Bras. Psiquiatr.* v.26 supl.1 São Paulo maio 2004

GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A.R.; CARLINI EA. *IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras.* São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID); 1997.

GUINDALINI, C.; SCIVOLETTO, S.; FERREIRA, R. G. M.; BREEN, G.; ZILBERMAN, M. L.; PELUSO, M. A. M.; ZATZ, M. Association of genetic variants in alcohol dehydrogenase 4 with alcohol dependence in Brazilian patients. *Am J Psychiatry*, v. 162, p. 1005-1007, maio, 2005.

GUINDALINI C., SCIVOLETTO S., FERREIRA R. G.M., NISHIMURA A., ZILBERMAN M. L. , PELUSO M. A. M. AND ZATZ M. Association of mao a polymorphism and alcoholism in Brazilian females. *Psychiatr Genet* 15:141-144 © 2005 Lippincott Williams & Wilkins.

GUSMÃO, N. M. M.; Peris, A.; ANDRÉ, A. M.; LIMA, J. C. R.; Silva, M. R.; SANTOS, S. M. A.; MAGRO, V. M. M.. Infância e velhice: pesquisa de idéias. *Alínes*.1998 p.115-136

HARADA, S.; AGARWAL, D. P.; GOEDDE, H. W. Aldehyde dehydrogenase deficiency as cause of facial flushing reaction to alcohol in Japanese. *Lancet*, v. 2, p. 982, 1981.

HAN, C. L.; LIAO, C. S.; WU, C. W.; HWONG, C. L.; LEE, A. R.; YIN, S. J. Contribution to first-pass metabolism of ethanol and inhibition by ethanol for retinal oxidation in human alcohol dehydrogenase family. Implications for etiology of fetal alcohol syndrome and alcohol-related diseases. *Eur J Biochem*, v. 254, p. 25-31, 1998.

HART, J. A. Consumo de álcool. *Medicine Plus*. Enciclopédia Médica, atualizado em 29 jan 2004. Disponível em: <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001944.htm>>. Acesso em: 15/06/2008.

HELANDER, Anders; TABAKOFF, Boris and the WHOIISBRA STUDY CENTRES: special article - Biochemical markers of alcohol use and abuse: experiences from the pilot study of the whoilsbra collaborative project on state and trait markers of alcohol. *Alcohol & Alcoholism* Vol. 32, No. 2, pp. 133-144, 1997.

HSU, L. C.; YOSHIDA, A.; MOHANDAS, T. Chromosomal assignment of the genes for human aldehyde dehydrogenase-1 and aldehyde dehydrogenase-2. *Am J Hum Genet*, v. 38, p. 641-648, 1986.

HUIZINGA, D.; LOEBER, R.; THORNBERRY, T.P. Longitudinal study of delinquency, drug use, sexual activity, and pregnancy among children and youth in three cities. *Public Health Rep* 1993;108 Suppl 1:90-6.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, *Anuário 2000*. Disponível em <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em 20/06/2007.

JAFFE, J.H. - The Concept of Dependence. *Historical Reflections. Alcohol Health & Research World*, 17: 188-189, 1993.

JORGE, S. G. *Alcoolismo e abuso de álcool*. <[www.hepcentro.com.br/alcoolismo](http://www.hepcentro.com.br/alcoolismo)> , 2001. acesso em 11/05/2007.

KRAEPELIN, E. *Trattado di Psichiatria* ( Trad 7a ed). Milano: Valardi , 1907

LADER, M.; EDWARDS, G. and DRUMMOND, D.C. (eds.). *The Nature of Alcohol and drug related problems*. New York: Oxford University Press, 1992, 1-14.

LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004; 26 Suppl 1:68-77. 2008.

LARANJEIRA, Ronaldo, Álcool: da saúde pública à comorbidade psiquiátrica, *Rev. Bras. Psiquiatr*. v.26 supl.1 São Paulo maio 2004.

LIMA-COSTA, M.F. *A Saúde dos adultos na Região Metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional*. Belo Horizonte: Nespe/Fiocruz/UFMG; 2004. 132p.

LITTLETON, J.M. Neurochemical mechanisms Underlying Alcohol Withdrawal. *Alcohol Health Res World* 1998; 22 (1): 13-24. Available online: URL: <<http://www.niaaa.nih.gov/publications/arh22-1/13-24.pdf>> . Acesso em 25/06/2007.

MANSUR, J. & MONTEIRO, M. G. Validation of the CAGE alcoholism screening test in a Brazilian psychiatry inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res*, v. 16, p. 215-218,193, 1993.

