



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

ANÁLISIS DE LOS IMPACTOS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS
BRASILEÑAS SOBRE ALCOHOLISMO: DESAFÍOS EN LA SALUD
Y LA EDUCACIÓN DEL ESTADO DE PERNAMBUCO, BRASIL

TESISTA: Ana Maria Soares Silva

ASESOR: Dr. Hugo André de Lima Martins
CO-ASESOR: Dra. Edilânea Nunes Mélo

Tesis para optar al título de Doctor en Ciencias de la Salud Pública,
con mención en Sistemas y Servicios de Salud

Año 2019

Dedico este trabajo, primero Dios, por a ser em esencial de mi vida, autor meu destino meu de guía esta vez da na angustia. Mi esposo Jefferson Santos, que com amocomparten vida a. Com que has amado y me sentido seguro. Gracias por la atención, capacidad de ae por de tu paciencia me traer paz en la ejecución de este largo viaje. Mi hijo Jefferson Moises e hijas Isabela Mirella y Ana Gabriella por todo el amor y admiración, comprensión y motivación. Aos mis abuelos (*in memoriam*) de José Correia de Almeida y Maria Domingos de Almeida, para que llegué aquí. Corey padres Josiano Correia de Almeida e Senhorinha Soares da Silva, razón para mi existencia, mi hermanos Rogério, Renato e Poliana, mi cuñada Michelle Ricart y mi sobrina y sobrino Caio Ana Julia, la confianza y apoyo. A todos mis maestros, en particular, a mi profesor el Dr. Jorge Manuel Reboredo (*in memoriam*), que inició esta orientación, un gran hombre, una sabiduría espectacular, amplio conocimiento de alma pura y humilde, que aprendí mucho y tuve el privilegio de disfrute de sus sugerencias, orientación y estímulo por el tema abordado. Un gran amigo. Mi amigo y Mentor Dr. Hugo André de Lima Martins por su dedicación, conocimientos transmitidos e iluminar siempre mi camino. Aos mis amigos, por

las alegrías, los dolores compartieron en
las dificultades edolor en este paseo.

GRACIAS

Trabajo doctoral incluye una historia con numerosos retos y posibilidades, por conocimiento, enfrentamientos y alegrías. Y, a pesar del proceso solitario vivió en algunos momentos, reúne, en particular, aportaciones, telas de varias mentes y corazones, que son esenciales para encontrar el mejor curso en cada paso de la caminata. A pie este viaje fue posible solamente con el apoyo, el compartir, el aliento, la energía y el ánimo de muchas personas, a quien dedico este proyecto académico.

Inspirado en esta idea, en primer lugar, doy gracias a Dios, Señor del universo, para la protección e inspiración, por la gracia de la vida, fortalecimiento de la fe inquebrantable, animarme siempre a creer que siempre es posible.

Mi marido, Jefferson Santos, por amor, confianza, comprensión, paciencia e incondicional y motivación, mis hijos amados, Isabella Mirella, Ana Gabriella y Jefferson Moisés, aun en los momentos de distancia, agitados en su alegría, el afecto y la poesía, estímulo para el siguiente paso.

El profesor, el Dr. Jorge Manuel Reborado (*in memoriam*), protagonista de experiencias hermosas, de enseñanza y aprendizaje, junto al fraternal enlace construido, con respecto a las ideas, ya sea en consenso o controversia, convirtiéndose en una lección de vida para mí. Hoy, en otra dimensión, por supuesto, en el plano trascendental, celebra con alegría el logro de su no. Eterno agradecimiento y reconocimiento a haber ennobled y ressignificado el descubrimiento de nuevos conocimientos.

El profesor coordinador, Dr. Ariel, toda orientación, apoyo y disposición a resolver las dificultades que han surgido a lo largo del curso, establecer un refugio seguro para nuestros dilemas y búsquedas, despertando un interés permanente y fructífera, un visión crítica y emancipadora de la vida, enriquecer el tutorial de este Proyecto.

Todos los profesores del doctorado que, con alegría y entusiasmo, han contribuido a mi viaje largo académico, en la ruptura de paradigmas y la exactitud de la mejora del conocimiento científico.

Dr. Hugo André de Lima Martins, que con toda comprensión, humildad y dedicación en un período de duda, cancelación y separadores siguen orientación con tranquilidad, ética y respeto.

Los miembros de la familia que me animó y creía que llegaría a esta etapa de mi vida, sobre todo mi madre, implacable en sus enseñanzas maternas, exuda siempre la esperanza de una nueva era.

Agradezco a la empresa consultar Marques Consult consultoría y Procesamiento de Datos, Recursos Humanos Instituto de Pernambuco-IRH-PE y el Departamento de salud del Estado de Pernambuco (órganos responsables de la vigilancia epidemiológica, Lei Seca y la salud mental) el suministro de los datos necesarios para este estudio.

Por último, mis colegas en el curso, hoy mis amigos y hermanos, ángeles que Dios puso en mi vida, donde formamos un grupo de apoyo de estudio, donde abrazamos y apoyamos mutuamente en días alegres y tristes, siempre avanzando, sin dejar ninguna atrás. Gracias Señor, por haber puesto Fátima Gonçalves, Messias Takahashi, Maria Christiana Felix, Sergio Ribeiro de Sant'ana, Vandir Sousa Araújo, José Tenório de Albuquerque y Luiz Souza Júnior, las personas que acalantaram mis pies cada paso del camino.

As mis compañeros de trabajo Lúcia, Diana, Cibelle, Ana Paula Bezerra, Ana Paula Moreira, Cida, Tereza Valéria, Ana Tereza, Ednéia e Edivânia, Gracias por la sonrisa y el compartir de tiempo, rasgando alegrías de potencializando al lado de dolores e durante este viaje, animarme a ser una mejor persona.

Por último, recordar la canción "No llores por mí Argentina" destacan:

"no llores por mi Argentina
mi alma está contigo...".

LISTAS DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – ‘Uso en la vida’ de alcohol entre los adolescentes y jóvenes.....	40
Gráfico 2 - Pirámide de población, Brasil 2010.....	46
Gráfico 3 - La distribución de la población brasileña por grupos de edad - 2005/2010.....	47
Gráfico 4 - Comparando las encuestas de 2001 y 2005, según la clase socioeconómica de los 1.680 encuestados de ciudades con más de 200 mil hab. En la Región Nordeste.....	77
Gráfico 5 - Comparación entre encuestas de 2001 y 2005, según dependencia del alcohol de los 1.680 encuestados de ciudades con más de 200.000 habitantes en la Región Nordeste.....	78
Gráfico 6 - Usar en la vida de alcohol entre estudiantes de escuela primaria y secundaria, las escuelas públicas de la ciudad de Recife, según género, comparando las tendencias en los años 1987,1989,1993,2004 e 2010.....	125
Gráfico 7 - Usar en la vida del alcohol entre los estudiantes de las escuelas públicas de educación primaria y secundaria de la ciudad de Recife, según grupo de edad, comparando las tendencias en los años 1987, 1989, 1993, 1997, 2004 e 2010.....	125
Gráfico 8 - Conductas de riesgo de los jóvenes de Pernambuco.....	126
Gráfico 9 – Porcentaje de las bebidas más consumidas por los maestros de Caruaru.....	131
Gráfico 10 - Serie mensual del número de coches en Blitz da Lei Seca no Estado de Pernambuco de enero/2014 a julio/2017.....	135
Gráfico 11 - Total de vehículos cubiertos por la mitad en Blitze da Lei Seca, en el Estado de Pernambuco, Brasil de enero/2014 a julio/2017.....	136
Gráfico 12 - El promedio de los vehículos se acercaron a un mes en Blitze da Lei Seca, en el Estado de Pernambuco, en los años 2014 a 2017.....	137
Gráfico 13 - El promedio mensual de vehículos cubiertos en Blitze da Lei Seca, en el estado de Pernambuco, para cada mes del año y global.....	138
Gráfico14 - Distribución de frecuencias del sexo de los conductores cubiertos cada año en el Estado de Pernambuco.....	140
Gráfico 15 - Porcentaje del número de abordar los vehículos que son remolcados en el estado de Pernambuco, por año.....	142

Gráfico 16 - Porcentaje del número de vehículos dirigida que son multados en Blitze da Lei Seca em el estado de Pernambuco, por año.....	143
Gráfico 17 - Porcentaje del número de vehículos se acercaron a las licencias recogidas, en Blitze de Lei Seca el Estado de Pernambuco, por año.....	143
Gráfico 18 - Porcentaje del número de conductores cubiertos que se niegan a hacer se la prueba de contenido de alcohol de la sangre en Blitze de Lei Seca el Estado de Pernambuco, por año.....	144
Gráfico 19 - Porcentaje del número de pruebas de Alcohol que tienen resultados normales em Blitze de Lei Seca el Estado de Pernambuco, por año.....	145
Gráfico 20 -Serie mensual del número de muertes en el estado de Pernambuco, Brasil de enero de 2014 la diciembre de 2016.....	146
Gráfico 21- Total de muertes por accidentes en el estado de Pernambuco, Brasil de enero a julio de 2014 de 2017.....	147
Gráfico 22 – El promedio mensual de muertes en el estado de Pernambuco, para cada mes del año y global.....	148
Gráfico 23 - Distribución de los accidentes mortales de tráfico en el estado de Pernambuco del sexo.....	149
Gráfico 24 -Relación entre el número de muertes en la primera mitad y el número de motocicletas cubiertas en el semestre.....	154
Gráfico 25 -Muestra la relación entre el número de muertes en la primera mitad y el número de hombres cubiertos en el semestre.....	155

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 - Dosis estándar de alcohol/la cantidad de alcohol puro (%).....	28
Tabla 2 - Frecuencia de exposición a las campañas de alcohol o el tabaco entre los adultos.....	36
Tabla 3 - Muertes por causas – CID-10 por región.....	50
Tabla 4 - Número y proporción (%) de muertes con la raíz causa causa raíz y asociados plenamente atribuibles al alcohol, según sexos-Brasil, 2000-2013.....	55
Tabla 5 - Unidades de la Región Nordeste con más de 200.000 habitantes.....	75
Tabla 6 - Usar en la vida del Alcohol distribuido según sexo y grupo de edad de los encuestados en 22 ciudades de 1.680 región noreste con más de 200.000 habitantes.....	76
Tabla 7 - Adolescentes y ERICA muestra estimaban población de acuerdo con el IBGE, por sexo, grupo de edad y macro-regiones en los municipios con más de 100.000 habitantesERICA Brasil 2013-2014.....	123
Tabla 8 - Distribución del consumo de alcohol en los últimos 30 días antes de la recogida de datos según sexo y grupo de edad. La región metropolitana de Recife, Pernambuco.....	128
Tabla 9 - Forma de compra de alcohol en los últimos 30 días antes de recolección de datos. La región metropolitana de Recife, Pernambuco.....	128
Tabla 10 - Evaluación de la ocurrencia de borrachera en la vida, según grupo de edad. La región metropolitana de Recife, Pernambuco.....	129
Tabla 11 - Número y porcentaje de encuestados que ya han consumido alguna bebida alcohólica al segundo sexo de borrachera.....	132
Tabla 12 - Número y porcentaje de encuestaron según el sexo y la evaluación de la pregunta: "después de beber te ya?".....	132
Tabla 13 - Número y porcentaje de profesores que nunca han sido testigos de cualquier estudiante que esté usando drogas legales (alcohol de humo) según el tipo de escuela.....	133
Tabla 14 - Número y porcentaje de profesores que ya han tomado alguna bebida alcohólica a embriaguez según el hecho de ya tienen o no actuaban en aislamiento con cualquier estudiante con el objetivo de educar sobre las drogas.....	133
Tabla 15 - Estadísticas clave del número de coches que se acercó mensualmente por blitze da Lei Seca en el Estado de Pernambuco, por los meses del año.....	138

Tabla 16 - Distribución de frecuencias del sexo de los conductores cubiertos cada año por las Blitze da Lei Seca en el Estado de Pernambuco.....	139
Tabla 17 -Distribución de frecuencia del tipo de vehículo cubierto cada año por Blitze da Lei Seca em el Estado de Pernambuco.....	141
Tabla 18 - Distribución de frecuencias del número de Vehículos remolcados, número de entradas que hace, el número de licencias recogidas y el número de negativas a la prueba de Alcoholnas Blitze de Lei Seca, por ano.....	142
Tabla 19 -Tabla de distribución de los resultados de pruebas de Alcohol.....	144
Tabla 20 -Estadísticas clave del número de coches que se acercó mensualmente por las Blitze da Lei Seca en el estado de Pernambuco, por los meses del año.....	148
Tabla 21 -Principales características de los casos de muerte, por sexo y total.....	150
Tabla 22 -Distribución de frecuencias de la edad, sexo y total.....	151
Tabla 23 -Estadísticas clave de la distribución de la edad de las víctimas, por sexo y total.....	152
Tabla 24 - Serie semestral, de 2014 a 2016, interesante y variable índice de crecimiento promedio anuales de las variables.....	153

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa de la organización política administrativa de Brasil.....	42
Figura 2 - Estados que conforman la región nordeste.....	44
Figura 3 - Enfermedades y condiciones asignadas a alcohol.....	54
Figura 4 - Distribución de problemas relacionados con el uso de alcohol y otras drogas y la complejidad de los recursos necesarios.....	69
Figura 5 - Mapa del Estado de Pernambuco- Brasil.....	72
Figura 6 - Pernambuco quien bebe 1.....	79
Figura 7 - Pernambuco quien bebe 2.....	80
Figura 8 - Pernambuco quien bebe 3.....	81
Figura 9 - Archipiélago Fernando de Noronha (PE) (Morro dois irmãos).....	84
Figura 10 - Archipiélago Fernando de Noronha (PE).....	85
Figura 11 - Calle da Aurora – Recife.....	87
Figura 12 -Vista desde la parte superior de Alto da Sé– Olinda.....	88
Figura 13 - Iglesia y Monasterio de São Bento– Olinda/PE.....	89
Figura 14 – Las Calles de Olinda/PE.....	91
Figura 15 - Red de Atención Psicosocial – RAPS.....	98
Figura 16- Algunos hitos de las políticas públicas brasileñas sobre el alcohol y otras drogas.....	110
Figura 17- Verificar el cero de las víctimas de accidentes de tráfico.....	113
Figura 18 - Frase usada en carteles.....	121

LISTA DE SIGLAS

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópica
LENAD – Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
INPAD - Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas
LOA – Lei Orgânica de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
CAPS – Centro de Apoio Psicossocial
CAPS AD – Centro de apoio Psicossocial Álcool e Drogas
OMS – Organização Mundial de Saúde
CID – Classificação Internacional de doenças
RAPS – Rede de Atenção Social
UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo
CISA – Centro de Informações sobre Saúde e Álcool
SENAD- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
PNAD – Política Nacional sobre Drogas
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
AC – Acre
RO – Rondônia
RR – Roraima
AM – Amazonas
AP – Amapá
TO – Tocantins
PA - Pará
MT – Mato Grosso
MS – Mato Grosso do Sul
GO – Goiás
DF – Distrito Federal
SP – São Paulo
MG – Minas Gerais
RJ – Rio de Janeiro
PR – Paraná
RS – Rio Grande do Sul

SC – Santa Catarina

BA – Bahia

SE – Sergipe

AL – Alagoas

PE – Pernambuco

PB – Paraíba

RN – Rio Grande do Norte

PI – Piauí

CE – Ceará

MA – Maranhão

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (acquired immunodeficiency syndrome).

SIM – Sistema de Informações de Mortalidade

DCV – Doenças Cardiovasculares

CA – Câncer

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

INPD – Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde

LOS – Lei Orgânica de Saúde

SAF – Síndrome Alcoólica Fetal

ABIA - Associação Brasileira da Indústria de Alimentação

EUA – Estados Unidos da América

ANVISA – Agência nacional de Vigilância Sanitária

CONAR - Conselho Nacional de Auto-regulamentação Publicitária.

ESF – Estratégia Saúde da Família

ACS – Agente Comunitário de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

UA – Unidades de Acolhimento

CCC – Centro de Convivência e Cultura

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

SHR – Serviço Hospitalar de Referência
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
SAMU -Sistema de Atendimento Móvel Urbano
PVC – Programa de Volta para Casa
MDS – Ministério de Direitos Humanos
SDH – Secretaria de Desenvolvimento Social
CR – Consultório de Rua
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Avançada
SAA – Síndrome de Abstinência Alcoólica
DAS – Síndrome da Dependência Alcoólica
AA – Alcoólicos Anônimos
DSS – Determinantes Sociais de Saúde
VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
ANMP – Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social
CEPAD – Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas
SUAS – Sistema único de Assistência Social
CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana (*Human Immunodeficiency Virus*)
SEPOD – Secretaria Executiva de Políticas sobre Drogas
ZEPEC – Zonas Especiais de Proteção Cultural do Sítio Histórico
UPAE – Unidade de Pronto Atendimento e Atenção Especializada
CONTRAN – Conselho Nacional de Trânsito
SES-PE – Secretaria Estadual de Saúde – Pernambuco
SIH – Sistema de Informações sobre Internações Hospitalares
GERES – Gerência Regional de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN.....	18
1.1	Objetivo General.....	20
1.2	Objetivos Específicos.....	20
1.3	Justificación.....	21
1.4	Pregunta-problema.....	23
1.5	Hipótesis.....	23
1.6	Estructuración del Trabajo.....	24
2	DESARROLLO.....	26
2.1	El Alcoholismo.....	26
2.1.1	Consumo de Alcohol y Generalmente a lo Largo de la Historia.....	31
2.1.2	Publicidad de Bebidas Alcohólicas en Brasil.....	34
2.2	Alcoholismo en Brasil: Caracterización Social, Demográfico e Epidemiológico.....	37
2.2.1	Política y Administrativa Caracterización Brasil.....	41
2.2.1.1	<i>Región Nordeste – Enfoque del Estudio.....</i>	<i>43</i>
2.2.2	Perfil Sociodemográfico de Brasil.....	45
2.2.3	Perfil Epidemiológico de Brasil.....	48
2.2.4	Morbilidad y la Mortalidad por Violencia en Brasil.....	51
2.2.5	Morbilidad y Mortalidad Relacionadas con el Consumo de Alcohol.....	52
2.2.6	Evolución de las Políticas de Salud.....	59
2.3	Tratamiento de la Adicción de Alcohol.....	60
2.3.1	Síndrome de Abstinência Alcohólica – SAA.....	61
2.3.2	Síndrome de Dependência del Alcohol.....	63
2.3.3	Alcohólicos Anônimos (AA).....	64
2.4	El Problema del Alcoholismo y el Estado de Pernambuco.....	65
2.4.1	El Estado de Pernambuco, Brasil.....	71
2.4.2	El Alcoholismo em Pernambuco.....	74
2.4.3	Archipiélago Fernando de Noronha/PE y Consumo de Alcohol.....	84

2.4.4	Recife – Capital de Pernambuco.....	87
2.4.5	Olinda – Tercera Más Grande Ciudad de Pernambuco.....	88
3	METODOLOGÍA.....	92
3.1	Tipo de Estudio.....	92
3.2	Sitio del Estudio.....	92
3.3	Población de Estudio.....	92
3.4	Criterios de Inclusión.....	92
3.5	Critérios de Exclusión.....	93
3.6	Recolección de Datos.....	93
3.7	Análisis de los Datos.....	94
3.8	Aspectos Éticos.....	94
4	RESULTADOS.....	95
4.1	Políticas Públicas para combatir el alcoholismo en el estado de Pernambuco.....	95
4.1.1	Red de Atención Psicosocial (RAPS).....	96
4.1.2	Centros de Atención Psicosocial (CAPS).....	98
4.1.3	Oficina de la Calle.....	100
4.1.4	Centro de Convivencia y Cultura.....	102
4.1.5	Unidad de Acogida.....	103
4.1.6	Comunidades Terapêuticas.....	105
4.1.7	Servicio Residencial Terapéutico.....	107
4.1.8	Programa de Vuelta a Casa (PVC).....	108
4.2	A Lei Seca.....	109
4.2.1	La Ley Seca em el Estado de Pernambuco.....	113
4.3	Políticas Públicas Sobre el Alcoholismo em las Ciudades de Pernambuco.....	116
4.3.1	Políticas Públicas Sobre Alcoholismo em Recife/PE.....	116
4.3.2	Políticas Públicas em Relación con el Consumo de Alcohol em Olinda.....	121
4.4	Análisis de los Impactos del Alcoholismo em la Educación em Pernambuco.....	122

4.5	Análisis de los Datos da Lei Seca en el Estado de Pernambuco.....	135
4.5.1	Muertes por Accidente de Tráfico en el Estado de Pernambuco Debido al Alcoholismo.....	145
4.5.2	Tasas de Crecimiento Cada Seis Meses de las Variables.....	152
4.6	Número de Muertes por Alcoolismo em Pernambuco.....	156
5	DISCUSSÃO.....	158
6	CONSIDERACIONES FINALES.....	162
	REFERÊNCIAS.....	166
	ARCHIVOS ADJUNTOS.....	180
	Archivo Adjunto 1 – LEI 11.705/2008 – LEI SECA.....	181
	Archivo Adjunto 2 – Declaração de Anuência.....	185
	Archivo Adjunto 3 – Parecer Consubstanciado do CEP.....	186
	Archivo Adjunto 4 – Continuação do Parecer.....	187
	Archivo Adjunto 5 – Coordenação da Operação Lei Seca.....	188

RESUMO

O alcoolismo, considerado um grave problema de saúde pública, tem trazido variadas consequências negativas à toda a sociedade, pois é associado à elevadas taxas de doenças e mortalidade. O objetivo deste estudo foi analisar o impacto das políticas públicas brasileiras no alcoolismo e sua relação com a educação e a saúde no estado de Pernambuco. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem quantitativa. Os dados vieram de diversas fontes: sistemas de informação acessíveis aos Ministérios da Saúde e da Educação de Pernambuco e ao Ministério da Saúde do Brasil. Os recursos E-SUS e TABWIN foram utilizados. Os resultados da presente investigação sugerem que – embora as políticas de saúde para o controle do abuso de álcool estejam orientadas na direção certa e o Brasil tenha avançado em alguns pontos do confronto do uso abusivo e perigoso de álcool e drogas – na prática ainda há um longo caminho a percorrer para chegar a uma solução significativa para esse problema. Em particular, em Pernambuco – que está entre os dez estados com maior percentual de pessoas que consomem álcool regularmente – há muitos desafios que ainda precisam ser enfrentados para reduzir o impacto do abuso de álcool na educação e na saúde. Políticas públicas de saúde voltadas ao combate ao problema do alcoolismo devem considerar suas peculiaridades, características, efeitos e consequências em todas as regiões do país.

Palavras-chave: Alcoolismo. Prevenção, Saúde Pública, Pernambuco, Brasil.

RESUMEN

El alcoholismo, considerado un grave problema de salud pública, ha traído graves consecuencias negativas para toda la sociedad, ya que está asociado a altas tasas de enfermedades y mortalidad. El presente estudio tuvo como objetivo analizar el impacto de las políticas públicas brasileñas sobre el alcoholismo, y su vinculación con la educación y la salud en el estado de Pernambuco. Este es un estudio exploratorio descriptivo, de enfoque cuantitativo. Los datos provinieron de varias fuentes: sistemas de información accesibles a las Secretarías de Salud y Educación de Pernambuco, y al Ministerio de Salud de Brasil. Se utilizaron los recursos E-SUS y TABWIN. Los resultados de la presente investigación sugieren que – aunque las políticas de salud para el control del abuso del alcohol están orientadas en la dirección correcta y Brasil ha avanzado en algunos puntos del enfrentamiento del uso abusivo y peligroso del alcohol y las drogas – en la práctica falta mucho por hacer para llegar a una solución significativa de esta problemática. En particular, dentro de Pernambuco – que se encuentra entre los diez estados con mayor porcentaje de personas que ingieren alcohol regularmente – son muchos los retos que todavía se deben afrontar para reducir el impacto del abuso del alcohol sobre la educación y la salud. Las políticas de salud pública orientadas a la lucha contra el problema del alcoholismo, deberían considerar sus peculiaridades, características, efectos y consecuencias en todas las regiones del país.

Palabras clave: Alcoholismo, Prevención, Salud Pública, Pernambuco, Brasil.

1 INTRODUCCIÓN

Se considera que siempre existe una relación entre personas con diferentes sustancias psicoactivas desde los albores de la humanidad. Tal relación se pretende alcanzar el placer, minimizar el sufrimiento frente a la realidad, así como algunos que se utilizaban en rituales religiosos, creencias y mitos relacionados con la (BUCHER, 1992 apud SANTOS; BAIRRO; BULLA, 2015).

Hubo una transformación en esta relación ya que se establecen los criterios para la clasificación de sustancias, drogas, separación que, la producción, consumo y venta tendría respaldo legal y así las lícitas e ilícitas (VILLA, 2006 apud SANTOS; BAIRRO; BULLA, 2015).

La historia de drogas y alcohol y de la humanidad es una larga, y algunas sociedades han elaborado normas de protección individual y colectiva, prevención de daños. Tradiciones y costumbres han cambiado con los años, pero todavía psicoactivos son parte de la vida de muchas personas. En muchos países, aceptan el uso de él es que fue construido durante varios siglos (ACSELRAD, 2014).

En la vista de Olievenstein (1984) apud Acelrad (2014, p. 8), "el problema de la droga no existe en sí mismo, pero es el resultado de un producto, una personalidad y un modelo socio-cultural". Esto significa, según el autor, que cualquier persona, en cualquier momento, puede quedar con un vertido tóxico de la parte delantera, sin embargo, no todas las personas que sufren de alcohol o alguna droga, enfermar, porque "en la droga, hay no suerte igual para todos".

Las bebidas alcohólicas son sustancias psicoactivas como tantas otras y lo que las diferencia son sus aspectos de la producción, el comercio y el uso permitidos por la ley que influyen en su accesibilidad a la población. A su vez, el alcohol es una droga universal de lisuada que, debido a que tiene diferentes usos en diferentes culturas, tiene la capacidad de cambiar estados de conciencia y modificar el comportamiento (LACERDA, 1999; GUIMARÃES & GRUBITS, 2007 apud ACSELRAD, 2014).

Considerado un problema de salud pública, el consumo abusivo de alcohol se relaciona con una gama de problemas de salud, incluyendo trastornos mentales, suicidio, cáncer, cirrosis, daños intencionales y no intencionales (beber y conducir), comportamiento agresivo, trastorno a las familias, los accidentes de trabajo y menor productividad industrial. Destaca que el consumo abusivo de bebidas alcohólicas tiene

conexión directa con la tasa de morbilidad y mortalidad (BURGER; BRÔNSTRUP; PIETRZIK, 2004 apud MORAES et al., 2005).

En Brasil, entre 1970 y 1996, ahí fue observado un aumento de 74,53% en el consumo de bebidas alcohólicas, donde se estima que 11,2% de la población brasileña es dependiente de alcohol, sin embargo, hay una mayor prevalencia de dependencia en individuos masculinos. Estos datos son aún más preocupantes cuando se analizan desde la perspectiva de la distribución de la edad y la investigación han demostrado que 41,2% de los estudiantes de educación primaria y secundaria de público, entre 10 y 12 años, hizo uso de alcohol por lo menos Vez (CARLINI et al., 2002; BYE; ROSSOW, 2010 apud FERREIRA et al., 2011).

En 2001, el centro brasileño de información sobre drogas psicotrópicas (CEBRID) llevó a cabo en investigaciones de nivel nacional (107 ciudades) que demostraron una prevalencia de consumo de alcohol de 77.3% de los hombres y 60,6% de las mujeres (CARLINI et al., 2002).

Según el alcohol nacional y la encuesta sobre drogas (Lenad), que se llevó a cabo por el Instituto Nacional de ciencia y tecnología a las políticas públicas sobre el alcohol y otras drogas (Inpad), en el noreste de Brasil, el consumo de alcohol es frecuente y regular en 48% de las personas físicas. La capital de noroeste, respectivamente, que consumen bebidas alcohólicas son: Teresina en Piauí, con 21.6%; Recife en Pernambuco, Fortaleza, Ceará con 16,3% y 21% (BARACHO, 2014).

Otros datos relevantes indican que entre el 20% y el 40% de las personas que ingresan a hospitales generales ha relación con el uso de bebidas alcohólicas y el 5% de las muertes de personas de 15 a 29 años son causado por el abuso de alcohol (FERREIRA et al., 2011).

En relación con los desafíos del alcoholismo en la educación, este ejemplo en un estudio realizado en Caruaru, en Pernambuco, que el 47,5% de los profesores de escuelas públicas y privadas evaluó drogas legales consumidas y el 37,7% consumió drogas ilícitas. Aquellos que han usado drogas, 23% eran fumadores; todos hicieron uso de bebidas alcohólicas, especialmente cerveza (33.3%) y vino (20.0%) siendo el mayor consumo de bebidas alcohólicas en hombres (60.0%) y en el grupo de edad tenían de 31 a 40 años (MACIEL et al., 2012). Esto lleva a la comprensión de que a menudo los casos de profesores y estudiantes que consumen alcohol excesivo son poco reportados.

Los datos del Sistema de Información Médica (SIM), para el período comprendido entre enero/2015 y enero/2017, demostraron que se concedieron 36 licencias de tratamiento de salud a los empleados del Departamento de Educación de Pernambuco relacionados con el alcoholismo.

La disponibilidad es uno de los componentes fundamentales del consumo de sustancias. Si la sustancia es barato, fácilmente accesible y conveniente, el consumo será intensa y, en consecuencia, hay que ser cada vez más la cantidad e importancia de los problemas asociados con ella, como es el ejemplo del alcohol.

Según la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2011), el consumo excesivo de alcohol está asociado con una serie de enfermedades en todo el mundo, especialmente los países de ingresos medios y bajos, y esto hace que el incentivo de los nuevos estrategias para reducir estas enfermedades.

Es pertinente que en Brasil, que todavía carece de estudios de investigación fiables sobre el consumo de alcohol, haya una mayor investigación en los diversos contextos geográficos, socioeconómicos y culturales abarcados en sus diversas regiones. El estudio en cuestión trata sobre el consumo de alcohol en el Estado de Pernambuco y las políticas públicas existentes para combatir esos impactos en la sociedad de Pernambuco.

1.1 Objetivo General

El objetivo del presente estudio ha sido analizar el impacto de las políticas públicas en Brasil sobre alcoholismo, y su vinculación con los retos en educación y salud en el estado de Pernambuco en torno a esta problemática.

1.2 Objetivos Específicos

a) Describir las políticas de salud pública que funcionan en el estado de Pernambuco en relación con el alcoholismo;

b) Analizar los efectos, basados en la literatura, del alcoholismo en la salud y su relación con la educación en el estado de Pernambuco;

c) Analizar el impacto del alcoholismo en los accidentes de tráfico en el estado de Pernambuco;

d) Verificar qué enfermedades son más frecuentes debido al alcoholismo en el estado de Pernambuco;

e) Estudiar el número de muertes por alcoholismo en el tráfico en el estado de Pernambuco.

1.3 Justificación

Siendo considerado un importante problema de salud pública en Brasil, el alcoholismo viene traer varias consecuencias negativas para la sociedad. Melo (2005) ya ha puesto de relieve los daños del alcoholismo y los problemas derivados del mismo al sistema de salud, destacando que el alcoholismo y las enfermedades resultantes de él son responsables de las causas importantes de las hospitalizaciones.

El consumo excesivo de alcohol se asocia con más de sesenta (60) tipos de enfermedades, incluyendo trastornos mentales, suicidios, cáncer, cirrosis, daño intencional e involuntario (beber y conducir), comportamiento agresivo, trastornos familiares, accidentes en el reducción de la productividad industrial y la productividad del trabajo. También se asocia con comportamientos de alto riesgo, incluyendo el sexo inseguro, con la contribución de enfermedades de transmisión sexual y el uso de otras sustancias psicoactivas (MORAES et al., 2005).

En Brasil, el alcohol representa el 85% de las hospitalizaciones resultantes del consumo de drogas; 20% de las hospitalizaciones en la práctica general y 50% de las hospitalizaciones masculinas psiquiátricas. Sólo entre 1995 y 1997, las hospitalizaciones derivadas del abuso y dependencia del alcohol y otras drogas generaron un gasto de R\$ 310 millones (BRASIL, 2014).

El consumo de alcohol se ha ido extendiendo muy rápidamente, facilitado por el bajo costo y el fácil acceso a todas las capas sociales, generando gran preocupación en lo académico, terapéutico, familiar y, en algunos países, también.

Aunque genera empleos y beneficios para productores, vendedores, anunciantes, inversores, alcohol aporta un coste social expresivo que supera con creces la cantidad recaudada por impuestos sobre su producción y comercialización.

Los problemas relacionados con el alcohol no sólo afectan a los consumidores individuales, sino también a toda la comunidad, incluso a las personas que no beben, incluidos los familiares y las víctimas de violencia y accidentes asociados con el uso de bebidas alcohólicas.

Según Laranjeira y Romano (2004), los expertos señalan que el aumento de los precios de las bebidas alcohólicas es el medio más eficaz para reducir la embriaguez al volante, especialmente en los jóvenes. En los Estados Unidos, el aumento del 10% en el precio de las bebidas alcohólicas redujo la probabilidad de conducir ebrio en un 7% para los hombres y un 8% para las mujeres, con reducciones aún mayores en los niños menores de 21 años (KENKEL, 1993 apud LARANJEIRA; ROMANO, 2004).

Varios estudios, como los de Laranjeira et al. (2012), han examinado el impacto de los precios del alcohol en los homicidios y otros delitos (incluidos el secuestro, asalto, robo, robo de vehículos, violencia doméstica y abuso infantil).

Teniendo en cuenta la importancia de las políticas públicas relacionadas con el alcohol para la salud, la seguridad y la economía internacional, que realizaron un estudio con la participación de varios especialistas de nueve países para evaluar diferentes políticas para el consumo de Alcohol. Se compuso una lista de mejores prácticas sobre la base de los siguientes criterios: evidencia de eficacia, existencia de apoyo científico, posibilidad de transposición para diferentes culturas y costos de implementación y apoyo. Cinco de estas prácticas se refieren a las políticas de control del alcohol (reguladoras): 1) establecimiento (y supervisión) de la edad mínima legal para la compra de bebidas alcohólicas; 2) monopolio gubernamental sobre las ventas minoristas de bebidas; 3) restricción de horas o días de venta; 4) restricciones de densidad en salidas de alcohol; 5) Crear impuestos para el alcohol (LARANJEIRA; ROMANO, 2004). Las políticas públicas que están actualmente en vigor en Brasil, claramente, no tienen un análisis y actualizar a menudo. Esta desorganización observada hace que el país no puede lograr una reducción y control de la incidencia del alcoholismo y sus consecuencias.

Debido al trabajo realizado durante tres años como Coordinador de la Unidad de Salud Familiar, brindando atención a pacientes alcohólicos, y por haber asumido la junta ejecutiva de la Policlínica Inacinha Duarte, y la enseñanza de ejercicios en el Curso de Enfermería, precisamente en las disciplinas de Salud Mental, Alcohol y otras Drogas y Salud Pública, se observó por este investigador la necesidad de mejorar los estudios dentro de esta área.

Además, las preguntas sugeridas son urgentes cuando el tema tratado se refiere a la salud física, psicológica y social de las personas, porque es la Política de

Salud y el alcoholismo en Brasil, lo que demuestra la necesidad de realizar estudios descriptivos políticas de salud pública centradas en las políticas públicas de salud de la población brasileña. Analizar las políticas públicas es de suma importancia para verificar lo que está funcionando y lo que no ha funcionado, así como para realizar actualizaciones y crear nuevas políticas para satisfacer las necesidades de la población si es necesario.

Cada estado, como es el caso de Pernambuco, tiene un indicador diferente en relación con alcoholismo, con lo cual, cada estado tiene que conocer y analizar su realidad y adopte las medidas necesarias para solucionar el problema.

1.4 Pregunta Problema

Em la presente investigación, se ha pretendido responder a las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las consecuencias económicas y sociales del alcoholismo en la sociedad brasileña?, ¿cuál es el impacto económico del alcoholismo en los sistemas de salud de Brasil, especialmente dentro del estado de Pernambuco?, ¿cuáles son los efectos del alcoholismo en el sector educativo, en relación con profesores y alumnos en el estado de Pernambuco?

1.5 Hipótesis

Se espera que pocas políticas públicas se implementen completamente y que aún queda mucho por implementar o actualizar para reducir la cantidad de alcohólicos en el estado de Pernambuco y, en consecuencia, problemas individuales (enfermedades, por ejemplo) y sociales (accidentes de tráfico y violencia, por ejemplo) asociados con el abuso de alcohol.

Otra hipótesis es que el gasto en el sistema de salud para el tratamiento de enfermedades relacionadas con el alcohol y lesiones causadas por accidentes de tráfico debido al abuso de alcohol está aumentando.

Otra hipótesis es que las consecuencias del abuso del alcohol cruzan las capas sociales de la sociedad brasileña, y afectan a las personas independientemente de cualquier condición, materiales, finanzas, género, edad, credo, etnia.

1.6 Estructuración del Trabajo

Esta investigación se estructura de la siguiente manera: en el capítulo primero, se hace una explicación sobre el análisis de los impactos de las políticas públicas brasileñas, en relación con el alcoholismo, en el estado de Pernambuco, que es el tema de este estudio, haciendo hincapié en la importancia de esta cuestión como un problema importante de salud pública. A continuación, se hace hincapié en cuál es el objetivo general del trabajo y cuáles son sus objetivos específicos. La justificación continúa señalando que el alcoholismo ha traído varias consecuencias negativas para toda la sociedad y señalando las razones de esta investigación.

El problema del problema es el siguiente subtema de la introducción que genera un problema que se debe investigar en el estudio. Las hipótesis se plantean y luego se consideran o no al final de la obra.

El segundo capítulo es el desarrollo de la parte teórica, y en el primero de sus subcapítulos se ocupa del alcoholismo, su uso y costumbre a lo largo de la historia y la publicidad de bebidas alcohólicas. El siguiente tema de este capítulo se refiere al alcoholismo en Brasil haciendo una caracterización social, demográfica y epidemiológica. Destaca las características políticas y administrativas del país, la región noreste de Brasil, que es el foco del estudio, el perfil sociodemográfico, epidemiológico y la mortalidad por violencia y por el consumo de alcohol, mostrando también la evolución de las políticas de salud. También en este segundo capítulo se trata de la dependencia alcohólica; abstinencia y síndrome de abstinencia alcohólica; síndrome de dependencia del alcohol; de alcohólicos anónimos. Luego, el Estado de Pernambuco y el problema del alcoholismo, que abarca el Estado de Pernambuco, el alcoholismo en Pernambuco, el Archipiélago Fernando de Noronha y el consumo de alcohol, trata de Recife, la capital de Pernambuco y Olinda, la tercera ciudad más grande de Pernambuco.

El tercer capítulo de la investigación se ocupa de los métodos utilizados en este estudio. Cubrir el tipo de estudio, sitio de estudio, población de estudio, inclusión y criterios de exclusión de las referencias utilizadas, recopilación de datos, análisis de datos y aspectos éticos para el estudio.

El cuarto capítulo trae los resultados del estudio. Y se centra en las políticas públicas para combatir el alcoholismo en el estado de Pernambuco. Hace una explicación sobre la Red de Atención Psicosocial - RAPS; Centros de Atención Psicosocial - CAPS; Oficina de la calle; Centro de Convivencia y Cultura; Unidades de

Recepción, Comunidades Terapéuticas; el Servicio Residencial Terapéutico; el Programa Vilita para el Hogar – PVC. El siguiente tema del cuarto capítulo se refiere a la Lei Seca y Lei Seca en el Estado y Pernambuco.

Este capítulo también trata de las políticas públicas relacionadas con el alcoholismo en ciudades de Pernambuco, hablando de políticas públicas sobre el alcoholismo en Recife/PE y políticas públicas sobre el consumo de alcohol en Olinda/PE. También analiza los impactos del alcoholismo en la Educación en Pernambuco y también analiza los datos de la Prohibición en el estado de Pernambuco. A continuación, destaca las víctimas mortales por accidente de tráfico en el estado de Pernambuco debido al alcoholismo y presenta las tasas de crecimiento semestral de las variables. El número de muertes por alcoholismo en Pernambuco concluye este capítulo.

El quinto capítulo trata de las consideraciones finales, terminando con la presentación de las referencias utilizadas a lo largo del estudio. La labor también incluye algunos anexos para una mejor aclaración del tema abordado.

2 DESARROLLO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la bebida alcohólica es la causa de más de 200 enfermedades y lesiones descritas en la clasificación internacional de enfermedades (CI-10). Hay muchos problemas de salud derivados del abuso de alcohol, entre ellos están: alcoholismo, cirrosis hepática, cáncer, enfermedades cardiovasculares, trastornos neurológicos, depresión y mayor exposición a accidentes y violencia. Estudios recientes apuntan al uso de alcohol en la ocurrencia de enfermedades transmisibles como la tuberculosis (REHM et al., 2010).

En Brasil, según el Lenad – II Encuesta Nacional de alcohol y drogas, llevado a cabo por el Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología a las Políticas Públicas sobre el Alcohol y otras Drogas (Inpad), en el año 2012, 6.8% de la población consideran a los dependientes del alcohol, lo que equivale a aproximadamente 11,7 millones de brasileños. La población de la región noreste, que es un foco de esta encuesta, el 48% de los sujetos afirman beber regularmente.

De esta manera, la obra en cuestión, en este segundo capítulo, preparada un estudio sobre alcoholismo, alcoholismo en Brasil, su caracterización social, demográfica y epidemiológica; el tratamiento de la dependencia del alcohol; políticas de salud pública con respecto al alcoholismo en el estado de Pernambuco.

2.1 El Alcoholismo

La primera definición de alcoholismo surgió alrededor del año 1849 cuando Magnus Huss define el alcoholismo como un conjunto de manifestaciones patológicas del sistema nervioso central en diversas esferas y puede ser de un psíquico, sensorial y motor. Con los años que el concepto de alcoholismo ha experimentado una redefinición por Morton Jellinek, que clasifica el alcoholismo como enfermedad e incluso define que el alcohólico es una persona cuyo consumo de alcohol puede traer riesgos para sí mismos propia, la sociedad o ambos (LINO, 2006).

El Decreto Ley N° 6.117/2007 que "aprueba la Política Nacional sobre el Alcohol, que establece medidas reducir el abuso de alcohol y su asociación con la violencia y el crimen y otros asuntos", es que figuran en el anexo I, del artículo su III, sobre el concepto de bebida alcohólica:

A los efectos de esta política, se considera que bebida alcohólica que contiene 0,5 grado Gay-Lussac¹ o más concentración, incluyendo bebidas destiladas, fermentadas y otras preparaciones, como la mezcla de bebidas y destilados, así como preparados farmacéuticos que contienen contenido de alcohol en o por encima de 0,5 grado Gay-Lussac (BRASIL, DECRETO N° 6.117/2007, ANEXO I, ITEM III).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualiza alcoholismo de una forma más general, informes que la misma no tiene una descripción individual, sino más bien, la totalidad de los problemas motivados por el alcohol que causa familiares orgánicos, trastornos mentales, social y profesional, trayendo consecuencias morales y económicas (SOUSA et al., 2008).

Los factores que pueden llevar al abuso de alcohol son muchas y pueden ser de origen: genético, psicológico y sociocultural. Complicaciones relacionadas con la ingesta excesiva de alcohol no están necesariamente vinculadas al estado crónico, pero también las condiciones clínicas con cambios psicológicos, comportamiento transitorio o de comportamiento, tales como las colocaciones que Desde la ligera embriaguez, coma, dificultad respiratoria y muerte de anestesia (SOUZA; ARECO; SILVEIRA FILHO, 2005).

Melo (2005) notas que los males del abuso de alcohol han existido siempre, sin embargo, fueron ignorados o incluso negado, como aún ocurre hoy. Grahham y Campbell (1991) citados por Melo (2005, p. 13) añade que "fármacos aprobados por las sociedades, alcohol fue más profundamente golpeado el curso de nuestras vidas, por lo que hay no hay celebraciones sin consumo de alcohol". Según los autores,

cualquier bebida alcohólica contiene la misma cantidad de alcohol puro por dosis estándar y, desde esta perspectiva, no es no "débil" como filas generalmente cerveza frente al vino y Ron/whisky. Esto significa que, si bebes un vaso de 300 ml de cerveza, comer la misma cantidad de alcohol puro (12 g), 0,2 g/l en sangre (contenido de alcohol de la sangre), similar a 150 ml de vino o 40 ml de Ron/whisky (LIMA, 2003 apud MELO, 2005, p. 13).

Para mejor explicar, una dosis estándar de alcohol por cantidad de alcohol puro.

¹Grados Gay-Lussac: indicar que el porcentaje de alcohol que una mezcla contiene. Medido según la cantidad de alcohol que existe por cada 100 litros de la mezcla. Así, una mezcla de GL 11 tiene 11 litros de alcohol puro por cada 100 litros de mezcla.

Tabela 1 - Dosis - estándar de alcohol/la cantidad de alcohol puro (%)

Tipos de Bebidas	Teor Alcoólico (%)	Dose Padrão (vol/ml)	Qtde. de Álcool Puro/Dose Padrão	Taxa de Álcool no Sangue (Alcoolemia)	Taxa de Álcool / Ar Respirado
Cerveja	4,5 a 5%	300 ml	12 g	0,2 g/l	0,25 mg/l
Vinho	12 a 14%	150 ml	14 g	0,2 g/l	0.25 mg/l
Cachaça ou Uísque	40 a 50 %	40 ml	14 g	0,2 g/l	0,25 mg/l

Fonte: Lima (2003) apud Melo (2005, p. 14)

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud han advertido sobre el hecho de que entre los diez factores de riesgo para adquirir enfermedades prevenibles, alcohol ocupó el quinto lugar. Alcohol contribuido con 4% de las causas de enfermedades y sustancias ilícitas contribuyeron solamente 0,8%. La OMS que señaló los daños del alcohol como la tercera causa general de morbilidad y mortalidad en el mundo. "Por lo tanto, no escasean de llamadas importantes a diversos gobiernos y organismos responsables del desarrollo de políticas públicas demostrando que esto es un problema grave de salud pública global" (MELO, 2005, p. 14).

El alcoholismo es un fenómeno caracterizado por la complejidad, encuentra en la interfaz de saberes diversos, como profesionales de la salud, privilegiando los aspectos biológicos, como ocurre en las escuelas de medicina, o aspectos psicodinámicas, como ocurre en la formación de psicólogos, que demuestran un vacío de conocimiento que impide la visibilidad de la dimensión cultural y social de la materia [...] cuando dice que es alcoholismo una enfermedad ser multidisciplinar y tratado multidisciplinariamente (CRUZ; FERREIRA, 2001; DONATO, 2002 apud MELO, 2005, p. 17).

Señala el autor que consumo excesivo de alcohol afecta al cuerpo como un todo y los resultados en diversas enfermedades. Enfermedades derivadas del alcoholismo que se puede considerar son: la gastritis, hemorragias digestivas, cirrosis hepática, enfermedad pancreática aguda o crónica, las polineuropatías periféricas, Síndrome de Alcoholismo Fetal (SAF), enfermedades del músculo enfermedades del corazón, hipertensión arterial, entre otros.

Según Ronaldo Laranjeira, organizador de la segunda encuesta nacional sobre alcohol y drogas, en 2012, Brasil tuvo un muy buen crecimiento en los últimos 10 años y "está demostrado que un mayor ingreso per cápita está relacionado con aumento del consumo de alcohol, que hace del país un mercado prometedor para la industria del alcohol" (LARANJEIRA et al., 2012, p. 34).

Según el autor, aunque la primera encuesta nacional de alcohol (I LENAD) llevó a cabo en el año 2006 ha demostrado que la mitad de los brasileños no eran consumidores de alcohol, se observó también que las tasas de uso y la dependencia perjudiciales fueron entre el bebedores de.

Pone de relieve Baracho (2014), el alcohol social y culturalmente aceptado y a veces incluso animó a, ha desarrollado una amplia gama de problemas sociales y de salud. Y además de enfermedades relacionadas con el consumo abusivo de la bebida, él sigue siendo asociado con diversos problemas de salud, mentales y sociales, lleva a depresión, violencia, accidentes de tráfico. Sin embargo, destaca al autor, la lucha contra el alcoholismo como enfermedad enfrenta a obstáculos, como el prejuicio y la falta de preparación del sistema de salud unificado brasileño por lo que puede ser superada adecuadamente. En investigaciones realizadas en Brasil

el alcohol demostró para ser responsable de cerca del 60% de los accidentes de tráfico y aparece en el 70% de los cadáveres informes de muertes violentas. Según la última encuesta hecha por el Centro Brasileño de Información sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) entre los estudiantes de primer y segundo grado de 10 capitales brasileñas, bebidas alcohólicas son consumidas por más del 65% de los encuestados, siendo bien adelante de tabaco. Entre ellos, 50% comenzó a usar entre 10 y 12 años de edad (KREISCHE; SORDI; DIEMEN, 2011, p. 47).

En cuanto a los patrones de consumo, los autores señalan que "alcohol puede ser consumido de diversas maneras, según las características culturales del sitio y que el consumo". Es necesario permanecer atentos especialmente a tipos que pueden ser muy perjudiciales para la salud. El abuso es un patrón de uso de la sustancia conduce a un deterioro clínicamente significativo o malestar, que ocurren dentro de un período de 12 meses. El uso constante del alcohol/solicitante conduce a dañar las actividades de un individuo, incluyendo causando problemas en sus relaciones interpersonales, puede exponer a la persona o a otras personas en situación de riesgo e incluso desencadenar problemas legales por el uso de sustancia, sin embargo, el individuo sigue con alcohol (KREISCHE; SORDI; DIEMEN, 2011, p. 48-49).

