

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**

**ANA LÍGIA OLIVA**

**APOIO SOCIAL PARA DEPENDENTES DO ÁLCOOL**

**RIBEIRÃO PRETO**

**2007**

**ANA LÍGIA OLIVA**

**APOIO SOCIAL PARA DEPENDENTES DO ÁLCOOL**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Social, para obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Prof. Dr. Milton Roberto Laprega

**RIBEIRÃO PRETO**

**2007**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

### FICHA CATALOGRÁFICA

Oliva, Ana Lígia.

Apoio social para dependentes do álcool-Ribeirão Preto, 2007.  
96f.

Dissertação de Mestrado em Saúde na Comunidade – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

Orientador: Prof. Dr. Milton Roberto Laprega.

1. Uso do álcool. 2. Síndrome de dependência do álcool. 3 Apoio social.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Ana Lúgia Oliva

APOIO SOCIAL PARA DEPENDENTES DO ÁLCOOL

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Social, para obtenção do Título de Mestre. Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Banca examinadora**

**Prof.Dr.** \_\_\_\_\_

**Instituição:** \_\_\_\_\_ **Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Prof.Dr.** \_\_\_\_\_

**Instituição:** \_\_\_\_\_ **Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Prof.Dr.** \_\_\_\_\_

**Instituição:** \_\_\_\_\_ **Assinatura:** \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

### Dedico este trabalho

*Às pessoas a quem devo a minha vida e com as quais mais aprendi, meus pais; à minha supermãe, Silvana, que sempre me incentivou e fez o possível ou, melhor, o impossível para que todos meus sonhos fossem realizados e nunca me deixou desistir. Ao meu pai, Edmar José (Tico), que, com a sua simplicidade, sempre me apoiou e ensinou que precisamos lutar e trabalhar muito para alcançarmos tudo o que queremos. Amo vocês!*

*À minha amiga, irmã, conselheira, professora, Mayra Costa Martins, minha eterna gratidão pela paciência, carinho e apoio em todos os momentos, sem você não teria chegado até aqui. Tenho muitas coisas para aprender na vida, entre elas, ser uma pessoa verdadeira e especial como você.*

*Ao meu amigo e anjo, Rangel Gagliardi Ubeda (in memoriam), uma das pessoas especiais que conheci e com quem aprendi através de sua garra e determinação, que precisamos viver intensamente cada minuto de nossas vidas. Pode ter certeza que você me incentivou a chegar até aqui, e, também, me falou as coisas mais bonitas que já ouvi... Combinamos que estaria aqui para minha defesa, muitas coisas aconteceram e isso não é mais possível. Saiba que você vive nos corações de cada um dos que te amam. Saudades, meu amigo.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus... hoje mais do que nunca, compreendo a existência de uma força maior... Sei que essa força me ajuda a seguir por esta etapa que chegou ao fim. Sei, também, que será essa mesma força que fará com que vá sempre em frente, por qualquer caminho.

Ao meu orientador, preferido e único, Prof. Milton Roberto Laprega, que sempre esteve ao meu lado, e me incentivou, sempre com muita paciência, carinho e humildade. Querido orientador, falar muito obrigado é muito pouco, a cada dia te admiro mais. Muito obrigada.

À minha irmã Aline Oliva, que me ajudou de verdade nos momentos em que pensei que não conseguiria terminar, e ao meu irmão, André Luís Oliva, que sempre estive ao meu lado.

Aos meus avôs Agostinho e Maria Aparecida, Antônio (*in memoriam*) e Maria de Jesus (*in memoriam*), aos meus tios Cláudio, Jéferson, Luiz Carlos e Ezequiel, Léia, Adriana, Sílvia e Neuza, aos primos Luiz Augusto (Guto), Pedro, Jaqueline, Pâmela e Letícia, à Elaine, minha cunhada, agradeço todos pelo amor, apoio, carinho e amizade.

Aos meus pais do coração, Luiz Antônio de Lima e Maria Christina Dória Costa, que sempre me incentivaram e me apoiaram, a vocês meu carinho sempre.

À minha amiga e co-orientadora Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sandra Cristina Pillon, que sempre me apoiou desde o início e sempre me mostrou os caminhos através de suas valiosas contribuições. Muito obrigada.

A toda a equipe do CAPS ad.II, pela atenção que sempre me recebeu, durante a coleta de dados. Não poderia de deixar de agradecer aos que participaram dessa pesquisa cuja colaboração foi imprescindível.

As Prof<sup>ª</sup>s Dr<sup>ª</sup>s Elisabeth Laus Ribas Gomes e Maria José Bistafa, pelo acolhimento e atenção no início desta caminhada.

À turma de pós-graduandos do Departamento de Medicina Social, de 2005, pela amizade e, principalmente, pelos ensinamentos profissionais e de vida.

Aos professores do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, SP (FMRP-USP), em especial o Prof. Dr. Juan S. Yazlle Rocha.

Ao Prof. Dr. Rufino pelo carinho e contribuições valiosas durante o exame de qualificação.

Ao Prof. Manoel Antônio dos Santos pela confiança, contribuições, ensinamentos e incentivo. Muito obrigada.

Aos queridos funcionários do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, SP (FMRP-USP), que sempre me acolheram com muito

carinho, Carol, Mônica e Regina e, ainda, Cidinha e Eduardo, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP).

Às queridas amigas da superintendência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP – FMRP- USP), Marta, Tereza e Helena, sempre muito atenciosas.

Às minhas queridas amigas que dividiram comigo cada dia dessa conquista, Ângela Maria P.Dias, Cristiane Toledo Ubeda, Heloísa H. Nackbar, Josiane Pimentel, Juliana C. Castilho, Merylin Miguel e Regina Célia Carotini. Serei eternamente grata a vocês.

Às minhas amigas, irmãs, companheiras, Ana Cássia Limeira Volpe, Consuelo Torquato, Tatiana Célia Oliveira e Márcia Ferro, que sempre estiveram ao meu lado incentivando - me.

Aos meus queridos professores Maria Élide Conti Travain, Martha Maria dos Santos e João Antônio Rodrigues, através do apoio de vocês consegui alcançar este sonho.

Aos meus amigos de todas as horas, Sílvia Cristina Dib, Flávio Dib e Carlos Alberto Pedreira de Freitas, sem os quais não teria chegado até aqui. Que Deus ilumine vocês sempre.

Ao meu amigo Roberto Molina, que me socorreu e me acolheu, através de sua paciência e carinho foi possível terminar este trabalho.

Às minhas amigas de todos os dias, Maria de Fátima Curry Meireles, Sônia Maria Bonfá, Valéria Lamonaca, Magali Mussa, Ana Cláudia Gonçalves, Jamile Aparecida Lopes Ferreira, Liz Arantes Tiraboschi e Renata Martins, a vocês meu carinho e agradecimento.

Às amigas maravilhosas que conheci ao longo deste caminho, Nilza, Maria Auxiliadora, Daniela, Claudinha, Bárbara, Liliana, Roberta, Raquel, Adriana e Flávia ótimas companheiras que dividiram comigo este momento de aprendizagem.

