



Alerta aos Pediatras

O uso de álcool, associado a outras substâncias, na infância e adolescência

Paulo César Pinho Ribeiro

1. Introdução e epidemiologia

Sabemos que 18 em cada 100 brasileiros são dependentes de bebida alcoólica.¹ O último levantamento nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas (CEBRID), feito pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), revela que o consumo de álcool por adolescentes de 12 a 17 anos já atinge 54% dos entrevistados e, desses, 7% já apresentam dependência. O estudo foi realizado em 2004 e mostrou que, entre jovens de 18 a 24 anos, 78% já fez uso da substância e 19% deles são dependentes (em 2001, levantamento anterior mostrava apenas 5% dos jovens com sinais de dependência).²

O VI Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio, das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras, em 2010, mostrou que o uso pesado (maior ou igual a 20 vezes/mês) no Brasil foi de 1,6% dos estudantes, sendo maior o uso pesado de álcool em estudantes de escolas públicas (1,7%), se comparado com os estudantes de escolas privadas (1,1%); contudo, o uso de álcool por ano é maior entre os estudantes das escolas privadas (47,5%) se comparado com as públicas (41,1%).

Pesquisas recentes mostram que o hábito de beber entre crianças e adolescentes não para de crescer. Os jovens estão bebendo cada vez mais cedo, o que aumenta o risco de boa parte desta juventude desenvolver o vício do alcoolismo.³

Em estudo recente divulgado pela ONU, em comparação com os países da América Latina, o Brasil aparece em terceiro lugar no consumo de álcool entre os adolescentes. A pesquisa incluiu 347.771 meninos e meninas, estudantes de nível médio, idade de 14 a 17 anos, do Brasil, Argentina, Bolívia, Chile, Equador, Peru, Paraguai, Colômbia e Uruguai. Entre os brasileiros, 48% admitiu consumir álcool. Levantamento do CEBRID, envolvendo estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública, mostrou que a idade de início do consumo fica em torno dos 12 anos.²

O uso precoce do álcool pelos adolescentes, como vem acontecendo, antecipa os riscos graves à saúde: hepatite alcoólica, gastrite, síndrome de má absorção, hipertensão arterial, acidentes vasculares, cardiopatias, diferentes tipos de câncer (esôfago, boca, garganta, cordão vocais, câncer de mama nas mulheres e o risco de câncer no intestino), pancreatite e polineurite alcoólica (dor, formigamento e câmboras nos membros inferiores).¹ É importante destacar que no caso das mulheres essas manifestações são mais precoces.

A redução média da expectativa de vida foi de 9 a 20 anos para indivíduos com bipolaridade, 10 a 20 anos para esquizofrênicos, 7 a 11 anos para depressivos, 8 a 10 anos para tabagismo e 9 a 24 anos para dependentes de álcool e drogas.

2. Álcool x Direção de veículos:

Em estudo sobre o uso de bebidas alcoólicas nas rodovias brasileiras, 309 motoristas relataram ter bebido no dia da entrevista (12,8% do total). Apenas 6% dos entrevistados declararam que sua habilidade para dirigir não estaria prejudicada. A ingestão de bebida alcoólica, mesmo em pequena quantidade, compromete a capacidade de dirigir veículos. Sabemos que certas habilidades para dirigir, como o manejo do volante ao mesmo tempo em que se presta atenção ao tráfego, podem ser prejudicadas por pequenas concentrações de álcool no sangue. É importante frisar que 75% dos acidentes fatais de trânsito, muitos deles com mortes (aproximadamente 29.000 mortes/ano) e sequelas de deficiências múltiplas, têm como causa o álcool, conforme os dados da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas.⁴ No último triênio, foram gastos cerca de 310 milhões de reais, aplicados em internações decorrentes do uso abusivo e da dependência do álcool, conforme dados do Ministério da Saúde.⁵

De acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas em 2012, 34% de brasileiros foram parados em fiscalizações nas estradas, e 11% foram submetidos ao teste do “bafômetro”. Constatou-se a redução no comportamento de beber e dirigir, de 2006 para 2012, o que pode ser devido ao aumento das penalidades legais e da fiscalização.

