UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JULIANA GUIMARÃES SILVA CÉZAR

Padrão de uso de álcool e outras drogas em famílias de usuários cadastrados como alcoolistas
em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família

RIBEIRÃO PRETO

2013

JULIANA GUIMARÃES SILVA CÉZAR

Padrão de uso de álcool e outras drogas em famílias de usuários cadastrados como alcoolistas
em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa
de Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Promoção à Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Lucilene Cardoso

Ribeirão Preto

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Cézar, Juliana Guimarães Silva

Padrão de uso de álcool e outras drogas em famílias de usuários cadastrados como alcoolistas em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2010.

84 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Cardoso, Lucilene.

1. Alcoolismo. 2. Drogas Ilícitas. 3. Detecção do abuso de substâncias. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Programa Saúde da Família.

Juliana Guimarães Silva Cézar

Padrão de uso de álcool e outras drogas em famílias de usuários cadastrados como alcoolistas em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem Psiquiátrica, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Conhecimento: Enfermagem Psiquiátrica

Linha de Pesquisa: Promoção em Saúde.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*Ao meu querido marido, Ari, por ter me apoiado na
conquista deste sonho. “Somos feitos de silêncio e
sons”. Amor pra vida inteira.*

*Aos meus pais, pela dedicação, carinho e amor em
todas as horas. Sou fruto de várias batalhas,
algumas derrotas e muitas vitórias, e eles sempre
estiveram ao meu lado.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora Lucilene Cardoso, pelo apoio e dedicação. Foram vários momentos divididos durante esta caminhada. Obrigada pela compreensão e pelos valiosos ensinamentos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me carregar no colo nos momentos mais difíceis de 2012 e 2013. Quantas provas vencidas em 2012: papai, mamãe, marido e sogra. Porém com uma grande perda em 2013. Obrigada pela esperança nos momentos de desespero, força no desânimo, e coragem para seguir em frente. Aprendi que temos que seguir sempre com: força, foco e fé.

À minha querida irmã Letícia, minha melhor amiga e companheira de todas as horas, que me concedeu a graça de ser tia da minha Princesa Cecília. Muito obrigada pelo amor e apoio incondicional, por compreenderem minhas ausências e por estarem sempre ao meu lado.

À Vovó Maura, pelo carinho e amor em todas as horas.

Às minhas tias Kátia, Márcia, Zira, Dária e Lena que nas minhas ausências se fizeram presentes nos cuidados da minha mama e papi.

Aos meus familiares, que sempre de alguma forma contribuem na minha caminhada.

Às amigas enfermeiras Amanda, Cynthia, Franciely e Patrícia, pelo incentivo e carinho de todas as horas.

Às amigas Sandra e Emilene, por termos compartilhado nossos sonhos, medos, dúvidas e esperanças. E por dividirem suas experiências e me ajudarem com tanta dedicação.

Às amigas Bruna, Paty e Emily, que torceram e sempre que possível ajudaram para a realização deste sonho.

À Profa. Dra. Clarissa, por ter me acolhido no início desta caminhada, com seu incentivo e colaboração, além de ter sido uma atenciosa orientadora na minha caminhada na Casa 17. Vou levar esta experiência para o resto da vida.

À Profa. Dra. Sandra Pillon, pela participação na minha banca de qualificação e pelas valiosas contribuições.

À Profa. Dra. Margarita, por me aceitar como aluna especial e pelos momentos compartilhados nesta caminhada: disciplinas, grupo de pesquisa, PET-Saúde Mental e Casa 17.

À Profa. Dra. Ana Carolina Zanetti, obrigada pelo apoio e carinho em todas as horas. Apesar de trabalharmos juntas em poucos momentos, estes foram muito valiosos.

À Profa. Dra. Jaqueline Souza, agradeço pela confiança, apoio e oportunidades. Aprendi muito com ela no campo de estágio, conversas e reflexões.

Aos enfermeiros do departamento de Psiquiatria, pelo apoio, conversas, discussões e vários momentos compartilhados nesta caminhada.

Às amigas do Departamento de Psiquiatria, Osmarina, Ângela, Edilene e Adriana, pelo apoio em todas as horas.

Aos Agentes Comunitários de Saúde e equipe do NSF3, pela acolhida, apoio e por permitirem a realização da coleta de dados neste serviço.

Aos usuários do NSF3, pela confiança e por terem disponibilizado um momento do seu dia para concretização desta pesquisa. Aprendi muito com as experiências e histórias que compartilharam comigo.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por ter me acolhido como aluna especial. Sem dúvida, fui estimulada a percorrer caminhos que antes pareciam distantes da minha realidade.

À CAPES, pela concessão da bolsa de Mestrado.

*“Eu fico
Com a pureza
Da resposta das crianças
É a vida, é bonita
E é bonita...*

*Viver!
E não ter a vergonha
De ser feliz
Cantar e cantar e cantar
A beleza de ser
Um eterno aprendiz...*

*Ah meu Deus!
Eu sei, eu sei
Que a vida devia ser
Bem melhor e será
Mas isso não impede
Que eu repita
É bonita, é bonita
E é bonita...*

*E a vida!
E a vida o que é?
Diga lá, meu irmão
Ela é a batida
De um coração
Ela é uma doce ilusão
Hê! Hô!...*

*Mas e a vida
Ela é maravida
Ou é sofrimento?
Ela é alegria
Ou lamento?
O que é? O que é?
Meu irmão...*

*Há quem fale
Que a vida da gente
É um nada no mundo
É uma gota é um tempo
Que nem dá um segundo...*

*Há quem fale
Que é um divino
Mistério profundo
É o sopro do criador
Numa atitude repleta de amor...*

*Você diz que é luta e prazer
Ele diz que a vida e viver*

*Ela diz que melhor é morrer
Pois amada não é
E o verbo é sofrer...*

*Eu só sei que confio na moça
E na moça eu ponho a força da fé
Somos nós que fazemos a vida
Como der ou puder ou quiser...*

*Sempre desejada
Por mais que esteja errada
Ninguém quer a morte
Só saúde e sorte...*

*E a pergunta roda
E a cabeça agita
Fico com a pureza
Da resposta das crianças
É a vida, é bonita
E é bonita..."*

Eterno Aprendiz - Gonzaguinha

RESUMO

CÉZAR, J.G.S. **Padrão de uso de álcool e outras drogas em famílias de usuários cadastrados como alcoolistas em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família.** 2013. 100 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

As equipes de Estratégia de Saúde da Família desenvolvem ações de vigilância, prevenção, promoção e recuperação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Estas atuam de forma integral e contínua, no nível de atenção primária. Neste contexto, o uso e abuso de álcool e outras drogas se destacam como problemática multifatorial que acarreta impactos sociais e econômicos que afetam o desenvolvimento dos países. O álcool é a droga mais consumida em todo mundo e o uso de múltiplas drogas pode agravar os danos causados para o indivíduo e sua família, constituindo um desafio à saúde pública. Foi objetivo desta pesquisa investigar o padrão de uso de álcool e outras drogas e tratamentos recebidos entre os usuários identificados em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família com alcoolismo e seus familiares. Para tanto, realizamos um estudo transversal, com abordagem quantitativa em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família, no município de Ribeirão Preto-SP, com a utilização dos testes *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) e um Questionário Sociodemográfico e Clínico. A maioria dos usuários identificados com alcoolismo era do sexo masculino (87,5%). 93,7% faziam uso de bebida alcoólica, sendo que 18,7% apresentaram provável dependência, 56,3% consumo de risco e 25% consumo de baixo risco. Foi observado que 62,5% eram fumantes, 18,7% e 6,2% já fizeram uso de maconha e cocaína na vida, respectivamente. No momento da pesquisa, 6,2% apresentavam risco moderado de consumo de maconha. Ainda, 50% declararam problemas de saúde, 12,5% relataram atendimento e tratamento relacionado ao consumo de álcool no último ano e 18,7% na vida, há mais de um ano. Quanto aos familiares, a amostra era composta majoritariamente por mulheres (94,1%), sendo que 58,8% faziam uso de bebida alcoólica e 11,8% apresentavam consumo de risco. Foi observado que 35,3% eram fumantes, 11,8% já fizeram uso de maconha na vida, sendo que 5,9% já utilizaram outras drogas e no momento da pesquisa tinha consumo de risco moderado de cocaína ou crack. A maioria (70,6%) relatou problemas de saúde, 5,9% relataram ter iniciado tratamento para o tabagismo no ano e 5,9% declararam tratamento na vida para consumo de drogas. Observou-se que o uso de álcool esteve presente tanto entre os usuários identificados com alcoolismo quanto entre seus familiares, sendo alguns identificados com padrão de consumo de risco e outros com dependência desta droga. Trata-se, portanto, de informações importantes para que a equipe desenvolva ações para prevenir complicações advindas deste consumo, pois sabe-se que o uso de álcool e outras drogas pode trazer graves problemas no contexto individual e familiar.

Palavras-Chave: alcoolismo, drogas ilícitas, detecção do abuso de substâncias, atenção primária à saúde, programa saúde da família.

ABSTRACT

CÉZAR, J.G.S. **Patterns of use of alcohol and other drugs in families of registered as alcoholics in a Health Family Strategy unit.** 2013. 100 f. Dissertation (Master's Degree) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

The teams of Health Family Strategy develop surveillance, prevention, promotion and recovery actions for individual, family and community health. These teams act fully and continuously at the primary care level. In this context, the use and abuse of alcohol and other drugs stand out as multifactorial problem which causes social and economic impacts that affect the development of countries. Alcohol is the most consumed drug in the world and the use of multiple drugs can worsen the damage caused to the individuals and their families, it is a challenge to public health. The objective of this research was to investigate the pattern of use of alcohol and other drugs and treatments received by users identified as alcoholics and their families in a Health Family Strategy unit. Therefore, we conducted a cross-sectional, study with a quantitative approach for a Health Family Strategy unit, in Ribeirão Preto-SP, with the use of the following tests: Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and Sociodemographic and Clinical Questionnaire. Most users identified with alcoholism were male (87.5%), 93.7% used alcohol, and 18.7% had probable dependence, 56.3% risk consumption and 25% low risk consumption. It was observed that 62.5% were smokers, 18.7% and 6.2% had used cannabis and cocaine, respectively in their lifetime. At the time of the survey, 6.2% had moderate risk of cannabis use. Still, 50% reported health problems, 12.5% reported care and treatment to alcohol consumption in the last year and 18.7% in their lifetime before the last year. Regarding the family members, the sample consisted mostly of women (94.1%), and 58.8% used alcohol and 11.8% had risk consumption. It was observed that 35.3% were smokers, 11.8% have already used cannabis in their lifetime, and that 5.9% had used other drugs and at the time of the survey had moderate risk consumption of cocaine or crack. The majority (70.6%) reported health problems, 5.9% reported smoking treatment within the last year and 5.9% reported drug use treatment in their lifetime. It was observed that the alcohol use was present both between users identified as alcoholics and their families, some being identified as risk consumption pattern and others with probable dependence of this drug. It is therefore, important information for the team to develop actions to prevent complications which may come from this consumption, since it is known that the use of alcohol and other drugs can cause serious problems in the individual and family context.

Keywords: alcoholism, street drugs, substance abuse detection, family health program, primary health care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos usuários identificados com alcoolismo e familiares de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família, de acordo com os aspectos sociodemográficos. Ribeirão Preto – SP, 2012.....	53
Tabela 2 - Níveis de risco para o consumo de álcool dos usuários identificados com alcoolismo e familiares de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. Ribeirão Preto – SP, 2012.....	55
Tabela 3 - Respostas relacionadas à quantidade e a frequência do consumo regular e ocasional de álcool dos usuários identificados com alcoolismo e familiares de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. Ribeirão Preto – SP, 2012.....	56
Tabela 4 - Respostas sobre a ocorrência de possíveis sintomas de dependência entre os usuários identificados com alcoolismo e familiares de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. Ribeirão Preto – SP, 2012.....	57
Tabela 5 - Respostas sobre os problemas recentes e passados associados ao consumo de álcool, dos usuários identificados com alcoolismo e familiares de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. Ribeirão Preto – SP, 2012.....	58
Tabela 6 - Padrão de consumo de tabaco dos usuários identificados com alcoolismo e familiares de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. Ribeirão Preto – SP, 2012.....	59
Tabela 7 - Relação do padrão de consumo de álcool de acordo com escore do AUDIT com o padrão de consumo de tabaco de acordo com pontuação do ASSIST em usuários identificados com alcoolismo e familiares de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. Ribeirão Preto – SP, 2012.....	60
Tabela 8 - Níveis de risco do envolvimento com substâncias específicas (exceto álcool e tabaco) dos usuários identificados com alcoolismo e familiares de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. Ribeirão Preto – SP, 2012.....	61
Tabela 9 - Relatos de problemas e tratamentos de saúde dos usuários identificados com alcoolismo e familiares de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. Ribeirão Preto – SP, 2012.....	63
Tabela 10 - Problemas e tratamentos de saúde relacionados ao consumo de álcool e outras drogas relatados pelos usuários identificados com alcoolismo e familiares de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. Ribeirão Preto – SP, 2012.....	65

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APA	Associação Psiquiátrica Americana
APS	Atenção Primária à Saúde
ASSIST	Teste de Triagem para Álcool, Tabaco e Substâncias
AUDIT	Teste de Identificação de Perturbações Relacionadas com o Consumo de Álcool
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centros de Atenção Psicossocial Alcool e Drogas
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
DALY	Anos de Vida Ajustados por Incapacidade
DSM- IV	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IB	Intervenção Breve
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NSF	Núcleos de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
SENAD	Secretaria Nacional sobre Drogas
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SNC	Sistema Nervoso Central
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNODC	Nações Unidas sobre Drogas e Crime

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	17
2 - REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1 – A problemática acerca do uso de álcool e outras drogas	22
2.2 - A Atenção Primária à Saúde, a Estratégia de Saúde da Família e a problemática do uso e abuso de álcool e outras drogas	32
3- JUSTIFICATIVA.....	38
4- OBJETIVOS.....	41
Objetivo Geral:	41
Objetivos Específicos:	41
5 - MÉTODOS	43
5.1 - Delineamento do estudo	43
5.2 - Local do estudo	43
5.3 - População e amostra.....	43
5.4- Critérios de Inclusão	44
5.5 - Critérios de exclusão	44
5.6 - Coleta de Dados	44
5.7- Instrumentos	45
5.8 – Procedimentos	48
5.9 - Questões Éticas	49
5.10 - Análise dos Resultados	50
6- RESULTADOS.....	52
6.1 - Caracterização dos sujeitos do estudo relacionada aos aspectos sociodemográficos	53
6.2 - Padrão de consumo de álcool e outras drogas.....	55
6.3 - Tratamentos recebidos pelos sujeitos do estudo	62
7- DISCUSSÃO	67
9- CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
10-REFERÊNCIAS	80
APÊNDICE A : Questionário Sociodemográfico e Clínico	90
APÊNDICE B : Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	91
ANEXO- A: AUDIT	93

ANEXO-B: ASSIST.....	94
ANEXO – C: Apresentação do projeto de pesquisa no Núcleo de Saúde da Família	96
ANEXO – D: Autorização Centro de Saúde Escola	97
ANEXO – E: Aprovação Comitê de Ética e Pesquisa	98

1-INTRODUÇÃO

1 - INTRODUÇÃO

O uso de drogas permeia a humanidade desde a antiguidade. O termo droga tem origem da palavra do holandês antigo “drogg” e significa “folha seca”, pelo fato de, antigamente, os medicamentos utilizarem vegetais em sua composição. Registros históricos relatam a presença de seu consumo em diversas culturas e tempos. Deste modo, o uso destas substâncias é prevalente em todo o mundo e está relacionado às mais diversas finalidades, permeando o uso recreativo, social, ritualístico e terapêutico, entre outros (CARNEIRO, 2002; HUMENIUK; POZNYAK, 2004; ESCOHOTADO, 2005; OBID, 2007; ALVES, 2009).

O conceito de drogas engloba vários enfoques. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o termo droga abrange qualquer substância não produzida pelo organismo que tenha a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento (BRASIL, 2008a). De acordo com a Lei 11.343/06, drogas são as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União.

Atualmente, alguns fatores de risco são apontados como predisponentes para o abuso de drogas. Os fatores de risco são características, variáveis ou eventos, que quando presentes aumentam a probabilidade de ocorrência de condições consideradas negativas, podendo ser doenças ou comportamentos. Entre os fatores de risco para o uso de drogas estão os biológicos (genéticos, bioquímicos), psicológicos (influência do desenvolvimento, fatores de personalidade), socioculturais (aprendizado social, condicionamento, influências culturais, familiares e étnicas) e outros. No entanto, não há nenhum fator que por si só explique a etiologia do problema, pois o uso de drogas tem caráter multifatorial, vindo da combinação de vários fatores (SWADI, 1999; TOWNSEND, 2002; WHO, 2004; CLEVELAND et al., 2008).

Com a influência do capitalismo no comportamento social, o uso de drogas foi adquirindo características de mercadoria (SOARES; CAMPOS, 2009), evidenciado pela comercialização das bebidas alcoólicas e cigarros. Como o uso de álcool e outras drogas geralmente têm início precoce e é movido pela busca de novidades e pelo comportamento impulsivo (LITTLE, 2000), as propagandas estimulam maciçamente o consumo de álcool e são direcionadas para o público jovem, mesmo sendo proibido o uso alcoólico para menores de 18 anos, no Brasil (PINSKY; JUNDI, 2008; VENDRAME et al., 2009).

Além da proibição do consumo de álcool por menores de idade, existe uma série de substâncias que tem seu uso controlado, as drogas lícitas e ilícitas. As drogas ilícitas são substâncias psicoativas, proibidas de serem produzidas, vendidas e consumidas. Já as drogas lícitas estão legalmente disponíveis por receita médica em determinada jurisdição ou, por vezes, é uma droga legalmente disponível sem receita médica, como é o caso do álcool e do tabaco. A classificação de licitude das drogas está relacionada com aspectos históricos, econômicos, morais e culturais que a sociedade atribui a cada droga para manter o controle social do consumo (FEIJÃO, 2004; WHO, 2006).

Porém, apesar de algumas drogas serem consideradas lícitas e aceitas socialmente, seu uso pode resultar em diferentes impactos na vida e saúde das pessoas. A relação de um indivíduo com o uso de álcool e outras drogas pode, dependendo do contexto e das características, ser inofensiva ou apresentar poucos riscos, mas também pode assumir padrões de utilização altamente disfuncionais, implicando em prejuízos físicos, psicológicos e sociais (OBID, 2007).

O volume do consumo mundial de drogas ilícitas até o final de 2010 prevaleceu entre 3,4% e 6,6%, na população com idade entre 15 e 64 anos. Destes usuários de drogas, entre 10% e 13% permanecem usuários problemáticos ou dependentes e/ou com transtornos relacionados com o uso da droga. O consumo de álcool foi evidenciado por 42% da população mundial e o de tabaco prevalente em 25% (UNODC, 2012).

Existe uma tendência de utilizar um padrão de medida conhecido como Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALY), que avalia a ocorrência de mortes prematuras e anos vividos com incapacidades. No mundo, a OMS estima que o uso de drogas ilícitas contribuiu em 0,9% para a carga global de doenças prevalentes em todo o mundo, sendo que em conjunto com o uso de álcool e tabaco evidenciaram 10% da carga global de doenças (WHO, 2004; UNODC, 2012).

