

# ALCOOLISMO EM CUIDADOS PRIMÁRIOS: DIAGNÓSTICO, DESINTOXICAÇÃO E PREVENÇÃO DA RECAÍDA

*Alcoholism in Primary Health Care: diagnosis, detoxification and prevention of recurrence*

Hamilton Lima Wagner\*

## RESUMO

O alcoolismo é um problema que afeta amplamente a comunidade sendo, porém, oculto pelos tabus e vergonhas que as famílias têm em lidar com o problema. Assim, a magnitude do problema fica oculta – dificultando uma atitude mais efetiva de enfrentamento da situação. O trabalho consiste em revisar a história e os conceitos vigentes sobre o alcoolismo, propondo uma abordagem sistêmica ao problema, considerando o alcoolismo como um hábito adquirido que pode ser desaprendido. É feita uma abordagem de enfrentamento do problema, com enfoque em prevenção primária, desintoxicação do paciente alcoolista e a prevenção da recaída. Seguindo a teoria sistêmica e uma abordagem comportamental, procura apresentar uma maneira simples e objetiva de lidar com a questão.

**Palavras chave:** Alcoolismo; Cuidados Primários de Saúde; Intoxicação Alcoólica

## ABSTRACT

Alcoholism is a widespread problem, but it is hidden by the shame and taboos that many families have in dealing with the problem. So the size of the problem is not clear – making it more difficult to deal with. This study consists of a review of the history and current ideas about alcoholism, and proposes a systemic approach to the problem, treating alcoholism as an acquired habit that can be unlearned. The problem is addressed with emphasis on primary prevention, detoxification of the alcoholic and prevention of recurrence. Following the systemic theory and a behavioral approach, an attempt is made to present a simple and objective way to deal with this problem.

**Key words:** Alcoholism; Primary Health Care; Alcoholic Intoxication

## 1 INTRODUÇÃO

A frequência do problema do alcoolismo, geralmente oculto, é alarmante quando se estuda o padrão de comportamento da comunidade, analisando suas causas e determinantes. Mostrou-se necessário desenvolver estratégias de enfrentamento do alcoolismo de forma simples e prática, que pudesse ser executada a partir da realidade das Unidades de Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba.

Como referencial deste estudo, foi considerado que trabalhamos dentro de Unidades de Saúde da Família, partindo da compreensão sistêmica do problema, em que o uso do álcool deixa de ser um fim apenas de busca da droga etanol, mas um complexo processo comportamental e relacional, em que o álcool é um dos componentes. Na revisão da literatura usada para embasar este trabalho, a maioria dos trabalhos atuais já contempla visão semelhante, o que muito facilitou o nosso estudo.

---

\*Médico de Família e Comunidade da Prefeitura Municipal de Curitiba, Mestre em Princípios de Cirurgia.  
Endereço: Rua Jaime Vaiga, 170 CEP 80310-570 - Seminário - Curitiba - PR  
E-mail: hamiltonw@terra.com.br

## **2 TEORIAS SOBRE O ALCOOLISMO**

Foram levantadas as diferentes teorias que estudam o alcoolismo para se chegar a uma compreensão clara do problema, o que abriu espaço para a construção da visão deste trabalho do uso do álcool como um hábito adquirido.

Partindo das primeiras teorias que definem o alcoolismo como uma anormalidade física pré-existente, passando pelas teorias que o definem a partir de patologias mentais ou psicopatologias prévias, checando as teorias que o definem como uma adição adquirida ou dependência química e, finalmente, analisando a questão sobre um prisma comportamental, o trabalho analisou como se construiu a compreensão atual do alcoolismo. Em cada teoria foram checados os seus pontos favoráveis e negativos, permitindo uma análise crítica que levasse a uma abordagem terapêutica adequada à realidade e que permitisse um enfrentamento consistente a realidade da nossa comunidade.