**A todos aqueles que participaram direta ou indiretamente para que este trabalho se tornasse realidade.**

**Muito obrigada a cada um de vocês!**

**ESPECIALMENTE PARA VOCÊ:**

**Você disse que não sabe se não**

**Mas também não tem certeza que sim**

**Quer saber?**

**Quando é assim**

**Deixa vir do coração**

**Você sabe que eu só penso em você**

**Você diz só que vive pensando em mim**

**Pode ser**

**Se é assim**

**Você tem que largar a mão do não**

**Soltar essa louca, arder de paixão**

**Não há como doer pra decidir**

**Só dizer sim ou não**

**Mas você adora um se...**

**Eu levo a sério mas você disfarça**

**Você me diz à beça e eu nessa de horror**

**E me remete ao frio que vem lá do sul**

**Insiste em zero a zero e eu quero um a um**

**Sei lá o que te dá, não quer meu calor**

**São Jorge, por favor, me empresta o dragão**

**Mais fácil aprender japonês em braile**

**Do que você decidir se dá ou não.**

**(Djavan)**

## **Mensagem**

***Eu já perdoei erros quase imperdoáveis, tentei substituir pessoas insubstituíveis e esquecer pessoas inesquecíveis. Já fiz coisas por impulso, já me decepcionei com pessoas quando nunca pensei me decepcionar, mas também decepcionei alguém. Já abracei pra proteger, já dei risada quando não podia, fiz amigos eternos, amei e fui amado, mas também já fui rejeitado, fui amado e não amei. Já gritei e pulei de tanta felicidade, já vivi de amor e fiz juras eternas, "quebrei a cara" muitas vezes!***

***Já chorei ouvindo música e vendo fotos, já liguei só pra escutar uma voz, me apaixonei por um sorriso, já pensei que fosse morrer de tanta saudade e tive medo de perder alguém especial (e acabei perdendo)!***

***Mas vivi! E ainda vivo! Não passo pela vida...e você também não deveria passar!***

***Viva!!!***

***Bom mesmo é ir à luta com determinação, abraçar a vida e viver com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é MUITO pra ser insignificante.***

***(Charlie Chaplin)***

## RESUMO

OLIVA, A.L. **Apoio social para dependentes do álcool**. 2007. 96.f Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

O consumo abusivo do álcool e suas conseqüências vêm aumentando significativamente, constituindo sério problema para a saúde pública. Esses problemas representam alto custo social e comprometem diversas áreas da saúde. O presente estudo é do tipo descritivo e tem como objetivo identificar o apoio social para dependentes do álcool e analisar suas relações. A amostra foi composta por 50 usuários, cadastrados, e em atendimento no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas – CAPS ad.II, de Ribeirão Preto, com diagnóstico de síndrome de dependência do álcool. Para a coleta de dados foi utilizado questionário estruturado com perguntas fechadas, dividido em três partes: as informações sociodemográficas, o teste de identificação do uso do álcool (*Audit*) e o instrumento de apoio social Medical Outcomes Study (MOS). Resultados: 43(86%) do sexo masculino, 26(46%) solteiros, 26(52%) adultos, faixa etária entre 30 e 49 anos, com baixo nível de escolaridade 31(62%), pois tinham o ensino fundamental completo ou incompleto, e 21(42%) estavam desempregados. Com relação ao uso do álcool, 44(88%) apresentaram níveis de provável dependência, ou dependência, do álcool, e 31(62%) iniciaram o uso do álcool na adolescência, entre 12 e 18 anos. Referente ao apoio social (apoio material, apoio afetivo mais interação social positiva, apoio emocional mais apoio de informação) de um modo geral, observou-se que os usuários apresentaram apoio social baixo, quando comparados os tipos de apoio, encontrou-se associação entre apoio afetivo e interação social positiva e a faixa etária, principalmente na idade de 50 anos, pois a chance de não terem apoio é 15 vezes maior quando comparado aos mais jovens. Os achados do presente estudo apontam para o desenvolvimento de programas direcionados a fortalecer o apoio social durante e após o tratamento do uso abusivo o álcool.

**Palavras chave:** Uso do álcool, Síndrome de dependência do álcool, Apoio social

## ABSTRACT

OLIVA, A.L. **Social support for alcohol dependent individuals.2007.** 96 f Master's Dissertation. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

Binge drinking and its consequences have been increasing significantly, thus becoming a serious health problem. Such problems represent a high social cost and they adversely affect several health sectors. The present descriptive study aims to identify social support among alcohol dependent individuals and evaluate their association. The sample consisted of fifty alcohol users who signed up for treatment at the Center for Psychosocial Attention- Alcohol and Drugs (CAPS ad.II) in Ribeirão Preto, diagnosed with Alcohol Dependence Syndrome. For data collection, a questionnaire, divided into three parts, containing closed ended questions on social demographic information, the Alcohol Use Identification Test (*Audit*), and the Social Support Instrument Medical Outcomes Study (MOS) was used. RESULTS: 43 (86%) of the subjects were male, 26 (52%) were single, 26 (52%) were adults between thirty and forty nine years old with low educational level (they had not completed elementary school), and 21 (42%) were unemployed. As for alcohol use, 44 (88%) of the subjects presented level of probable dependence or alcohol dependence and 31 (62%) started using alcohol between the age of twelve or eighteen. As regards social support, (material support, affective support plus positive social interaction, emotional support plus information support) subjects were found to count on low social support. When types of support were compared, an association between affective support and positive social interaction and age group emerged, mainly around the age of 50, for this age group is one fifteenth times as likely to count on social support when compared with younger subjects. These findings present indicators for the development of programs aiming to strengthen social support during and after binge drinking treatment.

**KEY WORDS:** alcohol use, alcohol dependence syndrome, social support.

## RESUMEN

OLIVA, A.L. **Apoyo social para dependientes de alcohol**. 2007. 96f. Disertación Maestría Facultad de Medicina de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2007.

El consumo abusivo de alcohol y sus consecuencias vienen aumentando significativamente constituyendo un serio problema de salud pública. Estos problemas representan un alto costo social y comprometen diversas áreas de salud. El presente estudio es de tipo cuantitativo e descriptivo, tubo como objetivo identificar el apoyo social entre dependientes del alcohol y analizar sus relaciones. La muestra fue compuesta por 50 usuarios en atención y registrados en el Centro de Atención Psicosocial - Alcohol y Drogas- CAPS ad.II de Ribeirao Preto, con diagnostico de Síndrome de Dependencia de Alcohol. Para la colecta de datos fue utilizado un cuestionario estructurado con preguntas cerradas, dividido en tres partes: las informaciones sociodemográficas, el test de identificación del uso de alcohol (*Audit*) y el apoyo social instrumento Medical Outcomes Study (MOS). Resultados: 43 (86%) de sexo masculino, 26 (46%) solteros, 26 (52%) adultos entre 30 y 49 anos de edad, con bajo nivel de escolaridad 31 (62%), pues tenían estudios fundamentales completo o incompletos, y 21 (42%) estaban desempleados. Con relación al uso de alcohol 44 (88%) presentaban niveles de probable dependencia o dependencia de alcohol, y 31 (62%) iniciaron el uso de alcohol en la adolescencia entre 12 y 18 años. Referente al apoyo social (apoyo material, apoyo afectivo más interacción social positiva, apoyo emocional más apoyo de información) de modo general se observó que los usuarios presentaron apoyo social bajo. Cuando comparados a los tipos de apoyo, se encontró una asociación entre apoyo efectivo y interacción social positiva y principalmente entre los 50 años, la chance de no tener apoyo es de 15 veces mayor que cuando comparado a los más jóvenes. Conclusión, Lo encontrado en este estudio nos apunta indicadores para el desarrollo de programas diseccionados fortalecer el apoyo social durante y después el tratamiento abusivo del alcohol.