No Brasil, estudo realizado em 2005 aponta que 10,3% da população fez uso de drogas (exceto álcool e tabaco) no ano e 4,5% usou estas no último mês. A droga de maior dependência foi a maconha, seguida de benzodiazepínicos e solventes. Quanto ao consumo de álcool, 74,6% já fez uso na vida, sendo que 12,3 % dos brasileiros eram dependentes, e em 2011, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas, nos últimos 30 dias, foi de 17,0% (CARLINI et al., 2006; BRASIL, 2012). Dados divulgados em 2012, mostram uma porcentagem de 14,8% de fumantes na população brasileira acima de 18 anos (BRASIL, 2012).

Portanto, no Brasil, o álcool é a droga mais consumida e maior responsável por dependência entre as drogas lícitas e ilícitas (álcool: 12,3%; tabaco: 10,1% da população) (CARLINI et al., 2006). Além disso, o uso de álcool está associado com a violência, negligência, abuso, absenteísmo no trabalho, problemas sociais, financeiros e legais. Sua consequência mais grave relaciona-se a ser fator causal de quase 4% de todas as mortes mundiais (WHO, 2011a). Este problema é agravado pela legalidade de seu consumo que, embora inúmeros estudos demonstrem sua associação a vários problemas físicos e sociais, é socialmente aceito e incentivado (MINAYO; DESLANDES, 1998; CARLINI et al., 2001).

Sob esta perspectiva, destaca-se o impacto que o alcoolismo e o uso de outras drogas causam em toda a família e em suas relações, pois alteram a sua dinâmica, provocam conflitos, problemas de auto-estima, violência, além de acometer os filhos que convivem neste ambiente (MATHEWS; PILLON, 2004; FILIZOLA et al., 2006; MCCRADY et al., 2006; VIEIRA et al., 2008; PAIVA; RONZANI, 2009; MORENO et al., 2009).

Em geral, existe uma tendência crescente de as pessoas usarem álcool, tabaco e outras drogas, juntamente ou em épocas diferentes, o que pode aumentar ainda mais os problemas. Estudos apontam a necessidade de identificar o padrão de uso do álcool e outras drogas nas diferentes populações para que intervenções possam se planejar. Estes levantamentos devem abordar tanto os indivíduos que experimentaram o álcool e outras drogas somente uma vez quanto aqueles que fazem o uso abusivo e contínuo (BABOR, 2001; WHO, 2004b).

Neste contexto, inquéritos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis estão sendo realizados, pois as informações referentes ao perfil de saúde da população oferecem subsídios para uma avaliação do impacto das ações de prevenção e controle dos agravos. O consumo de álcool e o tabagismo estão entre as condições de saúde investigadas (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2012). Outros estudos também foram direcionados especificamente ao consumo de álcool, tabaco e outras drogas, entre a população geral e estudantes (GALDURÓZ et al., 2003; GALDURÓZ; CAETANO, 2004; NOTO, 2004; CARLINI et al., 2006; BRASIL, 2009a).

Apesar da aceitação social do uso de álcool e tabaco, historicamente, a abordagem tem sido predominantemente psiquiátrica ou médica. Destaca-se a oferta de “tratamentos” inspirados em modelos de exclusão e separação dos usuários do convívio social. Porém, as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas são evidentes, e devem ser consideradas na compreensão global do problema. Desta maneira, torna-se necessário uma abordagem multidisciplinar que rompa com o modelo de atenção à saúde centralizada na

prática médica, incluindo outros profissionais de saúde na assistência aos indivíduos e suas famílias (BRASIL, 2003a; DÍAZ HEREDIA; MARZIALE, 2010; KANNO; BELLODI; TESS, 2012).

A abordagem do tema álcool e drogas na realidade contemporânea é um desafio, pois são necessárias ações não apenas ampliadas, mas que contemplem diferentes saberes e aportes teórico-técnicos. Assim, percebe-se que esta abordagem transcende a atuação histórica que centralizava o tratamento na ótica psiquiátrica (BRASIL, 2004b).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é preconizada como porta de entrada para o sistema de saúde e, nesta perspectiva, a equipe de Saúde da Família se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da atenção à saúde. A equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) é fundamental para uma abordagem integral e multidisciplinar do uso de álcool e outras drogas, pois pode estrategicamente diagnosticar, prevenir e promover os cuidados relativos a esta problemática e, deste modo, assistir e encaminhar o indivíduo e sua família quando necessário (BRASIL, 1997; STARFIELD, 2002).

Considerando-se a importância da ESF na abordagem do usuário de álcool e outras drogas, esta pesquisa teve a finalidade de estudar o uso de álcool e outras drogas, a prevalência do uso de álcool perante as demais drogas e suas consequências como ponto de partida, de modo a ampliar as possibilidades de planejamento do cuidado à saúde.

Dessa maneira, o objetivo desta pesquisa foi investigar o padrão de uso de álcool e outras drogas e os tratamentos recebidos entre os usuários identificados com alcoolismo em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e seus familiares. Entende-se que, para desenvolver ações efetivas de combate e assistência ao uso de álcool e outras drogas, é necessário fazer um elo entre a realidade da comunidade, através de levantamentos descritivos e estudos científicos, para assim direcionar a prática dos profissionais de saúde.

2 - REVISÃO DA LITERATURA

2.1 – A problemática acerca do uso de álcool e outras drogas

O álcool é fator causal de 60 tipos de doenças ou lesões e componente de outras 200 morbidades. O tabaco é considerado a segunda droga mais consumida no mundo e é a principal causa global de morte evitável. As mortes relacionadas ou associadas com o uso de drogas acometem cerca de 0,2 milhões de pessoas a cada ano e prejudicam o desenvolvimento econômico e social, causam problemas familiares e sofrimento em várias pessoas (UNODC, 2012). Portanto, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas constituem um risco significativo à saúde e mobiliza vários segmentos da sociedade.

Pesquisas apontam a relação do uso de álcool e outras drogas com acidentes de trânsito, atropelamentos, criminalidade, violência e agressões (MINAYO; DESLANDES, 1998; ABREU; LIMA; GRIEP, 2009; MARISCAL; SILVA, 2010; SILVA et al., 2012). O uso abusivo de álcool e outras drogas também é considerado um problema social por gerar prejuízos em várias esferas: afetiva, educativa, produtiva, econômica, da saúde e das relações sociais. Necessita de atividades ampliadas que extrapolem o caráter repressivo das ações de segurança internacional, sendo que somente as políticas com características de redução da demanda de drogas não podem combater esta problemática, pois a sociedade internacional está diante de um problema que vai além da saúde pública (CHAGAS; VENTURA, 2010).

As ações voltadas a diminuir, inibir e/ou prevenir o uso abusivo de álcool e outras drogas não devem se reduzir apenas aos princípios do estatuto punitivo brasileiro, ou de uma abordagem de descriminalização que considera o uso de drogas como patológico, ou mesmo considerar esta problemática exclusiva do sistema de atenção à saúde, sendo um desafio que demanda políticas públicas intersetoriais (BRASIL, 2003b; NASCIMENTO, 2006; ALVES, 2009; RONZANI; FURTADO, 2010).

No Brasil, a Constituição Brasileira de 1988 aborda o tráfico de drogas como crime inafiançável, prevê o confisco dos bens de traficantes e a autorização para expropriação de terras empregadas no plantio ilícito (BRASIL, 1988). No entanto, na década de 1990, o país não tinha uma política pública na área da redução da demanda e da oferta de drogas. Em junho de 1998, em Nova York, durante a XX Assembléia Geral Especial das Nações Unidas, foram discutidos os princípios da redução da demanda de drogas e da responsabilidade compartilhada. Motivado pela pressão internacional e após a adesão brasileira aos Princípios Diretivos de Redução da Demanda por Drogas, foi criada em 1998 a Secretaria Nacional

Antidrogas (SENAD), sendo vinculada ao Gabinete Militar da Presidência da República, hoje Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República (DUARTE; BRANCO, 2008). Desta forma, os dirigentes brasileiros mostraram aos órgãos internacionais e às Nações Unidas uma estratégica política de combate às drogas (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008; DUARTE; BRANCO, 2008).

A SENAD foi criada para coordenar a Política Nacional Antidrogas (PNAD), sendo um marco para o tratamento da problemática do álcool e outras drogas no Brasil. Ela passa a assumir um importante papel no cenário nacional e internacional e, a princípio, compromete-se a alinhar a sua política às diretrizes internacionais para a redução da demanda de drogas. É responsável por ações de prevenção, tratamento e reinserção social dos usuários de drogas. Tem a missão de definir uma política nacional relacionada ao fenômeno das drogas e coordenar as atividades governamentais (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008; CHAGAS; VENTURA, 2010).

Em dezembro de 1998 foi realizado o I Fórum Nacional Antidrogas. Este primeiro fórum tinha a proposta de elaborar a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Porém, somente no II Fórum Nacional Antidrogas, realizado três anos depois, em dezembro de 2001, a PNAD foi formalmente elaborada. Portanto, em 26 de agosto de 2002, a Política Nacional Antidrogas, através do Decreto nº 4.345, foi instituída (BRASIL, 2003b; MACHADO; MIRANDA, 2007).

Paralelamente, a Lei n.º 10.216 de 6 de abril de 2001 consolidou a Reforma Psiquiátrica no Brasil, e redirecionou o modelo assistencial na saúde mental (incluindo os dependentes de álcool e drogas). Trouxe novos princípios e parâmetros para o desenvolvimento de tratamento às pessoas portadoras de transtornos mentais. Assim, o Ministério da Saúde através da Secretaria Nacional de Saúde Mental, desenvolveu atividades não somente de combate às drogas, mas contemplou ações voltadas para prevenção, assistência, promoção informativa e educacional (BRASIL, 2004b).

Pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e no SUS, o Ministério da Saúde, em 2003, publicou a Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas como diretriz principal na área da saúde pública, fortalecendo o trabalho em uma rede, para assim, proporcionar uma atenção integral e acesso aos serviços de saúde mental. Também, articula a participação dos usuários no tratamento e cria os serviços de atenção diária, em substituição aos Hospitais Psiquiátricos, os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e Centros de Apoio Psicossocial álcool e drogas (CAPS-ad).

O Ministério da Saúde apresentou a Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas, entendendo que uma política de prevenção, tratamento e de educação voltada para o uso de álcool e outras drogas deveria necessariamente ser construída nas interfaces intra-setoriais, entre Ministérios, organizações governamentais e não-governamentais, demais representações e setores da sociedade civil organizada (BRASIL, 2003b). Esta política afirmou o compromisso de enfrentar os problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas, e também foi um marco teórico e político, pois a problemática das drogas é complexa e rompe com as abordagens reducionistas, não direcionando as ações apenas para intervenções psiquiátricas, jurídicas e de saúde pública (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Em 2004 a SENAD iniciou um processo para realinhamento da política vigente. Este processo buscou a ampla participação social e, como resultado, a partir do Fórum Nacional sobre Drogas, o prefixo "anti" da Política Nacional Antidrogas foi substituído pelo termo "sobre drogas" e a política passou a ser denominada "Política Nacional sobre Drogas". Tal alteração foi realizada de acordo com os novos estudos, com o posicionamento do governo e com a nova demanda popular, manifestada ao longo do processo. A Secretaria Nacional Antidrogas também passou a se chamar Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e o Conselho Nacional Antidrogas mudou o nome para Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, através da Lei 11.754, de 23 de julho de 2008 (DUARTE; BRANCO, 2008).

Para o realinhamento da Política Nacional sobre Drogas foram realizados vários eventos para facilitar a participação da população e garantir sua atualização de forma democrática, participativa e produtiva. As deliberações das discussões foram encaminhadas ao Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, onde foram aprovadas em outubro de 2005, por unanimidade. A legislação brasileira sobre drogas foi atualizada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente em 23 de agosto de 2006. O Projeto de Lei (PL) nº 115/02 do Senado tornou-se a lei nº 11.343/06 e substituiu as leis 6.368/76 e 10.409/02, sobre drogas, até então vigentes no país. A nova lei coloca o Brasil em destaque no cenário internacional nos aspectos relativos à prevenção, atenção, reinserção social do usuário e dependente de drogas, bem como ao endurecimento das penas pelo tráfico das drogas ilícitas (DUARTE; BRANCO, 2008).

Esta lei mudou o sistema passado, que partia da premissa proibicionista e que criminalizava o dependente de drogas ilícitas, para um sistema de caráter menos repressivo

contra os usuários. Incluiu também, além de ações de prevenção, o tratamento com caráter terapêutico, projeto terapêutico individual, atenção familiar e reinserção social (BRASIL, 2006a).

Portanto, existem dois sistemas que orientam os tratamentos e abordagens da problemática das drogas, que são as políticas públicas derivadas da área de Segurança Pública e as de Saúde Pública. De um lado, a abordagem está focada na criminalização do comércio, através da legislação que declara a repressão contra a droga e seu consumo. Do outro, as Políticas de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Drogas do Ministério da Saúde abordam as estruturas de tratamento para os usuários de drogas, prevêm ações de prevenção e tratamento dos usuários de drogas (ALARCON, 2008).

Em 2009, a Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009, instiui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010). Este plano busca alcançar, principalmente, crianças, adolescentes e jovens por meio das ações de prevenção, promoção e tratamento dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas. Os investimentos foram distribuídos em três eixos principais: ampliação do acesso, capacitação e ações intersetoriais. Abrangem a criação de novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), aumento dos leitos de saúde mental em Hospitais Gerais e a criação de novos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2009c).

Em 2011, o Ministério da Saúde através da Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS. Assim, amplia e promove no âmbito do SUS o acesso das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Esta portaria garante a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011b).

Quanto ao uso de álcool, em 2010, a Organização Mundial de Saúde (OMS) firmou a “Estratégia Global para Reduzir o Consumo Abusivo de Álcool”, durante a 63ª Assembléia Mundial de Saúde. Este acordo incluiu medidas como o aumento de impostos e regras mais rígidas para a comercialização de bebidas alcoólicas, especialmente para os jovens, mas apesar de não serem ainda obrigatórias, servem para implantação de políticas públicas (SÃO PAULO, 2011). No Brasil, em maio de 2007, destaca-se a elaboração do Decreto n.º 6.117, que dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a

violência e criminalidade. Neste período, o país foi classificado como um dos maiores produtores e consumidores de bebidas alcoólicas do mundo (PIRES; CARRIERI; CARRIERI, 2008).

No mundo, são estimados dois bilhões de usuários de álcool, 1,3 bilhões de fumantes e 185 milhões de usuários de drogas. Foi identificado que 5% dos adultos fizeram uso de alguma droga pelo menos uma vez em 2010, sendo que os consumidores problemáticos representam 0,6% da população adulta mundial (UNODC, 2009; UNDOC, 2012). Destaca-se que a prevalência de transtornos relativos ao consumo de álcool, no mundo, chega a 16% (WHO, 2010a).

Ao comparar as taxas de consumo de álcool, tabaco e outras drogas, foram verificadas taxas de consumo de drogas menores que as de consumo de álcool e tabaco. Isso sugere que medidas de controle internacional contribuíram para manter este consumo em quase todos os países, apesar de continuar aumentando em muitos países em desenvolvimento, como no caso do Brasil, paralelamente às transições socioeconômicas (WHO, 2010a; UNODC, 2012).

Estimativas mundiais indicam que o consumo de tabaco acomete 25% da população acima de 15 anos e é 10 vezes mais prevalente que o consumo de drogas. Já o consumo de álcool nos países em que é legalizado registra uma taxa de prevalência de 42%, isto é, 8 vezes maior que o consumo de drogas (BRASIL, 2009a; WHO, 2010a; UNODC, 2012).

Atualmente o consumo de drogas ilícitas se caracteriza por se concentrar entre os jovens e, em particular, entre os homens. A maconha é a droga mais amplamente produzida e consumida no mundo, sendo que em 2010 o seu consumo ficou entre 2,6% e 5% da população entre 15 e 64 anos. Em termos de prevalência anual mundial, o consumo da maconha é seguido pelo consumo de estimulantes do tipo anfetamínico e metanfetamínico (exceto êxtase), com prevalência entre 0,3% e 1,2%, opióides, com consumo entre 0,6% e 0,8%, o êxtase, com consumo entre 0,2% e 0,6% e a cocaína, com consumo entre 0,3% e 0,4% da população mundial (UNODC, 2012).

No Brasil, com relação ao uso de drogas em 2005, 22,8% da população relatou consumo na vida, 10,3% no ano e 4,5% no mês. Em 2011, a prevalência do uso destas drogas foi respectivamente: maconha (8,8%), solventes (6,1%), benzodiazepínicos (5,6%), orexígenos (4,1%), estimulantes (3,2%), cocaína (2,9%), xarope (codeína) (1,9%), opiáceos (1,3%), alucinógenos (1,1%), esteróides (0,9%), crack (0,7%), barbitúricos (0,7%), anticolinérgicos (0,5%), merla (0,2%) e heroína (0,09%) (CARLINI et al. 2006). As drogas

com maior dependência foram em 2001 e 2005: maconha (1,0% e 1,2%), benzodiazepínicos (1,1% e 0,5%), solventes (0,8% e 0,2%) e estimulantes (0,4% e 0,2%) (BRASIL, 2009a).

Quanto à prevalência de tabagismo, a frequência de brasileiros fumantes, no ano de 2011, foi de 14,8%, sendo maior no sexo masculino (18,1%) do que no sexo feminino (12,0%). Este estudo evidenciou uma significativa redução de fumantes, sendo que houve diminuição anual de 0,6 % na frequência de fumantes do sexo masculino, no período de 2006 a 2011 (BRASIL, 2012).

Houve um aumento na estimativa de dependentes de álcool na população brasileira, como evidenciado nos levantamentos de 2005, onde foi encontrada uma porcentagem de 12,3% de dependência. Em 2001 foi registrado 11,2% de dependentes de álcool. (BRASIL, 2009a).

O I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool aponta que da população com 18 anos ou mais, 3% fazem uso nocivo e 9% são dependentes de bebidas alcoólicas e mostra que 12% têm algum problema com o álcool, indicando um custo social significativo em termos de saúde pública (LARANJEIRA et al., 2007). Já o inquérito telefônico para vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas realizado em 2011, demonstrou que o consumo abusivo de álcool nos últimos 30 dias foi de 17,0%, sendo quase três vezes maior em homens (26,2%) do que em mulheres (9,1%) (BRASIL, 2012).

Em São Paulo, foi realizado inquérito de saúde que constatou que 5,4% da população pesquisada fazia uso abusivo ou tinha dependência de álcool (SÃO PAULO, 2011). Em Ribeirão Preto, estudo realizado com população acima de 30anos evidenciou que a prevalência de alcoolismo foi de 20,18% (FREITAS; MORAES, 2011).

A bebida alcoólica é a principal droga psicoativa utilizada no mundo. O álcool é uma droga psicotrópica por atuar no Sistema Nervoso Central (SNC) e provocar mudanças no comportamento do usuário, podendo levar ao desenvolvimento de dependência, sendo também conhecida como substância psicoativa. O álcool é uma droga depressora do SNC, pois faz com que o cérebro funcione lentamente, reduzindo a atividade motora, a ansiedade, a atenção, a concentração, a capacidade de memorização e a capacidade intelectual. A ingestão do álcool, nos primeiros momentos, provoca efeitos estimulantes como euforia, desinibição, facilidade para falar. Em uma segunda fase causa sintomas depressivos como falta de coordenação motora, descontrole e sono. Nesta última fase, se o consumo for exagerado, pode levar a um estado de coma. Os efeitos do álcool variam de acordo com as características

pessoais (CARLINI et al., 2001; TOWNSEND, 2002; OBID, 2007; KAPLAN; SADOCK, 2007).