3. Álcool x Gravidez:

O uso de álcool, durante a gravidez, pode causar doenças no recém-nascido e na criança. A Síndrome Fetal Alcoólica, conhecida pela sigla SFA, é a mais grave delas, acarretando déficit intelectual, problemas de aprendizado e transtornos de comportamento nas crianças para o resto da vida.⁶

Os recém-nascidos que apresentam SFA têm alterações na face, atraso no crescimento, má coordenação motora, retardo mental, dificuldade de aprendizado, de memória e de relacionamento, sinais de irritação, mamam e dormem pouco, apresentam tremores (sintomas que lembram a síndrome de abstinência) e podem, ainda, apresentar anormalidades físicas (malformações congênitas), problemas de comportamento e desordens neurológicas e psicomotoras.⁷

À medida que a criança cresce podem ser notadas: hiperatividade, déficit de atenção, raciocínio deficiente, impaciência e memória prejudicada. O conjunto de sintomas chama-se Efeito Alcoólico Fetal (EAF). Se não for ajudada, a criança pode crescer isolada e com baixa autoestima, entre outras alterações.

As anormalidades físicas incluem: microcefalia, fissura palpebral curta, bochechas ou face planas, filtro nasal pouco visível, lábio superior fino, pregas epicânticas, ponte nasal baixada, pequenas anomalias nas orelhas, nariz curto, queixo fino, microftalmia e micrognatia.⁷

Importante destacar que mesmo a ingestão de baixas doses de álcool durante a gravidez pode comprometer o desenvolvimento do bebê, causando déficits cognitivos menores. Alertar as mulheres e mencionar o risco de beber nas primeiras semanas de gestação, quando ainda nem sabem se estão grávidas. Muitas crianças têm problemas mentais devido ao uso de álcool pela mãe.

4. Interações com outras drogas e medicamentos:

Como o metabolismo do álcool é no fígado, por enzimas que também metabolizam outras substâncias, ele pode retardar a eliminação dessas substâncias (drogas ou medicamentos), alterando seus efeitos. A combinação com cocaína, tranquilizantes, barbituratos, benzodiazepínicos ou anti-histamínicos pode levar ao aumento do efeito sedativo ou depressor, dependendo da quantidade, chegando até mesmo à morte. Alguns antibióticos como metronidazol, furazolidona e medicamentos antimaláricos podem causar reações adversas ou ter sua efetividade reduzida.

O consumo de álcool pode inibir, reduzir ou potencializar os efeitos de medicamentos.⁸ Pesquisa italiana, conduzida em 2002 com 22.728 adultos, destaca que o uso moderado de álcool está associado ao aumento de 24% no risco de reações adversas a medicamentos. O álcool reage negativamente com várias substâncias.⁹ Citando algumas dessas interações:

Anti-histamínicos: medicamentos do grupo dos anti-histamínicos, usados no tratamento de alergias, têm o efeito de sonolência potencializado pelo álcool, afetando a coordenação psicomotora com riscos de acidentes, tornando a direção e a operação de máquinas e veículos ainda mais perigosas.

Antidepressivos: o uso concomitante com antidepressivos, citando os tricíclicos (amitriptilina, imipramina e clomipramina), ocasiona sedação e comprometimento da atividade psicomotora. Pequena quantidade de álcool consumida com antidepressivo inibidor seletivo da recaptação de serotonina (fluoxetina, paroxetina e citalopram) não causa problema. Entretanto, quem faz uso de inibidor da monoaminoxidase – IMAO não pode, de forma alguma, consumir álcool já que a associação causa grave problema e pode ser fatal.⁹

Ansiolíticos: indicados no tratamento da ansiedade e da insônia, e também no tratamento da síndrome de abstinência do álcool, não podem ser usados concomitantemente. A combinação de álcool e benzodiazepínicos pode potencializar o efeito do álcool e desencadear sedação, falta de coordenação e prejuízo da memória, com risco de acidentes e, em alguns casos, levar a pessoa a ter uma parada respiratória, podendo ser fatal. Portanto, atenção: quem faz tratamento para alcoolismo, utilizando estas substâncias não deve consumir álcool.⁹