Palabras clave: uso de alcohol, síndrome de dependencia alcohólica, apoyo social

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Distribuição das características sociodemográficas dos usuários do CAPS – ad. II.....	30
<b>Tabela 2</b>	Distribuição dos usuários do CAPS – ad.II, em função do nível de escolaridade e situação educacional.....	30
<b>Tabela 3</b>	Distribuição dos usuários do CAPS – ad.II, em função da renda familiar e filhos.....	31
<b>Tabela 4</b>	Distribuição dos usuários do CAPS – ad.II, em função da condição de emprego e benefício social.....	31
<b>Tabela 5</b>	Distribuição dos usuários do CAPS – ad.II, em relação ao número de pessoas que moram na casa e o tipo de residência .....	32
<b>Tabela 6</b>	Distribuição dos usuários do CAPS – ad.II, em relação à religião e à prática religiosa.....	32
<b>Tabela 7</b>	Distribuição dos usuários do CAPS – ad.II, em função da idade de início do uso do álcool, período de tratamento e período de abstinência.....	33
<b>Tabela 8</b>	Distribuição da pontuação do Teste de Identificação do Uso do Álcool ( <i>Audit</i> ) segundo os usuários do CAPS – ad.II.....	33
<b>Tabela 9</b>	Distribuição dos usuários do CAPS – ad.II, segundo os familiares e amigos em quem confiam para falar sobre seus problemas relacionados ao álcool.....	34
<b>Tabela 10</b>	Distribuição dos usuários do CAPS – ad.II, em relação a prática de esportes, reuniões políticas e trabalho voluntário.....	35

<b>Tabela 11</b>	Comparação entre o apoio material e as variáveis; idade e estado civil, dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II.....	36
<b>Tabela 12</b>	Comparação entre o apoio material em relação à escolaridade, dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II.....	37
<b>Tabela 13</b>	Comparação entre o apoio material em relação à renda familiar e à condição de emprego dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II.....	38
<b>Tabela 14</b>	Comparação entre o apoio material em relação à condição de moradia, dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II.....	39
<b>Tabela 15</b>	Comparação entre o apoio material em relação às atividades religiosas, prática de esporte e a participação em trabalhos voluntários dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II.....	40
<b>Tabela 16</b>	Comparação entre o apoio material em relação à idade do início do uso do álcool, tempo de tratamento e tempo de abstinência dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II.....	41
<b>Tabela 17</b>	Comparação entre apoio afetivo e interação social com sexo e faixa etária dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II.....	42
<b>Tabela 18</b>	Comparação entre o apoio afetivo e interação social em relação ao estado civil dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II.....	43
<b>Tabela 19</b>	Comparação entre o apoio afetivo e interação social em relação à escolaridade dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II.....	44
<b>Tabela 20</b>	Comparação entre o apoio afetivo e interação social em relação a morar sozinho dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II.....	45

<b>Tabela 21</b>	Comparação entre o apoio afetivo e interação social em relação às atividades religiosas, trabalhos voluntários realizados pelos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II.....	46
<b>Tabela 22</b>	Comparação entre o apoio afetivo e interação social material em relação à renda familiar, condição de emprego, dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II.....	47
<b>Tabela 23</b>	Comparação entre o apoio afetivo e interação social em relação à idade de início do uso do álcool e o tempo de tratamento dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II.....	48
<b>Tabela 24</b>	Comparação entre o apoio emocional e apoio de informação em relação ao sexo e a idade dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II.....	49
<b>Tabela 25</b>	Comparação entre o apoio emocional mais apoio de informação em relação ao estado civil e possuir filhos dos usuários atendidos no CAPS – ad.II.....	50
<b>Tabela 26</b>	Comparação entre o apoio emocional e apoio de informação em relação à morar sozinho dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II....	51
<b>Tabela 27</b>	Comparação entre o apoio emocional e apoio de informação em relação à renda familiar e condição de emprego, dos usuários atendidos no CAPS – ad.II.....	52
<b>Tabela 28</b>	Comparação entre o apoio emocional mais apoio de informação em relação a prática de atividades religiosas, prática de esportes e trabalhos voluntários dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II.....	53

<b>Tabela 29</b>	Comparação entre o apoio emocional mais apoio de informação em relação à idade de início do uso do álcool, tempo de tratamento, tempo de abstinência dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II.....	54
------------------	--	----

---

<b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....	1
<b>2 INTRODUÇÃO</b> .....	4
2.1 Epidemiologia do consumo do álcool sobre a saúde.....	4
2.2 Conceito sobre síndrome de dependência do álcool (SDA) .....	8
2.3 Identificação dos componentes da síndrome de dependência do álcool.....	9
2.4 Elementos da síndrome de dependência do álcool.....	9
2.5 Rede social e apoio social.....	12
2.6 Apoio social e a síndrome da dependência do álcool.....	17
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	20
3.1 Objetivo geral.....	20
3.2 Objetivos específicos.....	20
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	21
4.1 Desenho.....	21
4.2 População.....	21
4.3 Amostra.....	21
4.4 Local.....	21
4.5 Critérios de inclusão e exclusão.....	23
4.6 Aspectos éticos.....	23
4.7 Coleta de dados.....	24
4.8 Instrumento.....	24
4.9 Estudo piloto.....	27
4.10 Análise de dados.....	28

---

<b>5 RESULTADOS</b> .....	29
5.1 Análise descritiva.....	30
5.1.1 Descrição das variáveis sociodemográficas.....	30
5.1.2 Avaliação do uso do álcool.....	33
5.1.3 Descrição do apoio social.....	34
5.2 Análise univariável.....	36
5.2.1 Apoio material e as informações sociodemográficas.....	36
5.2.2 Apoio afetivo e a interação social e as informações sociodemográficas.....	42
5.2.3 Apoio emocional e de informação e as informações sociodemográficas.....	49
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	56
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	72
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	74
<b>ANEXOS</b> .....	88

# ***Apresentação***

## 1 Apresentação

O uso do álcool está envolvido com vários problemas relacionados à saúde, a dificuldades de relacionamento familiar e social, à morte, ao desemprego, à violência doméstica, e distúrbios psiquiátricos entre outros, que afetam a vida do indivíduo.

A literatura citada ao longo deste estudo evidencia tais fatos e, ainda, aponta que o número de dependentes de álcool vem aumentando nos últimos cinco anos, independente da cultura, do regime político ou da religião. No Brasil, o alcoolismo é sério problema de saúde pública, cujas conseqüências vão além dos malefícios à saúde, levando também a amplas repercussões sociais.

De acordo com minha prática profissional como Assistente Social, atuando na área da saúde e promoção social nos últimos quatro anos, pude observar que o uso álcool é um dos maiores problemas entre os indivíduos que buscavam atendimento social.

Durante essa trajetória profissional, desenvolvi trabalhos na Secretaria Municipal de Promoção Social de Jaboticabal SP, onde realizei atendimento às famílias e, durante as entrevistas, pude verificar, através dos seus relatos, que o uso do álcool fazia parte do cotidiano de algumas dessas famílias, direta ou indiretamente relacionado a discussões, brigas e até mesmo a situações que resultavam em violência maior.

Desenvolvi, posteriormente, trabalhos na Secretaria Municipal de Saúde do município de Porto Ferreira SP, voltados à saúde da mulher, o que evidenciou ainda mais essa realidade. Muitas dessas mulheres que usavam o serviço, além dos problemas relacionados à saúde, algumas vezes, também, apresentavam problemas de outra natureza como, por exemplo, aqueles relacionados ao uso do álcool e suas conseqüências.