O abuso crônico do álcool pode ocasionar distúrbios fisiológicos em múltiplos sistemas, levando a complicações como: neuropatia periférica, miopatia alcoólica, encefalopatia de Wernicke, psicose de Korsakoff, miocardiopatia alcoólica, esofagite, gastrite, pancreatite, hepatite alcoólica, leucopenia, trombocitopenia e disfunção sexual. Além de estudos nacionais e internacionais demonstrarem a ocorrência significativa de mortes e doenças associadas ao uso indevido de álcool, relatos de violência doméstica, lesões corporais, tentativas e homicídios, assim como outras situações de conflitos interpessoais (TOWNSEND, 2002; LARANJEIRA et al., 2007).

O uso de álcool e outras drogas é multifatorial, oriundo da relação de fatores individuais (atributos da personalidade, comportamentos, psicopatologias e fatores genéticos); fatores sociais (atitudes da sociedade frente ao uso de drogas, atuação da mídia, disponibilidade de drogas, quadro cultural, fatores religiosos, dentre outros) e fatores ambientais (grupo de pares, modelo dos pais, experiências prévias, relação e dinâmica familiar). Quanto mais exposto a estes fatores, maior a vulnerabilidade do indivíduo (WHO, 2004a; CLEVELAND et al., 2008).

Portanto, fatores de riscos são características pessoais, familiares ou sociais que tornam o indivíduo mais susceptível a ter comportamentos de risco. Já os fatores de proteção são aqueles que reduzem a vulnerabilidade dos indivíduos a se exporem a circunstâncias arriscadas. Entre os fatores de risco e protetores estão o uso de álcool e outras drogas (WHO, 1989).

Segundo Malbergier et al. (2011), existem vários padrões de uso e consumo de álcool e outras drogas, sendo que o modelo mais adequado para compreender o processo do consumo destas substâncias relaciona a frequência e a intensidade do uso com os prejuízos dele decorrentes. Assim, apesar do uso de nenhuma substância ser considerado completamente seguro, os riscos e danos aumentam com o aumento do consumo. O padrão de consumo de álcool pode ser classificado como:

- Experimental: uso inicial, infrequente e esporádico;
- Recreativo: uso em geral em situações sociais ou de relaxamento, sem consequências negativas;
- Abuso/uso nocivo: consumo regular, não compulsivo, que traz algum prejuízo para o usuário, como problemas legais, físicos ou mentais;

- Dependência: uso continuado, caracterizado por tolerância, sintomas de abstinência e compulsão, entre outros (SÃO PAULO, 2011).

Outro dado importante é conhecer a frequência e a quantidade de consumo. No Brasil, uma pesquisa classificou os padrões de consumo de álcool utilizando uma versão modificada do índice de Quantidade-Frequência (QF) de Cahalan, Cisin e Crossley (1969). Os sujeitos foram classificados de acordo com as categorias:

- Bebedor frequente pesado: bebe 1 vez ou mais por semana e consome 5 ou mais doses por ocasião, 1 vez na semana ou mais.
- Bebedor frequente: bebe 1 vez por semana ou mais e pode ou não consumir 5 ou mais doses por ocasião, pelo menos 1 vez por semana, porém mais de 1 vez por ano.
- Bebedor menos frequente : bebe de 1 a 3 vezes por mês e pode ou não beber 5 doses ou mais ao menos 1 vez por ano.
- Bebedor não frequente: bebe menos de 1 vez por mês, mas ao menos 1 vez por ano e não bebe 5 ou mais doses em uma ocasião.
- Abstêmio: bebe menos de 1 vez por ano ou nunca bebeu na vida.

Foi evidenciado: 48% de abstinência, 9% de bebedor frequente pesado, 15% de bebedor frequente, 15% de bebedor menos frequente e 14% de bebedor não frequente. (LARANJEIRA et al., 2007).

Atualmente, os problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas estão classificados como transtornos psiquiátricos relacionados a substâncias, em dois sistemas diagnósticos. O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM- IV) abrange apenas os transtornos mentais e tem sido mais utilizado em ambientes de pesquisa porque possui itens mais detalhados, em forma de tópicos. Foi elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) e está na quarta revisão. A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) é o critério adotado no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ela abrange todas as doenças, foi elaborada pela Organização Mundial de Saúde e está na sua décima revisão (WHO, 1993; APA, 1995; GALDURÓZ, 2008). Entre os transtornos relacionados ao uso de substâncias no DSM- IV existe a classificação “abuso” e na CID-10 é utilizado o termo “uso nocivo”, além da classificação de dependência.

O DSM-IV diagnostica o abuso pela ocorrência de um ou mais dos seguintes critérios no período de 12 meses:

I- Uso recorrente resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa;

- II- Uso recorrente em situações nas quais isso representa perigo físico;
- III- Problemas legais recorrentes relacionados à substância;
- IV- Uso continuado, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (APA, 1995).

O diagnóstico de uso nocivo na CID-10 avalia os seguintes critérios:

- I- Evidência clara de que o uso foi responsável (ou contribuiu consideravelmente) por dano físico ou psicológico, incluindo capacidade de julgamento comprometida ou disfunção de comportamento;
- II- A natureza do dano é claramente identificável;
- III- O padrão de uso tem persistido por pelo menos um mês ou tem ocorrido repetidamente dentro de um período de 12 meses;
- IV- Não satisfaz critérios para qualquer outro transtorno relacionado à mesma substância no mesmo período (exceto intoxicação aguda) (WHO, 1993).

O diagnóstico da dependência é importante por permitir estabelecer o conhecimento científico e ser a explicação contemporânea mais aceitável para a existência da doença. Assim, é possível comunicar-se da forma mais exata e coerente possível como o usuário, prever a evolução da enfermidade, medir e comparar os resultados dos diversos recursos terapêuticos, fundamentar a indicação e avaliação da terapêutica reabilitadora (OBID, 2007). O Quadro 1 mostra as definições de dependência de acordo com a CID-10 e o DSM-IV.

Quadro 1 - Critérios para dependência de substâncias de acordo com a CID-10 e o DSM-IV.

<p>Critérios da CID-10 para DEPENDÊNCIA de substâncias:</p> <p>Um diagnóstico definitivo de dependência só pode ser feito se 3 ou mais dos seguintes critérios tiverem sido detalhados ou exibidos em algum momento do último ano.</p> <p>(a) forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;</p> <p>(b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância, em termos de início, término e níveis de consumo;</p> <p>(c) estado de abstinência fisiológico, quando o uso da substância cessou ou foi reduzida, como evidenciado por síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;</p> <p>(d) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente</p>	<p>Critérios do DSM-IV para DEPENDÊNCIA de substâncias:</p> <p>Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, que leva a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por 3 ou mais dos seguintes critérios, e ocorre a qualquer momento num período de 12 meses.</p> <p>(1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:</p> <p>(a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado;</p> <p>(b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância;</p> <p>(2) síndrome de abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:</p> <p>(a) síndrome de abstinência característica para a substância;</p> <p>(b) a mesma substância (ou uma substância</p>
---	--

<p>produzidos por doses mais baixas;</p> <p>(e) abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos, em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou ingerir a substância ou para se recuperar de seus efeitos;</p> <p>(f) persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas, tais como: danos ao fígado, por consumo excessivo de bebidas alcoólicas; estados de humor depressivos, conseqüentes a períodos de consumo excessivo da substância; ou comprometimento do funcionamento cognitivo, relacionado à droga. Nesse caso, deve-se fazer esforço para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano.</p>	<p>estritamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência;</p> <p>(3) existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;</p> <p>(4) a substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;</p> <p>(5) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância;</p> <p>(6) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos;</p> <p>(7) o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, que tende a ser causado ou exacerbado por ela (por exemplo, o consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo do álcool).</p>
---	---

Fonte: (WHO, 1993; APA, 1995; GALDURÓZ, 2008)

De acordo com Babor (2001), um importante conceito para rastrear problemas relacionados ao uso de álcool não incluído na CID – 10 é o consumo de risco. O consumo de risco consiste em um padrão de consumo que traz associado um risco de conseqüências nocivas para o indivíduo. As conseqüências podem ser danosas para a saúde física ou mental do usuário, para terceiros e para a sociedade. Ao avaliar a amplitude desse risco, além do padrão de consumo, devem ser considerados fatores como a história clínica familiar.

Atualmente, um dos instrumentos mais utilizados para identificação do padrão de uso de álcool é o *Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT* (Teste de Identificação de Perturbações Relacionadas com o Consumo de Álcool). E para a identificação do padrão de uso de drogas, é utilizado o *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test - ASSIST* (Teste de Triagem para Álcool, Tabaco e Substâncias). O AUDIT e o ASSIST junto com a Intervenção Breve (IB) são considerados um eficiente método para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças nas comunidades. As IBs são práticas que têm o objetivo de identificar algum problema real ou potencial relacionado com o álcool e outras drogas, motivando o indivíduo a ter atitudes que visem à resolução do problema. A realização da IB após o rastreio, fornecendo informações sobre os riscos do consumo de álcool e outras drogas, produz impacto positivo nas atitudes e nas normas que influenciam o consumo de risco e

nocivo (FIGLIE et al., 1997; MENDÉZ, 1999; BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001; WHO, 2010b).

Tanto o AUDIT quanto o ASSIST foram desenvolvidos para serem utilizados pelos profissionais de saúde no âmbito da APS, na abordagem do uso de álcool e outras drogas. São recomendados pela Organização Mundial da Saúde, com possibilidade de utilização também em outros serviços que compõem a rede de atenção à saúde (FIGLIE et al., 1997; MENDÉZ, 1999; BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001; WHO, 2010).

Os usuários atendidos na APS que fazem uso de álcool em níveis de risco, nem sempre se enquadram nos critérios diagnósticos para dependência. Estudos mostram que a maioria dos problemas ocasionados pelo uso do álcool são causados por pacientes que não são dependentes, mas que têm comportamento de risco. Por esta razão, torna-se importante detectar não somente a dependência, mas também o uso de risco de álcool e outras drogas no âmbito da APS (WHO, 2001; BABOR, 2001).

2.2 - A Atenção Primária à Saúde, a Estratégia de Saúde da Família e a problemática do uso e abuso de álcool e outras drogas

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, os termos Atenção Básica à Saúde (ABS) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, são considerados como termos equivalentes. Partindo desta relação, vamos utilizar a terminologia APS. A Portaria 2488 de 2011 define a APS como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações [...] (BRASIL, 2011a, p.3)

A APS tem papel fundamental e efetivo na organização dos sistemas de saúde, reduzindo custos, humanizando a atenção e levando o serviço para mais perto do cidadão. É o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, sendo capaz de solucionar os problemas de saúde mais comuns da comunidade. A APS deve ser acessível, garantindo a continuidade do cuidado, mantendo o vínculo com o serviço. Mesmo que o paciente seja encaminhado para outros níveis de atenção secundário ou terciário, o serviço de APS continua co-responsável, prestando um atendimento integral. Desta forma, coordena a atenção à saúde dentro do sistema e oferece serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar (STARFIELD, 2002).

No Brasil, em 1994, foi criada a Saúde da Família:

O programa de Saúde da Família é um modelo de assistência à saúde que irá desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária (BRASIL, 1994, p.6).

Com a Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, o Programa de Saúde da Família se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização do modelo assistencial e de reorientação das práticas profissionais no nível da APS no Brasil. Deste modo, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como desafio ampliar suas fronteiras de atuação visando a uma maior resolubilidade dos problemas de saúde (BRASIL, 2006b).

Para o acompanhamento das ações e resultado das atividades realizadas pelas equipes de ESF, existe o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que é um instrumento que disponibiliza relatórios que permitem conhecer a realidade sócio-sanitária e a situação de saúde da população cadastrada na área de atuação da ESF. Assim, permite avaliar a qualidade da assistência e a adequação dos serviços de saúde oferecidos (BRASIL, 2003c).

O SIAB é utilizado para agregar e processar as informações da população cadastrada na ESF e utiliza fichas de cadastramento e de acompanhamento (de gestantes, hipertensos, diabéticos, pacientes com tuberculose, pacientes com hanseníase, crianças) e registros de atividades, procedimentos e notificações, para, a partir delas, gerar os relatórios de consolidação dos dados (BRASIL, 2003c).

Para o cadastramento das famílias, é utilizada a Ficha – A, que é preenchida nas primeiras visitas domiciliares pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), sendo que as

informações devem ser atualizadas sempre que houver alteração. Esta ficha contém a identificação da família, o cadastro de todos seus membros, a situação de moradia, os dados sobre doenças e condições de saúde referida, além de outras informações. Quanto às doenças ou condições referidas, são listadas as seguintes: alcoolismo, doença de chagas, deficiência, diabetes, epilepsia, hanseníase, hipertensão arterial, malária, tuberculose, gestação e outras que devem ser citadas pelos membros cadastrados (BRASIL, 2003c).

Com o intuito de aumentar a resolubilidade das ações na APS, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM 154 de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008. Os NASF reforçam o processo de territorialização e regionalização da saúde, e são constituídos por profissionais de diferentes áreas do conhecimento que trabalham em parceria com os profissionais da ESF, compartilhando as práticas em saúde e apoiando os mesmos (BRASIL, 2008b).

Dentre as ações de apoio prestadas pelos profissionais do NASF à ESF estão as ações em Saúde Mental, dentre as quais, consequentemente, estão inseridas as ações que englobam o uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2008b). A abordagem desta problemática neste nível de atenção, sob a ótica de política de saúde pública, tem sua eficácia comprovada e atua sobre as causas do problema e não somente sobre os efeitos, sendo também menos onerosa para os cofres públicos (BRASIL, 2004b).

Dessa maneira, a referência ao serviço especializado em saúde mental se dará somente nos casos excepcionalmente incomuns que extrapolarem as competências da ESF, sendo responsabilidade da APS a coordenação do cuidado daqueles que utilizarem serviços em outros níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

De acordo com Babor e Higgins-Biddle (2001), os profissionais da APS estão numa posição única para diagnosticar e intervir junto dos usuários cujo consumo de álcool se revele perigoso ou nocivo para saúde. Também podem desempenhar um papel fundamental na motivação e no gerenciamento do tratamento da dependência. Os usuários confiam na competência dos profissionais de saúde e esperam que estes se interessem pelos efeitos do álcool na sua saúde.

A ESF, por ser um serviço da APS, segundo Gonçalves (2002), tem potencial capaz de identificar as situações de risco que englobam o contexto em que o indivíduo está inserido. É capaz de realizar cuidados relacionados ao abuso e dependência de drogas e deve priorizar medidas de prevenção, utilizando a promoção da saúde. Moutinho (2006), também destaca o contexto social envolvido dos indivíduos e suas famílias na abordagem da equipe de ESF.

Porém, o estudo de Barros e Pillon (2007), mostrou que na ESF poucas atividades abordam os problemas relacionados ao uso de droga, embora haja inúmeras possibilidades para o desenvolvimento de conhecimentos e intervenções junto aos usuários de drogas. Apesar das limitações que dificultam a atuação dos profissionais, como a carência de investimentos na capacitação e valorização da equipe, estas podem ser superadas.

Uma experiência de educação em saúde, em um serviço de ESF, em uma cidade no interior do Mato Grosso do Sul – MS, direcionada a pessoas com dependência alcoólica e seus familiares, verificou redução do consumo de álcool e abstinência alcoólica por algum período, bem como comportamento de busca pela saúde, confirmando que ações no âmbito da ESF podem ser eficazes e coerentes com a implantação do novo paradigma de assistência à saúde (MACIEL; PILLON, 2010).

Neste contexto, é importante destacar a família, pois além de ser afetada pelo uso de drogas, ela pode facilitar e perpetuar os problemas decorrentes do seu consumo (LINS; SCARPARO, 2010). O alcoolismo também é um problema para as famílias, que demonstram pouco conhecimento sobre o tema. Entre os maiores problemas encontrados está a violência sofrida pelos familiares, sendo que suas relações são conturbadas e a maioria das famílias se isola e evita falar do alcoolismo com os outros (FILIZOLA et al., 2006). Portanto, além de assistir o usuário de álcool e outras drogas, a ESF e o NASF devem englobar suas ações também para o atendimento familiar.

Ao envolver a família na atenção ao uso de álcool e outras drogas, deve-se considerar que ela pode ser fator protetor. Mas, se o ambiente familiar for desfavorável, pode predispor o uso abusivo de álcool e outras drogas de seus membros, sendo um fator de risco (SZAPOCZNIK; PEREZ, 1996; OLIVEIRA, 2001).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) enfatizam a tríade da articulação entre a atenção primária, a saúde mental e a atenção aos usuários de álcool e outras drogas como proposta de modificações da prática assistencial a esta questão (BARROS; PILLON, 2006). Embasado no direcionamento do MS, a Atenção em Saúde Mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados incluindo, além da APS, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de referência para tratamento de pessoas com transtornos mentais, que necessitem de cuidado intensivo. Na lógica da Reforma Psiquiátrica, substituem a internação hospitalar, oferecendo, além de tratamento clínico,

práticas de reinserção social. Os CAPSs são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de Atenção em Saúde Mental (BRASIL, 2004c).

Os Centros de Atenção Psicossocial Alcool e Drogas (CAPSad) são direcionados para atenção aos transtornos decorrentes do uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas. Também são serviços extra-hospitalares, territorializados, de base comunitária, com atendimento diário e dispõem de equipe multiprofissional – psicólogo, psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional, clínico geral, enfermeiro, entre outros (BRASIL, 2003a, BRASIL, 2004c).

O CAPSad deve ser o dispositivo privilegiado para atendimento especializado nos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, porém deve estar articulado com equipes de ESF, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programas de Redução de Danos e Rede Básica de Saúde. Também, deve ser apoiado por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (internação domiciliar, inserção comunitária de serviços, etc.) (BRASIL, 2003a, BRASIL, 2004c).

Atualmente, é um desafio para os municípios articular o acompanhamento das equipes do CAPS-ad com a ESF. Na prática, os serviços desenvolvem atividades sem continuidade da assistência, isoladas e que fragmentam o paciente. Espera-se que seja considerada a integralidade do cuidado dentro da lógica de rede de assistência, sendo a articulação da saúde mental com a APS uma prioridade.

3- JUSTIFICATIVA

3- JUSTIFICATIVA

Nas unidades de ESF o termo “alcoolismo” consta na Ficha A (Ficha da Família) para cadastro no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), não havendo, porém espaço para notificação do uso de outras drogas, exceto o tabagismo. Segundo Souza (2005), a utilização da terminologia “alcoolismo” apresentada na ficha A é questionável, pois esta categoria não faz parte da nomenclatura de doenças utilizada no Brasil, o que, portanto, dificulta a compreensão do padrão de uso de álcool que está sendo registrado.

Além disso, não há uma padronização quanto à forma de identificação e registro do “alcoolismo”, não havendo uma definição clara de quais instrumentos têm sido utilizados para tal constatação pelos profissionais destes serviços.

Em um estudo que investigou os dados do SIAB, sobre a relação entre a expansão da cobertura das equipes de ESF na população entre 1998 e 2004 e a identificação de pessoas com "alcoolismo", observou-se uma expansão da cobertura, constatada pelo aumento do número de pessoas cadastradas. Quanto ao alcoolismo, verificou-se um declínio progressivo no percentual da população cadastrada nas equipes de ESF com "alcoolismo", passando de 1,4% em 1998 para 0,82% em 2004, enquanto a prevalência de álcool encontrada na população do país era de 11,2% (SOUZA, 2005; CARLINI et al., 2002; MARQUES; FURTADO, 2004). Porém, esta redução não estaria associada, necessariamente, à atuação das equipes de ESF junto à população, pois apesar de essenciais, os atendimentos ou tratamentos relacionados ao uso de álcool e outras drogas não foram efetivamente implantadas no âmbito da ESF (MARQUES; FURTADO, 2004).