MARQUES, A.C.P.R.; RIBEIRO, M. *Projeto Diretrizes: Abuso e Dependência do Álcool*. Associação Brasileira de Psiquiatria 21 de Agosto de 2002.

MARQUES, A.C.P.R. O Uso do Álcool e a Evolução do Conceito de Dependência de Álcool e Outras Drogas e Tratamento. *Revista IMESC* n<sup>o</sup> 3, 2001. pp. 73-86.

MARQUESA, Ana Cecília Petta Roselli e FURTADO, Erikson Felipe: *Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool*.

MCKINNON, S.A; O'ROURKE, K.M; THOMPSON, S.E; BERUMEN, J.H. Alcohol use and abuse by adolescents: the impact of living in a border community. *J Adolesc Health* 2004;34(1):88-93

MELLINGER, G. D.; BALTER, M. B. & UHLENHUTH, E. H. Prevalence and correlates of the long-term regular use of anxiolytics. *Journal of the American Medical Association*, 251: 376-379. 1984.

MELONI, José Nino; LARANJEIRA, Ronaldo, Custo social e de saúde do consumo do álcool, *Rev. Bras. Psiquiatr.* v.26 supl.1 São Paulo maio 2004.

MERCK, Manual. Saúde para a família, Seção - Distúrbios da Saúde Mental, Capítulo 92 – *Drogas: Adição e Dependência*, 1992. Disponível Em: <[http://www.msd-Brazil.com/msd43/m\\_manual/mm\\_sec7\\_92.htm](http://www.msd-Brazil.com/msd43/m_manual/mm_sec7_92.htm)>. Acesso em: 20/08/2007.

MESSAS, Guilherme Peres; VALLADA FILHO Homero Pinto. O papel da genética na dependência do álcool *Rev. Bras. Psiquiatr.* V.26 supl. 1 São Paulo maio 2004.

MIHAS, A. A. and TAVASSOLI, M. Laboratory " markers of ethanol intake and abuse: a critical appraisal. *American Journal of Medical Sciences* 1992; 303, 415-428.

MILHORN, H. T.; JR., M.D,Ph.D. *Drug and alcohol abuse: the authoritative guide for parents teachers and counselors*. 1994 cap 01, 04, 12, 19 and 20.

MIZOI, Y.; IJIRI, I.; TATSUNO, Y.; KIJIMA, T.; FUJIWARA, S.; ADACHI, J.; HISHIDA, S. Relationship between facial flushing and blood acetaldehyde levels after alcohol intake. *Pharmacol Biochem Behav*, v. 10, p. 303-311, 1979.

MOSS, H.E.; BLACK, T.E.; MARTIN, C.E.; TARTER, R. Heightened motor activity levies in male off spring of substance abuse fathers: association with temperament behavior and psychiatric diagnosis. *Biol Psychiatry* 1992;32: 1125-47.

NHTSA. National highway traffic safety administration. *Traffic Safety Facts 2000: Young drivers* DOT HS-809-336. Washington, DC: NHTSA; 2001

NESS, D. E. and Ende, J. (1994) Denial in the medi cal interview: recognition and management. *Journal of the American Medical Association* 272, 1777-1781.

NERY FILHO, A.; MEDINA, M.G.; MELCOP, A.G.; OLIVEIRA, E.M. *Impacto do uso de álcool e outras drogas em vítimas de acidentes de trânsito*. Brasília: ABDETRAN, RAID, CETAD (Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas); 1997.

NERY-FILHO, A.; MIRANDA. M.; MEDINA, M.G. Estudo da alcoolemia numa amostra da população urbana de Salvador. *Seminário Internacional: o uso e o abuso de drogas*, CETAD, Bahia; 1995.

NIDA. The Brain's Drug Reward System - *NIDA Notes*, vol. 11, no. 4, Setembro/Outubro, 1996.

NOTO, A.R.; MOURA, Y,G,; NAPPO, S.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; CARLINI, E.A. Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2002; 51(2):113-21.

NOTO, A.R.; NAPPO, S.; GALDURÓZ, J.C.F.; MATTEI, R.; CARLINI E.A. IV levantamento sobre o uso de drogas entre meninos e meninas em situação de rua de seis capitais brasileiras - 1997. *Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas* - Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina; 1998. p. 120.

OLIVEIRA, E.M.; MELCOP, A.G. *Álcool e trânsito*. Recife: Instituto RAID, CONFEN (Conselho Federal de Entorpecentes) e DETRAN/PE; 1997.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

OSIER, M.; PAKSTIS, A. J.; KIDD, J. R.; LEE, J. F.; YIN, S. J.; KO, H. C.; EDENBERG, H. J.; LU, R. B.; KIDD, K. K. Linkage disequilibrium at the ADH2 and ADH3 loci and risk of alcoholism. *Am J Hum Genet*, v. 64, p. 1147-1157, 1999.