Analgésicos e antiinflamatórios: o uso de álcool e ácido acetilsalicílico (AAS) e outros antiinflamatórios não hormonais (diclofenaco, ibuprofeno e nimesulida) pode levar a irritação e sangramento gástrico. O acetaminofeno ou o paracetamol, associados ao álcool, podem aumentar a toxicidade hepática de ambas as drogas.⁹

Energéticos: a mistura de álcool com energéticos tem sido usada, em grande escala, pelos adolescentes. Os produtos energéticos contêm ingredientes como a cafeína, o guaraná, açai, taurina, glucoronolactona, ginseng, arnita, creatina, inositol, ginkgo biloba e outros, que, em excesso, podem causar danos à saúde. Por conterem grande quantidade de açúcares o risco é grande para crianças e adolescentes com predisposição ao diabetes.

O uso de cafeína em bebidas energizantes, em cápsulas ou mesmo em pastilhas, é prática comum entre os adolescentes. Apesar de acontecer o uso isolado do produto, não é prática comum o uso isolado e sim associado às bebidas.

Os energéticos, em geral, contêm cafeína e taurina. Uma lata de energético, segundo estudiosos, equivale a três xícaras de café. Os jovens consomem, em geral, uma média de 3 latas por noite, alguns, muito mais do que isso. Os energéticos consumidos em excesso, para deixar os jovens mais alertas, podem levar a sintomas de agitação, insônia, aceleração ou irregularidade nos batimentos cardíacos, irritabilidade, alterações na pressão arterial, ansiedade crônica, náuseas, tremores e zumbidos, de acordo com a dose ingerida e a sensibilidade individual.¹⁰ Os produtos energéticos têm efeito sobre o sistema nervoso central que, no caso dos jovens, ainda está em desenvolvimento, com risco de danos. A cafeína afeta diretamente o sistema nervoso central e pode levar à desidratação e perda de nutrientes solúveis em água, que têm efeito calmante no sistema nervoso. Os efeitos colaterais são potencializados na associação com o álcool. A cafeína aumenta a absorção do álcool aumentando o risco de intoxicação.

Apesar de alguns autores relatarem que a cafeína irá eliminar o sono e deixar os jovens mais alertas quando alcoolizados, elas não conseguem mudar o efeito do álcool sobre o cérebro. Segundo a ANVISA, a venda dos produtos energéticos é autorizada no Brasil desde 1998, após a avaliação da agência sobre a segurança dos produtos.¹⁰ Não existe nenhuma proibição quanto à comercialização dessas bebidas por parte da Comunidade Europeia.¹⁰ Entretanto, em virtude de pesquisas e achados atuais, essa questão deveria ser novamente estudada.

Ghorayeb alerta que as pessoas fiquem atentas a sinais de maior sensibilidade como palidez, taquicardia, hipertensão¹⁰ etc. A intoxicação pode vir acompanhada de ansiedade, insônia, desconforto gástrico, tremores, taquicardia, agitação e até raros casos de morte foram descritos na Austrália, Irlanda, Suécia e agora no Brasil, segundo Vacanti.¹⁰ O autor ainda relata que a mistura potencializa o risco de arritmia. Pediatras americanos anunciaram que, nos últimos anos, já foram registrados mais de 2.500 casos de interações e atendimentos de intoxicação por cafeína, em menores de 19 anos.¹⁰