O município de Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, Brasil, possui população estimada em 612.339 habitantes e, de acordo com dados do DATASUS (2012), apenas 0,31% da população assistida nas unidades de Saúde da Família é cadastrada com alcoolismo, o que difere dos dados colhidos em relação à população brasileira em geral, onde 12,3% da população pesquisada entre 12 e 65 anos preenchem critérios para cadastramento como dependentes de álcool (CARLINI et al., 2006).

O que se observa, nestes estudos, é uma grande discrepância entre os dados nacionais e os dados registrados pelas unidades de saúde com relação ao alcoolismo. Isto pode decorrer da falta de padronização quanto à identificação do uso de álcool, cabendo destacar a carência de dados sobre o uso de outras drogas na população, ou, ainda, a problemas com relação à

transmissão desta informação. Este fato torna-se ainda mais preocupante se considerarmos que a ESF é um recurso estratégico para a identificação, monitoramento, tratamento e enfrentamento dos agravos decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas, como preconizado pelo Ministério da Saúde, privilegiando as ações no âmbito da APS.

Dependendo do padrão de consumo de álcool e outras drogas, podem acontecer danos irreparáveis aos indivíduos e suas famílias, tratando-se, portanto, de um grave problema de saúde pública.

Considerando os apontamentos descritos e a experiência profissional da pesquisadora nesta modalidade de assistência, suscitaram-se os seguintes questionamentos com relação aos indivíduos identificados com alcoolismo pelos profissionais da ESF, incluindo seus familiares:

- Os usuários identificados com alcoolismo na unidade de ESF têm, atualmente, padrão de consumo condizente com a dependência de álcool?
- Qual o padrão de consumo de álcool dos familiares de usuários identificados com alcoolismo?
- Os usuários identificados com alcoolismo e seus familiares seriam também usuários de outras drogas? Quais seriam?
- Quais problemas de saúde acometem estes usuários identificados com alcoolismo e seus familiares?
- Quais atendimentos ou tratamentos relacionados ao uso de álcool e outras drogas são relatados por estes usuários e seus familiares?

Tais questionamentos, por sua vez, fundamentaram a formulação das seguintes hipóteses que norteiam este estudo:

- Os usuários identificados com alcoolismo na unidade de ESF têm consumo de álcool condizente com escore de dependência de álcool.
- Pode haver na família destes usuários, identificados com alcoolismo, outros familiares com consumo ou escore de dependência de álcool.
- Os usuários identificados com alcoolismo na unidade de Saúde da Família e seus familiares podem estar fazendo uso de outras drogas.
- Estes usuários e suas famílias podem não estar recebendo atendimentos ou tratamentos relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

4- OBJETIVOS

4- OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Investigar o padrão de uso de álcool e outras drogas e tratamentos recebidos entre os usuários identificados com alcoolismo em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família e seus familiares.

Objetivos Específicos:

- verificar o atual padrão de uso de álcool e/ou outras drogas entre usuários identificados com alcoolismo de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família;
- verificar o atual padrão de uso de álcool e/ou outras drogas entre os familiares de usuários identificados com alcoolismo de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família;
- determinar os escores de envolvimento específico para cada substância (álcool e/ou outras drogas);
- descrever os problemas e tratamentos de saúde relatados pelos usuários identificados com alcoolismo de uma unidade de Saúde da Família, e seus familiares;
- descrever os atendimentos e/ou tratamentos relacionados ao uso de álcool e outras drogas relatados pelos usuários de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família, identificados com alcoolismo, e seus familiares;
- descrever o perfil sócio-demográfico dos usuários de uma unidade de Saúde da Família, identificados com alcoolismo, e seus familiares.

5- MÉTODOS

5 - MÉTODOS

5.1 - Delineamento do estudo

Optou-se por um estudo transversal, exploratório, com abordagem quantitativa.

5.2 - Local do estudo

O estudo foi realizado em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família, localizada na região oeste da cidade de Ribeirão Preto – SP. Esta unidade foi escolhida porque está dentro da área dos serviços de saúde conveniados com a Universidade do Estado de São Paulo (USP). No município estudado as unidades de Saúde da Família são chamadas de Núcleos de Saúde da Família (NSF).

5.3 - População e amostra

A população do município de Ribeirão Preto – SP é composta por 612.339 habitantes. Destes, 33% são assistidos por Núcleos de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Unidades Básicas de Saúde e outros dispositivos de Atenção Primária à Saúde. Na região oeste estão localizados cinco NSF's que são conveniados com a USP campus Ribeirão Preto, tendo cadastrada nas unidades de Saúde da Família uma população de aproximadamente 4000 famílias. O NSF onde foi realizada a pesquisa tinha aproximadamente 2.100 pessoas cadastradas, divididas em cinco microáreas.

A amostra foi de conveniência, sendo selecionada através da identificação feita pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) de usuários com alcoolismo e seus familiares.

5.4 - Critérios de Inclusão

Para atender os objetivos da pesquisa, foram incluídas famílias cadastradas na área de abrangência do NSF, com pelo menos um membro familiar identificado com provável alcoolismo pelos ACSs e sujeitos com idade acima de 18 anos.

5.5 - Critérios de exclusão

Foram excluídas as famílias que não tiveram participação de pelo menos um usuário identificado com alcoolismo e um familiar e sujeitos sem capacidade cognitiva (referida por familiares).

5.6 - Coleta de Dados

A coleta de dados aconteceu entre agosto e dezembro de 2012. Primeiramente, foi elaborada uma lista com os usuários identificados com alcoolismo pelos ACSs das 5 microáreas da área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família. Em seguida, o prontuário familiar foi consultado para levantamento dos familiares que residiam com o usuário identificado com alcoolismo. Posteriormente foram realizadas visitas domiciliares para contato e aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

De acordo com a disponibilidade dos participantes, foram coletadas as informações, utilizando os seguintes instrumentos:

- Questionário Sociodemográfico e Clínico (Apêndice A);
- *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (Anexo A);
- *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) (Anexo B).

5.7- Instrumentos

5.7.1- Questionário Sociodemográfico e Clínico

Este instrumento foi desenvolvido para avaliação das características sociodemográficas e clínicas (Apêndice A) nesta pesquisa. Contém 9 questões para descrição das características sociodemográficas e 4 questões para o levantamento de informações clínicas (problemas e tratamentos de saúde e atendimentos e/ou tratamentos relacionados ao uso de álcool e outras drogas). Foram investigadas as seguintes variáveis sociodemográficas:

- Sexo: feminino ou masculino.
- Idade: em anos completos.
- Cor da pele: branca, negra, parda, amarela, indígena ou registro de outra cor.
- Religião: evangélica, crente, cristão e congregação cristã do Brasil, católica, protestante, espírita, testemunha de Jeová, batista, sem religião ou registro de outra religião.
- Estado Civil: com companheiro (casado, amasiado) e sem companheiro (solteiro, divorciado, separado e viúvo).
- Grau de escolaridade: fundamental completo, fundamental incompleto, médio completo, médio incompleto, superior completo, superior incompleto ou nenhum.
- Profissão: serviços domésticos e assemelhados, serviços no comércio e assemelhados, serviços na construção civil e assemelhados, serviços de saúde e assemelhados, aposentado e outros.
- Situação Laboral: autônomo ou empregado (formalmente ou informalmente), desempregado, afastado temporariamente pelo INSS, cuidando do lar, aposentado (idade ou invalidez) ou estudante.
- Renda *per capita* familiar: até R\$250,00, de R\$251,00 a R\$677,00, de 1 salário mínimo (R\$678,00) a R\$1355,00 e mais de dois salários mínimos (R\$1356,00 ou mais).

Quanto às questões clínicas, ou seja, os problemas e tratamentos de saúde, e atendimentos e/ou tratamentos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, os participantes responderam às seguintes perguntas, assinalando sim ou não:

- Você tem algum problema de saúde?
- Você faz algum tratamento de saúde?

- No último ano você recebeu algum atendimento ou tratamento relacionado ao uso de álcool e/ou outras drogas?

- E na vida, você recebeu algum atendimento ou tratamento relacionado ao uso de álcool e/ou outras drogas?

No caso de resposta positiva, de acordo com a pergunta, foram indicados quais problemas de saúde, tratamentos de saúde, atendimento ou tratamentos relacionados ao uso de álcool e/ou outras drogas no último ano ou na vida.

5.7.2 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

O AUDIT foi utilizado para identificação do padrão de consumo de bebida alcoólica. Este questionário foi criado em 1989 por Babor e Grant, sendo que em 1992 e 2001 foi atualizado por Babor e colaboradores e publicado pela OMS. Este instrumento é um questionário breve, fácil de utilizar e flexível. Foi validado em vários países e está disponível em diversas línguas (BABOR, 2001). No Brasil, o Teste de Identificação de Perturbações Relacionadas com o Consumo de Álcool (AUDIT) foi traduzido por Figlie et al. (1997) e foi validado em um estudo com usuários de serviços de APS por Mendéz (1999).

O AUDIT apresenta bons níveis de sensibilidade e especificidade para detecção do uso nocivo em indivíduos que já sofreram problemas relacionados com o álcool, incluindo a dependência. Também é uma forma simples de identificar indivíduos cujo consumo de bebidas alcoólicas possa apresentar algum risco para a sua saúde. Porém, o AUDIT não é um instrumento de diagnóstico e, portanto, não se deve concluir que a dependência do álcool foi diagnosticada (BABOR, 2001).

Compreende dez questões que avaliam: a quantidade e a frequência do consumo regular e ocasional de álcool, a ocorrência de possíveis sintomas de dependência, e problemas recentes e passados associados ao consumo do álcool. É interessante destacar que o AUDIT muda o foco da dependência e amplia a abordagem para a detecção do uso de risco e nocivo, sendo capaz de identificá-los precocemente, possibilitando ações preventivas (BABOR, 2001).

Os resultados do AUDIT possibilitam uma intervenção adequada, baseada nos quatro níveis de risco, classificados de acordo com a pontuação obtida no questionário. O rastreio de problemas relacionados com o uso de álcool, na prática dos profissionais de saúde, pode ser

utilizado com a Intervenção Breve (IB) (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001). Assim, com a classificação dos níveis de risco e IB, os profissionais de saúde podem adotar esta estratégia para basear suas tomadas de decisões clínicas, desenvolvendo ações de intervenção e preventivas.

Os padrões de uso de álcool indicativos no AUDIT são: consumo de baixo risco, consumo de risco, consumo de alto risco ou nocivo e dependência do álcool. O consumo de baixo risco é considerado para pontuações do AUDIT entre 0 e 7. Este padrão de consumo aplica-se à maioria dos pacientes de quase todos os países. O consumo de risco é provavelmente encontrado entre uma proporção significativa de pacientes em muitos países, sendo evidenciado entre as pontuações 8 e 15.

As pontuações entre 16 e 19 geralmente sugerem o consumo de alto risco ou nocivo, que aponta um padrão de consumo de álcool que pode estar causando algum dano ao usuário, como também pode conter sintomas de dependência. A provável dependência é sugerida para pontuações do AUDIT acima de 20. Estes pacientes devem ser referenciados para uma avaliação diagnóstica e possível tratamento para dependência de álcool.

5.7.3 - Questionário Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

O Teste de Triagem para Álcool, Tabaco e Substâncias (ASSIST) foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores da OMS, em resposta aos problemas de saúde pública associados com o uso de substâncias psicoativas. Foi baseado em trabalhos prévios que aprimoraram a triagem do uso de álcool e Intervenções Breves do AUDIT, havendo um estímulo para ampliar a triagem para o abuso de outras drogas. Então, os métodos utilizados no AUDIT serviram para embasar a construção do ASSIST (WHO, 2010b).

É indicado para utilização em ambientes de Atenção Primária à Saúde, onde o uso de substâncias psicoativas pode ser prejudicial entre os usuários e passar despercebido pelos profissionais. A neutralidade cultural permite utilizar o ASSIST em uma variedade de culturas. Porém, atualmente, o ASSIST é validado para uso em entrevista. Pesquisas futuras são necessárias para avaliar se a auto-aplicação é possível (WHO, 2010b).

Este instrumento, no período entre 2002 e 2007, passou por estágio de comprovação da sua eficácia em vários países, incluindo o Brasil. Estudos realizados em capitais como São

Paulo e Curitiba envolveram pesquisadores em serviços de Atenção Primária à Saúde que comprovaram sua eficácia (HUMENIUK et al., 2008). Segundo Henrique et al. (2004), as propriedades psicométricas da versão brasileira do ASSIST se mostraram satisfatórias, o que recomenda a sua aplicação em pacientes de serviços em outros níveis de atenção, além da APS.

O ASSIST fornece uma medida de uso e problemas dos últimos três meses, para cada substância investigada e alerta para os riscos de futuros problemas relacionados ao uso de drogas. Foi desenvolvido para identificar pessoas com risco baixo, risco moderado e alto risco de desenvolver problemas relacionados ao abuso de drogas, através de oito perguntas que abordam: a frequência de uso, na vida e nos últimos três meses; problemas relacionados ao uso; preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário; prejuízo na execução de tarefas esperadas; tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso; sentimento de compulsão; uso de droga por via injetável. O teste leva cerca de 5 a 10 minutos, sendo necessário somente papel e lápis (HUMENIUK et al., 2008; WHO, 2010b).

Para cada questão é verificado o uso de nove classes de substâncias psicoativas (álcool, tabaco, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos, e opiáceos). Podem ser calculados escores de envolvimento com substâncias específicas e de envolvimento total com substâncias. O escore mais útil para a triagem e para a clínica é o escore de envolvimento com substâncias específicas para cada classe de droga usada. Cada paciente pode ter até 10 escores de envolvimento com substâncias específicas, dependendo de quantos diferentes tipos de drogas ele usou (WHO, 2010b). Nesta pesquisa foi utilizado somente o escore de envolvimento com substâncias específicas do ASSIST.

O ASSIST pode ser associado a uma Intervenção Breve para ajudar usuários de risco a diminuir ou cessar o uso de droga e, então, evitar os danos consequentes deste uso. Existem fortes evidências da efetividade da triagem e intervenção precoce na redução do uso excessivo do álcool. As evidências da efetividade da intervenção breve para o uso de outras substâncias também estão cada vez maiores (HUMENIUK; POZNYAK, 2004; WHO, 2010b).

5.8 – Procedimentos

Foi selecionada uma amostra de conveniência, de acordo com os dados fornecidos pelos Agentes Comunitários de Saúde. Depois de identificar os usuários com alcoolismo e

seus familiares, foram realizadas visitas domiciliares, em horário comercial e fora do horário comercial, com o intuito de fazer o primeiro contato e coletar os dados. Todos os participantes do estudo tiveram a mesma abordagem, foram orientados sobre o projeto de pesquisa e solicitados a autorizar o trabalho com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Após o consentimento e de acordo com a disponibilidade dos participantes, em local reservado, foram aplicados os instrumentos de coleta de dados (Questionário Sociodemográfico e Clínico, AUDIT e ASSIST), com uma duração média de 20 minutos.

Em seguida, foi avaliado o tipo de intervenção indicada conforme os escores de envolvimento específico para cada substância. Assim, os usuários identificados com alcoolismo e seus familiares foram informados sobre o seu escore de envolvimento com álcool e outras drogas e, quando necessário, foi realizada a intervenção breve, seguindo as orientações do manual da OMS. Conforme a necessidade e com a autorização do participante, os casos que estavam sob consumo de risco e dependência ou tinham alguma necessidade de abordagem mais ampla foram comunicados à equipe do NSF. Os participantes também foram orientados sobre a disponibilidade de atendimento relacionado ao consumo de álcool e outras drogas no NSF, nos serviços da rede de saúde municipal (CAPSad) e de apoio no Grupo de Alcoólicos Anônimos.

Tal procedimento se ateve a postura ética e profissional frente à identificação de casos com potencial risco à saúde dos sujeitos da pesquisa. Esta intervenção não foi objeto de pesquisa neste estudo.

5.9 - Questões Éticas

Atendendo à Resolução 196/96, a pesquisa foi autorizada pelo Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, responsável pelos Núcleos de Saúde da Família. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP sob Parecer nº115.634.

Os usuários identificados com alcoolismo e seus familiares tiveram liberdade de recusar ou retirar o seu consentimento, em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo ou constrangimento. Foram esclarecidos sobre o projeto de pesquisa e somente

participaram do estudo os sujeitos que concordaram e assinaram o TCLE (Apêndice B). O TCLE contém informações sobre o objetivo, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa. A participação na pesquisa foi absolutamente voluntária e o participante recebeu uma via assinada pelos pesquisadores do TCLE. A ele foi garantido o direito de receber esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa e assegurado o direito de sigilo das informações e preservação da sua identificação.

A participação no estudo teve como provável benefício direto para o participante o favorecimento da reflexão pessoal sobre o uso de álcool e outras drogas, e a identificação de situações de risco para problemas relacionados a este uso. Indiretamente, estava contribuindo para ampliação do conhecimento científico sobre o tema. Os possíveis riscos de participar do estudo eram de se sensibilizar, se emocionar e ter lembranças ou desconforto após a abordagem do tema do estudo. A pesquisadora acolheu a demanda dos participantes nestas situações.

5.10 - Análise dos Resultados

Os resultados obtidos foram organizados em uma planilha no programa de dados Excel, em dupla digitação e, posteriormente, analisados no programa estatístico *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS). Foi realizada a análise estatística descritiva dos dados, com análise de frequência, porcentagem e médias.

6- RESULTADOS

6- RESULTADOS

De acordo com a listagem elaborada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), dos usuários cadastrados na unidade de ESF 1,5% foram identificados com alcoolismo, sendo identificados 31 usuários e 44 familiares, distribuídos em 28 famílias.

Dos usuários identificados com alcoolismo, 48,4% (n=15) não participaram do estudo. Os motivos foram os seguintes: 4 deles recusaram-se a participar; os familiares de 2 deles desaconselharam sua participação, temendo problemas; 2 trabalhavam e não tinham horário disponível para participarem da pesquisa; 1, no período da coleta de dados, estava internado em clínica de reabilitação para usuários de álcool e outras drogas; 1 tinha se mudado recentemente; 2 não foram encontrados; outros 3 residiam sozinhos e, então, não foram incluídos na análise do estudo devido à impossibilidade de seus familiares participarem da pesquisa.

Dos familiares, 61,4% (n=27) não participaram do estudo. Os motivos foram os seguintes: 10 trabalhavam e não tinham horário disponível para participarem da pesquisa; 2 não tinham crítica para responder, por apresentarem doença neurológica em grau avançado; 2 familiares de uma mesma família não foram encontrados; 1 se recusou; em 8 famílias os usuários identificados com alcoolismo não participaram do estudo pelos motivos apresentados acima e, deste modo, a coleta de dados de 12 familiares não foi considerada para este estudo.

Atenderam aos critérios de inclusão 14 famílias, constituídas por 16 usuários identificados com alcoolismo e 17 familiares, totalizando 33 sujeitos. As famílias tinham entre 2 e 6 pessoas, representando uma média de 3 pessoas por família.

Os resultados deste estudo estão expostos em três itens. O primeiro item se refere à caracterização dos usuários identificados com alcoolismo e seus familiares, relacionados aos aspectos sociodemográficos. O segundo mostra o padrão de consumo de álcool e de outras drogas avaliados pelos testes de identificação e triagem (AUDIT e ASSIST). O último item apresenta os relatos de problemas e tratamentos de saúde e os atendimentos e tratamentos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas.

6.1 - Caracterização dos sujeitos do estudo relacionada aos aspectos sociodemográficos

A maioria dos usuários identificados com alcoolismo era do sexo masculino (87,5%), na faixa etária entre 40 a 60 anos (43,7%). A idade média foi de 54 anos e variou de 19 a 73 anos. A maior parte declarou ter cor de pele branca (43,7%) e viver sem companheiro (56,2%). A principal religião foi a católica (87,5%). Quanto ao grau de escolaridade, 31,2% tinham ensino médio completo e 31,2% tinham ensino fundamental incompleto.

