

UM BRINDE À VIDA: EDUCANDO PARA A COMUNIDADE – ALCOOLISMO E DEPENDÊNCIA QUÍMICA

(2007)

Michele Karine Fassoli
Shirley Pereira Miguel

Graduadas pela Universidade São Francisco, Itatiba, Brasil

M.S. Mirna Y. Koda

Docente da Universidade São Francisco, Itatiba, Brasil

Email:

sebassantos@sapo.pt

RESUMO

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde é considerado parte do Programa Saúde da Família, desenvolvendo atividades de prevenção e promoção de saúde e contribuindo para significativas mudanças junto à população em relação aos cuidados com a saúde. A questão do alcoolismo constitui-se atualmente como um grave problema de saúde pública mundial, acarretando prejuízos sobre o convívio familiar, a comunidade e próprio usuário. Este projeto está sendo desenvolvido por estagiárias de Psicologia Comunitária da Universidade São Francisco, com o objetivo de informar e sensibilizar os agentes comunitários de saúde para executar trabalhos de prevenção e promoção de saúde, em especial sobre o alcoolismo, fortalecendo a ligação entre serviços de saúde e comunidade. Neste trabalho participaram 12 agentes comunitários de saúde, pertencentes a um Centro de Saúde da região de Campinas. Efetuamos uma coleta de dados sobre alcoolismo através de questionários, sendo o trabalho dividido em três módulos contendo oficinas de sensibilização e atividades educativas sobre a questão do alcoolismo. Esperou-se tornar esses profissionais agentes multiplicadores dentro de cada equipe no Centro de Saúde, contribuindo para uma melhoria dos serviços prestados à população assistida.

Palavras-chave: Álcool, Comunidade, Drogas, Prevenção e Promoção de saúde

INTRODUÇÃO

A Psicologia Social, de acordo com Góes (1993) citado por Bastos (2005), discute que a Psicologia Social atua na compreensão de aspectos subjetivos dos fenômenos sociais e coletivos, com o objetivo de problematizar e propor ações no âmbito social. O psicólogo, nesse campo, desenvolve atividades em diferentes espaços institucionais e comunitários, no âmbito da saúde, educação, trabalho, lazer, meio ambiente, comunicação social, justiça, segurança e assistência social. Seu trabalho envolve proposições de políticas e ações relacionadas à comunidade em geral e aos movimentos sociais de grupos étnico-raciais, religiosos, de gênero, geracionais, de orientação sexual, de classes sociais e de outros segmentos socioculturais, com vistas à realização de projetos da área social e/ou definição de políticas públicas. Neste contexto, o psicólogo social, insere-se também como profissional de saúde pública. A Psicologia Social-Comunitária estuda o ser humano em seu contexto social, abordando as condições subjetivas e sociais que o impedem de se constituir como sujeito de sua história. Ela é definida como *“uma área da psicologia social que estuda a atividade do psiquismo decorrente do modo de vida do lugar/comunidade; estuda o sistema de relações e representações, identidade, níveis de consciência, identificação e pertinência dos indivíduos ao lugar/comunidade e aos grupos comunitários. Visa ao desenvolvimento da consciência dos moradores como sujeitos históricos e comunitários, através de um esforço interdisciplinar que perpassa o desenvolvimento dos grupos e da comunidade. Seu problema central é a transformação do indivíduo em sujeito”* (Góes, 1993, citado por Bastos, 2005, p.24).

Saúde Mental e Alcoolismo

Oliveira & Luiz (1996) discutem que a frequência de problemas relacionados ao uso de bebidas alcoólicas da população é grande, sendo relatos vindos de familiares e até do próprio alcoolista e cabe aos profissionais da saúde desde sua formação perceber e constatar da importância de sua atuação em relação a essa problemática. A dependência química, mais especificamente do alcoolismo, tem crescido nas últimas décadas. O termo alcoolismo foi empregado pela primeira vez em 1856 pelo médico sueco Magnus-Huss, para designar os sinais e sintomas físico-psíquicos surgidos pela excessiva ingestão de doses elevadas (e por tempo prolongado) de bebidas alcoólicas.