Citando ainda alguns exemplos dessa minha experiência, pude constatar que algumas dessas mulheres relatavam de maneira simples e resignada os problemas relacionados ao uso do álcool entre um dos seus familiares, na maioria por parte do pai ou companheiro. Adicionados a esse fator, o que também chamou minha atenção foi o fato dessas mulheres não terem conhecimento da dependência do álcool como doença, assim como terem dificuldade de obter tratamento especializado voltado a essa população naquele município.

Ao longo desse trabalho, foi constatado outro fator interessante, essas mulheres nem sempre recebiam apoio material e afetivo dos seus familiares e amigos, quando tinham problemas relacionados à dependência do álcool por parte dos seus companheiros.

Desenvolvo, atualmente, minhas atividades profissionais em um Hospital no município de Ribeirão Preto, atendendo diretamente cerca de 555 funcionários e seus familiares. Em consonância com essa realidade já citada, outro fator me chamou a atenção, os índices significativos de absenteísmo e afastamentos médicos em consequência do uso abusivo do álcool. Além disso, o preconceito e o descaso também fazem parte de suas vidas de acordo com o relato de alguns desses indivíduos.

Por fim, ressalto ainda que durante estes anos de atuação nos diferentes setores da promoção social e da saúde, pude observar que existe um hiato entre o período que o paciente recebe alta do hospital até o momento em que chega a um tratamento aberto para a dependência do álcool. Muitos deles não têm apoio social, ou seja, apoio da família, amigos, colegas de trabalho, igreja, que ajudem na manutenção da abstinência até o período de entrada em algum serviço aberto ou mesmo grupo de auto-ajuda.

Desse modo, desenvolver meu trabalho enquanto assistente social, de maneira direta ou indireta, com dependentes de álcool, trouxe-me algumas inquietações que me motivaram a buscar conhecimentos específicos sobre essa temática, resultando no desenvolvimento da presente pesquisa.

O presente estudo tem como objetivo identificar o apoio social entre dependentes do álcool. Para a realização desta pesquisa, optei por um estudo descritivo, com amostra de 50 indivíduos portadores de síndrome de dependência do álcool usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS - ad.II de Ribeirão Preto.

A partir dos resultados obtidos neste estudo, espero contribuir para o fortalecimento de programas educativos preventivos e de tratamento, voltados ao uso do álcool e que incluam, na medida do possível, atenção ao fortalecimento da rede de apoio social.

# ***Introdução***

## 2. INTRODUÇÃO

### 2.1 EPIDEMIOLOGIA DO CONSUMO DO ÁLCOOL SOBRE A SAÚDE

Nos últimos anos, o consumo abusivo do álcool e suas graves conseqüências vêm aumentando e, atualmente, é um sério problema de saúde pública. Apesar das bebidas alcoólicas serem consideradas produtos universais e fazerem parte da nossa cultura há milhares de anos, não se pode desconsiderar as conseqüências e prejuízos sobre a saúde como um todo, envolvendo tanto o indivíduo, quanto sua família, amigos, colegas de trabalho e a comunidade em geral (HYGINO; GARCIA; VETULANI, 2001; TOSCANO, 2001).

Os problemas causados pelo consumo do álcool representam alto custo para a sociedade, cerca de 185 bilhões de dólares a cada ano no mundo, um valor muito mais elevado do que aquele gasto com doenças coronarianas, asma e tratamento para o uso abusivo de drogas, que chega a 118 bilhões de dólares anuais (HARWOOD, 2000). Esses custos, no Brasil, incluindo absenteísmo, serviços sociais e legais, chegam a 5,4% do produto nacional bruto. Isso pode ser comparado com a renda gerada pela produção e comércio de bebidas alcoólicas, que é de 2,4% do produto nacional bruto (BERTOLOTE, 1990).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2004), com relação ao uso do álcool, reconhece que o seu uso problemático (uso nocivo e dependência) impõe à sociedade carga global de agravos indesejáveis e altamente dispendiosos, sendo uma das principais doenças do século XXI. Estima-se que o ônus do álcool (incluindo doenças físicas como cirrose, pancreatite, hepatite alcoólica e também traumas causados por acidentes automobilísticos, por exemplo) seria responsável por 1,5% das mortes e 3,5% de DALYs (anos de vida ajustados por incapacidade),

colocando o controle do uso de álcool como uma das prioridades de saúde pública (WORDL HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Estudo recente, realizado no Brasil, sobre o perfil do consumo de álcool mostrou que, 11,2% da população geral têm sérios problemas de saúde com relação às bebidas alcoólicas, cerca de 20 milhões de pessoas estão diretamente comprometidas com o alcoolismo (LIMA, 2007).

Outro dado que também chama a atenção, o número significativo de internações hospitalares motivadas pelo abuso do álcool. Noto et al. (2002) realizaram levantamento entre os anos 1988 e 1999, junto a hospitais e clínicas psiquiátricas em todo o Brasil, e constataram que 90% de todas as internações hospitalares por dependência de substâncias psicoativas são motivadas pelo uso do álcool. Em concordância com essa constatação, Galduróz, Noto e Carlini (1997), ainda acrescentam que cerca de 70% dos laudos cadavéricos das mortes violentas são decorrentes do abuso do álcool.

O CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), em 2002, realizou pesquisas epidemiológicas mais abrangentes sobre o uso de álcool na população geral, os dados foram coletados em 24 cidades do Estado de São Paulo, perfazendo o total de 2 411 entrevistas, estimando que 6,6% da população eram dependentes do uso do álcool. Após dois anos, a mesma população foi pesquisada e constatou-se que houve aumento estatisticamente significativo para 9,4% de dependentes de álcool.

Outro amplo estudo domiciliar brasileiro, envolvendo 107 cidades com mais de 200 mil habitantes, com amostra de 8 589 entrevistados, mostrou que a prevalência da dependência do álcool era de 11,2%, sendo de 17,1% para o sexo masculino e 5,7% para o feminino. Essa prevalência de dependentes foi mais alta nas Regiões

Norte e Nordeste, com porcentagens acima de 16%. No Brasil, esse estudo também constatou que 52% dos adolescentes com idade entre 12 e 17 anos eram dependentes do álcool (*Galduróz et al., 2000*).

Em continuidade a esse tema, outro agravante importante para a problemática do uso abusivo do álcool atualmente é o aumento na produção de bebidas alcoólicas, conforme estudo realizado pela OMS (1999): O Brasil está situado no 63º lugar, entre 153 países pelo uso *per capita* de álcool. Porém, quando a OMS compara a evolução do consumo per capita entre as décadas 1970 e 1990, em 137 países, o Brasil apresenta crescimento de 74,5% no consumo de bebidas alcoólicas.

Para reforçar a importância da associação entre a produção de bebidas alcoólicas e consumo, vale a pena mencionar dados fornecidos pela própria indústria do álcool sobre a fabricação e vendas de destilados no mundo. Nota-se crescente aumento, de 3 a 5% ao ano, do consumo de cervejas no país, e produção estimada de 9 884 milhões de litros de cerveja no ano 2005 (MELONI; LARANJEIRA, 2004).

A China é apontada como o maior produtor e consumidor de destilados do mundo, onde 725 milhões de litros de *baijiu* são produzidos e comercializados, seguido pela Rússia, que ostenta consumo estimado em 350 milhões de litros de vodca por ano. O Brasil ocupa, com sua cachaça, a preocupante quarta colocação na ordem dos maiores produtores mundiais de destilados, com 200 milhões de litros comercializados ao ano, sendo 195 milhões consumidos no mercado interno. Esses dados são preocupantes para os governantes e para os profissionais de saúde, que precisam estar preparados para enfrentar as possíveis conseqüências que o uso abusivo dessas bebidas possa ocasionar (MELONI; LARANJEIRA, 2004).

