

MARILUCI PAIVA

**PERFIL DO ADULTO DO GÊNERO MASCULINO
COM RELAÇÃO AO USO DO ÁLCOOL
EM ÁREA ADSCRITA DO PSF**

JOINVILLE
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARILUCI PAIVA

**PERFIL DO ADULTO DO GÊNERO MASCULINO
COM RELAÇÃO AO USO DO ÁLCOOL
EM ÁREA ADSCRITA DO PSF**

Dissertação de mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde e Meio Ambiente na Universidade da Região de Joinville. Área de concentração: Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Selma Cristina Franco

Co-orientadora: Profa. Dra. Nelma Baldin

JOINVILLE
2009

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação de mestrado ao meu pai, Alfredo Paiva, ao meu sobrinho, João Pedro e a população adulta do gênero masculino do País, que necessita de um olhar humanizado às suas necessidades e processos de adoecimento.

Ofereço esse estudo a todos os profissionais da Atenção Primária, em especial, aos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Joinville e seus gerentes (GUAB).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os “afetos” bons que fizeram e fazem parte da minha vida, aqueles que me fizeram ser uma pessoa idealizadora e feliz. Dentre esses devo mencionar, de maneira fenomenológica, significativa, temporal, e inclusiva, minha companheira há 18 anos, Andréia de Araripe Lopes, e minha mãe, Dalva Paiva.

Agradeço a todos os mestres da minha jornada, atualmente de 44 anos, aqueles que me ensinaram a pensar, a gostar de estudar e a resignificar muitos valores com a luz do conhecimento. Nesta lista devo mencionar o corpo docente do MSMA, e em especial a minha orientadora, Dra. Selma Cristina Franco, que me ofereceu a oportunidade dessa pós-graduação e cumpriu sua tarefa cuidadosamente, com muita competência e responsabilidade, e a minha co-orientadora, Dra. Nelma Baldin que, com sua sabedoria, abrilhantou nossa obra.

Agradeço aos meus parceiros de equipe do Programa Saúde da Família do Boehmerwaldt II, em especial aos agentes comunitários de saúde, que participaram da pesquisa como entrevistadores, e aos gestores que autorizaram e apoiaram a mesma.

Finalizando, preciso agradecer a todos os autores que consultei e me fundamentaram para atual a pesquisa, afinal, agora sim, tenho noção de como se faz uma produção científica, de como exige tempo, trabalho, interesse pelo tema e responsabilidade, principalmente, com a produção de um artigo, para que se transforme toda essa dedicação em saber público.

Termo de Aprovação

Perfil do adulto do gênero masculino em relação ao uso do álcool em
área adscrita de PSF

Mariluci Paiva

Dissertação julgada para obtenção do título de Mestre em Saúde e Meio Ambiente, área de concentração Saúde e aprovação em sua forma final pelo Programa de Mestrado em Saúde e Meio Ambiente da Universidade da Região de Joinville.

Profa. Doutora Selma Cristina Franco
Orientadora

Profa. Doutora Cladir Teresinha Zanotelli
Coordenadora do Programa de Mestrado em Saúde e Meio Ambiente

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Selma Cristina Franco
Orientadora

Profa. Dra. Nelma Baldin
Co- Orientadora

Prof. Dr. Edson Campos
Professor do curso de Medicina da UNIVILLE

Prof. Dr. Marco Aurélio da Rós
Professor do Programa de Mestrado em Saúde
Pública da UFSC

“Para prevenir o consumo de drogas é preciso admitir que o fenômeno do seu uso é um problema relacionado não somente com a natureza da substância ou com a conduta individual, mas também, como uma questão social e, ainda mais, que tem lugar em um momento e em um contexto histórico determinado.”

*Fernando Amarante Filho
Eli Sinnot Silva*

RESUMO

O consumo de álcool é altamente prevalente em nosso país, especialmente entre adultos do gênero masculino. O uso de alto risco afeta a saúde e, por isso, torna-se um problema de saúde pública que pode ser enfrentado no contexto da Atenção Primária à Saúde, considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. O objetivo deste estudo foi conhecer o perfil dos homens adultos cadastrados em uma área de uma Unidade de Saúde da Família (PSF), no município de Joinville, SC. Além disso, propôs-se a quantificar e agrupar os sujeitos em zonas de risco de consumo e identificar associações entre o uso de álcool e características sócio-demográficas e comorbidades. Finalmente, apresentou uma proposta de intervenção educativa para mudar os hábitos de consumo entre os usuários de alto risco. A metodologia quantitativa constou de uma etapa inicial observacional, transversal, tipo inquérito domiciliar e outra na qual se realizou uma Intervenção educativa e motivacional, conhecida como intervenção breve nos indivíduos que faziam uso nocivo do álcool. 564 homens adultos participaram do estudo, correspondendo a 57,6% dos homens residentes na área. Os resultados mostram uma distribuição homogênea para o uso de álcool entre as faixas etárias. A maioria dos sujeitos (86,5%) é de cor branca, reside com outra pessoa (96,1%), possui orientação religiosa (90%), trabalha (78,8%) e pertence à classe sócio-econômica C (55,6%). A idade média de início do consumo do álcool foi 16 anos. A grande maioria (78,3%) está na faixa de consumo leve, 21,7% na faixa de alto risco para adoecimento e 5,9% na faixa de uso abusivo e dependência química. As variáveis associadas na análise estatística univariada com uso nocivo do álcool foram: idade de início do uso do álcool, classe sócio-econômica C, morar com alguém, trabalhar, cardiopatia, uso de tabaco, problemas de memória, sofrer acidente, cometer violência, sofrer violência, depressão e/ou ansiedade. Somente o uso de tabaco se manteve estatisticamente significativo na análise multivariada por regressão de Poisson. A intervenção breve reduziu a faixa de risco em todos os sujeitos que aceitaram participar. Conclui-se que é possível, no cenário de Atenção Primária

à Saúde, identificar e interferir sobre o uso nocivo do álcool em homens, reduzindo o risco.

Palavras chaves: Consumo de Bebidas Alcoólicas; Gênero e Saúde; Alcoolismo; Programa Saúde da Família; Educação da População.

ABSTRACT

The consumption of alcohol is highly prevalent in our country, specially among male adults. The high risk use affects health and so, becomes a public health problem that should be faced in Primary Care context, considered the main gate to the National Health System. The aim of this study was to know the profile of adult males, registered in one area of a Family Health Unit, in the municipality of Joinville, SC. It also intended to quantify and group participants into risk zones of consumption and also to identify association between the use of alcohol and socio-demographic characteristics and comorbidities. Finally, it evaluated an educational intervention for altering consumption habits among the high risk users of alcohol. The quantitative methodology consisted of an initial observational and cross-sectional phase, a domiciliary survey, and a qualitative one, making an educational and motivational intervention, known as brief intervention, over the individuals considered harmful drinkers of alcohol. 564 adult males participated in the study, corresponding to 57,6% of all men living in the area. The results show a homogeneous distribution for the use of alcohol among all ages. Most of the participants (86,5%) are caucasian, live with someone else (96,1%), follow a religious orientation (90%), work (78,8%) and belong to socio-economic class C (55,6). The mean age of the beginning of the consumption of alcohol was 16 years. Most of them (78,3%) were in the light consumption level, 21,7% in the high risk of sickening level and 5,9% in the substance abuse and chemical dependent level. The variables related to harmful use was: tabaco. The brief intervention reduced the level of risk for all 100% of the individuals. It was concluded that it is possible, at the Primary Health Care scenario, to identify and to interfere over the harmful use of alcohol among men, reducing the risk.

Key words: Alcohol Drinking; Gender and Health; Alcoholism; Family Health Program; Population Education.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<u>1. INTRODUÇÃO</u>	<u>9</u>
<u>2. REVISÃO</u>	<u>13</u>
2.1 Dionísio, o deus mitológico usuário de álcool.....	13
2.2 Bases filosóficas da fenomenologia e conhecimento sujeito.....	15
2.3 Cultura categorias sociais e um olhar sistêmico do indivíduo e do fenômeno do homem e o uso do álcool.....	19
2.4 História da utilização do álcool pela humanidade.....	22
2.5 Epidemiologia do uso do álcool no Brasil.....	26
2.6 O Álcool e seus efeitos patogênicos no organismo humano.....	30
2.7 Intervenção Breve.....	37
<u>3. METODOLOGIA</u>	<u>43</u>
3.1 Universo da pesquisa.....	43
3.2 Procedimentos metodológicos.....	45
<u>4. RESULTADOS E DISCUSSÕES</u>	<u>50</u>
<u>4.1</u> Perfil dos sujeitos da pesquisa.....	<u>50</u>
4.2 Características dos sujeitos segundo zonas de risco do uso do álcool.....	56
4.3 Análise de risco do uso nocivo de álcool	

Utilizando a Razão de Prevalência por Regressão de Poisson.....	67
4.4 Intervenção Breve.....	71
<u>5. CONCLUSÃO.....</u>	<u>79</u>
<u>REFERÊNCIAS.....</u>	<u>81</u>
<u>APÊNDICE 1..... (Termo de consentimento).....</u>	<u>88</u>
<u>APÊNDICE 2 (Questionário de variáveis sócio-demográficas e comorbidades).....</u>	<u>89</u>
<u>APÊNDICE 3 (Autorização do serviço- SMS).....</u>	<u>90</u>
<u>APÊNDICE 4 (Instrumento utilizado na Intervenção Breve).....</u>	<u>91</u>
<u>ANEXO1 (AUDIT).....</u>	<u>92</u>

1. INTRODUÇÃO

O uso nocivo do álcool é considerado um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Estudos nacionais identificam que a sua prevalência é 3 a 7 vezes maior no gênero masculino do que no gênero feminino. O processo histórico e cultural da humanidade favorece o consumo de álcool pela população sendo identificado que 74,6% de pessoas já fizeram uso de álcool na vida (GALDURÓZ, 2006; ANDRADE e D ANDREA, 2006; CEBRID, 2005).

No Brasil este problema adquire grande magnitude e relevância social, pela alta prevalência, 11,2% a 12,3% de dependentes químicos do álcool na faixa etária acima de 12 anos, sendo que a média para homens (gênero masculino) é de 19,5%. Conforme o II levantamento domiciliar elaborado pelo CEBRID em 2005 a prevalência estimada na região sul é de 9% e 91% das internações hospitalares por dependência química estão relacionadas ao álcool e suas conseqüências como os acidentes automobilísticos, pois 27,2% das vítimas possuem alcoolemia superior a 0,6g/l, a qual interfere no grau de consciência dos motoristas (GALDURÓZ, 2006; ANDRADE e D'ANDREA, 2006; CEBRID, 2005).

Ainda como agravante, existe a relação entre os pais dependentes químicos de álcool e o aumento de quatro vezes na probabilidade dos filhos se tornarem também usuários de alto risco de álcool no futuro. Desta forma, a abordagem familiar e individual precoce é justificada para prevenção na patogênese do alcoolismo (FERNANDES e CURRA 2006).

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou atenção básica como é nomeada no Brasil tem a missão de oferecer um conjunto de ações voltadas para o uso nocivo do álcool, pois, existe uma alta prevalência dessa condição e o tratamento não demanda grande densidade tecnológica (BRASIL, 2006a).

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção de saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas, participativas sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, sobre as quais assume responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem tais populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e com baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006a).

Neste nível de atenção inclui-se o Programa Saúde da Família (PSF), estratégia iniciada pelo Ministério da Saúde do Brasil em 1994 e atualmente considerada como prioritária para a reorganização da atenção básica (BRASIL, 2006a).

As equipes do PSF devem identificar precocemente o usuário de álcool em risco, ou seja, o uso de alto risco para adoecimento e nocivo a saúde e participar efetivamente na redução da morbimortalidade em decorrência deste uso abusivo (BRASIL, 2006b).

Com este objetivo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou e validou um instrumento facilitador para identificar este uso de risco: o Teste para

Identificar Distúrbios relacionados ao uso do Álcool: AUDIT. O AUDIT gradua progressivamente o consumo e caracteriza o aumento do risco de adoecimento pelo álcool antes mesmo da dependência estar instalada (WAGNER, 2006; RONZANI; FORMIGONI; DEMICHELI 2006).

Diante desse quadro, a presente pesquisa teve como objetivo principal conhecer o perfil dos adultos do gênero masculino cadastrados em área do Programa Saúde da Família (PSF), no município de Joinville, SC, em relação ao uso de álcool. Secundariamente, propôs-se a quantificar e agrupar os sujeitos em zonas de risco de consumo do álcool, identificar associações entre o uso de álcool e as condições sócio-demográficas e comorbidades. Concomitantemente buscou-se apresentar uma proposta de intervenção educativa e motivacional chamada de Intervenção Breve (IB) sobre os indivíduos que se encontravam na zona III de risco de consumo do álcool.

O estudo está organizado com a seguinte estrutura: a introdução; o segundo capítulo, referente à revisão que discorre sobre: Dionísio, o deus mitológico usuário de álcool; bases filosóficas da fenomenologia e conhecimento do sujeito; cultura, categorias sociais e um olhar sistêmico do indivíduo e do fenômeno homem e uso do álcool; história da utilização do álcool pela humanidade; epidemiologia do uso do álcool no Brasil; o álcool e seus efeitos patogênicos no organismo humano e intervenção breve; o terceiro capítulo descreve a metodologia, relatando os procedimentos metodológicos utilizados na fase de campo da pesquisa, incluindo as características do bairro e da comunidade que nele reside, bem como os diferentes instrumentos utilizados para coletar os dados, o preparo da coleta e o treinamento dos entrevistados entre outros. No quarto capítulo, são apresentados os resultados

e as discussões dos mesmos buscando-se correlacionar os achados do estudo com a literatura a respeito do uso de álcool. No quinto capítulo, conclui-se o estudo com as considerações finais.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Dionísio, o deus mitológico usuário de álcool.

Um mito é uma narrativa sobre a origem de alguma coisa, podendo ser entendido como a cosmogonia, uma narrativa sobre a organização do mundo a partir das forças geradoras (pai e mãe) divinas; e a teogonia, a narrativa da origem dos próprios deuses a partir de seus pais e antepassados. Essas narrativas seriam feitas por poetas que teriam proteção e inspiração divina e talvez sejam os primeiros escritos sobre os acontecimentos e suas origens (CHAUI, 2005b).

O deus Dionísio, que mitologicamente é identificado como o deus do vinho participava de seus cultos juntamente com seus seguidores, pois adorava pessoas, dançar e beber vinho. Este mesmo deus fazia rituais divinos envolvendo vinho, mulheres, sexo, crueldade, e somente subiu ao Olimpo quando conseguiu rever sua mãe que o deixou órfão e com fixação de querer encontrá-la (BARTHES, 2003; BOLTON, 2004).

O uso de substâncias faz os homens perderem parte do controle racional e se aproximarem de uma liberdade emocional fantasiosa, paradisíaca, ou até se sentirem próximos dos céus ou, talvez, assemelhados ao deus Dionísio. Este mito pode ser uma primordial narrativa sobre a relação do homem e sua escolha de uso do álcool como substância que afeta sua psique aliviando sofrimento e afrouxando nós psicológicos para que seja declarada a necessidade da sua aproximação com a genitora que o havia abandonado. É, pois uma possível definição metafísica das dualidades do homem, seus conflitos psicológicos relacionados aos genitores e a escolha da

substância química como um caminho fácil para alívio de sofrimento (BOLTON, 2004; BARTHES, 2003; MESSAS, 2006).

O álcool, esta substância galvânica, conforme Barthes (2003) faz uma conversão, é capaz de virar as situações em opostos, transformar o fraco em forte de forma temporal e fantasiosa (BOLTON, 2004; BARTHES, 2003).



Figura1: Dionísio, deus grego usuário de álcool. ¹
Fonte: www.pt.wikipedia.org/wiki/Dionísio.

¹ Dionísio, Diónisos ou Dioniso (do grego Διόνυσος ou Διόνυσος) era o deus grego equivalente ao deus romano Baco, das festas, do vinho, do lazer e do prazer. Filho de Zeus e da princesa Semele.

2.2 Bases filosóficas da fenomenologia e conhecimento do sujeito.

O entendimento do complexo fenômeno que envolve o indivíduo e o uso do álcool se aprofundará nas bases epistemológicas dos filósofos contemporâneos do existencialismo de Heidegger a Sartre os quais foram seguidores da fenomenologia de Husserl e sucessores de Hegel criador do idealismo dialético e metafísico. Contextualizando o indivíduo em seu meio real identificou-se, nesse caminho, um possível contraponto ideológico na dialética do materialismo histórico de Marx (CHAUÍ, 2005a; LYTORARD, 1986).

No final do século XVIII adentrando ao séc. XIX, na Alemanha, o filósofo Hegel se baseando no iluminismo alemão e impulsionado por um processo europeu da revolução francesa, com o ideal de liberdade e dignidade do homem, inicia sua formação na teologia protestante e, posteriormente, torna-se professor da universidade de Jena, onde escreveu sua primeira grande obra, “fenomenologia do espírito”, publicada em 1807. Em 1818 chegou ao ápice de sua carreira ocupando a cadeira de filosofia da Universidade de Berlim, quando publicou “os princípios da filosofia do direito”, em 1821, esta publicação recebeu posteriormente crítica violenta de Marx. Segundo Arantes (2005, p.9), o pensamento da dialética para Hegel se descreve:

Para Hegel, enquanto as coisas- em- si estiverem fora do alcance da razão, esta continuará a ser mero princípio subjetivo, privado de poder sobre a estrutura objetiva da realidade, e o mundo se separa em duas partes: a subjetividade e a objetividade, o pensamento e a existência.

O homem que perdeu a sua unidade e totalidade com o mundo, que não consegue trazer natureza e sociedade para si, reunir as partes, na análise da razão estará condenado à frustração. O mundo dos fatos não é racional, mas tem que ser trazido à razão, a uma forma na qual a realidade corresponda

efetivamente à verdade, conforme Hegel: o que é racional é real e o que é real é racional, há uma necessária, total, substancial identidade entre a razão e a realidade (ARANTES, 2005).

Essas proposições dão um caráter processual de toda a realidade conforme a dialética do pensamento hegeliano. No processo histórico existe uma coexistência do público e privado, das forças e da liberdade e, como consequência, regras e aceitações que fundamentadas pela razão fariam parte desse processo contínuo (ARANTES, 2005). A dialética hegeliana auxilia a discussão e o entendimento da temática do uso do álcool quando se percebe que esta escolha pelo uso do álcool e a evolução para a dependência química como fuga da realidade se apresenta como sinônimo da frustração de não alcançar com a razão a realidade própria do indivíduo que inclui a droga como artifício de liberdade e exclusão da realidade individual, familiar e social.

Nascido no império Austro-Húngaro, no séc.XIX, o filósofo Edmund Husserl formula o método fenomenológico. Neste, procura descrever a estrutura peculiar de cada um dos atos e de cada um de seus correlatos ou significações (noemas). A fenomenologia é, portanto, a descrição das experiências da consciência como atividade do conhecimento. O mundo ou realidade é um conjunto de significações que são produzidos pela consciência ou pela razão, sendo a razão a doadora de sentido (CHAUÍ, 2005a; LYTORARD, 1986; FORGHIERI, 1993).