Em relação à profissão, 25% dos usuários identificados com alcoolismo trabalhavam na construção civil e também 25% trabalhavam em outras ocupações. Pouco mais da metade (56,2%) declarou que a renda *per capita* familiar concentrava-se entre R\$ 400,00 e R\$ 677,00. No momento da pesquisa, 43,7% trabalhavam como autônomos ou estavam empregados. Das duas mulheres com provável alcoolismo, uma estava desempregada e a outra trabalhava.

A caracterização relacionada aos aspectos sociodemográficos dos usuários identificados com alcoolismo e dos seus familiares pode se observada na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos usuários identificados com alcoolismo e familiares de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família, de acordo com os aspectos sociodemográficos. Ribeirão Preto – SP, 2012.

Variáveis	Usuários identificados com alcoolismo n (%)*	Familiares n (%)**
Sexo		
Feminino	2 (12,5)	16 (94,12)
Masculino	14 (87,5)	1 (5,88)
Faixa Etária		
De 19 a 39 anos	4 (25)	4 (23,53)
De 40 a 60 anos	7 (43,75)	6 (35,29)
Acima de 60 anos	5 (31,25)	7 (41,18)
Cor da Pele		
Branca	7 (43,75)	7 (41,18)
Negra	3 (18,75)	2 (11,76)
Parda	6 (37,5)	8 (47,06)
Religião		
Evangélica	1 (6,25)	0
Católica	14 (87,5)	15 (88,24)
Sem religião	0	2 (11,76)
Outra	1 (6,25)	0
Estado Civil		

Com companheiro	7 (43,75)	10 (58,82)
Sem companheiro	9 (56,25)	7 (41,18)
Escolaridade		
Superior incompleto	1 (6,25)	0
Médio completo	5 (31,25)	4 (23,53)
Médio incompleto	3 (18,75)	3 (17,65)
Fundamental completo	1 (6,25)	4 (23,53)
Fundamental incompleto	5 (31,25)	6 (35,29)
Nenhum	1 (6,25)	0
Profissão		
Serviços domésticos e assemelhados	1 (6,25)	11 (64,71)
Serviços no comércio e assemelhados	3 (18,75)	2 (11,76)
Serviços na construção civil e assemelhados	4 (25)	0
Serviços de saúde e assemelhados	1 (6,25)	1 (5,88)
Aposentado	3 (18,75)	2 (11,76)
Outros	4 (25)	1 (5,88)
Situação Laboral		
Autônomo ou empregado	7 (43,75)	8 (47,06)
Desempregado	1 (6,25)	1 (5,88)
Afastado temporariamente pelo INSS	2 (12,5)	0
Cuidando do lar	0	2 (11,76)
Aposentado	6 (37,5)	6 (35,29)
Renda per capita * Salário mínimo R\$ 678,00		
Até R\$ 250,00	1 (6,25)	1 (5,88)
De R\$ 251,00 a menos de um salário mínimo R\$ 677,00	9 (56,25)	11 (64,71)
De 1 salário mínimo a menos de 2 salários mínimos (R\$ 678,00 a R\$ 1355,00)	3 (18,75)	3 (17,65)
Mais que 2 salários mínimos (R\$ 1356,00 ou mais)	3 (18,75)	2 (11,76)

(* número de alcoolistas= 16, ** número dos familiares= 17)

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

A amostra de familiares era composta majoritariamente por mulheres (94,1%), acima de 60 anos (41,2%). A idade média foi de 55 anos e variou de 19 a 83 anos. A cor da pele predominante declarada foi a parda (47,1%) e a principal religião também foi a católica (88,2%). Ao contrário dos usuários identificados com alcoolismo, a maioria dos familiares tinha companheiro (58,8%). Um familiar era homem e aposentado.

Quanto à escolaridade dos familiares, 35,3% tinham fundamental incompleto, 23,5% fundamental completo e 23,5% médio completo. A maioria trabalhava principalmente em serviços domésticos (64,7%) e também declarou renda per capita familiar de R\$400,00 a

R\$677,00 (64,7%), sendo que a maior parte (47%) trabalhava como autônomos ou estava empregado.

6.2 - Padrão de consumo de álcool e outras drogas

Os resultados do AUDIT mostraram que a grande maioria dos usuários identificados com alcoolismo (93,7%) realmente fazia uso de álcool. Desta forma, 18,7% apresentavam provável dependência, 56,3% tinham consumo de risco e 25% tinham consumo de baixo risco. Quanto aos familiares 58,8% consumiam bebida alcoólica, sendo que 11,8% apresentavam consumo de risco e 88,2% consumo de baixo risco.

Tabela 2 - Níveis de risco para o consumo de álcool dos usuários identificados com alcoolismo e familiares de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. Ribeirão Preto – SP, 2012.

Resultado AUDIT	Usuários identificados com alcoolismo n (%)	Familiares n (%)
Baixo Risco	4 (25)	15 (88,24)
Consumo de Risco	9 (56,25)	2 (11,76)
Consumo Nocivo	0	0
Provável Dependência	3 (18,75)	0

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

As três primeiras questões do AUDIT avaliam a quantidade e a frequência do consumo regular e ocasional de álcool, como mostra a tabela 3.

Os usuários identificados com alcoolismo consumiam bebida alcoólica com maior frequência e em maiores doses se comparado com a frequência e quantidade do consumo dos familiares. O consumo de bebida alcoólica mais de duas vezes por semana foi verificado em 93,7% dos usuários. De acordo com os dados, dos usuários identificados com alcoolismo, a maioria (56,2%) ingeria mais de 4 doses comumente, a maioria (87,5%) também ingeria 5 ou mais doses de bebida alcoólica, sendo prevalente este consumo semanal (56,3%).

Tabela 3 - Respostas relacionadas à quantidade e a frequência do consumo regular e ocasional de álcool dos usuários identificados com alcoolismo e familiares de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. Ribeirão Preto – SP, 2012.

Questões	Usuários identificados com alcoolismo n (%)	Familiares n (%)
AUDIT 1 – Com que frequência você consome bebida alcoólica?		
Nunca	1 (6,25)	7 (41,18)
Mensalmente ou menos	0	6 (35,29)
De 2 a 4 vezes por mês	1 (6,25)	2 (11,76)
De 2 a 3 vezes por semana	7 (43,75)	2 (11,76)
4 ou mais vezes por semana	7 (43,75)	0
AUDIT 2 – Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?		
0 ou 1	3 (18,75)	6 (35,29)
2 ou 3	3 (18,75)	2 (11,76)
4 ou 5	6 (37,5)	1 (5,88)
6 ou 7	2 (12,5)	0
8 ou mais	1 (6,25)	1 (5,88)
Não se aplica	1 (6,25)	7 (41,18)
AUDIT 3 – Com que frequência você consome cinco ou mais doses de uma vez?		
Nunca	1 (6,25)	7 (41,18)
Menos do que uma vez ao mês	0	0
Mensalmente	2 (12,5)	3 (17,65)
Semanalmente	9 (56,25)	0
Todos ou quase todos os dias	3 (18,75)	0
Não se aplica	1 (6,25)	7 (41,18)

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Entre os familiares, a maior parte (35,3%) consumia bebida alcoólica mensalmente ou menos e 23,5% fazia uso de bebida alcoólica duas vezes por mês ou mais. Estes familiares, nas ocasiões em que bebiam, consumiam: uma dose (35,3%), 2 ou 3 doses (11,7%), 4 ou 5 doses (5,9%) e 8 ou mais doses (5,9%), sendo que 17,6% tomavam cinco doses ou mais de bebida alcoólica mensalmente.

A ocorrência de possíveis sintomas de dependência são avaliadas nas questões 4, 5 e 6, conforme descrito na tabela 4. Embora 75 % dos usuários identificados com alcoolismo apresentassem provável dependência ou consumo de risco, 75% acreditavam que tinham controle sobre o consumo, parando de acordo com sua vontade.

Quanto a deixar de fazer algo que era esperado devido ao uso de álcool, a maioria dos usuários identificados com alcoolismo (81,2%) negaram. E também negaram beber pela manhã para se sentir melhor ao longo do dia, após ter bebido muito no dia anterior (75%).

A maioria dos familiares (76,5%) não se enquadrava nestas questões devido ao não uso de álcool.

Tabela 4 - Respostas sobre a ocorrência de possíveis sintomas de dependência entre os usuários identificados com alcoolismo e familiares de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. Ribeirão Preto – SP, 2012.

Questões	Usuários identificados com alcoolismo n (%)	Familiares n (%)
AUDIT 4 – Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?		
Nunca	12 (75)	4 (23,53)
Menos do que uma vez ao mês	0	0
Mensalmente	0	0
Semanalmente	0	0
Todos ou quase todos os dias	3 (18,75)	0
Não se aplica	1 (6,25)	13 (76,47)
AUDIT 5 – Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?		
Nunca	13 (81,25)	3 (17,65)
Menos do que uma vez ao mês	0	1 (5,88)
Mensalmente	0	0
Semanalmente	0	0
Todos ou quase todos os dias	2 (12,5)	0
Não se aplica	1 (6,25)	13 (76,47)
AUDIT 6 – Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?		
Nunca	12 (75)	3 (17,65)
Menos do que uma vez ao mês	1 (6,25)	1 (5,88)
Mensalmente	0	0
Semanalmente	0	0
Todos ou quase todos os dias	2 (12,5)	0
Não se aplica	1 (6,25)	13 (76,47)

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Os problemas recentes e passados associados ao consumo do álcool podem ser observados na tabela 5. A maioria dos usuários identificados com alcoolismo (81,2%) nunca se sentiu com culpa ou remorso após ter bebido e a metade negou ter esquecido o que aconteceu devido ao uso de bebida no último ano. A maioria (81,2%) também negou ter

causado ferimentos ou prejuízos a ele ou a terceiros após ter bebido e a metade respondeu que pessoas já se preocuparam com o seu consumo de álcool ou sugeriram que ele parasse de beber no último ano.

Tabela 5 - Respostas sobre os problemas recentes e passados associados ao consumo de álcool, dos usuários identificados com alcoolismo e familiares de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. Ribeirão Preto – SP, 2012.

Questões	Usuários identificados com alcoolismo n (%)	Familiares n (%)
AUDIT 7 – Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?		
Nunca	13 (81,25)	1 (5,88)
Menos do que uma vez ao mês	1 (6,25)	3 (17,65)
Mensalmente	0	0
Semanalmente	0	0
Todos ou quase todos os dias	1 (6,25)	0
Não se aplica	1 (6,25)	13 (76,47)
AUDIT 8 – Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar do que aconteceu devido à bebida?		
Nunca	8 (50)	3 (17,65)
Menos do que uma vez ao mês	6 (37,5)	0
Mensalmente	0	1 (5,88)
Semanalmente	0	0
Todos ou quase todos os dias	1 (6,25)	0
Não se aplica	1 (6,25)	13 (76,47)
AUDIT 9 – Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?		
Não	13 (81,25)	16 (94,12)
Sim, mas não nos últimos 12 meses	2 (12,5)	1 (5,88)
Sim, nos últimos 12 meses	1 (6,25)	0
AUDIT 10 – Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?		
Não	5 (31,25)	15 (88,24)
Sim, mas não nos últimos 12 meses	3 (18,75)	2 (11,76)
Sim, nos últimos 12 meses	8 (50)	0

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Dos familiares, 17,6% se sentiram culpados ou com remorso depois de terem bebido, menos de uma vez ao mês, no último ano. Um familiar respondeu que mensalmente, no

último ano, foi incapaz de se lembrar o que aconteceu no dia anterior devido ao consumo de bebida alcoólica. E um causou ferimento ou prejuízo para ele ou outra pessoa após beber, mas não no último ano. Quanto à preocupação com o fato de beber ou sugestão de parar, 11,8% relataram que há mais de um ano algum parente, amigo ou profissional de saúde se preocupou com o seu consumo de bebida alcoólica e sugeriu que parasse.

Em relação ao consumo de tabaco, a maioria dos usuários identificados com alcoolismo (56,25%) era fumante. Pela pontuação do AUDIT, dos usuários com provável dependência de álcool (18,75%), todos eram fumantes e tinham consumo de tabaco de risco moderado. Entre os usuários que pontuaram pelo AUDIT consumo de álcool de risco (56,25%), 31,25% eram fumantes e tinham consumo de tabaco de risco moderado, e 25% eram ex-fumantes. Dos usuários de álcool com consumo de baixo risco pelo AUDIT (25%), 6,25% eram fumantes e tinham consumo de tabaco de alto risco, 12,5% eram ex-fumantes e 6,25% nunca fumaram. Estes dados podem ser verificados nas tabelas 6 e 7.

Tabela 6 - Padrão de consumo de tabaco dos usuários identificados com alcoolismo e familiares de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. Ribeirão Preto – SP, 2012.

Variáveis	Usuários identificados com alcoolismo n (%)	Familiares n (%)
Uso de tabaco na vida		
Não	1 (6,25)	9 (52,94)
Sim	15 (93,75)	8 (47,06)
Resultado ASSIST Tabaco		
1. Baixo Risco	6 (37,5)	3 (17,65)
2. Risco Moderado	8 (50)	5 (29,41)
3. Alto Risco	1 (6,25)	0
Nunca fez uso de tabaco	1 (6,25)	9 (52,94)
Uso de Tabaco no momento da pesquisa		
1. Não fumante	1 (6,25)	9 (52,94)
2. Ex- fumante	6 (37,5)	3 (17,65)
3. Fumante atual	9 (56,25)	5 (29,41)

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Entre os familiares, a maioria (52,9%) não fazia uso de cigarro e 29,4% tinham consumo de tabaco de risco moderado. Com relação ao escore de pontuação do AUDIT, dos familiares que pontuaram padrão de consumo de álcool de risco (11,8%), todos eram fumantes e tinham consumo de tabaco de risco moderado. Dos familiares que pontuaram no AUDIT padrão de consumo de álcool de baixo risco (88,2%), 11,8% eram ex-fumantes,

17,6% eram fumantes e tinham padrão de consumo de tabaco de risco moderado e 58,8% não eram fumantes.

Tabela 7 - Relação do padrão de consumo de álcool de acordo com escore do AUDIT com o padrão de consumo de tabaco de acordo com pontuação do ASSIST em usuários identificados com alcoolismo e familiares de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. Ribeirão Preto – SP, 2012.

Variáveis		Usuários identificados com alcoolismo n (%)	Familiares n (%)
AUDIT	ASSIST para Tabaco		
Baixo Risco	Baixo Risco	2 (12,5)	2 (11,76)
	Risco Moderado	0	3 (17,65)
	Alto Risco	1 (6,25)	
	Nunca fez uso de tabaco	1 (6,25)	10 (58,82)
Consumo de Risco	Baixo Risco	4 (25)	0
	Risco Moderado	5 (31,25)	2 (11,76)
Provável Dependência	Risco Moderado	3 (18,75)	0

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

O uso de outras drogas (demais, exceto álcool e tabaco) pode ser observado na tabela 8. Observou-se que não houve grandes porcentagens de consumo de outras drogas entre os participantes. Não consta a classificação para o uso de anfetaminas ou êxtase e opióides na tabela, porque estas drogas não foram consumidas pelos participantes deste estudo.

Entre os usuários identificados com alcoolismo foi observado o consumo de maconha (18,7%) e cocaína (6,2%), por pessoas do sexo masculino e que, pela pontuação do AUDIT, tinham consumo de álcool de risco. Um dos usuários identificados com alcoolismo (6,2%) fazia uso atual de maconha com risco moderado, isto é, poderia ter uso nocivo ou problemático de maconha. Este tinha 19 anos e era fumante com consumo de tabaco de risco moderado. Os outros dois usuários (12,5%) momento da pesquisa estavam sob baixo risco de apresentar problemas relacionados ao uso de maconha, pois fizeram uso no passado, mas nos últimos 3 meses não consumiram esta droga. Eles tinham 37 e 59 anos, sendo que o primeiro era ex-fumante e o outro era fumante com consumo de tabaco de risco moderado. O usuário com provável alcoolismo que experimentou cocaína na vida era ex-fumante, tinha 33 anos e não fazia uso atual desta droga e, portanto, apresentava baixo risco de ter problemas relacionados a este consumo. O uso das demais drogas apresentadas no ASSIST foi negado por todos os usuários identificados com alcoolismo, inclusive o uso de drogas injetáveis.

Tabela 8 - Níveis de risco do envolvimento com substâncias específicas (exceto álcool e tabaco) dos usuários identificados com alcoolismo e familiares de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. Ribeirão Preto – SP, 2012.

Resultados	Usuários identificados com alcoolismo n (%)	Familiares n (%)
ASSIST – MACONHA		
1. Baixo Risco	2 (12,5)	2 (11,76)
2. Risco Moderado	1 (6,25)	0
3. Alto Risco	0	0
Não faz uso de substância	13 (81,25)	15 (88,24)
ASSIST – COCAÍNA		
1. Baixo Risco	1 (6,25)	0
2. Risco Moderado	0	1 (5,88)
3. Alto Risco	0	0
Não faz uso de substância	15 (93,75)	16 (94,12)
ASSIST – INALANTES		
1. Baixo Risco	0	1 (5,88)
2. Risco Moderado	0	0
3. Alto Risco	0	0
Não faz uso de substância	16 (100,00)	16 (94,12)
ASSIST – HIPNÓTICOS		
1. Baixo Risco	0	1 (5,88)
2. Risco Moderado	0	0
3. Alto Risco	0	0
Não faz uso de substância	16 (100,00)	16 (94,12)
ASSIST – ALUCINÓGENOS		
1. Baixo Risco	0	1 (5,88)
2. Risco Moderado	0	0
3. Alto Risco	0	0
Não faz uso de substância	16 (100,00)	16 (94,12)

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Entre os familiares, foi observado uso de maconha em dois deles (11,8%), sendo que um destes também utilizou cocaína, inalantes, hipnóticos e alucinógenos. Então, dos familiares, 11,8% já usaram maconha na vida e no momento da entrevista não faziam uso da substância e, portanto, estavam sob baixo risco de apresentar problemas relacionados ao consumo desta droga. O familiar que consumiu maconha na vida e não fazia uso atual da droga era ex-fumante e, de acordo com o escore do AUDIT, tinha consumo de álcool de baixo risco.

O familiar que fez uso de múltiplas drogas na vida era do sexo feminino, tinha 19 anos e havia usado drogas injetáveis há mais de 3 meses. No momento da entrevista teve escore de

pontuação do AUDIT condizente com consumo de álcool de risco, era fumante de risco moderado e também tinha consumo de risco moderado de cocaína. Quanto às demais drogas, não estava fazendo uso e, portanto, tinha baixo risco de desenvolver problemas relacionados ao uso das outras drogas (maconha, inalantes, hipnóticos/sedativos e alucinógenos).

6.3 - Tratamentos recebidos pelos sujeitos do estudo

A tabela 9 descreve os problemas de saúde e tratamentos declarados pelos usuários identificados com alcoolismo e seus familiares.

Nota-se que 50% dos usuários identificados com alcoolismo declararam problemas de saúde, sendo predominantes os problemas relacionados ao sistema cardiovascular e endócrino, podendo estar associados com outras comorbidades (18,7%) e cardiovascular, podendo estar associado com outras comorbidades (12,5%). Quanto a quantidade de problemas de saúde relatados, 31,2% apresentavam dois problemas de saúde e todos faziam tratamentos ou acompanhamentos. Os tratamentos e acompanhamentos para os problemas de saúde relatados eram realizados por médico clínico geral (12,5%), por médico especialista (18,7%) ou pelos dois (18,7%).