## **3 ABORDAGEM DO BEBEDOR-PROBLEMA**

O trabalho a desenvolver com o alcoolista ou bebedor-problema começa no processo de identificação e captação do paciente. Sendo uma situação estigmatizante, fruto de preconceito social, é difícil para o paciente assumir que tem problemas com o álcool. Sua família, por sua vez, também tem dificuldade para se posicionar frente ao bebedor-problema – seja pelo papel que a bebida desempenha no sistema familiar (e o medo de que mudanças possam ser piores do que a situação atual), - seja pelo estigma de ser uma família com problemas.

A abordagem linear do alcoolismo, simplesmente inquirindo sobre o consumo de álcool, tem se mostrado ao longo do tempo insuficiente, a questão fica oculta até que se tenha um grau de complexidade que a família não mais consiga lidar com a situação. Em função disto, foram desenvolvidos vários instrumentos de detecção do problema, como o CAGE, AUDIT, MAST e vários outros.(HAGGERTY, 1994) Uma característica comum destes instrumentos é a identificação de situações já instaladas. Alguns – como o CAGE – singelos e de simples uso, identificam a situação já bem definida, infelizmente em pacientes com mais de 30 anos e com problemas crônicos de manejo mais difícil. Outros, de aplicação mais trabalhosa como o AUDIT, são mais sensíveis e exigem um tempo de identificação e diagnóstico maiores e maior compreensão do problema para a sua aplicação.

A identificação de situações de estresse repetido, doenças incidindo em vários membros de uma mesma família, situações de delinquência ou conflitos familiares repetidos devem levar a equipe de saúde a suspeitar de dificuldades estruturais na família e promover um rastreamento das causas.

Em relação ao álcool, há maior sensibilidade – sem muita especificidade - a utilização de perguntas-chave, que podem sugerir a aplicação de instrumentos mais detalhados e direcionados, como por exemplo o AUDIT. Este modo sistêmico de abordar o problema diminui a resistência das pessoas a comentar o seu consumo de álcool, levando a uma identificação precoce do problema em que o aconselhamento simples – feito pelo profissional de cuidados primários – pode promover uma redução substancial do consumo de álcool de acordo com Heather e Robertson (1997).

### 3.1 Lidando com o Bebedor-Problema

Para pessoas que apresentam um consumo mais intenso, o uso de um protocolo mais detalhado de trabalho, refletindo sobre seu comportamento atual e suas relações com e sem o álcool, níveis padrões de consumo podem ser utilizados. Um modelo sugerido por Kahan (1996) – modificado - pode servir de linha básica de trabalho:

1 – Rever com o paciente nível seguro de consumo de álcool: estudos realizados na América do Norte (KAHAN, 1996; US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 1996) e na Europa (HEATHER e ROBERTSON, 1997) sugerem que até 20 doses (não mais do que 4 de uma só vez) por semana são bem tolerados para os homens e de 12 doses (não mais do que 3 de uma só vez) por semana são bem tolerados pelas mulheres.

2 – Refletir com o paciente como o seu consumo pessoal se situa em relação aos limites toleráveis para consumo de álcool, fazendo visualizar como suas relações estão ligadas ao álcool e como isto tem influenciado a sua vida. Explorar como o beber faz parte das suas relações familiares e profissionais, quem está presente e envolvido neste processo e em que modificaria a vida se beber não estivesse presente.

3 – Discutir a percepção que o paciente tem dos efeitos do álcool em uma pessoa e como isto pode afetar sua saúde. Auxiliá-lo a perceber os danos que ele já enfrenta em decorrência do álcool, seja na esfera física, profissional ou pessoal, facilitando acesso à informação sobre os danos que o álcool pode causar. Refletir como as pessoas que lhe são importantes estão estimulando a abster do álcool e se há alguém que o estimule a beber.

4 – Negociar uma meta de consumo com o paciente: uma vez que o paciente tenha informações sobre níveis seguros de consumo de álcool e que tenha refletido sobre os riscos e danos a que está submetido, tentar estabelecer com ele metas de consumo que surjam a partir da idéia do paciente, conduzindo para que as mesmas fiquem dentro dos limites toleráveis.