Segundo Neves (2004), beber é um ato social influenciado pelo contexto de valores, atitudes, normas, modos de classificação do tempo e concepções de realidade. Vários casos e situações demonstram a diversidade de modos sociais de ingestão de bebidas alcoólicas: maneiras de beber, frequência, características das bebidas, o que, quando, como, com quem se bebe. Cada sociedade tem seus padrões institucionalizados de uso das bebidas alcoólicas, a

variedade de modos de produção, de motivos e de oportunidades construídas para o ato social de alcoolização. Cardin et al (1986) citado por Oliveira & Luis (1996) discute que o consumo de álcool pode ser considerado um dos hábitos sociais mais antigos e disseminados entre as populações. Frequentemente associado a ritos religiosos, a fim de “agir” como calmante, afrodisíaco, estimulante do apetite, desinibidor e outros.

Segundo Oliveira & Luis (1996), o alcoolismo, além de ser um grande problema social, é visto como uma toxicomania pela OMS (1970), que a conceitua como “um estado psíquico e algumas vezes também físico, resultante da interação entre um organismo vivo e uma substância, caracterizado por um comportamento e outras reações que incluem sempre compulsão para ingerir a droga, de forma contínua ou periódica, com a finalidade de experimentar seus efeitos psíquicos e às vezes para evitar o desconforto de sua abstinência. A tolerância pode existir ou faltar e o indivíduo pode ser dependente de mais de uma droga”. Definição que se encaixa perfeitamente com o alcoolismo, por se verificar que o alcoólatra tende a aumentar progressivamente as doses ingeridas e, quando interrompe apresenta os sinais e sintomas físico-psíquicos que caracterizam a Síndrome de Abstinência Alcoólica. *“Alcoólatras são bebedores excessivos, cuja dependência do álcool chega a ponto de acarretar-lhes perturbações mentais evidentes, manifestações que afetam a saúde física e mental, suas reações individuais, seu comportamento sócio-econômico ou pródomos de perturbações desse gênero e que, por isso, necessitam de tratamento” (OMS, 1990, citado por Oliveira & Luiz, 1996).*

Segundo os Alcoólicos Anônimos (AA), o indivíduo não é *responsável* pela aquisição da doença alcoólica entrando no campo da fatalidade e da aleatoriedade, sendo algo inato, inerente ao organismo, o desenvolvimento da doença independe tanto da vontade do indivíduo como da quantidade de álcool ingerida, uma vez instalado o alcoolismo, o indivíduo perde seu direito de escolha. O AA não representa a doença alcoólica apenas com um problema orgânico e mental, mas também como uma doença que se articula à dimensão propriamente moral do indivíduo, constringendo sua vontade, impedindo-o de agir de modo responsável. O alcoólico é, sobretudo, um dependente do álcool: não pode ser responsabilizado por sua doença. O alcoolismo é definido, ao mesmo tempo, como uma “predisposição física aliada a uma obsessão mental” e como “doença espiritual” mobiliza representações – orgânicas e morais – que se referem tanto aos “limites mais restritos da pessoa”. A estratégia terapêutica dos AA possibilita a recuperação do alcoólico, através do resgate de sua responsabilidade, física e moral. Há uma valorização da saúde e do bem-estar e o mesmo ocorre em relação ao âmbito moral. O alcoólico em recuperação (re)liga, portanto, os laços que foram rompidos no tempo do alcoolismo ativo. A estratégia terapêutica de AA possibilita que o alcoólico reconstrua os vínculos familiares e profissionais pelo cultivo de sua responsabilidade. Com a frequência às suas reuniões e seguindo os passos de seu programa de recuperação, os AA constroem uma estratégia terapêutica que possibilita a seus membros participarem de uma efetiva cultura de recuperação, no interior da qual cuidam de si

mesmos, ao mesmo tempo em que (re)significam suas experiências e reforçam seus laços, com o objetivo de alcançarem a sobriedade (Campos, 2004).