Tabela 9 - Relatos de problemas e tratamentos de saúde dos usuários identificados com alcoolismo e familiares de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. Ribeirão Preto – SP, 2012.

Variáveis	Usuários identificados com alcoolismo n (%)	Familiares n (%)
Presença de problema de saúde		
Não	8 (50)	5 (29,41)
Sim	8 (50)	12 (70,59)
Qual problema de saúde		
Sistema cardiovascular	1 (6,25)	3 (17,65)
Sistema cardiovascular e outros (sistemas: renal, gastrointestinal, músculo-esquelético e transtornos psiquiátricos)	1 (6,25)	2 (11,77)
Sistema cardiovascular e sistema endócrino	2 (12,5)	1 (5,88)
Sistema cardiovascular, sistema endócrino e outros (sistemas: renal, músculo-esquelético, transtornos psiquiátricos e câncer de mama)	1 (6,25)	3 (17,65)
Sistema endócrino e outros (sistemas: gastrointestinal, músculo-esquelético e neurológico)	1 (6,25)	1 (5,88)
Sistema respiratório	1 (6,25)	2 (11,77)
Sistema nervoso e sistema gastrointestinal	1 (6,25)	0
Número de problemas de saúde		
0 – nenhum	8 (50)	5 (29,41)
1- um	2 (12,5)	5 (29,41)
2- dois	5 (31,25)	3 (17,65)
3- três	1 (6,25)	4 (23,53)
Tratamento de saúde		
Não	8 (50)	5 (29,41)
Sim	8 (50)	12 (70,59)
Qual tratamento de Saúde		
Tratamento com clínico geral	2 (12,5)	3 (17,65)
Tratamento com especialista	3 (18,75)	2 (11,76)
Tratamento com clínico geral e especialista	3 (18,75)	6 (35,29)
Tratamento clínico e acompanhamento com nutricionista	0	1 (5,88)

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Em relação aos familiares, a maioria também relatou problemas de saúde (70,6%) e estes estavam predominantemente relacionados a problemas cardiovasculares podendo estar associados com outras comorbidades (29,4%) e cardiovascular e endócrino podendo estar associados com outras comorbidades (23,5%). Quanto à quantidade de problemas de saúde, a maior parte declarou ter mais de um problema de saúde (41,2%). Todos também faziam tratamentos ou acompanhamentos para os problemas de saúde citados sendo 17,6% com

médico clínico geral, 11,8% com médico especialista, 35,3% com os dois. Um familiar fazia tratamento para asma com clínico geral e acompanhamento com nutricionista para perder peso, porém este não concordou com a possibilidade de obesidade ou sobrepeso como problema de saúde e, portanto, não foi citado nos problemas de saúde.

Tanto os familiares como os usuários identificados com alcoolismo não conseguiram especificar o tratamento recebido, sendo que quase todos associavam os tratamentos de saúde aos atendimentos centralizados no médico, mesmo que outros tipos de tratamentos e acompanhamentos de saúde realizados por outros profissionais de saúde tivessem sido questionados.

Conforme pode-se verificar na tabela 10, dos usuários identificados com alcoolismo, 12,5% relataram tratamento relacionado ao consumo de álcool no último ano. Um deles relatou acompanhamento médico na unidade de Estratégia de Saúde da Família para alcoolismo e outro foi atendido no Pronto Atendimento devido a um pico hipertensivo após uso excessivo de álcool. Este último era do sexo feminino e também relatou o mesmo atendimento há mais de um ano pelo mesmo motivo.

Os atendimentos e tratamentos na vida, há mais de um ano, foram relatados por 18,7% dos usuários identificados com alcoolismo e também estavam relacionados ao consumo de álcool. Os locais e os motivos de tratamento foram os seguintes: internação em hospital psiquiátrico para alcoolismo; assistência no Pronto Atendimento devido a queda da própria altura após uso excessivo de álcool; assistência no Pronto Atendimento por pico hipertensivo após uso excessivo de álcool (citado anteriormente).

De acordo com a análise, destes usuários identificados com alcoolismo que relataram tratamento ou atendimento relacionado ao uso de álcool no ano ($n=2$), um tinha consumo de álcool de risco, consumo de tabaco de risco moderado, além de fazer tratamento de saúde para complicações de fratura no pé e acompanhamento de crises de hipoglicemia. A outra pessoa que também relatou tratamento na vida tinha consumo de álcool compatível com provável dependência pelo escore do AUDIT e não fazia tratamentos de saúde. Os outros dois usuários identificados com alcoolismo que relataram tratamento ou atendimento devido ao uso de álcool na vida também pontuaram no AUDIT com consumo de álcool compatível com provável dependência. Um usuário que relatou internação psiquiátrica, não fazia tratamento de saúde, porém no dia da entrevista tinha escoriações no corpo e luxação no braço devido a queda da própria altura após uso excessivo de álcool, sendo que ele se recusava a procurar atendimento de saúde. O caso foi passado para uma equipe do NSF que realizou visita

domiciliar com ACS e residente de medicina. O outro usuário que relatou atendimento na vida para uso de álcool fazia acompanhamento com neurologista para desmaios e com cirurgião para hérnia inguinal.

Tabela 10 - Problemas e tratamentos de saúde relacionados ao consumo de álcool e outras drogas relatados pelos usuários identificados com alcoolismo e familiares de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. Ribeirão Preto – SP, 2012.

Variáveis	Usuários identificados com alcoolismo n (%)	Familiares n (%)
Relato de tratamento ou atendimento relacionado ao uso de álcool e/ ou drogas no último ano.		
Não	14 (87,5)	16 (94,12)
Sim	2 (12,5)	1 (5,88)
Tipo de tratamento ou atendimento relacionado ao uso de álcool e/ ou drogas no último ano.		
Controle do consumo de cigarro	0	1 (5,88)
Controle do consumo de álcool	2 (12,5)	0
Controle do consumo de outras drogas	0	0
Relato de tratamento ou atendimento relacionado ao uso de álcool e/ ou drogas na vida		
Não	13 (81,25)	16 (94,12)
Sim	3 (18,75)	1 (5,88)
Tipo de tratamento ou atendimento relacionado ao uso de álcool e/ ou drogas na vida		
Controle do consumo de álcool	3 (18,75)	0
Controle do consumo de outras drogas	0	1 (5,88)

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Entre os familiares, que declararam tratamento ou atendimento para uso de álcool ou outras drogas no ano e na vida, todos eram do sexo feminino. Uma familiar relatou ter iniciado tratamento para o tabagismo no ano, tinha consumo de álcool de baixo risco, consumo de tabaco de risco moderado e fazia acompanhamento médico para hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia. A outra familiar declarou tratamento na vida para consumo de outras drogas no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad), tinha consumo de álcool de risco, consumo de tabaco e cocaína de risco moderado, e consumo de baixo risco de maconha, inalantes, hipnóticos/sedativos e alucinógenos.

7- DISCUSSÃO

7- DISCUSSÃO

Os serviços de Estratégia de Saúde da Família, muitas vezes, necessitam de estudos descritivos para se aproximarem da realidade da comunidade e planejarem suas ações, baseando-se nos dados evidenciados. Neste sentido, a avaliação do padrão de consumo de álcool e outras drogas auxilia o conhecimento da magnitude deste problema em diversas populações e é importante para subsidiar o desenvolvimento de políticas eficazes de prevenção, intervenção e promoção da saúde (BRASIL, 2004a; FREITAS; MORAES, 2011; WHO, 2011b).

Embora seja grave problema de saúde pública mundial, inicialmente, a avaliação do padrão de consumo de álcool e outras drogas expandiu-se em países desenvolvidos, sendo pouco presente em países em desenvolvimento (RILEY; MARSHALL, 1999). Porém, com o agravamento desta problemática e com as inúmeras mudanças econômicas mundiais, ocorridas nas últimas décadas, esta avaliação evidencia-se como essencial para a promoção da saúde e tem sido mais utilizada, mantendo, porém, algumas lacunas com relação aos dados necessários. O Relatório Mundial sobre Drogas de 2012 das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) descreve que houve um aumento no consumo de cocaína no Brasil, mas a falta de dados novos impede um melhor entendimento do impacto nas estimativas regionais (UNODC, 2012).

Com relação ao consumo de álcool, comparando estes dados mundiais e nacionais aos resultados do presente estudo, de acordo com a lista feita pelos ACSs na unidade de ESF, a prevalência de alcoolismo entre os usuários cadastrados no serviço foi de 1,5%. Esta pequena prevalência de usuários com alcoolismo, observada na população investigada, pode estar relacionada à não observância de sinais e sintomas mais discretos que não estejam sendo visualizados, ou mesmo pela não padronização e sistematização da utilização de instrumentos de rastreamento para os serviços e profissionais de saúde, na rotina da unidade de ESF, existindo a possibilidade de subnotificação dos casos. Porém, podemos refletir, ainda, que os ACSs desta unidade de ESF estão atentos a alguns sinais e sintomas sugestivos de dependência e potenciais problemas advindos do consumo de álcool, uma vez que na avaliação atual este estudo evidenciou que o uso de álcool estava presente entre a maioria destes usuários.

Observou-se que entre os usuários identificados com alcoolismo existia consumo de risco e indicação de provável dependência, confirmando, apenas em parte, a primeira hipótese de que os usuários identificados com alcoolismo tinham atual padrão de consumo de álcool condizente com a dependência. Este resultado certamente foi influenciado pela questão do período e método pelo qual esta avaliação foi realizada, podendo o padrão de uso de álcool ter se modificado em parte dos sujeitos investigados.

Apesar disso, o padrão de consumo de risco de álcool presente nestes usuários é considerado muito relevante, pois pode trazer graves consequências ao indivíduo, caracterizadas por prejuízos à saúde física e mental ou, então, consequências sociais. Cabe ressaltar, ainda, que na zona de consumo de risco podem estar incluídos sujeitos com um consumo nocivo, bem como dependentes. Destaca-se que a dependência varia durante a vida quanto ao grau de gravidade, podendo ser clinicamente significativa mesmo quando se verificam pontuações em zonas de risco menores (BABOR, 2001; BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001).

Por outro lado, conforme prevista nos principais sistemas de diagnósticos (CID 10 e DSM IV), a dependência de substâncias está relacionada a vários comportamentos e é diagnosticada observando os seguintes critérios: desejo persistente; esforços mal-sucedidos ou dificuldades em controlar ou reduzir o consumo da substância em termos de início, término e níveis de consumo; abandono ou redução de atividades prazerosas, sociais, ocupacionais ou recreativas; forte desejo ou compulsão para consumir a substância; consumo para evitar ou aliviar os sintomas de abstinência; etc. (WHO, 1993; APA, 1995; BABOR, 2001; DUARTE; MORIHISA, 2008).

Tais critérios são avaliados pelas questões 4, 5 e 6 do AUDIT, para o caso da dependência de álcool, sendo evidenciado neste estudo que a maioria dos usuários identificados com alcoolismo negou estes sintomas, embora apresentassem consumo de risco ou indicação de provável dependência. No AUDIT, estas questões investigam nos últimos 12 meses “o não conseguir parar de beber depois de ter começado”, “a quantidade de vezes em que não se conseguiu realizar o esperado” e “o beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia após beber bastante no dia anterior”.

Embora, a princípio, esta negativa possa ser considerada positiva, caracterizando ausência de sintomas de dependência, estudos evidenciam que o comportamento de negação é bastante comum entre pessoas dependentes de substâncias e é considerado um mecanismo de defesa, além de ser um obstáculo significativo para a mudança de comportamento

(ARBORELIUS; DAMSTROM THAKKER, 1995; MILLER; ROLLNICK, 2001). Portanto, é necessária a devida atenção e contextualização do que foi afirmado na avaliação, por meio de ampla investigação e constante reavaliação. Em estudo realizado em 2007 da população que fazia uso de bebida alcoólica, 55% afirmaram não ter problemas relacionados ao álcool e outros 45% relataram ter ou que tiveram pelo menos um problema relacionado ao consumo de álcool (LARANJEIRA et al., 2007).

Entre os familiares dos usuários com alcoolismo, não foi identificada a dependência. Porém, um dado relevante foi a identificação do uso de álcool entre a maioria, ainda que não tão frequente, evidenciando presença do uso de álcool também no grupo social familiar. Além disso, foi encontrado consumo de risco entre os familiares. Ou seja, foram identificados dois familiares com consumo de risco para o álcool, não descartando a possibilidade de dependência, confirmando a hipótese que entre os familiares poderia existir outras pessoas com quadro compatível com dependência de álcool.

Sendo a família um dos principais grupos de suporte dos indivíduos, ressalta-se que as rotinas, hábitos e comportamentos deste grupo influenciam como um todo seus membros, sendo o uso de álcool na família de dependentes um comportamento que pode trazer prejuízos e influenciar o consumo de álcool e outras drogas (MATHEWS; PILLON, 2004; FILIZOLA et al., 2006; MCCRADY et al., 2006; VIEIRA et al., 2008; PAIVA; RONZANI, 2009; MORENO et al., 2009).

Com relação ao padrão de uso de álcool, a unidade padrão e o número de doses variam e são definidos de acordo com as características de cada país. No AUDIT, as Questões 02 e 03 presumem que uma dose padrão de bebida alcoólica contém, aproximadamente, 10g de álcool puro, que equivale a 350 ml de cerveja, 150 ml de vinho e 50 ml de destilado. A recomendação da OMS é que o beber de baixo risco seja de até 2 doses/dia para homens e 1 dose/dia para mulheres, porém sem consumir bebida alcoólica pelo menos dois dias na semana (BARBOR, 2001; LARANJEIRA et al., 2007; WHO, 2010).

O consumo de um volume excessivo de álcool em um curto espaço de tempo evidencia-se pelo “uso pesado episódico do álcool”, definido pelas terminologias “*binge drinking*”, “uso binge de álcool” ou “beber em *binge*”, correspondendo ao uso de 5 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião para homens e 4 doses para mulheres (LARANJEIRA et al., 2007). Segundo levantamento realizado no Brasil em 2007, 40% dos homens e 18% das mulheres teve este consumo pelo menos uma vez no último ano. Em 2010, a frequência do

consumo abusivo de bebidas alcoólicas no último mês foi de 18,0%, sendo maior em homens (26,8%) do que em mulheres (10,6%) (BRASIL, 2012).

Neste estudo, observou-se que os usuários identificados com alcoolismo consumiam bebidas alcoólicas com maior frequência que seus familiares e apresentaram “uso binge de álcool”, sendo que quase todos ingeriam 5 ou mais doses de bebida alcoólica, com prevalência de consumo semanal em mais da metade deles. Entre os familiares o “uso binge de álcool” foi identificado, porém em número menor e com frequência mensal. Este tipo de consumo de álcool está relacionado com intoxicações e vários problemas, entre eles acidentes e violência. Seus efeitos podem ser agravados de acordo com características como peso, idade, rapidez do consumo, ter se alimentado ou não e com o número de doses ingeridas (BABOR, 2001; LARANJEIRA et al., 2007).

Com relação ao uso de outras drogas, observou-se entre os usuários identificados com alcoolismo o uso de tabaco, cocaína e maconha. Entre os familiares, além do consumo de tabaco, foi observado uso de maconha, cocaína, inalantes, hipnóticos/sedativos e alucinógenos. Destaca-se que o uso atual de outras drogas foi identificado somente entre os participantes mais jovens. Trata-se de um resultado que corrobora com outros estudos que investigam o uso de múltiplas drogas e ressaltam os jovens como uma população altamente vulnerável a tal consumo (GALDARÓZ, CAETANO, 2004; NOTO, 2004; LARANJEIRA et al., 2007; MARTINS et al., 2008; BRASIL, 2009a). É muito importante o desenvolvimento de intervenções que visem à prevenção de agravos à saúde, não apenas dos indivíduos identificados com uso de substâncias, bem como de sua família (NOTO et al., 2003; LARANJEIRA et al., 2007; CORRADI –WEBSTER et al. 2005).

Neste estudo, entre os usuários identificados com alcoolismo houve destaque para o uso de tabaco, observado o inverso entre os familiares. Todos os usuários identificados com alcoolismo que tinham provável dependência, de acordo com pontuação do AUDIT, eram fumantes de risco moderado. Mais da metade com consumo de risco de álcool no AUDIT também eram fumantes de risco moderado. Entre os familiares identificados com consumo de risco para álcool, todos tinham consumo de tabaco de risco moderado. Estes dados confirmam outros estudos que apontam esta associação entre o tabagismo e o consumo de álcool (BRASIL, 2012; CHAIEB, CASTELLARIN, 1998; LITTLE, 2000; REED et al., 2007; SOUZA; BARROS, 2008).

Em estudo realizado na cidade de São Paulo em 2008, 19,3% da população era fumante, sendo que entre as pessoas identificadas com consumo abusivo e dependência de álcool a prevalência de tabagismo foi de 52,6% (SÃO PAULO, 2011).

A baixa porcentagem de participantes do estudo em uso de outras drogas foi considerada muito positiva, considerando-se que o poliuso de drogas acarreta problemas graves à saúde e constitui um complexo problema de saúde pública (WHO, 2012). Entretanto, embora pequena, esta porcentagem suscita a relevância da investigação e avaliação permanente do uso destas substâncias na assistência à saúde oferecida pelas unidades de ESF (RONZANI et al., 2005; BARROS; PILLON, 2006; MAGNABOSCO; FORMIGONI; RONZANI, 2007; VARGAS; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2009; MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011; MULIA et al., 2011; WHO, 2012). O uso de álcool, tabaco e outras drogas está entre os 20 maiores fatores de risco de problemas de saúde identificados pela OMS, sendo que seu uso e a dependência podem levar a problemas físicos em várias partes do organismo (WHO, 2001; HUMENIUK; POZNYAK, 2004).

Os problemas de saúde mais relatados pelos usuários identificados com alcoolismo e seus familiares estavam relacionados principalmente ao sistema cardiovascular, podendo estar associado ou não a outras comorbidades, seguido do sistema endócrino associado ou não a outras comorbidades. Considerando que o uso de álcool e drogas ocasiona várias condições médicas e psiquiátricas ou aumentam a sua gravidade, cabe destacar a preocupante ocorrência de comorbidades clínicas observadas entre os participantes.

Segundo Brasil (2004a), as doenças cardiovasculares, o câncer, as causas externas e o diabetes representam 55,2% do total de causas de óbito. As doenças crônicas não transmissíveis são um dos maiores problemas de saúde pública do mundo, sendo responsáveis por 61% de todas as mortes ocorridas mundialmente (WHO, 2005). No Brasil, em 2007, as doenças crônicas não transmissíveis foram a principal causa de óbitos no país, sendo que as doenças do aparelho circulatório destacaram-se com prevalência de óbitos (31,3%), incluindo as comorbidades cardiovasculares, seguidas de neoplasias (16,3%) e diabetes (5,2%) (SCHMIDT et al., 2011; BRASIL, 2012).

Os participantes apresentaram muita dificuldade em identificar e relatar os tipos de tratamentos recebidos, centrando suas respostas ao tipo de serviço ou categoria profissional que prestou o atendimento. Os dados possibilitaram observar que os tratamentos centraram-se quase que totalmente no acompanhamento realizado por médicos (clínico ou especialista), sugerindo que a rede de saúde está correspondendo, de certa forma, a esta demanda.

Este resultado pode denotar que ainda nos deparamos com o modelo de assistência centralizado na atuação curativa e médica, não considerando as ações de promoção e prevenção da saúde, realizadas por equipe multiprofissional, preconizadas para a atuação das equipes de ESF. No entanto, cabe ressaltar que na unidade de ESF na qual a pesquisa foi realizada, são oferecidos grupos de atividade física, atendimento com nutricionista, fisioterapeuta e outros grupos de orientação e acompanhamento. São realizadas visitas domiciliares de rotina, além das consultas médicas e de enfermagem, que possibilitam inferir que os usuários identificados com alcoolismo e seus familiares podem não estar reconhecendo estas atividades multidisciplinares como atendimento e tratamento da sua saúde ou que estas não estão atingindo esta parte da população cadastrada.