Nesse encaminhamento, entende-se que a consciência é sempre intencional e está constantemente voltada para o objeto. A intencionalidade é essencialmente o ato de atribuir um sentido, é ela que unifica que faz a correlação e se traduz na percepção. É a percepção que dá significação ou

sentido a um ser, é a sua essência, ou o fenômeno. A filosofia que estuda o fenômeno é a fenomenologia (CHAUÍ, 2005b, p202; LYTORARD, 1986; FORGHIERI, 1993).

Husserl desenvolve o conceito de percepção e significação como processo do conhecimento do sujeito difundindo a idéia de unidade de Hegel. No processo vincula este fenômeno à interação do sujeito com suas vivências e faz uma crítica ao psicologismo da época diferenciando a psicologia da fenomenologia (CHAUÍ, 2005b, p203; LYTORARD, 1986; FORGHIERI, 1993).

A fenomenologia tem como objetivo primordial a investigação da psicopatologia tal qual é vivida pelo sujeito que faz uso do álcool, oferecendo um procedimento de análise e intervenção, por via empática, das estruturas da vivência, com significações estruturadas no decorrer do desenvolvimento neuropsíquico e biológico, as longitudinais; e periódicas ou temporárias, as transversais (MESSAS,2006).

O método fenomenológico por sua fecundidade foi considerado por Heidegger e Sartre, no início do século XX, como o mais adequado à análise das questões da existência. Heidegger enfatizou o caráter hermenêutico da fenomenologia descrevendo que o desvelar constante do fenômeno ocorre no tempo. Temporalidade e espacialidade se conjugam em situações culturais e sociais específicas, possibilitando leituras nos determinados momentos históricos. Sartre combinou a análise fenomenológica com a dialética marxista. Os dois filósofos buscaram compreensões renovadas e aprofundadas pela tradição filosófica de Hegel e Husserl (LAPORTE e VOLPE, 2000).

Esses existencialistas se referem ao homem como ser ativo no mundo. Ele organiza o mundo, cria espaços de forma a disponibilizar as coisas, o

arruma e desarruma conforme sua cultura e interesse pessoal aproximam-se ou distanciam-se segundo seus desejos e necessidades, existindo uma tendência essencial de proximidade. Heidegger percebe que a crise da cultura ocidental era ontológica porque o homem caiu no esquecimento do seu ser e sua relação com a terra. Busca, inclusive, uma recuperação dionisíaca se referindo que essa ligação que propicia uma integração humanizante, dando sensação de segurança e de enraizamento (como retorno ao útero). E a essa abdição exigida pela liberdade, o homem arrisca-se, e inicia seu processo de amadurecimento humano hermenêutico (LAPORTE; VOLPE, 2000).

Heidegger se preocupa com o neoliberalismo internacional que cria um mundo voltado para coisas e objetos, mercadológico, propagando uma liberdade de fronteiras, acessível e veloz, mas estabelecendo a barreira do capital. Em contraponto, se defronta com um extremo nacionalista que radicaliza e diferencia os homens definindo castas superiores e, dominantes (LAPORTE; VOLPE, 2000; COX, 2007; HEIDEGGER, 2007).

Sartre inclui a escolha do homem, sendo o peso da liberdade tão intenso que não há determinismos que possam cercear o poder ser. A Liberdade concretiza-se em ação que o homem se mostra nu, constituindo seus valores e se escolhendo, como primordial. Por conseguinte, escolhendo a humanidade e sua abrangência universal e, neste contexto, faz um elo com a dialética marxista que referencia a alienação do homem no mundo do capital como força de trabalho distanciado dos significados e motivos da existência (LAPORTE e VOLPE, 2000 e COX, 2007, HEIDEGGER, 2007).

A descrição de Sartre sobre o Ser- para- si, o Ser- para- outros e o corpo como a consciência do indivíduo em suas modalidades e construção, sua

relação com a liberdade e fenômeno da má-fé, a temporalidade e certeza da morte e finitude revelam significados e motivações individuais imensuráveis. Essa autenticidade está relacionada com a finitude, pois toda pessoa é genuína e legítima (COX, 2007; HEIDEGGER, 2007).

Atualmente, no Brasil, a fenomenologia estrutural vem sendo considerada como a base de método para o conhecimento e intervenção em processos psicopatológicos envolvendo o uso de substâncias psicoativas como o álcool, tal qual vivida pelas pessoas. Nesse entendimento, definem-se categorias longitudinais e transversais para auxílio do estudo de caso, valorizando a complexidade do sujeito, seu momento histórico cultural no Brasil, sua finitude e sua legitimidade como pessoa única (MESSAS, 2006).

2.3 Cultura, categorias sociais e um olhar sistêmico do indivíduo e do fenômeno homem e uso do álcool.

A dinâmica da cultura é construída pelo homem incluído num sistema social, com a soma de potencialidades, estimulado pelo meio e pela sociedade. A harmonia cultural depende de uma gama de variáveis que gera adaptações sócio-culturais dos indivíduos (MARCONI e PRESSOTTO, 1998).

A cultura geralmente adaptada à ambiência local é consequência de escolhas dos seres humanos a normas, adotando uma forma de viver normativa. Não existe sociedade humana sem cultura e vice-versa. Homem, sociedade, e cultura se desenvolvem adaptativamente num meio geográfico próprio (MARCONI e PRESSOTTO, 1998).

O indivíduo se torna humano a partir de suas relações com outros seres humanos. Desde o nascimento com as potencialidades hereditárias e as

imposições normativas da cultura, a criança participa de um processo de aprendizagem contínuo: condicionamento consciente e inconsciente orientando-a e canalizando seus impulsos pessoais para as expectativas sócio-culturais, resultando na produção de personalidades que caracterizam individualmente os membros de um grupo, isto é a endocultura. O indivíduo submetido à endocultura estará em condições de participar de uma sociedade (MARCONI E PRESSOTTO, 1998).

A sociologia através de estudos estatísticos censitários reúne categorias que possuem significação sociológica e valores sociais. As principais categorias sociais são: parentesco, riqueza, ocupação, educação, religião e fatores biológicos. Nessas categorias estão definidas todas as condições imputadas aos indivíduos por sua condição genética e orientação cultural de forma que este se perceba incluído e com expectativas de conquista de seu status na sociedade (LAKATOS e MARCONI, 1999).

A princípio, a família foi um fenômeno biológico de conservação e produção, posteriormente transformou-se num fenômeno social. Segundo Murdock a família é um grupo social caracterizado pela residência comum, com cooperação econômica e reprodução, sendo que para Lakatos e Pressotto (1998):

A família, em geral, é considerada o fundamento básico e universal das sociedades, por se encontrar em todos os agrupamentos humanos, embora variem as estruturas e o funcionamento.

A família é o primeiro grupo social do qual o indivíduo faz parte e do qual sofre influência durante toda a sua vida, trata-se da criação da endocultura. A construção desta percorre a dialética continuidade-mudança, entre vínculos de

pertencimento e necessidade de individuação. É um sistema aberto, dinâmico e complexo, cujos membros pertencem a um mesmo contexto social, é o lugar de reconhecimento da diferença e do aprendizado quanto ao unir-se ou separar-se; é a sede das primeiras trocas afetivo-emocionais e da construção da identidade (FERNANDES e CURRA, 2006).

A dinâmica familiar se manifesta através da comunicação e da caracterização de papéis, de normas e regras estabelecidas dentro deste sistema. As fases da vida de cada indivíduo e, portanto, seu ciclo de vida temporal interfere nesta dinâmica e nos significados dos acontecimentos (FERNANDES e CURRA, 2006).

Uma categoria biológica que é definida como sexo feminino ou masculino também recebe orientação das escolhas coletivas e culturais da sociedade e da família. Neste contexto se encontra o conceito de gênero que se traduz por uma rede de crenças, traços de personalidade, atitudes, sentimentos, valores, condutas e atividades que diferenciam mulheres e homens e o desenvolvimento da masculinidade e feminilidade (PORCHAT, 2005).

Segundo Judith Butler, o gênero deve ser considerado um ato performático, sendo um ato, uma ação pública, encena significações já estabelecidas socialmente e desse modo funda e consolida o sujeito. São palavras e gestos que ao serem expressos criam uma realidade, produzem uma ilusão de que existem seres homens e seres mulheres, mantendo a divisão binária de gênero, fazendo coisas que são ditas: “coisas de homem e coisas de mulher” (BUTLER, 2003).

Considerando para esse entendimento, que a identidade de gênero refere-se ao senso pessoal de masculinidade ou feminilidade e que este papel é a expressão pública desta identidade (KAPLAN e SADOCK, 1990).

Messas (2006, p.86), possibilita uma exemplificação da associação do contexto familiar, orientação de gênero e atitude de uso em relação ao álcool:

Homem de 50 anos nasceu em uma família de oito. Desde os 10 anos de idade já consumia bebidas alcoólicas com seu pai, que lhe fazia buscar no bar para beberem juntos. Suas três irmãs foram abusadas sexualmente pelo pai, tornando-se prostitutas. Na adolescência envolveu-se cada vez mais com a bebida, o pai dizia que homem que é homem bebe e transa com mulheres, por várias vezes presenciou brigas de seus pais quando o pai estava embriagado. No casamento bebia junto com a esposa cerca de 2 garrafas de aguardente, ficava violento, violentou a cunhada e a engravidou, teve 3 filhas com as quais mantinha relações sexuais. Tinha dificuldades de se manter nos empregos. Sua filha mais velha atualmente ainda mantém relações sexuais com o pai e as outras duas são homossexuais, sendo que uma delas sofre de obesidade mórbida...

O relato acima declara que o ambiente familiar de construção da identidade do sujeito, da endocultura, e das primeiras experiências de afeto também pode ser danoso e promotor de desvios de comportamento e adaptações ao sofrimento e a desvalia. É nesse contexto que a visão integral do sujeito referenciada na fenomenologia estrutural e abordagem sistêmica possui caráter preventivo e de promoção à saúde (FERNANDES e CURRA 2006).

2.4 História da utilização do álcool pela humanidade.

O uso de álcool faz parte da história da humanidade, pois há milênios os seres humanos descobriram o seu efeito liberador, euforizante e prazeroso conforme expressa Vaissman (2004). Este histórico remonta aproximadamente há 6.000 anos a.C. diferenciado por diversos padrões de cultura, sendo que o

mesmo demonstra que o álcool era utilizado em rituais religiosos e em momentos de convívio social (JORGE et al, 2003).

Diversas substâncias inclusive o álcool eram usados por povos primitivos com ação medicamentosa para alívio de seus enfermos, sendo que em diversas culturas foram encontrados registros antigos como nas tabuínhas suméricas de Nippur, nos papiros egípcios, nos textos védicos da Índia, no Shen Nung Pen-Ts' chinês, no Avesta iraniano, nos livros de Chilam Balam, dos Incas e Maias, nos Códices de Sahagún e Badiano , dos astecas e o no antigo testamento da bíblia(AFORNALI e ARAÚJO, 2007).

Em eventos sociais para definições de acordos, redações de contratos e partilhas, elaboração de contratos de venda de imóveis onde pesavam os diretos familiares de propriedade sempre havia a inclusão da cerveja ou dos fermentados de tâmaras. Nos banquetes, onde o álcool soltava a língua auxiliando a expressão sem que se escondesse a essência de um pensamento, o álcool servia como preâmbulo para decisões que eram deixadas, para o dia seguinte quando os vapores do álcool não toldavam os espíritos (AFORNALI e ARAÚJO, 2007).

Nas festas religiosas eram oferecidos os “*agapae*”, bebida do amor como era chamado o vinho fornecido para religiosos, monges e aos clérigos. Esta era entendida como um ato que estreitava a comunhão entre vivos e mortos e facilitava a aceitação dos homens para efetuar tarefas com mais constância. Há relatos de uma primeira ofensiva cristã contra uso excessivo do álcool quando o rei bizantino, Sigurd da Noruega ordenou que seus súditos e guerreiros bebessem menos vinho, pois estavam morrendo como moscas nas batalhas (AFORNALI e ARAÚJO, 2007).

A cerveja por ter um teor alcoólico menor e por fornecer calorias era amplamente utilizada no norte e leste da Europa pelos trabalhadores braçais, sendo que o vinho era a bebida das elites sociais. Nas regiões da média Europa a cerveja mesmo sendo mais barata e mais energética coexistia com o vinho. A partir do séc. XVI, o hábito de ingerir bebidas alcoólicas se difunde, iniciando pelos países do norte e leste europeu, também em zonas rurais, sendo a vodka russa fabricada com aveia cereal (AFORNALI e ARAÚJO, 2007).

Na França e na Itália a bebida dominante era o vinho, sendo posterior o incremento do consumo de cerveja na França. Na Inglaterra e Alemanha a cerveja era predominante. Esses hábitos foram disseminados culturalmente e historicamente para países setentrionais e todo o mundo (AFORNALI e ARAÚJO, 2007).

Em 1700, um religioso conhecido como reverendo Todi, de origem italiana, identificou que muitos fiéis não vinham à igreja, pois queriam beber e que alguns saíam no meio do culto para ingerir bebida alcoólica. Para evitar perda de fiéis o sacerdote criou uma poção que continha vinho, ervas e vitaminas para que os interessados utilizassem antes do culto. Esta “poção de Todi” foi utilizada por muito tempo para pacientes com risco de abstinência do álcool. Historicamente, até o século XVIII, o uso do álcool apesar de polêmico não era considerado um problema que aumentasse o risco de conflitos sociais ou grave adoecimento individual (AFORNALI e ARAÚJO, 2007; VAISSMAN, 2004).

A partir do século XIX, com o advento da era industrial, a preocupação com o adoecimento individual aumenta muito, pois para a produção fabril é

necessária a força de trabalho do homem. Concomitantemente, se identifica o aumento do absenteísmo, de conflitos internos, e de acidentes no ambiente de trabalho devido ao consumo abusivo do álcool. Neste período, Troter e Magnus Huss, respectivamente, na Inglaterra e na Suécia, descreveram sobre o uso excessivo de álcool em adultos como uma entidade clínica de adoecimento, em contraposição à idéia vigente de vício, um problema individual de comportamento (VAISSMAN, 2004).

Em 1849 Magnus Huss conceituou o alcoolismo crônico, sendo que este passou a ser considerado como doença. A Organização Mundial da Saúde em 1843 organiza a primeira Classificação Internacional de Doenças (CID) e causas de óbitos e inclui na seção II – Doenças gerais, o alcoolismo agudo e crônico (PULCHERIO; BICA; SILVA, 2002).

O interesse social e econômico de produção industrial e a caracterização do uso do álcool como nocivo à saúde se revelam na elaboração das leis. Nos EUA, em 1918, foi instaurada a lei seca, porém após muitos manifestos essa lei foi revogada em 1930. O uso do álcool se torna um complicador social e em 1935 surge a organização dos Alcoólicos Anônimos (JORGE et al, 2003).

Em 1948, na CID 4 a Organização Mundial de Saúde inclui o alcoolismo como doença que afeta o organismo como um todo. Em 1960, Elvin Jellinek propõe uma tipologia com 5 categorias: alfa (abusador); beta (uso nocivo); gama (dependência grave com perda do controle; delta (dependência grave com influência cultural); e épsilon (dipsomania= ingestão em surtos). Também nesta década Genvieve Knupfer enfoca o alcoolismo não só como doença física e mental, mas também com seus componentes legais, familiares e econômicos; a CID 8 inclui o termo abuso de drogas em 1967. A CID 9 inclui o

termo dependência em 1977 e a última CID10 que está em uso atualmente cria uma categoria específica para os transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de substâncias e substitui o conceito de uso abusivo por uso nocivo crônico (PULCHERIO; BICA.; SILVA, 2002; VAISSMAN, 2004).

2.5 Epidemiologia do uso do álcool no Brasil.

O uso do álcool impõe ao Brasil uma carga de agravos indesejáveis e extremamente dispendiosos. A magnitude e complexidade do quadro epidemiológico recomendam uma gama de respostas políticas para enfrentamento decorrentes deste problema (MELLO; MELLO; KOHN, 2007).

A coleta de informações para estudos epidemiológicos engloba inúmeras dificuldades, algumas já melhoradas e facilitadas como os critérios diagnósticos e o uso de testes já validados pela OMS. Porém ainda se mantém importantes fatores já relatados em trabalhos anteriores como preconceitos, estigmatizações e inclusive a ausência de informações em atestado de óbito (COUTINHO, 1992).

Outro fator epidemiológico relevante em relação ao uso do álcool está relacionado à violência e ao período de maior consumo deste. O uso abusivo de álcool nos finais de semana, associado às pressões sócio-econômicas, ao estilo educacional rígido e punitivo pode conduzir as famílias a comportamentos violentos impulsionados e modulados pelo álcool (MELO et al, 2005).

Estudos sobre violência identificaram que o uso de álcool estava associado a comportamento violento, demonstrando 43% das vítimas que necessitavam de atendimento por ato violento em hospitais americanos

possuíam alcoolemia positiva. O uso de álcool pelo gênero masculino apresentou-se como fator de risco para violência entre casais, marido e mulher. Os acidentes de trânsito também estão diretamente relacionados ao uso do álcool, sendo demonstrado que 50% de mortes ocorridas no trânsito nos EUA em 1990 tiveram o álcool como fator associado. (MINAYO, e DESLANDES, 1998).

Segundo Vaissman (2004), o alcoolismo é uma doença “democrática”, pois atinge igualmente todas as classes e segmentos sociais, não existindo uma comprovação de uma personalidade pré – alcoólica que cedo ou tarde desenvolverá esta doença. Sabe-se que a origem da dependência alcoólica e de outras dependências químicas é de ordem multifatorial. Portanto, haveria causas psicológicas, socioculturais (ação do estresse no ambiente de trabalho, tipo de ocupação, fatores étnicos) e biológicas (ligadas às teorias metabólicas e genéticas)(VAISSMAN, 2004). Os múltiplos fatores envolvidos na psicopatogênese da dependência química relacionada ao uso do álcool têm como centro o desenvolvimento e a maturação do sistema neuropsíquico do homem, juntamente com o fortalecimento cultural de gênero que se inter-relacionam pela condição genética, pelo funcionamento neurobiológico, pela influência do ambiente histórico e temporal e pelo comportamento guiado pela personalidade (FORMIGONI; KESSLER; PECHANSKY, 2006).

O alcoolismo é o segundo transtorno psiquiátrico mais prevalente no mundo, sendo superado somente pelo transtorno depressivo. Estudos norte americanos apontam uma prevalência de 13,8% de dependência ou abuso de

álcool na população adulta americana e uma associação inversa entre alcoolismo e renda. (GRANT; HASIN et al, 2005).

A Secretaria Nacional Anti-Drogas (SENAD) em sua publicação SUPERA: Sistema para detecção do abuso e dependência de substâncias psicoativas recomenda encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Pela publicação SUPERA, identifica-se que 90% da população já usou bebida alcoólica durante a vida; 60 a 70% bebe habitualmente; 40% teve problemas temporários com o uso de álcool; 20% dos homens e 10% das mulheres usam abusivamente e 10% dos homens e 3% das mulheres são dependentes de álcool. A faixa etária que mais consome álcool é de 20 a 40 anos, com freqüentes problemas clínicos e psiquiátricos, sendo o 1º episódio agudo na adolescência e o início da dependência entre os 20 e 30 anos (FORMIGONI, KESSLER, PECHANSKY, 2006).

O consumo de bebida alcoólica se encontra no topo das inúmeras pesquisas sobre a incidência de consumo de substâncias psicoativas no Brasil. O uso abusivo representa um dos graves problemas de saúde pública no nosso país, tendo uma prevalência de 11,2 % na população entre 15 e 65 anos. (JORGE et al, 2003; GALDURÓZ, 2006).