Los autores señalan que el alcohol es una sustancia legal que se encuentra en una incontable variedad de bebidas, consumo se mide por las dosis. Una dosis equivale a 14 gramos de alcohol. Para obtener el equivalente dosis de una cierta bebida, es necesario multiplicar la cantidad del mismo por su concentración de alcohol. Así es la cantidad absoluta de alcohol de la bebida. Entonces hizo la conversión: 1 dosis por cada 14 g de alcohol.

Hay varios efectos del alcohol en el cuerpo ya que viene en contacto con la sangre.

El cuerpo comienza a tratar de eliminar del cuerpo. Sin embargo, el solamente alrededor 10% de la sustancia es expulsado rápidamente (a través del sudor, respiración, orina), y el resto se metaboliza por el organismo. El metabolismo es un proceso químico que consiste en una serie de pasos, con la mayoría por el hígado. El alcohol tiene la función de reducir la actividad del cerebro y actúa directamente en distintos órganos como el hígado, corazón, vasos sanguíneos y en la pared del estómago. La intensidad de los síntomas de la intoxicación está directamente relacionado con la cantidad de alcohol en la sangre. El desarrollo de la tolerancia, la velocidad de la ingesta, consumo de alimentos y algunos factores ambientales pueden también interferir en la relación (KREISCHE; SORDI, DIEMEN, 2011, p. 50).

En el alcoholismo se produce como efectos físicos agudos aumento diuresis (secreción de orina); reducción de reflejos y cambios de marcha (caminar); náuseas y vómitos y aumento de frecuencia cardíaca y presión arterial. "La intoxicación es el uso nocivo de sustancias en cantidades superiores a las tolerables para el organismo". Intoxicación viene con signos y síntomas que se caracterizan por primero, una leve euforia, evolucionando a mareos, ataxia (movimientos incoordenação), después de la confusión y desorientación y llegar a diversos grados de anestesia, coma (KREISCHE; SORDI; DIEMEN, 2011, p. 50-51).

Existen algunos criterios diagnósticos para la intoxicación del alcohol, según kreische; Sordi; Diemen (2011), tales como:

- (a) la ingesta reciente de alcohol;
- b) Cambios conductuales o psicológicos clínicamente significativos y poco adaptativos, tales como: comportamiento sexual o agresivo inapropiado, inestabilidad del estado de ánimo, deterioro del juicio, deterioro del funcionamiento social u ocupacional, desarrollado durante o poco después de la ingesta de alcohol;
- c) Uno o más de los siguientes signos, que se desarrollan durante o poco después del consumo de alcohol: habla arrastrada; falta de coordinación; marcha

inestable; nistagmo (oscilación, movimientos oculares rítmicos y repetitivos); pérdida de atención o memoria; estupor (inconsciencia parcial con suspensión de actividad física y psíquica) o coma.

d) Los síntomas no se deben a una afección médica general o se explican mejor por otro trastorno mental (KREISCHE; SORDI; DIEMEN, 2011, p. 51).

Como para el manejo de la intoxicación, consideran los autores que la persona que demuestra los graves síntomas de intoxicación debe ser referida para tratamiento de emergencia; en el manejo de la intoxicación aguda por alcohol, debe obtener la historia completa de la persona, si ha habido uso reciente y antecedentes de abstinencia y el alcohol; Se recomienda colocar al individuo en un entorno seguro y tranquilo; Es importante para tirarla a un lado para evitar la aspiración de vómito; los signos vitales deben controlarse regularmente y es necesario mantener al paciente hidratado; debe tenerse cuidado para evitar caídas (KREISCHE; SORDI; DIEMEN, 2011, p. 52).

2.1.1 Consumo de Alcohol y Generalmente a lo Largo de la Historia

Por el registro arqueológico, el consumo de alcohol se remonta a más de 8000 años, con alcohol en aquel momento tenía un muy bajo contenido de alcohol debido a sufrir sólo el proceso de fermentación en su fabricación. Sólo con el paso del tiempo se descubrió el proceso de destilación, que se tradujo en las bebidas con mayor contenido. La revolución industrial trajo a la sociedad un aumento en el consumo de bebidas alcohólicas, justificado por el principio de la producción en masa de la misma (CRUZ, 2017).

En el período colonial, los colonos y misioneros que residen en Brasil utilizan la bebida alcohólica autóctona, que fue producida a partir de raíces como la yuca o mandioca y frutas, como el marañón, la piña y la jabuticaba, sin embargo, varias fueron las raíces y los frutos utilizados. Cabe señalar que la preparación de bebidas fue hecha por las mujeres (india) (RAMINELLI, 2005; ACSELRAD et al., 2012).

Lo autores señalan un detalle interesante es que la bebida fue elaborada basada en caldo de yuca a través de la saliva, esta bebida fue llamada cauim. Este procedimiento de fermentación, no higiénico, de alguna manera fue aceptado debido a su equivalencia con la técnica utilizada para producir el vino, que se realizó mediante

el proceso de amasado las uvas con sus pies, que no eran siempre desinfectados.

Como Dias (2008) y Acselrad et al. (2012), entre la población indígena, la acción de consumo de alcohol no era frecuente, pero usado en ciertas ocasiones (y ritos religiosos de paso). Donde el colectivo la experiencia, el uso de bebidas a base de alcohol, fue una manera de facilitar la socialización y la conexión con lo sobrenatural. Sin embargo, la sustancia en ese momento tenía cualidades nutricionales y medicinales, justificado, tal vez, la materia prima utilizada. En esta época de la Colonia, la embriaguez no estaba vinculada a la moral y sí a lo sagrado.

Sin embargo, consumo no era liberal, porque dentro de la población indígena, había reglas, su ser prohibido o restringido el consumo antes de la pubertad y entre los niños, una de las pruebas de virilidad al matrimonio era el estado de intoxicación. Se celebraron las reuniones para el consumo de bebidas alcohólicas una vez al mes, y en esas reuniones fue prohibida la ingestión de alimentos sólidos. El baile, canto y silbido fueron parte de estas celebraciones y eran considerados como estimulantes de la ingesta continuada, donde hombres y mujeres pudieran bailar, sin embargo, desde lados opuestos (DIAS, 2008; ACSELRAD et al., 2012).

Añadir a los autores que bebidas alcohólicas también fueron ingeridos en tiempos de revuelta como pérdidas de peleas y por otras razones. En estas ocasiones la ingestión de bebidas alcohólicas fue antes de la alimentación. Esta conducta era considerada un mantenimiento de la tradición y también como una forma de resistencia a la misión de la catequesis y la expansión colonial. Como ya se mencionó, hubo varias propiedades medicinales en cauim, entre ellos estaban: la prevención de la malaria, las mordeduras de serpientes, la sífilis y para combatir el frío y debe señalarse que además de la ingestión, el cauim a menudo puede aplicarse directamente en superficie corporal del individuo en un estado de enfermedad (DIAS, 2008; ACSELRAD et al., 2012).

Entre el 18 y 19 siglos, boticarios y médicos receitavam drogas (medicinas), que en su composición tenían además de frutas, plantas, flores, especias y agua, el licor (brandy, licores y vino). Además de entrar en la preparación de los medicamentos que se prescriben el consumo de estas bebidas por separado podría poseer función medicinal, como el vino, fue utilizada como un tónico del corazón, como preventivo de la tuberculosis (FIGUEIREDO, 2005 apud ACSELRAD et al., 2012).

En la sociedad colonial, desde el centro delante del siglo XVII, en las salas, si se consume vino, en un momento cuando las personas pertenecientes a la clase baja, fueron el consumo de aguardiente de caña de azúcar (cachaca, goteo y caninha). Lo más destacado es que los indios tenían el ron como bebida de la ciudad y no su habitual (DIAS, 2008 apud ACSELRAD et al., 2012).

Con el tiempo, el consumo de aguardiente empezaron a difundir lo que popularizó en territorio brasileño, el ron era considerado una bebida masculina, pero de alguna manera fue incluido en la rutina de las mujeres de las clases más bajas, como el mismo la consume como un suplemento alimenticio, así como los hombres de esta clase, mientras que los hombres tenían un mayor poder adquisitivo consumen el aguardiente como aperitivo (MEZAN ALGRANTI, 2005 apud ACSELRAD et al., 2012).

Sin embargo, considera Magno (apud Acselrad et al. 2005, 2012) intereses económicos que involucran alcohol han sufrido interferencias. Los conflictos de carácter económico entre los productores de brandy y vinos/licores, significó que la corona prohíbe la comercialización de licores en todo el país, excepto en el estado de Pernambuco, donde los esclavos se les permitía el consumo y la producción del aguardiente.

De esto se presentó un acontecimiento histórico importante que merece atención, la conocida rebelión de Cachaça, que ocurrió en el verano de 1660. Al principio el levantamiento fue suprimido en gran parte, pero en 1695 viene a su orden con el triunfo de los productores de aguardiente, teniendo como principal resultado la derogación de la prohibición sobre el consumo y la producción de aguardiente, que, en aquel momento, había aumentado la producción, si su fabricación de un producto de bajo costo, difundir el consumo de bebidas alcohólicas en todo territorio brasileño, según Caetano (2008) citado por Acselrad et al., (2012).

La iglesia católica de su tiempo, acepta el consumo de vino por la sociedad colonial, sin embargo fue contra la ingestión de alcohol ilegal, afirmando que se trataba de que los colonos mantenerse fuera de su juicio normal, que condujo a menudo al acto pecaminoso. Por todo ello, a un significativo proceso de alcoholismo, especialmente de indígenas y esclavos. Es fundamental conocer las características históricas de este proceso, para entender el impacto cultural sufrieron desde el principio y que dura hasta la actualidad (DIAS, 2008; MEIRA, 2010 apud ACSELRAD et al., 2012).

Dias (2008) citan por Acselrad et al (2012), señala que en tiempos más recientes, los indígenas llaman el uso excesivo de bebidas alcohólicas para el estado de caos, que bebidas comprados en la ciudad son más fuertes, como Ron, coñac, vino, cerveza, whisky y que las bebidas tendrían menor energía nativa de la embriaguez. Los nativos creen que pueden existir usos indeseables consumo bebidas nativas, aunque piensan a borracho de beber menos.

Peleas en la familia y entre amigos, accidentes, disminución de la productividad, pérdida u olvido de la cultura y la incorporación de formas de copa de la ciudad, se consideran, hoy en día, los síntomas indeseables de uso. Sin embargo, la bebida hasta cero es parte de la cultura, y el rechazo al consumo de ser interpretado como ingratitud, negación de la sociabilidad. Curiosamente, el tratamiento o castigo para uso incontrolado sería ingerir una mayor cantidad de bebida. La bebida se asocia todavía a sociabilidad, como la falta de control ocurre cuando quiere llenar la barriga de ron como alimento (DIAS, 2008 apud ACSELRAD et al., 2012, p. 35).

Alcoholismo, hoy en día, es una de las enfermedades más comunes entre los grupos de indios brasileños, un hecho ligado a los cambios que han ocurrido en su forma de vida.

2.1.2 Publicidad de Bebidas Alcohólicas en Brasil

En la visión de Ilana Pinsky, un psicólogo e investigador en el Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología a otras Políticas de Drogas y el Alcohol, el clima social favorable casi en su totalidad al consumo de bebidas alcohólicas tiene mucho que ver con la publicidad, debemos mucho a ella. Campañas preventivas de alcohol acaban perdiendo su fuerza y capaz de alcanzar los objetivos perseguidos, desde ambientes llenos de alegría, belleza y sensualidad ganan espacios publicitarios y ejercen una influencia directa sobre la gente, al principio, en mantenimiento y consumo de alcohol mayor.

Hay una gran publicidad en las bebidas alcohólicas de Brasil, principalmente en cuanto a la bebida más consumida es la cerveza. Varios factores facilitan el consumo de bebidas alcohólicas y son ampliamente explotados por las industrias de publicidad, entre ellos se encuentra el fácil acceso a este producto, ya sea por precio, facilidad de establecimientos que venden o a gran escala horarios de los establecimientos que ofrecen estos productos. La publicidad de bebidas alcohólicas ejerce una gran influencia en el consumo, sin embargo la mayoría de ellos es sutil, como cuando una

persona observa un anuncio no sienten la urgencia inmediata de consumir la bebida, pero ese deseo está implícito en la conciencia y Cuando esto va a un establecimiento que ofrece este producto, siente la necesidad de consumirla (PINSKY, 2009).

Según el autor, la publicidad también utiliza la influencia asociando el consumo de bebidas alcohólicas, porque asocian los momentos de consumo de sexualidad, relajación, alegría, celebraciones y hasta los momentos de tristeza, como la bebida, el elemento que puede ayudar al individuo a superar estos momentos (PINSKY, 2009).

Es revelador que durante años, dos o tres marcas de cerveza se encuentran entre los diez anuncios más recordados y apreciados por el público, independientemente del grupo de edad de encuestados. En la actualidad, la legislación (Ley 9.294, 1996) sólo considera bebida alcohólica con un contenido en alcohol por encima de 13 ° GL, excluyendo, por lo tanto, algunos vinos, "coolers" y todas las cervezas. Esto significa que la publicidad de cerveza puede pasar en cualquier momento, en cualquier programa (PINSKY, 2009, p. 11).

El autor agrega que algunas agencias gubernamentales tienen un interés en examinar el contenido de anuncios. El Ministerio Público Federal, el Ministerio de Salud, el Procon, la Vigilancia de la Salud Nacional Agencia, ANVISA y el Congreso Nacional ven actuar con enfoque en la regulación y la prohibición de anuncios. "Este movimiento es criticada por agencias de publicidad y órganos representativos, que se organizan alrededor de una autorregulación de su trabajo". La industria del alcohol sostiene que la publicidad es un instrumento de las marcas de elección del individuo, puesto que él ya es un consumidor (PINSKY, 2009, p. 16).

En el Alcohol Nacional II y drogas encuesta - Lenad, Laranjeira et al. (2012) teniendo en cuenta la frecuencia con que personas están expuestas a campañas publicitarias o anuncios de tabaco o alcohol. Presenta una tabla que se construyó durante su investigación, con una población de 14 años o más.

Tabela 2 - Frecuencia de Exposición a las Campañas de Alcohol o el Tabaco entre los Adultos

População Geral (14 anos ou mais)	Nenhuma vez	Menos de uma vez por mês	1-3 vezes por mês	Pelo menos 1 vez por semana ou mais	NS/NR
	%	%	%	%	%
K18. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você viu propagandas/ anúncios em outdoors, revistas, jornais, na tv ou na rádio de: BEBIDAS ALCOÓLICAS	22,4	8,3	16,2	51,9	1,3
K18. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você viu propagandas/ anúncios em outdoors, revistas, jornais, na tv ou na rádio de: CIGARROS	43,4	12,8	14,0	28,0	1,9
K19. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você viu anúncios de prevenção em outdoors, revistas, jornais, na tv ou ouviu na rádio de: BEBIDAS ALCOÓLICAS	52,5	13,6	13,2	19,2	1,3
K19. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você viu anúncios de prevenção em outdoors, revistas, jornais, na tv ou ouviu na rádio de: CIGARROS	55,5	13,6	12,9	16,6	1,3
K20. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você viu propagandas/ anúncios na internet ou visitou o site das companhias de: BEBIDAS ALCOÓLICAS	84,6	4,9	3,7	4,3	2,4
K20. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você viu propagandas/ anúncios na internet ou visitou o site das companhias de: CIGARROS	87,5	4,3	2,5	3,1	2,5

Fonte: Laranjeira et al. (2012, p. 81)

Se puede observar, como los autores,

Entre algunas de las preguntas de estudio diseñadas para medir la memoria de la población acerca de los anuncios y los anuncios de cigarrillos o de bebidas, tanto aquellas relacionadas con el marketing como los de prevención, algunos resultados son: (i) la memoria en la población de anuncios de venta de licor es mucho mayor que la memoria de anuncios de venta de cigarrillos – sólo el 22,4% de los encuestados dijo que no haber visto ninguna publicidad y publicidad de bebidas alcohólicas en cualquier Los medios de comunicación (excepto Internet) en los últimos 30 días, este cociente es 43.4% de la población en relación con los anuncios de cigarrillos; (ii) por otra parte, la memoria de anuncios relativos a la prevención es casi idéntica en la población comparación de cigarrillos y bebidas alcohólicas(LARANJEIRA et al., 2012, p. 81-82).

En Brasil, según Pinsky (2009), agencias de publicidad siguen las reglas del código de autorregulación, que está bajo la responsabilidad de la Conar (Consejo Nacional de Autorregulación Publicitaria). CONAR es una agencia no gubernamental, fundada en 1980, por los anunciantes que temía a las medidas gubernamentales de prohibición de la propaganda. Se creó un sistema de "control ético" de la publicidad,

a través de la elaboración de un código de autorregulación y ética, responsable de juzgar las infracciones de las reglas del código.

Agrega Acselrad et al. (2012, p. 62) que “la publicidad es una de las estrategias más poderosas para expandir la industria de bebidas. La inversión es un millonario para alcanzar los diferentes nichos de los consumidores”. Recuerde que por ejemplo, en 2010, la cervecera de Budweiser americana pagado cerca de 5 millones de dólares para un comercial de 60 segundos en la televisión durante la final del Campeonato de fútbol.

Los mercados de alcohol son desarrollados por empresas de publicidad a través de su asociación con diferentes manifestaciones vinculadas a un estilo de vida deseable, como deportes, comportamientos valorados e identidades singulares que varían según el cultura local. En Brasil, más específicamente, además de explorar temas relacionados con la sexualidad, la virilidad y el éxito personal, la atención llama la atención sobre el hecho de que la publicidad del alcohol a menudo se apropia de símbolos nacionales como la samba y la Selección Brasileña de Fútbol (PINSKY, 1999 apud ACSELRAD et al., 2012, p. 62).

Según Acselrad et al (2012), alcohol, como bienes de uso común, rara vez es manejado por el nombre estigmatizado “droga”. Esto facilita su aceptación y permite los anuncios que pretenden hacerlo, al menos en lo imaginario, omnipresente. Esta familiaridad/intimidad con el alcohol puede ser percibida por apodos cariñosos y familiares con los que se hace referencia popularmente, (no Brasil), como: gelada, cerva, breja, branquinha, marvada, birita, fumegante, goró, pinga, purinha, manguaça, mé, etc.

2.2 Alcoholismo en Brasil: Caracterización Social, Demográfico y Epidemiológico

Según el Ministerio de Salud, Brasil (2015), el país es, en realidad, una importante transición demográfica, como resultado de la reducción abrupta de la tasa de fecundidad y altas tasas de envejecimiento de la población. La transición epidemiológica se ha caracterizado, entre otras cosas, por el grave problema causado por enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, el fuerte crecimiento de causas externas.

Según la Organización Mundial de la salud, en estudios de Soares et al. (2017), el consumo de bebidas alcohólicas en todo el mundo representa el 3.2% de todas las

muerres y 4% de años perdidos por la adicción. "El consumo de alcohol se ubica entre los cinco primeros factores de riesgo para muerte prematura y la discapacidad, siendo una considerable proporción de ellos entre los jóvenes" (BRASIL, 2015, p. 269). Que el consumo de alcohol exceso representa un problema de salud pública importante, ya que crea dificultades para la prevención y tratamiento de trastornos causados por el alcoholismo y como resultado, el aumento de la exclusión social.

La UNIFESP-Universidade Federal de São Paulo, en 2007, presenta los datos recogidos por Soares et al., (2017, p. 22) señala que el 52% de los brasileños mayores de 18 años ingieren bebidas alcohólicas al menos una vez al año. "Haciendo una comparación entre mujeres y hombres, quienes consumen bebidas alcohólicas representan el 1% y el 65% entre los hombres. Entre el 11% hombres adultos consuman diariamente y 28 por ciento consumen 1 a 4 veces por semana".

Estudios brasileños, llevada a cabo por CISA-Centro de Información sobre Salud y Alcohol, encontraron que "el país está en el tercer lugar en la tasa de mortalidad como resultado de alcohol entre los hombres (74 por cada 100.000 habitantes) y en 11 ° lugar entre las mujeres (12 por cada 100 miles de habitantes). Esto relaciona los resultados en los años 1990 y 2010, la disminución en la tasa de mortalidad para las mujeres, aproximadamente el 6% y aumento de aproximadamente el 23% para los hombres. A pesar de la reducción en la mortalidad relacionadas con el alcohol en casi todos los países que conforman la región de las Américas, la mayoría de las muertes ocurre en 30 a 59 años y durante este período era considerado la mayor productividad personal y profesional de las personas.

Por lo tanto, es de suma importancia prestar atención al hecho de que los datos indican que el alcohol, tabaco y drogas ilícitas están entre los 20 factores de riesgo más grande para los problemas de salud identificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El tabaco es responsable de 9% de todas las muertes, mientras que el alcohol es designado como responsable de drogas ilícitas y el 3.2% por 0.4% de todas las muertes (HUMENIUK; POZNYAK, 2004).

Además, mayoría de los daños relacionados con el alcohol afecta a un grupo de usuarios más amplia, conformado por los usuarios de riesgo 1 y perjudiciales (ANDERSON, 1991). Según Humeniuk y Poznyak (2004), una variedad de daños a la salud puede estar relacionada al uso de alcohol y otras drogas, tales como disminución de la inmunidad a la infección, ansiedad, depresión, problemas con el sueño y los problemas físicos. El impacto del consumo de sustancias psicoactivas

asociadas con la delincuencia y la violencia también ha debatido cada vez más alrededor del mundo (WHO, 2004).

Como Brito et al., (2005), ya que la violencia de 1970 es citada como una causa importante de morbilidad y mortalidad en el sector de la salud, despertando gran preocupación con este tema, razón por la cual el mismo ha dejado de ser un problema único área social para ser también un problema de salud pública.

En un estudio propuesto por el Centro Regional para la Atención del Abuso Infantil (CRAMI-Rio Preto), Escuela de Medicina de São José do Rio Preto, sobre la incidencia de la violencia doméstica contra niños y adolescentes, 32% de los hogares indica que el alcohol es un factor desencadenante de la violencia y el 9% dice que la ocurrencia de la violencia está vinculada a drogas ilícitas.

Consideran Chalub y Telles (2006), que hay una alta proporción de actos violentos cuando el alcohol está presente entre los agresores, sus víctimas o ambos.

SENAD-Nacional de la droga política Secretaría, estudios científicos con el fin de hacer la planificación de las políticas públicas sobre los problemas individuales y sociales inherentes en el uso de drogas y alcohol.

Así, a través de la VI Encuesta Nacional sobre el consumo de psicofármacos entre primaria y alumnos de secundaria de escuelas públicas, una encuesta realizada en 27 capitales de estado brasileño, en el año 2010. Esta investigación contó con la participación de varios investigadores CEBRID/UNIFESP-Brasil centro de información sobre drogas psicotrópicas, la Universidad Federal de São Paulo, y SENAD también bajo la supervisión de Carlini et al. El estudio tenía como objetivo conocer la prevalencia de y patrones de uso de drogas y alcohol y sus efectos sobre los estudiantes brasileños de la educación primaria y secundaria, en 2010.

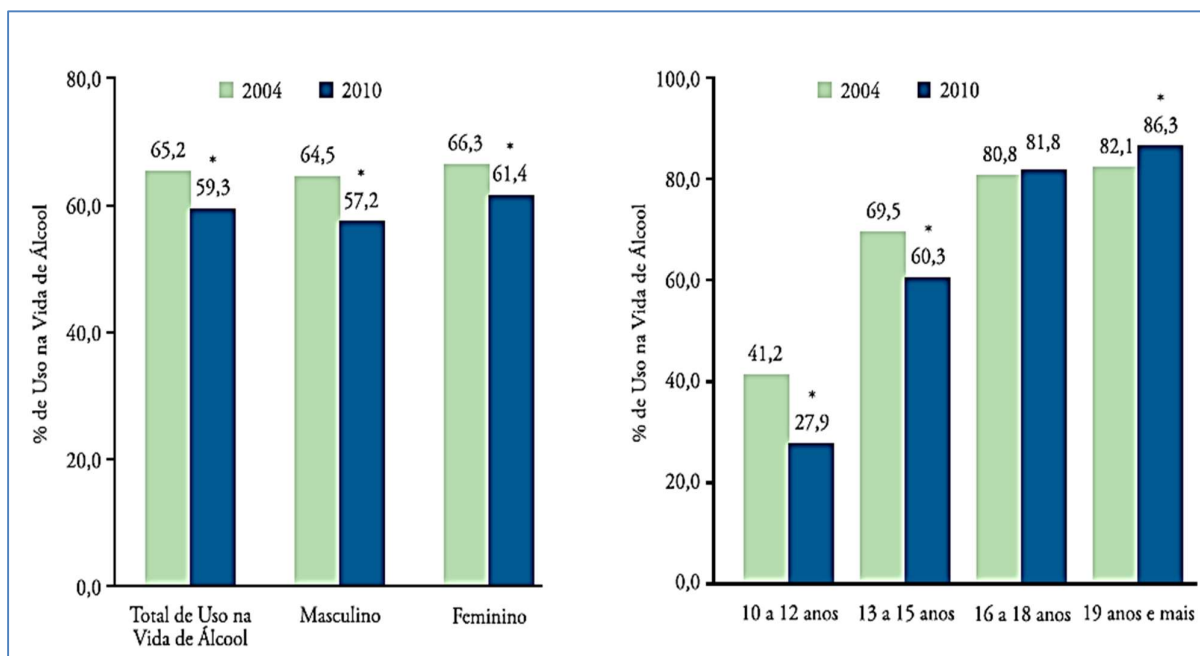
El diagnóstico es compatible con las directrices de la Política Nacional contra las Drogas – PNAD, que reafirma la importancia estratégica de la realización continua de estudios e investigaciones, con el fin de contribuir a la construcción de series históricas sobre el tema y monitor evolución del fenómeno.

La muestra total de las 27 capitales de estado brasileño para el estudio de la encuesta VI estuvo conformada por 50.890 estudiantes, con la escuela pública 31.280 y red privada 19.610. En lo referente a género, 51.2% eran hembra y macho de 47.1%. Hubo un predominio de la edad de 13 a 15 años (42.1%) y estudiantes sin lag número/edad (80.4%). Las clases sociales predominantes fueron C (34.2%) entre los

estudiantes de la pública y B (42.4%) entre los estudiantes de la red privada (CARLINI et al. 2010).

El gráfico 1 muestra el 'consumo de alcohol en mi vida' entre los adolescentes y jóvenes de 10 a 19 años o más.

Gráfico 1 - 'Uso en la vida ' de alcohol entre los adolescentes y jóvenes



Fonte: Carlini et al. (2010, p. 31)

El gráfico 1 presenta, en la primera parte, a la izquierda, la “vida de alcohol uso” entre estudiantes de primaria y secundaria de la red pública de las 27 capitales de estado brasileño, según el género, comparando los años 2004 y 2010. En el segundo gráfico de la derecha, aparece en la “vida del uso de alcohol” entre los estudiantes de primaria y secundaria de la red pública de 27 capitales brasileñas según grupo de edad, comparando los años 2004 y 2010. Puedes ver en el gráfico que entre 2004 y 2010 hubo una reducción en el número de estudiantes que dijeron consumir bebidas alcohólicas.

2.2.1 Política y Administrativa Caracterización Brasil

Según Acselrad et al (2012, p. 10), la organización política y administrativa del Brasil comprende la Unión, los Estados y los Municipios, todos autónomos. "Brasil es

una República Federal formada por 26 Estados, unión además del Distrito Federal y 5.565 municipios". La Constitución Brasileña de 1988 presentada como justificación para la existencia y el mantenimiento del estado brasileño: soberanía, ciudadanía, dignidad de la persona humana, los valores sociales del trabajo y la libre empresa y el pluralismo político.

Históricamente y geográficamente la división política administrativa del Brasil no siempre fue como el actual, los marcos de política administrativa entre los siglos 15 y 20, experimentó varias modificaciones, a saber: donatarias, capitanías hereditarias y provincias, la única manera de llegar a lo que es hoy en el territorio nacional (SIMONSEN, 2017).

Según el autor, la organización política administrativa actual ha llegado con la curiosidad del Presidente de la República Getúlio Vargas en mediados de 1938, expandir el conocimiento del país y todos sus aspectos, incluyendo datos sobre población de Brasil, creando así el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), que es una herramienta fundamental e importante en este y otros aspectos en Brasil.

Ya entre los años de 1941 a 1945 aparecen en primeras divisiones regionales en el país, la primera división fue basada y basada en aspectos naturales. Cabe señalar que, en 1945, el Brasil fue dividido en 7 regiones: Norte, Nordeste Occidental, Nordeste Oriental, Centro-Oeste, Leste Setentrional, Leste Meridional e Sul. Una nueva división regional del territorio nacional se presenta en mid 1969 a 1970, el diseño regional hoy. Donde, aún con el cambio de la Constitución Federal de 1988, esta configuración regional sigue vigente (SIMONSEN, 2017; PORTAL SÃO FRANCISCO, 2017).

El Brasil de la organización político administrativa actual está dividido en 27 Unidades Federativas, con 26 Unidades Estados y 1 Distrito Federal (Brasilia). Además, debe señalarse que estos Estados se subdividen en municipios y se dividen en distritos. Otro aspecto importante es que el país se agrupan en 5 grandes regiones, que son: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul (Figura 1) (IBGE, 2017; SIMONSEN, 2017; PORTAL SÃO FRANCISCO, 2017).

Agrega Acselrad et al (2012) que la división del territorio en cinco grandes regiones era una manera de obtener límites de retención para una cierta unidad de paisajes, clima y características socio-culturales. El país compone de cinco regiones: Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul.

Figura 1: Mapa de la organización política administrativa de Brasil



Fonte: <http://www.simonsen.br/eja/arquivos-pdf/geo-capitulo-14.pdf>

La Región Norte consiste en 7 Estados: Acre (AC), Rondônia (RO), Roraima (RR), Amazonas (AM), Pará (PA), Amapá (AP) e Tocantins (TO). El paisaje está marcado por la extensión de la selva amazónica brasileña, cortada por el río Amazonas y sus afluentes son importantes medios de transporte y supervivencia de la población (ACSELRAD et al., 2012). Sin embargo, incluso la región más grande en área geográfica es el número más bajo de la población.

La Región Centro-Oeste es el segundo en extensión territorial así como la Región Nordeste el número de habitantes es pequeño. Se compone de 3 Estados: Mato Grosso (MT), Mato Grosso do Sul (MS) e Goiás (GO) y el Distrito Federal (Brasília). Su área geográfica se caracteriza por la presencia de la región pantanal y el cerrado y el clima es predominantemente tropical. En cuanto a la economía es que esta región

es, en su mayoría enfocadas en agricultura (CAVALCANTE; REIS, 2012; PORTAL SÃO FRANCISCO, 2017).

Añadir a los autores que la Región Sudeste consiste en 3 Estados: São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Minas Gerais(MG) Esta tríada se considera el estado más evolucionado y rica región del país, debido al gran desarrollo económico, industrial y agrícola, al servicio en las últimas décadas como el espacio para los que converge la población empobrecida de otras regiones, en especialmente en el noreste, lo que es la región más poblada del país. El clima en esta región también varía dependiendo de la ubicación, en la costa de la costa atlántica y en las tierras altas tropicales de altitud. Cabe señalar que la ciudad de Sao Paulo se destaca en términos de desarrollo y número de habitantes, siendo la más poblada de Brasil.

La Región Sul es la más pequeña en área geográfica y que más recibió/recibe a Europea influye, siendo compuesto de 3 Estados: Paraná (PR), Rio Grande do Sul (RS) e Santa Catarina (SC)). El clima es subtropical, siendo homogénea. Cabe señalar que la Región Sul es también una región con una fuerte presencia a lo largo de la producción agrícola brasileña y urbanización es su expresivo, pero no tan intensa y desordenada como en el Sudeste (CAVALCANTE; REIS, 2012; PORTAL SÃO FRANCISCO, 2017).

Una información importante es que la Constitución Federal de 1988 garantiza la autonomía de los canales de organización política de Brasil (IBGE, 2017).

2.2.1.1 Región Nordeste-Enfoque del Estudio

La región del Nordeste es el foco de este trabajo, especialmente el estado de Pernambuco. Según Cavalcante e Reis (2012) y Portal São Francisco (2017), la región del Nordeste es el segundo cuando se refiere al número de población, población distribuida en 9 Estados: Bahia (BA), Sergipe (SE), Alagoas (AL), Pernambuco (PE), Paraíba (PB), Rio Grande do Norte (RN), Piauí (PI), Ceará (CE) e Maranhão (MA). El clima de la región varía según la ubicación y el centro semiárido y la oriental y parte occidental con un clima húmedo (FRANCISCO, 2018).

Figura 2 - Estados que conforman la Región Nordeste



Fonte: Francisco (2018)

La Región Nordeste, según Francisco (2018), tiene una extensión territorial de 1.554.257,0 km², siendo considerado el tercer mayor complejo regional de Brasil, ocupando el 18.2% de la superficie del país. El territorio noreste se limita a la regiones Norte (a oeste), Centro-Oeste (a sudoeste), Sudoeste (ao sul), Además de estar bañada por el océano Atlántico (Norte y Leste).

Según datos del Censo de 2010, realizado por el IBGE, los 53,081,950 habitantes noreste de la población total, aproximadamente un 28% de la población residente en Brasil. La densidad de población es de 34,1 personas por kilómetro cuadrado; crecimiento de la población es de 1.3% al año. La población urbana es mayoría (73%). El estado de Bahia es los más poblados (14.016.906 habitantes); Sergipe tiene la concentración más pequeña de la población región (2.068.017 habitantes) (FRANCISCO, 2018).

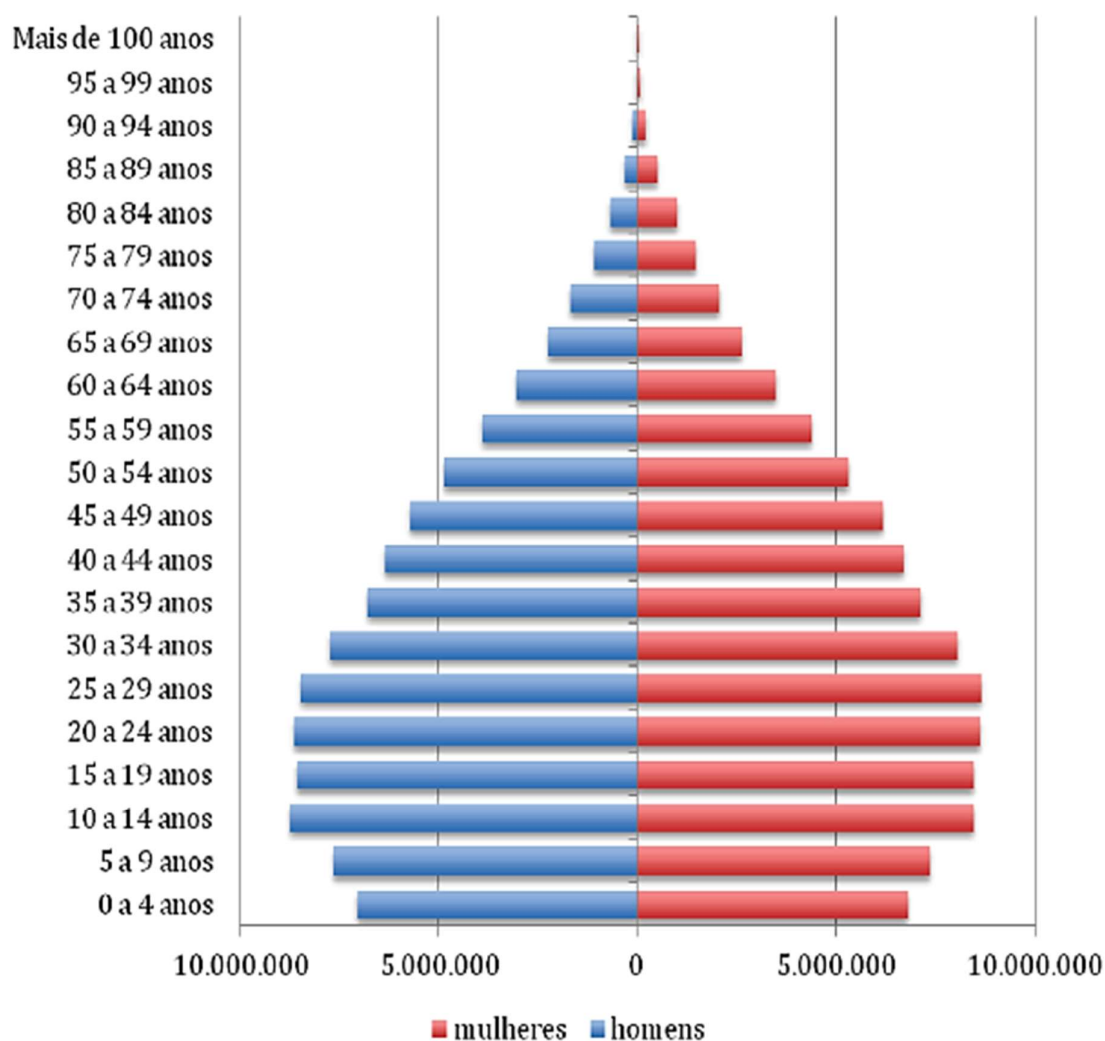
Francisco (2018) señala que el Nordeste presenta características socioeconómicas y físicas varía según la región, que creó las subregiones del Nordeste: Meio-Norte, Zona da Mata, Agreste e Sertão. La economía del Nordeste está en proceso de desarrollo constante. La región ha estado recibiendo varias industrias, una de las razones es la concesión de beneficios fiscales de los gobiernos estatales (exención de impuestos, donación de tierras, etc.), así como mano de obra más barata; un ejemplo fue la instalación de Ford en Bahía y varias empresas textiles en Ceará. Exploración de petróleo es esencial para la economía del nordeste del país y esta región es la segunda en producción de petróleo en Brasil y es el más grande en la extracción de petróleo en el suelo. Tiene el Polo Petroquímico de Camaçari, en Bahia.

Sin embargo, según el autor, existen muchos problemas socio-económicos de la región nordeste, su índice de desarrollo humano (IDH) es bajo, la tasa de mortalidad infantil es la más grande del país y la más baja esperanza de vida de Brasil (70 años); Afortunadamente, ha sido importantes mejoras en aspectos sociales.

2.2.2 Perfil Sociodemográfico de Brasil

Según IBGE (2009 apud Acselrad et al.2012), la población brasileña ya ha superado la barrera de los 200 millones de habitantes. A pesar del crecimiento nominal, los índices de tendencia de crecimiento ha sido negativa, la aceleración de la caída en los últimos años. La caída en el perfil de fertilidad representa esta aceleración. La distribución por sexo y edad muestra el proceso de cambio, con el gradual envejecimiento de la población. Sin embargo, cuando se comparan distintas regiones, diferencias notables en la edad de la estructura, con un predominio de la población más joven en las regiones norte y noreste y en el sureste y el sur. Los rangos de edad que son más jóvenes prevalecen durante 10 años, jóvenes adultos (de 19 a 30 años) y adultos (30 a 60 años).

Gráfico 2 -Pirámide de población, Brasil 2010



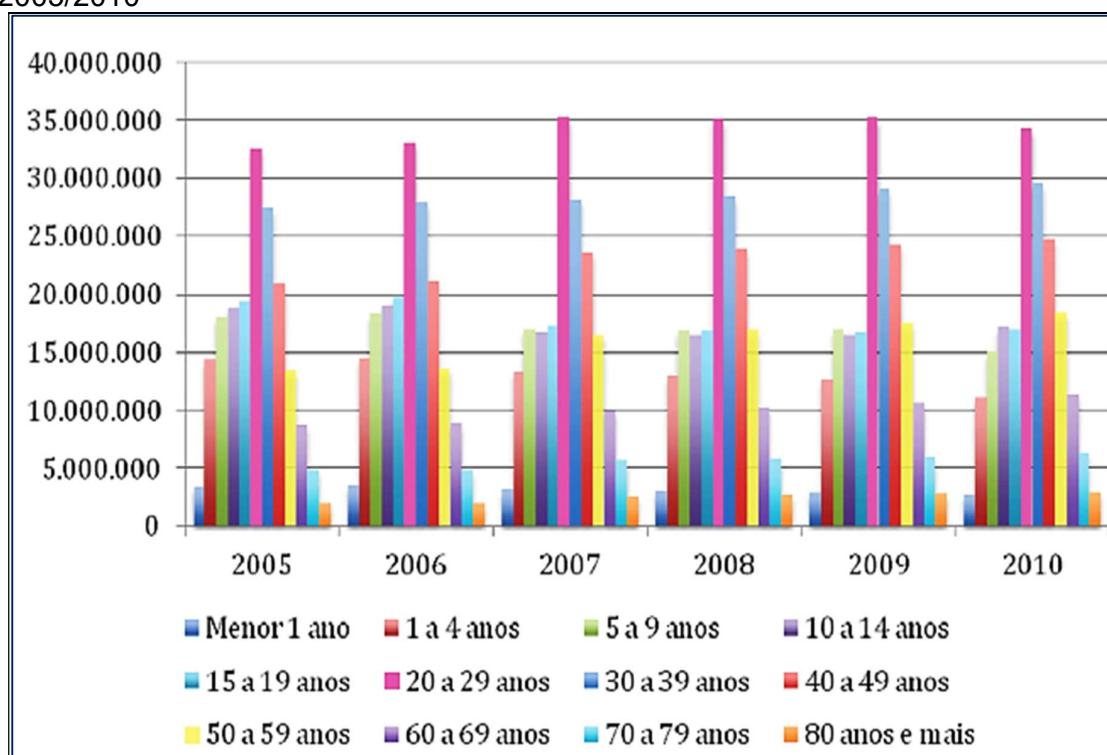
Fonte: IBGE apud Acselrad et al. (2012, p. 13)

Sin embargo, a pesar de la aceleración del envejecimiento de la población en los últimos años, existe un predominio en adultos jóvenes y adultos, en ambos sexos. La edad de los niños menores de 4 años característica caída en el período, expresando la caída de la fertilidad ocurrió en las últimas tres décadas. Ya el grupo de personas de edad avanzada aumenta progresivamente y llega cerca de las políticas de impacto importante determinar seguridad social y de salud (ACSELRAD et al., 2012).

Aunque en la actualidad el porcentaje de personas mayores de 60 años, relativamente baja (12%) en Brasil, se trata de un grupo de población con demandas específicas en materia de políticas de bienestar social. En este grupo en particular, hay un mayor porcentaje de mujeres en comparación con los hombres. Los datos por

su vez muestran una fuerte tendencia al rápido envejecimiento de la población brasileña por décadas para venir. Esperanza de vida al nacer es un indicador que muestra un desarrollo positivo. En 1980, los brasileños tenían una esperanza de vida al nacer de 62,6 años, en 2000 pasó a 70,5 años y en 2010, alcanzó 73,1 años esperanza de vida al nacer (ACSELRAD et al., 2012).

Gráfico 3 - La distribución de la población brasileña por grupos de edad-2005/2010



Fonte: IBGE (2010 apud Acselrad et al., 2012, p. 14)

A pesar de las diferencias de calidad de vida y la salud entre las regiones brasileñas, este indicador muestra los resultados de tecnologías de salud, el seguimiento y la identificación de problemas crónicos como cáncer y enfermedades cardiovasculares, y disminución de las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas. La muestra de la tasa de fertilidad cae en cuatro décadas. En 1960, era de 6 hijos por mujer, llegando a 4,5 en finales de los años 1970. En 2010, la tasa de fertilidad promedio en Brasil fue 1,86 hijos por mujer, similar a la de los países desarrollados y por debajo de la tasa de reemplazo de la población. La tasa de fertilidad bajó en todos los grupos de edad, incluidos en el rango de adolescentes (IBGE, 2009 apud ACSELRAD et al., 2012).

Según los autores, la distribución regional del indicador de fertilidad muestra diferencias, con tasas más bajas en el sur y sureste y más en algunos Estados del norte y noreste. Casi todos los Estados, sin embargo, presenta la tasa de fertilidad por debajo de la media mundial, que ha contribuido a la caída del crecimiento de la población.

2.2.3 Perfil Epidemiológico de Brasil

Morbilidad en la población brasileña, según el Ministerio de Salud, tiene como principales características la prevalencia cada vez mayor sobre la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión y diabetes mellitus, persistencia de enfermedades transmisibles como el SIDA, podría haber sido controlados o eliminado, además de la alta carga de causas externas, como accidentes de tráfico y violencia (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

En el perfil de la morbilidad de la población brasileña, confiar en los registros más antiguos y consolidados en el área de salud, donde el estudio de indicadores de causa de muerte ha demostrado ser una herramienta importante para la comprensión de la transición epidemiológica de Brasil y también para el establecimiento de parámetros para las políticas de salud a tomar (BRASIL, 2004; PACHECO, 2010).

Según el Ministerio de Salud, los datos de mortalidad están disponibles por región, Estados y municipios, el Sistema de Información de Mortalidad (SIM). Actualmente el SIM clasifica las muertes de causas según el Código Internacional de Doenças en su 10ª revisión, o CID 10. Las causas relacionadas con enfermedades cardiovasculares son todavía la más frecuente en la población general, seguida por cánceres de todo tipo y, en tercer lugar, la mortalidad por causas externas (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011, ACSELRAD et al., 2012).

Según los autores, las diferencias regionales apuntan a un aumento en el peso proporcional de la mortalidad por cáncer en la región Sul y por causas cardiovasculares en el sureste. Las causas externas de mortalidad son, proporcionalmente, más frecuentes en el Nordeste, que es el foco de este estudio.

En la población general, tasas de mortalidad por algunas causas muestran patrones diferentes en las regiones con mayor concentración en las ciudades más grandes. Las causas relacionadas con enfermedades cardiovasculares (ECV) son las más frecuentes en todas las capitales de estado y vienen con cambios en el estilo de

vida (alimentos industrializados, sedentarismo, estrés) y el envejecimiento de la población. Las tasas de mortalidad de cáncer (CA) son más altas en el Sul y también en el sudeste. Hay la influencia de factores relacionados con la urbanización, la exposición a factores de riesgo y hábitos de la vida. También el envejecimiento de la población y el aumento en la detección de algunos tipos de cáncer han contribuido al aumento de estas tasas (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

Siguiendo la tabla de defunciones por causa, CID-10, por región.

Tabela 3 -Muerres por causas – CID-10, por região

Capítulos do CID 10	N	NE	S	SE	CO	Brasil	%
TOTAL	65.425	284.635	534.495	179.428	72.964	1.136.947	100
IX. Doenças do aparelho circulatório	14.333	81.692	157.001	53.021	20.324	326.371	28,71
II. Neoplasias (tumores)	7.712	37.330	87.691	35.340	10.917	178.990	15,74
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	12.415	42.976	54.820	20.907	12.138	143.256	12,60
X. Doenças do aparelho respiratório	5.644	23.699	62.367	19.684	7.720	119.114	10,48
XVIII.Sint. sinais e achad anorm ex clín e laborat	7.732	22.196	38.047	8.743	2.904	79.622	7,00
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3.818	21.851	30.164	10.266	4.177	70.276	6,18
XI. Doenças do aparelho digestivo	2.842	14.326	28.065	9.011	3.817	58.061	5,11
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3.592	12.099	23.038	6.529	3.565	48.823	4,29
VI. Doenças do sistema nervoso	860	4.544	13.650	4.681	1.568	25.303	2,23
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1.108	4.755	13.832	3.407	1.417	24.519	2,16
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	3.010	8.218	8.298	2.455	1.742	23.723	2,09
V. Transtornos mentais e comportamentais	359	3.618	5.949	1.984	849	12.759	1,12
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	994	2.930	4.007	1.413	852	10.196	0,90
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	452	1.850	2.873	723	386	6.284	0,55
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	219	1.075	2.209	732	306	4.541	0,40
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	133	830	1.818	302	142	3.225	0,28
XV. Gravidez parto e puerpério	188	597	607	206	130	1.728	0,15
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	11	38	50	19	7	125	0,01
VII. Doenças do olho e anexos	3	11	9	5	3	31	0,00

Fonte: Acselrad et al. (2012, p. 17)

En el período entre 2000 y 2009, la mortalidad infantil en Brasil disminuyó en todo el país, sin importar el tamaño del municipio. Hay reducción de contrastes regionales, pero manteniendo las menores posibilidades de sobrevivir para niños en la región noreste. En el análisis por grupos de causas de muerte, clasificadas según el Código Internacional de Doenças - 10^o Revisión (CID-10), entre los más bajos en

un año, las diferencias regionales en el último año de registro oficial, con un mayor porcentaje de causas relacionadas con enfermedades infecciosas y parasitarias en el Norte y Nordeste (PACHECO, 2010; BRASIL, 2011).

2.2.4 Morbilidad y la Mortalidad por Violencia en Brasil

Se considera un problema grande y grave de salud pública, la causa de la violencia, sufrimiento, dolor, mutilación y pérdida de la vida, todo el mundo, incluyendo Brasil. La audiencia es hombres y mujeres, en todas las edades. En Brasil, los registros de violencia pueden resultar de boletines de ocurrencia, con policía y fuente de la salud también (BRASIL, 2014).

Según el Ministerio de Salud, en el campo de la salud, se registran los datos relativos a la violencia en el título "Causas Externas de Morbilidad y Mortalidad", la 10ª revisión de la clasificación internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados (CID-10), incluye las lesiones letales y no letales derivadas golpes y accidentes, recto y autoinfligidas, intencionales o no.

Acselrad et al. (2012) tenga en cuenta que los datos de hospitalización por causas externas, entre 2008 y 2011, transportan accidentes, en todas sus formas, aislados como la causa con el mayor número de hospitalizaciones en la población general. Gran número de hospitalizaciones ha provocado las agresiones y los datos brutos muestran un aumento en el período.