Com relação aos atendimentos ou tratamentos relacionados a uso de álcool e outras drogas, todos os usuários identificados com alcoolismo e que tiveram escore no AUDIT compatível com provável dependência, relataram tratamento ou acompanhamento relacionado ao consumo de álcool na vida, porém com utilização dos serviços de pronto atendimento para complicações devido ao consumo abusivo e internação em Hospital Psiquiátrico para tratamento do consumo de álcool. Destaca-se que apenas um usuário com consumo de álcool de risco relatou acompanhamento na unidade de ESF no último ano. Entre os familiares, porém, os atendimentos foram realizados por serviços especializados na rede de atenção da saúde do município (CAPSad e Ambulatório de Tabagismo do Hospital das Clínicas).

Sabe-se que de 6 a 8% da população necessita de atendimento regular para transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool ou outras drogas, além de existir estimativas maiores (BRASIL, 2003a). Estudo realizado, em 2005, apontou que 2,9% da população brasileira afirmou ter recebido algum tipo de tratamento para abuso de drogas e que entre a população de 12 a 17 anos, um terço declarou já ter sido submetida a algum tratamento para dependência de drogas (CARLINI et al., 2006).

Porém, deve se considerar que neste estudo a amostra foi composta por usuários identificados com alcoolismo e que, embora estivessem nesta condição, em sua maioria, nunca receberam tratamentos ou atendimentos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Chega-se, assim, à grave constatação de que os mesmos não estão chegando aos serviços de saúde para receber este tipo de atendimento e/ou que o consumo de álcool e outras drogas não está sendo abordado nos atendimentos.

Sob esta perspectiva, segundo o Ministério da Saúde, a assistência aos usuários com uso prejudicial de álcool e outras drogas privilegia as pessoas mais acometidas pelos agravos

decorrentes deste consumo nos serviços de saúde hospitalar. Geralmente estes usuários chegam a estes serviços vítimas de um longo processo de adoecer, no qual o tempo médio entre a detecção dos problemas relacionados ao álcool e a busca por atendimento pode chegar a cinco anos. Tal situação causa consequências negativas devido à deficiência de acesso a ações preventivas ou pela ineficiência das mesmas (BRASIL, 2003a). Portanto, no âmbito da ESF são necessárias ações efetivas para atender esta demanda.

Vários estudos realizados na ESF apontam que apesar das potencialidades de atuação da equipe na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, os profissionais de saúde têm dificuldade em abordar a problemática, incluindo a falta de capacitação. Portanto, este quadro pode dificultar o atendimento e tratamento destes usuários neste nível de atenção, sendo necessárias ações para superar estes desafios (GONÇALVES, 2002; BARROS; PILLON, 2006; GONÇALVES; TAVARES, 2007; VARGAS; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2009; SOUZA; PINTO, 2012).

Com relação às características demográficas, pesquisas mostram que variáveis como idade, sexo, emprego/renda, escolaridade e estado matrimonial podem ter impacto nos padrões de consumo de bebidas alcoólicas entre a população (WHO, 2005; PINSKY et al., 2010; FREITAS; MORAES, 2011). Destaca-se que os usuários identificados com alcoolismo eram na grande maioria do sexo masculino, a maioria não mantinha relacionamento estável, sendo observado o oposto entre os familiares, entre os quais a maioria era do sexo feminino e mantinha um relacionamento.

Estudos evidenciam que o consumo de álcool e drogas em maiores quantidades é mais frequente em homens e solteiros, estando associados ainda com maiores prejuízos relacionados às consequências deste uso (CARLINI et al., 2006; LARANJEIRA et al., 2007; BRASIL, 2012; PINSKY et al., 2010; FREITAS; MORAES, 2011; WHO, 2012). A exemplo disso, estudo realizado em Ribeirão Preto, SP-Brasil com a população de 30 anos e mais, identificou uma prevalência de dependência de álcool de 20,18% da amostra, sendo 43,47% em homens e 10,18% mulheres (FREITAS; MORAES, 2011), afirmando a prevalência de alcoolismo na população masculina. Segundo Almeida-Filho et al. (2004), o consumo de bebidas alcoólicas entre homens é de 3 a 11 vezes maior que entre mulheres e tanto o uso nocivo quanto a dependência são em média 4 vezes mais comum em homens (LARANJEIRA et al., 2007).

Pesquisas em todo mundo mostram que o consumo geral e a dependência de drogas entre as mulheres é muito menor que entre os homens (UNODC, 2012). O estigma, os papéis

sociais, os aspectos comportamentais e outros tendem a prejudicar a identificação do consumo de drogas entre as mulheres, dificultando uma visão dos seus hábitos de consumo de álcool e outras drogas. Por influência destes padrões, elas negam a realidade quando participam de pesquisas (WHO, 2011b; CORRADI-WEBSTER, 2009; UNODC, 2012).

Desta maneira, é primordial entender as diferenças entre o padrão de consumo entre homens e mulheres para tentar impedir ou reduzir os vieses no modo como as sociedades buscam controlar ou reduzir os problemas associados ao álcool e outras drogas (WHO, 2011b). Evidencia-se ainda mais a importância da investigação deste aspecto se considerado que, à medida que os papéis sociais tornam-se mais similares entre homens e mulheres, o mesmo ocorre com o padrão de consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas. Quanto maior a equidade social em relação ao gênero no país, mais similar será o modo de uso de álcool entre os gêneros (WHO, 2011b; CORRADI-WEBSTER, 2009; UNODC, 2012). Há estudos brasileiros que destacam, em 2010, um aumento no consumo abusivo de álcool pelas mulheres (LARANJEIRA et al., 2007; BRASIL, 2012).

Outro aspecto relevante a ser considerado com relação às características sociodemográficas é o relacionamento estável menos prevalente entre os usuários identificados com alcoolismo. Há evidências de que ter um relacionamento afetivo estável pode ser um fator protetor dos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em ambos os sexos (ALMEIDA-FILHO et al., 2004; COSTA et al., 2004; FILIZOLA et al., 2006). Porém, esta relação pode ser controversa, visto que em alguns estudos foi encontrada prevalência maior de abuso e dependência de álcool em pessoas com companheiros (ALVES et al., 2005; SOLDERA; RIBEIRO, 2008; VARGAS; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2009; SÃO PAULO, 2011).

Considerando o exposto e a experiência adquirida na realização deste estudo, cabe ainda evidenciar algumas limitações e dificuldades enfrentadas.

A princípio, toda a problemática elaborada pela pesquisadora centrava-se em como o uso de álcool é investigado e abordado pelos profissionais das unidades da Estratégia de Saúde da Família. O principal desafio do estudo foi a real identificação destes sujeitos entre os usuários cadastrados no serviço. Há carência de uma padronização pelo Ministério da Saúde quanto à avaliação, identificação e notificação do alcoolismo no Sistema de Informação da Atenção Primária (SIAB) por estes serviços.

Na prática, observa-se que cada equipe da Estratégia de Saúde da Família estabelece os próprios critérios que serão utilizados para identificação dos casos de alcoolismo e como os

mesmos serão registrados. No serviço onde esta pesquisa foi realizada, os casos não eram notificados no SIAB, sendo mantidas em listas fracionadas, preenchidas pelos Agentes Comunitários de Saúde de cada microárea. Não havia, porém, um instrumento específico para avaliação rotineira dos casos, sendo estes embasados nos relatos e observações dos ACSs durante as visitas domiciliares habituais.

Outra limitação foi a opção pela realização da visita domiciliar para a coleta de dados e a necessidade de pareamento da amostra (pelo menos um usuário identificado com alcoolismo e um familiar). Foi bastante difícil encontrar os membros da família em casa, pois muitos trabalhavam e não tinham disponibilidade para participar da pesquisa ou se recusavam ao serem informados sobre o tema. Duas famílias não foram encontradas, mesmo sendo realizadas visitas domiciliares em horários e dias variados. Estas dificuldades foram determinantes para que o número de participantes ficasse reduzido, apesar de terem sido realizadas 64 visitas domiciliares e de ser disponibilizado um tempo de coleta de dados maior que o previsto inicialmente, considerando o deslocamento até as residências e a abordagem direta para coleta de dados.

O domicílio é um espaço complexo e íntimo, com diferentes estruturas familiares, culturas e crenças, que necessitam de uma abordagem empática, principalmente ao discutir a delicada temática do alcoolismo e uso de outras drogas. Apesar das visitas domiciliares proporcionarem vários benefícios para a assistência, vários autores relataram algumas limitações, dentre elas a do profissional de saúde chegar no horário de compromissos e ausência dos membros da família no período da visita (MATTOS, 1995; AMARO, 2000). Destaca-se, também, que as visitas compulsórias podem significar para os indivíduos intromissão na sua saúde e interferência na sua liberdade, ensejando a recusa à visita do profissional de saúde (MANDÚ et al., 2008). A visita domiciliar também pode denotar para o indivíduo um controle sobre suas vidas (PUSCHEL; IDE; CHAVES, 2006).

Durante a coleta de dados, por mais que a pesquisadora explicasse o objetivo da pesquisa, garantisse o sigilo da identidade e das respostas, os direitos éticos e legais, fosse imparcial e empática, a temática do uso de álcool e outras drogas pareceu inibir os entrevistados quando estes falavam de si, como se a questão fosse um tabu familiar, uma questão muito delicada. Muitas pessoas depois de responderem alguma questão que poderia sugerir abuso ou problemas relacionados ao uso de álcool ou drogas, justificavam ou mudavam a resposta.

Como exemplo disso, dois usuários identificados com alcoolismo não participaram da pesquisa porque, embora os familiares afirmassem que os mesmos tinham sérios problemas relacionados ao consumo de álcool, temiam a sua reação aos questionamentos. Um usuário identificado com alcoolismo estava internado por problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas e um outro não foi encontrado, apesar de várias visitas domiciliares em vários horários, pois segundo relato do ACS, devido ao consumo de álcool, este ficava nas ruas e o “Conselho Municipal do Idoso” havia sido acionado para discussão do caso.

Estudos evidenciam que o uso de álcool e outras drogas trazem consequências à família como um todo. Com o tempo, os conflitos, as perdas, decepções, recaídas, internações e estigmas comprometem o relacionamento entre seus membros, geram traumas e até mesmo alterações psicológicas (TRINDADE; COSTA; ZILLI, 2006; MIRANDA et al., 2006; MCCRADY et al., 2006; VIEIRA et al., 2008; PAIVA; RONZANI, 2009; MORENO et al., 2009), constituindo-se, portanto, num tema atual e relevante, porém bastante delicado.

Os resultados deste estudo evidenciam que constantes avaliações do padrão de uso de álcool e drogas na população assistida nas unidades da Estratégia de Saúde da Família, podem ser um importante instrumento para o planejamento, implementação e monitoramento da assistência no cuidado à saúde na APS, direcionada às reais necessidades da população. Segundo a OMS, há um pequeno conjunto de fatores de risco que responde pela maioria das mortes por doenças crônicas não transmissíveis, sendo o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e o tabagismo dois destes fatores. Destaca-se, ainda, o uso de álcool e outras drogas como responsável por 5,4% da carga global de doenças (WHO, 2010a, WHO, 2011a; BRASIL, 2012).

8- CONSIDERAÇÕES FINAIS

8- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo, obtidos pela avaliação do padrão de uso de álcool e outras drogas entre os usuários identificados com alcoolismo e seus familiares, em uma Unidade da Estratégia de Saúde da Família, possibilitaram a captação de importantes conhecimentos, ressaltando a relevância de uma constante avaliação deste procedimento.

Observou-se que o uso de álcool esteve presente tanto entre os usuários identificados com alcoolismo quanto entre seus familiares, sendo que alguns foram identificados com padrão de consumo de risco e outros com dependência desta substância. Trata-se, portanto, de informações importantes para que a equipe desenvolva ações para prevenir complicações advindas deste consumo, pois sabe-se que o uso de álcool e outras drogas pode trazer graves problemas no contexto individual e familiar.

Com relação ao adoecimento destes participantes, também foi evidenciada a importância de seu monitoramento e principalmente de seu atendimento, considerando o fato de que a maioria dos usuários identificados com alcoolismo não era atendida na unidade de ESF. Além disso, as demandas clínicas destes usuários do serviço, aparentemente, foram mais atendidas do que suas demandas relacionadas ao uso de drogas. Destaca-se que a avaliação do uso de álcool e outras drogas não é uma rotina na maioria dos serviços, centrando-se na maioria das vezes no uso do tabaco, evidenciando, assim, a necessidade de se rever e ampliar as ações que estão sendo realizadas para assistência ao uso de álcool e outras drogas pela ESF.

O reconhecido potencial das unidades da Estratégia de Saúde da Família para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas, bem como aos seus familiares, é inquestionável. Porém, o desenvolvimento deste estudo evidenciou a necessidade da padronização e sistematização da avaliação dos padrões de uso de álcool e outras drogas, preferencialmente pelo Ministério da Saúde, possibilitando assim comparativos nacionais que fomentem o melhor planejamento de ações de promoção, prevenção e assistência aos usuários destas drogas. Deve-se, ainda, considerar a carga de doenças que o consumo destas substâncias acarreta ao organismo das pessoas, gerando, conseqüentemente, altos custos para os tratamentos advindos destas complicações, além dos custos emocionais e sociais.

9-REFERÊNCIAS

9- REFERÊNCIAS¹

ABREU, A. M. M.; LIMA, J. M. B.; GRIEP, R. H. Acidentes de trânsito e a frequência dos exames de alcoolemia com vítimas fatais na cidade do Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 44-50, jan-mar. 2009.

ALARCON, S. **O diagrama das drogas: Cartografia das drogas como dispositivo de poder na sociedade brasileira contemporânea**. 2008. 331 f. Tese (Doutorado em Ciências - Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2008.

ALMEIDA-FILHO, N. et al. Determinantes sociais e padrões de consumo de álcool na Bahia, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, p. 1-13, 2004.

ALVES, H. N. et al. Perfil clínico e demográfico de médicos com dependência química. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 139-143, 2005.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.11, p. 2309-2319, 2009.

AMARO, S. **Visita domiciliar**: orientações para uma abordagem complexa. In: Desaulniers J. Fenômeno, uma teia complexa de relações. Porto Alegre: Edipucrs; 2000. p. 183-95.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-IV)**. 4 ed. Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.

ARBORELIUS, E.; DAMSTROM THAKKER, K. Why is it so difficult for general practitioners to discuss alcohol with patients? **Family Practice**, Oxford University, v.12, p.419-422, 1995.

BABOR, T. F. **AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test**: Guidelines for Use in Primary. 2 ed. Genebra: World Health Organization, 2001.

BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. **Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking**. A Manual for Use in Primary Care. Geneva: World Health Organization, 2001.

BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Programa saúde da família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v.8, n.1, p. 144 -149, 2006. Disponível em:< http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/revisao_02.htm>. Acesso em: 07 jul. 2009.

_____. Atitudes dos profissionais do Programa Saúde da Família diante do uso e abuso de drogas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.11, n. 4, p. 655-662, dez. 2007.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: COSAC, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica o Vínculo e o Diálogo Necessários: Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica**. Brasília: 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica**. 1 ed., 4 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2 ed. Brasília: 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília: Congresso Nacional, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648 de 28 de março de 2006**. Brasília: Diário Oficial da União: 2006b.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas: curso de capacitação para conselheiros municipais**. Brasília: 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.154 de 24 de janeiro de 2008**. Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Diário Oficial da União: 2008b.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Brasília: SENAD, 2009a. 364 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas**. Brasília, 2009b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_emergencial_tratamento.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília: Diário Oficial da União: 2009 c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Diário Oficial da União: 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011**. 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. Brasília: Diário Oficial da União: 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 132p.

CAHALAN, D.; CISIN, L. H.; CROSSLEY, H. M. **American Drinking Practices: A National Study of Drinking Behavior and Attitudes**. New Haven: Publications Division, Rutgers Center of Alcohol Studies, 1969. 260 p.

CARLINI, E. A. et al. Drogas Psicotrópicas – O que são e como agem. **Revista IMESC**, São Paulo, n.3, p. 9-35, 2001.

CARLINI, E. A. et al. **I - Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001**. São Paulo: CEBRID / UNIFESP, 2002.

CARLINI, E. A. et al. **II - Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil : estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005**. São Paulo: CEBRID /UNIFESP, 2006.

CARNEIRO, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista Outubro**, São Paulo, v.6, p. 115-128, 2002.

CHAIEB, J. A.; CASTELLARIN, C. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 246-54, 1998.

CHAGAS, F. G. L.; VENTURA, C. A. A. Cooperação internacional em prevenção do uso abusivo de drogas no Brasil. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v.6, n.1, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38702/41553>>. Acesso em: 15 set. 2010.

CLEVELAND, M. J. et al. The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. **Journal of Adolescent Health**, New York, v. 43, p. 157-164, 2008.

CORRADI-WEBSTER, C. M. et al. Capacitação de profissionais de Programa de Saúde da Família em estratégias de diagnóstico e intervenções breves para o uso problemático de álcool. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v.1, n.1, p. 1-10, 2005.

CORRADI-WEBSTER, C. M. **Consumo problemático de bebidas alcoólicas por mulheres: discursos e histórias**. 2009. 210 f. Tese (Doutorado em Ciências – Área: Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

COSTA, J. S. D. et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n. 2, p. 284-91, 2004.

DÍAZ HEREDIA, L. P. D.; MARZIALE, M. H. P. El papel de los profesionales en centros de atención en drogas en ambulatorios de la ciudad de Bogotá, Colombia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n. esp., mai-jun. 2010.

DUARTE, C. E.; MORIHISA, R. S. **Experimentação, Uso, Abuso e Dependência de Drogas**. In: Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar. Brasília: SENAD/ Serviço Social da Indústria, 2008. 172 p.

DUARTE, P. C. A. V.; BRANCO, A. P. U. **Processo de realinhamento da Política Nacional Antidrogas e a Legislação Brasileira sobre drogas**. In: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD). SUPERA - Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. Brasília: SENAD, 2008.

ESCOHOTADO, A. **Historia General de las Drogas**. España: Ed. Espasa Calpe, 2005. 1542 p.

FEIJÃO, F. Aspectos epidemiológicos do uso das drogas. In: Cunha Filho, H; Ferreira-Borges. Usos, abusos e dependências: Alcoolismo e toxicodependências. Lisboa: CLIMEPSI Editores, 2004.

FIGLIE, N. B. et al. AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no hospital geral? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 46, n.11, p. 589-593, nov. 1997.

FILIZOLA, C. L. A. et al. Compreendendo o alcoolismo na família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 660-70, dez. 2006.

FREITAS, I. C. M.; MORAES, S. A. Dependência de álcool e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.10, p. 2021-2031, out.2011.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. Comparações dos Resultados de Dois Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Estado de São Paulo nos Anos de 1999 e 2001. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 52, n.1, p.43-51, 2003.

GALDURÓZ, J. C. F.; CAETANO, R. Epidemiologia do Uso de Álcool no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26, p.3-6, mai. 2004.

GALDURÓZ, J. C. F. **Critérios diagnósticos: CID-10 e DSM-IV**. In: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD). SUPERA - Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. Brasília: SENAD, 2008. p.

GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X.; ABREU, C. C. A Política Antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 20, p. 267-276, 2008.

GONÇALVES, A. M. **Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: um desafio da prática do programa saúde da família**. 2002. 209f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GONÇALVES, S. S. P. M.; TAVARES, C. M. M. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra - hospitalares. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p. 586 – 92, dez. 2007.