Sobre o campo de atuação

No Brasil, a reforma sanitária operada com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) para todo território nacional, permitiram repensar o papel do psicólogo no campo da saúde e da assistência social. A construção de dispositivos de atenção à Saúde Mental exige um trabalho incessante de reflexão, re-elaboração e invenção por parte dos gestores e dos profissionais encarregados de executar as ações junto aos usuários. A implementação de novas práticas coloca outros atores em cena e incentiva o desenvolvimento de um trabalho territorial, mais próximo da realidade vivida pelos sujeitos e grupos. O Programa de Saúde da Família solicita o desenvolvimento de novas estratégias de ação da Saúde Mental na Atenção Básica. Necessita-se criar respostas tanto para os usuários com problemas menos severos que representam uma demanda expressiva dos serviços, como, para portadores de transtornos mentais severos. É nesse sentido que existe a proposta do trabalho em informar e sensibilizar os agentes comunitários de saúde para executar trabalhos de prevenção e promoção de saúde, em especial sobre o alcoolismo.

A cidade de Campinas possui 47 Unidades Básicas de Saúde, que, a partir das informações e de protocolos assistenciais pactuados no SUS Campinas, planejam e programam ações de Saúde, contando com suporte e retaguarda de equipes técnicas distritais e centrais da Secretaria Municipal de Saúde. Campinas conta também com o Conselho Local de Saúde, com representantes da população usuária, dos trabalhadores de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde. Em Campinas estão dimensionadas um Centro de Saúde para aproximadamente cada 20.000 habitantes, com equipes multiprofissionais envolvendo médicos nas especialidades básicas (clínicos, pediatras, gineco-obstetras), enfermeiros (com responsabilidades voltadas para as áreas da mulher, criança e adultos), dentistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário. Cerca de 1/3 das equipes de C. S. contam com profissionais de Saúde Mental, médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais. O Centro de Saúde escolhido como local da experiência foi inaugurado em 1955 e atualmente integra a rede de centros de saúde da rede básica do município, e representa o primeiro serviço de saúde a ser procurado pela população da região para o atendimento da maioria de suas necessidades de saúde e é a porta de entrada para os atendimentos em especialidades, hospitais e pronto-socorro. A equipe de trabalho é composta por 12 agentes comunitários, 01 assistente social, 10 atendente de enfermagem, 05 auxiliares de enfermagem do PSF, 06 auxiliares de enfermagem do PSF, 03 Enfermeiros do PSF, 02 enfermeiros, 02 médicos de Saúde da Família, 03 médicos ginecologista/obstetra, 04 médicos pediatra, 01 médico psiquiatra, 01 médico de clínica geral, 01 psicólogo, 01 técnico de Higiene Dental e 01 terapeuta ocupacional.

Essa implementação de novas práticas e estrutura da saúde pública no Brasil coloca outros atores em cena e incentiva o desenvolvimento de um trabalho territorial, mais próximo da realidade vivida pelos sujeitos e grupos. O Programa de Saúde da Família solicita o desenvolvimento de novas estratégias de ação da Saúde Mental na Atenção Básica. Necessita-se criar respostas tanto para os usuários com problemas menos severos que representam uma demanda expressiva dos serviços, como, para portadores de transtornos mentais severos.

OBJETIVO E JUSTIFICATIVA

A proposta deste trabalho é o de informar e sensibilizar os agentes comunitários de saúde para executar trabalhos de prevenção e promoção de saúde, em especial sobre o alcoolismo, fortalecendo a ligação entre serviços de saúde e comunidade. Objetivamos também auxiliar no desenvolvimento de uma associação de Alcoólicos Anônimos na comunidade. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde é considerado parte do Programa Saúde da Família. Além de estes desenvolverem atividades de prevenção e promoção de saúde, devem contribuir para significativas mudanças junto à população em relação aos cuidados com a saúde. A questão do alcoolismo constitui-se atualmente como um grave problema de saúde pública mundial, acarretando prejuízos sobre o convívio familiar, a comunidade, e, sobretudo, o próprio usuário. Desse modo, buscamos através do presente trabalho construir estratégias de capacitação com relação ao atendimento ao alcoolismo, envolvendo os agentes comunitários de saúde.

MÉTODO

Neste trabalho participaram 12 agentes comunitários de saúde, pertencentes a um Centro de Saúde da região de Campinas. Efetuamos uma coleta de dados sobre alcoolismo através de questionários. O trabalho foi dividido em três módulos contendo oficinas de sensibilização e atividades educativas sobre a questão do alcoolismo, com duração de 9 semanas; E um quarto módulo (opcional) como sugestão de continuidade. Os materiais utilizados ao longo do projeto foram: questionários; instrumento de avaliação; dinâmicas de grupo; textos de apoio; canetas de todas as cores; folhas em branco; etiquetas brancas; pastas com plásticos; tesouras.