El elemento que combina varios tipos de externo causa lesiones y violencia (otras causas externas de lesiones y accidentes) cuenta con mayores datos. Investigadores sobre el tema de la violencia tienden a considerar que el registro de estos eventos es difícil con precisión y sufre la influencia de diversos factores, que evadir las preguntas de la discriminación social, miedo a la confrontación y la desconfianza en la capacidad de la temas. Con frecuencia, los datos sobre la violencia finalmente cumplir con los objetivos de los medios de comunicación de una réplica a la pregunta. Este grupo de causas, por su elevado número, puede ser, por lo tanto, una expresión de subregistro de causas específicas (ACSELRAD et al., 2012, p. 20).

Los detalles de la mortalidad por sexo muestra que, en cada forma y edad, es el macho el más víctima, con un número de muertes en promedio 4.5 veces mayor. En edad joven, entre 10 a 29 años, el número de hospitalizaciones por causas externas es tres veces superior entre los hombres jóvenes que entre las mujeres,

demostrando una mayor exposición al riesgo de violencia, asaltos y accidentes en este grupo. Los gastos relacionados con las formas de violencia por los cambios de función de asesinatos sobre la distribución del marcador en las regiones. Hay una reducción de este índice en la región sureste, que hasta mediados de la década pasada quedó como la región con la mayor mortalidad proporcional por esta causa (BRASIL, 2014).

En territorio nacional, el número de eventos de violencia fatal es de gran magnitud, donde sí registraron 1.722.825 muertes por causas externas del 2000 al 2012. Se divulga que 150.013 de esas muertes ocurrió solamente en el año 2012, que representa el 12,9% de todas las causas de muerte en Brasil. Se considera que el 37% de las muertes por causas externas son para casos de agresión, que añadido a la uno mismo-daño y legal las intervenciones incluye 44.3% de las muertes por causas externas (BRASIL, 2014).

Tomimatsu et al. (2009 apud ACSELRAD et al., 2012, p. 246) considerar que las causas de la violencia, causas externas, son responsables de la mayoría de las hospitalizaciones en Brasil. Y, aunque cuanto menor sea la duración de la estancia en estas causas, que causan un gran impacto en recursos de salud pública, ser más grande que el impacto observado en causas naturales. "Además, imponer los servicios de salud de gran demanda, como lo es el sistema de salud que muchas víctimas están buscando atención de emergencia, asistencia de expertos, rehabilitación física y psicológica.

Las muertes por causas externas, como la violencia, según el Ministerio de Salud, tienen en su mayoría hombres de entre 20 y 39 años y monótonas. "Se pueden asignar este perfil a una mayor exposición de jóvenes algunas actividades laborales de mayor riesgo, el consumo de alcohol, el comportamiento agresivo y la conducción temeraria de vehículos de motor" (BRASIL, 2015, p. 262).

2.2.5 Morbilidad y Mortalidad Relacionadas con el Consumo de Alcohol

Según Bohland e Gonçalves (2015), el consumo de bebidas alcohólicas es considerado uno de los principales factores que contribuyen a la carga de enfermedades y muertes prematuras en el mundo. La ingesta de alcohol está vinculada directa o indirectamente al desarrollo de una gama de enfermedades, como: hipertensión, cirrosis hepática, las deficiencias nutricionales, alcoholismo,

cardiomiopatía, numerosos cánceres y enfermedades neurológica. Además los mencionados, otro factor importante como la ingesta de bebidas alcohólicas es que está altamente asociada a situaciones violentas y traumáticas, como accidentes, tráfico, violencia doméstica y el asesinato.

Añadir a los autores que, en Brasil, según el Ministerio de Salud, el número de brasileños que declararon haber abusado de alcohol (consumo de cinco dosis de la bebida en una sola vez para los hombres y cuatro mujeres) ha aumentado a 19% entre 2006 y 2008.

Cuanto la mortalidad de enfermedades directamente relacionadas con el consumo de alcohol en Brasil, verificado por el Ministerio de Salud, en los años de 2006 a 2008, fue 92.946 muertes y el número de muertes que fueron raíz causa o asociados con el consumo de alcohol durante el mismo período fue de 146.349 muertes (BOHLAND, GONÇALVES, 2015).

Los autores destacan otro estudio realizado en el país, entre 2006 y 2010, donde las muertes estaban relacionadas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol por unidades de la Federación. El estado de Minas Gerais en la región sudeste presenta el mayor coeficiente de mortalidad. Otros sitios con importantes índices de mortalidad fueron los Estados de Ceará y Sergipe, que forman parte de la región Nordeste, el foco de este trabajo.

Según el Ministerio de Salud, se utilizó el sistema de información de mortalidad en el período de 2000 a 2013, en un estudio sobre enfermedades y condiciones atribuidas al alcohol. Un breve relato de la investigación.

La SIM fue creada en 1975 e informatizada en 1979, siendo el sistema de información más antiguo existente en el Ministerio de Salud (MS). Los datos del sistema son la principal fuente de información sobre las causas de las muertes ocurridas en los municipios, estados y regiones brasileños. Todas las muertes en el territorio nacional deben notificarse a la SIM, se produzcan o no en un entorno hospitalario, con o sin atención médica (BRASIL, 2015, p. 271).

Se utilizó para calcular los códigos de CID-10 búsqueda 78 citado de obituarios que incluyen el alcohol del término en el nombre de la categoría o subcategorías. En la descripción de las defunciones según la causa, se utilizaron sólo los registros que contienen los códigos mencionados como causa de muerte y se presenta en la figura 3.

Figura 3 - Enfermedades y condiciones asignadas a alcohol

CID-10	Doença
E24.4	Síndrome de pseudo-Cushing induzida pelo álcool
F10.0–F10.9	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool
G31.2	Degeneração do sistema nervoso devida ao álcool
G62.1	Polineuropatia alcoólica
G72.1	Miopatia alcoólica
I42.6	Cardiomiopatia alcoólica
K29.2	Gastrite alcoólica
K70.0–K70.4 e K70.9	Doença alcoólica do fígado
K85.2	Pancreatite aguda induzida por álcool
K86.0	Pancreatite crônica induzida por álcool
O35.4	Assistência prestada à mãe por lesão (suspeitada) causada ao feto por alcoolismo materno
P04.3	Feto e recém-nascido afetados pelo uso de álcool pela mãe
Q86.0	Síndrome fetal alcoólico (dismórfico)
R78.0	Presença de álcool no sangue
X45.0–X45.9	Envenenamento (intoxicação) acidental por e exposição ao álcool

CID-10	Doença
X65.0–X65.9	Autointoxicação voluntária por álcool
Y15.0–Y15.9	Envenenamento (intoxicação) por e exposição ao álcool, intenção não determinada
Y90.0–Y90.9	Evidência de alcoolismo determinada por taxas de alcoolemia
Y91.0–Y91.9	Evidência de alcoolismo determinada pelo nível da intoxicação

Fonte: Brasil (2015, p. 271-272)

Según el Brasil (2015), los datos se recolectaron según año y sexo, edad, raza/color, unidad de Federación de residencia. Se calcularon las tasas de mortalidad específicas por edad y sexo, utilizando población estima denominador del Instituto Brasileño de geografía y estadística (IBGE).

Para obtener el tamaño de la población brasileña en el período de 2000 a 2013, según grupos de edad, género y raza/color, fue utilizada la técnica de interpolación lineal con los datos del censo del año 2000 y 2010.

Como resultado, en el período 2000-2013, en muertes Brasil 219.205, cuya causa es totalmente atribuible al alcohol y las 367.954 muertes la enfermedad que

tenía este grupo de enfermedades como la raíz de causar y asociar. De esta manera, "las muertes con causa completo atribuible al alcohol fue de 1,5% y las muertes con causa o asociada atribuible al alcohol correspondió al 2,5% del total de defunciones registrada en este período" (BRASIL, 2015, p. 272).

Tabela 4 -Número y proporción (%) de las muertes con causa y raíz de provocan o asociados totalmente atribuibles al alcohol, según sexo – Brasil, 2000-2013

Ano	Total			Masculino			Feminino		
	N	% de óbito com causa básica plenamente atribuível ao álcool	% de óbito com causa básica e/ou associada plenamente atribuível ao álcool	N	% de óbito com causa básica plenamente atribuível ao álcool	% de óbito com causa básica e/ou associada plenamente atribuível ao álcool	N	% de óbito com causa básica plenamente atribuível ao álcool	% de óbito com causa básica e/ou associada plenamente atribuível ao álcool
2000	948.666	1,2	1,9	552.127	1,9	3,0	393.606	0,3	0,5
2001	961.492	1,3	2,0	561.166	1,9	3,0	399.576	0,3	0,5
2002	982.807	1,3	2,0	571.402	2,0	3,1	410.737	0,3	0,5
2003	1.002.340	1,3	2,1	582.810	2,0	3,2	418.714	0,3	0,5
2004	1.024.073	1,4	2,2	593.750	2,1	3,4	429.625	0,3	0,6
2005	1.006.827	1,5	2,5	582.311	2,3	3,8	424.064	0,4	0,6
2006	1.031.691	1,5	2,5	593.786	2,3	3,9	437.429	0,4	0,7
2007	1.047.824	1,6	2,6	602.592	2,4	4,0	444.714	0,4	0,7
2008	1.077.007	1,6	2,7	619.278	2,5	4,2	457.269	0,4	0,7
2009	1.103.088	1,5	2,6	631.225	2,4	4,1	471.389	0,4	0,7
2010	1.136.947	1,6	2,7	649.378	2,5	4,2	487.137	0,4	0,8
2011	1.170.498	1,6	2,8	665.551	2,5	4,4	504.415	0,4	0,8
2012	1.181.166	1,6	2,8	670.743	2,4	4,4	509.885	0,4	0,8
2013	1.210.474	1,6	2,8	686.668	2,4	4,4	523.195	0,4	0,7
Total	14.882.920	1,5	2,5	8.562.787	2,3	3,8	6.311.755	0,4	0,7

Fonte: SIM – BRASIL (2015, p. 273)

Según Moura et al (2011), en el artículo extraído de la CISA (Centro de Información sobre Salud y Alcohol), utilizando datos recogidos por VIGITEL, un estudio, cuyo objetivo fue estimar el consumo de alcohol en Brasil del 2006 al 2009, identificando las características socio-demográficas asociadas a y las tendencias en ese período.

54.000 personas fueron entrevistadas por VIGITEL, durante 1 año, a través de muestreo aleatorio. Se han evaluado un total de 54.369 adultos que viven en las capitales del país y en el Distrito Federal en el año 2006, participaron en el estudio. Para comprobar el consumo de alcohol, la encuesta considera dos patrones de uso: generalmente (ingestión de bebida alcohólica en los últimos 30 días, independientemente de la dosis) y abusivo (consumo de 5 o más bebidas para hombres y 4 o más bebidas para las mujeres en una ocasión, los últimos 30 días).

Se obtuvo como resultado: casi el 40% de los brasileños son el consumo habitual de alcohol, con un 42% de estos lo hacen mal (16% de los encuestados total). Resulta que los hombres consumen más que las mujeres, tanto en el patrón habitual que el abusivo (2 veces y 3 veces más, respectivamente).

Cabe notar también que el consumo de alcohol en Brasil es más grande y más abusivo entre los adultos jóvenes, en su mayoría hombres, de edades comprendidas entre 18 y 44 años de edad y después de que gama hay de edad es un descenso, sin incurrir en la relación afectiva e inserta en el mercado de trabajo. Escolaridad se ha asociado con sólo el consumo habitual, aumento en la escolarización menor y mayor, respectivamente (MOURA et al., 2011).

Los autores justifican estos resultados de abusivo aumento del uso de alcohol por cultura brasileña porque la ingesta de alcohol es aceptada socialmente en Brasil, que no se especifica el límite de dosis que uso abusivo. Tenga en cuenta la necesidad de políticas públicas nacionales dirigidas a la prevención del consumo excesivo de bebidas alcohólicas, especialmente dirigidas a población más joven.

Bohland e Gonçalves (2015, p. 138-139) presentan las categorías y subcategorías de la Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados 10 revisión, (CID 10), que contiene como raíz causa de enfermedades que, por definición, son totalmente atribuibles al alcohol.

Causas naturales relacionadas con la exposición al alcohol:

E244 - Síndrome de pseudo-Cushing inducido por alcohol

F10 - Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el uso y abuso de alcohol

G312 - Degeneración del sistema nervioso debido a alcohol

G405 - Síndromes epilépticos especiales

- G621 - Polineuropatía alcohólica
- G721 - Miopatía alcohólica
- I426 - Cardiomiopatía alcohólica
- K292 - Gastritis alcohólica
- K70 - Enfermedad hepática alcohólica
- K852 - Pancreatitis aguda inducida por alcohol
- K860 - Pancreatitis crónica inducida por alcohol
- O354 - Asistencia a la madre por lesiones causadas al feto por alcoholismo materno
- P043 - Feto o recién nacido afectado por el uso de alcohol por la madre
- Q860 - Síndrome de alcoholismo fetal
- R780 - Presencia de alcohol en la sangre

Causas externas relacionadas con la exposición al alcohol

- T51 - Efectos tóxicos del etanol
- X45 - Accidentales, envenenamiento por exposición del alcohol
- X65 - Autointoxicación voluntaria para el alcohol
- Y15 - Alcohol la intoxicación con intención indeterminada
- Y90 - Pruebas de alcohol detectado por / las tasas de alcohol
- Y91 - Evidencia de alcoholismo determinada por el nivel de intoxicación.

Según los autores, la fracción que se atribuye al alcohol es grande, lo que hace este tema sobre alcoholismo, puede considerarse como un problema de salud pública.

El CISA todavía características artículo Roerecke y Rehm en 2014 en el riesgo de mortalidad por causas específicas en pacientes con alcohol use trastornos. EL Alcohol uso trastornos (TUA – Trastornos por uso de alcohol), segundo autor, afectan aproximadamente el 3.6% de la población mundial de entre 15 y 64 años, sin embargo, menos de 10% de estas personas reciben el tratamiento necesario y apropiado. El TUA como una enfermedad psiquiátrica, generalmente no es fatal, desactivar, sin embargo, estos pacientes tienen un riesgo mayor de muerte que la población general.

Es importante saber las causas de mortalidad en este grupo de personas, entre ellas varios exámenes, tratando de entender la aparición de otras enfermedades. Eran todavía pocas pruebas sistemáticas sobre causas específicas de mortalidad de los individuos con TUA hasta hace poco.

Traslada esa visión debido a un cuidadoso análisis del meta (metodología que le permite generar datos de la revisión de literatura), donde, según Roerecke y Rehm (2014), tras una proyección inicial de artículos 2063, 193 fueron seleccionados, de los cuales 17 cumplieron los siguientes criterios de inclusión: estudios longitudinales, cuyos participantes están en tratamiento y han sido diagnosticados con TUA criterios de versión DSM o CID²; han abordado las causas específicas de mortalidad; y han considerado ajustes por edad y género en su análisis de los resultados.

Analizados estos datos se observó que las principales causas de mortalidad en los individuos con TUA son: cirrosis hepática y trastornos mentales (incrementa el riesgo en 10 o más veces), lesiones (riesgo aumentado por 7 veces), cáncer y enfermedades cardiovasculares (cuyos riesgos relativos aumentan 2 veces). Para hacer la comparación de los sexos, las mujeres mostraron mayor riesgo, sin embargo, hay menos datos disponibles de la literatura para el análisis (ROERECKE, 2014).

La investigación, como Roerecke y Rehm (2014) conducida a los resultados sobre las causas de la muerte que mostró que los hombres las causas más comunes son: enfermedades cardiovasculares (27%), seguidas de traumas (26%), cáncer (16%) y enfermedades del sistema digestivo (12%); y entre las mujeres: traumas (29%), enfermedades cardiovasculares (21%), enfermedades del sistema digestivo (19%) y cáncer (18%). Importante tener en cuenta que el aumento de las muertes ha crecido con el tiempo, es decir, aquellas personas que no pueden detener o reducir el consumo de alcohol.

Cabe señalar, por lo tanto, que es necesario priorizar el tratamiento de consumo de alcohol trastornos encaminadas a reducir las tasas de mortalidad, expresivas y que sería relevante a través de una atención más grande en servicios de atención primaria y secundaria, hacer una identificación y diagnóstico precoz, evitando así la dependencia cada vez más grave y hacer una prevención de efectos nocivos.

2.2.6 Evolución de las Políticas de Salud

²DSM y CID-siglas para el principal manual diagnóstico de trastornos mentales, titulado Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana y la Clasificación Internacional de Enfermedades (manual CID), la Organización Mundial de la Salud (OMS) (ROERECKE; REHM, 2014).

Como Correa (2014) y Bravo (2017) en materia de políticas de salud pública en Brasil se ha observado que el mismo viene pasando por cambios sobre los años y este hecho, han sido, al menos aparentemente, según los contextos políticos, económico y social.

Las primeras preguntas de la política pública en suelo brasileño comenzaron en mediados de 1930, cuando se implementó la Ley de Eloi Chagas, Cajas de jubilaciones y pensiones (CAPs) que garantiza a los trabajadores y empresas de salud, medicamentos, las pensiones y jubilaciones. Estas CAPs fueron substituidas posteriormente por jubilaciones y pensiones de Instituto (IAPs) que también estaban conectados a todos los puntos de los CAPS, pero más trabajadores participaron en este proceso (CORREIA, 2014; BRAVO, 2017).

Como subraya Correia (2014), a mediados de 1967 el IAPs fueron extintos y dieron paso a una nueva forma de asistencia, el Instituto Nacional de Seguridad Social (INPS), por su vez, contestar, además de todos los mencionados anteriormente, los trabajadores rurales. El INPS si secretada en partes para el mejor funcionamiento y así surgió el Instituto Nacional de Seguridad Social de Asistencia Médica (INAMPS) fue por primera vez única a la asistencia médica, pero estaba todavía conectado, exclusivamente, a la trabajadores registrados oficialmente.

El autor explica que a mediados de los 80, concretamente a finales de esa década, la atención médica de la salud se convirtió en universal, donde en 1986, en la VIII Conferencia Nacional de la Salud creó el Sistema de Salud Descentralizado (SUDS) que en 1988, a través de la Constitución Federal/1988, dio paso a lo que tenemos hasta la actualidad, el sistema unificado de salud (SUS), que fue regulado en 1990, con la Ley Orgánica de Salud (LOS), Ley N° 8.080 y Ley N° 8.142 (CORREIA, 2014).

Con la aparición de SUS servicios de salud en Brasil ya no es puramente curativa y se convirtió en dedicada a la promoción, protección, recuperación de la salud, organización y funcionamiento de servicios de salud, basados en la epidemiología, control social, descentralización y regionalización. Además, SUS, principalmente de la Ley 8.080/90, se rige por directrices y principios que guían la asistencia, tales como la universalidad, la integralidad de la atención, la equidad, la descentralización y la participación de la comunidad. Además de estos principios, Ley 8.142/90, trajo la participación de la sociedad en la formulación de las políticas de salud y aún informes sobre las transferencias intergubernamentales de recursos a

través del Fondo Nacional de salud (CORREA, 2014). Siendo SUS tan el arreglo organizacional para la implementación de políticas de salud.

Bravo (2017, p. 20) añade que, aunque SUS más de 15 años de existencia y han logrado algunos avances, el SUS de la realidad está lejos de SUS. Hay una distancia enorme entre lo que se propuso en el movimiento de la salud y la práctica social del sistema público de salud. "La proposición de SUS entró en la Constitución de 1988 de un sistema público universal si no se estableció".

2.3 Tratamiento de la Adicción de Alcohol

Según el Ministerio de salud, diagnosticar y tratar temprano dependientes del alcohol es de vital importancia para un pronóstico satisfactorio, donde aproximadamente el 20% de la población brasileña en la básica atención consume bebidas alcohólicas a un nivel de alto riesgo (PECHANSKY et al., 2014).

Segundo Heckmann y Silveira (2009) "el tratamiento de la adicción alcohólica consiste en intervenciones a varios niveles, puesto que la enfermedad es bastante compleja en etiología o en las implicaciones sociales, profesionales y familiares".

Intervención terapéutica está destinado que tanto a la dependencia con respecto a la abstinencia del alcohol, con algunas intervenciones psicoterapéuticas que son terapias de grupo, como alcohólicos anónimos (AA) y las intervenciones psicofarmacológicas (HECKMANN; SILVEIRA, 2009, p. 79).

Según Pechansky et al (2014), el tratamiento multidisciplinario y transdisciplinario se realiza en el anuncio por la atención integral de etapas de recepción de la clínica y posterior noche. Sin embargo, para casos específicos requieren tratamiento farmacológico asociado con el objetivo de prevenir los síntomas de Síndrome de Abstinencia Alcohólica (SAA), como por ejemplo, convulsiones y delirium tremens, además de prevenir muertes como resultado de las complicaciones de este síndrome.

Este tratamiento por el tiempo que comprende los fármacos, las benzodiazepinas que sirven como sedantes/tranquilizantes, y los más utilizados son el diazepam y el clordiazepóxido, que son las benzodiazepinas. Este tipo de medicamento que se utiliza cuando el individuo está en la fase de la intoxicación causada por el alcohol, para la prevención de las convulsiones y delirio. Para la

prevención de las alucinaciones y batidos el medicamento de elección es el haloperidol, la prevención de los pacientes desnutridos que tienen riesgo de contraer el síndrome de Wernicke-Korsakoff se utiliza la tiamina, que es nada más que un suplemento de vitamina B1 (PECHANSKY et al., 2014).

Los autores están de acuerdo que el tratamiento farmacológico no está enfocado exclusivamente en prevención y tratamiento de los síndromes de abstinencia de alcohol, pero algunas se utilizan en el tratamiento de la dependencia del alcohol, como el disulfiram, que tiene su eficacia y uso desde los años 40, donde bloquea el metabolismo del alcohol, pero el uso de este medicamento en la rutina es boca con 1 a 2 tabletas de 250 mg, causar una reacción adversa y algo desagradable cuando la persona que hace uso el uso de bebidas alcohólicas metabólicas.

Según Pechansky et al (2014), la Naltrexone con dosis diaria de 50 mg también puede ser utilizada en alcoholismo, sin embargo, su efectividad es comprobada con la Asociación de este medicamento con las intervenciones psicosociales, donde estudios demuestran que, incluso tener un alto costo, esta reunión de intervención puede obtener una reducción de 50% de las recaídas dependientes del alcohol. Otro medicamento es el Acamprosato, utilizado en pacientes que se hayan caído, porque no actúa directamente en la sustancia alcohólica, y su efectividad va más allá de la reducción de las recaídas, pero también actúa aumentando la cantidad de días en el retiro. Su dosificación es de 333mg en cada tableta y debe ser tomado 3 veces al día. Sin embargo, este medicamento sólo se recomienda para los adultos que tienen más de 60 kg de peso. Topiramato y Baclofeno son todavía experimentales fármacos para dependencia del alcohol, pero los estudios demuestran que su eficacia es prometedor.

2.3.1 Síndrome de Abstinencia Alcohólica (SAA)

Carácter crónico de la consumo de alcohol cuando se detiene o hay una reducción en el consumo, puede conducir a la activación del síndrome de abstinencia alcohólica. Síndrome de abstinencia alcohólica se considera un marco patológico agudo, que se caracteriza por una serie de signos y síntomas y que tiene una gravedad muy variada, dependiendo de la intensidad de consumo, tiempo de consumo, las morbilidades asociadas, entre otros (MACIEL; KERR-CORRÊA, 2004 apud LEAL, 2015).

Según los autores, el síndrome de abstinencia alcohólica es responsable del aumento de la mortalidad y la morbilidad asociadas con el consumo de bebidas alcohólicas y se considera un requisito para el diagnóstico de síndrome de dependencia del alcohol. Cabe señalar que, los individuos que son dependientes en alcohólicos (alcohólicos) tienen una alta probabilidad de desarrollar síndrome de abstinencia alcohólica con cualquier interrupción o reducción en el consumo de bebidas alcohólicas. Varios son los factores que pueden influir en la aparición de síndrome de abstinencia alcohólica, por ejemplo; patrón de consumo, género, genética, factores sociales, las características psicológicas y biológicas individuales, entre otros (MACIEL; KERR-CORRÊA, 2004 apud LEAL, 2015).

Tratamiento de los síndromes de abstinencia alcohólica es el primer paso en el tratamiento de la dependencia del alcohol, el síndrome se cura más o menos en la primera semana de tratamiento. Con el tratamiento de este síndrome es importante para alertar a la persona afectada en el daño del alcoholismo y fortalecer así el vínculo terapéutico, motivar al individuo a continuar con el plan terapéutico (MACIEL; KERR-CORRÊA, 2004 apud LEAL, 2015).

Cabe señalar que los signos y síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica son de carácter físico y psicológico, por otra parte, este síndrome tiene 2 niveles de intensidad pueden ordenar, que son, según los autores:

- Nivel 1: realiza la fase de la luz del síndrome de abstinencia de alcohol donde el individuo afectado presenta una situación clínica que involucra aspectos psicológicos, biológicos, sociales y comórbidos. La enmienda identifica cambios biológicos, agitación psicomotora, con fácil sudoración, náuseas y/o vómitos, temblores en las extremidades, dolor de cabeza y sensibilidad visual. No presentan morbilidad clínica y psiquiátrica, sin embargo, se observan ciertas complicaciones.
- Nivel 2: considera la etapa grave del síndrome, el individuo afectado a este nivel presenta en materia de cambio biológico, sudoración profusa, agitación psicomotora, náuseas y vómitos, sensibilidad visual intensa, temblores generalizados, además podría convertirse en un agudo epileptiformes (MACIEL; KERR-CORRÊA, 2004 apud LEAL, 2015).

Se considera, sin embargo, que los individuos afectados con nivel 1 del síndrome de abstinencia alcohólica pueden progresar a nivel 2 del síndrome, define la literatura como el delirium tremens, que se caracteriza por: agitación psicomotora,

temblores generalizada y la desorientación en tiempo y espacio, además de la agravación de los signos y síntomas de nivel 1 (MACIEL; KERR-CORRÊA, 2004 apud LEAL, 2015).

2.3.2 Síndrome de Dependencia del Alcohol (SDA)

El síndrome de dependencia del alcohol (SDA) según Gigliotti y Bessa (2004, p. 11), representa un problema grave de salud pública. "Aunque se está bien estudiado y su cuadro clínico está bien establecido, muchas veces la SDA pasa desapercibida incluso en evaluaciones psiquiátricas".

Se trata de una estática, no se considera un trastorno que se define como los días pasaron, siendo un fenómeno dependiente de las interacciones biológicas y culturales. Según los autores,

En el proceso de aprendizaje la forma de uso de alcohol, uno de los fenómenos más significativos es la aparición de los síntomas de abstinencia. Cuando la persona pasa la ingesta de la bebida para aliviar estos síntomas es establecida una asociación fuerte que apoya el desarrollo como el mantenimiento de la adicción (GIGLIOTTI; BESSA, 2004, p. 12).

Los signos y síntomas del síndrome de dependencia del alcohol, son conductuales, cognitivos y biológicos. La identificación de síndrome de dependencia de alcohol se logra mediante algunos elementos primordiales, Gigliotti y Bessa (2004, p. 12), basado en Edwards cita a algunos de ellos:

- Estrechamiento del repertorio: donde, en principio el individuo tiene una flexibilidad de cantidad, tiempo y tipo de bebida alcohólica se convierte lo más frecuentemente el consumo y deja a un lado la inadecuación y la evolución de consumo incontrolable y obligatorio para corregir los signos y síntomas de abstinencia;
- Saliente del comportamiento de búsqueda de alcohol: el consumo de alcohol se convierte en el fulcro de la vida, todo lo que era importante; dejando en segundo plano;
- Aumenta la tolerancia del alcohol: el cuerpo obtiene solfa que mucho y requiere cada vez más para obtener el efecto inicial de consumo;
- Repite los síntomas de abstinencia: cuando hay una reducción o interrupción del organismo comienza a demostrar efectos de retirada y los cada vez más se

intensifica. "Al principio, son luz, intermitente y poco incapacitante, pero las etapas más graves de adicción, puede demostrar síntomas significativos tales como temblor y alucinaciones intensas".

- Aliviar o evitar síntomas de abstinencia: mayor consumo de los signos y síntomas de abstinencia no está ocurriendo o aliviarlos; "Se hace más evidente en la progresión del cuadro, con el paciente que admite beber por la mañana para sentirse mejor, ya que permanecía toda la noche sin ingerir derivados de etilo".
- Percepción subjetiva de la necesidad de beber: una presión psicológica para consumo y para el alivio de los síntomas de abstinencia.
- Volver a instalar después de la abstinencia: si hay una recaída después de un periodo de abstinencia la predeterminada se restablece rápidamente (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

La sistematización de Edwards aquí citado por Gigliotti y Bessa (2004), fue clínicamente válido por varios estudios, cambiando la comprensión de los problemas relacionados con el alcohol por la medicina y la influencia ejercida en las clasificaciones posteriores.

2.3.3 Alcohólicos Anónimos (AA)

Alcohólicos anónimos comenzaron sus actividades en los Estados Unidos de América, más concretamente en la ciudad de Akron, que se encuentra en el estado de Ohio, este evento tuvo lugar el 10 de junio de 1935, por el Dr. Robert Holbrook Smith y William Griffith. A finales de 1940, el AA ya había 2000 personas y en 1941 y en 1946 8000 a algunas conclusiones puede ya observarse, donde les llegaron la "Biblia" de alcohólicos anónimos, "Las 12 tradiciones de alcohólicos anónimos", hasta hoy utiliza (MAGALHÃES; SAIDE, 2015).

Según los autores, en Brasil, el grupo de alcohólicos anónimos, aparecido en 1947, actualmente uno de los países con mayor representatividad de grupos en todo el mundo.

El grupo de alcohólicos anónimos es una comunidad compuesta de hombres y mujeres que se reúnen alrededor del mundo para ayudar mutuamente a mantenerse sóbrios (JUNAAB, 2018).

Encuentros anónimos alcohólicos ocurren periódicamente y con regularidad, donde el grupo de individuos reunidos narran sus experiencias, saturaciones, fuerza, esperanza y todo lo que se considere necesaria para su recuperación. Siguen los "Doce pasos" y las "12 tradiciones". Además, hay dos configuraciones, al aire libre, nadie, por libre albedrío pueden participar y el cerrado, donde pueden participar sólo alcohólicos de individuos (JUNAAB, 2018).

2. 4 El Problema del Alcoholismo y el Estado de Pernambuco

Según el Ministerio de Salud, Brasil (2003), la cuestión de abuso y/o dependencia de alcohol vino tener su foco en las áreas de la dominación psiquiátrica o médica. "Las implicaciones sociales, psicológicas, económicas y políticas son evidentes y se deben considerar en la comprensión global del problema". Este asunto fue asociarse con la delincuencia y las prácticas antisociales, seguidas por ofrecer tratamientos basados en modelos de otros usuarios de su convivencia social. Señala que, en este vacío de propuestas y establecer una política clara de salud por el Ministerio de salud, fueron alternativas de atención de carácter total, cerrados y teniendo como principal objetivo a alcanzar abstinencia.

Durante los años de 1990, fue producido por el Ministerio de Salud unos manuales técnicos en orden a la ayuda de usuario de alcohol y otras drogas en la salud pública de la red, bajo la coordinación de Salud Mental. Este sector, en ese momento, estaba involucrado con "el despliegue de servicios alternativos al asilo y la articulación de las luchas en el campo jurídico y cultural para afirmar los derechos civiles, políticos y sociales de los usuarios con trastorno mental y, simultáneamente, consolidar un nuevo modelo de alcance comunitario". Teniendo en cuenta alcoholismo, en ocasiones, es la segunda causa más común de hospitalización psiquiátrica en el país, la política de salud mental público centra sus acciones en los psicóticos hospitalizados durante mucho tiempo en hospitales psiquiátricos (LIMA, 2005, p. 7).

El Ministerio de Salud agrega que las políticas específicas para advertencia de los usuarios de alcohol y drogas caen dentro del campo de la Salud Mental y se llevan a cabo este Ministerio técnico del área de salud (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004).

Los moldes tradicionales, antes de la reforma de salud, se basan en el modelo de hospitalización y segregación obligatoria de usuarios de drogas y alcohol, y a

menudo tomó el mayo del caso, el prejuicio social, aumento de la construcción de camas de larga estancia en las instituciones privadas en los acuerdos, "sin la atención debida y perspectiva para los pacientes como sujetos en el proceso de tratamiento y curación". Esta política se ha redefinido y hubo un proceso de acreditación amplia de camas psiquiátricas, que genera la resistencia del sector privado, y que todavía existe este problema en algunos estados. Sólo en 2001, fue publicada la Ley de 10.216 de 06 de abril de 2001, marco jurídico del movimiento titulado Reforma Psiquiátrica Brasileña (ACSELRAD et al, 2012, p. 30).

Esta política viene de inducir la estructuración y fortalecimiento de una red de ayuda centrado en la atención de la comunidad, asociada a la red de salud y servicios sociales. Sus principios exigen que el usuario tiene un énfasis en la rehabilitación y reinserción social, a través de los llamados dispositivos extras guardería hospital especializado, debidamente articulado a la extensión de red salud mental y resto de la red de salud (BRASIL, 2003 apud ACSELRAD et al., 2012, p. 30-31).

Según los autores del Ministerio de Salud, la iniciativa se ha fortalecido por la reducción de las hospitalizaciones crónica, pero todavía se presenta como una iniciativa que depende del grado de inversión de los gobiernos municipales locales.

Política de Atención Integral sobre el Alcohol y Otras Drogas, creados por el Ministerio de Salud, cree que la dependencia de alcohol y abuso es el mayor problema relacionado con el consumo de drogas en el país y opera en paralelo con la política nacional contra las drogas, la Secretaría Nacional de Drogas/SENAD (BRASIL, 2004).

Y en 2007 a través del Decreto n ° 6.117/2007, que "aprueba la Política Nacional sobre el Alcohol, que establece medidas reducir el abuso de alcohol y su asociación con la violencia y la delincuencia", la Política Nacional de Alcohol fue presentado a Brasileños, después de un largo proceso de discusión. Esto para su tiempo se presenta como objetivo principal

La política nacional sobre el alcohol contiene principios fundamentales para apoyar las estrategias para los problemas de afrontamiento colectivo relacionado con el consumo de alcohol, contemplando el enfoque intersectorial y la totalidad de acciones de reducción de daños social, salud y vida causada por el consumo de esta sustancia, así como las situaciones de violencia y el delito asociaron con el uso nocivo del alcohol en la población brasileña (BRASIL, DECRETO Nº 6.117/2007).

Además, esta política vino acompañada de medidas que se dividen en 9 categorías, son:

- 1) Asociación de alcohol y el tránsito;
- 2) Seguridad pública;
- 3) Campañas de información, sensibilización y movilización de la opinión pública sobre las consecuencias del mal uso y abuso de bebidas alcohólicas;
- 4) Diagnóstico sobre el consumo de bebidas alcohólicas en Brasil;
- 5) Tratamiento y reinserción social y dependientes del alcohol;
- 6) Reducción de la demanda de alcohol por las poblaciones vulnerables;
- 7) Publicidad de bebidas alcohólicas.
- 8) Formación de profesionales y multiplicadores de información sobre temas relacionados con la salud, educación, trabajo y seguridad pública;
- 9) Establecimiento de alianza con los municipios para la recomendación de acciones municipales (BRASIL, 2007).

Cruz e Ferreira (2014) también recordar que desde los años 70 en Brasil, se puso en una gran ayuda a la reforma de la salud mental, con la participación de profesionales de la salud y gestores públicos de los sectores federales, estatales y municipales, pacientes y miembros de las comunidades. Y que el tiempo ha demostrado que, de hecho, la internación en hospitales psiquiátricos no era el más apropiado para la mayoría de las personas. Esto es debido a que:

-Personas con problemas con alcohol y otras drogas requieren proyectos terapéuticos específicos, diversos diseños para otros trastornos mentales;

-El tratamiento en el hospital no prepara a los pacientes para hacer frente a las situaciones difíciles de su vida diaria fuera del hospital;

-El modelo centrado en el hospital (Hospitalocêntrico) es mucho más caro y no pone en acción los recursos de servicios extra hospitalarios;

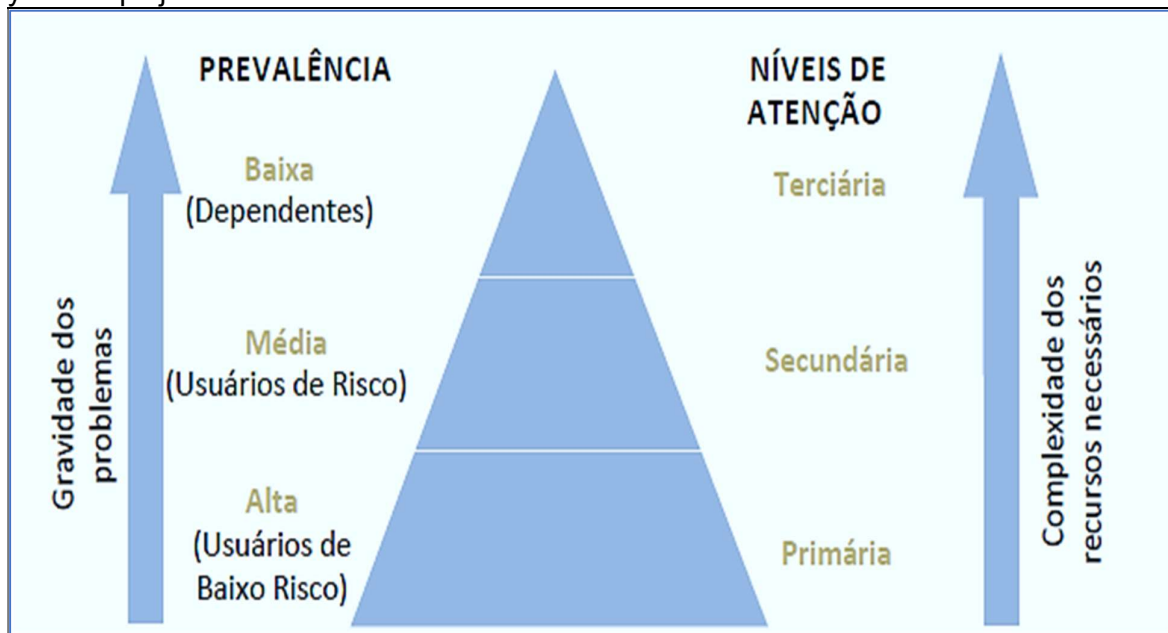
-Los problemas relacionados con el uso de alcohol y otras drogas no sólo se originan en la biología (los efectos en el cerebro, genética) de cada persona, sino también en su historia de vida en su estructura psicológica y en su contexto económico, social y cultural (CRUZ; FERREIRA, 2014, p. 12).

Los autores consideran que las personas con problemas de alcohol requieren un enfoque multidisciplinario, es decir, profesionales con diversas formaciones, así como asistencia médica, tales como psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, etcetera.

La hospitalización en hospital psiquiátrico refuerza el estigma y el prejuicio contra las personas que tienen problemas con el alcohol y otras drogas, que contribuyen a la falta de respeto de los derechos de la ciudadanía y hacer la reintegración de los dependientes al alcohol y otras drogas en su familia, en tu trabajo, en su grupo social. Así, el modelo anterior de asistencia a los usuarios de alcohol y otras drogas con la hospitalización en los hospitales psiquiátricos fue rechazado (CRUZ; FERREIRA, 2014, p. 13).

Este rechazo citado, según los autores, si se les da porque: es un sistema de hospitalocêntrico – sin contacto con otros recursos sanitarios y comunitarios; centrado en el médico; adecuado para proyectos terapéuticos específicos; inadecuada con respecto a la estructura física (cerrada) del hospital; un incentivo para el prejuicio y el estigma. De esta manera, la reforma psiquiátrica brasileña ha cambiado los grandes hospitales psiquiátricos por una red de asistencia de salud mental y ha intentado garantizar los derechos humanos y un mayor acceso al movimiento social de los usuarios. Figura 4 por debajo da la distribución de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, los niveles de atención y complejidad de los recursos necesarios.

Figura 4 - Distribución de problemas relacionados con el uso de alcohol y otras drogas y la complejidad de los recursos necesarios



Fonte: Cruz; Ferreira (2014, p. 14)

La figura muestra que hay muchas personas que usan sustancias nunca desarrollan problemas; Hay algunos que presentan problemas, pero no han perdido el control; y una minoría que tiene problemas y no puede controlar el uso (adicción).

Así, esta forma de distribución indica que la complejidad de los recursos debe ser mayor para aquellos que tienen más problemas, pero que grandes esfuerzos con características menos complejas deben hacerse también para personas que no tienen problemas (prevención) o tienen problemas, pero puede controlar. En el centro de menor complejidad, pero con gran variedad, están las estrategias desarrolladas por las Unidades Básicas de Salud (UBS), la Estrategia de Salud Familiar (ESF) y la salud de la comunidad agentes (ACS).

Refuerza Lima (2005, p. 7), que la política del Ministerio de Salud dirigida a la atención que los usuarios de alcohol y otras drogas tenían los signos principales en el año 2002, con la Portería GM/816/2002, establece el Programa Nacional para la Atención de la Comunidad Integrada a los Usuarios Alcohol y Otras Drogas, en el Sistema Unificado de Salud. A través de este programa fue hecho para el despliegue de 250 guarderías para los usuarios de alcohol y otras drogas (CAPS). Este programa proporcionada la ayuda de la estrategia de reducción de daños, que es una de las políticas de salud pública vigentes en algunos países como una alternativa a los

modelos morales y criminal y uso y enfermedad de la adicción a las drogas. La estrategia de divulgación prevista también la “revocación de una Junta de bienestar sostenida principalmente por iniciativas de la sociedad civil, los grupos anónimos de los alcohólicos anónimos, es terapéuticas comunidades religiosas”.

Sin embargo, esta percepción distorsionada de la realidad del uso de alcohol conduce a

difusión de una cultura de lucha contra las sustancias que son inertes por la naturaleza, haciendo que el individuo y su medio de soporte de vida aparentemente relegado a un plan menor. Esto a veces es confirmado por la multitud de propuestas y enfoques preventivos/terapéuticos, a veces considerablemente fortalecer la propia situación de abuso o dependência (BRASIL, 2003, p. 7).

Por lo tanto, entender el Ministerio que una política de prevención, tratamiento y educación para el uso y consumo de alcohol y otras drogas, debe ser construida de modo que existe la Unión de la Secretaría de salud con otros ministerios, así como con los sectores de la sociedad civil organizada. Por lo tanto, es que el consumo de alcohol y otras drogas es un problema grave de salud pública. "En una perspectiva de salud pública, la planificación debe incluir porciones grandes de la población, de manera que la abstinencia no es el único objetivo factible y posible a los usuarios" (BRASIL, 2003, p. 8).

Según el Ministerio de Salud, atención, promoción y prevención para la salud de las personas que hacen uso indebido de bebidas alcohólicas se lleva a cabo en tres niveles de atención de la salud en el SUS. La puerta de entrada para la mayoría de las personas que hacen abusiva uso de alcohol es la atención primaria de salud (primer nivel de atención), las unidades de salud conocido, donde se trata de su primer contacto con las enfermeras o médicos generales de estos alojamiento.

Es a la institución llevar a cabo campañas de promoción y prevención para el consumo de alcohol y también aquellos están "enfermos" a un servicio especializado. Una de las principales herramientas de la red de alcohol y otras drogas, ya mencionados en este estudio, son los centros de atención psicosocial al alcohol y otras drogas (CAPS-AD).

El Ministerio de Salud, Brasil (2014), todavía subraya la necesidad de un conjunto de acciones que cumplen a las personas que tienen necesidades particulares, que tienen diferentes formas y diferentes historias, y aún así, viven de

maneras diferentes, que son inserta en diferentes culturas y en diferentes lugares del país. Esta red de atención a estas personas, que usan alcohol, tener en cuenta que hay heterogeneidad brasileño; la relación entre el consumo de alcohol y otras drogas y la cultura; implicaciones laborales, familiares y socialización; las cuestiones éticas y legales; la multiplicidad, la particularidad y la subjetividad de los usuarios; y la capacitación permanente de los equipos multiprofesionales.

Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), un Portal y un Observatorio sobre las Inequidades en Salud en el Región Nordeste, avalan informe de reportera Maira Baracho (2014) que 48% de las personas en el nordeste afirman beber regularmente.

La investigación de Vigilancia de Factores de Riesgo y Protección para Enfermedades Crónicas por Encuesta Telefónica (Vigitel), llevó a cabo por el Ministerio de Salud en el 2012, el Salvador, en la Región Nordeste de Brasil, es la ciudad donde el mayor número de personas que afirma que han consumido cuatro o más bebidas de alcohol en un período de 30 días, que equivale a 26,6% de los encuestados. Este hallazgo en el nordeste, consumo de alcohol, continúa con Teresina (PI), 21,6%, Recife (PE), 21% e Fortaleza (CE), 16,3% (BARACHO, 2014).

Este capítulo del trabajo realizó un estudio sobre el estado de Pernambuco y el problema del alcoholismo, cubriendo el alcoholismo en ese estado y llegando al archipiélago de Fernando de Noronha, que pertenece a este mismo estado para entender cómo es el consumo de alcohol en la isla, También se centra en Recife y Olinda y se ocupa de la Prohibición en el Estado.

2.4.1 El Estado de Pernambuco, Brasil

Pernambuco es un estado en el Nordeste de Brasil, tiene como capital la ciudad de Recife, con límites Paraíba, Ceará, Alagoas, Bahía y Piauí. Tiene un área de 98.076.021 kilómetros de² y 185 municipios. La población estimada en el año 2017 es de 9.473.266 habitantes, siendo que el último censo era de 8.796.448 habitantes. La densidad de población en 2010 fue 89.62 hab/km². La composición étnica de la población de Pernambuco consiste en marrones (53.3%), blanco (40.4%), negros (4,9%) e India (0,5%). En su formación, el estado tenía un número elevado de inmigrantes. Son portugueses, italianos, españoles, árabes, judíos, japoneses,

alemanes, holandés e inglés. Además de las fuertes influencias africanas e indígenas (IBGE, 2017). La figura 8 muestra el mapa del estado de Pernambuco, Brasil.

Figura 5 - Mapa do Estado de Pernambuco/Brasil



Fonte: <http://www.encontrapernambuco.com.br/mapas/mapa-de-pernambuco.htm>

Según el sitio oficial del gobierno del estado de Pernambuco³, una breve historia de este estado. El proceso de colonización del estado de Pernambuco en Brasil ocurrió en el año de 1.501, cuando la expedición del explorador Gaspar de Lemos fundó fábricas en la costa de la colonia portuguesa en América recién descubierta, siendo así, uno del primer brasileño que tienen áreas activas colonización portuguesa.

Dom João III, quien fue Rey de Portugal en el tiempo, entre 1534 y 1536, instalado el sistema de Capitanías Hereditarias en Brasil, que fue la donación de una parcela de tierra, denominada Capitanía, a un Donatario (Portugués), que cabría explorar, colonizar el tierras, fundar ciudades, recogen impuestos y establecen las reglas del sitio. La Capitanía de Pernambuco fue uno de los 14 primeros lotes que fueron distribuidos por d. João III y también fue conocidos por Capitanía de Nova Lusitania, nombre dado por el Donatario, Duarte Coelho. Así, en 1535, Duarte Coelho ha colocado en el lugar donde fundó la ciudad de Olinda y difundir las primeras fábricas en la región. Hasta entonces, los ocupantes de la zona fueron los Indios Tabajaras.

³ Extraído de: <http://www.pe.gov.br/conheca/historia/>

Pernambuco, en el período colonial, se convierte en un importante productor de azúcar y durante muchos años es responsable de más de la mitad de las exportaciones brasileñas. Pernambuco se convierte las Capitanías más prometedoras de la Colonia Portuguesa en América. Esta prosperidad atrajo la atención de los holandeses, que, entre 1630 y 1654, ocuparon toda la región, bajo el mando de la East India Company, teniendo como delegado al Conde Maurício de Nassau, que ha encendido Olinda, Recife, haciendo de la capital de Brasil holandés. Nassau te lleva a Pernambuco una forma nueva de administrar. Realiza numerosas obras de la urbanización, la agricultura de la caña y se expande garantiza la libertad de culto.

En el período holandés, nace en sinagoga de Recife la primera en las Américas. Mecenas de las artes, Nassau tiene en su equipo de innumerables artistas como Frans Post y Albert Eckhout, pioneros en la documentación visual del paisaje brasileño y la vida cotidiana de sus habitantes.

Después de la introducción de la República, Pernambuco busca ampliar su red industrial, pero todavía marcada la explotación tradicional del azúcar. El estado las relaciones de trabajo y moderniza movimientos conduce al desarrollo del noreste del país, como en el momento de la creación de la Sudene. Desde los mediados de los 60, Pernambuco comienza a reestructurar su economía, ampliando la red de carreteras en el interior del país e invertir en los polos de inversión dentro del estado. En la última década, consolidar sectores de vanguardia de la economía de Pernambuco, particularmente aquellos vinculados al servicio de sector (medicina turismo, informática) y establece una tendencia constante de modernización de la administración pública.

El estado consiste en llanuras y sierras, Pernambuco registros bien demarcan geográficamente las áreas. Situado en el centro este de la Región Nordeste, tiene la costa del Océano Atlántico. Parte del territorio de Pernambuco, el archipiélago de Fernando de Noronha, a 545 km de la costa.

Aun siendo uno de los más pequeños Estados de la Federación en extensión territorial, el estado cuenta con paisajes variados: colinas, mesetas, brezos, semiaridez dentro y hermosas playas. El relieve es lineal en su mayor parte, de la llanura costera con algunos puntos, sobre todo en Recife, al nivel del mar y, como si viene al país, tiene picos de montañas superiores a 1000 metros de altitud.

2.4.2 Alcoholismo en Pernambuco

La PNAD, Política Nacional de Drogas, considera pertinente desarrollo permanente de los estudios, encuestas y evaluaciones que llevan a la profundización del conocimiento sobre el uso de alcohol y drogas, así como la evaluación de la magnitud y las tendencias de este consumo.