PAULA, A. F. Relatório sobre Fernando de Noronha. 1940. In IMBIRIBA, B. L. *História de Fernando de Noronha*. Recife, Imprensa Oficial, 1951.

PINSK, Y. I.; SILVA, M.T. A frequency and content analysis of alcohol advertising on Brazilian television. *Journal of Studies on Alcohol* 1999;60(3):349-9

PINSKY, I.; LARANJEIRA, R. O fenômeno do dirigir alcoolizado no Brasil e no mundo: revisão da literatura. *Rev. ABP-APAL* 1998; 20(4): 160-5.

PINSKY, Ilana; LABOUVIEB, Erich e LARANJEIRA, Ronaldo. Disposição e alternativas ao dirigir alcoolizado entre jovens paulistanos, *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(4):234-41.

PECHANSKY, Flavio Barros; SZOBOT, Claudia Maciel e SCIVOLETTO, Sandra. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26 (supl I): 14-17.

PECHANSKY, F. Barros. Problems related to alcohol consumption by adolescents living in the city of Porto Alegre, Brazil. *Journal of Drug Issues* 1995;25(4):735-50

PERNAMBUCO. *Fernando de Noronha*. Disponível em: <[www.noronha.pe.gov.br](http://www.noronha.pe.gov.br)>, acesso em: 10/06/2008.

ROOM, R. Sociology and the disease concept of alcoholism. In: Smart, R.G. et al., (eds). *Research advances in alcohol and drug problems*. v.7 New York, Plenum Press, 1983,47-91.

SAFFER, H. Alcohol advertising and youth. *J. Stud Alcohol*, Supplement 2002 Mar (14): 173-81.

SALDANHA, V.B. et al. Epidemiologia do uso de álcool em estudantes da Universidade Federal de Santa Maria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1994; 43(12): 655-8



SANTOS, V.I.M. Alcoolismo e acidentes de trânsito. *Revista da Associação Médica Brasileira* 1978;24(7):255-7.

SANTANA, V. S. & ALMEIDA FILHO, N. Aspectos epidemiológicos do alcoolismo. In: Ramos, S.P. *Alcoolismo hoje*. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1987. p. 29-44.

SCHALLING, D.; ASBERG, M.; EDMAN, G. and ORELAND, L. Markers for vulnerability to psychopathology: temperament traits associated with platelet MAO activity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 76, 1987, 172-182

SCHUCKIT, M.A. et al. Evolution of the DSM diagnostic criteria for alcoholism. *Alcohol Health & Reserch World*, 15:278-283,1991.

SCHUCKIT, MA - limits to generalizability in treatment research In: Edwards, , G.: Strang, J.; Jaffe, J.H., eds. - *Drugs, alcohol and tobacco: making the science and police connections*. Oxford, Oxford University Press, 253-261, 1993.

SHER, K. J. et al. Platelet monamine oxidase (MAO) activity: personalíty, substance use, and the stress-response. *ExpeTimeTilai alUi Clinica/ Psychopharmacology* 2, 1994, 53-81.

SILVA-FILHO, A.R.; CARLINI-COTRIM, B.; CARLINI, E.A. Uso de psicotrópicos por meninos de rua. Comparações entre dados coletados em 1987 e 1989. In: Abuso de drogas entre meninos e meninas de rua do Brasil. *Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas* - Departamento de Psicobiologia; UNFDAC (United Nations Fund for Drug Abuse Control), São Paulo; 1990. p.161

SILVA, M. J. B. L. S . e MELO, R. S. A. Fernando de Noronha: a produção e o consumo de um espaço insular para o turismo histórico- cultural. In: *Revista Espaço e Geografia*. Depto de Geografia / Programa de pós-Graduação em Geografia -ano 3, nº 1 (2000) -Brasília: Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, 1999.

SIMMEL, G. (1983). Sociologia. In F. Moraes, M. Evaristo de (org.), *Grandes cientistas sociais*, n. 34. São Paulo: Ática, 1983, p. 183-188.

\_\_\_\_\_. *La tragedie de la culture et autres essais*. Paris: Rivages. Petite Biblioteque. 1988.