No primeiro módulo, nomeado de Apresentação, o objetivo foi de conhecer as necessidades e expectativas dos agentes comunitários, através de uma escuta e aplicação de questionários, afim de promover maior integração e compreensão do contexto de trabalho, das dificuldades e suas necessidades, fornecendo base para a elaboração da estratégia de trabalho a ser realizada com os profissionais pelos estagiários. Foram realizados 2 encontros nos quais houve a apresentação do projeto e dos integrantes do grupo através da dinâmica Crachá Criativo, aplicação do

Questionário para Pesquisa Coletiva, depoimento de um alcoolista em recuperação, aplicação da dinâmica Carta a si próprio e apresentação da proposta de tarefa para apresentação no módulo III.

No segundo módulo, Promoção de Auto-Conhecimento e Sensibilização, o objetivo foi de desenvolver um trabalho de conscientização, sensibilização e quebra de paradigmas em relação ao dependência química, iniciando com o próprio auto-conhecimento dos profissionais envolvidos, no reconhecimento de si mesmo, dos seus próprios estigma e preconceitos, na percepção do outro, da comunidade e da Instituição. Itens que podem, eventualmente interferir na motivação, acolhimento e no estabelecimento do vínculo entre a instituição e a Comunidade. As atividades foram realizadas conforme o tema, sendo: Eles (agentes) versus Eles (próprios): aplicação das dinâmicas Tiro Pela Culatra e Direitos Assertivos para discussão de temas como auto-conhecimento: sentimentos, pensamentos, sensações direcionado ao tema do alcoolismo e drogadicção. Eles (agentes) versus Família: aplicação das dinâmicas Estamos amarrados, Dentro e Fora do Coração e Indiferença para reflexão e discussão de temas sobre relações interpessoais, vínculos afetivos, papéis desempenhados, dinâmica familiar; comunicação, mecanismos de enfrentamento e gerenciamento de conflitos levando ao contexto da dependência. Utilizou-se o texto de apoio Só por hoje. Eles (agentes) versus Comunidade: aplicação de dinâmicas Dos males o pior, Rótulos e Preconceitos levando em consideração as relações interpessoais, vínculos afetivos, papéis desempenhados, comunicação, motivação, diferenças sócio-culturais, faixa etária. Discussão com temática do alcoolismo e drogadicção. Eles (agentes) versus Instituição e Alcoolismo: leitura e reflexão sobre casos de dependência em grupos, levando em consideração relações Interpessoais, papéis desempenhados, limites, cultura e clima organizacional, ética, comunicação e motivação, e preconceitos aos envolvidos nessa problemática. Como material de apoio distribuiu-se uma cartilha elaborada pelas estagiárias sobre dependência. E finalmente, Eles (agentes) versus Eles (dependentes) versus Alcoolismo: discussão em grupo de um caso de dependência e da temo do projeto, fazendo uma reflexão dos encontros anteriores e relacionando a identidade pessoal e a construção da Identidade Profissional. Distribuiu-se texto de apoio Mitos e Família e do texto Como ajudar a família a prevenir o uso indevido de drogas?

No terceiro módulo III, chamado de Oficinas de Capacitação, objetivo foi de conhecer a dependência química, suas possíveis causas e consequências, prognóstico, tipos de tratamento, tipo de pessoas que se tornam dependentes, a relação de dependência e co-dependência, qual a forma de abordar e grupos de auto ajuda que fazem o trabalho diretamente com os dependentes e familiares (co-dependentes), assim desmistificando o assunto e quebrando novos paradigmas, promovendo maior abertura e compreensão, gerando processos de acolhimento e tratamento mais efetivos ao que cabe ao PSF. Foram 2 encontros para realização das seguintes atividades: apresentação dos trabalhos sobre dependência química e de álcool preparadas pelos próprios agentes e abertura da Carta a si próprio, conforme atividade do módulo I, palestra do CAPES ad tanto aos agentes quanto a outros profissionais que fazem parte da equipe do Centro de Saúde,

aplicação do questionário de Avaliação do Projeto e sugestão do módulo IV de forma autônoma e fechamento pelas estagiárias.