Una publicación de OBID-Observatório de Informação de Drogas, lo autores Kreische, Sordi y Diemen (2011) señala que

La adicción al alcohol es un problema que afecta de 10 a 12% de la población mundial y, según una encuesta realizada en Brasil, 11.2% de la población sufre de este problema. Muchas características, tales como género, etnia, edad, ocupación, educación y estado civil, pueden influir el uso nocivo del alcohol, así como el desarrollo de la dependencia del alcohol. El alcoholismo es más frecuente en hombres que en mujeres (KREISCHE; SORDI; DIEMEN, 2011, p. 47).

Así, este trabajo pretende señalar algunos estudios ya realizados, donde se puede observar el consumo de alcohol por personas de algunas ciudades en el estado de Pernambuco.

En el año 2005, con la publicación en 2006, se celebró la II encuesta sobre el uso de drogas psicotrópicas en el Brasil. El estudio implicó las 108 ciudades más grandes del país y fue hecho por CEBRID, Centro Brasileño de Información sobre Drogas Psicotrópicas, la Universidad Federal de São Paulo, con el apoyo de SENAD.

Este estudio intentó perfil del consumo de alcohol y las drogas en Brasil, además de cada región geográfica, que en el caso en cuestión, la Región Nordeste, en concreto, el estado de Pernambuco.

Tabla 5 muestra las unidades de la región noreste con más de 200.000 habitantes

Tabla 5 -Unidades de la Región Noreste con más de 200.000 habitantes

UNIDADE FEDERAÇÃO	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	HOMENS	MULHERES	Nº SETORES PESQUISADOS
Alagoas	Maceió	797.759	376.572	421.187	04
Bahia	Feira de Santana	480.949	229.656	251.293	02
	Ilhéus	222.127	110.445	111.682	01
	Salvador	2.443.107	1.150.252	1.292.855	15
	Vitória da Conquista	262.494	127.636	134.858	01
Ceará	Caucaia	250.479	123.299	127.180	02
	Fortaleza	2.141.402	1.002.236	1.139.166	12
	Juazeiro do Norte	212.133	100.140	111.993	01
Maranhão	Imperatriz	230.566	110.947	119.619	01
	São Luís	870.028	406.400	463.628	05
Paraíba	Campina Grande	355.331	168.236	187.095	02
	João Pessoa	597.934	279.476	318.458	04
Pernambuco	Caruaru	253.634	120.296	133.338	01
	Jaboatão dos Guararapes	581.556	277.955	303.601	03
	Olinda	367.902	172.251	195.651	03
	Paulista	262.237	125.009	137.228	01
	Petrolina	218.538	106.611	111.927	01
	Recife	1.422.905	661.690	761.215	09
Piauí	Teresina	715.360	335.251	380.109	03
R. G. do Norte	Mossoró	213.841	102.823	111.018	01
	Natal	712.317	334.355	377.962	04
Sergipe	Aracajú	461.534	215.887	245.647	03

Fonte: Brasil (2006, p. 16)

Tabla 6 presenta la población total por localidades encuestadas, números de hombres y mujeres, además del número de sectores del censo para cada municipio. Los datos se extrajeron de IBGE para la II y la casa de los sectores de censo de los hogares se realizó basado en la información de IBGE, a través de mapas y sectores por medio de sacar.

Tabla 6 -Usar en la vida del Alcohol distribuido según sexo y grupo de edad de los encuestados en 22 ciudades de 1.680 región noreste con más de 200.000 habitantes

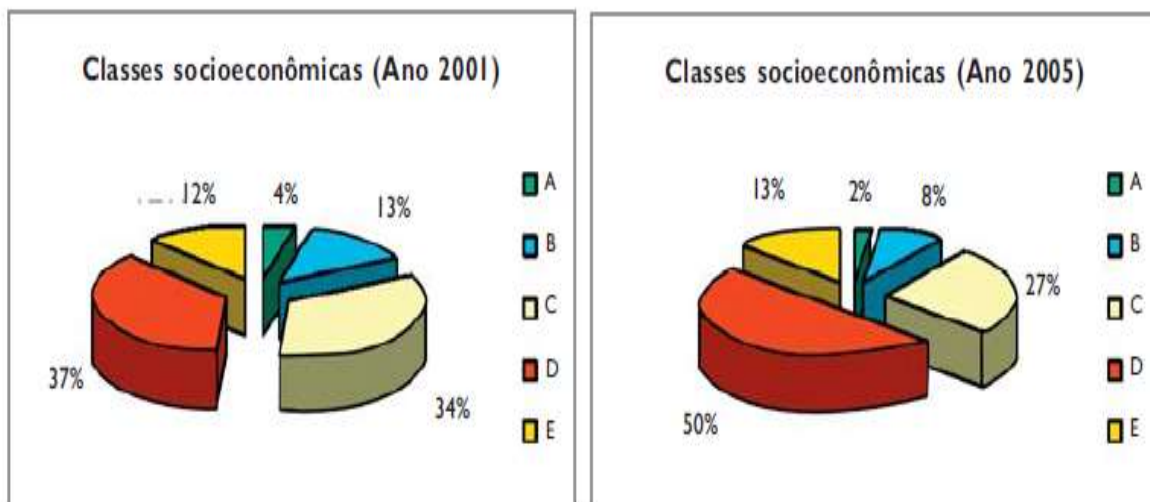
FAIXA ETÁRIA (anos/sexo)	OBSERVADO %	INTERVALO DE CONFIANÇA 95%
12 - 17	43,6	(32,6 - 54,6)
M	50,4	(39,3 - 61,5)
F	36,0	(25,4 - 46,7)
18 - 24	74,1	(64,4 - 83,8)
M	80,3	(71,5 - 89,1)
F	68,2	(57,8 - 78,5)
25 - 34	71,5	(61,5 - 81,6)
M	82,9	(74,5 - 91,2)
F	63,7	(53,0 - 74,4)
35	66,6	(56,1 - 77,1)
M	78,4	(69,2 - 87,5)
F	60,0	(49,2 - 70,9)
TOTAL	66,8	(56,3 - 77,2)
M	77,2	(67,9 - 86,5)
F	59,7	(48,8 - 70,6)
FAIXA ETÁRIA (anos/sexo)	POPULAÇÃO ESTIMADA (EM MILHARES)	INTERVALO DE CONFIANÇA 95%
12 - 17	777	(581 - 974)
M	440	(343 - 537)
F	327	(230 - 424)
18 - 24	1.544	(1.342 - 1.747)
M	795	(707 - 882)
F	746	(633 - 859)
25 - 34	1.680	(1.445 - 1.915)
M	899	(651 - 797)
F	804	(669 - 939)
≥35	2.568	(2.164 - 2.971)
M	1.362	(1.203 - 1.521)
F	1.270	(1.040 - 1.500)
TOTAL*	6.722	(5.669 - 7.774)
M	3.621	(3.185 - 4.057)
F	3.213	(2.627 - 3.798)

Fonte: Brasil (2006, p. 143)

En la tabla 7 sobre el uso en la vida de bebidas alcohólicas entre las personas que viven en las ciudades de la región noreste 22 con más de 200.000 habitantes. 66.8% de la población estudiada han hecho uso de bebidas alcohólicas. Resulta que los varones hacen más usan en la vida de alcohol las mujeres de todas las edades, llegando a alrededor del 80% de 18 años de edad. El estudio demostró eso estimación dependiente de alcohol en 2005 (13,8%) disminuidas en relación con el año 2001 (16,9%).

La investigación hace relación con clases socio-económicas y la distribución de encuestados según estas clases puede verse en los gráficos. Se nota que aparecieron los mayores porcentajes de los encuestados en las clases socioeconómicas C y D, en ambos años, sin embargo, en el año 2005 la clase D 50% de la suma de la muestra, que puede indicar un posible agotamiento de la población brasileña nororiental.

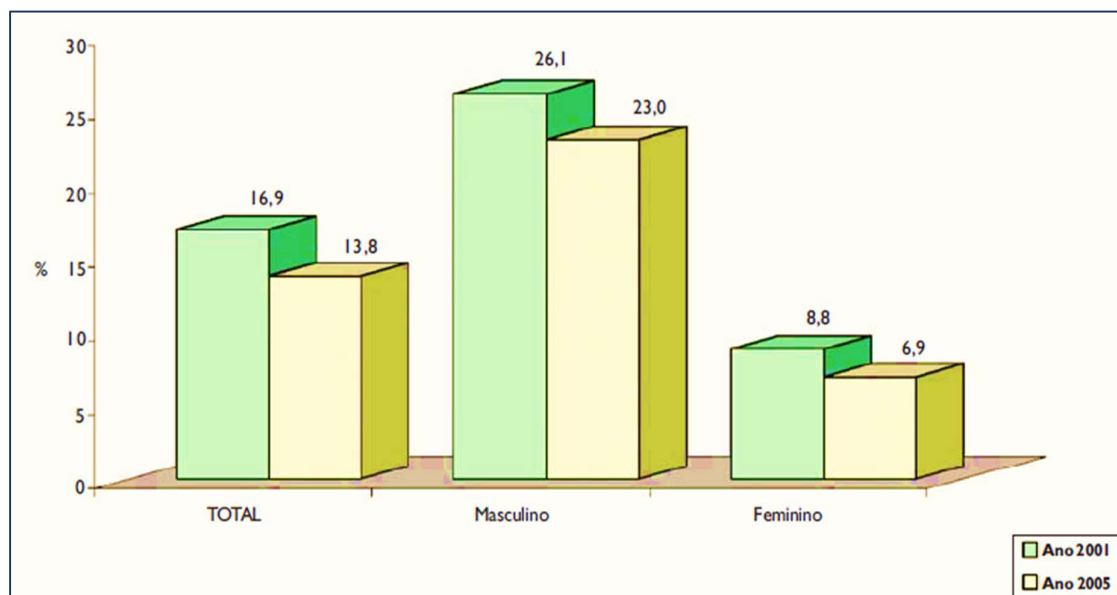
Gráfico 4 - Comparación de las encuestas de 2001 y 2005, según la clase socioeconómica de los 1.680 encuestados de ciudades con más de 200.000 habitantes en la Región Nordeste



Fonte: Brasil (2006, p. 337).

Los resultados sobre el uso de psicofármacos y alcohol entre las personas que viven en la Región Nordeste de Brasil considera que la prevalencia de dependencia al alcohol entre los sexos es predominantemente masculina, ambos en el año 2001 (26,1%) en 2005 (23,0%).

Gráfico 5 - Comparación entre encuestas de 2001 y 2005, según dependencia del alcohol de los 1.680 encuestados de ciudades con más de 200.000 habitantes Región Nordeste



Fonte: Brasil (2006, p. 339)

El predominio de los hombres haciendo uso del alcohol es evidente en las cartas, incluyendo una comparación de los años 2001 y 2005, en la región noreste de Brasil. En general el país resultados que: el consumo de alcohol en mi vida, en las 108 ciudades mayores del país, fue de 74,6%, menor que el porcentaje de otros países (Chile con 86,5%) y Estados Unidos, 82,4%. El uso de alcohol más baja se produjo en la región norte (53,9%) y el más grande en el sureste (80,4%). La estimación de alcohol adicto fue 12,3% para Brasil; en el noreste el porcentaje alcanzó casi el 14%. Se observó que en todas las regiones brasileñas más dependen del hombre.

En Pernambuco, el Diário de Pernambuco, periódico publicado en Recife, es la más antigua en América Latina, revista de circulación fundada en 1825. En su página oficial⁴ aparece en un artículo sobre alcoholismo en Pernambuco, con el título de "Dosis nada inocente de preocupación". Esta es la bebida que en una hora feliz generalmente (*happy hour*) se convierte en un problema cuando se considera que el estado es el líder en porcentaje de la población que admite a abusar de alcohol más de cuatro veces a la semana.

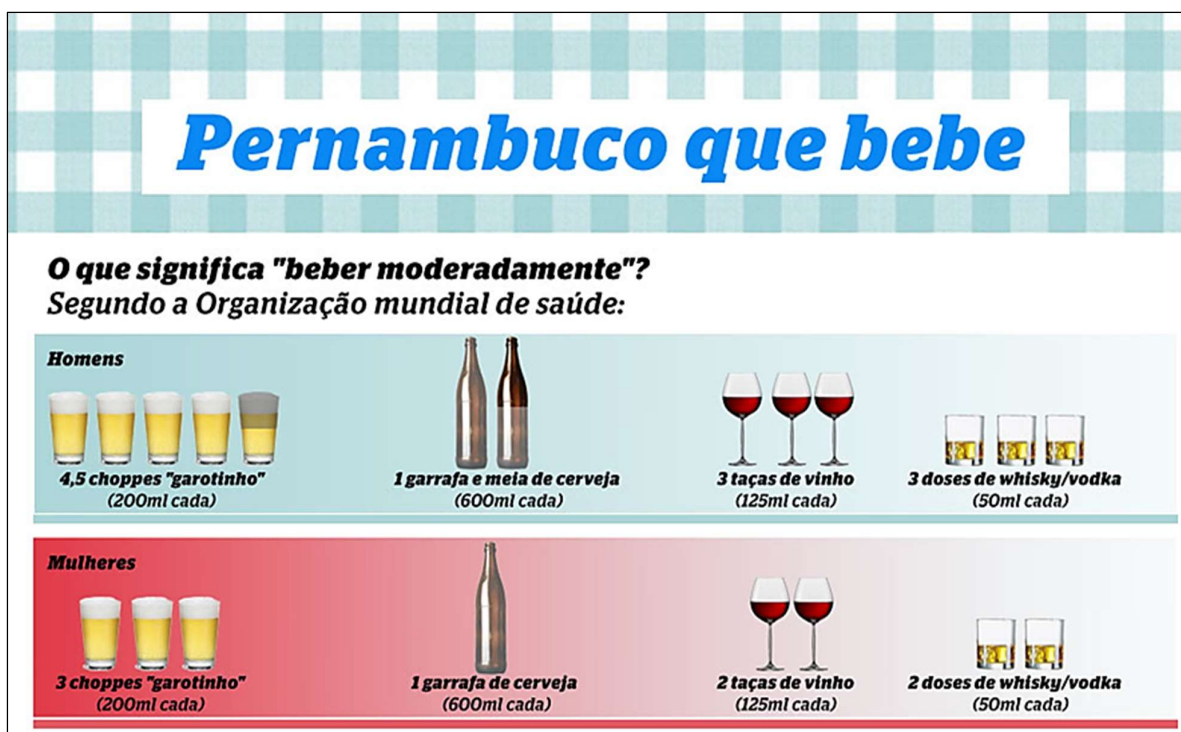
⁴Diário de Pernambuco- Extraído de: <http://www.diariodepernambuco.com.br/>

Este concepto de abuso varía para cada persona, por lo que para la OMS, ocurre cuando la ingesta es superior a lo que se considera como moderado, es decir, tres dosis diarias de bebidas. En cinco casos de alcoholismo, tres tienen factores genéticos asociados con.

El psiquiatra e investigador en el Centro de Información sobre Salud y Alcohol, Carolina Hanna, hablando con el diario, señala que, además de los cambios conductuales tales como agresión, mayor violencia y ausentismo en el trabajo, dependencia de causa orgánica cirrosis, cistitis, cáncer de lengua, boca o incluso el cáncer de mama. Agrega que la sustancia carcinógena es alcohol. Cuando una persona bebe mucho cada día, puede ir en el marco de la retirada, que conduce a situaciones irreversibles.

El Diário de Pernambuco cita el investigador del centro brasileño de información sobre drogas psicotrópicas Zila Sánchez, quien señala la adicción alcohol generalmente se diagnostica después de 10 años de uso intensivo.

Figura 6 - Pernambuco quien bebe 1



Fonte: <http://hotsites.diariodepernambuco.com.br/local/2015/ViverMais/dia8.shtml>

Pernambuco es uno de los 10 Estados con la mayor parte de los residentes que ingieran alcohol regularmente. El Brasil es signatario del documento de la

Organización Mundial de la Salud que tiene objetivo es reducir hasta un 10% del consumo nocivo de alcohol hasta 2025.

Complementa el diario de Diário de Pernambuco que, en el estado, 22.5% de la población admite tomar la misma dirección después de beber demasiado. Pero, peor que el elevado número, a la realización que, aún así, el estado es debajo del noreste y los promedios nacionales. Una de las razones es la precisión de la prohibición de la operación (Lei Seca), que consiste en la Secretaría de Estado de Salud, Detran (Departamento de tránsito del estado) y Policía militar de Pernambuco, de 2011.

Figura 7 - Pernambuco quien bebe 2



Fonte: <http://hotsites.diariodepernambuco.com.br/local/2015/ViverMais/dia8.shtml>

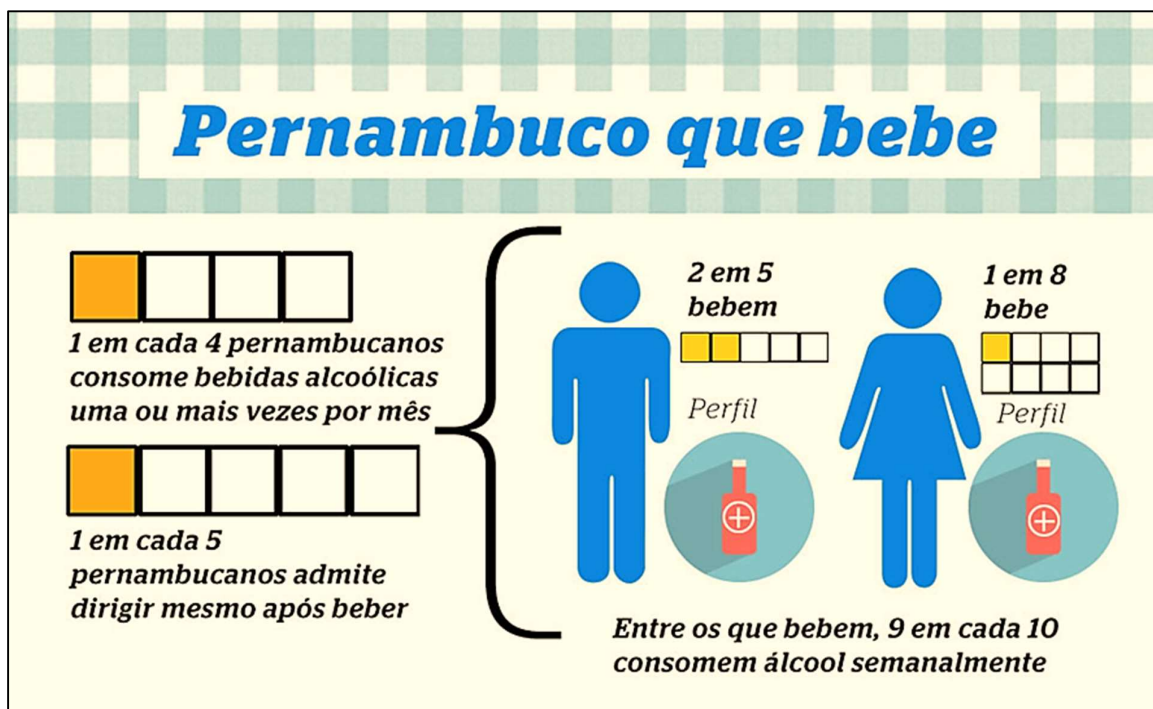
El informe en el periódico Diário de Pernambuco, en una entrevista con el Coordinador de acción sobre el alcohol, el teniente coronel André Cavalcanti, cuenta cómo la operación funciona Lei Seca en Pernambuco.

La operación prohibición vino a cumplir con lo establecido por el plan nacional para la reducción de accidentes y seguridad vial para el 2011 a 2020. El objetivo colocado por la Organización Mundial de la salud (OMS),

que Brasil firmado establece una reducción del 50% en el número de muertes. Esto da un promedio de 5% a 6%. Estamos trabajando para hacer un promedio de reducción de 6,5% por año. La operación está coordinada por el Departamento de estado de salud. Tenemos nueve equipos con cuatro diputados, tres agentes del Dmv y tres empleados de la Secretaría en las calles todos los días, trabaja durante 12 horas (CAVALCANTI apud DIÁRIO DE PERNAMBUCO, 2015).

Añade el teniente que Pernambuco tiene un alto índice de personas que admiten ingerir mucho licor, “el trabajo desarrollado en estos últimos años con la operación que prohibición está impactando en la conciencia de la población. Que se beben bebidas. Ahora están buscando alternativas como taxi, un viaje de un amigo o beber cerca de casa”. Haciendo una comparación del porcentaje de la población que consume alcohol en Pernambuco con bases de datos públicos sobre el mismo tema en varias localidades europeas, teniente agrega que “si es un país europeo, el estado del noreste sería el séptimo mayor consumidor de bebidas alcohólicas en el continente, junto a Romênia”.

Figura 8 - Pernambuco quien bebe 3



Fonte: <http://hotsites.diariodepernambuco.com.br/local/2015/ViverMais/dia8.shtml>

Destacar Gomes, Alves y Nascimento (2010, p. 707), basado en varios estudiosos del tema que “drogas de abuso, el alcohol es la sustancia más ampliamente

utilizado y el uso su ya representa el 95% de los resultados de morbilidad y mortalidad reportados por el abuso de esta sustância” y además su prevalencia en la población adulta, esta conducta puede también evidenciarse también en adolescentes, reverberando en su salud física y mental.

El consumo de alcohol es cultural, está permitido en casi todas las sociedades del mundo, y las consecuencias del uso inadecuado de afectan a la población más en riesgo de consumo: adolescentes y adultos jóvenes. Según la Organización Mundial de la salud (OMS), existe una tendencia mundial que apunta a la cada vez más temprana de uso de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol (GOMES; ALVES; NASCIMENTO, 2010, p. 706).

Los autores divulgan que los estudios de base poblacional y estado abarcando sobre consumo de alcohol, se han incrementado en Brasil. Cuando se trata de un grupo que está en proceso de exposición al riesgo, y que tiene comportamiento característico de la fase de desarrollo que experimentan jóvenes caracterizan un grupo social de relevancia para las investigaciones de esta naturaleza. Así, se realizaron investigaciones con estudiantes de secundaria en relación con el consumo de bebidas alcohólicas, así como las circunstancias y consecuencias del comportamiento de beber.

Algunos de estos estudios se reportan en esta tesis en el artículo 3.5 Análisis del impacto del alcoholismo en la educación en Pernambuco.

La Agencia Brasil, por la periodista Flavia Villela (2014) presenta Informe sobre alcoholismo que la causa principal de la obra de separación. Marcelo Camargo, la misma agencia informa "Entre los miembros del INSS el uso abusivo de alcohol ha aumentado del 19% en los últimos cuatro años".

El trabajador social Gomes, entrevistado por Villela (2014) señala que el impacto del alcohol en la vida de las personas hoy en día es mucho mayor. Muchos casos, incluido el abuso de alcohol, se asocian a la situación de desempleo y agrega si tienes que ver los niños por ser una sustancia socialmente permitida en el país, termina siendo de fácil acceso.

Datos del Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) - Total seguridad⁵ en 2014, muestran que el alcoholismo es la principal razón de las órdenes de la enfermedad para trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de

⁵Extraído de: Previdência Total - <http://www.previdenciatotal.com.br/integra.php?noticia=1721>

sustancias psicoactivas. El número de personas que tuvieron que dejar de trabajar y solicitó la ayuda debido al abuso de alcohol tenía un aumento del 19% en los últimos cuatro años, para pasar de 12.055, en 2009, a 14.420, en 2013. La encuesta realizada por el Instituto Nacional de Seguridad Social muestra el aumento de enfermedades relacionadas con el uso de alcohol y drogas en Brasil. Según el órgano, en el 2013, unos 135.000 beneficios se otorgaron, en 2012 fueron 126.500 (PRATES; DANA, 2014).

Según los autores, expertos consultados por el Portal de Previdência Total señalan que primero es importante entender los signos de mal uso de estas sustancias y cómo inciden directamente en los contrato de trabajo. Alcohol reduce la productividad, ocasionando la pérdida de concentración, cambios de humor, retrasos, incrementó la tasa de ausencias y licencias médicas, agresividad, problemas financieros y la higiene personal.

En opinión del abogado laboral Martinez, alcoholismo crónico es reconocido internacionalmente como una enfermedad por la Organización Mundial de la Salud. “La corte de trabajo considera que no es correcto para el empleado que sufre de alcoholismo crónico, como si fuera una molestia, volver a la empresa no puede mantener a sí mismo y cada vez más hundida en la adicción”. El abogado Cerqueira añade que cuando se trata de tema delicado que implica a la personalidad del empleado y la empresa debe actuar con cautela y secreto. Señala que la empresa puede ofrecer tratamiento médico y psicológico, ya que el empleado expresa interés. La ayuda es de interés para la propia empresa para evitar las faltas, la caída de la productividad o para no perder al profesional. Sin embargo, no puede coaccionar a los empleados, no avergonzarlo delante de los compañeros de trabajo (PRATES; DANA, 2014).

El Presidente de la Nacional Asociación de Médicos de Social bienestar expertos (ANMP), Dr. Simas, señala que la dependencia de sustancias químicas es un problema social creciente que exige una acción inmediata. Según él, podemos decir que como una salida para ayudar en el tratamiento de adictos a las drogas y los trabajadores con trastornos psicológicos, sería una interacción creciente entre los Ministerios de Trabajo y Empleo, Salud y Bienestar Social.

Dijo Simas que hoy el trabajador cae enfermo y tiene dificultades para ser atendidos por SUS, no hay estructura para servirle completamente los informes y afirma que esto es lo que debe estudiar el Ministerio de Salud (PRATES; DANA, 2014).

2.4.3 Archipiélago Fernando de Noronha/PE y Consumo de Alcohol

Figura 9 -Archipiélago Fernando de Noronha (PE) (Morro dois irmãos)



Fonte: <http://www.noronha.com.br/praias.php>

Estudios de Filizola et al. (2008) destacar que el archipiélago volcánico de Fernando de Noronha (PE) es en el Sur Ecuatorial Atlántica, aproximadamente 345 km de Cabo São Roque, RN y 525 km de Recife, PE. Compuesto por 21 islas, islotes y rocas dispuestas alrededor de la isla principal, la única habitada por sistema de ciudades.

Fernando de Noronha, según los autores, tiene clima tropical con estaciones bien definidas, la seca y las lluvias. Sus más grandes representantes de la fauna son las aves y también grupos de vertebrados como anfibios, reptiles y mamíferos. La fauna marina presenta una rica biodiversidad.

La ocupación de la isla es casi tan antigua como la del continente, ya que está situado en una ruta de grandes navegaciones, siendo abordado por varias personas para hacer la recarga de los recipientes para el tratamiento de enfermedades y,

posteriormente, era un lugar de presidio. Hoy es un lugar de turismo ecológico y administrativamente para Pernambuco (FILIZOLA et al., 2008).

Figura 10 - Archipiélago Fernando de Noronha (PE)



Fonte: <http://www.pernambuco-turismo.com/mapas/fernando-noronha.htm>

Según el IBGE (2017), Fernando de Noronha es un distrito administrado por el estado de Pernambuco, con una población restante de las distintas épocas, además de quienes vivieron allí vinieron por varias razones. Descendientes de presos comunes o políticos, guardias, soldados o las personas que allí se destacaron para la prestación de servicios, supervisar compañeros isleños o simplemente turismo, conforman esta población, que alcanza los 2.500 habitantes, principalmente el turismo. En el artículo 75, la Constitución del Estado de 10/05/1988, Fernando Noronha es distrito del estado de Pernambuco. Así que alojarse en división territorial fechada de 2005.

La población de Fernando de Noronha, en el último censo, era 2.630, la densidad demográfica 154.55 hab/km² (IBGE, 2017).

Como Filizola et al (2008) a través de la familia, considerado como el núcleo fundacional de la isla, identificaron cinco grandes familias que se asentaron en el

archipiélago desde 1940 y sigue habiendo a este día. En lo referente a estos habitantes, el consumo frecuente de bebidas alcohólicas.

El relativo aislamiento de esta población hace sitio para hablar de las variables ambientales y sociales que influyen en la manifestación de alcoholismo y permiten el estudio específico de familias con aumento comprobado este efecto, estimular el debate sobre la factores genéticos y ambientales para la manifestación del síndrome de (FILIZOLA et al., 2008, p. 228).

Según los autores del estudio, la prevalencia de alcoholismo demostrada alta (40.3%) en la muestra de habitantes de la isla de Fernando de Noronha, en comparación con otros informes de alcoholismo en Brasil cuyo promedio es de alrededor 11.7%.

Filizola et al., (2008), todavía considerar otro factor a tener en cuenta:

es el hecho de que la mayoría de los estudios sobre la prevalencia de alcohol en Brasil presenta tasas de las poblaciones de los principales centros urbanos, haciendo comparaciones de la población estudiada es bastante pequeña, miente en una isla relativamente aislados y con periodicidad de la actividad laboral. Las condiciones ambientales, como la mayoría ociosa del día y durante el tiempo de año, playa, hábitos como el final de cada viaje de pesca a gusto algunos pescados bebiendo con los amigos, también pueden contribuir a los altos índices de alcoholismo encontrados (FILIZOLA et al., 2008, p. 231).

Los investigadores de datos concluyentes indican que los datos obtenidos en este estudio permitieron concluir que “el consumo de alcohol en una muestra representativa de las principales familias de habitantes de la isla de Fernando de Noronha fue 62,2%, mientras que la dependencia se ha detectado alcohol en alto porcentaje de la muestra (40.34%)”. Considerar a los autores que más deben hacerse estudios para definir los factores de riesgo para el alcoholismo en esta población.

El tema presenta Recife, Capital del estado de Pernambuco, parte del foco de la investigación.

2.4.4 Recife – Capital de Pernambuco

Figura 11 - Calle da Aurora - Recife



Fonte: <http://www.pe.gov.br/conheca/cultura/>

Recife es la Capital del estado de Pernambuco. Tiene una superficie de aproximadamente 217 km² se encuentra a orillas del Océano Atlántico, y ha estimado una población de 1.633.697 personas hasta el 2017, la población en el último pueblo de censo 1.5377.04 (IBGE, 2017).

Es la sede de la Región Metropolitana de Recife, la aglomeración urbana más grande en el nordeste y de Brasil quinto-más grande, con 3,7 millones de habitantes, además de tercera más denso posible poblada metrópolis en el país, superada solo por São Paulo y Río de Janeiro y cuarta red urbana de Brasil en población.

Sobre la base del IBGE (2017) a continuación aquí es una breve historia de la ciudad de Recife. Recife tiene su fuente en la tercera década del siglo XVI, cuando era una estrecha franja de arena protegida por una línea de arrecifes que forman un anclaje. Debido a sus características físicas favorables, el sitio comenzó a albergar un puerto. Y a su alrededor, que sirve a la ciudad de Olinda, una ciudad con cerca de 200 habitantes de la mayoría, marineros y pescadores. El establecimiento ocuparon la península corresponden a lo que hoy es el distrito de Recife.

En el caso de una región de puerto, el negocio se desarrolló rápidamente y había propulsado el crecimiento de la ciudad. Y en 1537, se registra la incorporación de la localidad de Recife. Con el desarrollo económico de la Colonia en el siglo XVII, el puerto prosperó favoreciendo la expansión del pueblo que toma forma. Actividad azúcar también creció y los bancos de los cursos de agua están ahora ocupados por

los molinos y chabolas, mientras que los ríos se han convertido en vías navegables para el transporte de productos.

En 1630, Olinda, entonces centro de la Capitanía, es invadido y el fuego por los holandeses. Sin embargo, los invasores se asentaron en las tierras bajas del arrecife, es porque el sitio de Olinda no favorecieron sus intereses militares y comerciales, es la semejanza del arrecife con los países bajos. Así, los colonos, soldados, los habitantes de Olinda y los inmigrantes judíos comenzaron la ocupación de la aldea de Recife.

En el siglo XVIII, el desarrollo de la ciudad se basa en comercio exterior y urbanización se centra predominante en el territorio holandés ex Portugués, espontáneamente, caracterizado por calles estrechas, que se abren a patios donde destaca el edificio religioso. En el siglo XIX, las características de la ciudad un tejido densamente urbanizado que corresponde al actual centro histórico surgido de los vertederos de los humedales y manglares, de la ocupación holandesa (IBGE, 2017).

2.4.5 Olinda –Tercera Más Grande Ciudad de Pernambuco

Figura 12 - Vista do Alto da Sé – Olinda



Fonte: <http://www.pe.gov.br/conheca/geografia/>

Figura 13 – Igreja y Monasterio de São Bento – Olinda/PE



Fonte: <https://www.guiadasemana.com.br/recife/na-cidade/estabelecimento/igreja-e-mosteiro-de-sao-bento>

Olinda es la tercera ciudad más grande en el estado de Pernambuco. Según la página oficial de la ciudad de Olinda/PE⁶, es hogar de una población de 397.268 habitantes. La ciudad tiene una tasa de densidad de población de 9.122,11 habitantes por kilómetros cuadrados, el más grande en el estado y el quinto más grande de Brasil.

43,55 km² tiene extensión territorial, 9,73 km² son parte de ZEPEC (zonas especiales de protección urbana y Cultural), con 1,89 kilómetros de ² del 1 ZEPEC (sitio histórico) y 7,84 kilómetros de ² de los alrededores del sitio histórico. Olinda tiene una zona urbanizada de 36,73 km², que representan el 98% del municipio y 6,82 kilómetros de ² del área rural, que es una ciudad eminentemente urbana.

La población de Olinda es de 397.268 habitantes y su territorio es 43.55 km². 36.73 km² área urbana ha y 6.82 km² de área rural. También hay ZEPEC, que son las zonas especiales de Cultural y protección urbana, con 9.73 km².

⁶ Olinda/PE. Extraído de: <https://www.olinda.pe.gov.br/a-cidade/olinda-em-dados/>

El Portal de la ciudad de Olinda, usando un texto de José Luiz Mota Menezes, en el libro “Urbana y evolución Territorial de Olinda: del descubrimiento a la actualidad – el Vila de Olinda-1537-1630”, cuenta la historia de la ciudad. Esta historia se transcribe aquí en esta encuesta, también se encuentra en el IBGE (2017).

La corona portuguesa en 1534, instituyó el sistema de Capitanías Hereditarias. El noble portugués Duarte Coelho recibió la Capitanía de Pernambuco, que asumió el control al aterrizar, el 9 de marzo de 1535, en el puesto de intercambio establecido en 1516, entre Pernambuco y Itamaracá. Poco después, se dirigió a sur en busca de un lugar a instalar. Encontrar una ubicación estratégicamente ideal, alta en las colinas, donde había un pequeño pueblo llamado Marim, por indios, instalar allí el asentamiento que dio origen a Olinda.

Olinda fue antiguamente un lugar, protegido por inauguración del mar, con un puerto natural formado por los arrecifes, un montón de agua y tierras fértiles y fácil de defender, según estándares militares de la época. La ubicación era muy agradable, es decir, el nombre Olinda fue dado de una frase dicha por Duarte Coelho: "o situación hermosa para construir un pueblo". No sabemos el día de la Fundación de Olinda; Es conocido que la ciudad prosperó tanto que en 1537, fue elevada a la categoría de pueblo. El 12 de marzo de 1537, Duarte Coelho envió al rey de Portugal, D.Juan III, el Foral, carta de donación que se describe en todas partes y mejoras en la ciudad de Olinda. En las playas, la ciudad fue fortificada para defensa y las cimas de las colinas se ha expandido hacia el mar, el puerto y el interior donde estaban los ingenios azucareros.

Era la extracción del Pau-Brasil y el desarrollo de la cultura del azúcar de caña que Olinda llevó a convertirse en uno de los más importantes centros comerciales de la Colonia, enriqueciendo lo que disputa con la corte portuguesa en lujo y ostentación. En 16 de febrero de 1630 Holanda invadieron Olinda y ganó. Tomando la ciudad, los holandeses se establecieron en el pueblo y a lo largo de las islas de puerto y abandonaron Olinda. El 24 de noviembre de 1631, los holandeses incendiaron Olinda, después de retirar los materiales de los edificios a construir sus casas en el arrecife, que comienza a prosperar bajo administración holandesa. El 27 de enero de 1654, los holandeses fueron expulsados y comenzaron la lenta reconstrucción de la ciudad de Olinda.

Después de 1654, se puede cambiar el destino de los arrecifes, que ocuparán ese lugar antes de Olinda. Será la sede de arrecife, aunque no oficial y Olinda,

secundarizada, si poco a poco vuelve a construir y más importancia en esos años antes de 1630. Mapa de mediados del siglo XIX revela una ciudad, título en 1676, aún con las mismas dimensiones de la ciudad vieja.

Figura 14 - Las calles de Olinda/PE



Fonte: <http://mapio.net/pic/p-26251608/>

3 METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Estudio

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo de enfoque cuantitativo. El estudio descriptivo se caracteriza por describir una población o fenómeno objetivo, buscando siempre para observar, analizar y registrar la información obtenida, que describe las características de una población dada (GIL, 2008) y, además del estudio descriptivo, exploratorio, que elige tener un conocimiento mayor sobre un tema que todavía es poco discutido en la literatura científica. Con respecto a la naturaleza cuantitativa de este proyecto, cubre el carácter numérico, la frecuencia e intensidad de los comportamientos de las personas individualmente, a un grupo de personas o, como es el caso de este proyecto, una población (RAUPP; BEUREN, 2003; GIL, 2008).

3.2 Sitio del Estudio

El estudio se realizó en el estado de Pernambuco la Salud Secretaría (SES-PE) a través de la información sistemas del local, concretamente en los sectores de: vigilancia epidemiológica; Cuidado básico-Gon y prohibición. También se contabilizaron los datos recibidos de la Secretaría de Educación de Pernambuco.

3.3 Población de Estudio

La población objetivo de este estudio estaba compuesta por alcohólicos del estado de Pernambuco analizados en varias lecturas de autores elegidos para esta investigación.

3.4 Criterios de Inclusión

Fueron establecidos como criterios de inclusión: datos del estado de Pernambuco; datos relacionados con el abuso de alcohol y sus consecuencias; información y datos de los últimos cuatro años (2014 – 2018).

3.5 Criterios de Exclusión

En cuanto a los criterios de exclusión, es decir, aquellos que no podían entrar en el análisis de este estudio fueron: datos procedentes de otros Estados; datos que no están relacionados con abuso de alcohol y sus consecuencias; datos incompletos o ilegibles y desde hace más de cuatro años.

3.6 Recolección de Datos

Se recogieron datos sobre plataformas del Ministerio de Salud que se pusieron a disposición de la Secretaría de Estado de Salud del Estado de Pernambuco. Más específicamente, los datos fue tomados, principalmente, de dos grandes bases de datos que es E-SUS, que está conectada con el sector primario de la salud y la TABWIN, adscrita al departamento de vigilancia epidemiológica. Además de estos, también se utilizó el sector responsable de la Lei Seca, el Departamento de Salud Mental y otros sistemas de información del Ministerio de Salud que contendían información esencial de las variables de este estudio.

La búsqueda de datos fue realizada por el investigador en asociación con los gerentes y / o directores de estos departamentos y sus colaboradores. Se buscaron datos en hojas de cálculo e informes que contienen las variables de interés de este estudio.

Las variables que se utilizaron para el departamento de vigilancia epidemiológica/TABWIN en este estudio fueron: mortalidad por accidentes de tráfico (coche y motocicleta) vinculadas al consumo de alcohol en el estado de Pernambuco y mortalidad debido a complicaciones del abuso del alcohol en el estado de Pernambuco, datos vinculados al sistema de información de mortalidad (SIM).

Las variables que se utilizaron para la Salud del Departamento de Mental, en esta investigación fueron: número de guardería para alcohol y otras drogas en el estado de Pernambuco; costo de mantenimiento de centros de atención psicosocial de Pernambuco estado Alcohol drogas y otras profesionales que están vinculados a centros de atención psicosocial de alcohol y otras drogas, en el estado de Pernambuco.

Las variables que se utilizaron para el Departamento de Atención Médica Primario, más concretamente en el sector responsable de gestionar E-SUS, en esta

investigación fueron: número de dependientes de alcohol y otras drogas, en el estado de Pernambuco.

Las variables que se utilizaron para el departamento responsable de la Lei Seca, en esta investigación fueron: número de accidentes de tráfico después de la aplicación de la prohibición, en el estado de Pernambuco; número de accidentes de tráfico fatales después de la aplicación de la Lei Seca, en el estado de Pernambuco; número de accidentes de tráfico desactivar después de la implementación de la prohibición, en el estado de Pernambuco y comparando el número de accidentes de tráfico desde 2014 a 2016 (el tiempo es en efecto la Lei Seca) del estado de Pernambuco.

La colección de estas variables fueron citados en porcentajes o en números enteros, y cuando sea posible la colección fue realizada por 12 la división de Gestión Regional de Salud (Geres) del Estado de Pernambuco.

3.7 Análisis de los Datos

Los datos se tabularon en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010.

El plan de análisis de datos incluyó estadísticas descriptivas: frecuencia, promedio, moda y mediana, y también se realizó con el programa Microsoft Excel 2010.

También utilizamos las pruebas de normalidad de Kolmogorov Smirnov (KS) y la prueba de Mann Whitney.

3.8 Aspectos Éticos

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Otávio de Freitas (número de opinión: 2.269.256 y CAAE: 74961217.2.0000.5200) y siguió todos los principios y pautas de la Resolución N ° 466 del Consejo Nacional de Salud (CNS), 12 de diciembre de 2012.

4 RESULTADOS

Los resultados de esta investigación están estructurados en seis partes. La primera parte presenta las políticas públicas para combatir el alcoholismo desarrolladas en el estado de Pernambuco; La segunda sección presenta algunos datos sobre Prohibición, que inhibe el consumo de alcohol por parte de un conductor de vehículos automotores, y sobre la misma ley en Pernambuco. En la tercera parte, las políticas públicas sobre alcoholismo en algunas ciudades de Pernambuco, incluido el alcoholismo en Recife y Olinda. La cuarta parte analiza los impactos del alcoholismo en la educación en Pernambuco, seguido de un análisis de los datos de Prohibición en el estado de Pernambuco y el número de muertes por alcoholismo en Pernambuco.

4.1 Políticas públicas para combatir el alcoholismo en el estado de Pernambuco

Con base en la Secretaría de Estado de Salud del Estado de Pernambuco, se observó que para apoyar a los 184 municipios de Pernambuco más la isla de Fernando de Noronha, se crearon 12 Gerencias Regionales de Salud (Geres). Cada una de estas unidades administrativas del Departamento de Salud del Estado es responsable de una parte de las ciudades, actuando de manera más localizada en atención primaria, en la reestructuración de la red de hospitales, en acciones municipales, en la lucha contra la mortalidad infantil y diversas enfermedades endémicas.

El modelo de gestión de la salud permite que las particularidades de cada región reciban atención al decidir acciones y campañas. Por lo tanto, es importante que el individuo reconozca su dependencia del alcohol, este es el primer paso y desea cambiar la situación. Luego, la familia y / o el dependiente deben buscar un psicólogo o psiquiatra que evalúe las posibilidades de tratamiento.

En cuanto al tratamiento, puede implicar la desintoxicación, que es la retirada de la bebida con acompañamiento profesional y asesoramiento individual o grupal. Petrolina, por ejemplo, está el CAPS AD (Alcohol and Other Drugs), que es una referencia para este tipo de atención y toda la red de salud trabaja en asociación, ofreciendo atención integral a este paciente (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PERNAMBUCO, 2018).

A continuación se presentarán las políticas públicas para combatir el alcoholismo en el estado de Pernambuco.

4.1.1 Red de Atención Psicosocial– RAPS

Miembro de la red del sistema unificado de salud (SUS), la Red de Atención Psicosocial (RAPS), ha establecido puntos de atención para el cuidado asistencial a individuos con problemas mentales, sin embargo esta red, además de esta audiencia, incluye individuos que hacen la uso nocivo de alcohol, crack y otras drogas (BRASIL, 2013).

Esta red cubre una gama de equipos y servicios, tales como: camas de atención integral, encontrados tanto en CAPS de III nivel, que trabajan 24 horas, como en hospitales generales dispersadas en el territorio brasileño; Terapéuticos Servicios Residenciales (SRA); Centros de Atención Psicosocial (CAPS), por el uso nocivo de alcohol, crack y otras drogas, la referencia es los CAPS AD; Unidades de Saludo (UA) y los Centros de Cultura y Experiencias Compartidas (CCC) (BRASIL, 2013).

Además, parte de la Política Nacional de Salud Mental, un programa llamado De Volta Para Casa, donde personas con enfermedad mental o con una historia de uso nocivo de alcohol, crack y otras drogas, reciben un incentivo del gobierno (bolsa) en la cantidad de R\$400.00 a regresar a sus hogares y convivencia con la comunidad que fue previamente insertada. Recordar que este beneficio no se concede a todas las personas, excepto aquellos que son graduados de un largo periodo de hospitalización en hospitales psiquiátricos (BRASIL, 2013). Especialmente en Pernambuco, objeto de este estudio, 413 personas se benefician de este incentivo.

Según el Ministerio de Salud, el RAPS está presente en diversos sectores y niveles de servicio del sistema de salud, tales como:

Cuidados básicos:

- la estrategia de salud familiar (ESF);
- Oficina de la calle;
- Apoyo básico para la salud de la familia (NASF);
- Convivencia y centros culturales y
- apoyo a servicios de componentes atención residencial de carácter transitorio.

Atención Hospital:

- Hospital servicioreferencias (SHR) para atención a personas con dolor o trastorno mental y necesidades derivadas del uso de cocaína crack, alcohol y otras drogas;
- Enfermería especializada en general hospital.

Atención y urgencia emergencia:

- la estrategia de salud familiar (ESF);
- Sala de estabilización;
- Puertos de atención de emergencia del hospital;
- UPA 24 horas;
- Sala de emergencias;
- SAMU 192.

Atención alojamiento de carácter transitorio:

- En el servicio de alojamiento;
- La unidad de acogida.

Estrategias de rehabilitación psicosociales:

- Las empresas sociales de apoyo y cooperación;
- Iniciativas para la generación de empleo e ingresos.

Atención psicosocial:

- Guardería centros estratégicos en sus diferentes modalidades.

Estrategia del programa de institucionalización

- De la vuelta a casa (PVC);
- Terapéuticos servicios residenciales (SRT) (BRASIL, 2013).

Figura 15 - Red de Atención Psicosocial– RAPS



Fonte: Cruz; Ferreira (2014, p. 19)

El Ministerio de salud considera que hay varios dispositivos de salud mental salud en territorios que se abisagran a las CAPS y con ellos y desde ellos, forma una Red de Atención Psicossocial (CRUZ; FERREIRA, 2014).

4.1.2 Centros de Atención Psicossocial (CAPS)

Los Centros de Atención Psicossocial (CAPS) son centros de salud que tienen en su composición un equipo multidisciplinario y transdisciplinario, y su atención está abierta y dirigida a la comunidad. Se considera un lugar de referencia comunitaria para personas con trastornos mentales, psicosis, neurosis graves y condiciones graves y/o persistentes que justifican su estancia en un lugar de atención intensiva, comunitaria, personalizada y que promueve la vida (BRASIL, 2004; BRASIL, 2014).

En Pernambuco hay varios CAP habilitados. Hay 73 CAPs I, 22 CAPs II, 9 CAPs III, 11 CAPs Ad, 8 CAPs Ad III y 13 CAPs i.

En base a la función que cumplen, desde dispositivos estratégicos en salud mental, el CAPS, según el Ministerio de Salud (BRASIL, 2014, p. 23), tiene como objetivo:

- Proporcionar atención diaria; Construir con el usuario y gestionar proyectos terapéuticos individualizados, ofreciendo una atención clínica, eficiente y personalizada; Promover la inserción social de los usuarios a través de acciones intersectoriales relacionadas con la educación, el trabajo, el deporte, la cultura y el ocio, estableciendo estrategias conjuntas para abordar los problemas; Organizar la red de servicios de salud mental de su territorio; Apoyar y supervisar la atención de salud mental en la red básica, FHP (Family Health Program), PACS (Community Health Agents Program); Regular la puerta de entrada a la red de atención de salud mental de su área; Coordinar, junto con el gerente local, las actividades de supervisión de las unidades hospitalarias psiquiátricas que operan en su territorio; Manténgase al día enumerando a los pacientes de su región que utilizan medicamentos para sus tratamientos de salud mental.

Los CAPS asumieron gradualmente la prerrogativa de ofrecer atención extrahospitalaria, basada en el territorio y tratando de reemplazar el modelo centrado en el hospital. Los alcohólicos y usuarios de otras drogas con dependencia psíquica y/o física no eran el objetivo de la atención de salud mental. Sin embargo, una política de salud pública no puede limitarse únicamente a uno de sus sectores.

CAPS es un lugar de referencia comunitaria para personas con trastornos mentales, psicosis, neurosis graves y graves y/o "persistencia que justifica su estancia en un dispositivo intensivo, comunitario, personalizado y que promueve la vida".

Estos dispositivos hospitalarios adicionales requieren el trabajo de los conceptos de territorio y red, así como un proceso de expansión de la reducción de daños. Esta propuesta se organiza a través de los llamados Centros de Atención Psicosocial en Alcohol y Drogas, caps-ad. Es una institución con adscripción poblacional, que cuenta con un equipo multidisciplinario, acceso a recursos de hospitalización de emergencia en camas de hasta 72 horas de estancia, si es necesario, y articulación con otros dispositivos y equipos sociales (ACSELRAD et al., 2012).