5 – Revisar estratégias junto ao paciente para evitar intoxicações alcoólicas: Rever com o paciente todas as últimas vezes em que o consumo foi elevado, provocando intoxicação aguda.

6 – Fornecer ao paciente algum material de auto-ajuda, acessível e claro, que lhe permita refletir sobre sua vida e sua relação com o álcool. Que faça menção aos prejuízos que a bebida pode fazer em todos os campos da vida humana.

7 – Negociar com o paciente o registro diário de seu consumo de álcool, bem como as situações em que este consumo ocorreu, de modo a permitir um planejamento mais adequado de ações preventivas. Isto permite que o paciente trace suas próprias metas e seja reconhecido pela obtenção dos resultados propostos.

8 – Solicitar exames que ajudem ao paciente a se perceber acompanhado. Isto serve como um estímulo adicional para que as metas sejam obtidas. A dosagem da Gama-GT, apesar de não ser um marcador específico, permite uma noção evolutiva da diminuição do consumo.

9 – Agendar revisões regulares para acompanhamento do tratamento acordado com o paciente, servindo de reforço as suas decisões e de amparo quanto as suas dificuldades.

10 – Pacientes que não conseguem cumprir o acordado e que você perceba que estão tendo dificuldades em alguma das suas áreas de risco devem ser encaminhados para avaliação psiquiátrica.

### **3.2 Lidando com o Alcoolista**

Quando um paciente é identificado como alcoolista a abordagem deve envolver um processo inicial de desintoxicação em que o paciente tenha resolvido a sua necessidade aguda de consumir álcool. Um protocolo ambulatorial, segundo Menz e Sant'Ana (1997) - modificado - de desintoxicação e de fácil execução a um custo muito reduzido pode ser seguido:

1 – O paciente deve aceitar o tratamento e comprometer-se a comparecer ao serviço diariamente por 5 dias, nos quais se fará o processo de desintoxicação.

2 – Diariamente o paciente receberá uma avaliação clínica para qualificar o risco de problemas, motivá-lo ao tratamento e fazer a prescrição do esquema terapêutico do dia.

3 – O paciente receberá hidratação oral – de 3 a 4 litros – para auxiliar na eliminação dos resíduos do álcool, durante os 5 dias de desintoxicação.

4 – Será administrado 600 mg ao dia de vitamina B1, durante um período de 7 dias.

5 – Será administrado diazepínico - diazepam de 10 a 70 mg ao dia visando diminuir a ansiedade e a necessidade de álcool. A retirada do diazepam será feita à razão de 5 mg a cada 3 a 5 dias, completando o processo de retirada em até 3 semanas.

6 – Em casos onde o paciente apresenta história de crises convulsivas o uso de carbamazepina de 600 a 1200 mg ao dia é indicado.

7 – Em pacientes deprimidos, em que a ansiedade pode ter um componente importante na manutenção do alcoolismo, o uso de antidepressivo como a imipramina ou a amitriptilina na dose de 75 mg diários é de muita utilidade.

8 – É fornecido complexo B durante o primeiro mês de tratamento para melhorar o ânimo do paciente.

### **3.3 Manutenção do Paciente Desintoxicado**

Este protocolo singelo tem se mostrado muito eficiente no manejo dos pacientes, mas precisa ser inserido dentro de uma abordagem comportamental de acordo com Heather e Robertson (1997) – modificado - e que garanta mudanças na atitude do paciente e de sua família. A proposta de abordagem considera:

1 – Entendendo e tratando o alcoolista em seu contexto. O consumo de álcool está associado a situações de vida que o cidadão vivencia no seu dia a dia, e é

uma atividade de busca de prazer imediato, com o alívio de tensões e culpas. A compreensão das situações em que o indivíduo bebe, estresses associados à fuga através da bebida, permite o trabalho destas situações de um modo contextualizado a realidade. Lembrar do papel que alcoolista desempenha em seu sistema e em como as mudanças de seu comportamento influenciarão as atitudes das demais pessoas do sistema. No momento que as pessoas significativas, em especial os facilitadores (pessoas que propiciam o consumo de álcool) e os mensageiros (pessoas que alertam o serviço de saúde sobre a existência do problema), sejam envolvidas no tratamento as chances de sucesso aumentam significativamente.