Álcool e outras substâncias: prática comum também nos nossos dias é a associação de álcool, principalmente em bebidas destiladas, com o ecstasy (alucinógeno) e viagra. A substância metilenedioximetanfetamina demora 30 minutos do efeito a tomar, sendo o efeito considerado rápido. A duração do efeito é de 4 a 8 horas, quando ingerido via oral. Durante o período de intensidade do ecstasy podem surgir circunstâncias perigosas: náuseas, desidratação, hipertermia, hipotensão e hipertensão.¹¹ Os sintomas são ignorados pelo usuário, levando à exaustão, convulsões e morte. Podem ocorrer outros sintomas: insônia, reações musculares como espasmos involuntários, espasmos do maxilar, dor de cabeça, visão turva, movimentos descontrolados dos braços e das pernas, quando a dose ingerida é alta. Em São Paulo, a fabricação encomendada por traficantes de uma combinação chamada “trimix”, mistura em cápsulas, contendo ecstasy, ácido lisérgico e viagra já é fato.¹¹ Existe, também, uma combinação do ecstasy com cocaína ou heroína e, viagra, batizada com o nome de sextasy, observa o professor Jamil Issy.¹¹ O ecstasy e o Viagra (e outros medicamentos para disfunção erétil) agem sobre o coração, provocando arritmias cardíacas levando a sintomas graves e morte súbita. A hipertermia, um dos efeitos mais danosos do ecstasy, pode atingir níveis elevados de risco quando associado ao álcool, levando à perda de líquidos do organismo e à não percepção do aquecimento corporal. O

efeito pode causar insuficiência renal. Quanto aos efeitos crônicos citamos: depressão, erupções cutâneas, perda de memória total e danos cerebrais.¹²

Resumindo, o uso de álcool e associações de outras substâncias pelas crianças e adolescentes, além dos prejuízos à saúde física, expõe crianças e adolescentes às mais variadas situações de riscos, já que a substância tem como efeito a diminuição do “limiar de censura” que, somados à onipotência da puberdade e sentimento de indestrutibilidade e invulnerabilidade nesta fase, faz com que muitas vezes suas vidas sejam interrompidas ou prejudicadas pelo uso desta substância em associações com outros produtos.

5. Fatores de risco x fatores de proteção

O uso de álcool, na adolescência, está associado a comportamentos de risco, aumentando a chance de acidentes de trânsito, violência estrutural e sexual, uso de outras drogas e formação de gangues. Então, o consumo de álcool está fortemente associado ao risco de morte violenta, mau desempenho escolar, dificuldades de aprendizagem, prejuízo no desenvolvimento e estruturação das habilidades emocionais, cognitivas e comportamentais do jovem.^{13,14}

O uso/abuso de qualquer substância psicoativa é multifatorial, envolvendo características biológicas, psicológicas, comportamentais, familiares e sociais.

Fatores de risco e protetores, embora não determinantes, caracterizam situações que aumentam ou diminuem a probabilidade de evolução do uso para dependência ou abuso.

De acordo com a OMS, cinco fatores propiciam o abuso de substâncias: falta de informação sobre o problema, dificuldade de inserção no meio familiar e no trabalho, insatisfação com a qualidade de vida, problemas de saúde e facilidade de acesso às substâncias.

Entre os motivos alegados para o uso, podem-se destacar: curiosidade, necessidade de pertencer a determinado grupo, diminuir inibições, dar coragem, tratar problemas médicos, relaxar para lidar com problemas, em rituais religiosos e para obter prazer.^{14,16}

Didaticamente, podemos caracterizar como fatores de risco familiares o ambiente doméstico caótico (pais abusadores de alguma substância, enfermidade mental); a paternidade não participante, especialmente com filhos de temperamento difícil e problemas de conduta; falta de vínculo afetivo com a criança e com o adolescente.^{19,20,21}

Além dos fatores familiares, há fatores de risco ligados à escola e/ou comunidade, tais como: timidez e/ou agressividade na escola; baixo desempenho escolar; dificuldade de acesso às relações sociais; ingresso em grupos de comportamento inadequado, percepção de aprovação de uso de substâncias psicoativas pelo ambiente escolar, social e companheiros; facilidade de acesso.^{19,20,21}

Como fatores protetores destacamos: a família bem estruturada, com fortes laços afetivos; a participação efetiva dos pais na vida dos filhos, determinando regras claras de conduta dentro do núcleo familiar; o rendimento escolar satisfatório; as relações com outros núcleos da comunidade como igreja, ações cívicas, grupos desportivos, recolhimento de doativos, entre outros; a adoção das normas convencionais a respeito de uso de substâncias.