Los CAPS-AD son establecimientos que tienen atención especializada para personas en apuros psicológicos como resultado del uso de alcohol, crack y otras

drogas. Hay dos tipos de CAPS-AD regulados por la Ordenanza No 3.088, de 23 de diciembre de 2011, la primera, trabaja de lunes a viernes durante el horario comercial, que está indicada para municipios que tienen poblaciones con más de 70.000 habitantes, y hay CAPS AD III , que tiene el mismo foco anterior, sin embargo funciona las 24 horas, incluyendo fines de semana y días festivos. Además, el nivel tres proporciona atención integral, atención nocturna y retaguardia clínica y están indicados para ciudades con una población de más de 150.000 habitantes (BRASIL, 2003; BRASIL, 2014).

Dos puntos a destacar sobre el servicio de caps-AD en sus dos modalidades es que cumplen con todos los grupos de edad y género, y que el incentivo para solicitar recursos para la implementación de este servicio está regulado exclusivamente por la Ordenanza No 130, de 26 Enero 2012. It se enfatiza, sin embargo, que estos establecimientos reciben demanda espontánea y no requieren una referencia específica, funcionando de esta manera como una puerta de entrada a esta población (BRASIL, 2003; BRASIL, 2014).

4.1.3 Oficina de la Calle

Fundada en 2011 a través de la política nacional de atención primaria de salud, Ministerio de Salud, la oficina de la calle o calle oficina estrategia, pretende impulsar la salud de las personas que son vulnerables en la calle o Calle, que ofrecen esta atención integral del grupo de la población a la salud, ya que estos son más vulnerables y perdieron el vínculo con la comunidad y la familia, por varias razones (BRASIL, 2018).

Las oficinas son equipo de diversos profesionales, que juntos ofrecen acciones de salud, dando el diagnóstico de las prioridades del grupo para proporcionar e implementar tales acciones. Los equipos multiprofesionales deben desarrollar asistencia itinerante, pero deben también, cuando sea necesario, llevar a cabo actividades en conjunto con las estrategias de salud de la familia del territorio donde están sirviendo (BRASIL, 2018).

Según el Ministerio de Salud, así como centros de apoyo psicosocial, consultorios médicos, a pesar de que los asientos se arreglan en las modalidades, donde cada uno tiene su particularidad.

- 1 modo: debe estar compuesto por cuatro profesionales, dos de ellos, debe ser: Enfermera, Psicólogo, Trabajador Social o Terapeuta Ocupacional y dos opcionales de: Trabajador Social, Técnico o auxiliar Enfermería, Técnico en Salud Bucal, Cirujano Dentista, Física y Educación profesional con una formación en Arte y Educación, o, si prefiere la persona responsable de la formación del equipo multiprofesional, puede componer grupo profesionales requeridos cirugía electiva (BRASIL, 2018).

- 2 modo: consta de seis profesionales y tres, debe ser necesariamente: Enfermera, Psicólogo, Trabajador Social o Terapeuta Ocupacional y tres opcionales de: Trabajador Social, técnico o auxiliar de Enfermería, técnico en Salud Bucal, Cirujano Dentista, Física y Educación profesional con una formación en Arte y Educación, o, si prefiere la persona responsable de la formación del equipo multiprofesional, se puede componer de profesionales requeridos para el grupo de cirugía electiva (BRASIL, 2018).

-3 modo: este modo se distingue porque está compuesto en el mismo modo de organización 2 (3 obligatorias y optativas 3 grupos), con la incorporación de los profesionales médicos (BRASIL, 2018).

Para la implementación de los consultorios en la calle, tienes algunos criterios que deben seguirse al pie de la letra, son:

- Calle población sobre 80 personas.
- Oficina calle 1 equipo cada 80-1000 personas en la calle por municipio y equipo más 1 de cada 1000 personas en situación de calle.
- Los municipios con más de 300.000 habitantes: calle adultos planteadas en la investigación MDS y los niños y adolescentes en situación de calle en la investigación de SDH.
- Municipios con población de menos de 300.000 habitantes pueden ser beneficiados con los equipos de la calle, pero para ello, el municipio debe demostrar la existencia de niños de la calle población.
- Esta verificación debe llevado a cabo por organismos oficiales y reconocida por el Departamento de primaria salud/SAS/MS (Brasil, 2018).

En referencia al tema en la calle del Ministerio de Salud tiene algunas ordenanzas, que se enumeran a continuación:

Ordenanza N° 1.238, de 06 de junio de 2014: fija el valor de los incentivos actuales para equipos para practicar en la calle, en diferentes modalidades.

Ordenanza N° 1.029 de 20 de mayo de 2014: se extiende el papel de las categorías profesionales que pueden componer los equipos a practicar en la calle, en sus diversas formas y otros asuntos.

Ordenanza n ° 1.922, de 5 de septiembre de 2013: cambios de dispositivos Ordenanza N° 122/GM/MS, de 25 de enero de 2012, que establece los lineamientos para la organización y financiación de equipos de consultorios en la calle.

Ordenanza N° 123, de 25 de enero de 2012: establece los criterios para calcular el número máximo de equipos de oficina en la calle (eCR) por municipio.

Ordenanza N° 122, 25 de enero de 2012: define la organización y funcionamiento de la oficina en la calle.

Ordenanza N° 2.488, de 21 de octubre de 2011: se aprueba la política nacional de atención primaria de salud mediante el establecimiento de la revisión de las pautas y normas para la organización de la atención básica a la salud de la familia estrategia (ESF) y el Programa de Agentes de Salud Comunitarios (PACS) (BRASIL, 2018).

4.1.4 Centro de Convivencia y Cultura

Centros de vida y cultura surgió en Sao Paulo como parte de la red de salud mental en los mediados de los 80, concretamente en el final de la misma, extendiendo a otras ciudades del país y convertirse en un acción importante a la hora de la inclusión social de personas con enfermedad mental y el uso nocivo de alcohol, crack y otras drogas(CAMBUY; AMATUZZI, 2012).

Convivencia y centros culturales se establecieron en primera instancia por ordenanza N° 396 del 07 de julio de 2005 como, "público componentes de la red dispositivos de sustitución atención en salud mental", se ofrecen a las personas de los espacios socialidad, producción e intervención en la ciudad. Cabe señalar que a pesar de que uno de los servicios desplegados hoy como parte integrante de la red de salud mental, la Ordenanza N° 396/2005 ha sido revocada y es todavía objeto de debate a ser reeditado. De esta manera, no regula la financiación de su (BRASIL, 2005; CAMBUY; AMAUZZI, 2012).

Estos servicios como Cambuy y AmatuZZi (2012, p. 675), "utiliza recursos de las artes, realizar enfoque intersectorial con otros dispositivos tales como cultura,

educación y deportes. Castillo incluido prácticas música, artesanías, danza, drama y deporte ". Estas actividades encaminadas a la resignificación del proceso de trabajo, con un enfoque sobre la inclusión social, a través de cooperativas para la generación de ingresos.

Desde entonces, en muchos municipios del país, tales como Belo Horizonte, Campinas y São Paulo, centros de vida se han consolidado por su importancia para la inclusión social de personas con trastornos mentales y para la promoción de la salud, facilitando a través de actividades colectivas la construcción de nuevos lazos sociales, autonomía, ciudadanía y vínculos de solidaridad (CAMBUY; AMATUZZI, 2012, p. 675).

El Ministerio de Salud ha promovido debates con la idea de ampliar este dispositivo para todo el país. El argumento continúa con la falta de la Ordenanza 396/2005 que fue suspendida, lo que la cuestión de la financiación, control y evaluación de servicios.

Con el establecimiento de la red de psicosociales atención a través de la Ordenanza N° 3.088 de diciembre de 2011 y republicado en 21 mayo de 2013, los centros de sociabilidad y cultura se han convertido en parte de la atención básica, donde son considerados puntos estratégicos para la inclusión social de personas con problemas mentales y aquellos que hacen uso de alcohol perjudicial, crack y otras drogas, a través de la construcción de espacios de convivencia y las diferencias en la comunidad y apoyar en diversos espacios (BRASIL, 2011).

4.1.5 Unidad de Acogida

En la atención de carácter transitorio, las unidades host son un servicio que funciona todos los días de la semana y 24 horas. Su apariencia está basada en la experiencia de la recepción transitoria. Estas unidades de acogida, según el Ministerio de salud, deben ofrecer a las personas con problemas de salud mental y perjudicial de alcohol, crack y otras drogas, supervisión protectora y terapéutica. Individuos en estas unidades tienen el derecho a la vivienda, para un máximo de 6 meses, el supuesto anfitrión extendido, además, estos individuos tienen el derecho de convivencia con sus familias y a la sociedad y la educación. Cabe señalar que las unidades de acogida están destinadas no sólo a adultos, pero también los niños y

adolescentes que están en la familia y vulnerabilidad social y dirección por el equipo de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) de referencia (BRASIL, 2018).

Como se ve, las unidades host tienen CAPS, donde este será responsable de preparar el diseño terapéutico natural de cada usuario, teniendo en cuenta las necesidades de la misma.

Añade el Ministerio de Salud que el espacio físico de estas unidades de host deben ser adecuados para las actividades desarrolladas por los CAPS de referencia se aplican satisfactoriamente, ya sea en grupo o actividades individuales. Además, debe contener una zona de recreo, un máximo de habitaciones de 4 personas, y habitaciones en general, como: cafetería, aseos, cocina, sala de estar, entre otros (BRASIL, 2018).

Su constitución, así como otros servicios que se ofrecen en la red de atención psicosocial está compuesto por algunos requerimientos básicos, son:

- Proporcionar más de 5 (cinco) camas para la atención psiquiátrica a los individuos con necesidades derivadas de la perjudicial uso de alcohol, crack y otras drogas, en el hospital o distrito especializado de servicio (hospitales generales, camas de hospitalización CAPS y hospitales generales);
- Los profesionales de nivel superior en el área de salud pueden pertenecer a las siguientes categorías: médico, enfermera, trabajador social; psicólogo, educador y terapeuta ocupacional;
- Población de 200.000 habitantes en el municipio o región (municipios unidos entre sí por diversos factores, que juntos agregan a hasta 200.000 habitantes);
- El equipo mínimo debe tener al menos 2 años de experiencia, probado o lato sensu sentido o doctorado en el área de conocimientos que, en este caso, son individuos con necesidades de salud derivadas del uso nocivo de alcohol, crack y otras drogas.
- La distribución del equipo deben seguir las siguientes recomendaciones: 1 profesional de la salud de primer nivel debe estar presente en todos los días, en los profesionales de nivel medio de 19 horas 7 y 4 de asistencia 24 horas al día, todos los días de la semana;

Impacto tienen un rango de 10 a 15 plazas para ambos sexos y recibe de R \$70.000,00 para desplegarse y R \$25.000,00 mensuales para el cálculo del coste del

ambiente aéreo y pago de profesionales (BRASIL, 2018). En Pernambuco hay 5 unidades de recepción en funcionamiento.

4.1.6 Comunidades Terapéuticas

Las comunidades terapéuticas, según el Ministerio de salud, pertenecen al servicio de alojamiento y servicios de salud están diseñados para ofrecer continuo cuidado de la salud en plan de vivienda, sin embargo, este régimen es medidas transitorias para personas que hacen perjudiciales el uso de alcohol, crack y otras drogas y se encuentran en condición clínica estable (BRASIL, 2018).

Las comunidades terapéuticas, como el IPEA (Instituto de Avanzado de Investigación Económica), son entidades de la sociedad civil que invitamos a los usuarios que tienen problemas con sustancias psicoactivas, con el fin de apoyarlos para interrumpir este uso; y organizar para la reanudación de su vida social.

Este servicio institucional trabaja en conjunto con dos servicios de salud que son: atención primaria de salud, cuyo objetivo es apoyar y fortalecer el cuidado de individuos que utilizan el servicio de la comunidad terapéutica clínica y articula el Centro de referencia de apoyo psicosocial.

El centro de referencia de apoyo psicosocial es responsable indicando el host del usuario; por 9 meses seguimiento sobre la atención de los usuarios expertos; para la planificación de la salida y atención de seguimiento, como así como, participar activamente en la articulación intersectorial con el foco para hacer la reintegración de la persona que está utilizando el servicio de comunidad terapéutica en la comunidad donde vives (BRASIL, 2018).

Según el IPEA, en Brasil hay hoy más de 1800 Comunidades Terapéuticas, sin embargo, sólo 300 de ellos mantienen alianzas con el Gobierno Federal, bajo el programa "Crack: se puede ganar". Mediante esta alianza, la SENAD (Secretaría Nacional de Drogas) ofrece apoyo financiero a estas comunidades terapéuticas en las personas que quieran tratar, pero no tienen recursos para pagar los costos del tratamiento.

Para trabajar en servicio, alojamiento, según el Ministerio de salud, Brasil (2018), es necesario asegurar el cumplimiento de requisitos mínimos, tales como:

- Derecho a visitas a familiares y amigos, desde el día de su llegada hasta el día de su salida;
- Estímulo de la convivencia entre los residentes en varias actividades de servicio realizadas dentro y fuera del perímetro del servicio;
- Realización de asambleas y reuniones por lo menos semanalmente entre el equipo y las personas que usan el servicio, para discutir y resolver problemas en el funcionamiento de la institución;
- Actividades colectivas e individuales con el conjunto para orientar y prevenir el uso de alcohol, crack y otras drogas, siempre teniendo como base el conocimiento científico, además de los derechos y deberes del usuario del SUS;
- Estimular al usuario a participar en las acciones propuestas en el proyecto terapéutico;
- Reuniones con el equipo técnico deben realizarse al menos una vez a la semana;
- Mantenimiento de datos de usuario con la información más relevante;
- Observar y aplicar las disposiciones contenidas en la resolución N° 63, de 25 de noviembre de 2011, ANVISA.

ANVISA (Agencia la Vigilancia Nacional de Salud), regulación de los establecimientos llamados a Comunidades Terapéuticas, por medio de la RDC Resolución 29 de 2011. La resolución contiene los requisitos técnicos para la operación de clínicas, pero la licencia de salud realiza vigilancia municipal o estatal.

Resolución N° 29/2011 "normas sobre requisitos de seguridad y salud para el funcionamiento de las instituciones que proveen servicios a personas con trastornos de atención que surjan del uso, abuso o no identificado de sustancias psicoactivas". Tales instituciones son conocidas como las Comunidades Terapéuticas.

4.1.7 Servicio Residencial Terapéutico

Terapéuticos servicios residenciales son dispositivos que están estratégicamente sobre la desinstitucionalización de las personas con antecedentes de hospitalización de larga permanencia. Este servicio se caracteriza por viviendas en comunidades residenciales y pretende ayudar a las personas que sufren de un trastorno mental o el uso nocivo del alcohol, crack y otras drogas y no tener ningún vínculo familiar y / o apoyo social, además, este servicio también tiene como meta la rehabilitación psicosocial de las personas que utilizan el servicio (BRASIL, 2018).

Como otros servicios dentro de la red de servicio residencial terapéutico de atención psicosocial está dividido en disciplinas, que son:

- Modo 1: Personas con enfermedad mental o usuario malintencionado de alcohol, crack y otras drogas, que están en proceso de desinstitucionalización. Esta modalidad admite un mínimo de 4 y máximo de 8 usuarios, tomando como referencia un equipo cuidador.
- Modo 2: Personas con enfermedad mental o usuario malintencionado de alcohol, crack y otras drogas que tienen un fuerte nivel de dependencia, principalmente con respecto a la incapacidad física y por lo tanto necesitan atención permanente. Esta modalidad admite un mínimo de 4 y máximo de 10 usuarios. El equipo para esta modalidad es ya mayor, que se compone de los cuidadores, donde para 10 usuarios es recomendada por lo menos 5 cuidadores en una escala y el profesional de enfermería técnica diario 1 (BRASIL, 2018).

Servicios terapéuticos residenciales, la Ordenanza N° 3.090 de 23 de diciembre de 2011 "establece que los Servicios Residenciales Terapéuticos (SRTs), se definen en tipo I y II, está destinados a recursos financieros para el fomento y la financiación de los SRTs y otros arreglos".

Artículo 1 define la Terapéutica Servicios Residenciales para personas con la hospitalización de larga estancia (dos años o más) y recién graduados de hospitales psiquiátricos y hospitales en custodia, según los lineamientos descritos en Decreto N° 106/GM/MS, de 11 de febrero de 2000.

4.1.8 Programa de Vuelta a Casa (PVC)

Establecido por ley nº 10.708/2003 que el programa de vuelta a casa es una política pública que apunta a la inclusión social y rehabilitación, dirigidas a cada vez que se consolidó el proceso de institucionalización. El programa de regreso a casa tiene como objetivo población individuos egresados de hospitalización de larga estancia, pero, específicamente, de más de 2 años continuos de personas con trastornos mentales o problema de uso nocivo de alcohol, crack y otros medicamentos. Personas cubiertas por este programa, tiene el derecho garantizado por el derecho a una ayuda mensual de \$400,00 de indemnización (BRASIL, 2018). En Pernambuco, 413 personas se benefician de este programa.

El Programa Vuelta a Casa⁷, según el Ministro de Salud, José Gomes Temporão, fue establecido a través de la firma de la Ley Federal del 31 de julio de 10.708 2003 y proporciona para la regulación de la asistencia de rehabilitación psicosocial a los pacientes que tienen permaneció en hospitalizaciones psiquiátricas durante mucho tiempo. El programa pretende contribuir eficazmente al proceso de integración social de estas personas y pretende fomentar la organización de una amplia y diversa red de asistencia y recursos sanitarios, facilitador de la convivencia social, capaces de asegurar el bienestar general y fomentar el pleno ejercicio de sus derechos civiles, políticos y ciudadanía.

El programa nuevo hogar cumple con las disposiciones de la ley 10.216 que determina que pacientes largo admitieron o que caracterizan la situación de grave dependencia institucional, son objeto de políticas específicas de alta planificada y rehabilitación asistencia psicosocial.

Junto con el programa de reducción de camas de hospital de larga estancia y servicios terapéuticos residenciales, la forma de regresar del programa el trípode es esencial para el proceso eficaz de la institucionalización y recuperar la ciudadanía de las personas afectadas por trastornos mentales sujetos a privación de libertad en hospitales psiquiátricos brasileiros (CCS/BRASIL, 2018).

4.2 A Lei Seca

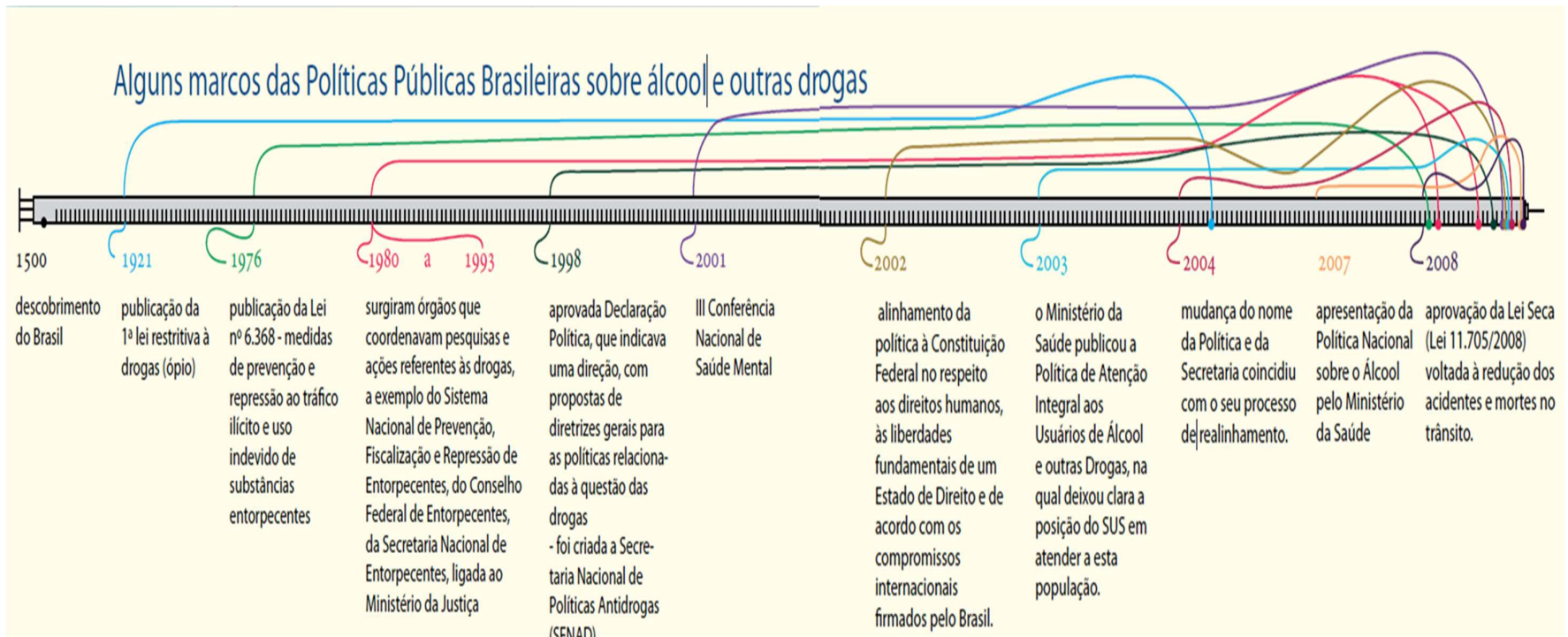
⁷Extraído de: Centro Cultural Ministério da Saúde (CCS)
<http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/programa.html>

Históricamente, prohibición (Lei Seca) en los Estados Unidos de América (USA) se inició en 1920 y duró 13 años, pero fue el mayor fracaso del gobierno, que obtuvo legal culpó a consumo de alcohol como un agente causante de todos los problemas del país, porque antes el remedio automóviles problemas vinculados al consumo de bebidas alcohólicas, el menú americano 18, que prohibía la fabricación de bebidas alcohólicas, exportación e importación, transporte y venta de cualquier bebida alcohólica tuvieron un efecto inverso(GONÇALVES, 2017).

En Brasil en 2008, a través de la Ley 11.705 de 19 de junio, la “Ley Seca” (adjunto), que modifica las leyes N° 96/9.294 y Ley N° 9.503/97. Esta ley contiene las consecuencias en relación con el acto de romper la conducta de beber y conducir. Esto adopta sanciones severas al individuo con alcohol durante la conducción, cabe señalar que la pena es progresiva y es aceptable que los individuos tienen en su alcohol de 0% de la circulación sanguínea, es decir hasta 1 caramelo con contenido de alcohol puede Asegúrese de que el piloto será penalizado (CISA, 2017).

Monica Gorgulho, especialista en área psicoactiva desde 1990, escribe artículo para la revista diálogos en psicología, en 2009, en las transformaciones de las políticas públicas brasileñas sobre el alcohol y otras drogas. El autor elabora una imagen interesante con algunos hitos de las políticas públicas brasileñas sobre el alcohol y otras drogas, que van desde el año 1500, con el descubrimiento de Brasil, hasta el año 2008, con la aprobación de la Lei Seca. Presenta en las figuras 17, el cuadro mencionado.

Figura 16 - Alguns hitos de las políticas públicas brasileñas sobre el alcohol y otras drogas



Fonte: Gorgulho (2009, p. 11-13)

La Lei Seca (prohibición) se basó en el elevado número de accidentes de tráfico causados por individuos que condujeron borracho, ofreciendo peligrosa para la vida a sí mismo y otros, así como traen altos costos para el gobierno federal, estatal y municipal, que, además de tener que mantener la Carretera en perfectas condiciones, tiene altos gastos médicos con estos individuos (CISA, 2017).

Según Stolf, Leal y Kessler (2011, p. 109), “El tráfico se reformula continuamente debido a la mejora del vehículo, la proliferación de carreteras, la vulnerabilidad humana a los accidentes automovilísticos, con el objetivo de una mejor organización social”. Y sobre el consumo de alcohol en el tráfico, se han desarrollado políticas específicas de aplicación en casi todos los países.

El método más común de la lucha contra la Asociación de beber y conducir se centra en la intensificación de la actividad policial y la aplicación efectiva de las sanciones. La efectividad de la supervisión se basa en un trípode que comprende el límite legal de alcohol contenido en la sangre permitido para conducir, a la posibilidad de controlar en ocasiones regulares y por la severidad de las penas previstas (STOLF; LEAL; KESSLER, 2011, p. 116).

Como Pechansky et al. (2010, p. 54), Brasil ha sido un líder en accidentes de tráfico en las carreteras y “esta epidemia-evidenciado por el impacto numérico de la cantidad de muertes por año en Brasil – justifica el tratamiento del tema como un problema grave de salud pública”. Los autores hacen una comparación como sigue: “mientras que en Italia el índice de muertes por cada mil kilómetros en las carreteras es 10, en los Estados Unidos es 6.56 y en Canadá de 3.3; en Brasil, el índice es 106 muertos/1.000 km”. Se considera que las causas más comunes vinculadas al tráfico accidentes son conducir bajo influencia del alcohol y otras drogas, además de exceder la velocidad.

Los autores agregan que la dirección de un vehículo bajo la influencia del alcohol es una conducta arriesgada, como se produce el cambio de la comprensión de situaciones cotidianas y la percepción de lo que sucede alrededor del conductor. Boni (apud PECHANSKY et al. 2007, 2010, p. 54) informa que “conducir bajo la influencia del alcohol puede aumentar por cuatro veces el riesgo de una persona involucrada en un accidente de tráfico, cuando su contenido de alcohol de la sangre oscila entre 0,05 a 0,09 mg/dl y una mayor probabilidad de en Volver en accidentes mortales”.

En un estudio más reciente de Klabunde et al., (2017, p. 109), la Organización Mundial de la salud informes que "Brasil está entre los diez países con más del 60% de las muertes relacionadas con accidentes de tráfico, ocupando la quinta posición, detrás de India, China, Estados Unidos y Rusia.

Este estudio de Klabunde y colaboradores pretende investigar el impacto de la Lei Seca en la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico en el estado de Santa Catarina desde 2005 a 2011. Los resultados mostraron una caída en las tasas de mortalidad general por accidentes de tráfico, cuando se comparan los períodos antes y después de la prohibición de 97.18 91.80 / 100 mil ($p < 0.01$). Indican los resultados para los hombres como factor de riesgo independiente para accidentes de tráfico, siendo el consumo de alcohol un factor catalizador de la muerte.

De acordo com Kreische, Sordi e Diemen (2011, p. 54), os acidentes de trânsito no Brasil tem sido causa de morte trágica de jovens de 15 a 24 anos, seguida por homicídios e suicídios. Calcula-se que a bebida alcóolica esteja presente no organismo de 33 a 69% das pessoas envolvidas em acidentes fatais e em 8 a 29% dos envolvidos em acidentes não fatais em países em desenvolvimento.

Los efectos inmediatos del alcohol en el cerebro pueden ser de carácter o depresor estimulante, dependiendo de la cantidad absorbida. En ambos casos, el alcohol produce un cambio fisiológico que aumenta el riesgo de accidentes, ya que modifica la capacidad de discernimiento, hace más lentos reflejos, reduce el control y reduce la agudeza visual. Fisiológicamente, el alcohol también causa disminución de la presión arterial y la depresión de la conciencia y respiración. Además, tiene propiedades analgésicas y anestésicas y suele estar asociada con el uso de otras drogas que pueden afectar al rendimiento en la rueda de (KREISCHE; SORDI; DIEMEN, 2011, p. 54-55).

Incluso con baja graduación alcohólica, beber alcohol aumenta el riesgo de accidente, fue a cambio de la capacidad de discernimiento del individuo, la voluntad de efectos negativos, aumentando el consumo de alcohol mientras que crece. Los autores consideran de suma importancia para comprobar el nivel de alcohol de las víctimas de accidentes de tráfico. La figura siguiente explica mejor tal motivo.

Figura 17 - Verificar el cero de las víctimas de accidentes de tráfico

POR QUE É NECESSÁRIO VERIFICAR A ALCOOLEMIA DAS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO?

A intoxicação por álcool dificulta o diagnóstico e o atendimento dos pacientes.

- Os efeitos do álcool podem ser semelhantes aos de um traumatismo craniano.
- A intoxicação por álcool predispõe o paciente a lesões mais graves.
- Os pacientes que tenham consumido álcool nem sempre são capazes de verbalizar uma dor ou indicar uma região sensível.
- O álcool pode interagir com medicamentos, em particular substâncias para aliviar a dor e sedativos.
- A intoxicação por álcool pode dificultar uma cirurgia.

O álcool agrava doenças crônicas latentes.

- Os pacientes alcoolizados podem apresentar problema de saúde e/ou psiquiátrico que dificulte o seu atendimento.
- A intoxicação por álcool pode exacerbar um distúrbio preexistente, como doença cardíaca, deficiência de coagulação sanguínea ou doença infecciosa.

O álcool dificulta a recuperação.

- Os pacientes com intoxicação alcoólica estão mais frequentemente sujeitos a algum tipo de complicação durante a fase de recuperação, em particular a infecções, como pneumonia.

Fonte: Kreische; Sordi; Diemen (2011, p. 56)

Se observa, según Pechansky et al. (2010), que las sustancias alcohólicas afectan las funciones cerebrales y los procesos mentales del conductor del vehículo que afectan su capacidad, no solo en el momento en que se ingieren, sino que producen efectos residuales, como resaca, por ejemplo, depresión, sueño o La fatiga.

4.2.1 La ley Seca en el Estado de Pernambuco

Según la Secretaría de Estado de Salud del Estado de Pernambuco, objeto de esta investigación, en su portal oficial⁸, la Operación Lei Seca en Pernambuco (OLS), desde el 01 de diciembre de 2011, se convirtió en una política pública de reducción de accidentes de tránsito por embriaguez el éxito del país. La operación prohibición de Pernambuco (Lei Seca) tiene como su Coordinador teniente coronel Fabio Bagetti,

⁸Secretaria Estadual de Saúde – Operação Lei Seca-
<http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria/operacao-lei-seca>

y el enfoque de la ley es prevenir y luchar contra los accidentes de transporte de tierra, considerada una epidemia en todo el mundo.

Educación y orientación a los conductores del tráfico, viene a través de esta política, a través de las personas con discapacidad víctimas de la combinación de alcohol y tráfico, como un eje principal, además de vigilancia diaria realizada por nueve equipos que trabajan permanentemente en todo sobre el estado.

Acciones se llevan a cabo durante toda la semana en varias ocasiones, a través de camionetas itinerantes y automatizados para realizar pruebas de alcohol. El proyecto mantiene el título de ser, proporcionalmente, la mayor operación de cero de Brasil y ha informatizado una flota de nueve camiones, nueve grúas, cuatro motocicletas y vehículos de apoyo de nueve. Cada van tiene dos etilómetros electrónicos, por un total de 18 equipos sólo para equipos de vigilancia.

Resulta una interesante acción en el trabajo de orientación sobre la prohibición y accidentes automovilísticos. Según el Ministerio de Salud, “la operación tiene cuatro equipos educativos. Cada uno está compuesto por cuatro personas con discapacidad, usuarios de silla de ruedas o muletantes y dos asistentes, que en la conducta de las personas con discapacidad y en la entrega de volantes y folletos de educación”. Están parados en bares y puntos de aglomeración, para evitar que conductores continúen después del consumo de alcohol. Las acciones también tienen lugar en escuelas, universidades, empresas y asociaciones a través de seminarios y conferencias.

Para una mejor comprensión de los cambios que han ocurrido en la Lei Seca - prohibición de la Secretaría de Salud del Estado de Pernambuco ha puesto a disposición en su portal como la nueva legislación,

Cambios en la legislación que cambió la Ley 9.503 do código de trânsito brasileiro a sanciones más estrictas para los conductores atrapados a borracho. (Nueva Ley Nº 13.281 de 04 de mayo de 2016, en vigor desde el 01 de noviembre de 2016). Los cambios, promulgada y sancionada el día 04 puede 2016, han permitido nuevas maneras de identificar a un conductor bajo la influencia (videos, fotos y prueba testimonial) y duplicó la multa para quienes cometen violaciones alcohol (hallazgo de alcohol en delitos de sangre y pruebas de alcoholemia se niegan). Antes, el valor del billete (extremadamente grave) R \$1.915,40. Ahora, el valor de la multa se duplicó a alguien cogido por manejar bajo la influencia: R \$2.934,70. En caso de reincidencia-repetición de la infracción en el período de 12 meses, el valor se duplica otra vez y el conductor a pagar R \$5.869,40 (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE-PERNAMBUCO, 2018).

Sin embargo, si aguantar cualquier pregunta es importante saber que la nueva configuración del texto de la ley permite al conductor el derecho a réplica demostrar

que consume bebidas alcohólicas, si presenta signos visibles y notorios de la embriaguez, ya que algunos Controladores, para deshacerse de la prueba de alcoholemia obligatoria o prueba de sangre, utilizan la posición de no ser forzado para producir pruebas contra sí mismo.

Los cambios en la ley ampliaron las posibilidades de presentar evidencia de que el conductor era muy borracho y las formas clásicas (prueba de alcohol de sangre, exámenes de sangre y clínico) se convirtió en una de las maneras de demostrar el conducir borracho, ya que otras pruebas pueden presentarse por medio de fotos, videos, prueba testimonial y la búsqueda de señales que indica el cambio de la capacidad psicomotora del conductor. Conducir bajo la influencia del alcohol sigue siendo infracción muy grave, con la suspensión del derecho de conducir por 12 meses.

Según el Departamento de Salud del Estado, la nueva Resolución del Consejo Nacional (Contran – N° 432/13), publicado en el diario oficial el 29 enero 2013 día hizo más rígida la nueva prohibición. La norma restablece el margen de tolerancia a la concentración de alcohol en la sangre del conductor.

Antes de 2008 Decreto 6.488 tolerancia de dekagrams un margen de dos por cada litro de sangre, las de en el caso de pruebas de glucosa de la sangre. Estas medidas si se identifican, el conductor será reservado para la infracción administrativa, que establece la pena mala seria con la pérdida de siete puntos en su cartera, recopilación y aplicación de la multa por la cantidad de R\$ 2.934,70. Su legislación chilena cambió la concentración de alcohol que caracteriza el delito de tránsito, es decir, como más de 6 dekagrams de concentración de alcohol por litro de sangre de menos de dos miligramos de alcohol por litro 0.3 de aire celular (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, 2018).

En abril de 2017 TV Globo⁹ informó y luego publicados en el portal Globo.com (G1 de Pernambuco), la “Operación Lei Seca de PE registra aumento de 37% en violaciones por cero en Semana Santa”. Y añade que en el 2016 75 casos se han divulgado, pero en el 2017 103 casos fueron registrados en el mismo período. Fueron registrados 21 casos del uso de alcohol por los conductores, sin embargo tomó lugar 76 rechazar la prueba de alcoholemia, siendo considerada también seis crímenes.

⁹<https://g1.globo.com/pernambuco/noticia/operacao-lei-seca-de-pe-registra-aumento-de-37-em-infracoes-por-alcoolemia-na-semana-santa.ghtml>

Según el portal G1 más infracciones registró en el estado, donde 59 casos de alcohol, siendo 11 resultados, dos asesinatos y 42 denegaciones. Los bloqueos fueron montados en las ciudades de Caruaru, Garanhuns y Gravatá, en Agreste y Arcoverde, Tabira y Tuparetama, en el Sertão. En la mayor Recife, hubo 48 incidentes, con resultados de 10, cuatro cargos y 34 negativas.

Luciano Nunes, Coordinador de la prohibición en Pernambuco operación pone de relieve que se encuentran en lugares con el mayor flujo de turistas que aparecen más casos de alcoholismo. En este tiempo los turistas tratan de ver la pasión del Cristo de la Nueva Jerusalén, en la Fazenda Nova, en Brejo da Madre de Dios, en Agreste. Agrega Nunes que 2011, cuando se inició en Pernambuco, hasta 2016, la operación Lei Seca se llevó a cabo 1.773.843 de métodos de enfoques. De este total, fueron 6.986 hallazgos usan de alcohol en la rueda y 1.592 crímenes, además de 26.331 denegaciones.

4.3 Políticas públicas sobre el alcoholismo en las ciudades de Pernambuco

4.3.1 Políticas Públicas sobre Alcoholismo en Recife/PE

La Secretaría de Salud de Recife/PE¹⁰ tiene la responsabilidad de elaborar e implementar las políticas, programas y proyectos que tienen como objetivo promover, proteger y recuperar la salud de la población. Al ser la administradora del Sistema Unificado de Salud (SUS) en la capital, es responsable de coordinar y planificar las acciones desarrolladas en la red de policlínicas, maternidades, unidades del Programa de Salud Familiar (PSF) y centros médicos en seis distritos. Aseos Su estructura organizativa está compuesta por las Secretarías Ejecutivas de Coordinación General, Gestión del Trabajo y Educación en Salud, Atención de Salud, Vigilancia de la Salud y Administración y Finanzas, que tienen el objetivo de formatear y ejecutar las actividades recomendadas por el SUS.

¹⁰ Secretaria de Saúde de Recife – Extraído de:
<http://dados.recife.pe.gov.br/organization/about/secretaria-de-saude>

La ciudad de Recife tiene un Plan Municipal de gestión integral al Crack y otras drogas, que es parte de la oferta por “Pacto pela vida de Recife”¹¹. Bajo el plan, el Pasillo de ciudad, viendo el impacto del problema del uso y abuso de cocaína Crack, alcohol y otras drogas en calidad de vida y convivencia social, ha intentado reducir las vulnerabilidades y los riesgos sociales de la población, de la desarrollo integral, intersectorial y transversal acciones, hizo posible a través de la articulación de sus secretarías

Dentro de la administración municipal el Plan Municipal de gestión integral al Crack, alcohol y otras drogas, es parte del modelo de gestión del Pacto por la vida del arrecife y se sustentan la recuperación de situaciones de riesgo, coordinado por la Secretaría Desarrollo social y derechos humanos, responsable de la articulación de las acciones realizadas por todos los departamentos que conforman el plan de (PLANO MUNICIPAL DE ATENÇÃO INTEGRADA AO CRACK E OUTRAS DROGAS, RECIFE, 2013).

Este plan fue sancionado por ordenanza de la ciudad y está en consonancia con el plan integral de Lucha Contra el Crack y otras Drogas (Decreto n ° 7.179/2010), a nivel Federal, con la Política de Estado sobre Drogas (Ley N° 14.561/2011), elaborado por el Consejo Estado de las Políticas sobre Drogas (CEPAD) e instituida por el gobierno del estado de Pernambuco. El plan también viene según el plazo de adhesión al Programa “Crack, es posible ganhar”, firmado entre Federal, estatal y gobiernos municipales en marzo de 2012, que se compromete en acciones y asignación de recursos para la implementación de los planes en el municipio y el estado de.

Según Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque¹² (2013, p. 6), hay muchos problemas con el abuso de alcohol y drogas, “así también los servicios que pretenden dar cuenta de un asunto de tal magnitud que deba 'reinventar' a fin de cumplir su función con eficacia, es también diversa”.

¹¹ Recife Pact For Life: es la política pública de seguridad urbana y prevención de la violencia del Ayuntamiento de Recife. Compromiso del Programa de Gobierno del Frente Popular, es un conjunto de programas, proyectos, estrategias e iniciativas dirigidas a reducir la violencia, la planificación urbana de la ciudad y mejorar la calidad de vida de Recife en general, integrada basado en su propio modelo de gestión, asegurando una línea de acción única, transversal e integrada. Extraído de: <http://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/pactopelavida.pdf>

¹² Psicólogo Máster en Salud Pública. Psicóloga del Instituto Federal de Río Grande del Norte (IFRN). Investigador del Grupo de Estudio sobre Alcohol y Otras Drogas, Universidad Federal de Pernambuco (GEAD-UFPE). Estudiante de doctorado en Medicina Preventiva / Salud Colectiva en la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP).

Así, en la actualidad, el Sistema Unificado de Salud (SUS) y el Único Social Asistencia Sistema (SUAS), los Ministerios de Justicia, Trabajo y Educación, estado y departamentos locales de salud, educación, defensa social, entre otros, han sido capaces de entender que el tema de las drogas no es sólo un área de trabajo. Por lo tanto, otras directrices conceptuales y prácticas, hace referencia alfabéticas la Política de Humanización de SUS, cómo la Clínica Ampliado, los Equipos de Referencia y Proyecto Terapéutico requieren una mayor acción por parte de profesionales y personas que tratan directamente con los usuarios de alcohol y drogas.

Tal vez este sea nuestro mayor reto: dar concreción a las actuaciones previstas por la ley y la Ley 11 10.216. 343, asumiendo concretamente que alguna vez vivir en un mundo sin drogas y el contexto, la subjetividad, las creencias, los valores y las preferencias de las personas que usan drogas deben considerarse. En este sentido, esta red sólo será efectivo y poderoso si nosotros nos encargamos de estas personas en libertad. Porque no podemos repetir ultrajes públicos con negligencia resultante de la hipocresía social que sugiere sólo encarcelar, sostiene, ocultar personas es que si se construye una sociedad limpia de problemas derivados del consumo de drogas. Tenga cuidado en espacio protegido no puede ser mango en prisión. Es necesario que la diferenciación ya que a veces personas que usan drogas pueden necesitar atención específica en la que puede reducir el consumo o la abstinencia por su propia elección y apoyado por un espacio de host intensivo, como en el caso del programa de asistencia, actitud o el host unidades de salud. No podemos bajo ninguna circunstancia condonamos atropellos y atrocidades contra las personas que usan drogas. Lo que debe "luchar", "cara", "frenar", es las medidas que "permitirán" y "justifican" las acciones de violencia contra personas que usan drogas en nombre de un pseudo care (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, de 2013, p. 7).

La ciudad de Recife, en la Gestión de la Salud Mental, Alcohol y otras Drogas, tiene un servicio dirigido a personas que necesitan tratamiento para la dependencia química. Acceso al servicio es, inicialmente, por teléfono. El usuario se remitirá al Centro de Atención Psicosocial (CAPS). El servicio es totalmente gratuito. Es necesario ir allá y registrarse para iniciar el proceso de tratamiento.

Según el Sector de la Salud Mental, Ayuntamiento de Recife, transcribe el la puerta de los informes de la Prefectura: tratan las CAPS, específicamente de casos relacionados con la salud mental y el uso de alcohol y otras drogas. Son instituciones diseñadas para adaptarse a pacientes con trastornos mentales, estimular su integración social y familiar, apoyo en la búsqueda de iniciativas de autonomía, con médicos y psicológicos. Su principal característica intentar integrarlos a un ambiente

social y cultural concreto, señalado como su territorio, la zona de la ciudad donde vive el diario de los usuarios y sus familias.

La Junta de Salud/Recife ofrece un personal técnico calificado, listo para ayudar al paciente en el momento de la crisis y también en el seguimiento del tratamiento. Los profesionales que trabajan en casquillos forman un equipo multidisciplinar compuesto por: médicos psiquiátricos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.

Están disponibles los siguientes tipos de CAPS: CAPS-ad (alcohol y drogas), CAPS i (niños) e CAPs Transtorno. Todas las Caps están compuestas por equipos multiprofesionales, con asistencia obligatoria de psiquiatra, enfermera, psicólogo y trabajador social. La estructura física de los Caps debe ser compatible con el host, actividades individuales y colectivas, talleres de rehabilitación y otras actividades necesarias en cada caso en particular.

También existe el Servicio Residencial Terapéutico (SRT), o terapéuticos o simplemente residencia, vivienda son casas situadas en el espacio urbano, para satisfacer las necesidades de vivienda de las personas con trastornos mentales graves, institucionalizado o no. El número de usuarios puede variar desde 01 individuales hasta que un pequeño grupo de tops de 08 personas debe siempre contar con apoyo profesional responda a las demandas y necesidades de cada uno. Este servicio existe en la ciudad, pero el acceso de los usuarios se realizará a través de referencias de profesionales de CAPS.

Así, acciones conjuntas son pertinentes, llevado a cabo por las distintas políticas sociales presentes en el territorio. Estas acciones, dirigidas a los diferentes grupos que pueden ser asimilados por diferentes audiencias, haciendo que pensar sobre su comportamiento y sus opciones de vida, en un intento de encontrar caminos para una vida más saludable.

Según el sitio web de la ciudad de Recife, la Secretaría de Salud Municipal estuvo presente, este año, en las fiestas, en polos de junio con la prestación de servicios de salud. El programa de salud ocurrió rápido para HIV y sífilis, directrices sobre el uso de alcohol y otras drogas, así como poner a disposición el sitio Trinidad, la más tradicional de la ciudad de tirón de polo, una estación médica, para la primera ayuda, con el apoyo de los SAMU 192. Desde su inauguración, el 12 de junio, fueron 232 asistencias.

Otra estrategia utilizada fue a través de algunos Agentes de Reducción de Daños, que han proporcionado orientación a los transeúntes, ayudándoles y alertas para la reducción de conductas de riesgo en el uso de alcohol y otras drogas, mediante estrategias de acercamiento. El sitio Trinidad, patio de São Pedro, Brasília Teimosa y Compaz Eduardo Campos, actuaciones fueron hechos para crear conciencia y estimular la adopción de medidas preventivas, asegurando un Ciclo Junino más seguro y saludable.

En relación con el mes de junio se llevaron a cabo acciones ciclos por las personas que frecuentan bares, trabajadoras sexuales y fiestas de la comunidad. Además, hay enfoques locales como compensaciones: Terminal de pasajeros aeropuerto y metro. Durante las fiestas de junio de San Juan y San Pedro, la predicción está a punto de distribuirse a 43.200 condones masculinos, femeninas y 2.500 y 3.000 botellas squeeze tipo, sustitución de las botellas de vidrio.

Según la Secretaría de Desarrollo Social, Juventud, Política de Drogas y los Derechos Humanos en Recife¹³, las barras se les advirtió sobre la venta de bebidas a menores de 18 años durante las fiestas de San Juan. La Secretaría visitó algunos 500 bares, restaurantes y otros establecimientos de la ciudad. Esta acción de prevención del abuso de alcohol es parte del programa moviliza Recife, la Secretaría Ejecutiva para políticas contra las drogas (Sepod).

El Federal Ley N° 13.106/15 prohíbe el suministro de bebidas alcohólicas a menores de 18 años. En esta acción, el equipo de Sepod pegatinas de entrega con la frase "Aquí no vendemos bebidas alcohólicas a menores de 18 años". Como se aprecia en la figura 18.

¹³Extraído de <http://www2.recife.pe.gov.br/noticias/21/06/2018/pcr-alerta-bares-sobre-venda-de-bebidas-para-menores-de-18-anos-durante-o-sao>

Figura 18 -Frase usada en carteles



Fonte: <http://www2.recife.pe.gov.br/noticias/21/06/2018/pcr-alerta-bares-sobre-venda-de-bebidas-para-menores-de-18-anos-durante-o-sao>

En cuanto al carnaval de este año, la Gestión de la Salud Mental, Alcohol y otras Drogas se ejecutan la estrategia de la política de reducción de daños en el consumo de Alcohol, tabaco y otras drogas durante el Carnaval, con intervenciones educativas, distribución de insumos, conciencia y cambio oferta de botellas de vidrio de botellas de plástico para los fiesteros. Enfoques se llevará a cabo por agentes de reducción de daños y puesta en escena de educadores de arte, fomentando la adopción de medidas preventivas, relacionadas con el comportamiento de riesgo de los usuarios de alcohol y drogas.

4.3.2 Políticas Públicas en Relación con el Consumo de Alcohol en Olinda

En noviembre de 2010, publicados en el Portal Oficial de Olinda¹⁴, que fue desplegado en Olinda una nueva herramienta para adictos a las drogas y el alcohol dependiente. Fue lanzado el proyecto "Oficina de la calle". Era un modo de servicio "extramuro", que ofrece los usuarios de alcohol y otras drogas en situaciones de mayor recursos de vulnerabilidad para la salud básica.

¹⁴ Extraído de: <https://www.olinda.pe.gov.br/Olinda-lanca-consultorio-de-rua>

Según el Secretario de Salud de Olinda, Tereza Guimaraes, esta oficina calle en Olinda actuaría como proyecto piloto para 01 año en tres barrios. Son: Água Compridas, Peixinhos y Río Doce. Su estructura operativa ofreció una rueda de equipo con formación multidisciplinar compuesto por un psicólogo, una trabajadora social, una enfermera y tres reductores de daños, que utilizan un vehículo (furgoneta) para el desarrollo de la consulta, guías, talleres de educación sobre salud, referencias de demanda no satisfecha en el loco de la red de salud del SUS. "Nos asentamos, hemos ganado la confianza de la comunidad que tiene hogar y usuarios de drogas."

El programa servirá como un puente para las personas que están fuera del sistema de salud que permite la inserción en la red. A través del mapeo de los barrios, el equipo de acción intentó identificar los puntos estratégicos, con el uso de van, como oficina de la calle. Coordinación de Salud Mental del municipio tomó la oportunidad para presentar los programas "De Volta para Casa" y "Residência Terapêutica Masculina", servicios de residencia incluidos en estrategias de política de Salud Mental del Ministerio de Salud, cuyo objetivo rehabilitación y reinserción social de pacientes con larga historia de hospitalización.

4.4 Análisis de los Impactos del Alcoholismo en la Educación en Pernambuco

Siendo el alcohol una sustancia psicotrópica ampliamente utilizada por los adolescentes en Brasil y en el mundo, su consumo se convierte en preocupante, "tanto por la mayor tendencia a la impulsividad en esta fase de la vida y por el daño al desarrollo cerebral en la infancia y Adolescencia, causado por el alcohol". Alcohol compromete principalmente la región cortical y afecta negativamente el desarrollo cognitivo, emocional y social del individuo (CURRIE et al., 2012 apud COUTINHO et al., 2016, p. 2).

El consumo de alcohol en la adolescencia tiende a ocurrir en conjunto con otras conductas de riesgo de salud, como el uso de tabaco y drogas ilícitas, así como el comportamiento sexual de riesgo. Estudio longitudinal con adolescentes finlandeses observaron que el consumo de alcohol adolescente aumenta el riesgo de fumar en la edad adulta. Además, el inicio temprano de consumo de alcohol está asociado con problemas en el futuro relacionados con el abuso de alcohol (CURRIE et al., 2012; MAGGS; SCHURLENBERG, 2005 apud COUTINHO et al., 2016).