Os transtornos associados ao alcoolismo apresentam uma prevalência no sexo masculino de 6% a 13% e no sexo feminino de 0,7% a 1,4% (CARDIM et al, 1986).

Um estudo que avaliou jovens e o uso do álcool por um mês identificou que o uso freqüente, o uso pesado e a ocorrência de intoxicações agudas (“porres”) foram predominantes no sexo masculino. Identificando o álcool como substância mais consumida por adolescentes, muito à frente do tabaco, tendo

seu início precoce e sendo relacionado à quantidade de vezes que o jovem já se intoxicou até os 16 anos para uma conduta de uso nocivo e dependência na vida adulta. (TAVARES, BÉRIA e LIMA, 2001).

Em estudo que avaliou fatores de risco identificou-se que filhos de pais alcoolistas manifestam maior risco de apresentarem problemas emocionais e que tem quatro vezes mais predisposição para desenvolver alcoolismo em relação aos pares. Os jovens que se demonstram mais inseguros, mais “nervosos” ou com irritabilidade aumentada e contida necessitam 3,3 vezes mais de usar o álcool para conseguirem se relacionar e ter amizades. A atitude de rebeldia e desafio do adolescente também aumenta em 1,75 vezes o risco de uso do álcool. Esses fatores foram significativamente estatísticos com $p < 0.035$ (MATHEWS e PILLON, 2004).

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas psicotrópicas (CEBRID) elaborou dois grandes estudos nacionais, o I levantamento brasileiro domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas em 2001 e o II levantamento domiciliar em 2005, os quais evidenciam a preponderância do gênero masculino em relação ao uso nocivo do álcool, com média de 17,1% de homens com dependência do álcool e 5,7% de mulheres sendo a média de 11,2%. O II levantamento mostra 12,3% de média de dependência química entre os gêneros, sendo 19,5% no gênero masculino. O estudo especifica a região sul com 9% de DQ do álcool e a faixa etária entre 18 e 34 anos, a de maior relevância. (MELLO; MELLO; KOHN, 2007; CEBRID, 2001; CEBRID, 2005).

Em estudo na cidade de Rio Grande (RS) realizado por Primo e Stein (2004) descreve-se que 5,5% da população abusam do álcool e 2,5% é

dependente e que o grupo formado por homens fumantes e de baixo nível sócio-econômico é mais vulnerável ao álcool.

Ainda em relação a essa abordagem epidemiológica, encontra-se referência em Campos (2005) que apresenta uma teoria cultural do contágio a propósito da doença alcoólica, apontando reflexões sobre esta concepção a respeito ligada a um contexto sociocultural específico. As possibilidades de contágio estão ligadas às representações construídas sobre o álcool e o alcoolismo, entendido como uma doença física e moral, seus efeitos atingindo o conjunto das relações sociais, familiares e profissionais. Neste estudo antropológico da experiência do alcoolismo entende-se o alcoolismo como uma doença contagiosa a partir das representações culturais, das práticas sociais e da reconstrução da identidade e significados (CAMPOS, 2005).

2.6 O Álcool e seus efeitos patogênicos no organismo humano.

Wagner (2006) faz referência à grandeza das ações do álcool no organismo, relatando que por escolha o indivíduo em uso dessa substância se inclui nesse processo de adoecimento:

O álcool é considerado uma droga, isto é, uma substância que introduzida voluntariamente ou involuntariamente no organismo, provoca modificações psicológicas e/ ou somáticas em um ou mais órgãos, O seu uso envolve fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais.

A nomenclatura química do álcool é etanol, que pode ser obtido por fermentação de determinados produtos como uva e cereais, ou por destilação de bebidas fermentadas para obter bebidas com maior teor alcoólico. O conteúdo de álcool nas bebidas é expresso em graus Gay-Lussac (°GL) que corresponde ao número de mililitros de etanol em cada 100 ml da bebida,

assim tem-se na cerveja de 4° a 5°GL, nos vinhos de 8° a 14°GL e nos destilados de 40° a 50° GL. (VAISSMAN, 2004).

A ingestão do etanol promove absorção e posterior metabolismo sendo que 10% é eliminado pelos rins e pulmões e o restante é oxidado a uma taxa praticamente constante de 30g de álcool a 40% por hora. Se a pessoa bebericar a esta velocidade não acumulará álcool no corpo e não ficará intoxicada, de acordo com Kaplan e Sadock, (1990). O álcool tem seu efeito sobre o cérebro conforme a concentração sanguínea encontrada (KAPLAN e SADOCK, 1990). A intoxicação aguda pelo álcool é produzida de acordo com a alcoolemia, sendo que níveis acima de 25 a 30 mg/100ml já provocam alteração de comportamento e constituem o limite impeditivo para a condução de automóveis, conforme legislação em vigor até maio de 2008. Em julho de 2008 entrou em vigor a “lei seca”, no Brasil, que define que o motorista não pode possuir nenhum grau de alcoolemia, sendo este punido com a apreensão da carteira de habilitação por um ano. A figura 2 mostra os níveis de alcoolemia para 100 ml de soro e os respectivos efeitos no sistema nervoso cerebral em bebedores esporádicos e crônicos, conforme o Ministério da Saúde do Brasil, 1994.

Níveis mg/100ml	Bebedores esporádicos	Bebedores crônicos
50	Euforia adequada	Nenhum efeito nocivo
75	Loquacidade	Frequentemente sem nenhum Efeito
100	Falta de coordenação motora	Sinais mínimos de falta de Coordenação motora
125- 150	Comportamento impulsivo e/ou inadequação, e descontrole episódico	Agradável euforia/ ou Começo de falta de coordenação motora
200- 250	Diminuição do nível De consciência à letargia	Esforço para manter o controle Motor e emocional
300- 350	Do estupor ao coma	Sonolência e lentidão
Acima de 500	Pode ocorrer morte	Coma

Figura 2: Graus de intoxicação alcoólica.

Fonte: Ministério da Saúde, 1994, Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo.

O consumo abusivo do álcool também designado uso nocivo de álcool é considerado de 30g ou mais por dia para o gênero masculino, o que se equivale às zonas II e III de risco pelo teste AUDIT para identificação de distúrbios relacionados ao uso do álcool, AUDIT, quando apresenta pontuação superior a 8. Já a dependência química do álcool é definida pelo teste CAGE, com 1 ou mais respostas positivas ou zona de risco IV no teste AUDIT, pontuação superior a 20. (WAGNER, 2006; LIMANSKY e SCHOJ, 2002; RONZANI; FORMIGONI; DEMICHELI, 2006; PRIMO e STEIN, 2004).

O instrumento CAGE, é considerado positivo se uma das quatro perguntas do teste for positiva. Tem 70% de sensibilidade e 80% de especificidade para diagnosticar o alcoolismo (LIMANSKY e SCHOJ, 2002). A sigla CAGE é composta pelas letras iniciais das perguntas, em inglês, relacionadas ao consumo do álcool:

C: (cut down), Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida?

A: (annoyed), As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

G: (guilt), Você se sente culpado pela maneira que costuma beber?

E: (eyes opening), Você costuma beber de manhã para diminuir o nervosismo e ou a ressaca?

Este instrumento também pode ser aplicado de forma indireta, ou seja, fazendo as perguntas à esposa do alcoolista, estando comprovado que aumenta a sensibilidade do mesmo (WAGNER, 2006).

O instrumento AUDIT (alcohol use disorders identification test) traduzido como teste para identificação de distúrbios relacionados ao uso do álcool tem uma sensibilidade de 92% e especificidade de 94%. Neste, a soma de 10 pontos caracteriza o usuário de alto risco do álcool e uso nocivo, ou segundo orientação da Secretaria Nacional Antidrogas do Ministério da Saúde que organizou em zonas de risco conforme os escores do AUDIT mostrados na figura 3 (WAGNER, 2006; RONZANI, FORMIGONI; DEMICHELI, 2006).

Nível de Risco	Intervenção	Escores
Zona I	Prevenção primária	0-7
Zona II	Orientação básica da equipe de saúde, prevenção secundária	8-15
Zona III	Intervenção breve e monitoramento	16-19
Zona IV	Encaminhamento para serviço especializado	20-40

Figura 3: Classificação/ escore de risco para uso de álcool de acordo com o AUDIT.
 Fonte: FORMIGONI et al. c, in SUPERA 2006.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), o homem pode beber até 21 doses de álcool por semana, não excedendo quatro a cinco doses em um dia, sem que haja dano à sua saúde, Considera-se como dose o equivalente a 1 lata de cerveja(350 ml), um cálice de vinho(90 ml) ou 1 dose (40 ml) de destilado. O consumo superior a esses valores já caracteriza o homem, pessoa do gênero masculino, como bebedor problema ou bebedor excessivo, conforme Limansky e Schoj (2002) e usuário de risco, segundo Ronzani, Formigoni e Demicheli (2006).

Os bebedores excessivos ou de risco frequentemente não são identificados ou considerados como pessoas adoecendo, por isso permanecem sem orientação, apesar de serem considerados de risco elevado para inúmeras condições clínicas individuais, além de fonte de sofrimento familiar. Este grupo de homens e todos os considerados com doença instalada, abusadores do álcool e dependentes, bem como suas famílias, devem ser incluídos na abordagem dos serviços de atenção primária (WAGNER, 2006).

Os efeitos psicoativos do álcool são definidos na Classificação internacional das doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde, (OMS) (1995) apresentada na figura 4.

F10-01	Uso nocivo para a saúde
F10-02	Síndrome de dependência
F10-03	Síndrome de abstinência
F10-04	Síndrome de abstinência com delírio
F10-05	Transtorno psicótico
F10-06	Síndrome amnésica
F10-07	Transtorno psicótico residual (demência, flashbacks
F19	Síndrome de Korsakov

Figura 4: Classificação Internacional das Doenças para uso nocivo do álcool (OMS, 1995).

O indivíduo que faz uso nocivo do álcool proporciona ao seu organismo, órgãos e sistemas um processo patogênico causado pelo álcool. Vários tecidos são acometidos ocasionando na pele, foliculites, rosácea, psoríase, eritema palmar, aranhas vasculares, (spiders); no sistema digestivo ocorrem náuseas e vômitos matinais, dispepsia, úlcera, refluxo gastro esofágico, disfagia, diarreia recorrente, anorexia; no sistema cardiovascular acometido por hipertensão arterial sistêmica (HAS) sendo o alcoolismo a causa secundária mais freqüente de HAS, palpitação, taquicardia, arritmias, alterações coronarianas; no sistema respiratório com bronquites de repetição, pneumonia, tuberculose, doença pulmonar obstrutiva crônica; no sistema endócrino e geniturinário e no metabolismo com hiperglicemia ou hipoglicemia, na sexualidade com disfunção

sexual erétil, atrofia testicular, ginecomastia; no sistema nervoso ocasionando insônia, ansiedade, depressão, libido reduzida; no sistema músculo-esquelético iniciando quadros de gota, e miopatias (LIMANSKY e SCHOJ, 2002).

Os sujeitos desta pesquisa, oriundos de uma cultura brasileira, na região Sul do País e neste momento histórico de 2008 apresentam diferentes formas de consumo de álcool e por sua vez são caracterizados por situações distintas que possibilitam fenômenos próprios. A primeira condição é caracterizada pelo homem que não faz uso de álcool, e não solicita nenhuma ação do serviço de saúde; a segunda condição é caracterizada por uso leve ou de baixo risco e deve receber orientações de prevenção primária de forma simples e multiprofissional; a terceira condição se caracteriza por um grupo de homens que fazem uso do álcool configurando um alto risco para adoecimento e devem ser alertados de forma educativa também por equipe multiprofissional, estando esse grupo sem caracterização de adoecimento instalado; a quarta condição se caracteriza por uso nocivo, com alto risco de adoecimento precedendo a dependência química mas já com identificação de conseqüências orgânicas. Para este grupo é indicada a intervenção breve para atuar nesse processo de adoecimento, faz-se prevenção secundária, a qual deve ser realizada pelo médico da equipe do PSF; a quinta condição é caracterizada pelo uso nocivo com dependência química e nesta etapa da doença já há necessidade de uma equipe de saúde mental atuando com toda a equipe do PSF na tentativa de resgate desses sujeitos gravemente adoecidos (WAGNER, 2006; RONZANI; FORMIGONI; DEMICHELI, 2006).

O estudo da fenomenologia auxiliou o entendimento desse complexo universo de pessoas e o consumo do álcool, porém a equipe do

PSF em seu papel no Sistema de Saúde Público do Brasil pode participar de formas diferentes com a percepção , zoneamento de risco, prevenção e recuperação dessas pessoas (WAGNER, 2006; RONZANI; FORMIGONI; DEMICHELI, 2006b).

2.7 Intervenção Breve

No Brasil, a idéia da intervenção breve (IB) foi difundida por uma importante e pioneira pesquisadora da área - Dra. Jandira Masur (1940 - 1990), professora universitária, que criou na Escola Paulista de Medicina um dos primeiros grupos de pesquisadores brasileiros que se propunham a estudar cientificamente problemas relacionados ao uso de álcool. A efetividade do tratamento para pessoas com este tipo de problema se sustentou nas experiências canadenses de Sanches, Craig e colaboradores. , Formigoni et al (2006c) descrevem- na da seguinte forma:

A técnica de Intervenção Breve (IB) foi proposta como uma abordagem terapêutica para usuários de álcool, em 1972, por Sanchez-Craig e colaboradores, no Canadá. Refere-se a uma estratégia de intervenção bem estruturada, focal e objetiva, que utiliza procedimentos técnicos, permitindo estudos sobre sua efetividade. Um objetivo importante da IB é ajudar no desenvolvimento da autonomia das pessoas, atribuindo-lhes a capacidade de assumir a iniciativa e a responsabilidade por suas escolhas. Originalmente, a IB foi desenvolvida a partir da necessidade de uma atuação precoce junto a pessoas com histórico de uso prejudicial de álcool e/ou drogas, incentivando-as a parar ou reduzir o consumo das drogas (Neumann, 1992). No entanto, ela pode ser utilizada em outros contextos e com outras populações, como em ambulatórios de diabéticos ou hipertensos.

A estratégia de IB para os sujeitos que se encontram em zona III de risco de uso do álcool se sustenta na condição distinta deste fenômeno. Neste momento o indivíduo faz uso nocivo do álcool, mas não se encontra em

dependência química, está consciente de seus atos em relação ao consumo de álcool e das conseqüências pessoais, familiares e profissionais, porém desconhece a continuidade do processo e a gravidade para sua estrutura psico-orgânica de acordo com Ronzani , Formigoni e De Micheli, (2006):

A IB para abordagem do uso de álcool e outras drogas tem conquistado espaço entre os profissionais de saúde de diferentes formações. Ainda não é tão utilizada quanto necessário, devido à falta de capacitação desses profissionais, embora o treinamento nesta técnica seja muito simples. Na verdade, você chegará à conclusão de que muitas vezes já realizou "intervenções breves", de uma forma intuitiva, usando sua experiência profissional e sua experiência de vida.

A IB é considerada proposta para prevenção primária e secundária ²para uso do álcool objetivando identificar a presença do problema, a gravidade e motivar o indivíduo à escolha consciente de mudança de comportamento. Previne ou reduz o consumo do álcool e problemas associados e orienta de modo focal³ e objetivo sobre os efeitos e conseqüências relacionadas ao consumo nocivo (RONZANI, FORMIGONI, DE MICHELI 2006).

Ronzani, Formigoni , De Micheli (2006), e Wagner (2006) clareiam a importância dos serviços de saúde atuarem, com:

² Prevenção primária: no caso de uso abusivo de substâncias, refere-se à intervenção junto à população antes da existência do primeiro contato com a droga; seu objetivo é impedir ou retardar o início do consumo de drogas. Prevenção secundária: intervenção realizada após o primeiro contato com a droga já ter ocorrido; seu objetivo é evitar a progressão do consumo e minimizar os prejuízos relacionados ao uso.

³ A IB pode durar desde 5 minutos, na forma de orientação breve, até 15 a 30 minutos. Por essa razão, ela deve ser focal (focando na problemática principal) e objetiva. De modo geral, indica-se a utilização da IB em uso de álcool e outras drogas, para indivíduos com uso abusivo ou de risco. Casos graves (dependentes) devem ser encaminhados para serviço especializado porque, em geral, esses indivíduos apresentam uma gama enorme de problemas relacionados ao uso de drogas e uma intervenção breve não seria capaz de contemplar muitos aspectos, que poderiam ser importante (FORMIGONI et al.,2006)).

A detecção do uso de álcool e/ou outras drogas em serviços de atenção primária à saúde (detecção precoce) pode aumentar a identificação de pessoas com uso de risco de substâncias psicoativas, o que aumenta ainda mais a efetividade da intervenção. Recomenda-se que a triagem seja feita de forma sistematizada, usando instrumentos padronizados e, de preferência, validados para uso em nosso país, como o AUDIT e o ASSIST, para a população adulta, ou o DUSI e o T-ASI para população de adolescentes (RONZANI, FORMIGONI, DE MICHELI, 2006).

A triagem para identificar o risco de uso do álcool facilita o direcionamento do sujeito à IB conforme os princípios definidos pela SENAD.

Os princípios da IB segundo Miller e Sanchez (1993) apud Demicheli , Formigone e Ronzani (2006)⁴ direcionam a intervenção focal e objetiva da seguinte forma:

1. F (feedback): Triagem ou Avaliação do uso de substância e devolutiva ao paciente - nesta primeira etapa, avalia-se o consumo de álcool e/ou drogas e problemas relacionados a esse consumo, por meio de instrumentos padronizados. Após esta avaliação, o paciente recebe um retorno ou "feedback" sobre os riscos presentes em seu padrão de consumo. Isso poderá servir também de ponto de partida para convidar o paciente a receber sua intervenção.

2. R (responsibility): Responsabilidade e Metas. Nessa etapa, será realizada uma "negociação" entre o profissional e o paciente, a respeito das metas a serem atingidas no tratamento, nos casos de consumo moderado (para usuários de drogas lícitas, sem diagnóstico de dependência e que desejarem tentar esta meta) ou abstinência da substância (para usuários de drogas ilícitas ou com dependência já estabelecida).

3. A (advice): Aconselhamento. Vários estudos indicam que orientações claras sobre a diminuição ou interrupção do uso de drogas reduzem o risco de problemas futuros, aumentam a

⁴ Miller e Sanchez (1993) propuseram alguns elementos essenciais ao processo de Intervenção Breve. Esses elementos têm sido reunidos usando a abreviação FRAMES (que em inglês significa "moldura", enquadramento, ou seja, você irá "enquadrar" os seus procedimentos neste esquema).

percepção do risco pessoal e fornecem um motivo para que o paciente considere a possibilidade de mudança do comportamento.

4. M (menu of options): Menu de opções de estratégias para modificação do comportamento (reduzir ou parar o consumo) Nesta etapa, o profissional busca identificar, junto com o paciente, as situações de risco que favorecem seu consumo de substâncias, tais como: onde ocorre o uso, em companhia de quem ou em que situações (sociais ou de sentimentos pessoais). Por meio desta identificação, o profissional orienta o paciente no desenvolvimento de habilidades e estratégias para evitar ou lidar de outra forma com essas situações de risco.

5.E (empathy): empatia. Evite ter um comportamento confrontador ou agressivo. Demonstre ao paciente que você está disposto a ouvi-lo e que entende seus problemas, incluindo a dificuldade de mudar.