Os problemas sociais em decorrência do consumo abusivo do álcool, não são muito enfatizados nas pesquisas devido à inexistência de padrões métricos pareáveis com dados de saúde, pela escassez de sistematização internacional de dados sociais comparativos e também em função da limitação das fontes de informação já existentes, cuja captação de dados não permite estudos estruturados (KLINGEMANN; GMEL 2001).

A literatura aponta que, além dos problemas de saúde, as categorias de problemas sociais relacionadas ao uso do álcool incluem outros fatores: vandalismo, desordem pública, abuso de menores, problemas familiares, interpessoais, financeiros, dificuldades educacionais e custos sociais. O estudo também demonstrou que as conseqüências sociais do uso do álcool colocam essa substância, no mínimo, como fator adicional ou mediador entre outros que contribuem para a ocorrência desses problemas sociais (MELONI; LARANJEIRA 2004).

O uso abusivo, a dependência do álcool e de outras drogas, no Brasil e no mundo, destacam-se como expressões da questão social contemporânea, um sério problema de saúde pública, cujas implicações são de múltiplas dimensões, ou seja, de ordem social, psicológica, econômica e política, exigindo compreensão e respostas em âmbito global.

Os dados aqui apresentados sugerem dois pontos fundamentais: há a necessidade de se dar mais ênfase aos estudos epidemiológicos no Brasil, não só com a ampliação como também com a renovação sistemática dessas pesquisas, pois o álcool, certamente, contribui fortemente para a etiologia e manutenção de vários problemas sociais, econômicos e de saúde enfrentados em nosso país.

## 2.2 CONCEITO SOBRE SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL (SDA)

Para se compreender os estudos epidemiológicos acima, torna-se importante fazer uma revisão do conceito do alcoolismo ou Síndrome de Dependência do Álcool (SDA). O alcoolismo foi declarado como doença em 1966, e a dependência às drogas passou a ser observada sob diversas perspectivas, uma delas considera esse problema como “uma condição médica”. As definições psiquiátricas e psicológicas afirmam que a dependência consiste, primeiramente, em doença mental, transtorno de comportamento ou, em alguns casos, caracterizam apenas sintomas de doença mental, no entanto, a intenção é de possibilitar a classificação padronizada dos usuários (BABOR, 1994).

A dependência significa um relacionamento alterado entre a pessoa e sua forma de beber (EDWARDS, 1986). Edwards e Gross, em 1976, desenvolveram o conceito de síndrome da dependência do álcool, considerando o termo síndrome como um conceito para designar um agrupamento de sinais e sintomas, sendo uma formulação clínica descritiva que, inicialmente, tende a ser agnóstica à patologia. Esse conceito foi adotado como elemento essencial para a classificação das substâncias psicoativas, tanto pela American Psychiatric Association (DSM-III-R) como pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (SKINNER, 1990).

A SDA tem recebido validação clínica e está sustentada por dezenas de estudos entre eles, estudos que visam avaliar, com maiores detalhes, a SDA, e alguns questionários desenvolvidos como o SADD (*Short-Form Alcohol Dependence Data*), o SADQ (*Severity of Alcohol Dependence Questionnaire*) e a ADS (*Alcohol Dependence Schedule*), que contribuem para a idéia de unidimensionalidade da síndrome (LARANJEIRA, 1994).

A SDA não é enfermidade estática que se define em termos absolutos, mas um transtorno que se constitui ao longo da vida. É fenômeno que depende da interação de fatores biológicos e culturais - por exemplo, religião e valor simbólico do álcool em cada comunidade -, que determinam como o indivíduo vai se relacionando com a substância, em um processo de aprendizado individual e social do modo de se consumir bebidas. Nesse processo de aprendizado da maneira de usar o álcool, um dos fenômenos mais significativos é o surgimento dos sintomas de abstinência. Quando a pessoa passa a ingerir a bebida para aliviar esses sintomas é estabelecida forte associação que sustenta tanto o desenvolvimento quanto a manutenção da dependência (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

### **2.3 IDENTIFICAÇÃO DOS COMPONENTES DA SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL**

Segundo Edwards e Gross (1976), a dependência seria "um relacionamento alterado entre a pessoa e sua forma de beber", onde às razões pelas quais o indivíduo começou a beber adicionam-se àquelas relacionadas à dependência. Assim sendo, a dependência torna-se um comportamento que se retroalimenta e que abrange muito mais que tolerância e abstinência.

### **2.4 ELEMENTOS DA SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL**

1) *Estreitamento do repertório*: no início, o usuário bebe com flexibilidade de horários, de quantidade e até de tipo de bebida. Com o tempo, passa a beber com mais frequência, até consumir todos os dias, em quantidades crescentes, ampliando a frequência e deixando de se importar com a inadequação das situações. Nos estágios avançados, o indivíduo consome de modo compulsivo e incontrolável para

aliviar os sintomas da abstinência, sem se importar com os danos orgânicos, sociais ou psicológicos. Sua relação com a bebida torna-se rígida e inflexível, no padrão de ou tudo ou nada.

2) *Saliência do comportamento de busca do álcool*: com o estreitamento do repertório do beber, há tentativa do indivíduo de priorizar o ato de beber, mesmo em situações inaceitáveis (por exemplo, dirigindo veículos, no trabalho). Em outras palavras, o beber passa a ser o fulcro da vida do usuário, acima de qualquer outro valor, saúde, família e trabalho.

3) *Aumento da tolerância ao álcool*: com a evolução da síndrome, há necessidade de doses crescentes de álcool para obter o mesmo efeito, antes conseguido com doses menores, ou a capacidade de realizar atividades apesar de altas concentrações sanguíneas de álcool.

4) *Sintomas repetidos de abstinência*: quando há diminuição ou interrupção do consumo de álcool, surgem sinais e sintomas de intensidade variável. No início, eles são leves, intermitentes e pouco incapacitantes, mas, nas fases mais severas da dependência, podem se manifestar os sintomas mais significativos, como tremor intenso e alucinações.

Os estudos descritivos identificaram três grupos de sintomas:

- ◆ físicos: tremores (desde finos de extremidades ou até generalizados), náuseas, vômitos, sudorese, cefaléia, câibras, tontura;
- ◆ afetivos: irritabilidade, ansiedade, fraqueza, inquietação, depressão;

- ◆ senso de percepção: pesadelos, ilusões, alucinações (visuais auditivas ou tácteis).

5) *Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo aumento da ingestão da bebida*: esse é um sintoma importante da SDA, sendo difícil ser identificado nas fases iniciais. Torna-se mais evidente na progressão do quadro, com o paciente admitindo que bebe pela manhã para se sentir melhor, uma vez que permaneceu por toda noite sem ingerir derivados etílicos.

6) *Percepção subjetiva da necessidade de beber*: há pressão psicológica para beber e aliviar os sintomas da abstinência.

7) *Reinstalação após a abstinência*: mesmo depois de períodos longos de abstinência, se o paciente tiver recaída, rapidamente restabelecerá o padrão antigo de dependência.

Essa sistematização da SDA, proposta por Edwards e Gross (1976), teve sua validade clínica comprovada por inúmeros estudos e modificou a compreensão dos problemas relacionados ao álcool pela medicina, influenciando as classificações posteriores.

Os problemas relacionados ao uso do álcool não devem ser entendidos simplesmente como um componente químico, que produz sensações específicas no corpo biológico, mas como um recurso mediador, ou seja, um artifício por meio do qual se satisfaz uma necessidade psíquica e social.