O quarto módulo IV consistia numa proposta autônoma de manutenção das dinâmicas de Grupo e Atividades afins, com o objetivo de manter e promover novas formas conscientização e sensibilização dos agentes comunitários, através de, atividades práticas e dinâmicas, que possibilitam um espaço de reflexão, capacitação e mudanças de comportamento, dentro da própria equipe.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

De acordo com Singer e Krantz (1982) citado por Mejias (1984) existe dificuldade em mudar crenças e valores relacionados à saúde num dado contexto social e a mudança de comportamentos não é algo individual, mas coletivo, sendo o papel da psicologia examinar os mecanismos entre comportamentos e saúde. Contudo diante do trabalho realizado, percebeu-se nitidamente a resistência e a existência de conceitos predefinidos individual e coletivamente. Mesmo que o alcoolismo seja considerado uma doença, segundo Masur (1984) citado por Oliveira & Luiz (1996), levando a uma dependência tão intensa que a leva a visível prejuízo e perda de liberdade das pessoas quanto ao seu próprio estado físico, interpessoal, psicossocial e emocional, ainda não houve aderência significativa entre esses profissionais para um trabalho preventivo ou mesmo paliativo, como segue relato abaixo.

No módulo I, os agentes comunitários se mostraram muito interessados e curiosos, fizeram muito perguntas em relação ao trabalho, o que demonstraram com a dinâmica da carta a si próprio, na qual escreveram suas expectativas em relação aos encontros. A palestra do dependente químico (em recuperação), apesar de parecerem um pouco chocados no início, causou um impacto muito positivo especialmente em relação ao preconceito e a não-crença na recuperação de alcoolistas e dependentes químicos, também revelaram que esse problema é comum nas comunidades onde trabalham. Os agentes comunitários se mostraram novamente com muito interesse no trabalho, porém as dúvidas em relação à prevenção da dependência química e de álcool se destacaram, mostraram ainda grande interesse em entender como funciona a recuperação também. Os agentes foram divididos em grupos para que pesquisassem e fizessem uma apresentação sobre os seguintes temas: tipos de drogas, usuários, possíveis causas e sintomas; recuperação e recaídas; e relações de dependência e co-dependência. Em relação ao segundo módulo, o grupo de agentes esteve bastante envolvido com as atividades e também mais uma vez pudemos identificar a questão do preconceito e de dúvidas sobre a recuperação. Houve uma cobrança muito forte sobre respostas. Sentimentos e pensamentos sobre como proteger a própria família, medo, frustração, impotência surgiram muito frequentemente nas atividades. Muitos revelaram terem casos de alcoolismo na família. Mais uma vez a questão do preconceito

foi muito forte e a cobrança por respostas sobre medidas de prevenção. Tivemos a sensação de que a motivação ao trabalho estava diminuída por não acreditarem tanto na recuperação e não quererem assumir a responsabilidade de oferecer ajuda a essas pessoas, talvez por ainda não saberem como fazer isso. Repetiram muito que só se os dependentes quiserem realmente, eles poderiam fazer algo, e “os dependentes não querem”. Relataram terem gostado de trabalhar o caso e se sentiram envolvidas, porém continuaram repetindo que “só se pode ajudar quem quer ajuda”, tirando um pouco a responsabilidade do trabalho com a comunidade de “suas costas”. Deram sugestões sobre como prevenir nas escolas o envolvimento com álcool e drogas, disseram que levar em palestras, pessoas que passam ou já passaram por isso pode ser uma boa maneira de atingir o público de jovens, mostrando o preço a se pagar quando se envolve com drogas e álcool. No terceiro módulo, os agentes apresentaram trabalhos sobre os tipos de drogas, usuários, possíveis causas e sintomas; recuperação e recaídas; e relações de dependência e co-dependência, o que foi muito positivo, pesquisaram e se envolveram nas pesquisas, trouxeram dúvidas e repensaram sobre cada tema, sendo mais autônomas em relação ao assunto. Com a abertura das cartas a si próprio, lacradas desde o módulo I, puderam ler e repensar sobre suas primeiras expectativas e ansiedades e quais foram alcançadas e que precisariam ser melhor trabalhadas, o que puderam externalizar e discutir entre si. A palestra realizada pelo CAPS também foi positiva, esclarecendo como o trabalho pode ser feito entre Centro de Saúde, CAPES e comunidade. Na avaliação final aplicada, pudemos verificar que o objetivo do projeto foi atingido parcialmente no sentido de informar e sensibilizar os agentes comunitários de saúde para executar trabalhos de prevenção e promoção de saúde, em especial sobre o alcoolismo, fortalecendo a ligação entre serviços de saúde e comunidade, contudo ainda preconceitos e crenças ainda precisam ser trabalhados. O quarto módulo foi sugerido como forma de continuar periodicamente as discussões e trabalhos de uma maneira mais autônoma dentro do Centro de Saúde e com as equipes multidisciplinares ali existentes, possivelmente com a inclusão do assunto nas reuniões de equipe realizadas quinzenalmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme apresentado por Cardoso (2002), um dos objetivos principais do profissional da Psicologia que atua no Centro de Saúde é atuar junto à comunidade, difundindo informações sobre saúde mental e fazendo uma identificação das pessoas com comprometimentos emocionais que demandem assistência psicológica. A partir de nossa participação nesse estágio pudemos acumular uma imensa experiência tanto em termos pessoais, quanto profissionais. Pudemos observar, pesquisar sobre algumas personalidades adictas, profissionais envolvidos direta ou indiretamente no tratamento, tornando nossa vivência única, rica e surpreendente. Este estágio levou-nos também a refletir acerca de nossos próprios valores e referenciais de vida e aprendemos que a cada dia uma frustração, na outra uma esperança e no final a triunfal