6. Prevenção e Valorização da vida

As estratégias de prevenção dos diversos agravos que acometem as crianças e os adolescentes devem constar dos programas de saúde pública, adotados pelas três esferas de governo: municipal, estadual e federal.

Promover o protagonismo infanto-juvenil e a participação das famílias e seus filhos viabilizam os programas de prevenção.

É importante salientar que os conceitos de prevenção e promoção de saúde se confundem: na prevenção, o foco são as modificações do comportamento individual e redução dos fatores de risco, configurando o modelo de intervenção biomédico; na promoção da saúde a estratégia é a da mediação entre as pessoas e seu ambiente. Essas duas abordagens se complementam, e possibilitam, no caso da droga lícita – o álcool, o benefício das medidas propostas por ambas as estratégias de intervenção.

A adolescência, pelas características dessa fase (sentimento de onipotência, impulsividade, curiosidade, dificuldade de observar limites, transgressão, busca da identidade adulta diferenciando-se dos pais, o apoio ou a pressão do grupo de pares), pode levar o indivíduo a se expor a situações de risco pessoal e social, como o uso abusivo do álcool.

Para a prevenção desse evento, são poucas as intervenções existentes, o que favorece a eficácia das campanhas publicitárias que, diariamente e com muita competência, “bombardeiam” a sociedade com mensagens explícitas do consumo de álcool ligado ao sucesso, ao erotismo, para se dar bem na vida.

Na prevenção primária, a divulgação de informações é o meio mais conhecido e utilizado, não usando o amedrontamento e sim a “Valorização da vida” como eixo central. Apesar de ser fundamental o conhecimento, ele não é capaz de, por si só, mudar o comportamento dos adolescentes. Para tanto, têm sido usados outros modelos de prevenção primária, tais como: fortalecimento de atitudes saudáveis, promoção de atividades esportivas e culturais, modificação do ambiente e sensibilização de líderes juvenis, com o objetivo de que se tornem multiplicadores junto a seus pares. Vale a pena destacar que as tarefas de prevenção não devem ser somente dos órgãos públicos, mas partir da sociedade, das comunidades e dos cidadãos em geral, tornando-se exemplos para as crianças e adolescentes daquela comunidade. Muitas vezes, em palestras, somos confrontados por pessoas das comunidades que falam sobre “o não existir nada de lazer para os adolescentes naqueles municípios...”, tarefa que não deve ser só do serviço público, mas de todos nós.

Quem tem problemas de uso excessivo de álcool deve: desenvolver atividades que sejam prazerosas, mas que não envolvam o uso de bebidas; substituir o tempo empregado em beber por atividades agradáveis; evitar estar com frequência junto a pessoas que o (a) encorajam a beber e a se embriagar e evitar locais onde o consumo era realizado.

As prevenções, secundária e terciária, envolvem a orientação familiar no tratamento e reinserção dos adolescentes dependentes do álcool no seu meio familiar, educacional e social.

A inexistência de uma política pública integrada contribui para a precariedade das ações e propostas, visando a implementação de medidas preventivas. Mesmo assim, têm sido verificadas iniciativas dos setores da saúde e educação, que ainda não conseguiram mudar o quadro epidemiológico no país relativo ao problema em questão.

Promover a criação de redes de apoio, intensificar a atenção integral à saúde do adolescente e insistir na valorização da vida, podem ser os diferenciais para a prevenção do uso e abuso do álcool pelos adolescentes.

Qualquer pai ou mãe deve se preocupar com o uso de álcool pelos seus filhos adolescentes. Em novembro de 2011, a Academia Americana de Pediatria publicou uma nova política para a prevenção de abuso de substâncias tóxicas por parte dos adolescentes, texto que deve ser lido por quem se preocupa com o assunto. No comunicado “Substance Use Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment for Pediatricians”, publicado na edição de novembro de 2011 da *Revista Pediatrics*, a Academia recomenda que os pediatras sejam bem informados sobre o uso de cigarros, álcool e outras drogas ilícitas e que saibam sobre as tendências de utilização nas comunidades em que atuam.