6. S (Self-efficacy): auto-eficácia. O objetivo é aumentar a motivação do paciente para o processo de mudança, auxiliando-o a ponderar os "prós" e "contras" associados ao uso de substâncias psicoativas. Você deve encorajar o paciente a confiar em seus próprios recursos e a ser otimista em relação a sua habilidade para mudar o comportamento, reforçando os aspectos positivos.

A possibilidade de utilizar a IB no contexto da atenção primária do SUS no Brasil foi a principal inspiração da presente pesquisa e o projeto AUDIT-IB de Juiz de Fora, Ribeirão Preto, Estados Unidos e África do Sul⁵ foi a referência principal desta etapa da pesquisa (FORMIGONI et al, 2006).

Na pesquisa de Ronzani et al (2005) identificou-se 77,8% de pessoas na zona I de risco pelo AUDIT, 15,1% na zona II de risco , 3,3% em zona III e 3,8% na

⁵ **Projeto AUDIT-IB** - juntamente com pesquisadores de Juiz de Fora, Ribeirão Preto, Estados Unidos e África do Sul, com o objetivo de treinar profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde para fazer a detecção do uso abusivo de álcool usando o AUDIT e realizar Intervenção Breve. Outro objetivo deste estudo era avaliar em que medida os conceitos que os profissionais tinham a respeito do assunto, e as dificuldades encontradas influenciavam na implantação daquele modelo de atendimento. A Intervenção Breve se encaixa perfeitamente na forma de trabalho do profissional de Atenção Primária

zona IV, o estudo ainda reforça a maior prevalência da dependência do álcool em homens com 11,8% , sendo 1,98% nas mulheres.

O Projeto ASSIST-IB⁶ ⁷ avaliou a eficácia da intervenção breve , ou se somente o fato de fazer o diagnóstico já poderia provocar a redução do consumo, sendo que metade dos pacientes recebeu a Intervenção Breve imediatamente após a primeira aplicação do ASSIST (grupo IB) e metade deles (grupo controle) só recebeu a Intervenção Breve três meses depois, imediatamente após a segunda aplicação do ASSIST. Os resultados demonstraram que o grupo que recebeu a IB logo após o diagnóstico de uso abusivo do álcool reduziu o risco nos três meses e o grupo que não recebeu a IB manteve alto risco do uso do álcool (FORMIGONI, et al 2006c).

Esses dois estudos são referenciados pela SENAD, no módulo quatro do SUPERA e relatam a importância da intervenção Breve, com impacto na morbidade do uso nocivo do álcool e prevenção primária de acidentes de

⁶ **Projeto ASSIST-IB** - juntamente com pesquisadores de Curitiba, Diadema, (Brasil) e de outros países (Austrália, Estados Unidos, Inglaterra, Índia, Tailândia e Zimbábue), o projeto tem a finalidade de testar a viabilidade de uso de um instrumento padronizado para detecção do uso abusivo de álcool e outras drogas (o ASSIST, que já foi apresentado no módulo 3) associado à Intervenção Breve.

⁷ **Usuários de Risco ou Abuso de Álcool**

Grupo intervenção: receberam imediatamente a IB, folhetos educativos e um manual de auto-ajuda

Grupo controle: não receberam a IB logo após a detecção.

Após 3 meses: (Seguimento) Para os 2 grupos foi reaplicado o ASSIST e o grupo controle recebeu a IB somente depois da IB.

Pessoas com Dependência - Foram encaminhadas para serviços especializados (CAPS ad) ou ambulatórios especializados.

trânsito, violência familiar, prevenção secundária da dependência química do álcool e inúmeras patologias já citadas anteriormente.

3. METODOLOGIA

3.1 Universo da pesquisa

A pesquisa foi realizada na área de abrangência de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, organizada segundo o modelo da equipe Saúde da Família, localizada no bairro Boehmerwald, numa localização periférica do Município de Joinville, Santa Catarina, região sul do Brasil (IPPUJ,2009).

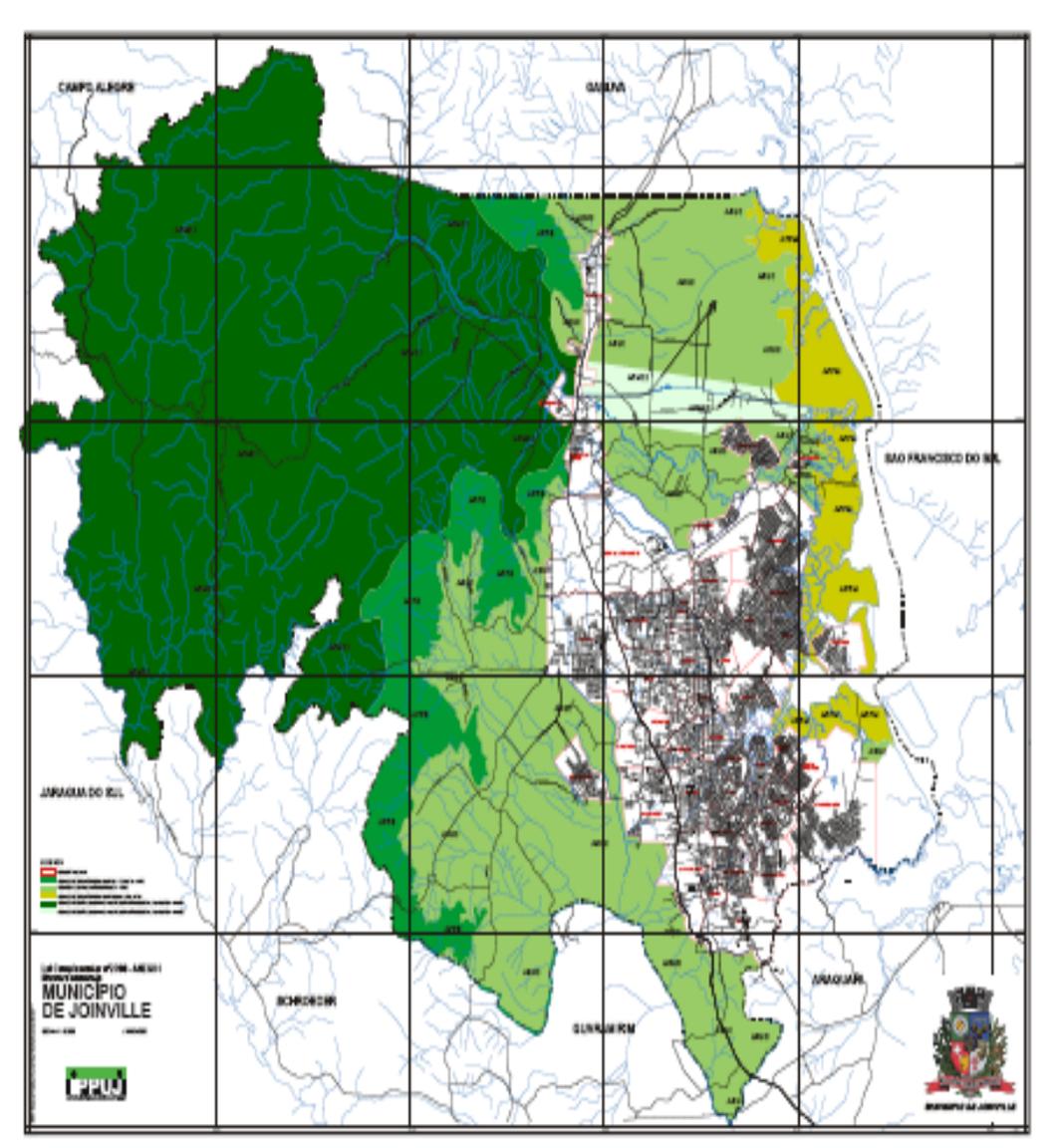


Figura 4: Mapa de Joinville. Fonte IPPUJ, 2009.

O bairro Boehmerwald (Bosque encantado) foi criado pela lei 3.237 em 11 de Dezembro de 1995, apresenta uma população de 12.553 habitantes e área de 3,15 Km² dados atualizados em 2007, se localiza na região sul da cidade(IPPJ,2009).



Figura 5: Mapa do bairro Boehmerwald. Fonte IPPJ, 2009.

Foi inicialmente habitado por descendentes de alemães, porém, atualmente após uma avaliação da demanda que procura a Unidade de Saúde sugere-se uma população de origem heterogênea com descendências diversas. A base de sustentação econômica do bairro é o comércio, já que não possui indústrias e a sua população trabalha em empresas fora do bairro, no comércio local ou em serviços públicos. A organização comunitária é identificada pela associação de moradores e conselho local de saúde atuantes. A maioria da população participa de cultos religiosos e não existem áreas de lazer públicas ou privadas. O saneamento básico do bairro é precário, sendo que predominam as fossas sépticas nos domicílios. Não há drenagem ou tratamento dos dejetos sanitários.

A oferta de serviço de saúde se traduz em 2 Unidades Básicas de Saúde com 4 equipes de PSF(503, 504, 505 e 506).

3.2 Procedimentos metodológicos

A presente pesquisa foi estruturada utilizando abordagem quantitativa. A primeira etapa foi observacional, transversal, do tipo inquérito domiciliar, e descreveu as características dos sujeitos, analisando as associações com os fatores estudados. A segunda etapa, com bases na análise descritiva estudou os dados coletados de forma a relacionar as informações ao contexto social, familiar e individual, com os fundamentos da fenomenologia. Buscou-se o entendimento da constituição do sujeito estudado e do fenômeno expressado pelas atitudes do homem consumidor de álcool. Esta etapa aconteceu por meio de uma intervenção educativa e motivacional que convencionalmente é chamada de Intervenção Breve pela Secretaria Nacional Anti-Drogas (SENAD),

a qual foi seguida de uma avaliação de seu impacto e conteúdo (DUARTE e BARROS, 2005; HULLEY et al, 2003; FRANCO, BALDIN , GONÇALVES et al, 2008).

O período de coleta dos dados na pesquisa de campo foi de fevereiro a junho de 2008.

Os sujeitos da pesquisa foram os homens (gênero masculino) cadastrados no PSF. Os critérios de inclusão dos sujeitos na pesquisa foram: ser homem com idade igual ou superior a 18 anos; ser cadastrado pela equipe do PSF na área 505 da unidade de saúde Boehmerwald II; possuir condições cognitivas para compreender e consentir em participar; autorizar, após esclarecimentos, a utilização dos dados fornecidos (Apêndice 2).

Foram definidos dois instrumentos para a coleta de dados:

1) O instrumento AUDIT, que é um teste para identificar distúrbios relacionados ao uso do álcool, com alta sensibilidade(92%) e especificidade(94%) par o uso abusivo do álcool, previamente validado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo o seu escore a variável de desfecho (Anexo 1). O teste AUDIT consta de 10 perguntas fechadas sobre o uso do álcool e permite categorizar os indivíduos em quatro zonas de uso do álcool: zona I com escore de 0 à 7 considerada sem risco, zona II com escore de 8 à 15, já considerado uso de risco, zona III com escore de 16 à 20 considerado de alto risco e zona IV com escore acima de 20 considerado dependência química do álcool. (RONZANI, FORMIGONI e MICHELI, 2006).

2) Utilizou também um questionário fechado (Apêndice 2), previamente testado em área de PSF semelhante aquele onde o estudo foi aplicado, contendo variáveis sócio-econômicas e comorbidades, as quais foram as

variáveis independentes classificadas como qualitativas nominais: com quem fez uso da bebida alcoólica pela primeira vez; cor; origem étnica dos familiares; residir com alguém; trabalho no momento da entrevista; origem da renda; religião; presença de familiar que faz uso abusivo de álcool ou é dependente; existência de bar perto de sua casa, e comorbidades: hipertensão arterial, problemas no fígado, sofreu acidente, sofreu violência, cometeu violência, problemas de equilíbrio, intoxicação por outra droga, esquecimento, tuberculose, tabagismo, depressão ou ansiedade, problema no coração; qualitativas ordinais: escolaridade e classificação sócio-econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP); quantitativas contínuas: idade no momento da pesquisa; idade que fez uso de álcool pela primeira vez. (FRANCO et al., 2004; WAGNER, 2006; RONZANI et al, 2006).

Os instrumentos foram aplicados pelos sete agentes comunitários de saúde (ACS) que atuam na área 505 da unidade básica de saúde da família, os quais foram treinados pela pesquisadora e supervisionados durante o estudo piloto e durante a coleta propriamente dita.

O estudo piloto constou da aplicação de 10 questionários por 14 ACS, totalizando 140 questionários aplicados na área 506 do mesmo bairro, e serviu para esclarecer as dúvidas, ajustar o vocabulário e reformular o instrumento.

As entrevistas ocorreram nos domicílios, durante as visitas que esses profissionais realizam. Na situação em que os homens não estavam em casa, adotou-se a seguinte orientação: esclarecimento da esposa sobre a entrevista e, posteriormente, coleta dos dados pelos ACS em outra visita. Na situação em que o sujeito ou a esposa não estavam em casa, programou-se uma nova visita no próximo mês, sendo definido que o ACS retornaria ao domicílio até

completar quatro tentativas para coleta dos dados. Após isto, considerou-se perda.

No universo das famílias cadastradas nesta Unidade de PSF havia 980 homens com idade superior a 18 anos e que estavam inclusos como sujeitos. Todos foram visitados e aqueles encontrados foram convidados a participar da pesquisa.

Os sujeitos que estavam em zona de risco I e II do AUDIT receberam orientações. Os de zona III foram convidados a participar da intervenção breve, a qual foi aplicada nos 5 primeiros que aceitaram o convite, conforme o modelo do SUPERA (Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento). Após 3 meses aplicou-se novamente o AUDIT nesses sujeitos. Os sujeitos que estavam em zona IV foram encaminhados.

O banco de dados foi digitado no programa Epidata versão 3.1, para posterior análise estatística no programa Epi-info versão 6.04. Para analisar possíveis associações entre a variável dependente e as variáveis de interesse, foram calculadas as Razões de Prevalência e o Intervalo de Confiança de 95%, obtidos pela Regressão de Poisson. Esse método tem sido considerado adequado para estudos transversais, tanto na análise univariada quanto para a construção do modelo multivariado. O modelo final foi construído com a inclusão de todas as variáveis que se associaram a um nível de confiança inferior a 0,10 na análise univariada e, mantendo no modelo final apenas aquelas que apresentaram associação com nível de significância inferior a 0,05 na análise multivariada (FLETCHER e FLETCHER, 2006).

Durante a digitação do banco de dados, os sujeitos que estavam em zona de risco III do AUDIT foram identificados e convidados a participar da abordagem educativa motivacional, a intervenção breve, a qual foi aplicada nos 5 primeiros que aceitaram o convite. Estes foram submetidos a IB conforme o modelo do SUPERA a que compreende 6 etapas de abordagem: 1) feedback; 2) responsabilização; 3) aconselhamento; 4) menu de opções; 5) empatia; 6) auto-eficácia (Apêndice 4) (FORMIGONI, LACERDA; VIANNNA e RONZANI 2006c; POPE, 2005; MESSAS, 2006).

Nessa fase da pesquisa para este grupo de sujeitos foi aplicada uma análise qualitativa utilizando a referência de Messas (2006) que define: categorias longitudinais, aquelas relacionadas ao desenvolvimento neuropsicomotor e estrutura biológica, e categorias transversais, aquelas relacionadas à temporalidade das vivências, fundamentada na fenomenologia e conseqüentemente com avaliação dos significados e da temporalidade de cada indivíduo, que na atual pesquisa foi avaliado com o AUDIT e encontrou-se na zona III de uso de risco de álcool (MESSAS, 2006).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade da Região de Joinville/ UNIVILLE (COEP), em setembro de 2007, conforme parâmetros descritos na resolução 196/96 e suas complementares, no processo nº. 032/07 (Apêndice 3) (FRANCO et al 2008).

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA

No universo de 980 adultos do gênero masculino residentes na área 505 do PSF, foram encontrados 564 homens que aceitaram participar da presente pesquisa, representando 56,7% da população de homens adscritos nesta área de abrangência do bairro Boehmerwald, e que possibilitou delinear o seguinte perfil descritivo.

Os indivíduos estudados eram adultos com mais de 18 anos de idade e as faixas etárias tiveram distribuição homogênea até 59 anos, havendo um declínio após os 60 anos como mostra a figura 1.

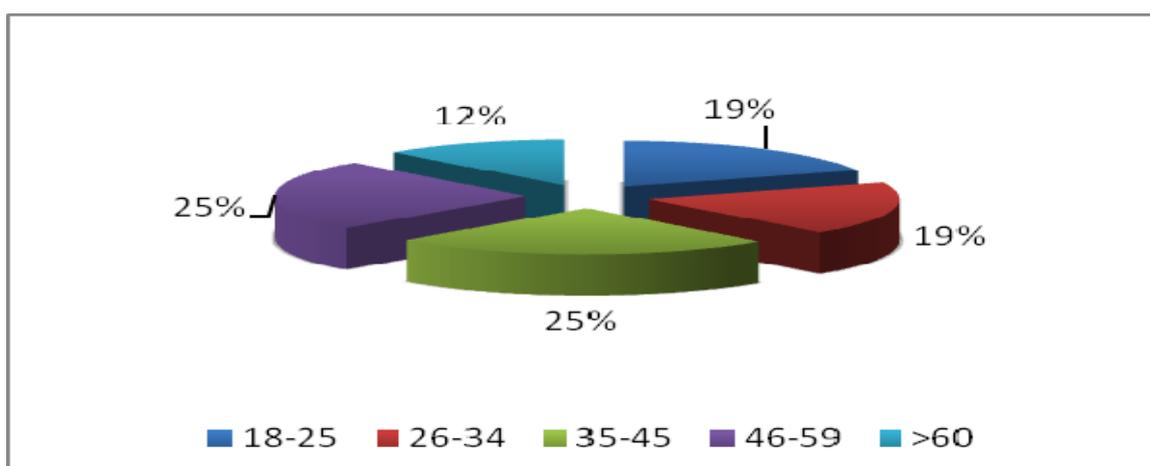


Figura 1: Distribuição dos homens participantes do estudo segundo faixas etárias.

Com relação à raça ou cor, observou-se predominância da cor branca(86,5%) sobre as demais, conforme figura 2, característica presente na região sul do Brasil, devido à imigração alemã e italiana como mão de obra na história do país. Tal achado assemelha-se ao estudo de Primo e Stein(2004), o qual mostrou a mesma distribuição racial da população em estudo realizado na cidade de Rio Grande/ RS.

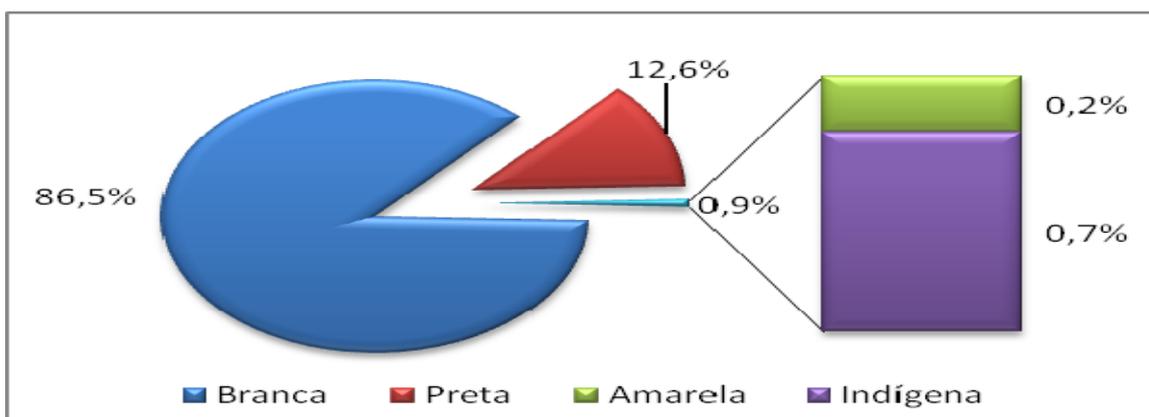


Figura 2: Distribuição dos homens participantes do estudo conforme a cor.