conquista. A atuação no estágio durante as atividades do projeto – “Um Brinde a vida”, permitiu-nos, uma experiência real e concreta do que possa ser um trabalho realizado por psicólogos sociais preocupados com a promoção e prevenção da saúde. Através deste pudemos também observar e trabalhar com outros profissionais. Difícil resumir em algumas palavras as nossas expectativas, emoções e também a nossa gratidão pela oportunidade em tal estágio. Como dito anteriormente, inúmeras são e serão os desafios e as dificuldades, mas igualmente as possibilidades e a gratificação. Por fim, cremos que esta oportunidade foi literalmente um “brinde” em nossa etapa acadêmica. e entendemos ser essa experiência uma das maiores contribuições dos programas de estágio supervisionado em Psicologia Social Comunitária.

Quanto aos resultados e o alcance dos objetivos desse estágio com a população envolvida, embora os tenhamos alcançado numa primeira etapa, sem dúvida nenhuma é um trabalho que precisa de uma continuidade para que seu efeito saia da simples sensibilização e informação para atitudes que possam atingir a comunidade e conseguir resultados com a recuperação dos dependentes, família e da própria comunidade envolvida, pois todos adoecem. Muitos profissionais da área da saúde, embora recebam orientação quanto aos trabalhos de saúde mental, pouco são orientados a trabalhar especificamente com casos de dependência de álcool e drogas. O trabalho conjunto entre a comunidade, muitas vezes representados pelo A.A., profissionais de saúde e saúde mental e instituições envolvidas com a recuperação, inclusive psicossocial, podem diminuir o índice de recaídas e de vidas destruídas por esse mal tão comum nos dias de hoje.

REFERÊNCIAS

BASTOS, R. P. (2005). **A Comunidade no futuro da Psicologia**. Disponível em <www.pesquisapsicologica.pro.br/2005-1/rosanna_policarpo.pdf>. Acesso em 05 de Junho de 2006.

CAMPOS, E. A. (2004) **As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1379-1387, set-out, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/33.pdf>>. Acesso em 10 de Maio de 2006.

CARDOSO, C L. (2002). **A inserção do psicólogo no Programa Saúde da Família**. *Psicol. cienc. prof.* [online]. mar. 2002, vol.22, 1 , p.2-9. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 de Maio de 2006.

NEVES, D. P. (2004). **Alcoolismo: acusação ou diagnóstico?** Cad. Saúde Pública. [online]. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(1):7-36. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 de Maio de 2006

OLIVEIRA, E. R. DE; LUIS, MARGARITA A. V. (1996). **Distúrbios relacionados ao álcool em um setor de urgências psiquiátricas. Ribeirão Preto, Brasil (1988-1990)**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 de Abril de 2006.