2 – Solucionando problemas. É clássica a atitude de ver problemas de um modo complexo – globalizado - que impede a perspectiva de solução para as situações apresentadas. Cabe à equipe que se propõe a lidar com o alcoolista a particionar os problemas levantados em seus diversos componentes, de modo a se visualizar uma maneira de enfrentá-los.

3 – Mais ação e menos palavras. O alcoolista frequentemente tem a sua capacidade intelectual comprometida, o que impede grande insight sobre os seus problemas e situações de vida, sendo fundamental a oferta de atos concretos que permitam a assimilação das propostas terapêuticas.

4 – Envolvendo a família, os amigos e a comunidade. O problema do alcoolismo, visto como um hábito adquirido, tem raízes profundas nas crenças da família e da comunidade. O trabalho com o alcoolista que não envolve estas crenças está fadado ao insucesso.

5 – Faça valer a pena. O tratamento do paciente não deve ser punitivo, o paciente tem que se sentir acolhido e valorizado - isto é uma das chaves mestras para o tratamento de sucesso no enfrentamento deste problema. Mas o paciente deve perceber que a equipe, sua família e amigos não mais são coniventes com a sua dependência, todos devem tratá-lo com indiferença quando consome álcool – sem criticá-lo ou questioná-lo, e tratá-lo com zelo e carinho quando ele evita o contato com a bebida. A identificação dos facilitadores aqui se faz fundamental, ali reside quem cria a situação de consumo ou de acesso ao álcool, esta(s) pessoa(s) devem ser orientadas sobre as atitudes que propiciam e chegado qual o ganho que o sistema tem com a recidiva.

6 – Aprendendo a lidar com as chaves para beber. O uso do processo de dessensibilização das situações que levam a beber segue a mesma linha dos processos de descondicionamento que se aplicam em diversas situações. O paciente deve ser exposto a um desencadeante e oferecidas ações outras sem que o álcool seja parte.

7 – Auto gerenciamento e o estabelecimento de metas. É fundamental que o paciente e sua família se sintam responsáveis pelo processo de cura, cúmplices na tomada de decisões e engajados na busca de suas próprias soluções. A estratégia de estabelecer metas a serem monitoradas pelo próprio paciente, favorece este senso de responsabilidade e, ao mesmo tempo, garante à equipe um modo sensível de perceber o comprometimento do paciente e de sua família na busca das soluções para o problema.

8 – Conselheiros e modelos. É fundamental que o paciente tenha uma identificação com algum membro da equipe de saúde, que permita a ele a busca de aconselhamento em situações de dificuldade e dúvidas quanto ao seu tratamento. Ao mesmo tempo é importante identificar, dentro de seu centro de relações, personagens que lhe sirvam de modelo, com as quais tenha afinidade e que possam ser engajadas no processo de tratamento do alcoolista.

9 – Escolhas do cliente. O uso da andragogia (aprendizado a partir da realidade do aprendiz, considerando seus limites e crenças) é uma das chaves para que este tipo de abordagem funcione, respeitar as opções do paciente e sua realidade facilita que o mesmo se comprometa com o tratamento proposto.

Uma vez desintoxicado e se sentindo melhor, o paciente volta a sua rotina diária, aos seus afazeres – muitos dos quais identifica como associados ao consumo de álcool. Sua família, que se mobilizou para enfrentar a crise do alcoolista, agora se defronta com alguém que deseja mais espaço em sua casa – seu quinhão de mando.

Este é um momento delicado para o alcoolista e para o sistema como um todo. Mesmo disfuncionando o paciente participa de um grupo com quem vive e interage, a alteração de seu estado implica em alteração nos papéis de outros componentes da família. O modo de viver e de se relacionar tende a reproduzir as situações de consumo de álcool, o que exerce uma grande pressão emocional sobre o paciente.