Existem muitas percepções sociais com relação aos usuários de álcool, algumas vezes são apresentados como seres humanos, mas, por um lado, um

indivíduo improdutivo, sem qualificação intelectual e parâmetros morais, um empecilho para a família e para a sociedade, na medida em que não representa o modelo de normalidade esperada. Por outro lado, também, não se encaixa nesse modelo, ao ser apresentado como desprotegido, sem autonomia, destituído de noções elementares de segurança, fracassado e incapaz. Assim, é dada uma sentença acusatória sobre sua conduta e seu papel social, devido à sua opção pelo consumo exagerado do álcool, esse indivíduo torna-se o protótipo do excluído moderno. De acordo com Nascimento (2002), esse indivíduo passa a ser estigmatizado porque é economicamente desnecessário, politicamente incômodo e socialmente ameaçado.

Refletindo sobre os estudos apresentados neste trabalho, nota-se que o beber excessivo causa enfermidades nos indivíduos que abusam do álcool, além de problemas familiares, interpessoais e no seu ambiente de trabalho. Esses problemas representam grande prejuízo econômico em muitos países do mundo. Dessa maneira, é necessário criar programas preventivos direcionados para atender essa demanda.

## **2.5 REDE SOCIAL E O APOIO SOCIAL**

No campo da saúde pública, o apoio social vem sendo discutido e referido nas diversas conferências internacionais e documentos publicados pelo governo como uma das ações relevantes para promover e restabelecer a saúde e o bem-estar físico e mental (BUCK, 1985; EPP 1986; OMS, 1986).

A literatura apresenta diferentes definições do apoio social e algumas dessas usam, indevidamente, conceitos afins como sinônimos do apoio social e rede social (GOTTLIEB, 1985; HALL e WELLMAN, 1985; HUPCEY, 1998).

Esses dois conceitos, embora distintos, estão intimamente relacionados, pois a rede social faz parte do contexto mais amplo do apoio social e vem sendo muito utilizada nos estudos sobre apoio e saúde (HOUSE e KAHN 1985).

Para compreender melhor a diferença entre apoio social e rede social, é necessário contextualizá-los.

Neste estudo adotaremos a definição do apoio social de Valla (1998, p.156) que vem sendo utilizado em suas pesquisas:

*Qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas, com as quais teríamos contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, que gera efeitos positivos para o sujeito que recebe como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas. p.156*

Para Griep et al. (2003), o conceito de apoio social é similar ao citado pelo autor acima, refere-se a um sistema de relações formais e informais pelo qual os indivíduos recebem ajuda emocional, material e/ou de informação para enfrentarem situações geradoras de tensão emocional. Também é processo recíproco que gera efeitos positivos tanto para o sujeito que recebe quanto para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais controle sobre suas vidas.

Esse é um processo ativo que faz com que as pessoas aprendam a reconhecer que necessitam umas das outras. Os achados de Cobb (1976) e Cassel (1974) reafirmam os dados acima e apontam que o apoio social pode beneficiar o estado de saúde das pessoas, levando ainda o indivíduo a acreditar que é querido, amado e estimado.

De acordo com a literatura nacional e internacional o apoio social pode ser classificado através de várias dimensões funcionais, como mostrado adiante.

- ◆ *Apoio emocional*: refere-se a receber demonstrações de afeto positivo e empatia, ser encorajado a expressar sentimentos de confiança, empatia, carinho, amor, confiança, estima, afeto, escuta e interesse. Esse apoio ainda busca estimar a habilidade de rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais, confidenciais e de encorajamento em momentos difíceis da vida.
- ◆ *Apoio afetivo*: refere-se às demonstrações físicas de afeto por exemplo, os abraços.
- ◆ *Interação social positiva*: refere-se à situações de ter alguém com quem se distrair e fazer coisas agradáveis.
- ◆ *Apoio de informação*: refere-se a informações que a pessoa pode usar para lidar com problemas. É medido através da disponibilidade de aconselhamentos, diretrizes e informações.
- ◆ *Apoio instrumental ou material*: reflete a disponibilidade de serviços práticos e recursos materiais, onde estão incluídos, por exemplo, a ajuda em dinheiro ou o auxílio nas tarefas da casa, em caso de necessidade emergencial. (SHERBOURNE; STEWART, 1991; BOWLING, 1997; NORBECK; LINDSAY; CARRIERI, 1981; OSTERGREN et al., 1991).

Os trabalhos iniciais sobre apoio social e saúde foram desenvolvidos pelo epidemiologista John Cassel (1974), ao compilar evidências de que o isolamento e a ruptura dos vínculos sociais aumentavam a vulnerabilidade dos sujeitos ao adoecimento em geral. Essa ruptura dos vínculos pode ser desencadeada por diversos fatores ambientais, principalmente os fatores psicossociais associados a

mudanças inesperadas da vida tais como separações, adoecimentos na família, morte de entes queridos, desemprego, mudança de residência entre outros, influenciando as condições gerais de saúde e qualidade de vida (VAUX, 1988; BARRON, 1996; PAIXÃO; OLIVEIRA, 1996).

Em continuidade a essa temática, a literatura demonstra que o apoio social fornecido através dos relacionamentos sociais ajuda os sujeitos a terem maior controle das situações estressantes e enfrentarem melhor as adversidades da vida. A hipótese desse autor é que o apoio social tamponaria os efeitos do estresse no organismo, além de aumentar a imunidade do corpo e a resistência, evitando o adoecimento físico e psicológico (CASSEL, 1976; COHEN; SYME, 1985; BARRIOS, 1999; VALLA, 1999).

A partir da década de 70 à de 90, foi identificado aumento nas pesquisas sobre apoio social, sendo que diversos estudiosos direcionam suas pesquisas sobre a relação do apoio social com a presença ou a ausência de algumas doenças. Os achados desses estudos mostram que a rede e o apoio social têm papel importante na determinação dos níveis de saúde e bem-estar dos indivíduos, apresentando relação positiva com bons prognósticos nos tratamentos e restabelecimentos, funcionando assim como um agente protetor (CASTRO; CAMPERO; HERNANDEZ 1997; BLOOM, 1990; COHEN; WILLS, 1985; PEARLIN, 1989).

Outros estudos realizados por Cassel (1976) e Cobb (1976) apresentam evidências de que a ruptura de laços sociais aumenta a suscetibilidade a doenças. Em concordância com esses achados, Pilisuk e Minkler (1985) notaram que portadores de enfermidades como hipertensão arterial, depressão, tuberculose e vítimas de acidentes relatavam com maior frequência o fato de não estarem (ou não se sentirem) inseridos em uma rede de apoio, ou ainda de terem experimentado a

falta desse apoio em momentos importantes de suas vidas como viuvez, separação amorosa, desemprego, mudanças de moradia entre outros.

Estudo de metanálise sobre 55 trabalhos publicados entre os anos de 1976 e 1987, confirmou que a má saúde era mais pronunciada entre aqueles que tinham falta de apoio social, e que esse estava mais associado à saúde nas mulheres do que nos homens (SCHWARZER; LEPPIN, 1989; SMITH et al., 1994).

As redes sociais podem ser definidas como o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social, que pode ou não oferecer ajuda em diversas situações ao longo da vida (BOWLING, 1997).