STIBLER, H. () carbohydrate-deficient transferrin in serum: a new marker of potentially harmful alcohol consumption reviewed. *Clinical Chemistry* 37, 1991, 2029-2037

SULLIVAN, J. L. et al. Platelet MAO in subtypes of alcoholism. *Bíologicol Psychiatry* 27, 1990, 911-922

TANAKA, F. Y.; SHIRATORI, Y.; YOKOSUKA, O.; IMAZEKI, F.; TSUKADA, Y.; OMATA, M. Polymorphism of alcohol-metabolizing genes affects drinking behavior and alcoholic liver disease in Japanese men. *Alcohol Clin Exp Res*, v. 21, p. 596-601, 1997.

TARTER, R. – DUSI (Drug Use Screening Inventory) Evaluation and Treatment of Adolescent Substance Abuse: a Decision Tree Method. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 16: 1-46, 1990. Tradução e validação para português: De Micheli, D.; Formigoni, M.L.O.S. (em elaboração, 1998)

THOMASSON, H. R.; CRABB, D. W.; EDENBERG, H. J.; LI, T. K.; HWU, H. G.; CHEN, C. C.; YEH, E. K.; et al. Low frequency of the ADH2\*2 allele among Atayal natives of Taiwan with alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res*, v. 18, p. 640-643, 1994.

TOOMEY, T.L.; WAGENAAR, A.C. Environmental policies to reduce college drinking: options and research findings. *J. Stud. Alcohol*, Supplement 2002; 14: 193-205

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

\_\_\_\_\_. A long term follow-up of male alcohol abuse. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:243-9.

VON KNORRING, A. L.; BOHMAN, M.; VON KNORRING, L. and ORELAND, L. Platelet MAO activity as a biological marker in subgroups of alcoholism. *Aeta Psychiatrica Scandinavica*. 72. 1985. 51-58.

VON KNORRING, A. L.; HALJMAN, Jr; VON KNORRING, I. and ORELAND, L. Platelet monoamine oxidase activity in type 1 and type 2 alcoholism. *Alcohol and Alcoholism*. 26, 1991. 409-416.

WALL, T.L. et al. Protective association of genetic variation in alcohol dehydrogenase with alcohol dependence in Native American Mission Indians. *Am J Psychiatry*, v. 160, p. 41-46, 2003.

WIKIPÉDIA. *Etiologia*. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/etiologia.html>>. Acesso em 28/08/2008.

(WHO) - World Health Organization *Global Status Report on Alcohol*. Geneva: WHO, 1999. Available from: URL: <[http://www.who.int/substance\\_abuse/pubs\\_alcohol.htm](http://www.who.int/substance_abuse/pubs_alcohol.htm)>. Acesso em: 29/08/2007.

Yi HY, Williams GD, Dufour MC. Trends in alcohol-related fatal crashes, United States, 1979-99. *Surveillance Report* No. 56. Bethesda, MD: NIAAA; 2001

YIN, S. J. Alcohol dehydrogenase: enzymology and metabolism. *Alcohol Alcohol Suppl*, v. 29, p. 113-119, 1994.

YOSHIDA, A.; HSU, L. C.; YASUNAMI, M. Genetics of human alcohol-metabolizing enzymes. *Prog Nucleic Acid Res Mol Biol*, v. 40, p. 255-287, 1991.

YOSHIDA, A.; RZHETSKY, A.; HSU, L. C.; CHANG, C. Human aldehyde dehydrogenase gene family. *Eur J Biochem*, v. 251, p. 549-557, 1998.

# **ANEXOS**





<b>Área I</b>	<b>RESPOSTA</b>
1. Você já teve um forte desejo por álcool ou drogas?	( ) Sim ( ) Não
2. Você já teve que usar mais e mais drogas ou álcool para conseguir o efeito desejado?	( ) Sim ( ) Não
3. Você já sentiu que não poderia controlar o uso de álcool ou drogas?	( ) Sim ( ) Não
4. Você já sentiu que estava "enfeitiçado" ou muito envolvido pelo álcool ou pelas drogas?	( ) Sim ( ) Não
5. Você já deixou de realizar alguma atividade por ter gastado muito dinheiro com drogas ou álcool?	( ) Sim ( ) Não
6. Você já quebrou regras ou desobedeceu a leis por estar sob o efeito de álcool ou drogas?	( ) Sim ( ) Não
7. Você muda rapidamente de muito feliz para muito triste ou de muito triste para muito feliz, por causa das drogas?	( ) Sim ( ) Não
8. Você já sofreu algum acidente de carro depois de usar álcool ou drogas?	( ) Sim ( ) Não
9. Você já se machucou acidentalmente ou machucou alguém depois de usar álcool ou drogas?	( ) Sim ( ) Não
10. Você já teve uma discussão séria ou briga com um amigo ou membro da família por causa da bebida ou do seu uso de drogas?	( ) Sim ( ) Não
11. Você já teve problemas em se dar bem com algum de seus amigos devido ao uso de álcool ou drogas?	( ) Sim ( ) Não
12. Você já teve sintomas de abstinência após o uso de álcool? (Por exemplo: dor de cabeça, náuseas, vômitos ou tremores)	( ) Sim ( ) Não
13. Você já teve problemas para lembrar o que fez enquanto estava sob efeito de drogas ou álcool?	( ) Sim ( ) Não
14. Você gosta de brincadeiras que envolvem bebidas quando vai a festas? (Por exemplo: "vira-vira"; apostas para ver quem bebe mais rápido ou mais; etc.).	( ) Sim ( ) Não
15. Você tem problemas para resistir ao uso de álcool ou drogas?	( ) Sim ( ) Não
<b>TOTAL</b>	( ) Sim ( ) Não