Uma minoria dos homens possui nível superior completo quando se analisa a escolaridade, sendo que um terço deles completou no mínimo o colegial. Chamou a atenção o fato de que 19% dos participantes possuem baixo nível de escolaridade, na figura 3.

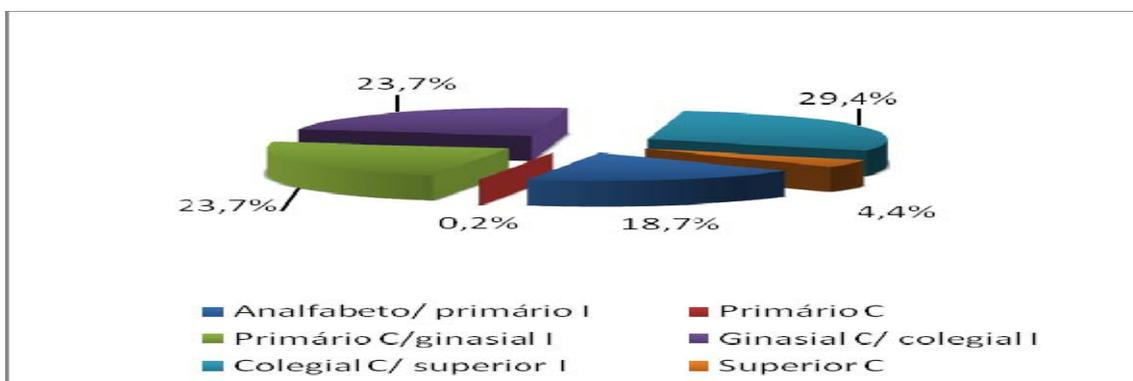


Figura 3: Distribuição dos homens participantes de estudo segundo o nível de escolaridade.

As classes sócio-econômicas foram categorizadas segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil 2003 da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2003) e se encontram distribuídas com a grande maioria na classe C (55,6%), sendo seguida pela classe B2(23,4%), e um percentual de

12,5% na classe D e uma clara minoria na classe E (1,1%), conforme ilustrado na figura 4.

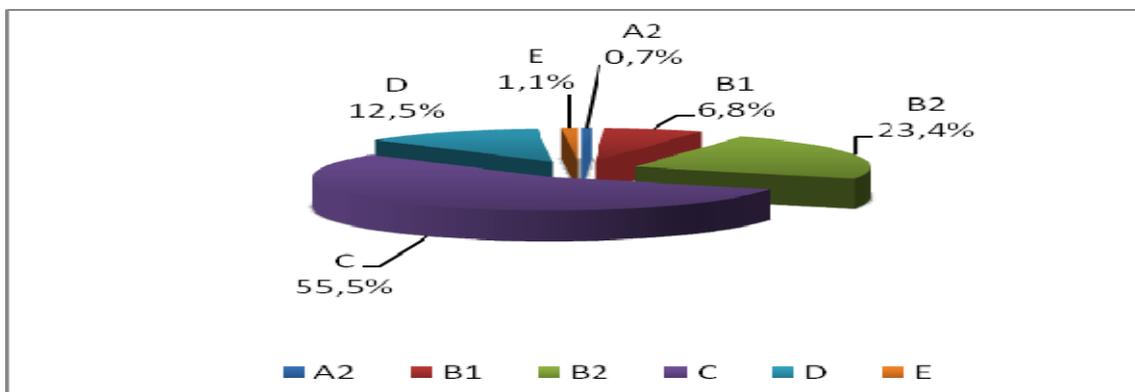


Figura 4: Distribuição dos homens participantes no estudo por classe socioeconômica.

Os dados encontrados no estudo indicam que esta população encontra-se economicamente acima da média dos brasileiros segundo a ABEP que relata a seguinte distribuição da população brasileira: 4% na classe E, 31% na classe D, 36% na classe C e 14% na classe B1, porém assemelha-se aos dados do CEBRID relativos à região sul do Brasil (CEBRID, 2005).

O nível sócio-econômico, apesar de estar diretamente relacionada ao poder de compra das pessoas e ao grau de instrução do chefe da família, não caracteriza profundamente o estilo de vida das pessoas dentro de uma definição sociológica de qualidade de vida e índice de desenvolvimento humano.

A grande maioria dos entrevistados relatou possuir algum tipo de orientação religiosa, sendo a religião católica a mais freqüente (65,4%), seguida pela evangélica (25%), figura 5.

As práticas religiosas baseiam-se na estruturação cultural das comunidades e são autorizadas socialmente (MARCONI E PRESOTTO,1998).

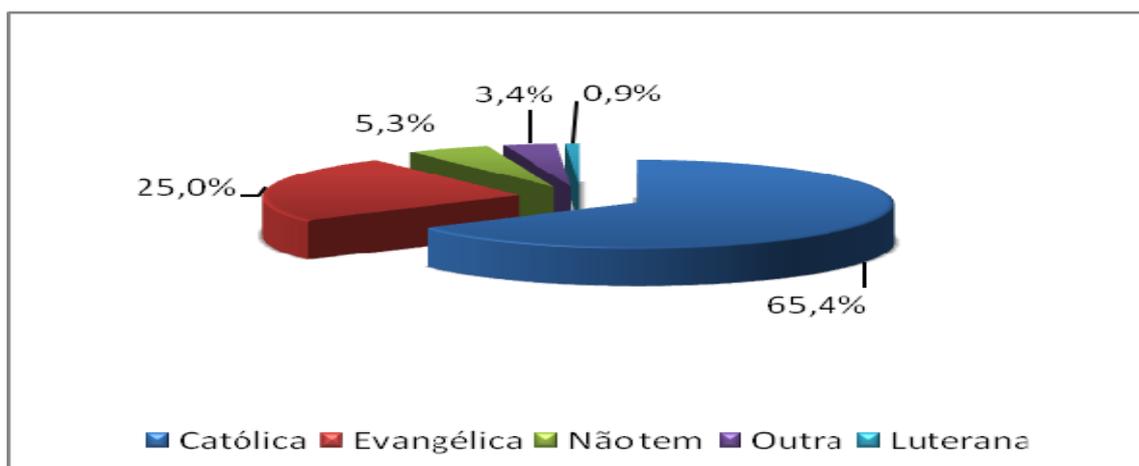


Figura 5: Distribuição dos homens participantes da pesquisa por religião.

Uma contextualização social e problematização da inclusão do hábito da ingestão do álcool como prática autorizada pela religião e, por conseguinte reforçada no ambiente familiar favorece e cria significações consideradas positivas para crianças e jovens predispondo a inclusão de uma substância considerada de risco para a dependência. O estudo identificou que homens que iniciaram o uso de álcool precocemente têm maior possibilidade a evoluir para esta dependência química, (MESSAS, 2006; MARCONI E PRESOTTO, 1998).

Com relação às origens étnicas, a maior frequência foi brasileira (81%), seguida por origem italiana e alemã (figura 6).

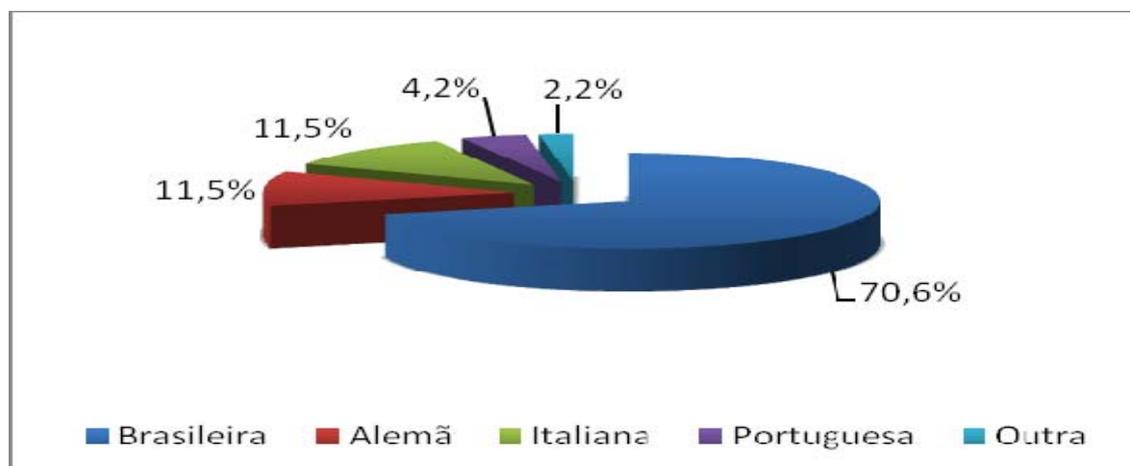


Figura 6: Distribuição dos homens participantes do estudo por origem étnica.

A literatura traz evidências da universalidade sociocultural do uso do álcool, diferenciando somente na escolha do tipo de bebida alcoólica, conforme orientação familiar e social. A etnia independe quando se estuda o uso de risco do álcool, pois o número de doses e o intervalo de tempo de consumo é que interferem na saúde do indivíduo (BARROS, 2007; COSTA, 2004; ALMEIDA et al., 2004).

Estudos que envolvem a etnia indígena demonstram que o álcool foi utilizado como instrumento de dominação destes povos por outros grupos étnicos(GUIMARÃES e GRUBITS, 1999).

A variável de desfecho do estudo foi o uso de álcool pelos homens cadastrados no PSF, que foi categorizada segundo zonas de risco conforme o instrumento AUDIT (RONZANI, DEMICHELI, FORMIGONI2006; WILK, JENSEN e HAVIGHURST, 2002), conforme mostrado na figuras 7.

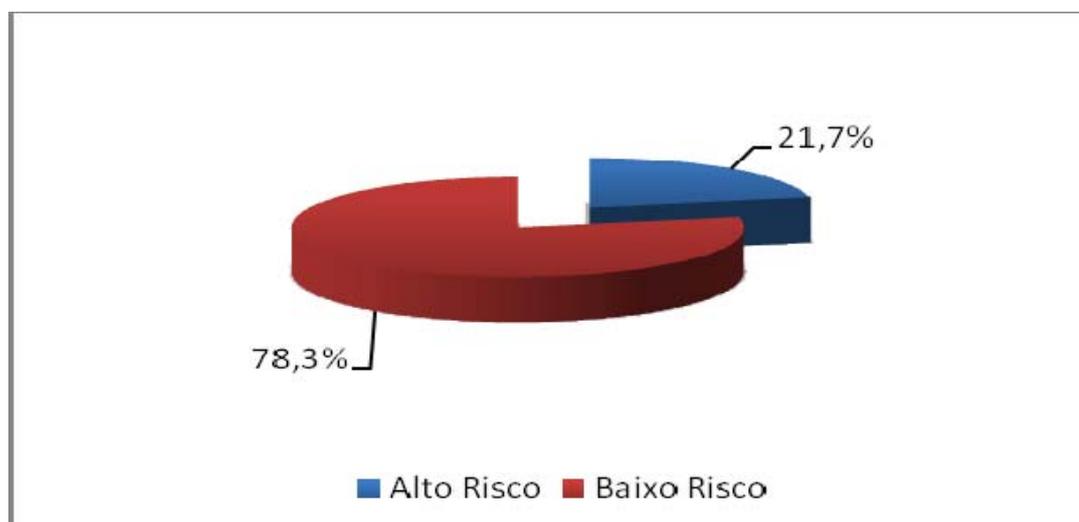


Figura 7: Distribuição de homens participantes da pesquisa por uso de baixo e alto risco do álcool.

O estudo identificou que 21,7% dos homens fazem uso de alto risco de álcool, sendo que 15,8% se encontram na zona II, 3,0% na zona III e 2,9% na zona IV. (figuras 8).

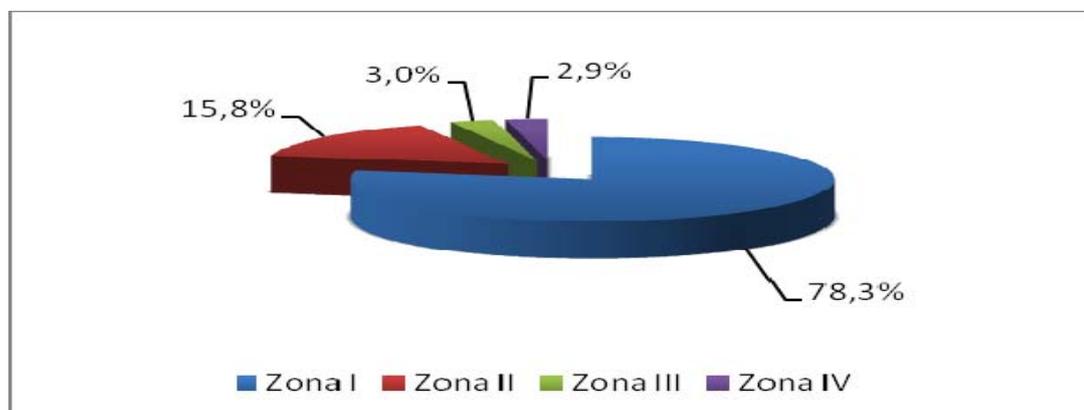


Figura 8: Distribuição de homens participantes da pesquisa por zona de uso do álcool, conforme AUDIT.

A Secretaria Nacional Antidrogas apresenta o estudo do Dr. Ronzani (2005) com o estudo, um perfil nacional utilizando o instrumento AUDIT. Segundo o estudo, há resultados superiores ao presente estudo para uso de alto risco alcançando 31% (RONZANI, 2005; DEMICHELI e FORMIGONI, 2006)

A faixa de dependência química, zona IV teve freqüência de 2,9%, significativamente inferior aos estudos do CEBRID(2005) e de Ronzani (2005), demonstrando que a população em estudo se diferencia dos estudos nacionais.

O estudo de Primo e Stein(2004) aplicado na cidade de Rio Grande, sul do país, identificou prevalências semelhantes ao estudo atual sendo consideradas as zonas III e IV como uso abusivo e somente a zona IV como dependência química (PRIMO E STEIN, 2004).

O estudo identificou o uso de alto risco de álcool em 21,7% dos homens sendo um dado relevante para a governança da Saúde Pública do município, destes, 18,8% devem receber ações de promoção e prevenção de vocação da Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família, sendo somente 2,9% referenciados para serviço de especialidade psiquiátrica em rede de apoio em saúde mental e Unidade de Dependência Química (UADQ). (BRASIL, 2006b).

4.2 CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS SEGUNDO ZONAS DE RISCO DO USO DO ÁLCOOL.

A distribuição dos sujeitos do estudo em zonas de uso de álcool conforme algumas características sócio-demográficas permite identificar possíveis fatores de risco para uso nocivo.

A tabela 1 apresenta a distribuição dos homens em zonas de uso segundo o convívio domiciliar com outra pessoa, sendo que quase a totalidade dos sujeitos da pesquisa vive com alguém e neste grupo se encontram 19,5% dos que fazem uso de alto risco do álcool, correspondendo as zonas II,III e IV. Inclusive a zona IV apresenta a maioria morando com alguém, sendo encontrados somente 3 homens (0,5%) sem apoio familiar. Esses dados são semelhantes aos estudos de Primo e Stein que identificaram 6,2% de uso abusivo na população que tinha companheiro.

A condição de morar sozinho no cenário da região sul, com as particularidades do mundo contemporâneo não é fator predisponente ao uso de risco do álcool. Em contraponto encontra-se o convívio com alguém estatisticamente significativo em relação ao uso de alto risco de álcool com ($p = 0,002$).

Tabela 1: Distribuição dos sujeitos segundo zonas de uso do álcool e condição de possuir família e trabalho.

	Total		Z I		Z II		Z III		Z IV		Z I+II+III		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Mora Só													0,002
<i>Não</i>	542	96,1	433	76,5	80	14,3	16	2,9	13	2,3	109	19,5	
<i>Sim</i>	22	3,9	11	2,0	7	1,3	1	0,2	3	0,5	12	2,0	
Trabalha													0,29
<i>Não</i>	119	21,3	91	16,3	18	3,2	4	0,7	6	1,1	28	5,0	
<i>Sim</i>	445	78,7	349	62,3	71	12,7	13	2,3	8	1,4	92	16,4	
	564	100									121	21,6	

Segundo Vaissman(2004) e Cardim et al.(1986), o trabalho é considerado como um local de importante caracterização do uso de alto risco do álcool, pois, é nesta realidade que devido ao absenteísmo, aos acidentes de trabalho, aos atrasos e à redução na produtividade são identificados os alcoolistas e abusadores do álcool. A tabela 1 mostra que 78,7% dos sujeitos declararam estar trabalhando e 16,4% destes fazem uso de alto risco do álcool sem contudo evidenciar-se uma associação estatística entre trabalho e uso de risco de álcool. O estudo de Primo e Stein(2004) encontrou 6,8% de trabalhadores fazendo uso abusivo de álcool.

A teoria de contágio social de Campos (2005) relacionando o alcoolismo a uma condição de reforço cultural estabelece relação entre a situação de existir pessoas no ambiente social abusadoras do álcool e a parada tradicional no bar como facilitadora do uso de risco.

Tabela 2: Distribuição dos sujeitos segundo zonas de uso de álcool e uso de álcool na família e presença de bar perto da residência.

	Total		Z I		ZII		ZIII		ZIV		ZII+III+IV		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Abuso Ál. família													0,06
Não	317	56,1	249	45,5	46	8,4	9	1,6	3	0,5	58	10,6	
Sim	247	43,9	179	32,7	42	7,7	7	1,3	12	2,2	61	11,2	
Bar perto													0,09
Não	139	24,8	116	20,7	20	3,6	2	0,4	1	0,2	23	4,1	
Sim	425	75,2	323	57,7	69	12,3	14	2,5	15	2,7	98	17,5	
	564	100									121	21,6	

No presente estudo, as variáveis abuso de álcool na família e presença de bar perto da residência não se associaram estatisticamente com o uso de risco de álcool, diferentemente do estudo de Primo e Stein(2004), o qual identificou haver associação com o abuso do álcool intra domiciliar (tabela 2).

Campos (2005) considera o alcoolismo sob a ótica de contágio social e segundo a cultura brasileira e a realidade em questão, a alta frequência de bares nesta comunidade pode induzir a um possível “contágio”. Nesse caso considera-se também a relação de Afornali e Araújo (2007) que descrevem o significado da palavra bar como ponto de parada e relacionam o hábito de parada no bar com o alcoolismo e o objetivo de distanciamento de si e da sua realidade.

A distribuição das faixas etárias e as zonas de uso do álcool apresentada na tabela 3 mantêm uma homogeneidade, ou seja, todas as faixas de idades estudadas apresentam homens nas quatro possíveis zonas de uso

do álcool, sendo que a faixa de 60 anos ou mais anos não apresenta uso de zona III e reduz significativamente a zona IV.