### **3.4 Prevenção da Recaída**

Uma maneira de se trabalhar isto seria seguir o protocolo sugerido por Heather e Robertson (1997), modificado para a nossa realidade:

1 – Identificar situações sociais de risco. O paciente que se sente desvalido de apoios sociais é mais vulnerável à busca da solução do álcool. A percepção dos laços familiares, do envolvimento de pessoas significativas no enfrentamento do problema do paciente é algo básico e que permite o sucesso de médio e longo prazo. Pacientes sem familiares próximos podem se ver numa situação de total desvalia, criando situações de manejo muito difícil. Nestes casos, é importante um trabalho de terapia de apoio que ajude o paciente a resgatar a auto-estima, auxiliando na construção de um novo referencial que lhe permita construir uma nova vida.

2 – Identificar fatores desencadeantes do consumo de álcool. Explorar com o paciente em quais situações e de que maneira o álcool fazia parte de sua vida. Envolver o sistema familiar no enfrentamento destes problemas - de modo que eles possam identificar como contribuem para o hábito de beber do paciente - e possam ser partícipes da busca da solução do problema.

3 – Aplicar um roteiro cognitivo comportamental às situações em que o paciente refere desejo de consumir álcool. Como o paciente alcoolista tem a sua capacidade cognitiva parcialmente prejudicada, havendo um grau acentuado de bloqueio ao pensamento abstrato, é básico buscar ações concretas que façam o mesmo viver o que se está propondo. A família também deve ser convidada a participar deste processo de trabalho para que descubra novas maneiras de interagir com o alcoolista, evitando que os boicotes inconscientes dificultem a recuperação do paciente.

4 – Identificação de Situações de Risco. É muito comum vermos pacientes executando atos que sugerem uma recaída, muito antes de que ela venha a se concretizar. O trabalho com estas situações, bem como o estímulo dos facilitadores, deve ser explorado nas entrevistas, permitindo uma reflexão terapêutica que previne a recidiva.

5 – Disponibilidade de pessoas dentro da equipe para ouvirem e auxiliarem o paciente em recuperação. Pacientes motivados e que querem buscar a cura de seu vício

quando ameaçados ou se sentindo prestes a fraquejarem buscam o socorro de uma voz amiga que lhes ouçam as angústias e lhe apóiem nos momentos de dificuldade.

6 – Trabalhar os Pensamentos Mágicos e Atitudes de Desafio. Após um tempo de abstinência, muitos alcoolistas começam a ter pensamentos em que questionam o risco e sua incapacidade de lidar com o problema do álcool. São comuns as recaídas nesta fase em que o paciente desafia os seus limites, achando que a dependência não mais existe. Equipe de saúde e família devem estar cientes das dificuldades para que a frustração com a recaída não impeça o esforço de reiniciar o tratamento – nem que o paciente perca a esperança de livrar-se do problema. Pensando-se sistemicamente é necessário avaliar quais foram as causas em que se precipitou a recaída e buscar neutralizá-las.

7 – Ofertar ao paciente grupos de apoio próprios da Unidade de Saúde e/ou de movimentos comunitários de combate ao alcoolismo (tais como o AA e seus congêneres). A presença de outras pessoas em recuperação aumenta o senso de responsabilidade do alcoolista no enfrentamento de seus problemas, permitindo à equipe de saúde utilizá-los como espelhos na busca da manutenção do paciente abstinente.

8 – Estabelecer uma rede de apoio com familiares e pacientes em recuperação para a detecção precoce dos casos de recaída, garantindo apoio ao paciente na retomada do tratamento e evitando que o mesmo se sinta um derrotado que não pode ser salvo do seu vício.