Desde o nascimento até a morte, o ser humano participa de uma trama interpessoal que o molda e simultaneamente contribui para moldar a sua rede social. No início, essa trama é constituída pela família, mas, em pouco tempo, se expande, e passa a incluir os amigos, colegas de escola, trabalho e relações baseadas em atividades sociais, culturais, esportivas, religiosas, de saúde entre outras.

De acordo com os achados de Sluzki (2003), Cartana (1988) e Bott (1976), a rede social é considerada como uma espécie de terceiro campo do parentesco, da amizade, da classe social; um círculo social constituído por traços de afinidade, formando uma teia que une as pessoas, e isso supõe todo o conjunto de seus vínculos interpessoais: família, amigos, relações de trabalho e estudo, de inserção comunitária e de práticas sociais.

A rede social e o apoio social, nos últimos anos, têm sido considerados recursos importantes que auxiliam e facilitam o enfrentamento dos momentos de dificuldade que ocorrem ao longo da vida das pessoas, atuando como agente de integração entre o indivíduo fragilizado ou vulnerável, minimizando os riscos de

exclusão social e, conseqüentemente, de danos à sua saúde por meio de medidas de promoção de saúde.

Desse modo, o apoio social poderia ser elemento favorável ao *empowerment*, processo no qual indivíduo, grupos sociais e organizações passam a ganhar mais controle sobre seus próprios destinos (VALLA, 1999).

A discussão sobre redes, apoio social e *empowerment* chama a atenção para o saber e o poder que os próprios pacientes, organizados em comunidades e movimentos, podem adquirir para influir nas várias dimensões de sua saúde, desde a interferência sobre as próprias condições individuais de saúde, até as condições de funcionamento e atendimento dos serviços de saúde (LABONTE, 1994).

Tendo em vista a relevância do apoio social para a saúde física e mental e a carência da literatura nacional, é importante aprofundar a discussão do apoio social e o alcoolismo, porém, esses estudos se referem à associação entre apoio social e os Portadores de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), indivíduos que tiveram tentativa de suicídio, as gestantes entre outros, mas ainda é escasso o número de estudos referentes ao apoio social e à dependência do álcool.

## **2.6 APOIO SOCIAL E A SÍNDROME DA DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL**

Os estudos internacionais sobre o apoio social e alcoolismo têm apresentado resultados otimistas em relação à presença do apoio social MacDonald (1987) afirmou que o número de relacionamentos familiares ou de amigos prognostica o maior tempo de abstinência.

Em concordância com esses dados, outros estudos, como os de Russel, Soucek e Laughlin (1996), Schwarzer e Leppin (1989) e Smith et al. (1994), também

apontam que a segurança proporcionada pelo apoio da família e dos amigos estava associada ao tempo maior de abstinência.

Adicionando ainda a esses achados, outros autores afirmaram que os indivíduos que estavam empregados, casados e que recebiam apoio dos amigos e familiares apresentavam melhores resultados durante o tratamento para dependentes do uso abusivo do álcool, quando comparados com os indivíduos que eram solteiros e estavam desempregados (ROSEMBERG, 1983; GORDON ; ZRULL, 1991; BOOTH et al., 1992).

Em continuidade a esse tema, outro autor demonstrou que as atividades de lazer e as relações sociais e de trabalho também aumentavam as taxas de abstinência (WALDOW et al., 1987).

A literatura citada acima sugere que, tanto a família, amigos e emprego quanto a equipe de profissionais que acompanha esse indivíduo durante o seu tempo de tratamento, são fatores de proteção importantes para o tempo de abstinência e o sucesso no tratamento. Além desses fatores, vale ressaltar a importância desse indivíduo em participar das atividades de lazer para o fortalecimento dos vínculos sociais e a eficiência do tratamento.

Cassel (1974), em seu estudo, evidenciou que grupos pequenos de pessoas amigas, "conhecidas", produzem soluções aos problemas cotidianos, ou seja, é importante o contato social no equilíbrio das doenças, como no caso do alcoolismo. Segundo esse autor, a adaptação ao meio social e ao ambiente é fator que pode diminuir a suscetibilidade às doenças, a prováveis recaídas e, conseqüentemente, às reinternações.

O apoio social ainda exerce função mediadora, contribuindo para a manutenção da saúde, e permite que as pessoas contornem a possibilidade de

adoecer como resultado de determinados eventos da vida, uso de substâncias psicoativas, perda do emprego, ou da capacidade de trabalhar, o falecimento de uma pessoa querida, uma ação de despejo e outros (VALLA, 1998).

O apoio social precisa ser definido de acordo com o contexto em que está sendo analisado, levando-se em conta os fatores culturais e socioeconômicos, os programas de intervenção e as iniciativas comunitárias e, ainda, a maneira como esses fatores determinam o significado de apoio social (ARROSI, 1993).

No que tange à rede de apoio e o apoio social foi evidenciado a necessidade de aprofundar mais os conhecimentos voltados a essa temática com a finalidade de desenvolver políticas públicas e programas de saúde mais consistentes, voltados para tal população.

***Objetivo***

### **3.1 OBJETIVO GERAL**

O presente estudo tem como objetivo identificar o apoio social para dependentes do álcool.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ◆ Identificar as informações sociodemográficas dos dependentes do álcool.
- ◆ Identificar o consumo de álcool em dependentes dessa substância.
- ◆ Identificar os tipos de apoio social para dependentes do álcool.

# ***Metodologia***

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 DESENHO**

Trata-se de estudo quantitativo descritivo.

### **4.2 POPULAÇÃO**

O Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas de Ribeirão Preto – CAPS ad.II possui capacidade para atender 295 usuários residentes no município de Ribeirão Preto, SP, porém, em 2006, ano em que foi realizada esta pesquisa, havia somente 50 (100%) usuários cadastrados nos programas oferecidos.

### **4.3 AMOSTRA**

O presente estudo foi realizado com amostra de 50 (100%) usuários cadastrados e em atendimento no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e drogas – CAPS – ad.II de Ribeirão Preto, SP, diagnosticados com Síndrome de Dependência do Álcool, segundo critérios do CID 10.

### **4.4 LOCAL**

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas – CAPS – ad.II de Ribeirão Preto.

Contextualizando o local da pesquisa, vale ressaltar que essa instituição foi um dos primeiros serviços de assistência aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil. Estabelecido através de convênio assinado entre a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto e o Sanatório Espírita Vicente de Paulo (SEVP), o NAPS-F iniciou

suas atividades em 26 de agosto de 1996, atualmente está cadastrado junto ao Ministério da Saúde, como CAPS ad.II.

A ênfase do tratamento no serviço é predominantemente grupal, pois abrange grande número de pacientes, evitando, assim, a fila de espera. O usuário chega ao serviço por demanda espontânea, ou através de encaminhamento da rede de saúde, judiciário, conselho tutelar e outros. A assistência é oferecida através do programa terapêutico por meio de contrato de permanência parcial de 4 ou de 8 horas diárias, ou atendimentos ambulatoriais de grupos, ou de oficinas específicas. A cada usuário do programa é atribuído um Profissional de Referência, que o acompanhará durante todo o tratamento. Por meio das reuniões de equipe, cada caso clínico é discutido e traça-se um projeto terapêutico individualizado para os usuários. Em geral, após a inclusão no programa, é agendada uma consulta com o psiquiatra, na qual é realizada anamnese e iniciado o tratamento medicamentoso se caso for necessário.

Os objetivos do tratamento não estão centrados na abstinência, mas que o usuário passe a perceber seu padrão de uso da substância, retome suas atividades laborais e laços familiares e possa ter melhor qualidade de vida. As recaídas são percebidas como parte do tratamento, podendo o usuário retornar sempre que tiver necessidade (LEME et al., 2004).