Tabela 3: Distribuição dos sujeitos segundo zonas de risco de uso do álcool e idade

Idade	total		Z I		Z II		Z III		ZIV		ZII+III+IV	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
18 I-- 25	108	19,2	79	14,0	20	3,6	6	0,5	3	0,5	29	5,1
25 I-- 35	106	18,8	80	14,2	20	3,6	4	0,4	2	0,4	26	4,7
35 I-- 45	140	24,7	115	20,3	19	3,4	2	0,4	4	0,7	25	4,5
45 I-- 59	143	25,3	117	20,6	18	3,2	5	0,9	3	0,5	26	4,7
60 I--	67	12,0	52	9,3	11	2,0	0	0,0	4	0,7	15	2,7
	564	100,0									121	21,7

Os estudos de comorbidades e alcoolismo demonstram que a cardiopatia é a causa principal de óbito nesses indivíduos e em idade inferior aos 60 anos. O estudo de Primo e Stein (2004) que identificou a faixa de 30 a 49 anos como a principal de uso abusivo do álcool em Rio Grande/ RS e o estudo de Almeida Filho et al. (2004), identifica a faixa etária de 35 a 54 como de maior uso de risco do álcool. Considerando que a doença do alcoolismo está diretamente relacionada à continuidade do uso de risco do álcool e a tolerância das doses usadas é grave a situação identificada no estudo atual onde se identifica que 5,2% do uso de alto risco se encontram na faixa etária de 18 a 25 anos, o que cria um prognóstico de gravidade para esses homens caso não haja nenhuma estratégia para intervir no curso natural do uso de álcool.

A idade que os homens declararam iniciar o uso do álcool variou de 2 a 58 anos, tendo a média de 16 anos (figura 8). Houve associação estatisticamente significativa ($p= 0,003$) para o início do uso abaixo de 20 anos e o uso de alto risco do álcool.

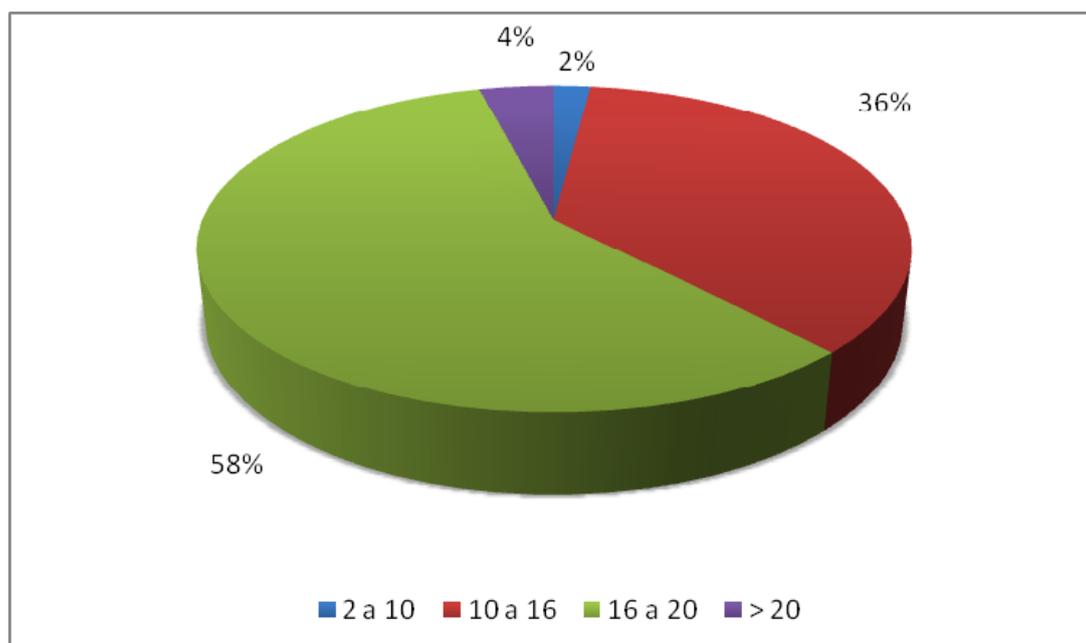


Figura 8: Distribuição da idade de início do uso do álcool por faixas etárias.

Os homens que iniciaram o uso do álcool após os 20 anos não apresentaram dependência química ou uso abusivo, em contraponto que dentre os nove homens que iniciaram o uso do álcool abaixo dos 10 anos foram identificados 66,6% em uso de alto risco.

A maioria dos sujeitos (60%) declarou iniciar o uso do álcool com amigos e somente 16% declarou o uso com familiares.

Quando se analisa a distribuição das zonas de uso do álcool segundo classes sociais, observa-se uma maior ocorrência de uso de alto risco de álcool na classe sócio-econômica C, havendo diferença estatisticamente significativa ($p= 0,001$) Tabela 4.

Tabela 4: Distribuição dos sujeitos conforme uso do álcool e classe sócio-econômica e cor/ raça ABEP, 2003.

	Total		Z I		Z II		Z III		Z IV		ZII+III+IV		X2 p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
C.Sociais													,001
A2	4	0,7	4	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
B1	38	6,8	28	5,0	8	1,4	0	0,0	2	0,4	10	1,9	
B2	131	23,4	113	20,1	13	2,3	3	0,5	2	0,4	18	3,2	
C	312	55,6	241	43,0	54	9,6	12	2,1	5	0,9	71	12,7	
D	70	12,5	53	9,4	10	1,8	2	0,4	5	0,9	17	3,0	
E	6	1,1	1	0,2	3	0,5	0	0,0	2	0,4	5	0,9	
	564	100									21,7		

Outros estudos encontraram resultados divergentes, pois, o estudo de Almeida Filho et al. (2004) identificou 14, 8% dos sujeitos na classe alta e o estudo de Primo e Stein (2004) encontrou 13,30% de uso abusivo na classe E, e somente 4,5% na classe C.

Com relação às comorbidades e agravos, verificou-se a presença de hipertensão arterial sistêmica em 21,8% dos homens do estudo, porém não houve significância estatística ($p=0,69$).

No estudo de Oliveira e Luis (1997), a hipertensão arterial foi declarada por 7,4% dos alcoolistas. Formigoni, Galduróz e DeMicheli (2006) declararam existir uma associação importante entre hipertensão arterial grave com mal prognóstico no tratamento e manejo dos pacientes alcoolistas, sendo as complicações cardíacas as causas principais de morte (LAURENTI, et al. 2005), tabela 5.

Tabela 5: Distribuição de comorbidades e agravos relacionados às zonas de uso do álcool.

Comorbidades e agravos	total		Z I		Z II		Z III		Z IV		ZII+III+IV		p
Hipertensão													0,69
Não	441	78,2	344	62,9	71	13,0	15	2,7	11	2,0	97	17,7	
Sim	123	21,8	98	17,9	18	3,3	2	0,4	5	0,9	25	4,6	
Cardiopatia													0,02
Não	511	90,6	408	74,6	79	14,4	13	2,4	11	2,0	103	18,8	
Sim	53	9,4	34	6,2	10	1,8	4	0,7	5	0,9	19	3,5	
Cirrose													0,23
Não	553	98,0	435	79,5	87	15,9	15	2,7	19	2,9	118	21,6	
Sim	11	2,0	7	1,3	2	0,4	2	0,4	0	0	4	0,7	
Tabagismo													0,001
Não	379	67,2	318	58,1	50	9,1	8	1,5	3	0,5	61	11,2	
Sim	185	32,8	124	22,7	39	7,1	9	1,6	13	2,4	61	11,2	
Outra Droga													0,11
Não	546	96,8	431	78,8	85	15,5	17	3,1	13	2,4	11	21,0	
Sim	18	3,2	11	2,0	4	0,7	0	0	3	0,5	7	1,3	
total	564	100											

As cardiopatias foram relatadas por 9,4% dos homens entrevistados apresentando significância estatística ($p= 0,02$). A e conforme literatura estudada aponta as cardiopatias como a causa mais freqüente de morte em alcoolistas ou pessoas que fazem uso nocivo crônico do álcool, sendo as arritmias agudas e o infarto as principais causas de óbito por complicações cardíacas (FORMIGONI GALDURÓZ E DEMICHELI, 2006).

A cirrose não foi declarada como freqüente e não foi associada ao uso de álcool neste estudo. Segundo Formigoni, Galduróz e DeMicheli (2006) a cirrose é um dos problemas mais freqüentes e graves para pacientes alcoolistas devido ao metabolismo hepático do álcool, BECKER. et Al,1992).

O hábito do tabagismo foi relatado por 32,8% dos homens entrevistados e desses 11,2% fazem uso de alto risco do álcool apresentando uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Primo e Stein (2004) também identificaram a associação destas dependências químicas e Tavares, Béria e Lima (2001) mencionaram o tabagismo como a segunda droga mais utilizada por adolescentes.

O uso de outras drogas não se associou ao consumo de alto risco do álcool ($p = 0,11$), contudo dos 18 sujeitos que declararam fazer uso de outra substância, 7 fazem uso abusivo com dependência química do álcool estando na zona IV de risco. No estudo de Tavares, Béria e Lima (2001) as substâncias mais utilizadas por adolescentes foram o álcool, o tabaco, a maconha, os solventes, cocaína e as anfetaminas tendo associação estatística com consumo e faixas etárias.

Com relação à presença de alterações de memória ou esquecimento, úlcera e tuberculose segundo as zonas de uso de álcool, verificou-se alterações de memória relatadas por 15,8% dos entrevistados, havendo associação com o uso nocivo do álcool ($p = 0,03$). No estudo de Oliveira e Luis (1997) os transtornos do sistema nervoso central são os mais freqüentes quando relacionados ao uso do álcool.

Os problemas do sistema digestivo foram relatados por 14,9% no estudo de Oliveira e Luis (1997), porém neste estudo a úlcera foi relatada por 8% dos sujeitos não se evidenciando associação com o uso de risco do álcool ($p = 0,63$). Formigoni, Galduróz e DeMicheli (2006) afirmam a presença de alterações no sistema digestivo em usuários abusivos de álcool, tabela 6.

Tabela 6: Distribuição de comorbidades e agravos relacionados às zonas de uso do álcool.

Comorbidades e agravos	total		Z I		ZII		Z III		ZIV		ZII+III+IV		p
Esquecimento													0,03
Não	457	84,2	381	69,7	71	13,0	15	2,7	8	1,5	94	17,2	
Sim	89	15,8	61	11,2	18	3,3	2	0,4	8	1,5	28	5,1	
Úlcera													0,63
Não	519	92,0	408	74,6	81	14,8	15	2,7	15	2,7	111	20,3	
Sim	45	8,0	34	6,2	8	1,5	2	0,4	1	0,2	11	2,0	
Tuberculose													0,81
Não	556	98,6	436	79,7	88	16,1	17	3,1	14	2,6	119	21,8	
Sim	8	1,4	6	1,0	1	0,2	0	0	1	0,2	2	0,4	
Acidente													<0,00
Não	346	61,3	289	52,8	43	7,9	8	1,5	6	1,1	57	10,4	
Sim	218	38,7	153	28,0	46	8,4	9	1,6	10	1,8	65	11,9	
total	564	100,0											

A tuberculose foi relatada por 1,4% dos sujeitos, sendo que fazem uso nocivo de álcool somente 0,2 na zona II e 0,2 na zona IV de risco, sem significância estatística ($p= 0, 808$).

No estudo de Oliveira e Luis (1997) as doenças respiratórias ocupavam 4,3% das relacionadas ao alcoolismo. Segundo Cardim et al. (1986), o alcoolismo é prevalente em pacientes com tuberculose, sendo esses de difícil tratamento e em determinadas fases precisam de tratamento hospitalar.

Os relatos relacionando ter sofrido acidente foram de 38,7%, havendo associação estatisticamente significativa com o uso nocivo do álcool ($p< 0,001$). No presente estudo 11,9% dos pacientes que fazem uso de alto risco do álcool já sofreram acidentes, achado similar ao estudo de Oliveira e Luis (1997) que identificaram 16,4% de pessoas vítimas de acidentes em uso abusivo do álcool.

Cardim et al. (1986) destacam a relevância dos acidentes automobilísticos associados ao consumo de álcool. Minayo e Deslandes (1998) descrevem que em hospitais públicos do Rio de Janeiro 33% dos acidentes no Hospital Salgado Filho envolviam uso de drogas e que 40,5% dos acidentes no Hospital Miguel Couto envolviam uso de drogas.

Analisando a violência, 13,8% dos entrevistados relataram ter sofrido violência, dentre estes 6,4% fazem uso de alto risco do álcool e há associação estatística significativa entre sofrer violência e uso nocivo do álcool ($p=0,01$) tabela 7.

Tabela 7: Descrição de comorbidades e agravos relacionados às zonas de uso do álcool.

Comorbidades e agravos	Total		Z I		Z II		ZIII		ZIV		ZII+III+IV		p
Sof. Violência													<0,01
Não	486	86,2	399	72,9	68	12,4	11	2,0	8	1,5	87	15,9	
Sim	78	13,8	43	7,9	21	3,8	6	1,1	8	1,5	35	6,4	
Com. Violência													<0,01
Não	495	87,8	404	73,9	72	13,2	9	1,6	10	1,8	91	16,6	
Sim	69	12,2	38	6,9	17	3,1	8	1,5	6	1,1	31	5,7	
Dep./Ansiedade													0,008
Não	436	77,3	353	64,5	66	12,1	11	2,0	6	1,1	83	15,2	
Sim	128	22,7	89	16,3	23	4,2	6	1,1	10	1,8	39	7,1	
Total	564	100,0											

Foram identificados 12, 2% de homens que já haviam cometido violência, sendo que 5,7% fazem uso nocivo do álcool, e havendo novamente uma associação estatística significativa ($p < 0, 001$). A violência é relacionada ao

consumo nocivo de álcool por Minayo e Deslandes (1998) que relataram a procura de atendimento em hospitais públicos por violência e alta prevalência do uso abusivo do álcool. Melo et al (2005) descrevem vários aspectos relacionados à violência familiar e o abuso do álcool em finais de semana, em famílias com estilo educacional rígido e punitivo e em pressões socioeconômicas que modelados pelo uso do álcool levam a violência. Schraiber et al (2002) relacionam a violência contra a mulher e parceira por homens que fazem uso nocivo de álcool.

Os transtornos de ansiedade e depressivos são relatados por 22,7% dos entrevistados, sendo que 7,1% fazem uso de alto risco do álcool e há associação estatística significativa ($p=0,008$). Primo e Stein (2004) identificaram 22,5% de distúrbios psiquiátricos menores em alcoolistas, mas não identificaram associação estatística entre os eventos.

As alterações do equilíbrio são referidas por 22,1% dos entrevistados, havendo significância estatística quando relacionada ao uso nocivo do álcool ($p=0,010$). Oliveira e Luis (1997) identificaram 17,2% de alterações do sistema nervoso central e Formigoni, Galdurós e DeMcheli (2006) descrevem este sintoma também relacionado ao uso nocivo do álcool.

4.3 ANÁLISE DE RISCO DO USO NOCIVO DE ÁLCOOL UTILIZANDO A RAZÃO DE PREVALÊNCIA POR REGRESSÃO DE POISSON.

A Razão de Prevalência (RP) foi utilizada como medida de associação entre as variáveis independentes estudadas e o desfecho, uso de risco de álcool e a significância estatística. (Tabela 8).

Tabela 8: Desvio padrão(DP), e Intervalo de confiança(IC) e Razão de Prevalência (RP) do uso de alto risco do álcool e varáveis independentes, por Regressão de Poisson.

	N	%	% ZII+ZIII+ZIV	DP	IC95%	RP	P
Mora Só							
Sim	22	96,1	2,0				0,005
Não	542	3,9	19,5	0,77	1.313-4.536	2,44	
Trabalha							
Não	119	21,3	5,0				0,29
Sim	445	78,8	16,4	0,23	0.730-1.698	1,11	
Ab. de álcool por familiar							
Não	317	56,1	10,6				0,066
Sim	247	43,9	11,2	0,24	0.946-1.925	1,35	
Bar na quadra							
Não	139	24,8	4,1				0,095
Sim	425	75,2	17,5	0,32	0.887-2.167	1,38	
Idade							
18 - 24	108	19,2	5,2	0,06	0.805-1.061	1,00	0,265
24 - 34	106	18,8	4,7			0,90	
35 - 44	140	24,7	4,5			0,86	
45 - 59	143	25,3	4,7			0,90	
60 -	67	12,0	2,7			0,52	
C.Sóc.Ec.							
A2 e B1	42	7,4	1,8				0,001
B2	131	23,2	3,2				
C	315	55,9	12,7	0,15	1.004-1.584	1,26	
D	70	12,4	3,0				
E	6	1,1	0,9				
Total	564	100					

A análise bivariada mostrou que morar com alguém, classe sócio-econômica C, cardiopatia, sofrer e praticar violência, usar tabaco, sofrer acidente, esquecimento e depressão/ansiedade apresentaram associação significativa com o uso de risco de álcool($p < 0,05$). As demais variáveis não se associaram com o evento estudado. Tabelas 8 e 9.

Vaissman relata em seus estudos que a adicção do álcool é um agravo relacionado ao trabalhador, sendo o local do trabalho de fundamental importância no alerta e na abordagem dessa condição(RP=1,11), porém o atual estudo descreve o trabalho estatisticamente não significativo quando associado ao uso nocivo do álcool

O atual estudo identificou a classe social C, que tem algum poder de compra, com prevalência superior as outras classes quando relacionada ao uso do álcool (RP= 1,26) e ($p=0,001$), diferenciando-se do estudo de Primo e Stein (2004) que identificou a classe social E (RP 5,3) e a classe C (RP 0,72) .

A conjugalidade, evento familiar e social, apresentou-se estatisticamente significativo($p=0,005$) e com maior prevalência(RP=2,44), tabela 8.

A proximidade de local de fácil acesso ao álcool, como a presença de bar na quadra da residência, se mostrou como incremento ao uso de risco do álcool (RP= 1,38).

Minayo e colaboradores referem-se à conjugalidade e à gravidade da violência familiar entre os gêneros, reforçando inclusive a piora em fins de semana, com o abuso de álcool. O atual estudo identificou prevalência superior para condição de sofrer e praticar violência em abusadores do álcool (RP=2,51 e 2,44), tabela 9.

Tabela 9: Regressão de Poisson bivariada com Razão de Prevalência, desvio padrão, p e intervalo de confiança.

Uso de Risco do álcool	RP	DP	p	IC95%
HAS	0.92	0.21	0.73	0.595 – 1.434
Cardiopatia	1.78	0.44	0.02	1.090 – 2.901
Cirrose	1.70	0.87	0.29	0.629 – 4.615
Uso de Tabaco	2.05	0.37	0.00	1.436 – 2.921
Uso de outra droga	1.84	0.72	0.12	0.861 – 3.960
Problemas de memória	1.59	0.34	0.03	1.043 – 2.424
Úlcera	1.14	0.36	0.67	0.615 – 2.123
Tuberculose	1.15	0.82	0.84	0.286 – 4.685
Sof.acidente	1.81	0.33	0.01	1.268 – 2.582
Sof.violência	2.51	0.50	0.000	1.693 – 3.710
Prat/violênc.	2.44	0.51	0.000	1.625 – 3.673
Depr./Ans.	1.60	0.31	0.015	1.093 – 2.341

A cardiopatia apresentou associação (RP= 1,78 e p= 0,02), uso do tabaco(RP= 2,05 e p= 0,00), problemas de memória(RP= 1,59 e p=0,03), assim como a possibilidade de sofrer acidentes (RP= 1,81 e p= 0,01), presença de depressão e ansiedade (RP= 1,6 e p= 0,015) , tabela 9.