HENRIQUE, I.F. et al. Validation of the brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, p. 199-206, 2004.

HUMENIUK, R. et al. Validation of the Alcohol, Smoking And Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Addiction, London, v. 103, n.6, p.1039-47, jun. 2008.

HUMENIUK, R.; POZNYAK, V. **Intervenção breve para o abuso de substâncias: guia para uso na Atenção Primária à Saúde**. Versão preliminar 1.1. Tradução de Telmo Mota Ronzani. São Paulo: OMS, 2004.

KANNO, N. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.21, n.4, p. 884-894, out-dez. 2012.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de Psiquiatria**. 9 ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 2007. 1586 p.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: SENAD, 2007.

LINS, M. R. S. W.; SCARPARO, H. B. K. Drogadição na contemporaneidade: pessoas, famílias e serviços tecendo redes de complexidade. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v.28, n.62, p.261-271, jul-set. 2010.

LITTLE, H J. Behavioral mechanisms underlying the link between smoking and drinking. **Alcohol Research & Health**, Rockville, v.24, p. 215-224, 2000.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, 2007.

MACIEL, M. E. D.; PILLON, S. C. Grupo de ajuda a alcoolistas: a educação em saúde na estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.15, n.3, p.552-5, jul-set. 2010.

MAGNABOSCO, M. B.; FORMIGONI, M. L. O. S.; RONZANI, T. M. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n.4, dez. 2007.

MALBERGIER, A. et al. **Síndromes decorrentes do uso de substâncias**. In Miguel EC, Gentil V, Gattaz WF, editores. Clínica psiquiátrica. Barueri: Editora Manole, 2011.

MANDÚ, E. N. T. et al. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto & contexto –enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.1, jan-mar. 2008.

MARISCAL, I. M. P.; SILVA, E. C.. Accidentes de tránsito y el consumo de alcohol en una unidad de urgencia de La Paz, Bolivia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n. esp., mai-jun. 2010.

MARQUES, A. C. P. R.; FURTADO, E. F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26, p.28-32, 2004. Supl. I.

MARTINS, R. A. et al. Padrões de consumo de álcool entre estudantes do ensino médio de uma cidade do Interior do Estado de São Paulo. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v.4, n.1, 2008. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38665/41512> >. Acesso em: 15 set. 2010.

MATHEWS, I. S.; PILLON, S. C. Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padre alcohólico, en el Perú. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n. esp., p. 359-368, mar.-abr. 2004.

MATTOS, T. M. **Visita Domiciliária**. In: Kawamoto E. E., Santos M. C. H., Mattos T. M. Enfermagem Comunitária. São Paulo: Editora Pedagógica e Universiária, 1995.

McCRADY, B. S. et al. Social environmental influences on the development and resolution of alcohol problems. *Alcoholism: clinical and experimental research*, New York, v.30, n.4, p. 688-99, 2006.

MENDÉZ, E. B. **Uma versão brasileira do AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*)**. 1999. 128f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 1999.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista Motivacional - Preparando as Pessoas para a Mudança de Comportamentos Adictivos**. Tradução Andrea Caleffi e Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 35-42, 1998.

MIRANDA, F. A. N. et al. O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso do álcool na convivência familiar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 8, n.2, p. 222-32, 2006. Disponível em:< http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_2/v8n2a07.htm>. Acesso em: 07 jul. 2009.

MORENO, R. S.; VENTURA, R. N.; BRÊTAS, J. R. S. Ambiente familiar e consumo de álcool e tabaco entre adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 354-60, 2009.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Implementação de intervenções breves para uso problemático de álcool na atenção primária, em um contexto amazônico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n. esp., p. 813-20, mai-jun. 2011.

MOUTINHO, E. C. V. S. **O enfermeiro na prevenção do uso/abuso de drogas: uma perspectiva para o Programa Saúde da Família**. 2006. 194f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

MULIA, N. et al. Preventing Disparities in Alcohol Screening and Brief Intervention: The Need to Move Beyond Primary Care. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, New York, n. 35, p. 1557–1560, 2011.

NASCIMENTO, A. B. Uma visão crítica das políticas de descriminalização e patologização do usuário de drogas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 185-90, 2006.

NOTO, A. R. **Os Índices de Consumo de Psicotrópicos entre Adolescentes no Brasil**. In: Em Adolescência e Drogas. Pinsky I e Bessa M (organizadores). São Paulo: Editora Contexto, 2004. 200p.

NOTO, A. R. et al. **Levantamento nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras - 2003**. São Paulo: Secretaria Nacional Antidrogas/Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2003.

Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas (OBID). Brasília: **Ministério da Justiça do Brasil, 2007. Informações sobre drogas: definição e histórico**. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11416&rastr o=TRATAMENTO%2FDepend%C3%A4ncia+Qu%C3%ADmica/Defini%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 09 jun. 2010.

OLIVEIRA, A. L. C. O papel da família na prevenção primária precoce do uso, abuso e dependência de drogas. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.25, n.3, jul- set. 2001.

PAIVA, F. S.; RONZANI, T. M. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 177-183, jan-mar. 2009

PINSKY I; JUNDI SARJ. O impacto da publicidade de bebidas alcoólicas sobre o consumo entre jovens; revisão de literatura internacional. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.30, n. 4, p.362-74, 2008.

PINSKY, I. et al. Patterns of alcohol use among Brazilian adolescents. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.32, p.242-249, 2010.

PIRES, R. O. M.; CARRIERI, C. G.; CARRIERI, G. G. O Estado frente à temática das drogas lícitas e ilícitas: avanços da nova legislação e desafios frente ao sistema único de saúde. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v.4, n.2, ago. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762008000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 set. 2010.

PUSCHEL, V. A. A.; IDE, C. A.C.; CHAVES, E. C. Modelos clínico e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar: bases conceituais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n.2, p. 261-8, 2006.

REED, M. et al. The relationship between alcohol use and cigarette smoking in a sample of undergraduate college students. **Addictive Behaviors**, New York, v.32, p. 449-464, 2007.

RILEY, L.; MARSHALL, M. **Alcohol and public health in 8 developing countries**. Genebra: World Health Organization, 1999.

RONZANI, T. M. et al. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.3, p. 852-861, mai-jun. 2005.

RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n.4, 2010.

SÃO PAULO (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. **Transtornos Mentais Comuns. Tabagismo. Consumo de Bebida Alcoólica**. São Paulo: CEInfo, 2011. 64 p.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, London, v.377, p. 1949-61, 2011.

SILVA, J. V. et al. High mortality, violence and crime in alcohol dependents: 5 years after seeking treatment in a Brazilian underprivileged suburban community. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.34, n. 2, p. 135-142, jun. 2012.

SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. **Consumo de drogas**. In: Borges, A. L. V.; Fujimori, E. (organizadores). *Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica*. Barueri: Manole, 2009.

SOLDERA, M.; RIBEIRO, C. L. **Consumo e dependência de álcool**. In: Barros, M. B. A.; Cesar, C. L. G.; Carandina, L.; Goldbaum, M. (org.). *As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

SOUZA, A. A. F.; BARROS, M. B. A. **Tabagismo**. In: Barros, M. B. A.; César, C. L. G.; Carandina, L.; Goldbaum, M. *As Dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas*, SP. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

SOUZA, L. M.; PINTO, M. G. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v.14, n.2, p. 374 -83, abr-jun. 2012. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.11245> >. Acesso em: 07 jul. 2009.

SOUZA, M. L. P. Expansão do Programa Saúde da Família (PSF) e identificação de problemas relacionados ao uso de álcool no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.27, n. 4, p. 342-343, dez. 2005.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2011.

SWADI, H. Individual risk factors for adolescent substance use. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v.55, p.209-224, 1999.

SZAPOCZNIK, J.; PEREZ, A. **Family Interventions**. January, 25-26, 1996.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2002.

TRINDADE, E. M.; COSTA, L. F.; ZILLI, M. M. Filhos de Baco: considerações acerca dos efeitos do alcoolismo na família. **Comunicação em ciências da saúde**, Brasília, v. 17, n. 4, p.75-282, 2006.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report 2009**. New York: UNODC, 2009. Disponível em: < <http://www.unodc.org/southerncone/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html> >. Acesso em: 09 abr. 2010.

_____. **World Drug Report 2012**. New York: UNODC, 2012.

VARGAS, D. D.; OLIVEIRA, M. A. F. D.; ARAÚJO, E. C. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.8, p. 1711-20, 2009.

VENDRAME, A. et al. Apreciação de propagandas de cerveja por adolescentes: relações com a exposição prévia às mesmas e o consumo de álcool. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.3, p. 359-65, 2009.

VIEIRA, P. C. et al. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.11, p. 2487-2498, nov. 2008. .

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Day health of youth**. 1989.

_____. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda., 1993.

_____. **The world health report 2001 – mental health: new understand, new hope**. Geneva: WHO, 2001.

_____. **Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options**. 2004a.

_____. **Global status report on alcohol**. Geneva: WHO, 2004b.

_____. **Preventing Chronic Diseases a vital investment**. Geneva: WHO, 2005.

_____. **Glossário de álcool e drogas**. Tradução e notas: J. M. Bertolote. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.132 p.

_____. **ATLAS on substance use (2010): Resources for the prevention and treatment of substance use disorders**. France: WHO, 2010a.

_____. **The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for use in primary care**. 2010b.

_____. **Noncommunicable diseases country profiles 2011**. Geneva: WHO, 2011a.

_____. **Global status report on alcohol 2011**. Geneva: WHO 2011b.

APÊNDICE A : Questionário Sociodemográfico e Clínico

Número da família no banco:	
Número do sujeito no banco:	
Data da Coleta (dia/mês/ano):	
1.1 – Sexo: 1. Feminino / 2. Masculino	
1.2 – Idade (anos completos):	
1.3 – Cor da pele: 1. Branca / 2. Negra / 3. Parda / 4. Amarela / 5. Indígena / 6 . Outra: _____	
1.4 – Religião: 1. Evangélica / 2. Crente /3. Cristão e Congregação Cristã do Brasil / 4. Católica / 5. Protestante / 6. Espírita / 7. Testemunha de Jeová / 8. Batista 9. Sem religião / 10. Outra: _____	
1.5 – Estado Civil: 1. Casado(a) ou amasiado(a) / 2. Solteiro(a) / 3. Divorciado(a) ou separado(a) / 4. Viúvo(a)	
1.6 – Grau de escolaridade: 1. Fundamental completo / 2. Fundamental incompleto / 3. Médio completo / 4. Médio incompleto / 5. Superior completo / 6. Superior incompleto / 7. Nenhum	
1.7 – Profissão:	
1.8 – Situação Laboral: 1. Autônomo ou empregado (formalmente e informalmente) / 2. Desempregado / 3. Afastado temporariamente pelo INSS / 4. Cuidando do lar / 5. Aposentado (idade ou invalidez) / 6. Estudante	
1.9 – Renda per capita da família: R\$: Renda bruta familiar R\$: Número de pessoas na família: (Valor total dos rendimentos, chamado de renda bruta familiar, dividido pelo número dos integrantes da família)	
2.1 – Você tem algum problema de saúde? 1. Não / 2. Sim Se sim, quais?	
2.2 – Você faz algum tratamento de saúde? 1. Não / 2. Sim Se sim, quais?	
2.3 – No último ano você recebeu algum atendimento ou tratamento relacionado ao uso de álcool e/ou outras drogas? 1. Não / 2. Sim Se sim, quais?	
2.4 – E na vida, você recebeu algum atendimento ou tratamento relacionado ao uso de álcool e/ou outras drogas? 1. Não / 2. Sim Se sim, quais?	

APÊNDICE B : Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título: “Avaliação dos padrões de uso de álcool e outras drogas em usuários de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família”.

Pesquisadoras: Juliana Guimarães Silva Cézar; Lucilene Cardoso.

Caro participante:

Gostaria de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada “**Avaliação dos padrões de uso de álcool e outras drogas em usuários de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família**”, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP.

O objetivo desse trabalho é analisar a prevalência de uso de álcool e outras drogas entre a população cadastrada no Núcleo de Saúde da Família. Caso aceite participar, informamos que não haverá nenhum ônus, assim como não haverá nenhuma remuneração financeira pela sua participação nesse estudo. A sua participação no estudo poderá, como benefício direto, favorecer sua reflexão pessoal sobre o uso de álcool e outras drogas e identificar situações de risco para problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Com sua participação, você estará contribuindo para reflexões e avanços no conhecimento científico sobre esta temática. Os possíveis riscos de participar do estudo são a possibilidade de se sensibilizar, se emocionar, vir a reavivar fatos passados ou sentir desconforto após a abordagem do tema do estudo. Caso ocorra alguma destas situações, a pesquisadora se compromete a acolher a demanda.

Caso aceite participar, todos os procedimentos da pesquisa irão realizar-se de forma a garantir sua privacidade. Você irá responder três instrumentos, sendo: um questionário de dados sociodemográficos e clínicos; um Teste de Identificação de Perturbações Relacionadas com o Consumo de Álcool (AUDIT); um Teste para Triagem do Envolvimento com Fumo, Álcool e outras Drogas (ASSIST). O tempo de preenchimento destes instrumentos será de aproximadamente 45 minutos. O preenchimento dos instrumentos só será feito após a prestação dos devidos esclarecimentos por parte das pesquisadoras do projeto, em local reservado do seu domicílio ou no Núcleo de Saúde da Família, conforme sua preferência e disponibilidade.

Os dados coletados pelos instrumentos serão utilizados anonimamente para o relatório final da pesquisa e publicação dos resultados em periódicos científicos. Seu nome não será divulgado em nenhuma das fases da pesquisa.

Sua participação será voluntária e você poderá cancelar seu consentimento, interrompendo sua participação, em qualquer das fases da pesquisa, se assim o preferir, sem penalização ou prejuízo algum. Você também terá direito a ser esclarecido sobre o que desejar em qualquer momento da pesquisa.

Caso sinta-se sensibilizado de alguma maneira com as perguntas que serão feitas, ou caso seja identificada pelos pesquisadores alguma situação preocupante em relação a sua saúde, sua demanda será prontamente acolhida pelos pesquisadores e será realizada uma reflexão conjunta acerca de quais procedimentos precisarão ser tomados em consideração aos seus sentimentos e necessidades.

Este termo será preenchido e assinado pelos pesquisadores e por você em duas vias. Uma delas ficará com você.

Caso necessite de esclarecimentos ou tenha alguma dúvida, você poderá entrar em contato com qualquer uma das pesquisadoras que assinam abaixo:

Juliana Guimarães Silva César

e-mail: julianacezar@usp.br

EERP-USP SALA 60 -Tel. (16) 8111-7094

Dra. Lucilene Cardoso

e-mail: lucilene@eerp.usp.br

EERP/USP SALA 60- Tel. (16) 3602 0531

Consentimento pós-esclarecido

Eu, _____, RG _____
 confirmo que as pesquisadoras me explicaram o objetivo dessa pesquisa, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram esclarecidas. Eu li e compreendi este termo de consentimento. Portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário dessa pesquisa.

Ribeirão Preto, ____/____/____

Assinatura do participante

ANEXO- A: AUDIT

AUDIT – Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

Orientação para o início da entrevista:

"Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses".

<p>1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca [vá para as questões 9-10] (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana</p> <p style="text-align: right;">☐</p>	<p>6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">☐</p>
<p>2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?</p> <p>(0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais</p> <p style="text-align: right;">☐</p>	<p>7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">☐</p>
<p>3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses de uma vez?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todas os dias</p> <p><i>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10</i></p> <p style="text-align: right;">☐</p>	<p>8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">☐</p>
<p>4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">☐</p>	<p>9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <p style="text-align: right;">☐</p>
<p>5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">☐</p>	<p>10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <p style="text-align: right;">☐</p>

ANEXO-B: ASSIST

Nome: _____ Registro: _____
 Entrevistador: _____ DATA: ____/____/____

ASSIST - OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

• SE "NÃO" em todos os itens Investigue:
 Nem mesmo quando estava na escola?

• Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista

• Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc.)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	SEMANALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU MAIS TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou éxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc.)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	SEMANALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU MAIS TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou éxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

• Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc.) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	SEMANALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU MAIS TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou éxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, malo, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da lolô)
g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
h. alucinógenos (LSD, chá-de-ilríio, ácido, passaporita, mescalina, peioté, cacto)
i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona)
j. outras – especificar:

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (<i>primeira droga, depois a segunda droga, etc.</i>), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	1 OU 2 VIZES	MESES LMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou éxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

- **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (<i>primeira droga, depois a segunda droga, etc.</i>) ?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (<i>primeira droga, depois a segunda droga, etc.</i>) e não conseguiu?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável

Uma vez por semana ou menos Ou menos de três dias seguidos	Intervenção Breve incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável"
Mais do que uma vez por semana Ou mais do que três dias seguidos	Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo*

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME <u>SOMENTE</u> das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Alcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.
 Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusiva).
 Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.
 Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.
 Nota que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

ANEXO – C: Apresentação do projeto de pesquisa no Núcleo de Saúde da Família

Ribeirão Preto, 04 de junho de 2012.

DECLARAÇÃO

Declaramos que a pesquisadora **JULIANA GUIMARÃES SILVA CEZAR** apresentou o projeto de Pesquisa intitulado: **"AVALIAÇÃO DOS PADRÕES DE USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA"**, para apreciação sendo aprovado nos Núcleo de Saúde da Família, III do Centro de Saúde Escola-Sumarezinho da FMRP-USP. A Direção Acadêmica de Ensino e Pesquisa aguarda as questões éticas a serem apreciadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa para que se inicie o desenvolvimento do mesmo.

Prof. Dra. Nereida Kilza da Costa Lima
 Diretora Acadêmica de Ensino e Pesquisa
 CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Lucilene Cardoso

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

ANEXO – D: Autorização Centro de Saúde Escola

FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO DE SAÚDE ESCOLA

Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380
Ribeirão Preto SP.
Telefone: (0**16) 3602-0000/0001
Fax: (0**16) 3602-0029

Ribeirão Preto, Preto, 06 de fevereiro de 2013.

DIREÇÃO ACADÊMICA DE ENSINO E PESQUISA **LIBERAÇÃO DE PESQUISA Nº 017/2012.**

Comunicamos que a pesquisadora **JULIANA GUIMARÃES SILVA CEZAR**, cumpriu as exigências operacionais e legais, podendo dar início à coleta de dados no Núcleo de Saúde da Família III do Centro de Saúde Escola-Sumarezinho da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para o trabalho **"AVALIAÇÃO DOS PADRÕES DE USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA"**.

Atenciosamente,

Profª. Dra. Nereida Kilza da Costa Lima
Diretora Acadêmica de Ensino e Pesquisa do
CSE-FMRP-USP

Ilma. Senhora.

Profª. Dra. Lucilene Cardoso (orientadora)

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

ANEXO – E: Aprovação Comitê de Ética e Pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PROJETO DE PESQUISA

Título: Avaliação dos padrões de uso de álcool e outras drogas em usuários de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família

Área Temática:

Área 9. A critério do CEP.

Versão: 4

CAAE: 04026912.9.0000.5393

Pesquisador: Juliana Guimarães Silva César

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 115.634

Data da Relatoria: 17/10/2012

Apresentação do Projeto:

Parecer de análise de pendências.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi acrescentado o endereço das pesquisadoras ao TCLE.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município:

RIBEIRÃO PRETO

Telefone: 1636-0233

Fax: 1636-0205

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

Considerações Finais a critério do CEP:

Acatado parecer do colegiado.

RIBEIRÃO PRETO, 04 de Outubro de 2012

Assinado por:
Lucila Castanheira Nascimento
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: 1636-0233

Fax: 1636-0205

E-mail: cep@eerp.usp.br