Es necesario recordar que la ley brasileña prohíbe la venta de bebidas alcohólicas para menores de 18 años. Según Ley n° 13.106, de 17 de marzo de 2015, que modifica la Ley N° 8.069 de 13 de julio 1990- Estatuto del niño y adolescente, a hacer delito vender, suministrar, servir, administrar o entregar licor a un niño o adolescente.

Según Coutinho et al. (2016), se ha restringido a la publicidad de bebidas alcohólicas con un contenido de alcohol mayor o igual a 0,5 grados Gay Lussac (GL) y los anuncios pueden sólo transmitido en radio y televisión entre 21:00 y 6:00. Sólo es posible la emisión hasta 23:00 en la gama de programas no recomendados para menores de 18 años. Sin embargo, algunos estudios han reportado el consumo de bebidas alcohólicas para una gran proporción de adolescentes en el país.

El estudio de Coutinho y sus colaboradores utilizaron el método ERICA – Estudio de Riesgo Cardiovascular en Adolescentes, adolescentes entre 12 y 17 años, matriculados en escuelas públicas y privadas de 273 municipios brasileños con más de 100.000 habitantes de evaluación. La siguiente tabla muestra ERICA adolescente muestra y población estimada según el IBGE, por sexo, grupo de edad y macro-regiones en los municipios con más de 100.000 habitantes, los datos recogidos entre marzo y diciembre 2013-2014.

Tabela 7 – Adolescentes y ERICA muestra estimaron la población de acuerdo con el IBGE, por sexo, grupo de edad y macro-regiones en los municipios con más de 100.000 habitantes. ERICA, Brasil,2013-2014

Sexo e idade	Brasil	%	Norte	%	Nordeste	%	Centro-Oeste	%	Sudeste	%	Sul	%
Da amostra ERICA												
Masculino	33.364	44,7	6.861	45,5	10.310	44,5	4.097	42,1	7.620	44,6	4.476	46,9
12-14 anos	15.433	20,7	3.167	21,0	4.658	20,1	1.965	20,2	3.587	21,0	2.056	21,6
15-17 anos	17.931	24,0	3.694	24,5	5.652	24,4	2.132	21,9	4.033	23,6	2.420	25,7
Feminino	41.225	55,3	8.212	54,5	12.857	55,5	5.630	57,9	9.460	55,4	5.066	53,1
12-14 anos	18.708	25,1	3.739	24,8	5.853	25,3	2.547	26,2	4.322	25,3	2.247	23,6
15-17 anos	22.517	30,2	4.473	29,7	7.004	30,2	3.083	31,7	5.138	30,1	2.819	29,5
Total	74.589	100	15.073	20,2	23.167	31,1	9.727	13,0	17.080	22,9	9.542	12,8
População estimada												
Masculino	5.095.563	50,2	427.365	4,2	1.082.182	10,7	389.167	3,8	2.595.521	25,6	601.328	5,9
12-14 anos	2.697.440	26,6	224.876	2,2	569.111	5,6	204.588	2,0	1.375.262	13,6	323.603	3,2
15-17 anos	2.398.123	23,6	202.489	2,0	513.071	5,1	184.579	1,8	1.220.259	12,0	277.725	2,7
Feminino	5.052.137	49,8	427.997	4,2	1.082.851	10,7	388.843	3,8	2.557.985	25,2	594.461	5,9
12-14 anos	2.650.761	26,1	225.587	2,2	562.205	5,5	202.923	2,0	1.344.038	13,2	316.008	3,1
15-17 anos	2.401.376	23,7	202.410	2,0	520.646	5,1	185.920	1,8	1.213.947	12,0	278.453	2,7
Total	10.147.700	100	855.362	8,4	2.165.033	21,3	778.010	7,7	5.153.506	50,8	1.195.789	11,8

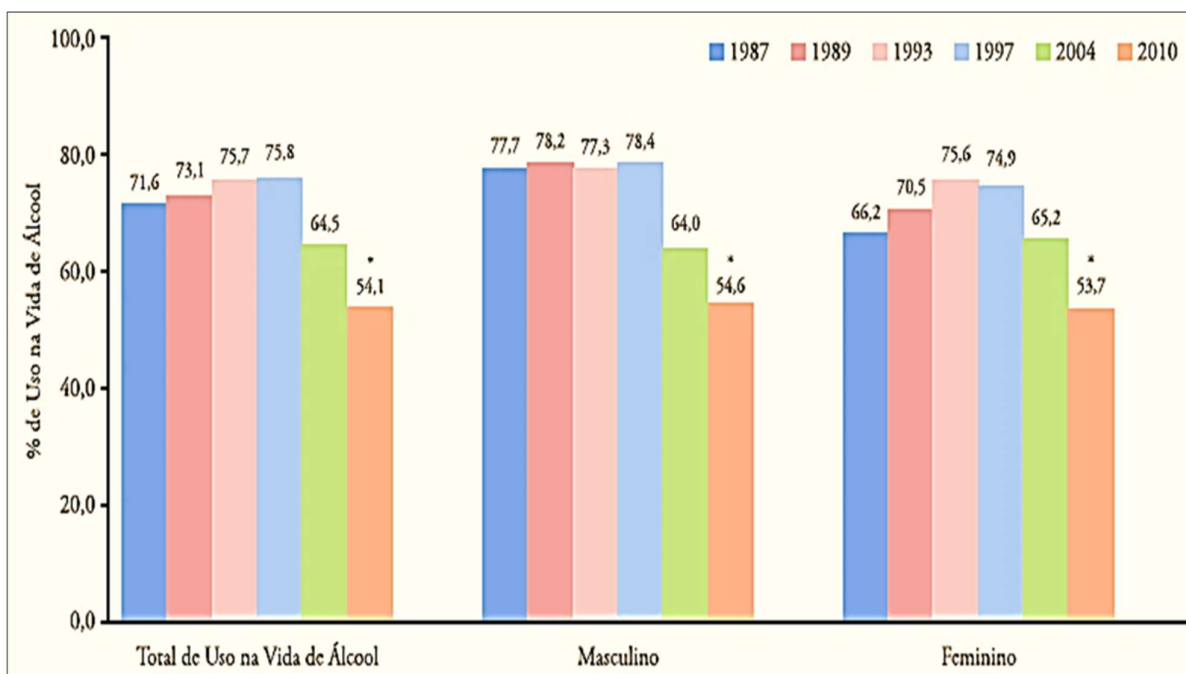
Fonte: Coutinho et al. (2016, p. 3)

En total 74.589 adolescentes respondieron al cuestionario. De estos, 55,3% eran mujeres. La edad promedio fue de 14,7 años (SD = 1,6) y 78.7% estudia en escuelas públicas. Tabla 8 se presenta la distribución por sexo y edad de la muestra y la población estimada después de la expansión de la muestra. Se encontró que 21% de los adolescentes consume alcohol al menos una vez en los últimos 30 días, con la mayor prevalencia observada en la región sur (27,5%) y el más pequeño de la región norte (14,8%). La prevalencia aumentó al pasar la edad de 12-14 años 15-17 años.

En el estudio informado un cuarto de los adolescentes que hacen uso del alcohol en el último mes en este estudio experimentaron por primera vez antes de los 12 años y esta proporción aumenta en los hombres. Como Laranjeira et al., (2007); Kann et al., (2014); Malta et al., (2014); Pinsky et al. (2010) apud Coutinho et al. (2016), varios estudios nacionales e internacionales, también en la temprana experimentación con alcohol. Esta es una información importante, que causa preocupación, considere que el consumo de bebidas alcohólicas sólo autorizado legalmente en Brasil en individuos con 18 años o más, y que el inicio temprano se ha asociado con mayor riesgo de lesiones intencionales, accidentes, comportamiento sexual de riesgo, usan de tabaco y drogas ilícitas, así como el deterioro cognitivo en la vida posterior (MAGGS et al., 2005 PAAVOLA et al., 2004 apud COUTINHO et al., 2016).

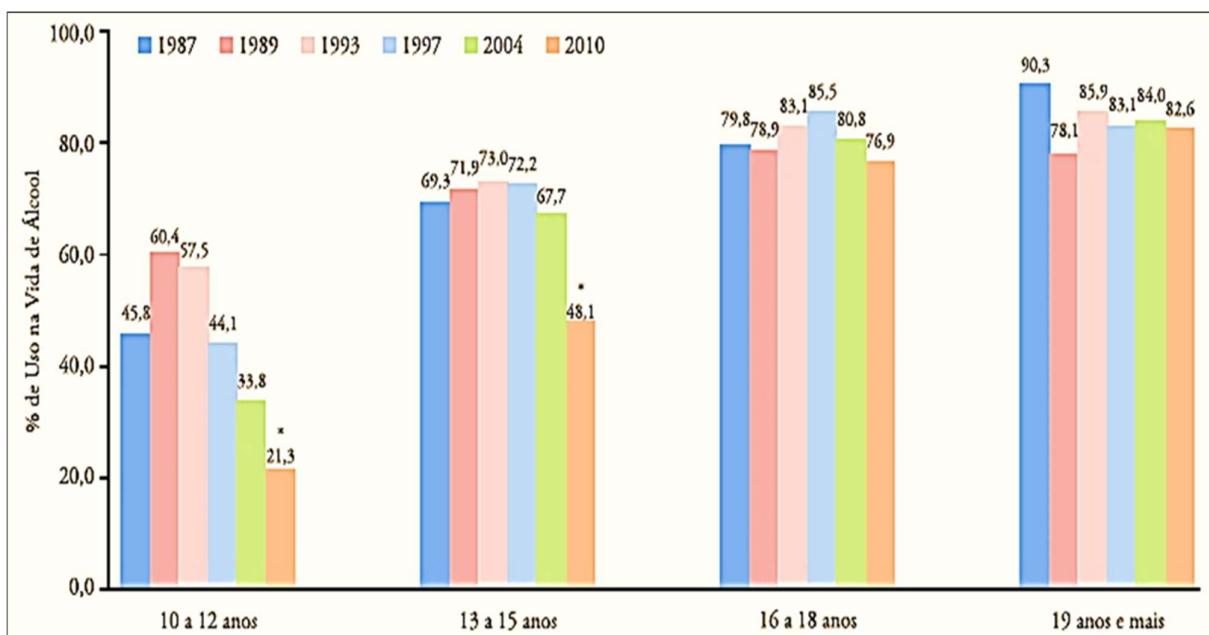
En el caso del impacto del alcoholismo sobre la educación, señala que, en lo referente a Recife, capital de Pernambuco, la encuesta nacional de la VI sobre drogas psicotrópicas entre estudiantes de primaria y secundaria de redes educativas públicas y privadas en las 27 capitales de estado brasileño, en 2010, con la colaboración del CEBRID y SENAD, (supervisión de Carlini et al.) encontró que hubo disminución de 'uso en la vida de alcohol' en la comparación de seis encuestas, los años de 1987, 1989, 1993, 1997, 2004 y 2010 para hombres en cuanto a las mujeres.

Gráfico 6 - Usar en la vida de alcohol entre estudiantes de escuela primaria y secundaria, las escuelas públicas de la ciudad de Recife, según género, comparando las tendencias en los años 1987, 1989, 1993, 2004 e 2010



Fonte: Carlini (2010, p. 357)

Gráfico 7 - Usar em la vida del alcohol entre los estudiantes de las escuelas públicas de educación primaria y secundaria de la ciudad de Recife, según grupo de edad, comparando las tendencias en los años 1987, 1989, 1993, 1997, 2004 e 2010



Fonte: Carlini et al. (2010, p. 357).

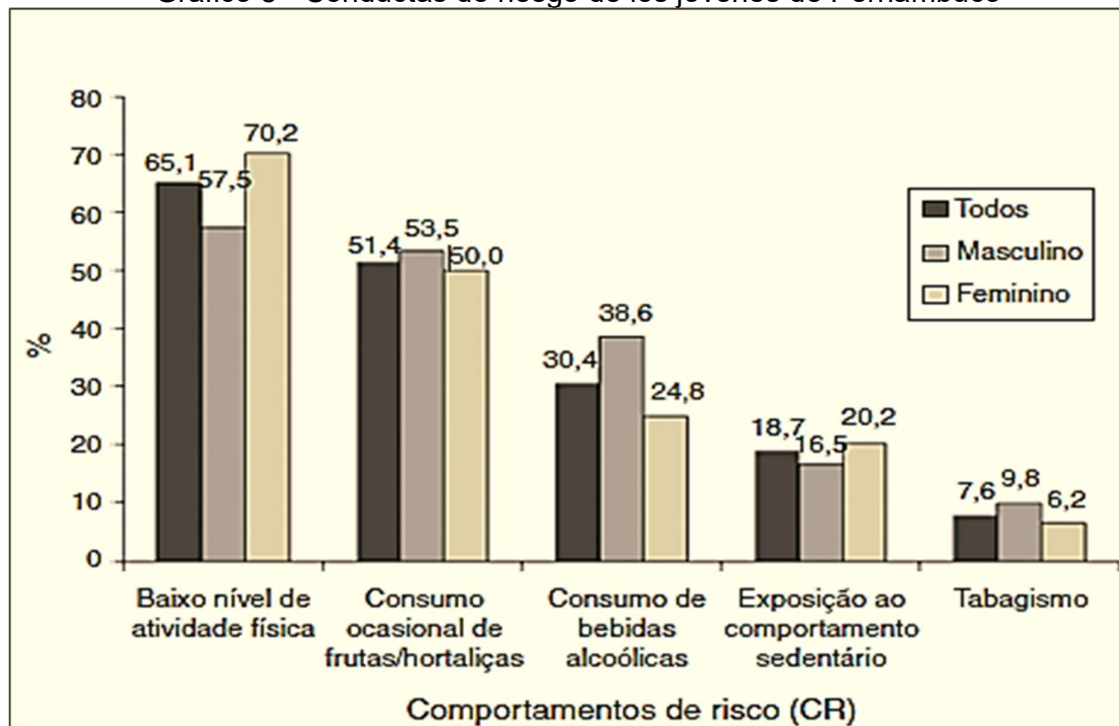
Este estudio evaluó el uso de drogas y alcohol entre los 50.890 estudiantes de públicas y privadas, de las 27 capitales brasileñas. Estos gráficos que aparecen en

este trabajo son una pequeña muestra de la encuesta, especialmente colocada aquí por ser la ciudad de Recife, Pernambuco y de interés para este estudio.

En el año 2015 se llevó a cabo un estudio sobre la prevalencia y factores asociados a la simultaneidad de los comportamientos de riesgo de salud en adolescentes, está analizando una muestra de individuos en el estado de Pernambuco. La simultaneidad de comportamientos de riesgo de salud se determinó por la suma de la exposición de los adolescentes a conductas de riesgo 5 (bajo nivel de actividad física, sedentarismo, consumo ocasional de frutas y verduras, consumo de bebidas alcohólicas y el tabaquismo). Utilizamos las variables sexo, edad, cambio, tamaño de la escuela, escolaridad materna, estado ocupacional, color de la piel, región geográfica y lugar de residencia. Los datos se analizaron mediante regresión logística ordinal con el modelo de probabilidades proporcionales.

Se concluyó que aproximadamente el 10% de los adolescentes no estaban expuesto a conductas de riesgo, mientras que 58.5% presenta dos o más comportamientos simultáneamente, incluyendo el alto consumo de bebidas alcohólicas.

Gráfico 8 - Conductas de riesgo de los jóvenes de Pernambuco



Fonte: Brito; Hardman; Barros (2015, p. 426)

Se observa que, de la muestra analizada, de un total de 4.207 jóvenes y adolescentes, personas que consumen bebidas alcohólicas son altas en número,

siendo 38,6 24.8 hombres y mujeres jóvenes, la muestra analizada, entre otros comportamientos de riesgo asociado. Los autores concluyeron que existe una gran parte de los adolescentes expuestos a comportamientos peligrosos para la salud al mismo tiempo.

La investigación de Gomes, Alves y el Nascimento en 2010, llevó a cabo a través de lo desarrollado por el grupo de investigación sobre estilos de vida y salud, en la Universidad de Pernambuco. Los estudiantes de ambos sexos matriculados en escuelas públicas de educación secundaria en la región Metropolitana de Recife, Pernambuco, que es la población objetivo. Jóvenes, estimados en 164.456 tema, se distribuyeron en las escuelas bajo la jurisdicción de cuatro directores regionales de educación.

La muestra final, después de eliminaciones requeridas, dio lugar a los estudiantes de entre 14 y 20 años en número de estudiantes, de los cuales 1.878 60,7% fueron hembras y macho de 39.3%. De estos, 29.8% informan haber ingerido alcohol en los últimos 30 días antes de la encuesta.

Cómo comprar alcohol, los porcentajes más altos registrados por los estudiantes eran los que había tenido éxito en una tienda de venta por menor (13,4%) y un amigo (8,7%). 30,5% de los jóvenes admitió que habían borracho en algún momento en la vida. Tenga en cuenta también que la aparición de la embriaguez en la vida aumenta con la edad, que van desde 19,6% en el grupo de edad 14-15 años, el 41,7% de 18 a 20 años.

Gomes, Alves e Nascimento (2010, p. 708) recuerdan que “el consumo de bebidas alcohólicas también ha asociado con la ocurrencia de consecuencias negativas. Entre los estudiantes encuestados, 14,5% reportaron haber tenido resaca, enferma, tiene problemas con familia o amigos, pase escolar o participar en peleas”.

Tabla 8 - Distribución del consumo de alcohol en los últimos 30 días antes de la recogida de datos según sexo y grupo de edad. La región Metropolitana de Recife, Pernambuco

Distribuição do consumo de álcool nos últimos 30 dias anteriores à coleta de dados, segundo sexo e faixa etária. Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil, 2006.

Variáveis	Consumo de álcool (%)		Total	Valor de p *	OR (IC95%)
	Sim	Não			
Faixa etária (anos)					
14-15	18,7	81,3	100,0	< 0,0001 **	1,00
16-17	29,1	70,9	100,0		1,76 (1,29-2,40)
18-20	36,6	63,4	100,0		2,48 (1,81-3,39)
Total	28,1	71,9	100,0		
Sexo					
Masculino	39,1	60,9	100,0	< 0,0001 **	2,05 (1,68-2,50)
Feminino	24,2	75,8	100,0		1,00
Total	31,6	68,4	100,0		

OR: odds ratio; IC95%: intervalo de 95% de confiança.
 * Usando-se o teste de qui-quadrado de Pearson;
 ** Associação significativa em nível de 5%.

Fonte: Gomes; Alves; Nascimento (2010, p. 709)

Tabla 9 - Forma de compra de alcohol en los últimos 30 días antes de recolección de datos. La región Metropolitana de Recife, Pernambuco

Forma de aquisição de álcool nos últimos 30 dias anteriores à coleta de dados. Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil, 2006.

Forma de aquisição de álcool	n	%	IC95%
Comrou num estabelecimento (bar, supermercado, restaurante)	252	13,4	11,9-14,9
Comrou de um vendedor de rua	39	2,1	1,4-2,7
Deu o dinheiro e alguém comprou	25	1,3	0,8-1,8
Conseguiu de um amigo	164	8,7	7,5-10,0
Conseguiu na própria casa	47	2,5	1,8-3,2
Roubou de alguém	2	0,1	0,01-0,3
Outra forma não especificada	36	1,9	1,3-2,5

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

Fonte: Gomes; Alves; Nascimento (2010, p. 709)

Tabla 10 - Evaluación de la ocurrencia de borrachera en la vida, según grupo de edad. La región Metropolitana de Recife, Pernambuco

Avaliação da ocorrência de embriaguez na vida, segundo a faixa etária. Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil, 2006.

Faixa etária (anos)	Ocorrência de embriaguez na vida (%)		Total (%)	Valor de p *	OR (IC95%)
	Sim	Não			
14-15	19,6	80,4	100,0	< 0,0001 **	1,00
16-17	30,2	69,8	100,0		1,74 (1,28-2,36)
18-20	41,7	58,3	100,0		2,89 (2,13-3,94)
Total	30,5	69,5	100,0		

OR: odds ratio; IC95%: intervalo de 95% de confiança.

* Usando-se o teste de qui-quadrado de Pearson;

** Associação significativa em nível de 5%.

Fonte: Gomes; Alves; Nascimento (2010, p. 709)

Los resultados, según los autores, han demostrado que ha habido un aumento en el consumo de alcohol a la edad de la joven e interesante señalar que también hubo mayor ocurrencia de uso entre los adolescentes varones, en el mes anterior a la encuesta. Los índices fueron similares a los estudios de otros investigadores, como Horta et al. (2007); Vieira et al. (2007); Lucas et al. (2006); e outros.

Chavez e Andrade (2005 apud Maciel et al., 2012, p.296) nota que "la escuela es considerada como uno de los pilares en la prevención de la adicción a las drogas", desde el alcohol una droga legal, así como las otras drogas afectan predominantemente jóvenes.

En este proceso, maestros juegan un papel clave, a través de sus conceptos y prácticas para abordar el problema de las drogas. Por lo tanto, el perfil educativo de las escuelas se debe considerar como el primer elemento de la prevención del consumo de drogas entre los escolares, ya puede funcionar como ambos un factor de riesgo así como la protección (CHAVEZ; ANDRADE, 2005 apud MACIEL et al., 2012, p. 296).

Considerar los autores que los estudios epidemiológicos sobre el uso de varios fármacos con la población de las escuelas, redes públicas y privadas, son muy importantes para obtener "conocimiento de la magnitud del fenómeno de la prevalencia y asociados a factores, subsidiar las políticas públicas de prevención y

tratamiento ". Sin embargo, son todavía raros en la literatura señalan que la investigación a docentes de escuelas (SOUZA; SILVEIRA, 2007; MACIEL et al., 2012).

Sobre la base de las orientaciones políticas del Ministerio de Salud para la Atención Integral a Usuarios de Alcohol y Otras Drogas en el Brasil; en el Programa para la Prevención y Control del Tabaquismo y Otros Factores de Riesgo para el Cáncer (PPCTOFRC), desarrollado por el Ministerio de Salud a través del Instituto Nacional del Cáncer (Inca) y en la encuesta de tabaquismo en las escuelas (VIGESCOLA), que se convirtió en un sistema de vigilancia mundial promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en América Latina, la Organización Panamericana de Salud Americano (OPAS), se da cuenta de que el consumo de drogas ha aumentado y se está considerando un temas prioritarios de salud en Brasil.

Así, se convierte en conocimiento epidemiológico pertinente y necesaria, muy atento y de calidad sobre estos temas de alcoholismo, drogas en las escuelas, a través de estudios e investigaciones que proporcionan subvenciones para mejorar la aplicación de las políticas existentes y las acciones en el país.

Por lo tanto, Maciel et al. (2012), en un estudio que presenta algunos aspectos del profesor, uso de alcohol y la escuela, elaboró una encuesta teniendo como profesores encuestados de público y escuelas privadas de la ciudad de Caruaru/Pernambuco.

Caruaru tiene una población residente de 314.912 habitantes (2010), viven en un área de 921 kilómetros cuadrados. Esta situado a 130 km de Recife-PE, la capital del estado y cerca de Maceió (Alagoas) y Joao Pessoa (Paraiba). Está situado en la zona de transición entre la capital (Zona da Mata) y otras ciudades de la salvaje sertón de Pernambuco y y su ubicación geográfica facilita el tráfico de drogas en la región, aunque no cultivar maconha o fabricación de ron y vino, como en algunos municipios de la Estado.

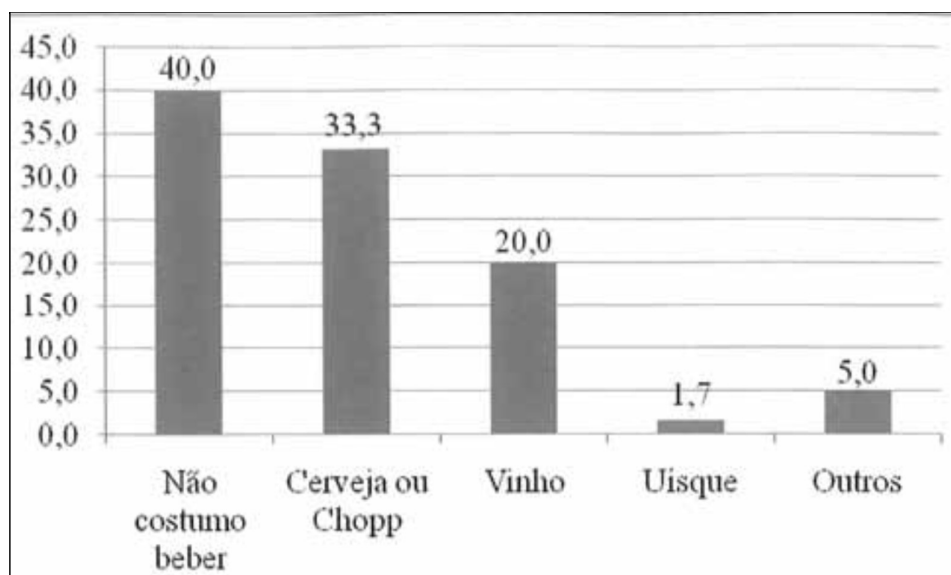
Los investigadores seleccionaron maestros de 3er año de secundaria de cuatro escuelas grandes de la ciudad, dos privadas y dos públicas. Profesores incluidos eran los números o contratistas que ejerce actividades en el aula, y que aceptaron participar voluntariamente en la investigación.

Debe poner el cuestionario en un sobre sellado y llenado de la misma debe poner en una urna que fue hecha y fijada en cada escuela. El cuestionario estructurado

con preguntas cerradas sobre tipos de drogas y sus filas fue diseñado para aumentar el uso en la vida de las sustancias lícitas e ilícitas en los últimos 12 meses.

Segundo Maciel et al. (2012, p. 296-297), la proporción fue homogénea entre hombres y mujeres, y la edad promedio fue de 38,8 años y 54,1% (n=33) de ellos estaban casados. En cuanto al informe del uso de drogas legales, 47.5% (n=29) de ellos dijo que he utilizado. De estos, 23.0% (n=14) ya consumido cigarrillo y 10,0% (n=6) todavía humo. A pesar de todos los encuestados han consumido alcohol en el momento de investigación 60.0% de ellos declaró que todavía consumen. Beben sobre todo cerveza o cerveza dorada (33.3% - n=20) y vino (20.0% - n=12).

Gráfico 9- Porcentaje de las bebidas más consumidas por los maestros de Caruaru



Fonte: Maciel et al. (2012, p. 297)

Los autores señalan el hecho de que mientras bebe, 42,6% (n = 26) llegó para conseguir bebido ser (tabla 12), más común entre los docentes de colegios privados (48.3%) y entre los hombres (60,0%). Demostrando una asociación significativa entre el sexo y el uso de bebidas alcohólicas (p=0,007).

Tabla 11 - Número y porcentaje de encuestados que ya han consumido alguna bebida alcohólica al segundo sexo de borracheira

	Bebida Alcoólica						Valor de p	OR (IC 95%)
	Não		Sim		Grupo total			
	n	%	n	%	n	%		
Sexo								
Masculino	12	40,0	18	60,0	30	100,0	p ⁽¹⁾ 0,007*	1,00
Feminino	23	74,2	8	25,8	31	100,0		4,31 (1,45 a 12,78)
Total	35	57,4	26	42,6	61	100,0		

(*) Significante a 5,0%.
(1) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Maciel et al. (2012, p. 297)

Tabla 12 - Número y porcentaje de encuestaron según el sexo y la evaluación de la pregunta: "después de beber te ya?"

	Sexo						Valor de p	OR (IC 95%)
	Masculino		Feminino		Grupo total			
	n	%	n	%	n	%		
Depois de beber você já...								
Brigou?							p ⁽¹⁾ = 1,000	**
Não	30	100,0	30	96,8	60	98,4		
Sim	-	-	1	3,2	1	1,6		
Total	30	100,0	31	100,0	61	100,0		
Sofreu acidentes?							p ⁽¹⁾ = 1,000	**
Não	28	93,3	29	93,5	57	93,4		
Sim	2	6,7	2	6,5	4	6,6		
Total	30	100,0	31	100,0	61	100,0		
Dirigiu?							p ⁽²⁾ = 0,013*	1,00 (1,29 a 11,84)
Não	14	46,7	24	77,4	38	62,3		
Sim	16	53,3	7	22,6	23	37,		
Total	30	100,0	31	100,0	61	100,0		
Faltou a escola?							p ⁽¹⁾ = 1,000	**
Não	29	96,7	29	93,5	58	95,1		
Sim	1	3,3	2	6,5	3	4,9		
Total	30	100,0	31	100,0	61	100,0		
Faltou ao trabalho?							p ⁽¹⁾ = 1,000	**
Não	30	100,0	30	96,8	60	98,4		
Sim	-	-	1	3,2	1	1,6		
Total	30	100,0	31	100,0	61	100,0		

(*) Significante a 5,0%.
(**) Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências nulas ou muito baixas.
(1) Através do teste exato de Fisher.
(2) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Maciel (2012, p. 297)

En esta tabla, de los maestros si borracho, 6.7% (n = 4) de ellos sufrieron algún tipo de accidente y 38.3% (n = 23) dirigido, demostrando una asociación significativa (p > 0,013).

Tabla 13 - Número y porcentaje de profesores que nunca han sido testigos de cualquier estudiante que esté usando drogas legales (alcohol de humo) según el tipo de escuela

	Drogas lícitas								Valor de p
	Não		Sim, fora da escola		Sim, dentro da escola		Grupo total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Escola									
Particular	7	24,1	18	62,1	4	13,8	29	100,0	p ^(*) = 0,026*
Pública	3	9,4	15	46,9	14	43,8	32	100,0	
Total	10	16,4	33	54,1	18	29,5	61	100,0	

(*) Significante a 5,0%.
^(†) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Maciel et al. (2012, p. 298)

Según los investigadores, la mayoría de los docentes reportó Habiendo presenciado ya los estudiantes hacer uso legal de drogas dentro o fuera de la escuela (tabla 13), siendo más frecuente en los estudiantes de la escuela pública, una asociación significativa entre la uso y tipo de escuela(p=0,02).

Tabla 14 - Número y porcentaje de profesores que ya han tomado alguna bebida alcohólica a embriaguez según el hecho de ya tienen o no actuaban en aislamiento con cualquier estudiante con el objetivo de educar sobre las drogas

	Bebida Alcohólica						Valor de p	OR (IC 95%)
	Não		Sim		Grupo total			
	n	%	n	%	n	%		
Atuou junto ao aluno								
Não	18	72,0	7	28,0	25	100,0	p ^(*) = 0,043* (1,02 a 9,15)	
Sim	16	45,7	19	54,3	35	100,0		
Total	34	56,7	26	43,3	60	100,0		

(*) Significante a 5,0%.
^(†) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Maciel et al. (2012, p. 298)

También observamos que 54.3% (n = 19) de los maestros registrados ya han servido por separado con sus alumnos con el objetivo de educar sobre el uso de drogas, sin embargo, han citado el uso de bebidas alcohólicas a la embriaguez (p=0,04) (Tabla 14) (MACIEL et al., 2012).

En cuanto al informe del uso de drogas ilícitas por los profesores, se encontró que el 37,7% (n = 23) ya usado, con 18,3% (n = 11) ya había consumido lanza perfume, 8,2% (n = 5) marihuana, 6,6% (n = 4) sedantes sin prescripción de un médico y 1.7% (n = 1) crack. Los lugares de mayor consumo de drogas eran los bares y discotecas (45,4%) y según la misma, las drogas ilícitas consumidas por ellos obtuvieron con amigos/colegas (63.6%).

Fue posible demostrar que el tabaco y el alcohol son los fármacos más utilizados por los profesores. “A pesar de que el alcohol y el tabaco son drogas legales, sabe de la importancia de su uso control, constituyen los principales factores de riesgo para varios tipos de cánceres y el uso abusivo de alcohol aumenta los accidentes y la violència” (MACIEL et al., 2012, p. 298).

La investigación en salud escuela nacional – PeNSE – es un estudio realizado por el Ministerio de Salud, junto con el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE). En el año 2012 se llevó a cabo una encuesta de estudiantes de noveno grado de la escuela, tener entre 13 a 15 años, escuelas públicas y privadas del sur, sureste, norte, noreste, Centro Oeste, y capital de los 26 Estados brasileños y del Distrito Federal, se considera una muestra representativa de Brasil en 2012. Esta investigación fue divulgada por Malta et al. (2012).

A través de cuestionario insertado en los smartphones, con sobre de 140 preguntas sobre alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, se recolectaron los datos necesarios para la investigación. Los resultados confirmaron la magnitud del consumo de alcohol en los adolescentes, que es uno de los principales factores de riesgo para la ocurrencia de accidentes y violencia, en Brasil y en el mundo (MALTA et al., 2012).

Era evidente la precocidad de la exposición del alcohol, el grado del problema y los riesgos a que están expuestos los adolescentes. La investigación también pone de relieve la facilidad con que los jóvenes tengan acceso al alcohol en fiestas, bares, tiendas y en su propia casa. Así que es necesario mejorar las medidas legislativas, para mayor protección y control de las ventas de bebidas alcohólicas.

Según Barbosa, Campos y Lopes (apud 2012 MALTA et al., de 2012, p. 204), “los estudios han demostrado que el consumo de alcohol durante la adolescencia está asociado con factores socio-culturales y ambientales, uso de sustancias psicoactivas por familiares y amigos, así como conflictos con los padres y sentimientos negativos como la tristeza y soledad”.

4.5 Análisis de los Datos da Lei Seca en el Estado de Pernambuco

Este tema trata de las paradas de tráfico de prohibición, datos de toda la ciudad se celebró en el estado de Pernambuco, en el período de enero a julio 2014 2017 (42 meses). La serie mensual del número de vehículos dirigido se representa en el gráfico 10. La serie es estacionaria, no presenta tendencia creciente y tiene dos picos destacados en febrero de 2016 (mes de carnaval), cuando fueron abordados 44.697 vehículos, y en diciembre de 2016 (mes de vacaciones y días festivos de fin de año), cuando se discutieron 41.579 vehículos. En otros meses el número de vehículos cubierto distancia de 25.123 37.520 vehículos.

Gráfico 10 - Serie mensual del número de coches cubiertos de Blitz da Lei Seca, en el Estado de Pernambuco, en Brasil desde enero de 2014 a de 2017 julio.

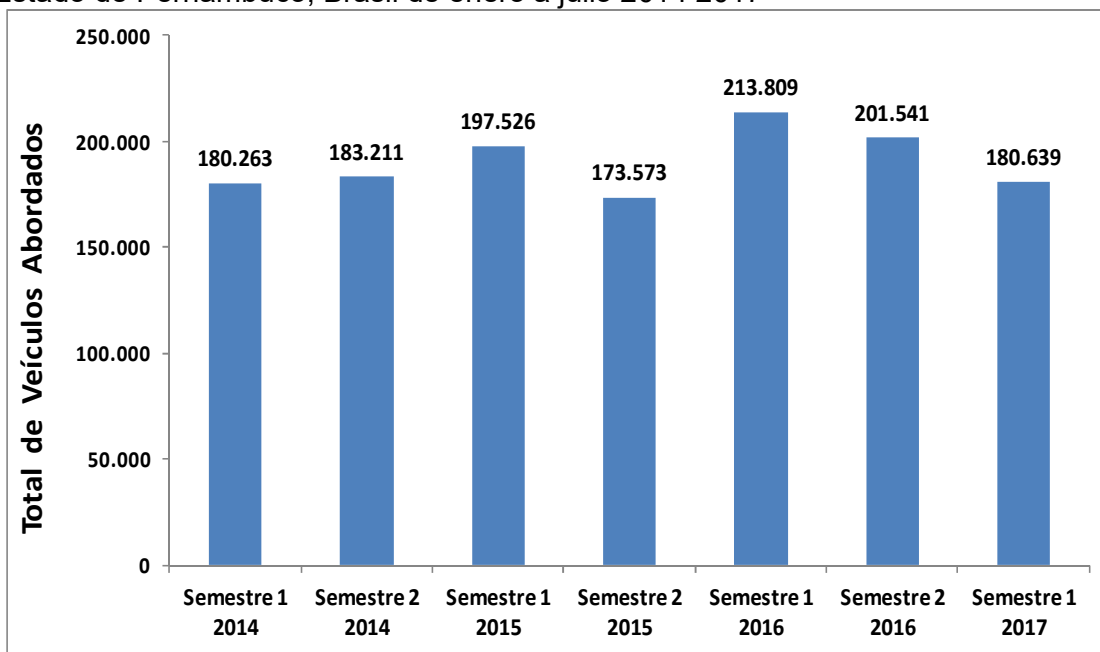


Fonte: Própria autora

En total, durante el período de enero a julio 2014 2017, 1.330.562 vehículos fueron discutidos en paradas de tráfico (blitze da Lei Seca), toda la ciudad de prohibición en el estado de Pernambuco y la distribución del número de vehículos por la mitad puede verse en el gráfico 10. La tasa de crecimiento promedio del número de vehículos dirigida es sólo 0,035%, es decir, así como la serie de tiempo de la tabla anterior, hay un estacionariedade en el número de vehículos cubierto desde el crecimiento promedio de seis meses en el período considerado es muy pequeña,

insignificante. Se concluye que la prohibición no fue significativamente ampliada en el estado de Pernambuco en el período considerado.

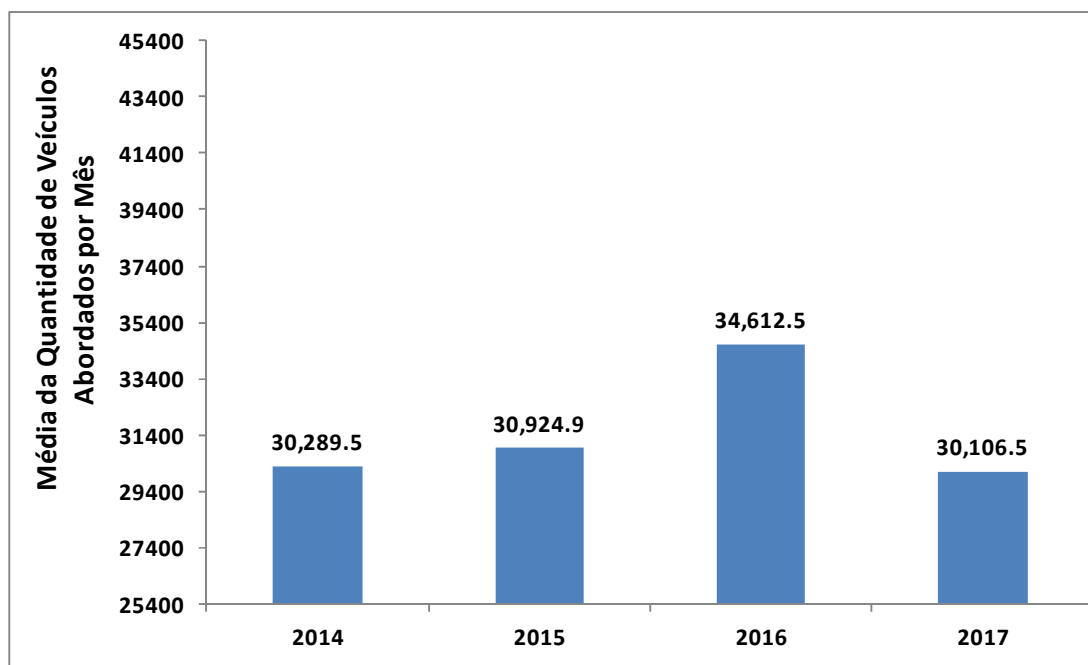
Gráfico 11 - Total de vehículos cubiertos por la mitad en Blitze da Lei Seca, em el Estado de Pernambuco, Brasil de enero a julio 2014 2017



Fonte: Própria autora

El gráfico 11 trae la cantidad promedio de vehículos por mes en cada año. Se observa que en el año 2016, el número promedio de vehículos por mes es mayor que la media de otros años, sin embargo la diferencia no es significativa (valor $p = 0.055$ test de Mann Whitney), confirmando una vez más el estacionariedad el número de coches abordados en estos 44 meses.

Gráfico 12 - El promedio de los vehículos se acercaron a un mes en Blitze da Lei Seca en el Estado de Pernambuco, en los años 2014 a 2017



Fonte: Própria autora

La tabla 15 trae las principales estadísticas del número de coches cubiertos cada mes por mes del año. En general, el tráfico se detiene, toda la ciudad de la prohibición hecha en el estado de Pernambuco, vehículos de dirección menos 25.123 Brasil por mes y un máximo de 44.697 vehículos por mes, con un promedio de 31.680 vehículos por mes, desviación estándar de los 4.198,2 vehículos que dar lugar a un coeficiente igual a 0.13 , mostrando que el número de vehículos cubierto mensualmente tiene poca variabilidad alrededor de 31.680 vehículos promedio.

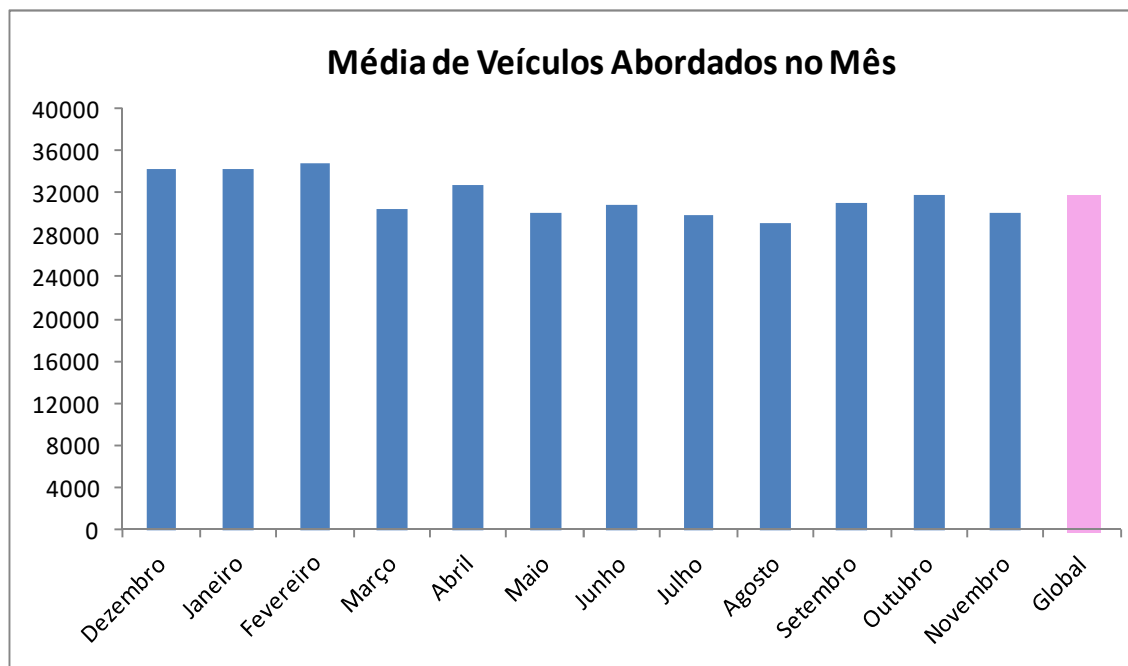
Para cada mes, la variabilidad del número de coches se reunieron también es baja (c. V menos de 0.25). Los cuatro meses con menos coches dirigidos son los meses de agosto, julio, mayo y noviembre. En los meses de diciembre, enero, febrero y abril se cubren el mayor número de coches en estos meses el número de coches cubierto es de aproximadamente el 10% superior a la media global del número de coches cubiertos. La representación de los promedios de cada mes y en general puede verse en lo grafico 13.

Tabela 15 - Estatísticas chave del número de coches que se acercó mensualmente por blitz da Lei Seca en el Estado de Pernambuco, por los meses del año

Mês	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	CV
Janeiro	28.664	36.438	34.170,8	35.790,5	3.691,0	0,11
Fevereiro	25.609	44.697	34.862,3	34.571,5	7.891,9	0,23
Março	27.398	34.309	30.511,5	30.169,5	3.406,1	0,11
Abril	29.495	37.170	32.685,8	32.039,0	3.295,7	0,1
Maió	27.395	35.308	30.072,5	28.793,5	3.572,8	0,12
Junho	25.123	37.520	30.756,5	30.191,5	6.328,2	0,21
Julho	28.540	32.556	29.930,7	28.696,0	2.274,9	0,08
Agosto	25.433	31.675	29.065,0	30.087,0	3.244,1	0,11
Setembro	29.723	31.634	30.945,7	31.480,0	1.061,7	0,03
Outubro	31.124	32.707	31.705,7	31.286,0	871,0	0,03
Novembro	29.402	31.544	30.150,3	29.505,0	1.208,0	0,04
Dezembro	29.248	41.579	34.311,0	32.106,0	6.454,4	0,19
Global	25.123	44.697	31.680,0	31.383,0	4.198,2	0,13

Fonte: Própria autora

Gráfico 13 - El promedio mensual de vehículos cubiertos en el blitze da Lei Seca, en el estado de Pernambuco, para cada mes del año y en general



Fonte: Própria autora

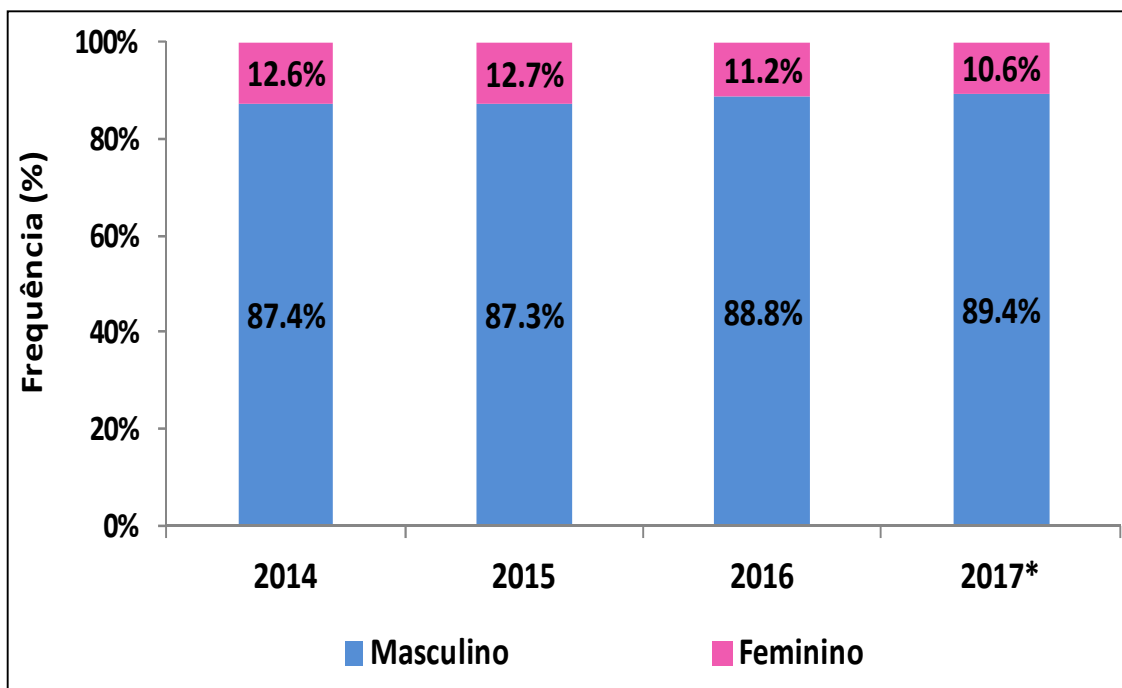
Tabla 16 muestra la distribución de frecuencias del sexo de los conductores cubiertos por prohibición, paradas del tráfico, toda la ciudad cada año, también representado en la figura 5. En todos los años considerados, el porcentaje de cubierta coches conducidos por hombres es por lo menos un 87.3%. En el global, 88.1% de los coches cubiertos son conducidos por los hombres y 11.9% son dirigido por mujeres. La diferencia entre estas proporciones es significativa (valor $p = 0.000$ prueba binomial). Los datos sugieren que existe una predilección significativa de la dirección hombres controladores.

Tabla 16 - Distribución de frecuencias del sexo de los conductores cubiertos cada año por las Blitze da Lei Seca en el Estado de Pernambuco

Ano	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	F	%	F	%	F	%
2014	317.727	87,4%	45.747	12,6%	363.474	100,0%
2015	323.989	87,3%	47.110	12,7%	371.099	100,0%
2016	368.880	88,8%	46.470	11,2%	415.350	100,0%
2017*	161.516	89,4%	19.123	10,6%	180.639	100,0%
Total	1.172.112	88,1%	158.450	11,9%	1.330.562	100,0%

Fonte: Própria autora

Gráfico 14 -Distribución de frecuencias del sexo de los conductores cubiertos cada año en el Estado de Pernambuco



Fonte: própria autora

17 en la tabla siguiente muestra la distribución de frecuencia del tipo de vehículo cubierto por la prohibición, paradas del tráfico, toda la ciudad cada año. En todos los años considerados, el tipo de vehículo más frecuentemente discutido son los coches (54.0% de los casos mundiales); En segundo lugar están las motos, que constituyen el 32,4% de los registros. Cada año el estándar es el mismo, pero debe tenerse en cuenta que el enfoque de la cabina cayó a la mitad en el año 2017. Los años 2014 y 2016, 4.8% de los vehículos cubiertos eran taxi, en el año 2017, esta proporción descendió a 2.4%.