No modelo multivariado (tabela 10), apenas o uso de tabaco manteve associação estatisticamente significativa com o uso de risco do álcool. Esses achados diferem da literatura, pois os estudos fazem associação das variáveis independentes com a dependência química ou uso abusivo, o que são zonas III e IV conforme o AUDIT, 5,3% dos indivíduos do atual estudo. Os 15,8% que estão na zona II e já iniciaram o uso de risco, conforme orientação do SUPERA da SENAD, devem receber orientações educativas, e provavelmente esse foi o

diferencial para que somente o tabagismo tenha se mantido como variável significativa no modelo multivariado, tabela 10.

Tabela 10: Análise estatística multivariada por Regressão Poisson entre uso de risco do álcool e variáveis independentes com, RP, DP, p e IC.

Uso de Risco do álcool	RP	DP	p	IC95%
Morar com Alg.	1.92	0.65	0.052	0.993 – 3.729
Classe C	1.06	0.12	0.62	0.840 – 1.334
Cardiopatia	1.35	0.36	0.25	0.803 – 2.273
Tabaco	1.66	0.31	0.00	1.143 – 2.408
Probl. memória	1.05	0.25	0.84	0.654 – 1.676
Sofr.acidente	1.43	0.28	0.06	0.980 – 2.101
Sofr.violência	1.39	0.39	0.24	0.799 – 2.416
Com.violência	1.41	0.39	0.21	0.822 – 2.443
Depr./ansiedade	1.17	0.25	0.44	0.775 – 1.782

Esses achados diferem da literatura, pois o atual estudo descreveu o desfecho, uso de risco de álcool, ainda na fase inicial na zona II do AUDIT até a dependência química na zona IV. Desta forma quando aprofundada a associação estatística identifica-se, que apesar de nocivo, o hábito de ingerir bebidas alcoólicas é condição social e se associa somente com o uso do tabaco.

4.4 INTERVENÇÃO BREVE- IB.

O estudo identificou 17 homens em uso abusivo do álcool e que se encontravam na zona III de uso do álcool. Todos foram convidados a participar da IB, porém apenas 5 aceitaram participar da segunda fase do estudo, os demais, apesar de convidados no domicílio por 2 vezes referiram problemas quanto à falta no trabalho, ou não foram encontrados nessas visitas.

A zona III de uso do álcool é limítrofe a dependência química do mesmo, porém, o sujeito em questão não se considera abusador ou com necessidade de auxílio e resiste a uma proposta de intervenção mesmo que educativa e motivacional.

O tema em questão também é considerado de forma preconceituosa no meio social e familiar, cria constrangimento para o sujeito que foi identificado na zona III de uso de álcool, favorecendo a não aceitação da IB.

A estruturação da pesquisa com descrição ampla com o AUDIT e posterior intervenção Breve dificultou a aceitação dos homens para participação da segunda etapa, pois não houve uma sensibilização direcionada para a IB.

Os resultados desta etapa do estudo foram divididos em categorias longitudinais relacionadas ao desenvolvimento e características biológicas do sujeito e categorias transversais relacionadas às vivências temporais, (MESSAS, 2006; WILK, et. al., 2002).

As categorias longitudinais identificadas em relação à idade do sujeito e o início do uso do álcool estão apresentadas na figura 9. Verificou-se que os sujeitos que iniciaram o uso do álcool precocemente já estão fazendo uso de alto risco de álcool com idade inferior a 30 anos. Essa associação já é

estatisticamente significativa ($p=0,038$), pois, todos os homens estudados nessa fase iniciaram o uso com menos de 17 anos, sendo esta condição de tempo de uso do álcool e gravidade relacionados com a condição de progressão temporal, conforme a tendência natural do alcoolismo em (MESSAS, 2006).

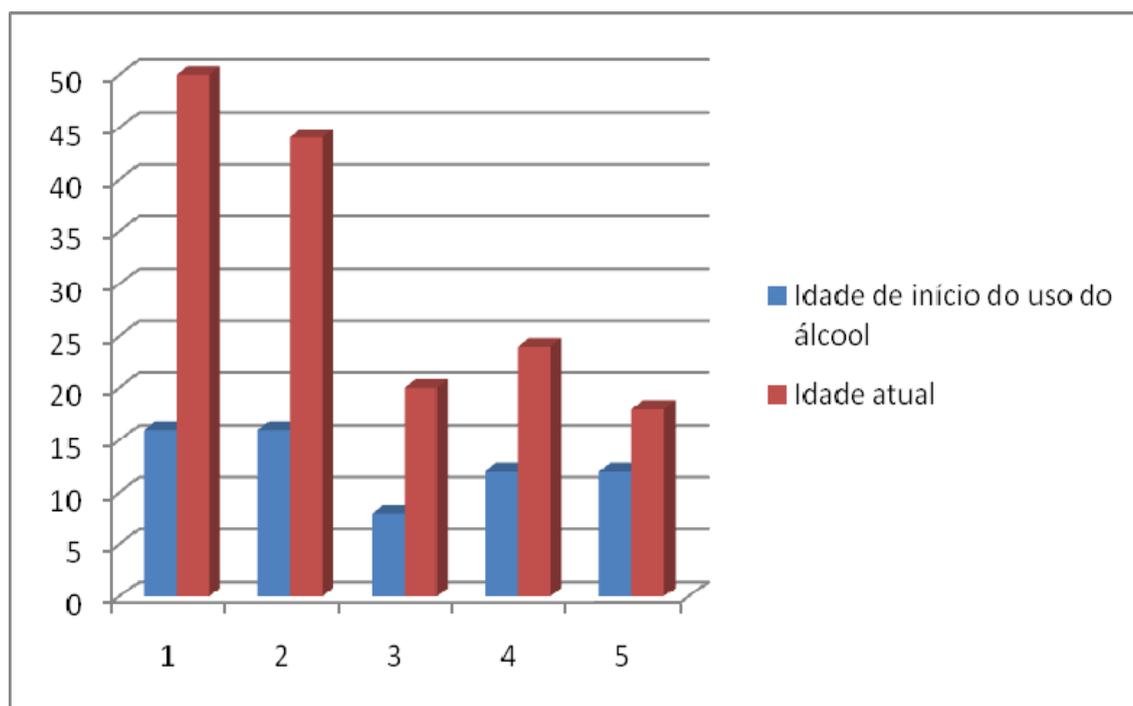


Figura 9: Categorias longitudinais: idade e início do uso do álcool dos sujeitos que participaram da Intervenção Breve.

Segundo a fenomenologia, os significados oferecidos a cada experiência vivenciada fazem parte da constituição dos sujeitos e quando esses se encontram nas fases temporais de desenvolvimento, como idade inferior a 18 anos, período no qual padrões e definições individuais estão sendo estruturadas na psique dos homens, tendo como consequência natural a aceitação de padrões endoculturais fundamentais na constituição desses indivíduos (CHAUÍ, 2005a e b; HEIDEGGER, 2007; MESSAS, 2006).

A origem étnica nesse grupo de homens que fazem uso de alto risco do álcool foi declarada, sendo que 80% indivíduos receberam influência cultural familiar de origem brasileira. As religiões foram informadas, sendo 80% dos homens católicos e 20% evangélico.

A origem étnica e a religião foram consideradas como categorias longitudinais, pois no processo de desenvolvimento e constituição do sujeito, são orientadoras nas definições endoculturais de significados, segundo afirmam Heidegger e Husserl apud Chauí, 2005b.

A sociedade, em seus padrões culturais da contemporaneidade, mantém suas identificações grupais e familiares e dificilmente aceitam as inclusões de novas informações recebidas no desenrolar da vida desses sujeitos.

Essas caracterizações de padrões de atitudes culturais consideradas normais, porém profundamente diferente na consideração de normalidade em outra cultura fundamenta a dialética existencial da humanidade () COX, 2007; FORGHIERI, 1993.

Todos se declararam de cor branca, condição da espécie humana que historicamente no Brasil foi dominante culturalmente e economicamente , porém a realidade de Santa Catarina, estado da região sul do país, é que a grande maioria da população se declara branca, oriundos de italianos, portugueses e alemães(CEBRID,2007).

A cor da pele se inclui nas características longitudinais biológicas e de desenvolvimento, em que todo o processo histórico cultural está adequado à realidade brasileira multicultural e de miscigenação, em um sistema econômico

capitalista neoliberal facilitador de escolhas que propicia a compra e se estabiliza na autorização endocultural pré- estabelecida (CHAUÍ, 2005b).

O consumo do álcool está descrito como escolha de várias culturas, sendo considerado universal, entretanto a psicopatologia e a patogênese do alcoolismo e do uso abusivo se relacionam a significados individuais, autorizações coletivas, interesses econômicos-políticos temporalmente identificados e à neurofuncionalidade desta psique (FORMIGONI, 2006c; LYTORARD, 1986; MARCONI e PRESSOTTO, 1998; VAISSMAN, 2004; MESSAS, 2006).

As categorias transversais foram consideradas como vivências após a conclusão da infância e adolescência que de alguma forma intervieram nas escolhas e re-significação do sujeito ou de reforço de significados antigos (MESSAS, 2006; LAPORTE e VOLPE, 2000).

As vivências pesquisadas relacionadas ao uso do álcool e que possuíram significância estatística foram sofrer violência, cometer violência, sofrer acidente, tabagismo, classe sócio-econômica C, estar trabalhando e viver com alguém, ilustradas na figura 10.

Todos os sujeitos que participaram da I.B. moram com alguém, trabalham, e são da classe social C; três são tabagistas, já sofreram acidente, e já cometeram violência e um declarou ter sofrido violência.

Segundo Minayo e Deslandes (1998), a violência está intrinsecamente envolvida com o uso nocivo do álcool nas famílias, entre os gêneros, aumentando o índice de homicídios e suicídios. As mesmas autoras também relatam que em hospitais públicos do Rio de Janeiro 33% das agressões que foram atendidas nas emergências envolviam o uso do álcool.

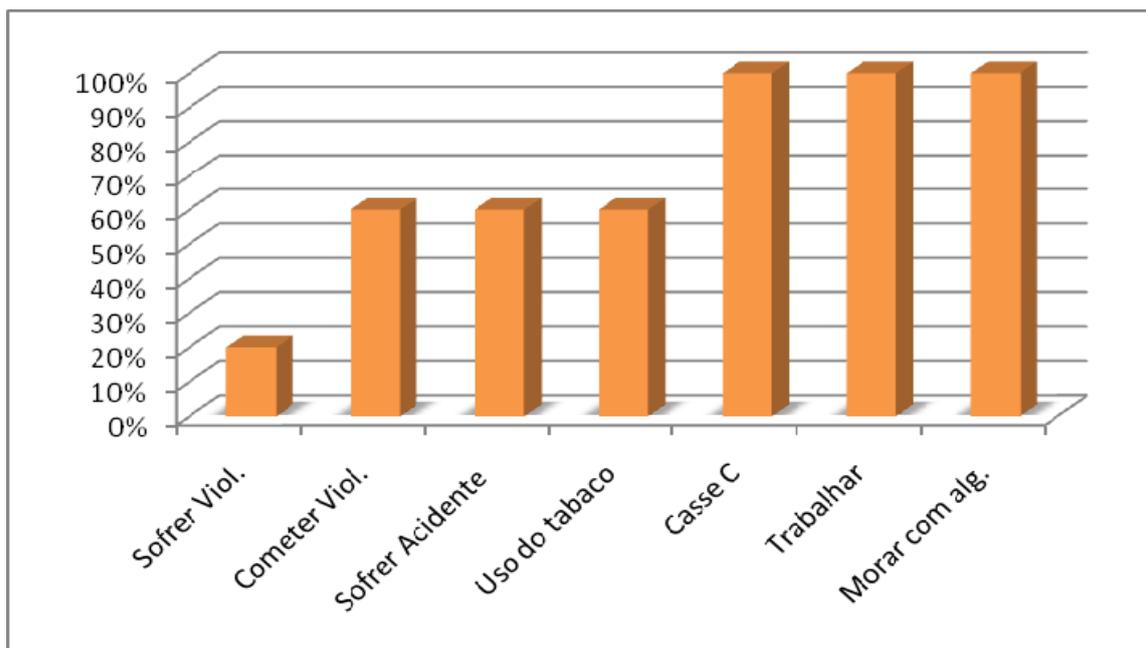


Figura: 10 categorias transversais mais expressivas nos sujeitos que receberam I.B.

Schraiber et al. (2002) relataram o aumento da violência familiar sofrida por mulheres após o uso do álcool.

Melo et al (2005) relacionam a violência doméstica e familiar exacerbada pelo uso do álcool e, conseqüentemente, aumentada nos finais de semana pelo uso abusivo do álcool neste período.

A violência cometida e/ou sofrida é considerada como reforço e conseqüência de significados antigos da estrutura constituída do sujeito adulta sendo uma conexão de acesso ao tema em questão, uso abusivo do álcool, podendo ser utilizado no momento da IB para aproximação e identificação entre sujeitos no processo, (MESSAS, 2006; RONZANI et al, 2006).

Primo e Stein (2004) relacionaram o tabagismo como hábito de risco estatisticamente significativo quando associado ao uso abusivo do álcool.

As dependências químicas se associam com freqüência e o atual estudo demonstrou esta associação de forma estatística, pode ser considerada como vivência de alívio sob o prisma da fenomenologia, sendo tabagismo e uso do

álcool vivências de alívio e transgressão que auxiliam na recuperação da motivação porém pode evoluir para a patologia da dependência química, (FORGHIERI, 1993; MESSAS, 2006).

Os acidentes foram considerados categoria transversal sentinela pois o risco de morte ou seqüelas graves definitivas podem intervir drasticamente na vida desses sujeitos. O momento da I.B. foi identificado como de resignificação positiva em relação ao uso abusivo do álcool, pois evidencia para o sujeito a importância dessa análise e escolha de redução do uso do álcool(FORMIGONI et al, 2006b; Messas, 2006).

A conjugalidade, estar vivendo com alguém, ou estar casado e estar trabalhando foram declarados por todos que participaram da IB, sendo mais frequentes pelos sujeitos caracterizados em uso de risco do álcool na pesquisa.

A condição de viver com alguém no cotidiano intramuros pode ser transformadora para inúmeras re-significações, porém no atual estudo pareceu reforçar o uso abusivo do álcool e alertou para pesquisas mais aprofundadas sobre o ambiente de saúde das famílias.

O trabalho foi o local que evidenciou a patologia do alcoolismo de maneira mais importante, pois as exigências na produção do indivíduo são identificadas pelo empregador e o próprio sistema sócio-econômico necessita desse diagnóstico (VAISSMAN, 2004).

Uma reanálise do processo de produção talvez auxilie na recuperação do indivíduo que opta pelo uso abusivo do álcool, mas a vivência do trabalho pode ser considerada como sentinela na patogênese do alcoolismo (MESSAS, 2006).

Todos os sujeitos da I.B. declararam estar na classe sócio-econômica C diferente dos estudos de Primo e Stein, 2004 e do CEBRID, 2007 que demonstraram uso nocivo mais freqüente em outras classes sociais. Essa característica pode ser peculiar da população em estudo porém também faz um alerta sobre a possibilidade de compra do álcool e as frustrações individuais desta faixa social da população.

Cinco entrevistados, na 1ª fase da pesquisa, que estavam classificados na zona III de risco foram convidados para participar da Intervenção Breve e após algumas sessões focais com o objetivo de intervir e motivar a atitude do sujeito em relação ao uso do álcool aguardou-se 2 meses para uma nova avaliação de AUDIT. A segunda verificação mostrou que houve mudança em 100% dos sujeitos, conforme ilustra a figura 11. Entretanto seria necessário um seguimento mais prolongado para confirmar a eficácia da I.B. (BOTTLENDER, e SOYA, 2005).

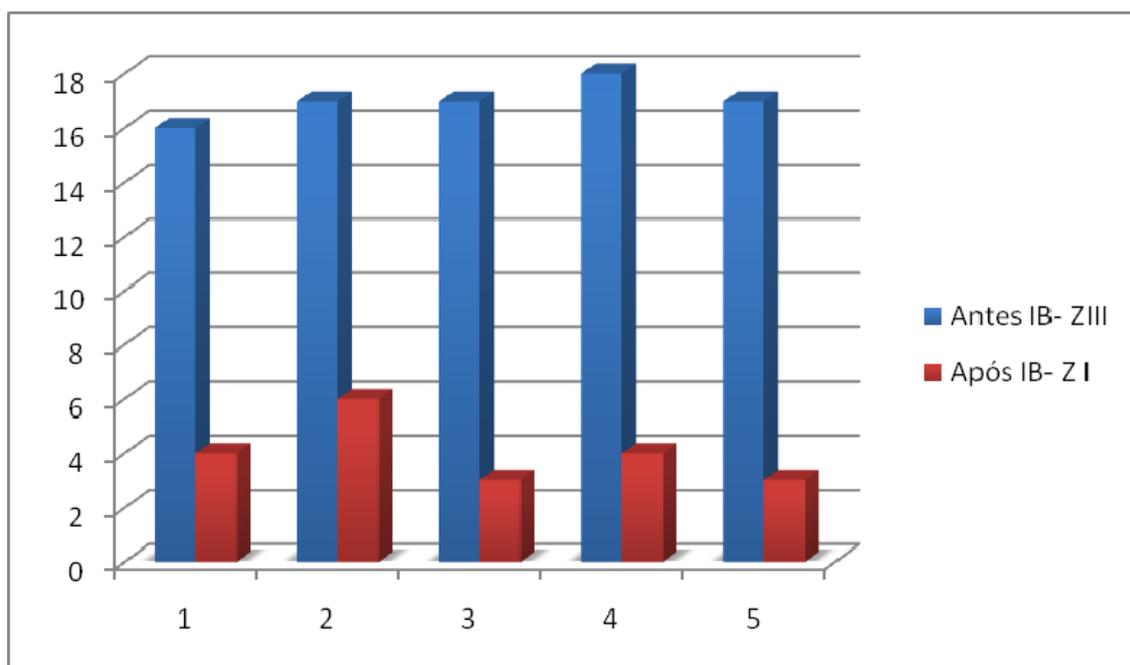


Figura 11: Evolução dos sujeitos em relação ao AUDIT antes e após a intervenção Breve(IB).

A I. B. pode ser considerada uma intervenção passível de ser realizada na atenção primária à saúde e que auxilia na recuperação e na prevenção do alcoolismo para o sujeito que está em risco, principalmente se apoiada na fenomenologia (BOTTELENDER, M.; SOYA, M.,2005).

5. CONCLUSÃO.

A caracterização do perfil do adulto do gênero masculino em relação ao uso de álcool, no contexto social desta área de PSF, evidencia o predomínio da origem brasileira, raça branca, religião católica, classe sócio-econômica C, faixa etária entre 35 a 59 anos, início o uso de álcool entre 16 e 20 anos, uso do álcool pela primeira vez com os amigos, de estar morando com alguém, de estar trabalhando, de possuir bar perto da residência e presença de abusador de álcool na família.

A distribuição identificada em zonas de risco pelo AUDIT foi de 78,2% na zona I, 15,8% na zona II, 3,0% na zona III e 2,9% na zona IV. Houve associação estatisticamente significativa foi o tabagismo.