### **3.5 Política de Saúde na Questão do Alcoolismo**

É claro que o trabalho com o alcoolista não depende apenas das equipes de saúde, mas também de uma política global de combate ao consumo de álcool. Infelizmente, a irresponsabilidade com a matéria faz parte da cultura geral de nossas comunidades, e mesmo em escolas – onde os educadores deveriam estar preocupados com a formação dos jovens – há uma grande resistência de se impedir o consumo de álcool, especialmente em festas.

A proposta de diminuição de consumo de álcool deve se iniciar com amplos esclarecimentos à comunidade sobre os riscos que o abuso do álcool impõe à saúde e à sociedade, inibição legal do consumo de álcool até o fim da adolescência – via legislação específica e fiscalização agressiva, elevação agressiva da carga tributária sobre produtos que contenham álcool (por exemplo uma lata de cerveja que se compra no Brasil a R\$ 1,00 é encontrada na Inglaterra a R\$ 6,00). Na Irlanda a licença para comercializar álcool é tão difícil que apenas poucos estabelecimentos podem fazê-lo, e não é liberada a venda em supermercados.

### **3.6 Instrumentos de Diagnóstico**

A seguir, listamos os instrumentos de diagnóstico CAGE e AUDIT que propomos como instrumentos básicos de trabalho, junto com perguntas-chave para adolescentes: “Quantos copos (garrafas) você é capaz de tomar numa festa?”; “Até ficar animado, quantos copos você precisa tomar?”; e para adultos: “Quando você está com

problemas, o que você gosta de fazer para relaxar?"; "Nas suas atividades sociais (ou de trabalho) é comum (frequente ou necessário) haver bebidas alcoólicas?"

**CAGE** – Sensibilidade de 74-89% e Especificidade de 79-95% (2 respostas positivas)

- 1 – Você já sentiu que precisa diminuir o seu consumo de álcool?
- 2 – As pessoas lhe incomodam criticando o seu consumo de álcool?
- 3 – Você já se sentiu mal ou culpado por seu consumo de álcool?
- 4 – Você já usou um drinque cedo pela manhã para acalmar os nervos ou curar uma ressaca?

Comentários sobre o instrumento: ele é inespecífico em relação ao tempo do problema e só dá resultados consistentes em pacientes adultos.

**AUDIT** – Sensibilidade de 92% e Especificidade de 94% (acima de 10 pontos em 40 possíveis)

- 1 – Com que frequência você usa bebidas com álcool? 0 – Nunca; 1 – Mensalmente; 2 – 2 a 4 vezes ao mês; 3 – 2 a 3 vezes na semana; 4 – Mais do que 3 vezes na semana.
- 2 – Quantos drinques com álcool você consome em um dia típico em que bebe? 0 – 1 ou 2; 1 – 3 ou 4; 2 – 5 ou 6; 3 – 7 a 9; 4 – 10 ou mais
- 3 – Com que frequência você bebeu 6 ou mais drinques de uma só vez? 0 – nunca; 1 – Menos que mensalmente; 2 – Mensalmente; 3 – Semanalmente; 4 – Diariamente ou quase
- 4 – Com que frequência no último ano você não conseguiu parar de beber após ter começado? 0 – Nunca; 1 – Menos que mensalmente; 2 – Mensalmente; 3 – Semanalmente; 4 – Diariamente ou quase
- 5 – Com que frequência no último ano você deixou de fazer algo que se esperava de você por causa do álcool? 0 – Nunca; 1 – Menos que mensalmente; 2 – Mensalmente; 3 – Semanalmente; 4 – Diariamente ou quase
- 6 – Com que frequência no último ano você bebeu pela manhã para curar a ressaca? 0 – Nunca; 1 – Menos que mensalmente; 2 – Mensalmente; 3 – Semanalmente; 4 – Diariamente ou quase
- 7 – Com que frequência no último ano você se sentiu culpado ou com remorso por ter bebido? 0 – Nunca; 1 – Menos que mensalmente; 2 – Mensalmente; 3 – Semanalmente; 4 – Diariamente ou quase
- 8 – Com que frequência no último ano você esqueceu o que fez na noite anterior por causa da bebida? 0 – Nunca; 1 – Menos que mensalmente; 2 – Mensalmente; 3 – Semanalmente; 4 – Diariamente ou quase
- 9 – Você ou outra pessoa já ficou machucada por causa da sua bebida? 0 – nunca; 2 – Já, mas não no último ano; 4 – Já, durante este ano
- 10 – Algum parente, médico ou trabalhador da saúde esteve preocupado com a sua bebida ou sugeriu que você diminuísse o seu consumo de álcool? 0 – nunca; 2 – Já, mas não no último ano; 4 – Já, durante este ano