Tabla 17 - Distribución de frecuencia del tipo de vehículo cubierto cada año por Blitz da Lei Seca em el Estado de Pernambuco

Tipo de Veículo Abordado	Ano								Total	
	2014		2015		2016		2017*			
	F	%	F	%	F	%	F	%	f _i	%
Táxi	17.931	4,8	17.650	4,8	17.650	4,8	4.391	2,4	57.622	4,5
Moto	108.336	29,8	123.879	33,4	123.879	33,4	60.622	33,6	416.716	32,4
Ciclo	131	0,0	1.845	0,5	1.845	0,5	1.080	0,6	4.901	0,4
Ônibus	547	0,2	1.140	0,3	1.140	0,3	930	0,5	3.757	0,3
Auto Passeio	204.702	56,3	196.163	52,9	196.163	52,9	98.067	54,3	695.095	54,0
Utilitário	31.827	8,8	30.422	8,2	30.422	8,2	15.549	8,6	108.220	8,4
Total	363.474	100,0	371.099	100,0	371.099	100,0	180.639	100,0	1.286.311	100,0

Fonte: Própria autora

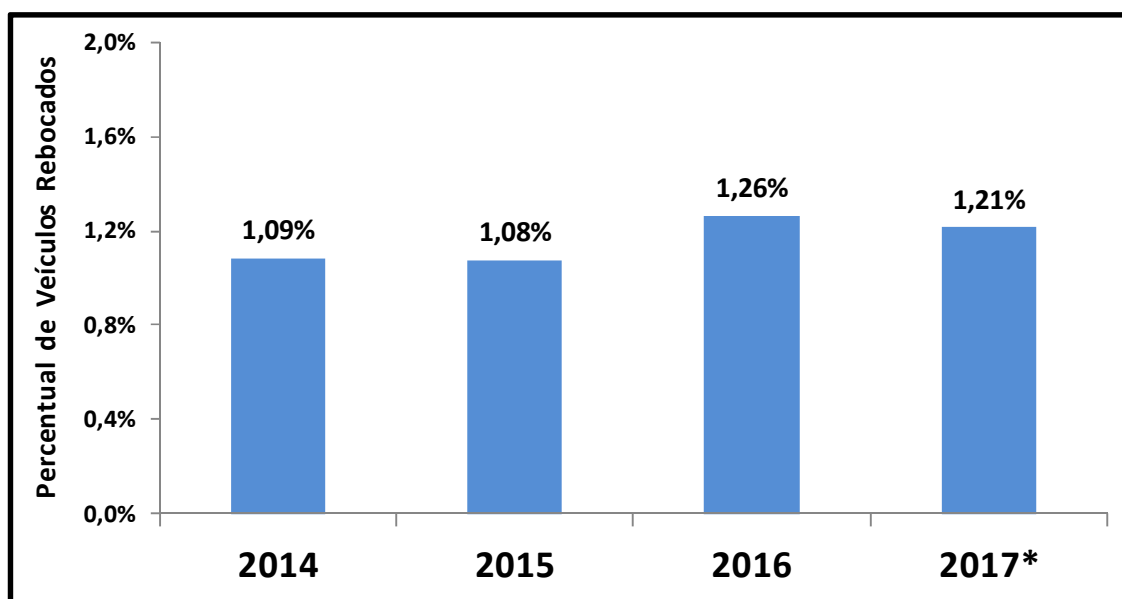
18 en la siguiente tabla muestra las frecuencias del número de Vehículos remolcados, número de entradas que hace, el número de licencias recogidas y el número de denegaciones para tráfico de Alcoolemias detiene, toda la ciudad prueba de prohibición, por año. Los porcentajes se calculan en relación al número total de vehículos cubiertos que año y está representaron también gráficos 15 y 16 respectivamente.

Tabla 18 - Distribución de frecuencias del número de Vehículos remolcados, número de entradas que hace, el número de licencias recogidas y el número de negativas a la prueba de Alcoholnas Blitzes de Lei Seca, por an

Variável Observada	Ano				
	2014	2015	2016	2017*	Total
Nº de Veículos Abordados	363.474	371.099	415.350	180.639	1.330.562
Nº de Veículo Rebocado	3.947	4.000	5.250	2.190	15.387
	1,09%	1,08%	1,26%	1,21%	1,16%
Nº de Multas Efetuadas	30.996	29.345	33.841	14.534	108.716
	8,53%	7,91%	8,15%	8,05%	8,17%
Nº de CNH Recolhida	7.064	6.445	6.572	2.520	22.601
	1,94%	1,74%	1,58%	1,40%	1,70%
Nº de Recusa ao Teste de Alcoolemia	4.775	4.359	4.320	1.739	15.193
	1,31%	1,17%	1,04%	0,96%	1,14%

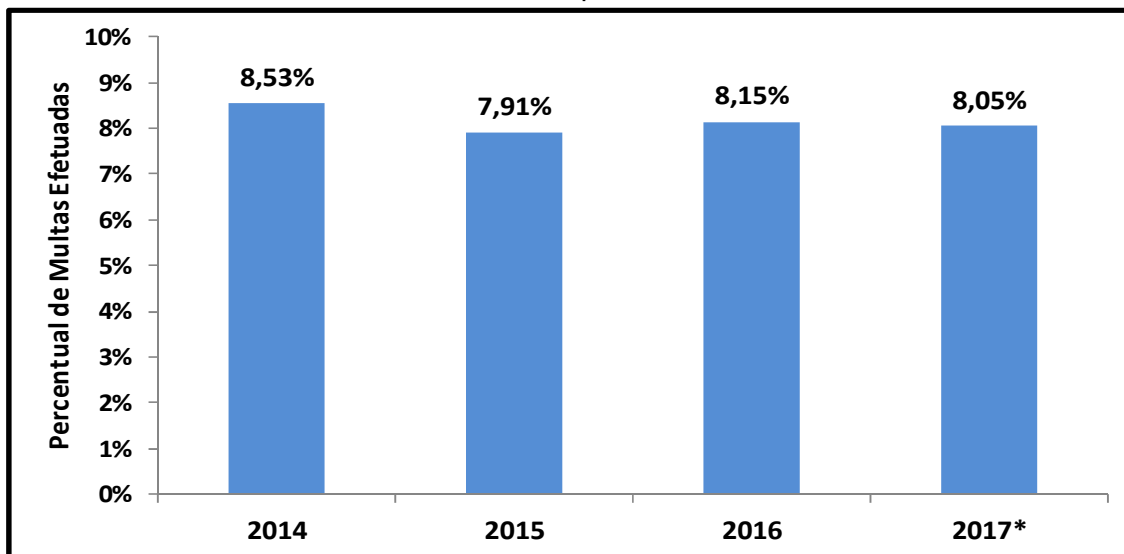
Fonte: própria autora

Gráfico 15 - Porcentaje del número de abordar los vehículos que son remolcados en en el estado de Pernambuco, por año



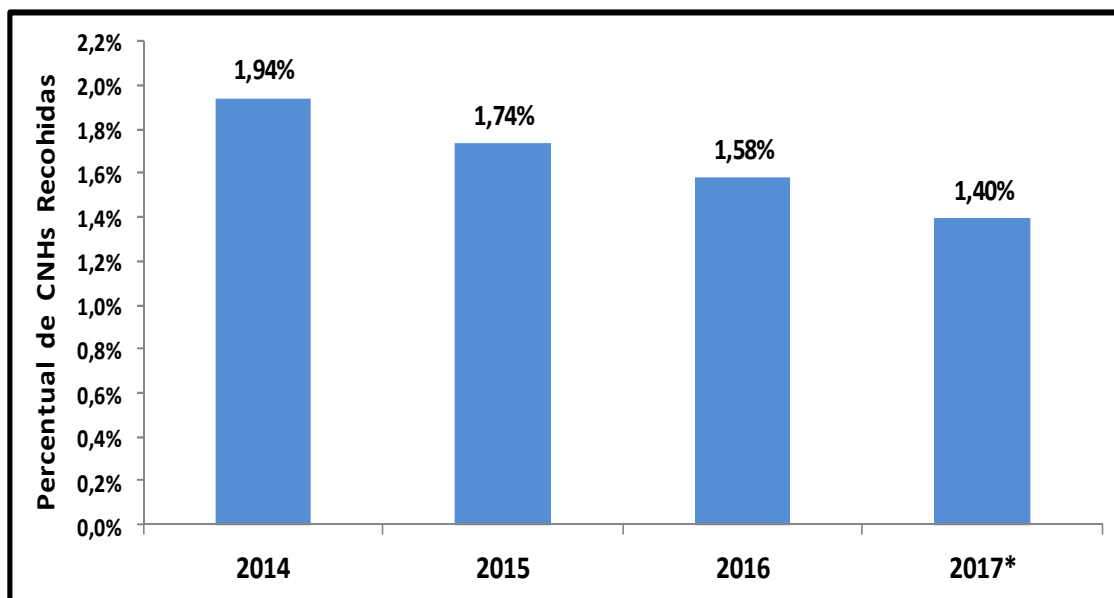
Fonte: Própria autora

Gráfico 16 - Porcentaje del número de vehículos dirigida que son multados en Blitzes da Lei Seca em el estado de Pernambuco, por año



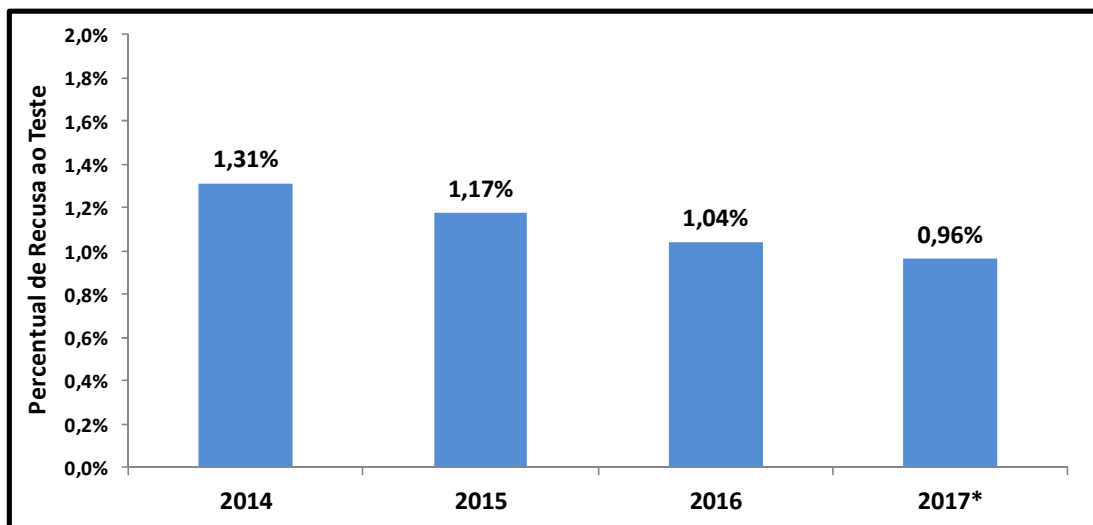
Fonte: Própria autora

Gráfico 17 - Porcentaje de la cantidad de vehículos se acercaron a las licencias recogidas en Blitzes de Lei Seca em el estado de Pernambuco, por año



Fonte: Própria autora

Gráfico 18 - Porcentaje del número de conductores cubiertos que se niegan a hacer se la prueba de contenido de alcohol de la sangre en Blitzes de Lei Seca em el Estado de Pernambuco, por año



Fonte Própria autora

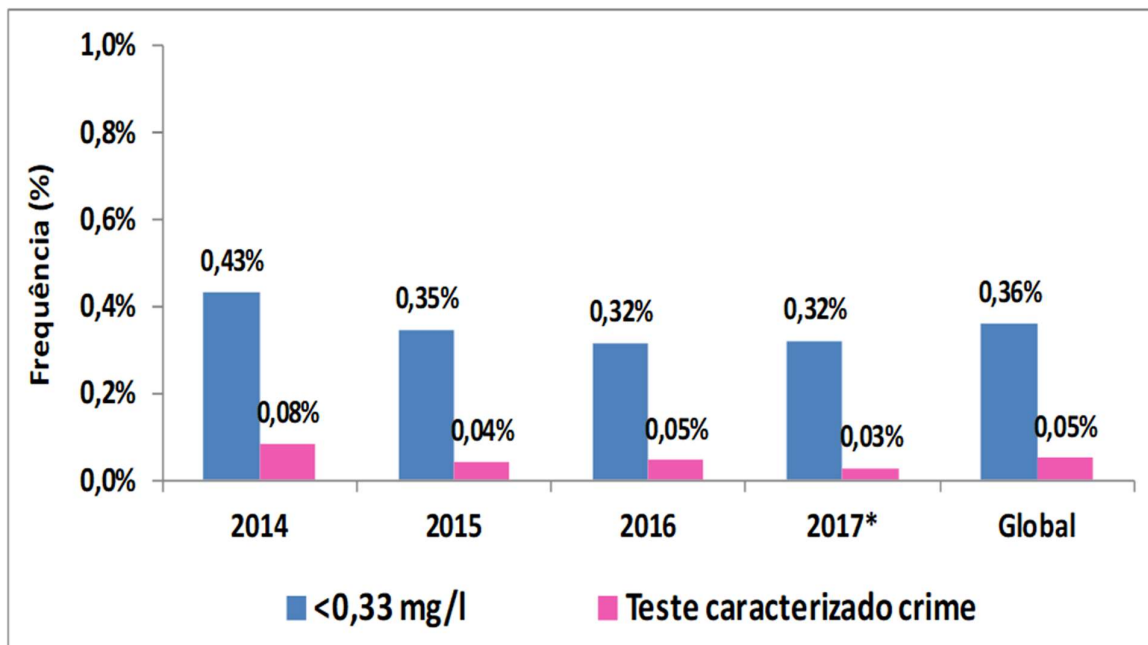
Como se muestra en la tabla 19, durante el período de enero a julio de 2014 a 2017 1.351.662 se realizaron pruebas de Alcohol, de los cuales 99,59% tenían resultados de menos de 0,04 mg/l. 0,36% tenían resultados de mayores o iguales a 0,04 y menores que 0,33 mg/L y 0,05%, que equivale a 714 casos presentó resultados mayores o iguales a 0,33 mg/L, que constituyen un delito, según la Constitución vigente. La distribución porcentual del número de pruebas de Alcohol que tienen resultados normales puede verse en la gráfico 19.

Tabela 19 - Tabela de distribuição de los resultados de pruebas de Alcohol

Resultado do Teste de Alcoolemia	Ano							
	2014		2015		2016		2017*	
	F	%	F	%	F	%	F	%
<0,04	367.410	99,48	375.077	99,61	419.990	99,64	183.650	99,65
<0,33	1.594	0,43	1.302	0,35	1.333	0,32	592	0,32
Crime	308	0,08	162	0,04	194	0,05	50	0,03
Total	369.312	100,0%	376.541	100,0%	421.517	100,0%	184.292	100,0%

Fonte: Própria autora

Gráfico 19 - Porcentaje del número de pruebas de Alcohol que tienen resultados normales en el Blitze da Lei Seca en el estado de Pernambuco, por año



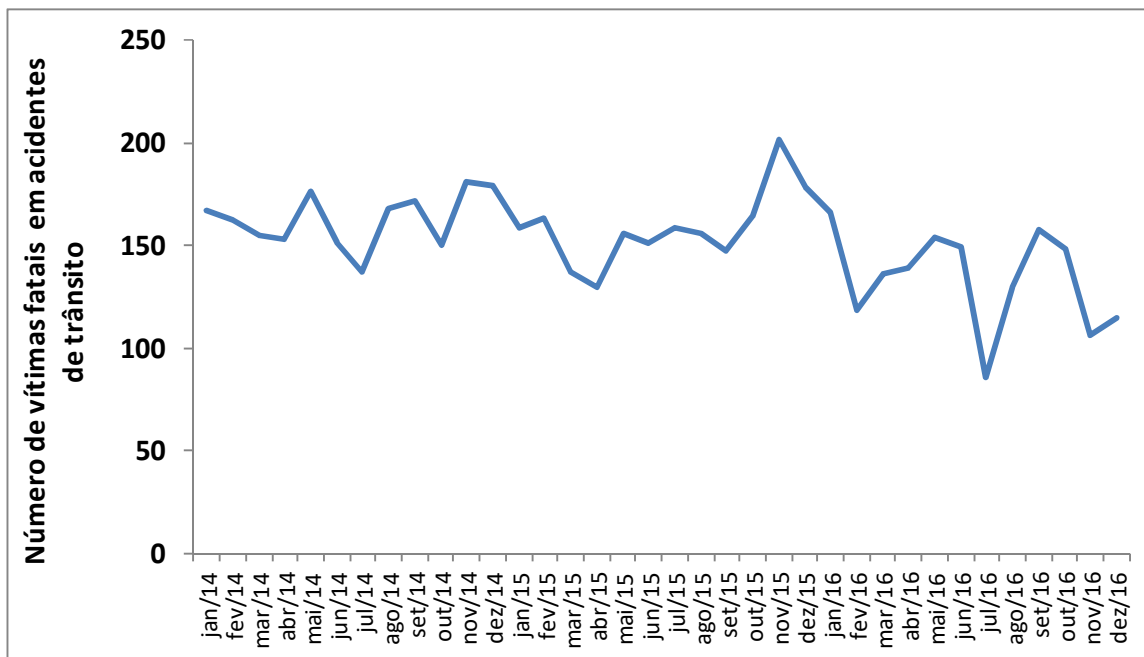
Fonte: própria autora

4.5.1 Muerres por Accidente de Tráfico en el Estado de Pernambuco Debido al Alcoholismo

Este tema trata de los datos de víctimas mortales de accidentes de tráfico en el estado de Pernambuco, de enero de 2014 a diciembre de 2016 (36 meses). La serie mensual del número de muertes está representada en el gráfico 20.

La serie cuenta con ligera tendencia a disminuir y tiene un pico prominente que se produjo en diciembre de 2015 (vacaciones mes y fin de año vacaciones), cuando se registraron 201 muertes de tráfico en el estado de Pernambuco, 32,6 por ciento más que el promedio del período fue víctimas de 151,6 m ensais. El registro más bajo de muertes de tráfico se produjo en julio de 2016 en que fueron grabadas solamente 86 muertes de tráfico en el estado de Pernambuco, 43,3% menos que el promedio del período.

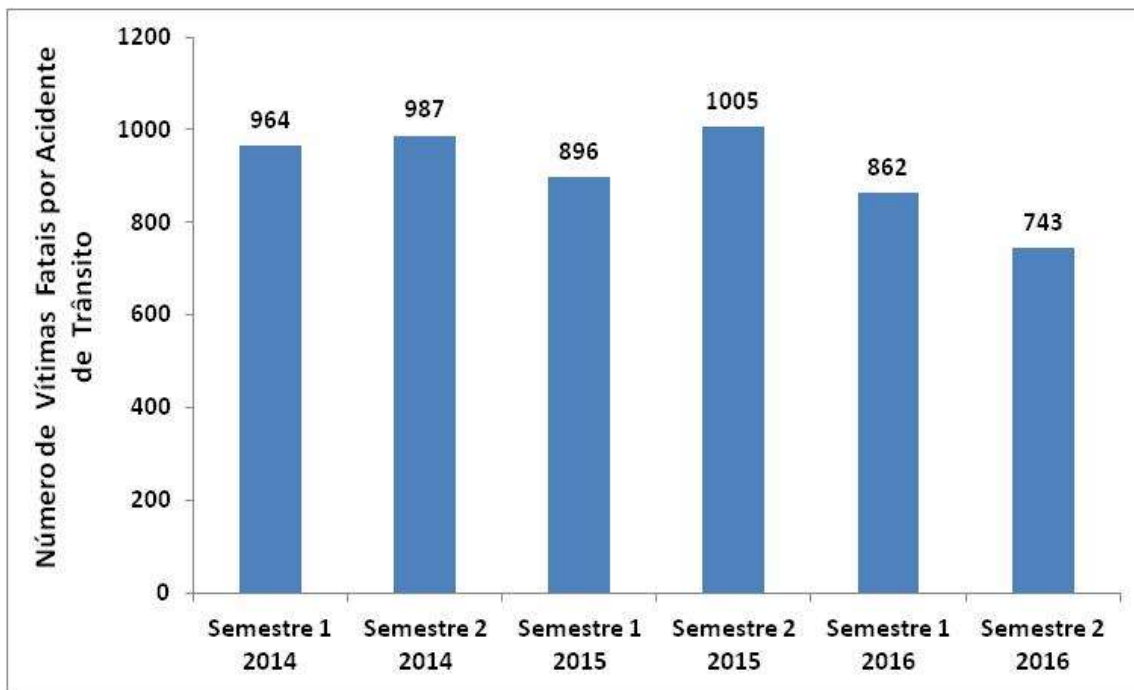
Gráfico 20 - Serie mensual del número de muertes en el estado de Pernambuco, Brasil de enero de 2014 a diciembre de 2016



Fonte: própria autora

En total, de enero de 2014 a diciembre de 2016, el estado de Pernambuco registrado 5.457 muertos en tráfico, con 1.951 muertes (35.8%) en el año 2014; 1.901 muertos (34,8%) en el año 2015 y 1.605 muertos (29,4%) en el año 2016. La reducción anual promedio en el número de muertos en el estado de Pernambuco es-9.30% durante el período considerado. La distribución del número de muertos por semestre puede verse en lo gráfico 21. La reducción media del número de muertos en tráfico es-5.07%. Se concluye que durante el período de enero a diciembre 2014 2016 era pequeña, pero significativa reducción del número de víctimas mortales en accidentes de tráfico en el estado de Pernambuco.

Gráfico 21 - Total de muertes por accidentes en el estado de Pernambuco, Brasil de enero a julio 2014 2017



Fonte: Própria autora

Tabla 20 trae las estadísticas principales del número mensual de muertes, por los meses del año. En el global, murieron víctimas de accidentes de tráfico en el estado de Pernambuco, por lo menos 86 personas y un máximo de 201 personas por mes, con un promedio de 151,6 personas por mes, desviación de estándar de 22,5 personas, dando por resultado un coeficiente igual a 0.15, mostrando que el número de pe ssoas que mueren al mes víctimas de accidente de tráfico, cuenta con poca variabilidad alrededor de la media de 151,6 personas.

Para casi todos los meses, la variabilidad del número de coches se reunieron es también baja (C.V menos de 0.25), la excepción es para los meses de julio y noviembre que exhiben variabilidad moderada. Dos meses con menos víctimas son los meses de marzo, abril y julio. En los meses de enero y noviembre hubo más muertes. En estos meses el número de muertes es aproximadamente de un 7,5% superior a la media global del número de muertos. La representación de los promedios de cada mes y en general puede verse en el gráfico 22.

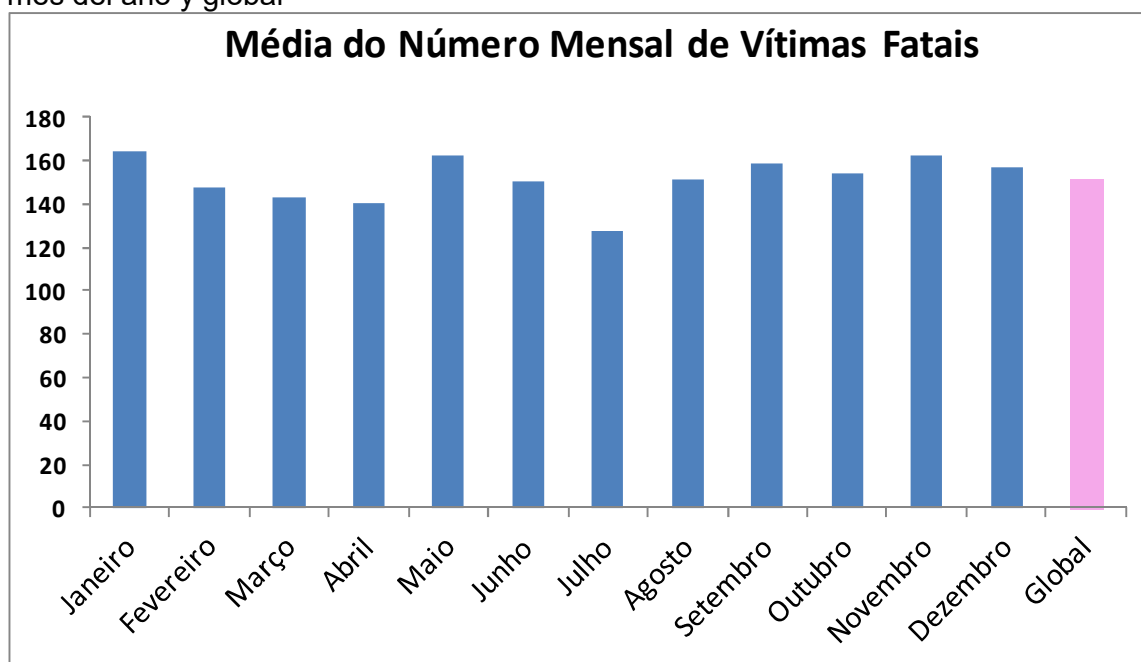
Tabla 20 - Estadísticas clave del número de coches que se acercó mensualmente por las Blitze da Lei Seca en el estado de Pernambuco, por los meses del año

Mês	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	CV
-----	--------	--------	-------	---------	---------------	----

Janeiro	159	167	164,0	166	4,4	0,03
Fevereiro	118	163	147,7	162	25,7	0,17
Março	136	155	142,7	137	10,7	0,07
Abril	130	153	140,7	139	11,6	0,08
Maió	154	176	162,0	156	12,2	0,08
Junho	149	151	150,3	151	1,2	0,01
Julho	86	159	127,3	137	37,4	0,29
Agosto	130	168	151,3	156	19,4	0,13
Setembro	147	172	159,0	158	12,5	0,08
Outubro	148	164	154,0	150	8,7	0,06
Novembro	106	201	162,7	181	50,1	0,31
Dezembro	115	179	157,3	178	36,7	0,23
Global	86	201	151,6	154,5	22,5	0,15

Fonte: Própria autora

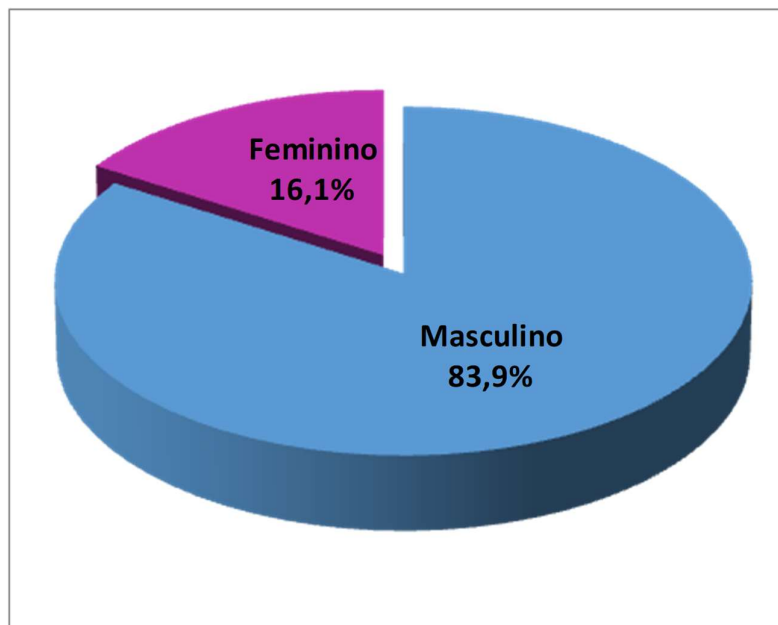
Gráfico 22 - El promedio mensual de muertes en el estado de Pernambuco, para cada mes del año y global



Fonte: própria autora

De 5.457 muertos por accidentes de tráfico registrados en el período de enero a diciembre 2014 2016 en el estado de Pernambuco, 878 fueron hembras, 6 no tenían sexo identificado y 4.573 eran masculinos, como distribución gráfico 23.

Gráfico 23 - Distribución de los accidentes mortales de tráfico en el Estado de Pernambuco del sexo



Fonte: Própria autora

Los datos, en mayoría, provienen de su informe de la policía (61.2%) o información de los registros de los hospitales (7,8%). Normalmente el médico firma el certificado de defunción de las víctimas es el propio IML (Instituto Médico Legal) (84.1%), confirmación del diagnóstico se hace por autopsia (71,6%) y sólo el 7.8% de los casos hay es que el médico que firma respondió el paciente todavía vivo.

En 70,9% de los casos no se sabe si un accidente de trabajo, y el índice de accidentes de tráfico registrados como accidentes de trabajo es 1,7%. Sólo el 25,8% de los casos son de las víctimas que residen en la capital arrecife, y otros se distribuyen en otros 185 municipios casos y los municipios de Petrolina, con 6.0% de los casos y Caruaru con 4.3% de los casos los municipios más importantes. Todos los otros municipios tienen frecuencias de menos de 2,5%.

Tabla 21 reúne las principales características de los casos de muerte, por sexo y total. Según los datos preparados en la mesa, uno puede deducir que la víctima de un accidente de tráfico en el estado de Pernambuco es típicamente masculina (83,9%), pardo (80.2%), solo (57,6%) es menos de 12 años de Educación (75.2%), muere en una calle pública en el desplome del sitio (54,8%) y no tiene ninguna asistencia médica (40,2%).

Tabla 21 – Principales características de los casos de muerte, por sexo y total

Variável	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	F	%	F	%	F	%
Raça						
Amarela	0	0,0%	5	0,1%	5	0,1%
Branca	188	21,4%	674	14,7%	862	15,8%
Indígena	3	0,3%	7	0,2%	10	0,2%
Parda	653	74,4%	3722	81,4%	4378	80,2%
Preta	16	1,8%	101	2,2%	117	2,1%
Não informada	18	2,1%	64	1,4%	85	1,6%
Estado Civil						
Ignorado	69	7,9%	363	8,0%	438	8,1%
Solteiro	494	56,3%	2651	58,0%	3145	57,6%
União Estável	8	,9%	99	2,2%	107	2,0%
Casado	177	20,2%	1222	26,7%	1399	25,6%
Separado/Divorciado	37	4,2%	140	3,1%	177	3,2%
Viúvo	93	10,6%	98	2,1%	191	3,5%
Escolaridade						
Nenhuma	70	8,0%	407	8,9%	477	8,7%
de 1 a 3 anos	183	20,8%	974	21,3%	1157	21,2%
de 4 a 7 anos	184	21,0%	1206	26,4%	1390	25,5%
de 8 a 11 anos	192	21,9%	887	19,4%	1079	19,8%
12 anos e mais	76	8,7%	150	3,3%	226	4,1%
Ignorado	173	19,7%	949	20,6%	1128	20,7%
Local de Ocorrência do Óbito						
Via Pública	424	48,3%	2564	56,1%	2991	54,8%
Hospital	388	44,2%	1723	37,7%	2114	38,7%
Outros	42	4,8%	217	4,7%	259	4,7%
Domicílio	10	1,1%	38	,8%	48	,9%
Outros Estabelecimentos de Saúde	11	1,3%	26	,6%	37	,7%
Ignorado	3	,3%	5	,1%	8	,1%
Município de Ocorrências mais importantes						
Caruaru	44	5,0%	188	4,1%	232	4,3%
Petrolina	52	5,9%	274	6,0%	327	6,0%
Recife	270	30,8%	1133	24,8%	1406	25,8%
Assistência Médica						
Ignorado	228	26,0%	1429	31,2%	1659	30,4%
Não	336	38,3%	1855	40,6%	2193	40,2%
Sim	314	35,8%	1289	28,2%	1605	29,4%

Fonte: Própria autora

Tabla 22 trae la distribución de frecuencias de la edad de las víctimas. Hay una mayor frecuencia de edades de 16 a 56 años, cubriendo el 75.7% de las víctimas. Tabla 24 trae las principales estadísticas de la distribución de la edad de las víctimas,

por sexo y total. En general, las víctimas debían 0 a 102 años, con un promedio de 39,6 años y mediana de 36 años, con una desviación estándar de 17,8 años dando por resultado un coeficiente de variación igual a 0.45 con alta variabilidad de las víctimas.

Los valores de las pruebas de normalidad de Kolmogorov Smirnov (KS) acusan que las edades no siguen la distribución normal, la distribución de la edad de hombre y mujer grupos fueron comparados por Mann Whitney prueba, acusando una diferencia significativa entre las distribuciones de edad de los dos grupos ($p = 0.000$). La estadística presentada se observa que las víctimas femeninas eran en promedio 3,5 años más viejo que las víctimas masculinas.

Tabla 22 - Distribución de frecuencias de la edad, sexo y total

Idade (anos)	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	F	%	F	%	F	%
00 — 08	24	2,7%	26	0,6%	50	0,9%
08 — 16	46	5,2%	92	2,0%	138	2,5%
16 — 24	123	14,0%	744	16,3%	867	15,9%
24 — 32	113	12,9%	910	19,9%	1023	18,7%
32 — 40	126	14,4%	808	17,7%	934	17,1%
40 — 48	95	10,8%	636	13,9%	731	13,4%
48 — 56	85	9,7%	496	10,8%	581	10,6%
56 — 64	72	8,2%	327	7,2%	399	7,3%
64 — 72	80	9,1%	218	4,8%	298	5,5%
72 — 80	62	7,1%	166	3,6%	228	4,2%
80 — 88	31	3,5%	65	1,4%	96	1,8%
88 — 96	7	0,8%	12	0,3%	19	0,3%
96 — 104	14	1,6%	73	1,6%	93	1,7%

Fonte: Própria autora

Tabla 23 - Estadísticas clave de la distribución de la edad de las víctimas, por sexo y total

Estatística	Feminino	Masculino	Global
Minimum	0	1	0
Maximum	99	102	102
Mean	42,5	39,1	39,6
Median	40	36	36
Standard Deviation	21,3	17,0	17,8
Minimum	0,50	0,43	0,45
p-valor do teste de KS	0,000	0,000	0,000

Fonte: Própria autora

4.5.2 Tasas de Crecimiento Cada Seis Meses de las Variables

Tabla 24 muestra la serie semestral, de 2014 a 2016 para algunas variables importantes analizados en este estudio. En la última columna, para cada variable el índice de crecimiento promedio de la variable. Las variables que presentaron el crecimiento medio anual, por encima del 5%, fueron: el número de motocicletas cubiertas, el número de ciclos, el número de autobuses cubren y el número de Vehículos remolcados. Las variables que presentaron caídas relevantes, a menos de 5%, fueron: el porcentaje de pruebas clasificadas como delito, que redujo el 10.89% por semestre, en promedio; el número de denegaciones a 5,71% disminuyó la mitad prueba en promedio y el número de muertes, que redujo el semestre promedio de 5.07.

Tabla 24 - Serie semestral, de 2014 a 2016, interesante y variable índice de crecimiento promedio anuales de las variables

Variável	2014		2015		2016		Índice Semestr e
	Semestre 1	Semestre 2	Semestre 1	Semestre 2	Semestre 1	Semestre 2	
Veíc. Abord. Total	180263	183211	197526	173573	213809	201541	2,26%
Táxis Abord	7882	10049	8654	8996	17256	8981	2,64%
Motos	53068	55268	66186	57693	68877	71892	6,26%
Ciclo Abord	130	1	506	1339	1623	1344	59,55%
Ônibus	247	300	410	730	4460	2260	55,70%
Auto Passeio	103025	101677	105618	90545	104086	100979	-0,40%
Utilitário	15911	15916	16152	14270	17507	16085	0,22%
Multas	15580	15416	12991	16354	15540	18301	3,27%
Veíc. Reboc	2050	1897	1386	2614	1813	3437	10,89%
CNH Recolh	4018	3046	3089	3356	3436	3136	-4,84%
Recusa ao Teste	2782	1993	1858	2501	2247	2073	-5,71%
Alcool.<0,04	182475	184935	199463	175614	215953	204037	2,26%
Alcool.< 0,33	933	661	700	602	728	605	-8,30%
Crime	182	126	110	52	104	90	-13,14%
Total de Testes	183590	185722	200273	176268	216785	204732	2,20%
Condutor Masc.	157299	160428	172550	151439	189368	179512	2,68%
Condutor Fem.	22964	22783	24976	22134	24441	22029	-0,83%
Mortos	964	987	896	1005	862	743	-5,07%

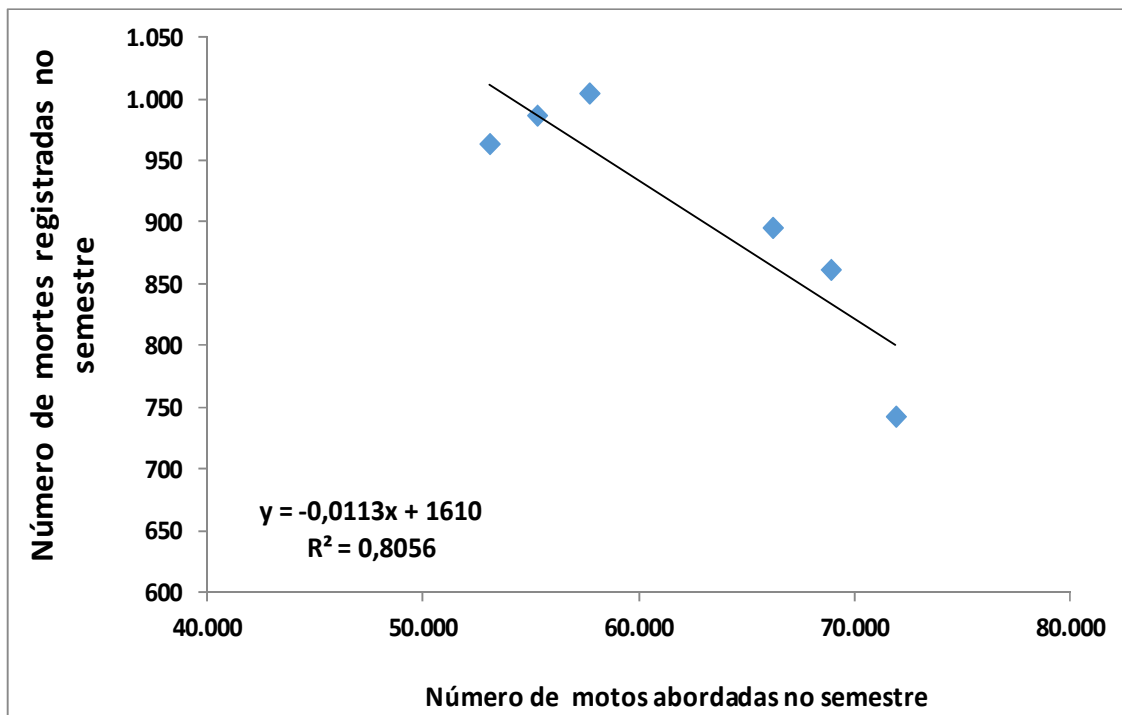
Fonte: Própria autora

Se realizó un estudio comprensivo de la investigación de la correlación entre las variables y el número de muertos, y dos se encontraron correlaciones fuertes y significativas:

- Correlación entre el número de muertes en la primera mitad y el número de prohibición dirigida por bicicletas en la primera mitad ($r = -0.90$ y valor $p = 0.015$).
- Correlación entre el número de muertes en la primera mitad y el número de hombres cubiertos por la prohibición en el semestre ($r = -0.91$ y valor $p = 0.045$).

El gráfico 24 muestra la relación entre el número de muertes en la primera mitad y el número de motocicletas en el semestre.

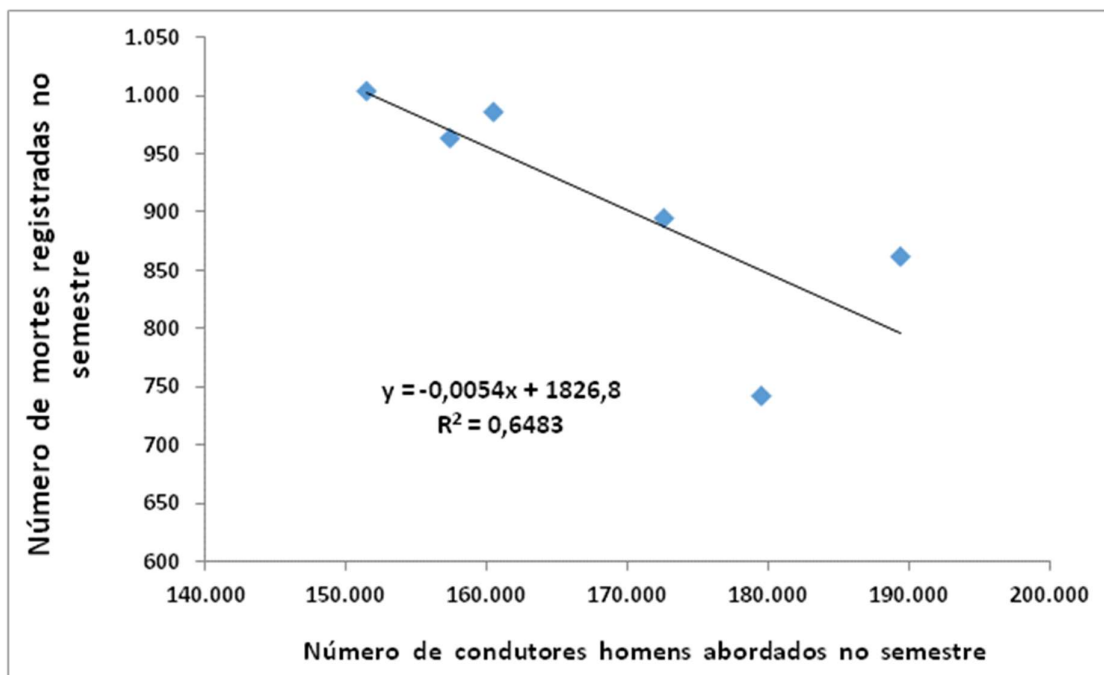
Gráfico 24 - Relación entre el número de muertes en la primera mitad y el número de motocicletas cubiertas en el semestre



Fonte: Própria autora

El gráfico 25 muestra que el crecimiento en el número de motocicletas se acompañan de la disminución en el número de muertes registradas en la primera mitad. El modelo de regresión que se muestra en la tabla 26 describe una relación sistemática entre estas dos variables para las cuales puede proporcionar que cada 10000 bicicletas esperan reducción dirigida 113 víctimas mortales de tráfico en un semestre. Este modelo tiene una buena explicación, 80.56% y a través de estos resultados, se recomienda aumentar el número de acercamientos a las motocicletas, están siguiendo la tendencia identificada en estos datos, el aumento en la motocicleta de enfoques irá acompañados de la reducción del número de muertos por accidentes.

Gráfico 25 - Muestra la relación entre el número de muertes en la primera mitad y el número de hombres cubiertos en el semestre



Fonte: Própria autora

El gráfico 25 muestra que el crecimiento en el número de hombres se acompañan de la disminución en el número de muertes registradas en la primera mitad. El modelo de regresión que se muestra en el gráfico 25 describe una relación sistemática entre estas dos variables para las cuales puede proporcionar que cada 10000 hombres dirigidas se proporciona para la reducción de accidentes mortales de tráfico 54 en un semestre. Este modelo tiene una explicación razonable de 64.83% y a través de estos resultados se recomienda que aumenta el número de conductores

ya que enfoques de hombres siguiendo la tendencia identificada en estos datos, el aumento de los enfoques de los hombres controladores acompañado por la reducción del número de muertes por accidentes.

4.6 Número de Muertes por Alcoholismo en Pernambuco

El Ministerio de Salud advierte de datos de mortalidad sin precedentes que indican que se derivan de los tallos de 2000 a 2017, todos los cuales se atribuyeron al uso excesivo de bebidas alcohólicas, estas muertes excluyen accidentes, violencia y otras causas parcialmente asignados. La enfermedad hepática alcohólica es un ejemplo de una consecuencia del abuso de alcohol.

En 2016, el alcohol en Brasil se asoció con 69.5% y 42.6% de las tasas de cirrosis hepática, 36.7% y 23% de los accidentes de tránsito y 8.7% y 2.2% de las tasas. de cáncer, respectivamente, entre hombres y mujeres. Con respecto a los trastornos relacionados con el alcohol, se estima que el 4.2% (6.9% entre los hombres y 1.6% entre las mujeres) de los brasileños cumple con los criterios de abuso o dependencia. Por lo tanto, hay una disminución en comparación con 2010, cuando la prevalencia estimada fue de 5.6% (8.2% entre hombres y 3.2% entre mujeres). El consumo de alcohol tiene consecuencias para la sociedad, incrementando directa e indirectamente los costos en hospitales y otros dispositivos del sistema de salud, el poder judicial, la seguridad social, la pérdida de productividad laboral, el absentismo, el desempleo y otros. El Informe Global CISA agrega que en todo el mundo, los grupos de edad más jóvenes, entre 20 y 49 años, son los más afectados en referencia a las muertes por consumo de alcohol, lo que lleva a una mayor pérdida de personas económicamente activas.

Según Renata Coutinho, de Folha PE de Notícias (Pernambuco), el 17 de abril de 2019, el estado de Pernambuco provoca muertes por abuso de alcohol en el noreste. Agrega que entre las muertes relacionadas con el alcoholismo, el 59,3% de las víctimas tenían más de 55 años.

Según Coutinho (2019), una población específica que ha estado llamando la atención sobre las muertes debidas a las bebidas alcohólicas en Pernambuco son los ancianos. En las personas de hasta 54 años de edad hubo una reducción en el número de hospitalizaciones y muertes atribuidas al alcohol de 2010 a 2016, en la población de 55 años o más hubo un aumento en estas cifras (6,9% y 6,71% - hombres y

mujeres). Con el avance de la edad el cuerpo se vuelve menos capaz de metabolizar el alcohol, la deshidratación es mayor, además de alcohol interferir con el efecto de varios medicamentos utilizados por los ancianos.

Cisa añade que "el consumo de alcohol y otras drogas entre los ancianos ha sido preocupante para los profesionales de la salud debido a un aumento observado en el número de admisiones en unidades de atención de emergencia y la búsqueda de tratamiento asociado con el uso de estas sustancias". Este comportamiento en adultos mayores de 54 años ha aumentado los riesgos de complicaciones y muertes, y es necesario, por lo tanto, que los ancianos también sean el objetivo de campañas y políticas específicas para prevenir el consumo nocivo de alcohol (CISA, 2019, p. 53).

En todo Brasil, Pernambuco es el segundo estado en volumen de muertes atribuidas parcial o totalmente al consumo de alcohol por 100.000 habitantes. Y, en el ranking de los estados del noreste, Pernambuco ocupa el primer lugar en muertes debido a las bebidas alcohólicas. Los cálculos de Cisa (2019) indican que 42,4 personas mueren por el uso de bebidas alcohólicas por cada 100.000 personas en Pernambuco.

La publicación de The Cisa se relacionó con estados que tuvieron la tasa más alta de muertes relacionadas con el alcohol en 2016. El estado de Espírito Santo lidera con 44,2 muertes por cada 100.000 habitantes, sin embargo, después: Pernambuco (2o lugar en el país) con 42,4 muertes/100mil; Paraíba (41,6 muertes/100.000); Rio Grande do Sul (41,5 muertes/100.000); Amapá, Amazonas, Pará y Roraima, tienen las tasas más bajas.

El Ministerio de Salud señala que ha invertido en acciones de promoción de la salud y cuenta con profesionales cualificados para la atención de la población de edad avanzada que en 2030 representará el 20% de la población brasileña (CISA, 2019).

5 DISCUSIÓN

Los problemas relacionados con el alcohol no sólo afectan a los consumidores individuales, sino también a toda la comunidad, incluso a las personas que no beben, incluidos los familiares y las víctimas de violencia y accidentes asociados con el uso de bebidas alcohólicas. Observamos la necesidad real de políticas públicas para el consumo excesivo de alcohol ya que, en todo Brasil, Pernambuco es el segundo estado en volumen de muertes atribuidas, parcial o totalmente, al consumo de alcohol por 100.000 habitantes. Cabe destacar que cada estado, como es el caso de Pernambuco, tiene un indicador diferente con respecto al alcoholismo, en vista de ello, cada estado necesita conocer y analizar su realidad, y así tomar las medidas necesarias para resolver el problema. La creación de políticas públicas estatales también se puede implementar para satisfacer las necesidades individualizadas del Estado con respecto al abuso del alcohol y sus variadas consecuencias. A pesar de generar empleos y beneficios para productores, vendedores, anunciantes, inversores, el alcohol aporta un costo social expresivo que supera con creces la cantidad recaudada por impuestos sobre su producción y comercialización. El uso indebido de sustancias como el alcohol, según varios autores estudiados, es un problema internacional de salud pública que preocupa a las naciones de todo el mundo, ya que afecta a los valores culturales, sociales, económicos y políticos. El hábito de consumir bebidas alcohólicas ha ido creciendo cada año en Brasil, como afirma el Ministerio de Salud. Según la evaluación, casi el 20% de los brasileños están entre los que beben demasiado. Exagerar en líquidos con contenido de alcohol es perjudicial en muchos aspectos. Además de minimizar la salud, el alcohol causa el 50% de los accidentes de tráfico, según el DMV. El alcoholismo es responsable de destruir a las familias y la vida social de quienes beben.

Para discutir mejor el tema, buscamos algunos autores, cuya investigación se utilizó en esta tesis, como Acselrad y sus colaboradores, que analizaron el consumo de bebidas alcohólicas y políticas de drogas en Brasil, a partir del siglo X, dándose cuenta de que el drogas fueron analizadas arbitrariamente y divididas en drogas ilícitas y lícitas, favoreciendo a las primeras en un intento de su erradicación. Alcohol, sus usos y daños, la atención secundaria se mantuvo. Laranjeira y Romano coinciden y señalan en sus estudios, que sin la información científica adecuada y sin el

seguimiento necesario de sus resultados, la política de alcohol no califica. Por lo tanto, es imperativo garantizar que una política de este tipo sirva, sobre todo, al bien común.

Melo y colaboradores tuvieron como resultado su investigación sobre la familia, el alcohol y la violencia en una comunidad en la ciudad de Recife, que el uso de bebidas alcohólicas se realiza por todos los miembros de la familia: padre, madre e hijos con predominio del padre, seguido por la madre. De hecho, en la Segunda Encuesta de Hogares sobre el uso de drogas psicotrópicas en Brasil, se encontró que los hombres hacían más uso en la vida alcohólica que las mujeres en todos los grupos de edad estudiados, alcanzando alrededor del 80% de los 18 años de edad entre los hombres.