A Intervenção Breve, apoiada na Fenomenologia, mostrou ser uma alternativa possível de ser aplicada no cenário do PSF, para abordagem terapêutica dos indivíduos usuários de álcool.

A pesquisa detalhou a temática da ingestão do álcool pelo gênero masculino e evidenciou que estando essa prática inserida na endocultura dos homens brasileiros, faz-se necessária uma abordagem mais profunda na complexidade deste hábito com indicativos práticos de alerta, prevenção, promoção e recuperação da adicção do álcool abordados pelo SUS em sua Atenção Primária à Saúde.

A fenomenologia, enquanto concepção teórica auxiliou no processo de conhecimento do sujeito desse estudo, fundamentando o olhar de categorias de desenvolvimento (longitudinais) e de situações episódicas do cotidiano (transversais) no momento da Intervenção Breve. Nesse sentido, propiciou

efetivar a interrelação entre os sujeitos da pesquisa e o profissional da saúde, considerando as particularidades de cada indivíduo.

REFERÊNCIAS:

ABEP. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômico Brasil**, 2003. Disponível em: <<http://www.abep.org.br>. Acesso em 9 jan. 2008.

AFORNALI, M. A. e ARAÚJO, I.C.. **Alcoolismo: das famílias as instituições**. Curitiba: editora gráfica popular, 2007.

ALMEIDA FILHO, N.; LESSA, I.; MAGALJÃES, L.; ARAÚJO, M. J.; AQUINO, E.; KAWACHI, I.; JAMES, S. Determinantes sociais e padrões de consumo de álcool na Bahia, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, vol.38, n1, p 45-54, 2004.

ANDRADE, T.M. e D ANDREA C. G. A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira. *In*: ANDRADE, T. M.. **SUPERA: O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais**. Brasília: SENAD/ UNIFESP, 2006. p

ARANTES, Paulo Eduardo. **Hegel**. São Paulo: editora Nova Cultura Ltda., 2005.

BARROS, M. B. A.; LÉON, L. M.; OLIVEIRA, H.B.; DALGALARRONDO, P.; BOTEGA, N. J. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas: diferenças sociais e demográficas no Município de Campinas, estado de São Paulo, Brasil, 2003. **Epidemiol.Serv.Saúde.Brasília**. vol.17,n.4,p259-270, 2008.

BOTTLENDER, M.; SOYA, M. Efficacy of na intensive out patiente habilitation program in alcoholism: predictors of outcomr 6 months after treatment. **Europeam Addiction Research**. Vol. 11, n3, p132-136.2005.

BARTHES, Roland. **Mitologias**. Rio de Janeiro: DIFEL, 2003.

BECKER. V.C. DEIS, A., SORENSEN, T. I.; GRONBAEK, M., BORCH,K. et al.. Prediction of risk of liver disease by alcohol intake,sex, and age. A prospective population study. **HEPATOLOGY**. Copenhagen/Dinamarca. Vol.23, n.5, p1025-1029, 1992.

BOLTON, Lesley. **O livro completo da Mitologia Clássica**: Madras editora Ltda, 2004.

BOTTLENDER, H., SOYKA, M.. Outpatient alcoholism treatment predictors of outcome after 3 years. **HEALTH Science Journals**. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Promoção a Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. b

BUTLER, J. **Problemas de gênero**. Civilização Brasileira, 2003.

CAMPOS, E. A.. O alcoolismo é uma doença contagiosa? Representações sobre contágio e a doença de ex-bebedores. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 10, set./dez. 2005.

CARDIM, M. S.; ASSIS, S. G.; SBERZE, M. et al.. Epidemiologia descritiva do alcoolismo em grupos populacionais do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Abr./Jun. 1986, vol. 2, nº 2, p 191-211.

CARVALHO, I. C. e SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde** (Comentários à lei Orgânica da Saúde – lei8080/90 e lei8142/90), 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 1995.

CEBRID. CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. **I levantamento sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil** . Brasília. Secretaria Nacional Anti-Drogas, 2001. Disponível em: <htm:// [www.cebrid.epm/br](http://www.cebrid.epm.br)>. Acesso em: 05 set., 2008.

CEBRID. CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. **II levantamento sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil envolvendo as 108 maiores cidades do País**. Brasília. Secretaria Nacional Anti-Drogas, 2005. Disponível em: <htm:// [www.cebrid.epm/br](http://www.cebrid.epm.br)>. Acesso em: 10 nov., 2008.

CHAUÍ M. **Husserl**. São Paulo: editora Nova Cultura Ltda., 2005. a

CHAUÍ M. **Convite à filosofia**. 13ª edição, São Paulo: Ática, 2005. B

COUTINHO, E. S. F.. Alcoolismo e problemas relacionados-dificuldades na implementação de estudos de prevalência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.8, n1: 22-29, jan./mar, 1992.

COX, G. **Compreender Sartre**. Petrópolis: editora vozes Ltda.2007.

CRUZ, M. S. e FELÍSSIMO, M.. Problemas médicos, psicológicos e sociais associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. *In*: LACERDA, R. B.. **SUPERA**: Efeitos de substâncias psicoativas no organismo. Brasília: SENAD/UNIFESP, 2006.

DUARTE, J. e BARROS, A.. **Métodos e Técnicas de pesquisa em Comunicação**. São Paulo: Editora: Atlas, 2005. p380.

DUNCAN, B. B. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**; 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FERNANDES, C.L.C. e CURRA L. C. D.. Ferramentas de abordagem da Família. *In*: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **PROMEF**, volume 1. Porto Alegre: Artmed,Pan-americana, 2006.

FLETCHER, R. H. e FLETCHER, S. W. **Epidemiologia clínica**. 4ª edição, Porto Alegre: Artmed, 2006. p288.

FORGHIERI, Y. C. **Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisas**. Editora Guazzelli Ltda.1993.

FORMIGONI, M. L. S.; GALDURÓZ J. C. F. e DEMICHELI D.. Álcool: efeitos agudos e crônicos no SNC e em outros sistemas orgânicos. *In*: LACERDA, R. B.. **SUPERA**: Efeitos de substâncias psicoativas no organismo. Brasília: SENAD/UNIFESP, 2006. a

FORMIGONI, M. L. S.; LACERDA, R. B.; VIANNA, V. P. T. e RONZANI, T. M. As experiências brasileiras no uso da intervenção breve para pessoas com uso de risco, abusivo ou dependente de álcool e outras drogas. *In*: DEMICHELI, D. e FORMIGONI, M. S. L. . **SUPERA**. Brasília: SENAD/UNIFESP, 2006. b

FORMIGONI, M. L. S.; KESSLER, F.; PECHANSKY, F. Neurobiologia: mecanismos de reforço e recompensa e o efeito biológico comum das drogas. *In*: LACERDA, R. B.. **SUPERA**: Efeitos de substâncias psicoativas no organismo. Brasília: SENAD, 2006. c

FRANCO, S. C.; BALDIN, N.; ZANOTELLI, C.T.; GONÇALVES, LM. L. e CARELLI, M. N. **Fazendo pesquisa: do projeto à comunicação científica**: editora UNIVILLE, Joinville, 2004.

GALDURÓZ J. C. F. Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populacionais específicas. *In*: ANDRADE, T. M.. **Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas**. SUPERA. Brasília: SENAD, 2006.

GRANT, B. F.; HASIN D. S. et al. Co- occurrence of 12 months mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. **J Psychiatr Res**. 2005.

GUIMARÃES M. A. L.; GRUBITS S. **Saúde mental e trabalho**, vol. I. São Paulo: Casa do Psicólogo, livraria e editora Ltda., 1999.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e verdade**; Petrópolis: editora vozes, 2007.

HULLEY S. B.; CUMMINGS S. R.; GRADY W. S. B. D; HEARST N.; NEWMAN T. B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

IPPUJ. **Mapas dos bairros de Joinville**. disponível em: [HTTP://www.ippuj.sc.gov.br](http://www.ippuj.sc.gov.br); acesso em abril de 2009.

JORGE, M. A. S.; ALENCAR, P. S. S.; BELMONTE, P. R. ; REIS, V. L. M. O abuso do álcool e outras drogas. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**. Saúde Mental. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.

KAPLAN, Harold I. e SADOCK, Benjamin J. **Compêndio de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas editora, 1990.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Sociologia geral**. 7ª edição; São Paulo: Atlas, 1999.

LAPORTE, A.M. e VOLPE N. **Existencialismo: uma visão antropológica e política a partir de Heidegger e Sartre**. Curitiba: editora Juruá, 2000.

LAURENTI, R.; MELLO, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. et al.. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.10, n.1: p35-46, jan. - mar. 2005.

LIMANSKY, R. e SCHOJ V.. Tabagismo e Alcoolismo. **PROFAM**, editores Esteban Rubinstein, Miguel Zárate, Paula Carrete. Buenos Aires: Fundação MF "Para o desenvolvimento da medicina familiar e da atenção primária à saúde", 2002.

LYTORARD, J.F. **A fenomenologia**; Lisboa, Portugal, Edições 70 Ltda. 1986.

MARCONI, M. A.; PRESSOTTO, Z. M. N. **Antropologia: uma introdução**; 4ª edição, São Paulo; Atlas, 1998.

MATHEWS, I.S. e PILLON, S. C.. Fatores protetores e de risco associados ao uso de álcool em adolescentes filhos de pais alcoólicos no Peru. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. Vol. 12, n. especial: p 359-368.2004.

MELO, Z. M.; CALDAS, M. T.; CARVALHO, M., Michelle M.; LIMA, A. T. Família, álcool e violência em uma comunidade da Cidade de Recife. **Revista Psicologia em estudo**. Maringá, vol.10, nº2, p201-208, mai/ago. 2005.

MELLO, M.; MELLO, A.; KOHN, R. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre. Ed. Artmed, 2007.

MELO, Z. M.; CALDAS M. T.; CARVALHO M. M. C.; LIMA A. T. Família, álcool e violência em uma comunidade da cidade do Recife. **Revista psicologia em estudo**. Maringá, v. 10, p201-208, maio/agosto. 2005.

MESSAS, G. **Álcool e drogas**; São Paulo: editora casa do psicólogo, 2006.

MILLER, W.R; SANCHES, V.C.. Motivating Young adults for treatment and lifestyle change. In: **Howard, G.**; ed. Issues in Alcohol Use and Misuse in young adults.. Notre Dame. 1993.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. Vol.14, n1; p35-42.1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo**. SENAD, 1994.

OLIVEIRA, E. R. e LUIS M. A. V.. Distúrbios psiquiátricos relacionados ao álcool associados a diagnósticos de clínica médica e/ou intervenções cirurgicas, atendidos num hospital geral. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, vol. 5, número especial, p51-57, maio1997.

OMS, Organização Mundial da Saúde. COELHO, Roberto. **CID 10 - Classificação Internacional das Doenças**. Sagra-Dc Luzato editores; 1995.

POPE, C.e MAYS, N. **Pesquisas qualitativas em saúde**. Porto Alegre: Artemed, 2005.

PRIMO, N. e STEIN, A. Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): um estudo transversal de base populacional. **Revista de Psiquiatria**. Rio Grande do Sul, vol. 26, n.3, p 280-286, 2004.

PORCHAT P. **Freud e o teste de realidade**. Casa do psicólogo/ FAPESP, 2005.

PULCHERIO, G.; BICCA, C.; SILVA, F. A. **Álcool, outras drogas e informação**. São Paulo: editora casa do psicólogo, 2002.

RONZANI, T. M.; FORMIGONI, M. L. O.; DEMICHELI, D. Uso, abuso ou dependência? Como fazer triagem usando instrumentos de fácil aplicação. In: RONZANI, T. SUPERA. Detecção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas. Brasília: SENAD/UNIFESP, 2006.

RONZANI, T. M.; RIBEIRO, M. S.; AMARAL, M. B. D.; FORMIGONI, M. L. O. S.. 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,p852-861, 2005.

SCHRAIBER L. B.; D'OLIVEIRA A. F.; FRANÇA-JUNIOR I.; PINHO A. A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de saúde pública**. p 470-476, 2002.

TAVARES, B.; BÉRIA, J.; LIMA, M. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, vol.35, n.2, p150-158, 2001.

VAISSMAN M. **Alcoolismo no trabalho**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Editora Garamond Ltda., 2004.

WAGNER, H. L. Alcoolismo. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **PROMEF**. Porto Alegre: editora Artmed : Panamericana, 2006.

WILK, A. I.. JENSEN, N. M.. HAVIGHURST, T. C.. Meta- analysis of randomized control Trial adressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. **Journal of General Internal Medicine**. Vol 12. N.5.p 274-283, 2002.

APÊNDICE 1

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Título do Projeto

PERFIL DO ADULTO DO GÊNERO MASCULINO COM RELAÇÃO AO USO DE ÁLCOOL EM ÁREA ADSCRITA DE PSF

Dra. Mariluci Paiva, médica da equipe 505, do PSF Boehmerwaldt II, professora do curso de medicina da Univille, e aluna do curso de mestrado em saúde e meio ambiente da Univille.

Solicito sua colaboração para efetuar a pesquisa para dissertação do mestrado, na qual envolve as pessoas da área 505, do sexo masculino, com mais de 18 anos, que estejam em condições para responder e autorizem a utilização das informações que serão sigilosas.

Esta pesquisa tem por objetivo identificar o perfil dos indivíduos do sexo masculino com relação ao uso do álcool e relacionar com outras condições de vida e doenças.

Os dados serão coletados através de dois questionários fechados contendo perguntas sobre o consumo de álcool e sobre as características sócio-demográficas e presença de comorbidades.

Eu _____ após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE em participar do mesmo.

Assinatura

A pesquisadora assume a responsabilidade e afirma que todas as informações serão mantidas em sigilo, buscando garantir a confidencialidade dos dados coletados.

Atenção: A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto os seus direitos, escreva para a pesquisadora:

Dra Mariluci Paiva

Departamento de Medicina da UNIVILLE e Médica de Família da Secretaria Municipal de Joinville. T. 3461900; 34314500.

Endereço: Campus Universitário, s/n. Bom Retiro e PSF Boehmerwaldt 2.
Caixa Postal 246, CEP 89201-072 Joinville – SC. Tel. 34619000

APÊNDICE 2

Questionário de variáveis Sócio-demográficas e comorbidades

A sua colaboração é muito importante, este estudo ajudará muitas pessoas no nosso País.

A sua identidade será totalmente preservada.

Cadastro _____ Idade _____ data atual ____/____/____

- 1) Com quem você usou bebida alcoólica pela 1ª vez? _____
- 2) Com que idade você fez uso de bebida alcoólica pela 1ª vez? _____
- 3) Qual a sua cor/raça(pessoal): () Branca () Preta (negros e morenos) () Indígena () Amarela (oriental)
- 4) Qual a origem de seus familiares(pode marcar 2): () Brasileiros () Portugueses () Alemães () Italianos () Outra
- 5) Com quem você mora? () Vive com alguém(família) () Vive sozinho
- 6) Você está trabalhando? () Sim () Não
- 7) Se a resposta anterior for Não, de onde vem o seu sustento? () Benefício () Outra pessoa na família trabalha
() Outra resposta: _____
- 8) Qual a sua religião? () Não tenho religião () Sou católico () Sou luterano () Sou evangélico
() Tenho outra religião. Qual? _____
- 9) Classificação Sócio-econômica. GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA:
- | | |
|--|-------|
| () Analfabeto/ Primário incompleto. (menos de 4 anos de estudo) | (0) |
| () Primário completo/ ginasial incompleto. (menos de 8 anos de estudo) | (1) |
| () Ginasial completo/ Colegial incompleto. (entre 8 a 10 anos de estudo) | (2) |
| () Colegial completo/ Superior incompleto. (mais de 11 anos de estudo, sem concluir faculdade) | (3) |
| () Superior completo. (concluiu faculdade e ou mais) | (5) |
- 10) Classificação Sócio-econômica. POSSE DE ITENS:
- | | Quantidade de itens | Pontuação |
|---|---------------------|-----------|
| Televisão em cores | | |
| Rádio | | |
| Banheiro | | |
| Automóvel | | |
| Empregada mensalista | | |
| Aspirador de pó | | |
| Máquina de lavar | | |
| Vídeocassete/ ou DVD | | |
| Geladeira | | |
| Freezer
(aparelho independente ou parte da geladeira) | | |
- 11) Você tem algum parente que faz uso abusivo ou é dependente do álcool? () Sim () Não
- 12) Existe algum bar perto da sua casa?() Sim () Não
- 13) Quais dos problemas de saúde abaixo você possui ou já possuiu?
- | | |
|---|---------------------------------------|
| () Hipertensão Arterial(pressão alta); | () Intoxicação por outra droga; |
| () Cirrose, problema no fígado; | () Esquecimentos(perda de memória), |
| () Úlcera no estômago; | () Tuberculose; |
| () Já sofreu acidente (carro, moto, bicicleta); | () Tabagismo (fumo); |
| () Já sofreu alguma violência; | () Depressão ou Ansiedade. |
| () Já cometeu alguma violência; | () Problema de coração. |
| () Alteração de equilíbrio, tontura. | |

APÊNDICE 3

Solicitação de autorização do Serviço: Secretaria de Saúde do Município de Joinville/ Atenção Básica (APS)/ Regional Floresta.

A pesquisadora, Mariluci Paiva, aluna do **MESTRADO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE**, vem por meio deste solicitar autorização formal para realizar sua pesquisa para obter grau de mestre. Esta será realizada no PSF Boehmerwaldt II, na Área de abrangência 505, e com previsão de início de coleta de dados em Outubro de 2007, e tem como título:

PERFIL DO ADULTO DO GÊNERO MASCULINO COM RELAÇÃO AO USO DO ÁLCOOL EM ÁREA ADSCRITA DE PSF

Joinville 26 de Agosto de 2007.

Autorizado, em _____

Por _____

ANEXO1



Unidade de Saúde: _____
 Nome: _____
 Sexo: Masculino Feminino
 Idade: ____ Data: ____/____/____ REGISTRO

AUDIT – Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (Versão Auto-Applicável)

O uso de álcool pode afetar sua saúde e pode interferir com algumas medicações e tratamentos. Por isso é importante que você responda sobre o seu uso de álcool. Suas respostas permanecerão confidenciais. Por favor, responda com toda a sinceridade. **Coloque um X no quadro** que melhor descreve sua resposta a cada questão.

Resultado	
-----------	--

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Uma vez por mês ou menos <input type="checkbox"/> 1	2-4 vezes por mês <input type="checkbox"/> 2	2-3 vezes por semana <input type="checkbox"/> 3	4 ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/> 4
2. Quantas doses de álcool você consome num dia normal?	0 ou 1 <input type="checkbox"/> 0	2 ou 3 <input type="checkbox"/> 1	4 ou 5 <input type="checkbox"/> 2	6 ou 7 <input type="checkbox"/> 3	8 ou mais <input type="checkbox"/> 4
3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Menos que uma vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4
4. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Menos que uma vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4
5. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Menos que uma vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4
6. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Menos que uma vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4
7. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Menos que uma vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4
8. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Menos que uma vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4
9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?	Não <input type="checkbox"/> 0		Sim, mas não no último ano <input type="checkbox"/> 2		Sim, durante o último ano <input type="checkbox"/> 4
10. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?	Não <input type="checkbox"/> 0		Sim, mas não no último ano <input type="checkbox"/> 2		Sim, durante o último ano <input type="checkbox"/> 4

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)