Comentários sobre o instrumento: é detalhado e contextualizado ao tempo atual, ocupa um tempo razoável para ser executado.

## REFERÊNCIAS

ALONSO, L. G. et al. **Alcoolismo, uma proposta de atuação**. Curitiba: Curso Básico de Saúde da Família, 1997.



ALVARADO, R. et al. Programa de Salud Mental para la Atención Primaria en el Servicio de Salud Metropolitana Sur. **Revista Psiquiatría**, Santiago de Chile, v. 8, n. 2, p. 805–814, abr./junio 1991.

ARAVENA, R. et al. Evaluación: programa de prevención secundaria e terciaria del alcoholismo en el nivel primario. **Cuadernos Médico Sociales**, Santiago de Chile, v. 27, n. 2, p. 74–81, 1986.

BABOR, T. F. et al. Comments on the WHO report “Brief interventions for alcohol problems”: a summary and some international comments. **Addiction**, v. 89, n. 6, p. 657-678, 1994.

BENTES, L. et al. **O brilho da infelicidade**. Rio de Janeiro: Kalimeiros, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo**. Brasília : Ministério da Saúde, 1990.

CAMPILLO, C. S. et al. El médico general frente al bebedor problema. **Salud Mental**, Madrid, v. 11, n. 2, p. 4–12, 1988.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL. Alcohol and alcohol – related problems. v. 148, 1993. 2041 A – 2041 B. Disponível em: <[http:// www.cma.ca/canmed/policy/alcohole.htm](http://www.cma.ca/canmed/policy/alcohole.htm)>. Acesso em: 30 ago. 1997.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. Alcohol and alcohol – related problems.1993. Disponível em: <<http://www.cma.ca/inside/policybase/1993/6-1.htm>> . Acesso em: 15 jan. 1999.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION.. Alcohol and substance abuse by adolescents. 1994. Disponível em: <<http://www.cps.ca/english/statements/AM/am04-03.htm>>. Acesso em: 30 ago. 1997.

CARAZZAI, L. R. **Habilidades no inter-relacionamento**. Curitiba: s.n., 1996.

DIMENSTEIN, G. 65% de alunos de escola pública bebem. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 18 maio 1998. p.3-7.

DUSZYNSKI, K. R. et al. Reported practices, attitudes, and confidence levels of Primary Care physician regarding patients who abuse alcohol and other drugs. **Mariland Medical Journal**, v. 44, n. 6, p. 439-446, 1995.

ESCOBAR, F. et al. Validación del cuestionario SMAST para el diagnóstico del alcoholismo en Atención Primaria. **Atención Primaria**, v. 14, n.2, p.627-630, jun. 1994.

HAGGERTY, J. L. Early detection and counselling of problem drinking. In: CANADA COMMUNICATION GROUP. **The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care**. Ottawa: Canada Communication Group, 1994, p.488-499.

HAINES, M. et al. Changing the perception of the norm: a strategy to decrease binge drinking among college students. **Colege Health**, Illinois, v. 45, p.134-140, 1996.

HEATHER, N.; ROBERTSON, I. **Problem drinking**. Midsomer Norton: Oxford Medical Publications, 1997.

HOWARD, J. et al. Community organizing, public policy and the prevention of alcohol problems. **Alcoholism Clinical and Experimental Research**, Rockville, v. 20, n. 8, p. 265-269, 1996.