<b>Área II</b>	
1. Algum de seus amigos usa álcool ou drogas regularmente?	( ) Sim ( ) Não
2. Algum de seus amigos vende ou dá drogas a outras pessoas?	( ) Sim ( ) Não
3. Seus pais ou responsáveis não gostam de seus amigos?	( ) Sim ( ) Não
4. Algum dos seus amigos já teve problemas com a lei?	( ) Sim ( ) Não
5. A maioria dos seus amigos é mais velha que você?	( ) Sim ( ) Não
6. Seus amigos ficam entediados nas festas quando não é servido álcool?	( ) Sim ( ) Não
7. Seus amigos levam drogas ou álcool nas festas?	( ) Sim ( ) Não
8. Seus amigos já roubaram alguma coisa de uma loja ou danificaram a propriedade de propósito?	( ) Sim ( ) Não
9. Você se sente incomodado por problemas que esteja tendo com amigos atualmente?	( ) Sim ( ) Não
10. Você sente que não tem nenhum amigo em quem você possa confiar?	( ) Sim ( ) Não
<b>TOTAL</b>	( ) Sim ( ) Não

**Termo de consentimento livre e esclarecido**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. O indivíduo que não aceitar participar da pesquisa está em pleno exercício dos seus direitos, não tendo a obrigatoriedade de se envolver como parte do grupo de estudo ou do grupo controle. Caso aceite participar, terá direito de saber dos resultados gerados pela pesquisa, mesmo não tendo benefícios diretos ao participante, bem como garantia de sigilo total dos mesmos.

**Projeto:** Estudo descritivo de aspectos psicossociais relacionados ao alcoolismo no Arquipélago de Fernando de Noronha – Pernambuco

**Pesquisador responsável:** Patrícia Rêgo Barros Filizola

**Telefone:** 81-9994-46-48

**Objetivo:** Procurando entender os fatores que levam algumas pessoas a sofrerem de transtornos relacionados ao consumo de álcool, este estudo tenta comparar características pessoais e sociais dos grupos de pessoas com e sem o problema do alcoolismo. Estes últimos serão denominados grupo controle.

**Metodologia:** Será aplicado um questionário de triagem a fim de identificar o indivíduo com problemas no uso do álcool e um questionário de informações pessoais e sociais. Com estas informações, iremos comparar os dois grupos, pacientes e controles sem identificar indivíduos e com os dados analisados em conjunto.

**Riscos:** O risco é mínimo e decorrente de vazamento de informações dos questionários respondidos. Este fato é improvável, visto que apenas o pesquisador responsável o aplicará à população, assim como terá acesso a estes questionários. Este procedimento não levará a qualquer alteração do tratamento que o paciente esteja fazendo.

**Benefícios:** Para os indivíduos do grupo controle, assim como para os pacientes, o benefício é colaborar com esta pesquisa, que visa conhecer mais sobre a dependência de álcool e auxiliar o desenvolvimento de programas estratégicos de apoio aos dependentes químicos, além de estratégias de prevenção ao uso abusivo de álcool.

A identificação precoce de indivíduos que correm o risco de desenvolver dependência alcoólica pode aumentar a possibilidade de um tratamento com resultado favorável, além de reduzir o custo com cuidados de saúde.

Nome \_\_\_\_\_ Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

**Consentimento Da Participação Da Pessoa Como Sujeito:**

Eu, \_\_\_\_\_  
RG/\_\_\_\_\_ expedido por \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, abaixo assinado, atesto que li e entendi o conteúdo deste consentimento informado e aceito de livre e espontânea vontade participar nesta pesquisa como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador responsável dos procedimentos nela envolvidos, assim como dos possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

Nome do sujeito ou responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar. Testemunhas:**

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_