Laranjeira y colaboradores a la hora de investigar los conocimientos, actitudes, prácticas y comportamientos de vulnerabilidad relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas de la población brasileña de 14 años o más, en la segunda encuesta nacional sobre alcohol y drogas, observó que era casi unánime ver que se aumentarían más programas de tratamiento para el alcoholismo. En este estudio se recuerda que la legislación brasileña prohíbe la venta de bebidas alcohólicas a niños menores de 18 años, de acuerdo con la Ley nº 13.106.

La investigación de Coutinho et al., a través del ERICA (Estudio de Riesgos Cardiovasculares en Adolescentes), complementa el estudio anterior, porque los autores evaluaron a los adolescentes entre 12 y 17 años de edad, de escuelas públicas y privadas, y encontraron que una cuarta parte de los adolescentes que dijeron que tuvieron el consumo de alcohol en el último mes, en este estudio, experimentaron por primera vez antes de los 12 años de edad, y esta proporción fue mayor en los hombres. Este hecho es preocupante ya que la iniciación temprana se ha asociado con un mayor riesgo de lesiones no intencionales, accidentes automovilísticos, conducta de riesgo sexual, consumo de tabaco y drogas ilícitas, además de deterioro cognitivo en la edad adulta.

Estudios del Ministerio de Salud sobre la mortalidad por consumo de alcohol en Brasil mostraron como resultado la evolución de la mortalidad por enfermedades y lesiones totalmente atribuibles al alcohol, concluyendo que el alcohol es una causa importante de muerte prematura en Brasil, especialmente entre los hombres y en raza negra/color. De acuerdo con los estudios del Ministerio de Salud, Bohland y Gonçalves señalan que el consumo de bebidas alcohólicas se considera uno de los principales factores que contribuyen a la carga de patologías y muertes prematuras en todo el

mundo. La ingesta de alcohol está directa o indirectamente relacionada con el desarrollo de una serie de enfermedades y está altamente asociada con situaciones violentas y traumáticas como accidentes de trabajo, tráfico, violencia doméstica y homicidios.

Moura y colaboradores se dieron cuenta de que casi el 40% de los brasileños hacen uso habitual del alcohol, el 42% de los cuales lo hacen de manera abusiva (16% del número total de entrevistados en su estudio). También se verifica que los hombres consumen más bebidas alcohólicas que las mujeres, tanto en el patrón habitual como en abusivo (2 veces y 3 veces más, respectivamente). También se notó que el consumo de alcohol en Brasil es más alto y más abusivo entre los adultos jóvenes, especialmente los hombres, entre 18 y 44 años, y después de este grupo de edad hay una disminución en el consumo de alcohol. Corroborando esto, el Informe Global de la CISA añade que en todo el mundo los grupos de edad más jóvenes entre 20 y 49 años son los más afectados en referencia a las muertes por consumo de alcohol, lo que lleva a una mayor pérdida de personas económicamente activas.

Sin embargo, Coutinho añade que en la población de 55 años o más hubo un aumento en las hospitalizaciones y muertes debidas a bebidas alcohólicas, especialmente en Pernambuco de 2010 a 2016. La explicación es que con el avance de la edad el cuerpo se vuelve menos capaz de metabolizar el alcohol, la deshidratación es mayor, además de alcohol interferir con el efecto de varios medicamentos utilizados por los ancianos.

En cuanto a los impactos del alcohol en la educación, los estudios de Carlini y los empleados dirigidos a comportamientos de riesgo para la salud concluyeron que aproximadamente el 10% de los adolescentes no estaban expuestos a comportamientos de riesgo, mientras que el 58,5% tenían dos o más comportamientos, incluido el alto consumo de bebidas alcohólicas. Corroborando este estudio, Brito, Hardman y Barros señalan que hay una gran proporción de adolescentes expuestos a comportamientos de riesgo para la salud simultáneamente.

Según el Departamento de Salud del Estado de Pernambuco, la Operación Prohibición en Pernambuco se ha convertido en una política pública exitosa para reducir los accidentes de tráfico por embriaguez del país. Esta ley se basó en el alto número de accidentes de tráfico causados por individuos que condujeron borrachos, ofreciendo potencialmente mortales a sí mismos y a otros, además de traer altos gastos al gobierno federal, estatal y municipal. La Organización Mundial de la Salud

señala que Brasil se encuentra entre los diez países con más del 60% de las muertes relacionadas con accidentes de tráfico y ocupa el quinto lugar, solo por detrás India, China, EUA e Rússia.

En cuanto a las víctimas mortales por accidentes de tráfico en el estado de Pernambuco debido al alcoholismo, se observa que los análisis de gráficos muestran que los acercamientos a los conductores de motocicletas conducen a una disminución en el número de accidentes y muertes en las carreteras, por lo tanto, el aumento de los enfoques de las motocicletas irá acompañado de la reducción del número de muertes por accidentes.

Según Acselrad et al. la aceptación cultural del uso de bebidas alcohólicas se ha construido a lo largo de los siglos y las formas de control, individuales y colectivas, son claramente posibles, pero aún no suficientes en todo el país. Promoción de la salud significa una acción conjunta con el propio usuario del alcohol, junto con sus familiares, realizando sus condiciones políticas, económicas, sociales y afectivas de estar en el mundo con el fin de construir el bienestar general del individuo.

6 CONSIDERACIONES FINALES

Fue posible observar en la lectura y la investigación que del consumo de bebidas alcohólicas en Brasil es una realidad fuerte y se han convertido en un motivo de gran preocupación en la sociedad y entre las autoridades. Su uso excesivo en festivales y fiestas populares ha causado impacto en la salud pública y ha generado intenso debate en las áreas de salud y políticas públicas.

Es necesario que hay sí, debates sobre este tema, que es de vital importancia para la salud pública y ser observado tan seria y basada en la evidencia. Pruebas encontradas dentro de la realidad brasileña y gestión políticas públicas efectivas para poner en práctica. En General, el país carece de mayor información científica sobre el consumo de alcohol por la población.

Cabe señalar, sin embargo, que los estudios epidemiológicos se han encontrado en Brasil, mayor amplitud, como el I y II encuesta sobre el uso de drogas psicotrópicas, que ayudó mucho en este asunto, en 2001 y 2005, CEBRID SENAD y la segunda Alcohol nacional y encuesta de drogas de INPAD (Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología a las Políticas Públicas sobre el Alcohol y Otras Drogas), en 2012 y otros estudios relevantes con datos que se utilizan para ejemplificar este estudio, observando, por lo tanto, que los estudios científicos son necesarios para una planificación adecuada de las políticas públicas en los problemas individuales y sociales relacionados con el consumo de alcohol.

Sobre la influencia del alcoholismo en el desempeño de los estudiantes y profesores, es decir, relativos a la educación, que es también un foco de esta investigación, se puede añadir a la información de que la escuela es considerada como uno de los pilares en la prevención de la drogadicción ya que el alcohol como droga legal, así como otras drogas afectan predominantemente a los jóvenes. El consumo de alcohol también se asoció con consecuencias negativas. Entre las muestras de varios estudios, muchos estudiantes que abusan de las bebidas alcohólicas reportaron tener resacas, enfermarse, tener problemas con la familia o amigos, faltar a la escuela o involucrarse en peleas. Y muchos han dicho que habían estado consumiendo alcohol desde que tenían 12 años.

En muchos estudios sobre la prevención de drogas, especialmente el alcohol, pocos centrados en los maestros, y otros han mantenido más enfoque en los estudiantes que en los maestros, reforzando la idea de que la investigación que

aborda a los maestros de la escuela sigue siendo rara en la literatura. Es importante destacar las limitaciones de la investigación relacionadas con la escasez de estudios dirigidos a los maestros, lo que lleva a la comprensión de que muchos maestros no revelan el uso de bebidas alcohólicas y, por lo tanto, a menudo, los casos, tanto de los estudiantes que consumen alcohol excesivo, no son reportados.

Cabe destacar, por lo tanto, que los datos encontrados eran insuficientes, tanto para el estudio de profesores y estudiantes de escuelas de Pernambuco en relación con el alcoholismo y sus consecuencias en la escuela, realizando notificaciones necesarias de casos, como para, bases de datos organizadas relacionadas con este problema para que pueda esbozar diagnósticos y planificación de intervenciones en las escuelas.

Así, una visión epidemiológica, muy atenta y de calidad en estas cuestiones del alcoholismo en las escuelas, a través de estudios e investigaciones que aporten subsidios para potenciar la implementación de políticas y acciones ya existentes en el país, es relevante y necesaria.

Es pertinente y necesaria que en Brasil, un país que todavía carece de estudios de investigación fiables sobre el uso de alcohol, tienen una mayor investigación en sus diversos contextos geográficos, socioeconómicos y culturales que tienen mayor alcance en sus diferentes regiones.

Se considera importante para la mejor comprensión de las cuestiones relacionadas con este tema, es decir, las consecuencias del uso de alcohol en el país, tanto a nivel individual, nivel colectivo y social, es esencial para obtener datos epidemiológicos para la planificación de políticas públicas, así como datos que conduzcan a un diagnóstico de la realidad sobre el consumo de alcohol/drogas.

Por lo tanto, no basta con un cambio en las leyes, ni sólo soluciones represivas y criminales, la solución más completa sería el énfasis en la prevención y el tratamiento, todo basado en pruebas científicas sólidas y reales.

A pesar de varias precauciones tomadas por los Ayuntamientos de las ciudades de Pernambuco, por ejemplo, en el Ciclo Junino de Recife, donde se utilizó el Programa de Salud de la Ciudad en todas partes, y donde se celebró la orientación sobre el uso de alcohol y otras drogas; También se observó que quienes participaron con el patrocinio de las fiestas de carnaval en Recife y Olinda fueron los Cervejaria Skol. Ambev, el patrocinador oficial del Carnaval, contó con el apoyo del Ayuntamiento de Recife.

Destaca la contradicción de las políticas públicas brasileñas con respecto al alcoholismo, proclamadas por la ciudad de una ciudad donde tiene como patrocinador de una gran fiesta una poderosa empresa en bebidas alcohólicas. Precisamente el grave problema que se estudia en esta investigación en relación con el abuso del alcohol en la ciudad.

Como Lacuna en este trabajo son las enfermedades más prevalentes debido al alcoholismo en el estado de Pernambuco, Brasil, ya que las bases de datos existentes no separan las enfermedades como consecuencia del alcoholismo. Por lo tanto, los datos no son coherentes y tampoco hay otras causas, y no sólo el alcoholismo, no sólo son datos totalmente fiables.

En el estudio, algunos datos actuales de Folha PE de Notícias, Pernambuco, donde se informa que el estado de Pernambuco conduce a muertes por abuso de alcohol en el noreste. Agrega que entre las muertes directamente relacionadas con el alcoholismo, el 59,3% de las víctimas tenían más de 55 años. Con el avance de la edad el cuerpo se vuelve menos capaz de metabolizar el alcohol, la deshidratación es mayor, además de alcohol interferir con el efecto de varios medicamentos utilizados por los ancianos. Pernambuco es el segundo estado brasileño en volumen de muertes parcial o enteramente atribuida al consumo de alcohol por 100.000 habitantes. Y entre los estados de Nordeste Pernambuco ocupa el primer lugar en muertes debido a las bebidas alcohólicas. Por lo tanto, es necesario que los ancianos también sean el objetivo de campañas y políticas específicas para prevenir el consumo nocivo de alcohol.

Esta investigación presentó varios datos sobre gráficos sobre la prohibición, los bombardeos realizados, los coches cubiertos, las personas abordadas por la prueba del alcoholímetro, los vehículos retorcidos, etc., así como los datos sobre las muertes causadas por accidentes de tráfico causados por conductores borrachos. Y terminó llegando a conclusiones relevantes, como el crecimiento en el número de motocicletas abordadas en el blitz, va acompañado del aumento en el número de muertes registradas en el semestre.

Os dados levaram a alguns resultados interessantes, por exemplo, a recomendação de aumentar o número de abordagens a condutores homens, pois seguindo a tendência identificada nestes dados, o aumento de abordagens a condutores homens será acompanhado pela redução do número de mortos por acidentes.

La conclusión es que hay muchas consecuencias del consumo excesivo de bebidas alcohólicas, tanto para el individuo que bebe como para todos los que lo rodean, incluida la sociedad en general. El uso nocivo del alcohol es uno de los factores de riesgo más impactantes para la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad en todo el mundo.

Este trabajo no tenía la intención de agotar el tema, ya que el tema es demasiado extenso. Los resultados indican que la cuestión del alcoholismo en Brasil todavía requiere un mayor análisis, lo que requiere una mejor atención. Aunque existe una legislación específica sobre las acciones relacionadas con la atención integral a las personas que abusan del alcohol, todavía no es suficiente, no traducir completamente la eficacia en las acciones de salud.

Se sugieren estudios futuros sobre la conciencia de los problemas que rodean la dependencia del alcohol para el futuro, con el fin de analizar las acciones existentes para controlar el alcoholismo y la creación de nuevas acciones para prevenir la dependencia del alcohol.

REFERÊNCIAS

Acserlad G, Karam ML, David HMSL, Alarcon S. *Consumo de bebidas alcoólicas no Brasil. Estudo com base em fontes secundárias*. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Faculdade Latinoamericana de Ciências Sociais; junho 2012. [acesso em 5 jul 2018]; Disponível em: <http://flacso.org.br/files/2015/02/RelatorioConsumodoAlcoolnoBrasilFlacso05082012.pdf>

Acserlad G (org.). Consumo do álcool no Brasil. Série *Cadernos FLACSO*. n. 12. Rio de Janeiro: FLACSO Brasil, 2014. [acesso em 10 jul 2018]; Disponível em: <http://flacso.redelivre.org.br/files/2015/03/58N12-GilbertaAcserlad.pdf>

Anderson P. Alcohol as a key area. *British Medical Journal*, London. 1991. 303 (6805)766-8.

Anvisa. *Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. Comunidades Terapêuticas. 2018. [acesso em 14 jul 2018]; Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de>

Baracho M. *Alcoolismo*: quase metade dos nordestinos bebe com regularidade. Recife (PE): Portal DSS Nordeste; 2014 Jul 03. [acesso em 10 maio 2018]; Disponível em: <http://dssbr.org/site/2014/07/alcoolismo-quase-metade-dos-nordestinos-bebe-com-regularidade/>

Bohland AK, Gonçalves AR. Mortalidade atribuível ao consumo de bebidas alcoólicas. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*; 2015. 11(3):136-44. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

_____. *Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000*. Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. [acesso em 2 jul 2018]. Disponível em: <http://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>

_____. *Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001*. Ministério da Saúde. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. [acesso em 10 abr 2017].; Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

_____. *Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003*. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de

internações. [acesso em 10 jul 2018]; Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm

_____. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. [acesso em 12 set 2017]; Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf

_____. *Portaria nº 2.197 de 14 de outubro de 2004*. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília, DF; 2004. [acesso em 20 maio 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes para a Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas*. In: *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. (2). ed. rev. Ampl 22-40.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 396, de 07 de Julho de 2005*. Dispõe sobre diretrizes para os Centros de Convivência e Cultura na rede de Atenção em Saúde Mental. 2005. [acesso em 10 abr 2017]. Disponível em: <http://femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/SAS/2005/Julho/PORTARIA%20N%C2%BA396-SAS-Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde.pdf>

_____. *Política Nacional de Atenção Básica*. Série Pactos pela Saúde (4). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília; 2006. [acesso em 30 nov 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf

_____. *II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil*: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. CEBRID Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP Universidade Federal de São Paulo, 2006. [acesso em 10 jul 2018]; Disponível em: <http://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2014/10/II-Levantamento-Domiciliar-sobre-o-Uso-de-Drogas-Psicotr%C3%B3picas-no-Brasil.pdf>

_____. *Decreto nº. 6.117 de 23 de maio de 2007*. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. [acesso em 7 jul 2018];

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm

_____. *Lei nº 11.705 de 19 de junho de 2008*. Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que ‘institui o Código de Trânsito Brasileiro’, e a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF. 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11705.htm> Acesso em 13/09/2017.

_____. *Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010*. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF, 2010. [acesso em 10 maio 2018]; Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm

_____. *Plano Nacional de Saúde - PNS (2012-2015)*. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. *Portaria Nº 3.088, de 23 dezembro de 2011*. Republicada em 21 de maio de 2013. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. 2011.

_____. *Resolução nº 29 de 30 de junho de 2011*. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou de Não identificado de substâncias psicoativas. [acesso em 14 jul 2018]; Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/legislacao#/visualizar/28707>

_____. *Portaria 3.090 de 23 de dezembro de 2011*. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília, DF. [acesso em 15 jul 2018]; Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011.html

_____. *Resolução RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011*. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.

Ministério da Saúde. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [acesso em 18 jul 2018]. Disponível em:
http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/rdc0063_25_11_2011.pdf/94c25b42-4a66-4162-ae9b-bf2b71337664

_____. *Portaria 3.090 de 23 de dezembro de 2011*. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília, DF. [acesso em 15 jul 2018]; Disponível em:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011.htm

_____. *PNAB Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF; 2012. [acesso em 15 dez 2017]. Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>

_____. *Conheça a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial*. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2013. [acesso em 10 fev 2017]; Disponível em:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf

_____. *CAPS - Centro de Atenção Psicossocial*. Portal da Saúde. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12609-caps>> Acesso em 13/09/2017.

_____. *Consultório na rua*. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2018. [acesso em 12 fev 2018]; Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_ua.php

_____. *Mortalidade por uso de álcool no Brasil*. In: Saúde Brasil 2014: Uma análise da situação de saúde e das causas externas. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não transmissíveis e promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2015; 266-288.

_____. *Lei nº 13.106 de 17 de março de 2015*. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, para tornar crime vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar bebida alcoólica a criança ou a adolescente; e revoga o inciso I do art. 63 do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 - Lei das Contravenções Penais. [acesso em 17 jul 2018]. Disponível em:
<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2015/lei-13106-17-marco-2015-780277-publicacaooriginal-146359-pl.html>

_____. *Rede de Atenção Psicossocial*. Ministério da saúde. 2018. [acesso em 10 jul 2018]; Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf> Acesso em 14/02/2018 às 22 horas.

Bravo MIS. *Política de Saúde no Brasil*. FNEPAS. 2017. [acesso em 7 set 2017]; Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf

Brito ALS, Hardman CM, Barros MVG. Prevalência e fatores associados à simultaneidade de comportamentos de risco à saúde em adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria* [periódicos na internet]. 2015, [acesso em 15 jul 2018]: 33(4):423-430 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n4/pt_0103-0582-rpp-33-04-0423.pdf

Cambuy K, Amatuzzi MM. Experiências comunitárias: repensando a clínica psicológica no SUS. *Revista Psicologia & Sociedade*, Campinas. 2012; 24(3):674-683.

Carlini, EA et al. *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001*. Secretaria Nacional Antidrogas. Gabinete de Segurança Institucional. Presidência da República. São Paulo, 2002. [acesso em 15 abr 2018]. Disponível em: http://abramd.org/wpcontent/uploads/2014/06/I_Levantamento_Domiciliar_sobre_o_Uso_de_Drogas_Psicotr%C3%B3picas_no_Brasil.pdf

_____. *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 – 2010*. São Paulo: CEBRID/ UNIFESP – SENAD, 2010. Disponível em: <https://obid.senad.gov.br/biblioteca/publicacoes/vi-levantamento-nacional-sobre-o-consumo-de-drogas-psicotropicas-entre-estudantes-do-ensino-fundamental-e-medio-das-redes-publica-e-privada-de-ensino-nas-27-capitais-brasileiras.pdf/view>

Cavalcante M, Reis M. Geografia do Brasil. Teoria. *Apostilas Virtuais*. out 2012. [acesso em 05 set 2017]; Disponível em: [http://www.apostilasvirtual.com.br/apostilas_demo/04_AV_GeoBrasil_2012_DEMO_P&B_PM_BA\(Soldado\).pdf](http://www.apostilasvirtual.com.br/apostilas_demo/04_AV_GeoBrasil_2012_DEMO_P&B_PM_BA(Soldado).pdf)

Chalub M, Telles, LEB. Álcool, drogas e crime. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo; 2006. (28) 69-73.

CISA. Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. *O impacto da Lei Seca nas mortes no trânsito no Brasil*. 2017, [acesso em 13 set 2017]; Disponível em: <http://www.cisa.org.br/artigo/5828/-impacto-lei-seca-no-brasil-nas.php>

_____. *Relatório Global sobre Álcool e Saúde 2018*. 2018. [acesso em 20 out 2018]; Disponível em: <http://www.cisa.org.br/artigo/10049/relatorio-global-sobre-alcool-saude-2018.php>

_____. *Álcool e a Saúde dos Brasileiros. Panorama 2019*. Organizador: Arthur Guerra de Andrade. São Paulo: Cisa, 2019. [acesso em: 6 nov. 2019]; Disponível em: <http://www.cisa.org.br/panorama2019>

Correia BS. *A evolução histórica das políticas de saúde no Brasil*. Portal Educação, 2014. [acesso em 12 set 2017]; Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao/a-evolucao-historica-das-politicas-de-saude-no-brasil/56457>

Coutinho R. *Pernambuco lidera mortes por álcool no Nordeste*. Folha Pe Notícias. 17 abril 2019. [acesso em: 5 nov. 2019]; Disponível em: <https://www.folhape.com.br/noticias/noticias/noticias/2019/04/17/NWS,102166,70,1358,NOTICIAS,2190-PERNAMBUCO-LIDERA-MORTES-POR-ALCOOL-NORDESTE.aspx>

Cruz LA. *História do álcool*. In: Alcoolismo.com.br. Agosto 2017. [acesso em 11 set 2017]; Disponível em: <http://www.alcoolismo.com.br/historia/>

Cruz MS, Ferreira SMB. A rede de saúde na assistência para pessoas com dependência de álcool e outras drogas: das UBS e CAPS-AD aos hospitais gerais e hospitais psiquiátricos. In: *Modalidades de tratamento e encaminhamento*. Ministério da Justiça. Módulo 6. 7. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2014.

Denatran. Departamento Nacional de Trânsito. *Resolução nº 432 de 23 de janeiro de 2013*. Dispõe sobre os procedimentos a serem adotados pelas autoridades de trânsito e seus agentes na fiscalização do consumo de álcool ou de outra substância psicoativa que determine dependência, para aplicação do disposto nos arts. 165, 276, 277 e 306 da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 – Código de Trânsito Brasileiro (CTB). [acesso em 2 jul 2018]. Disponível em: [http://www.denatran.gov.br/download/Resolucoes/\(resolu%C3%A7%C3%A3o%20432.2013c\).pdf](http://www.denatran.gov.br/download/Resolucoes/(resolu%C3%A7%C3%A3o%20432.2013c).pdf)

Dias LF. Usos e abusos de bebidas alcoólicas segundo os povos indígenas do Uaçá, In: Labate B et al. *Drogas e Cultura: novas perspectivas*. Salvador: Ed. EDUFBA; 2008. p.199-217.

Ferreira LN, Sales ZN, Casotti CA, Bispo Júnior JP, Braga Júnior ACR. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em um município do Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [periódicos na internet]. Rio de Janeiro. 2011. [acesso em 20 maio 2018]; 27(8):1473-1486. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n8/03.pdf>

Filizola PRB, Nascimento AE, Sougey EB, Lima EVM. Alcoolismo no Nordeste do Brasil – prevalência e perfil sociodemográfico dos afetados. *J Bras Psiquiatr*. [periódicos na internet]. 2008. [acesso em 10 jul 2018]; 57(4):227-232. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n4/a01v57n4.pdf>

Francisco, WC. *A Região Nordeste*. Brasil Escola. 2018. [acesso em 20 jul 2018]; Disponível em <https://brasilecola.uol.com.br/brasil/a-regiao-nordeste.htm>

Gigliotti A, Bessa MA. *Síndrome de Dependência do Álcool*: critérios diagnósticos. *Rev Bras Psiquiatr*;26(Supl I):11-13, 2004.

Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

Gomes BMR, Alves JGB, Nascimento LC. Consumo de álcool entre estudantes de escolas públicas da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. [periódicos na internet]. 2010. [acesso em 8 jul 2018]; 26(4):706-712 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400013

Gorgulho M. As transformações das políticas públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas. Caminhos e Contextos. *Revista Diálogos*. Psicologia Ciência e Profissão. [periódicos na internet]. 2009. [acesso em 9 jul 2018]; Ano 6(6):11-13 Disponível em: https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2012/03/revista_dialogos06.pdf

Gonçalves R. Lei seca. In: *História do mundo*. 2017. [acesso em 13 set 2017]; Disponível em: <http://historiadomundo.uol.com.br/idade-contemporanea/lei-seca.htm>

G1 Pernambuco. Portal da TV Globo. *Operação Lei Seca de PE registra aumento de 37% em infrações por alcoolemia na Semana Santa*. 20 abr 2017. [acesso em 19 jul

2018]; Disponível em: <https://g1.globo.com/pernambuco/noticia/operacao-lei-seca-de-pe-registra-aumento-de-37-em-infracoes-por-alcoolemia-na-semana-santa.ghtml>

Heckmann W, Silveira CM. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: *Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual*. 2009. [acesso em 15 jul 2018]; Disponível em: <http://www.cisa.org.br/UserFiles/File/alcoolesuasconsequencias-pt-cap3.pdf>

Humeniuk R, Poznyak V. *Intervenção breve para o abuso de substâncias*: guia para uso na Atenção Primária à Saúde. Tradução de Telmo Mota Ronzani. São Paulo: OMS, 2004.

IBGE. *Indicadores Sociodemográficos Prospectivos para o Brasil 1991-2030*. 2006. [acesso em 08 set 2017]; Disponível em: <file:///D:/Usu%C3%A1rio/Desktop/Revis%C3%A3o%20ana/indicadores%20socio%20demogr%C3%A1ficos.pdf>

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Recife. História*. 2017. [acesso em 10 jun 2018]; Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/recife/historico>

_____. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. *Estudos & Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica*. 2009. [acesso em 15 abr 2017]. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Divisão Político-Administrativa*. Centro de Referência em Nomes Geográficos, referência e identidade. 2017. [acesso em 05 set 2017]; Disponível em: <http://www.ngb.ibge.gov.br/Default.aspx?pagina=divisao>

_____. *Recife. Panorama*. 2017. [acesso em 10 jun 2018]; Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/recife/panorama>

_____. *Olinda. História*. 2017. [acesso em 10 jun 2018]; Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/olinda/historico>

_____. *Olinda. Panorama*. 2017. [acesso em 10 jun 2018]; Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/olinda/panorama>

_____. História de Pernambuco. 2017. [acesso em abr 2018]; Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/historico>

_____. *Fernando de Noronha. História*. 2017. [acesso em 10 maio 2018]; Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/fernando-de-noronha/panorama>
IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Perfil das Comunidades Terapêuticas no Brasil. 2018. [acesso em 15 jul 2018]; Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/comunidades-terapeuticas>

Jornal Diário de Pernambuco. *Doses nada inocentes de preocupação*. 2015. [acesso em 18 jul 2018]; Disponível em: <http://hotsites.diariodepernambuco.com.br/local/2015/ViverMais/dia8.shtml>

Junaab. *Informações sobre o AA*. 2018. [Acesso em 20 fev 2018]; Disponível em: <http://www.alcoolicosanonimos.org.br/index.php/sobre-a-a/informacoes-sobre-a-a>
Laranjeira R, Romano M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. Revista Brasileira de Psiquiatria [periódicos na internet]; 2004. [acesso em maio 2018]; 26 (supl 1) 68-77. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a17v26s1.pdf>

Klabunde FC, Ghizzo Filho J, Freitas PF, Nazário NO. *Impacto da Lei Seca na taxa de mortalidade por acidentes de trânsito*, Santa Catarina entre 2005 e 2011. Arq. Catarin Med. [periódicos na internet]; 2017. [acesso em 8 out 2018]; 46(2) 108-117. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/274/160>

Kreische, F, Sordi AO, Diemen LV. Álcool. In: Pechansky F, Duarte PCV, Diemen LV. (Orgs.). *Aperfeiçoamento em técnicas para fiscalização do uso de álcool e outras drogas no trânsito brasileiro*. Porto Alegre: Senad, 2011, p. 47-58.

Laranjeira R. (org.) et al. *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012*. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD). UNIFESP; 2014. [acesso em 15 jul 2018]; Disponível em: <https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>

Leal B. *Síndrome de Abstinência Alcoólica*. Porto. Tese [Mestrado]. Universidade Fernando Pessoa/Faculdade Ciências da Saúde; 2015. [acesso em 15 jul 2018]; Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4825/1/PPG_16828.pdf

Lima RCC. *Mundialização e as políticas públicas contemporâneas de atenção ao usuário de álcool e outras drogas: o caso brasileiro*. II Jornada Internacional de

Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão. 23-26 ago 2005. [acesso em 19 jul 2018]; Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos2/Rita_de_cassia_CavalcanteLima.pdf

Lino TALR. *Alcoolismo – da causa à doença*. In: Portal dos Psicólogos. 2006. [acesso em 13 set 2017]; Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0054.pdf>

Maciel C, Kerr-Corrêa F. Complicações psiquiátricas do uso crônico do álcool: síndrome de abstinência e outras doenças psiquiátricas. *Rev Bras Psiquiatr* [periódicos na internet]. 2004. [acesso em 15 jul 2018]; 26(Supl I) 47-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a12v26s1.pdf>

Maciel SSSV, Maciel WV, Silva JM, Sobral LV, Sobral HV et al. Prevalência do uso de drogas entre professores do ensino médio. *Revista da AMRIGS* [periódicos na internet]. 2012. [acesso em 10 set. 2018]; 56 (4) 295-299. Disponível em: <http://www.amrigs.org.br/revista/56-4/1017.pdf>

Magalhães RB, Saide OL. Alcoólicos anônimos: potencialidades terapêuticas de um grupo de mútua ajuda. *Revista Debates em Psiquiatria*. Nov/Dez 2015.

Malta DC, Machado IE, Porto DL, Silva MMA, Freitas PC et al. Consumo de álcool entre adolescentes brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE 2012). *Rev Bras epidemiol Suppl PeNSE 2014* [periódicos na internet]. 2014. [acesso em 10 set. 2018]; 203-214. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00203.pdf

Melo ZM, Caldas MT, Carvalho MMC, Lima AT. Família, álcool e violência em uma comunidade da cidade de Recife. *Psicologia em Estudo* [periódicos na internet]. 2005. [acesso em 10 jul 2018]; 10(2):201-208. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a06.pdf>

Moraes E et al. Visita Domiciliar no tratamento de pacientes dependentes de álcool: dados preliminares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2005. [acesso em 10 abr 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n4/a24v27n4.pdf>

Moura L, Malta DC, Iser BP, Sá NN, Yokota RT, Claro RM, et al. Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras, segundo dados do VIGITEL, 2006 a 2011. *Cad Saúde Pública* 2011; 29(4): 812-22.

Pacheco CP. *Evolução da mortalidade infantil, segundo óbitos evitáveis: macrorregiões de saúde do Estado de Santa Catarina, 1997 -2008. Dissertação.* Universidade de São Paulo. 2010.

Pechansky F, Diemen LV, Sordi AO, Pianca T. *Tratamentos farmacológicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias.* Modalidades de tratamento e encaminhamento. Módulo 6. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 7. ed. Brasília, DF, 2014. p.49-54.

Pechansky F, De Boni R, Duarte P, Paula FC, Benzano D, Diemen LV, Leukefel C. *Consumo de álcool e drogas entre motoristas privados e profissionais do Brasil.* Seção B – Capítulo VII. In: Pechansky F, De Boni R, Duarte P.(Orgs.). *Uso de bebidas alcólicas e outras drogas nas rodovias brasileiras e outros estudos.* Porto Alegre: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

Pernambuco. Governo do Estado. *História de Pernambuco.* [acesso em abr 2018]; Disponível em: <http://www.pe.gov.br/conheca/historia/>

Plano Municipal de Atenção Integrada ao Crack e outras Drogas. *Pacto Pela Vida – Recife.* Prefeitura do Recife/PE. 2013. [acesso em 10 jul 2018]; Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/wp-content/uploads/Plano-Municipal-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integrada-ao-Crack-e-Outras-Drogas-Recife.pdf>

Pinsky, I. *Publicidade de bebidas alcólicas e os jovens.* São Paulo, 2009. [Acesso em 14 set 2017]; Disponível em: <https://www.iciet.fiocruz.br/sites/www.iciet.fiocruz.br/files/Publicidade%20bebidas%20alco%C3%B3licas-jovens.pdf>

Prates C, Dana D. INSS. Instituto Nacional do Seguro Social. *Cresce o número de afastamentos no INSS por uso de álcool e drogas.* 2014. [acesso em 17 jul 2018]; Disponível em: <http://www.previdenciatotal.com.br/integra.php?noticia=1721>

Prefeitura Municipal de Olinda. *A cidade.* 2018. [acesso em 18 jul 2018]. Disponível em: <https://www.olinda.pe.gov.br/a-cidade/olinda-em-dados/>

_____. *Olinda lança Consultório de Rua.* 24 nov. 2010. [acesso em 10 jul 2018]; Disponível em: <https://www.olinda.pe.gov.br/olinda-lanca-consultorio-de-rua/>

Prefeitura da Cidade de Recife/PE. *PCR alerta bares sobre venda de bebidas para menores de 18 anos durante o São João.* Política sobre Drogas. 21 jun 2018. [acesso em 15 jul 2018]; Disponível em:

<http://www2.recife.pe.gov.br/noticias/21/06/2018/pcr-alerta-bares-sobre-venda-de-bebidas-para-menores-de-18-anos-durante-o-sao>

_____. *Plano Municipal de Atenção Integrada ao Crack e Outras Drogas*. Pacto Pela Vida Recife. Apresentação. 2013. [acesso em 15 jul 2018]. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/wp-content/uploads/Plano-Municipal-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integrada-ao-Crack-e-Outras-Drogas-Recife.pdf>

Rameh-de-Albuquerque RC. *Plano Municipal de Atenção Integrada ao Crack e outras Drogas*. Pacto Pela Vida – Recife. Prefeitura do Recife/PE. 2013. [acesso em 10 jul 2018]; Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/wp-content/uploads/Plano-Municipal-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integrada-ao-Crack-e-Outras-Drogas-Recife.pdf>

Raminelli R. *Da etiqueta canibal: beber antes de comer*. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: PUC. 2005. p. 29-46.

Raupp FM, Beuren IM. *Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais*. Como elaborar trabalhos Monográficos em Contabilidade: teoria e prática. Capítulo 3, 76-97, 2003.

Rehm J. et al. *The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview*. *Addiction*, [S.l.], v. 105, n. 5, p. 817-843, May 2010.

Roerecke M, Rehm J. *Risco de mortalidade por causas específicas em pacientes com transtornos por uso de álcool*. CISA. Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. *Int J Epidemiol*. [periódicos na internet]. 2014. [acesso em 10 jul 2018]; 43(3):906-19. Disponível em: <http://www.cisa.org.br/artigo/5015/risco-mortalidade-por-causas-especificas-em.php>

Santos CB, Bairro EO, Bulla LC. *Drogas e Cidadania: a rede de atenção psicossocial no Rio Grande do Sul*. I Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: desafios contemporâneos. Londrina. 09-12 junho 2015. [acesso em 5 maio 2018]. Disponível em: http://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso/anais/Trabalhos/eixo1/oral/11_drogas_e_cidadania....pdf

Secretaria Estadual de Saúde. Governo do Estado de Pernambuco. [acesso em abr 2018]; Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/gerencias-regionais-de-saude>

_____. Governo do Estado de Pernambuco. *Operação Lei Seca*. [acesso em 19 jul 2018]; Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria/operacao-lei-seca>

_____. Governo do Estado de Pernambuco. *UPAE Petrolina discute sobre Alcoolismo e Combate As Drogas*. Diga Não às Drogas. 2018. [acesso em 15 jul 2018]; Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-atencao-saude/upae-petrolina-discute-sobre-alcoolismo-e-combate>

Secretaria de Saúde do Recife. *Dados de Recife 2018*. Prefeitura do Recife. [acesso em 17 jul 2018]; Disponível em: <http://dados.recife.pe.gov.br/organization/about/secretaria-de-saude>

Senad. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Modalidades de tratamento e encaminhamento*. Módulo 6. 7. ed. Brasília, DF: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2014. [acesso em dez 2017]; Disponível em: https://www.supera.senad.gov.br/wp-content/uploads/2016/03/SUP7_Mod6.pdf

Simonsen. *Brasil e suas Organizações políticas e administrativas*. 2017. [acesso em 10 mar 2018]. Disponível em: <<http://www.simonsen.br/eja/arquivos-pdf/geo-capitulo-14.pdf>>

Soares JR, Souza MJA, Fernandes RAP, Gomes WLA. *Estratégias do enfermeiro na captação do homem para a Atenção Primária*. Niterói. Monografia. [Graduação em Enfermagem]. Universidade Estácio de Sá; 2017.

Sousa FC, Abrão AM, Morgado A, Conboy J, Oliveira MD, Pires D. O consumo de bebidas alcoólicas na população escolar juvenil. Editora: GAIM; 2008.

Souza DPO, Areco KN, Silveira Filho DX. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. *Rev. Saúde Pública* [periódicos na internet]. 2005 [acesso em maio 2017]; São Paulo. 39(4) 585-592. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25530.pdf>

Stolf A, Leal D, Kessler F. Políticas de fiscalização sobre álcool e o trânsito no mundo. In: Pechansky F, Duarte PCV, Diemen LV. (Orgs.). *Aperfeiçoamento em técnicas para fiscalização do uso de álcool e outras drogas no trânsito brasileiro*. Porto Alegre: Senad, 2011, p. 109-111.

World Health Organization. *Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes*. Geneve: WHO, 2004.

_____. *Global Status Report on Alcohol*. Geneva World Health Organization, 2011.

_____. *Global status report on alcohol and health 2014*. Geneva: WHO, 2014.

Viana FLE. Indústria de Bebidas Alcoólicas. *Caderno setorial ETENE*. Fev 2005; Ano 2(2). [acesso em 20 maio 2018]; Disponível em:
<https://bnb.gov.br/documents/80223/1527922/Vers%C3%A3o+Completa.pdf/04e6fa9f-2741-165f-8944-a32799de82db>

Villela F. *Alcoolismo é a principal causa de afastamento do trabalho por uso de drogas*. Agência Brasil. [acesso em 19 jul 2018]; Disponível em:
<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-02/alcoolismo-e-o-principal-motivo-de-pedidos-de-auxilio-doenca-por-uso-de-drogas>

ARCHIVOS ADJUNTOS

Arquivo Adjunto 1 – LEI 11.705/2008 – LEI SECA

Presidência da República - Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 11.705, DE 19 DE JUNHO DE 2008.

Mensagem de Veto

Conversão da Medida Provisória nº 415, de 2008

Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que 'institui o Código de Trânsito Brasileiro', e a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei altera dispositivos da Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro, com a finalidade de estabelecer alcoolemia 0 (zero) e de impor penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência do álcool, e da Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para obrigar os estabelecimentos comerciais em que se vendem ou oferecem bebidas alcoólicas a estampar, no recinto, aviso de que constitui crime dirigir sob a influência de álcool.

Art. 2º São vedados, na faixa de domínio de rodovia federal ou em terrenos contíguos à faixa de domínio com acesso direto à rodovia, a venda varejista ou o oferecimento de bebidas alcoólicas para consumo no local.

§ 1º A violação do disposto no caput deste artigo implica multa de R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais).

§ 2º Em caso de reincidência, dentro do prazo de 12 (doze) meses, a multa será aplicada em dobro, e suspensa a autorização de acesso à rodovia, pelo prazo de até 1 (um) ano.

§ 3º Não se aplica o disposto neste artigo em área urbana, de acordo com a delimitação dada pela legislação de cada município ou do Distrito Federal.

Art. 3º Ressalvado o disposto no § 3º do art. 2º desta Lei, o estabelecimento comercial situado na faixa de domínio de rodovia federal ou em terreno contíguo à faixa de domínio com acesso direto à rodovia, que inclua entre suas atividades a venda varejista ou o fornecimento de bebidas ou alimentos, deverá afixar, em local de ampla visibilidade, aviso da vedação de que trata o art. 2º desta Lei.

Parágrafo único. O descumprimento do disposto no caput deste artigo implica multa de R\$ 300,00 (trezentos reais).

Art. 4o Competem à Polícia Rodoviária Federal a fiscalização e a aplicação das multas previstas nos arts. 2o e 3o desta Lei.

§ 1o A União poderá firmar convênios com Estados, Municípios e com o Distrito Federal, a fim de que estes também possam exercer a fiscalização e aplicar as multas de que tratam os arts. 2o e 3o desta Lei.

§ 2o Configurada a reincidência, a Polícia Rodoviária Federal ou ente conveniado comunicará o fato ao Departamento Nacional de Infra-Estrutura de Transportes - DNIT ou, quando se tratar de rodovia concedida, à Agência Nacional de Transportes Terrestres - ANTT, para a aplicação da penalidade de suspensão da autorização de acesso à rodovia.

Art. 5o A Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, passa a vigorar com as seguintes modificações:

I - o art. 10 passa a vigorar acrescido do seguinte inciso XXIII:

“Art. 10.
.....

XXIII - 1 (um) representante do Ministério da Justiça.
.....” (NR)

II - o caput do art. 165 passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 165. Dirigir sob a influência de álcool ou de qualquer outra substância psicoativa que determine dependência:

Infração - gravíssima;

Penalidade - multa (cinco vezes) e suspensão do direito de dirigir por 12 (doze) meses;

Medida Administrativa - retenção do veículo até a apresentação de condutor habilitado e recolhimento do documento de habilitação.

.....” (NR)

III - o art. 276 passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 276. Qualquer concentração de álcool por litro de sangue sujeita o condutor às penalidades previstas no art. 165 deste Código.

Parágrafo único. Órgão do Poder Executivo federal disciplinará as margens de tolerância para casos específicos.” (NR)

IV - o art. 277 passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 277.
.....

§ 2o A infração prevista no art. 165 deste Código poderá ser caracterizada pelo agente de trânsito mediante a obtenção de outras provas em direito admitidas, acerca dos notórios sinais de embriaguez, excitação ou torpor apresentados pelo condutor.

§ 3o Serão aplicadas as penalidades e medidas administrativas estabelecidas no art. 165 deste Código ao condutor que se recusar a se submeter a qualquer dos procedimentos previstos no caput deste artigo.” (NR)

V - O art. 291 passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 291.

§ 1o Aplica-se aos crimes de trânsito de lesão corporal culposa o disposto nos arts. 74, 76 e 88 da Lei no 9.099, de 26 de setembro de 1995, exceto se o agente estiver:

I - Sob a influência de álcool ou qualquer outra substância psicoativa que determine dependência;

II - Participando, em via pública, de corrida, disputa ou competição automobilística, de exibição ou demonstração de perícia em manobra de veículo automotor, não autorizada pela autoridade competente;

III - Transitando em velocidade superior à máxima permitida para a via em 50 km/h (cinquenta quilômetros por hora).

§ 2o Nas hipóteses previstas no § 1o deste artigo, deverá ser instaurado inquérito policial para a investigação da infração penal.” (NR)

VI - O art. 296 passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 296. Se o réu for reincidente na prática de crime previsto neste Código, o juiz aplicará a penalidade de suspensão da permissão ou habilitação para dirigir veículo automotor, sem prejuízo das demais sanções penais cabíveis.” (NR)

VII - (VETADO)

VIII - O art. 306 passa a vigorar com a seguinte alteração:

“Art. 306. Conduzir veículo automotor, na via pública, estando com concentração de álcool por litro de sangue igual ou superior a 6 (seis) decigramas, ou sob a influência de qualquer outra substância psicoativa que determine dependência:

.....
Parágrafo único. O Poder Executivo federal estipulará a equivalência entre distintos testes de alcoolemia, para efeito de caracterização do crime tipificado neste artigo.” (NR)

Art. 6o Consideram-se bebidas alcoólicas, para efeitos desta Lei, as bebidas potáveis que contenham álcool em sua composição, com grau de concentração igual ou superior a meio grau Gay-Lussac.

Art. 7o A Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 4o-A:

“Art. 4o-A. Na parte interna dos locais em que se vende bebida alcoólica, deverá ser afixado advertência escrita de forma legível e ostensiva de que é crime dirigir sob a influência de álcool, punível com detenção.”

Art. 8o Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9o Fica revogado o inciso V do parágrafo único do art. 302 da Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997.

Brasília, 16 de junho de 2008; 187º da Independência e 120º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Tarso Genro
Alfredo Nascimento
Fernando Haddad
José Gomes Temporão
Arcio Fortes de Almeida
Jorge Armando Felix

Este texto não substitui o publicado no DOU de 20.6.2008

Arquivo Adjunto 2 – Declaração de Anuência


SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE
GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Recife, 03 de julho de 2017

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa com o tema: **ANÁLISE DOS IMPACTOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRA QUANTO AO ALCÓOLISMO NO ESTADO DE PERNAMBUCO**, da pesquisadora: **Ana Maria Soares Silva**, aluna do curso de Doutorado em Saúde Pública, na Universidad de Ciências Empresariales Y Social, sob a orientação do Professor Jorge Manuel Reboledo, nas dependências da Secretaria Executiva de Atenção à Saúde e da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde/PE, e afirmo que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, condicionada à aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.


Juliana Siqueira

Diretora Geral de Educação na Saúde

Juliana Siqueira
Diretora Geral de Educação
na Saúde - SES/PE
Matrícula nº 363.975-4

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 – Bongí – Recife – PE
CEP: 50.751-530 - Fone: 3184-0031/ 3184-0032/ 3184-0033

Arquivo Anexo 3 – Parecer Consubstanciado do CEP

HOSPITAL OTÁVIO DE
FREITAS/ SES

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Análise dos impactos das políticas públicas brasileira quanto ao alcoolismo no estado de Pernambuco

Pesquisador: ANA MARIA SOARES DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 74961217.2.0000.5200

Instituição Proponente: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.269.256

Apresentação do Projeto:

Análise dos impactos das políticas públicas brasileira quanto ao alcoolismo no estado de Pernambuco.

Objetivo da Pesquisa:

Realizar uma análise dos impactos das políticas públicas brasileiras quanto ao alcoolismo no estado de Pernambuco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos, pois se trata de dados secundários, sendo os principais riscos ligados aos erros de coleta e montagem de base de dados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os benefícios são inúmeros, pois através de análises como esta pode-se traçar um perfil mais fidedigno quanto a temática e assim traçar novas metas e objetivos para sanar os problemas detectados nessa população alvo, diminuindo assim consequentemente os gastos com os problemas que envolvem o alcoolismo.

Endereço: Rua Aprígio Guimarães S/N

Bairro: Tejipió

UF: PE

Município: RECIFE

CEP: 50.920-640

Telefone: (81)3182-8578

Fax: (81)3182-8632

E-mail: cephof@yahoo.com.br

Arquivo Adjunto 4 – Continuação do Parecer

HOSPITAL OTÁVIO DE
FREITAS/ SES



Continuação do Parecer: 2.269.256

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Encontram-se dentro dos critérios aceitos por este comitê.

Recomendações:
Que a pesquisa em tela seja desenvolvida de acordo com o que prediz a mesma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_868674.pdf	31/08/2017 11:18:31		Aceito
Outros	Termo_dispesa_de_TCLE.pdf	31/08/2017 11:17:14	ANA MARIA SOARES DA SILVA	Aceito
Outros	Instrumento_DE_COLETA.docx	30/08/2017 17:17:36	Thais Nayara da Cruz	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	17/08/2017 21:04:23	Thais Nayara da Cruz	Aceito
Outros	Roteiro_DE_COLETA.pdf	17/08/2017 21:00:31	Thais Nayara da Cruz	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	17/08/2017 20:59:39	Thais Nayara da Cruz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_detalhado.pdf	17/08/2017 20:59:11	Thais Nayara da Cruz	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Ana.pdf	17/08/2017 20:58:39	Thais Nayara da Cruz	Aceito
Outros	Lattes_Thais.pdf	17/08/2017 20:57:55	Thais Nayara da Cruz	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_confidencialidade.pdf	17/08/2017 20:56:45	Thais Nayara da Cruz	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	17/08/2017 20:56:26	Thais Nayara da Cruz	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	17/08/2017 20:56:17	Thais Nayara da Cruz	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Endereço: Rua Aprígio Guimarães S/N
Bairro: Tejió CEP: 50.920-640
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)3182-8578 Fax: (81)3182-8632 E-mail: cephof@yahoo.com.br

Arquivo Adjunto 5 – Coordenação da Operação Lei Seca

COORDENAÇÃO DA OPERAÇÃO LEI SECA

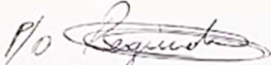
OFÍCIO COLS Nº 1774/2017

Recife, 24 de Outubro de 2017.

A Senhora
ANA MARIA SOARES SILVA

Cumprimentando cordialmente V. S^a, venho através do presente instrumento remeter dados em anexo das Ações realizadas no período de 2014 ao 1º semestre de 2017, por esta Coordenação da Operação Lei Seca para fins de pesquisa e análise dos impactos das políticas públicas brasileiras quanto ao alcoolismo no Estado de Pernambuco, para subsidiar pesquisa da solicitante.

Atenciosamente,


FÁBIO JOSÉ BAGETTI DE LIMA – TEN CEL PM
Coordenador Executivo da Operação Lei Seca

Registo Perante de Oliveira Filho
Má. Gônia - Mat. 1902287
RG: 40652

RUA DONA MARIA AUGUSTA NOGUEIRA, 519 - BONGI - RECIFE/PE - CEP: 50.751-530
TELEFONE: (81) 3184-0442 / 3184-0445 - FONE/FAX: (81) 3184-0146 - FAX: 3184-0145
e-mail: operacaoleiseca.pe@gmail.com