JANSEN, M. A. Prevention research for alcohol and other drugs: a look ahead to what is needed. **Substance Use & Misuse**, Rockville, v. 31, n. 9, p. 1217-1222, 1996.

KAHAN, M. Identifying and managing problem drinkers. **Canadian Family Physician**, Toronto, v. 42, p. 661-671, 1996.

KING, L. Structured GP liaison for substance misuse. **Nursing Times**, Bournemouth, v. 93, n.4, p. 30-31, 1997.

KNAPP, P. et al. **Prevenção da recaída**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

KRESTAN, Jo-Ann; BEPKO, C. Problemas de Alcoolismo e o Ciclo de Vida Familiar. In: CARTER, B. et al. **As Mudanças no ciclo de vida familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 415-439.

LIEPMAN, M. Alcohol and drug abuse in the family. In CHRISTIE-SEELY, J. et al. **Working with families in primary care**. Westport: Praeger Publishers, 1984. p. 422-448.

MCDANIEL, S. et al. **Terapia familiar médica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

MCMENAMIN, J.P. Detecting young adults with alcohol use disorder in a general practice. **New Zealand Medical Journal**, Wanganui., v. 110, p.127-128, 1997.

MCWHINNEY, I.R. et al. **A textbook of family medicine**. Oxford: Oxford University Press, 1997.

MENZ, D.M.; SANT'ANA, A.M. **Alcoolismo: o papel da Atenção Primária**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 1997.

METZNER, C. et al. **Diagnóstico do alcoolismo: indo além da aparência**. Curitiba: Curso Básico de Saúde da Família, 1997.

METZNER, C. et al. **Prevenção em alcoolismo: propondo estratégias**. Curitiba: Curso Básico de Saúde da Família, 1998.

OLIVEIRA, M. **Como prevenir recaídas**. Registro 86786. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Agentes de Saúde em Alcoolismo, s.d.

ORTIZ, B. et al. Estudio multicentrico sobre el abordaje del consumo de alcohol en atención primaria. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 19-2, p. 80-83, 1997.

RAMALDES, D. et al. **Grupo de trabalho alcoolismo**. Vitória: Curso Básico de Saúde da Família, 1998.

ROCHE, A. M. et al. Managing alcohol and drug problems in general practice: a survey of trainees' knowledge, attitudes and educational requirements. **Australian and New Zeland Journal of Public Health**, Sydney, v. 20, n. 4, p. 401-408, 1996

RYAN, J. G. et al. Health outcomes of women exposed to household alcohol abuse: a Family Practice Trining Site Research Network (FPTSRN) Study. **The Journal of Family Practice**, New York, v. 45, n. 5, p. 410-417, 1997.

SAALFELD, V. et al. Prevalência do alcoolismo em cuidado primário à saúde. **Pesquisa Médica**, Porto Alegre, v. 27, p.5-9, 1993.

SAMET, J. H. Alcohol and other substance abuse. *Medical Clinics of North America*, Philadelphia, v. 81, p. 4, July 1997.

SCHUCKIT, M. A. Alcohol and alcoholism. In: **Harrison's Clinical Medicine** (On Line), 1998. Disponível em: <http://www.harrisononline.com/server-já...nos/1096-7133/Chapters/ch-386/Page1.html> Acessado em: 11 jul. 1998.

TALASHEK, M.L. Family nurse practitioner clinical competencies in alcohol and substace use. **Journal of the American Academemy of Nurse Practitioners**, Chicago, v. 7, n. 2, p. 57-63, 1995.

U.S. Preventive Service Task Force. Screening for problem drinking. In: \_\_\_\_\_. **Guide to clinical preventive service**. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 567-582.

VINSON, D.C. Problem drinker. In: WEISS, B.D. **20 Common Problems**. New York: McGraw Hill, 1999.

WAGNER, H.L.; PINTO, M.L.O. **Atenção primária e alcoolismo**. Curitiba: Curso de Especialização em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família. Universidade Federal do Paraná, 1998.

Submissão: maio de 2005 Aprovação: agosto de 2005
--