Os profissionais de saúde deveriam ser treinados para saber detectar adolescentes que usam álcool e drogas, em visitas de rotina ou de tratamento de alguma doença. Todos os jovens podem se beneficiar do aconselhamento de um profissional de saúde sobre álcool e drogas; os que são dependentes de outras substâncias também deveriam ser encaminhados para um tratamento adequado. Os profissionais de saúde devem saber que transtornos psiquiátricos ocorrem em jovens que usam substâncias psicoativas.

Os pediatras devem batalhar e defender que as instituições públicas de saúde e as de saúde suplementar forneçam serviços de equilíbrio mental e abuso de substâncias a todas as faixas etárias, nos mais diferentes estágios de desenvolvimento, com a mesma qualidade e nível de cuidados dos outros serviços de atenção primária.

7. Referências

1. www.cisa.org.br. Álcool e saúde e Álcool e trânsito, acessado em 12/11/2013.
2. www.cebrid.epm.br acessado em 10/05/2014.
3. Ribeiro, PCP. Características biológicas, sociais, demográficas e hábitos de vida de adolescentes em Belo Horizonte: ao primeiro atendimento por equipe interdisciplinar. Tese de mestrado, UFMG, 2004, p.68.
4. Associação Brasileira de Estudos sobre o álcool e outras drogas.
5. Ministério da Saúde, *Revista Canal Médico*, agosto de 1999.
6. www.cisa.org.br. Álcool e gravidez, acessado em 18/11/2013.
7. www.schwartzman.com.br – Síndrome Fetal Alcoólica, acessado em 26/05/14.
8. www.2.uol.com.br/vyastelar/abuso_de_alcool - Uso abusivo de álcool pode diminuir expectativa de vida, acessado em 25/05/14.
9. www.avaliessuconsumo.ufop.br – A interação entre medicamentos e álcool, acessado em 25/05/14.
10. www.humanasaude.com.br – Misturar álcool com energético é um perigo para o coração, acessado em 01/06/14.
11. www.antidrogas.com.br/mostranoticia.php? – Ecstasy e Viagra: perigosa associação, acessado em 01/06/14.
12. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. SUPERA, Módulo 2 “Efeitos de substâncias psicoativas” - 5ª.ed, Brasília, 2014.
13. Pechansky F, Szobot C. M., Scivoletto, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Rev Bras Psiquiatr* 26(11), 2004.
14. Albernaz ALG, Passos SRL. Uso de substâncias psicoativas. In: Coutinho MFG, Barros RR. Adolescência: uma abordagem prática. Ed Atheneu, 2001, p. 237-50.
15. Baus J, Kupek E, Pires M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Rev Saúde Pública*, São Paulo 36(1), 2002.
16. Sanchez Z, Van der Meer OLG, Nappo SA. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciência - Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 9(1), 2004.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília: s.ed, s.d. 1v p. Acervo Digital BVMS MS.
18. Lapate V. A Família e as drogas. In: *Formação de Multiplicadores de Informação Preventiva sobre drogas*. SENAD, 2002, 143-75.
19. Souza DPO, Areco, KN, Da Silveira Filho DX. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, 2005.
20. Pechansky F, Szobot CM, Scivoletto S. Alcohol use among adolescents: concepts, epidemiological characteristics and etiopathogenic factors. *Rev Bras Psiquiatr*, São Paulo, v. 26, 2004.
21. Tavares BF, Beria JU, De Lima MS. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 6, 2004.
22. Levy JK, Kokotailo PK. *Substance use screening, brief intervention, and referral to treatment for pediatricians*. *Am Acad Pediatrics, Pediatrics*, 2011.

Paulo César Pinho Ribeiro

Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; Professor do Curso de Adolescência da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais; Membro da Academia Mineira de Pediatria e Editor da Revista SBP Ciência da Sociedade Brasileira de Pediatria.

E-mail: pcpinhoribeiro@yahoo.com.br