O CAPS - ad.II mantém vínculo com toda a rede de saúde municipal, Departamento de Bem-Estar Social, Educação e Justiça, para articulação entre tais setores e para a definição mais precisa das especificidades de cada usuário. Na organização do presente serviço, também são realizadas reuniões semanais entre os segmentos do município que trabalham diretamente com usuários dependentes de drogas (Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, e Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto), com

o objetivo de discutir os casos clínicos, para que haja melhor engajamento e possibilite encaminhamento e tratamento de forma mais efetiva, priorizando as particularidades de cada usuário (LEME et al., 2004).

#### **4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Para este estudo foram convidados a participar todos os usuários atendidos e cadastrados no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas – CAPS – ad.II de Ribeirão Preto, com diagnóstico de Síndrome de Dependência do Álcool. Foram excluídos da pesquisa os usuários com diagnóstico de psicose e aqueles que eram usuários de múltiplas drogas.

#### **4.6 ASPECTOS ÉTICOS**

O presente projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-FMRP-USP, na 229ª Reunião Ordinária, realizada em 17/7/2006, de acordo com o Processo HCRP Nº 5232/2006 (Anexo B).

Também houve autorização formal do diretor do CAPS – ad.II – Sanatório São Vicente de Paulo, e foi aprovada em Reunião Ordinária, realizada em 21/7/2006 (Anexo C).

As entrevistas foram realizadas mediante a obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido, firmado pelos pacientes (Anexo D). Foram levados em consideração os aspectos éticos, informando as autoridades competentes, participantes e responsáveis o objetivo da pesquisa, esclarecendo-

lhes as dúvidas, bem como a participação voluntária, e a importância da realização deste estudo para programas e serviços voltados a essa população. Dessa maneira, foi garantido o sigilo em relação à identificação dos participantes e anonimato das informações obtidas.

Foi solicitada autorização formal para a autora brasileira que validou a escala de rede de apoio social, sendo concedida positivamente a sua utilização, bem como a adaptação do mesmo (Anexo E).

#### **4.7 COLETA DE DADOS**

A pesquisa foi realizada durante os meses de setembro e outubro de 2006. Foi solicitado pela Instituição que as entrevistas ocorressem fora dos horários das oficinas e atividades terapêuticas e dos atendimentos médicos e psicológicos, para que não interferisse nas atividades assistenciais dos usuários.

Os usuários foram orientados sobre o objetivo e a importância da sua participação neste estudo, sendo garantido o anonimato.

O questionário foi aplicado pela autora, em sala reservada, a qual ficava somente o usuário e a pesquisadora, garantindo assim a privacidade e o sigilo.

#### **4.8 INSTRUMENTO**

A coleta de dados foi obtida através de questionário estruturado com perguntas fechadas (Anexo A). O questionário está dividido em três partes, apresentadas a seguir.

1ª) Vinte questões com relação às informações sociodemográficas, contendo as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, estado civil, município de procedência, condições de moradia, número de filhos, renda familiar.

2ª) Teste *Audit* (Alcohol Use Identification Test) que contém 10 questões, referentes à identificação do uso do álcool. Esse questionário foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde como instrumento de rastreamento, especificamente para identificar pessoas com consumo nocivo do álcool, como também aquelas que possuem dependência do álcool. Seu objetivo é mensurar a frequência de uso nocivo/dependência de álcool, apresentando sensibilidade de 92% e especificidade de 93%. O instrumento já foi validado no Brasil (BABOR, et al., 2003; MENDEZ, 2003).

O *Audit* é formado por 10 questões graduadas de zero a quatro, enfatiza a identificação de distúrbios atuais (último ano), avaliando o padrão de consumo de álcool, sintomas de dependência e problemas relacionados ao uso do álcool. Atualmente vem sendo bem utilizado pelos profissionais em diversos serviços de saúde (REINERT; ALLEN, 2002).

Os resultados são obtidos através de pontuações quantitativas, sendo classificados como: a) bebedores de baixo risco: com pontuação de 0 a 7 pontos. b) bebedores que fazem uso abusivo ou nocivo: com pontuação de 8 a 15 pontos; c) bebedores que fazem uso de alto risco ou que já estão desenvolvendo a dependência: com pontuação de 16 a 19 pontos; d) nos casos mais graves que já apresentam os sintomas da Síndrome de Dependência do Álcool (SDA) com pontuação de 20 a 40 pontos.

3ª) Contém informações referentes à identificação da rede de apoio, do *Medical Outcomes Study*, com 20 questões. A escala de apoio social utilizada foi

elaborada, originalmente, pelo Medical Outcomes Study (MOS) (SHERBOURNE; STEWART, 1991). Desenvolvida e testada em estudo com 2 987 adultos, usuários de serviços de saúde em Boston, Chicago e Los Angeles, que apresentavam uma ou mais das seguintes doenças crônicas: hipertensão, diabetes, doença coronariana ou depressão.

No Brasil, essa escala foi traduzida e validada por Griep et al. (2005), entre funcionários de uma universidade. Vale ressaltar que essa é a primeira vez que a escala está sendo utilizada em amostra de paciente com Síndrome de Dependência do Álcool.

A escala está sendo utilizada na íntegra e é constituída por cinco dimensões, visando a rede de apoio social nos aspectos: 1) apoio material; 2) apoio afetivo; 3) apoio emocional; 4) informação e 5) interação social positiva, sendo esse apoio fornecido pela família, amigos, pelos amigos do trabalho e pela igreja. Constituídos por: 1) apoio material com 4 perguntas, para a provisão de recursos práticos e ajuda material; 2) apoio afetivo que com 3 perguntas, demonstrações físicas de amor e afeto; 3) apoio emocional com quatro perguntas, habilidades da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais, como exemplo estão as situações que exijam sigilo e encorajamento em momentos difíceis da vida; 4) informação (4 perguntas), contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem; 5) interação social positiva com 4 perguntas, que se referem a contar com uma ou mais pessoas para relaxar e divertir-se.

Ainda, para todas as perguntas, foram apresentadas cinco opções de respostas, onde o usuário indica com que frequência considera disponível cada tipo

de apoio, em caso de necessidade: 1 (nunca); 2 (raramente); 3 (às vezes); 4 (quase sempre) e 5 (sempre).

Para leitura das respostas, foram construídos escores para cada uma das dimensões de apoio social: sendo esses; apoio material, apoio afetivo mais interação social positiva e o apoio emocional mais o apoio de informação. Esses escores foram padronizados segundo o número de perguntas que fazem parte de cada dimensão. Assim, a soma de pontos obtidos pelas perguntas de cada uma das dimensões foi dividida pelo escore máximo possível na mesma dimensão, que varia de acordo com o número de perguntas. O resultado da razão total de pontos obtidos, na pontuação máxima da dimensão, foi multiplicado por 100. Para o teste dessas hipóteses, explorou-se a associação entre variáveis selecionadas e apoio social “alto” e “baixo” (estabelecido pelo ponto de corte na mediana da distribuição de cada dimensão), estimada através do cálculo de *Odds Ratio (OR)* com intervalo de confiança com nível de significância de 5%.

#### **4.9 ESTUDO PILOTO**

Estudo piloto foi realizado com 10 pacientes para avaliar e discutir as possíveis dificuldades no entendimento das perguntas, possibilitando, assim, mudanças e melhorias no questionário.

As perguntas apresentaram-se de forma clara e de fácil entendimento, dessa maneira, as variáveis foram mantidas em sua forma original, porém, as questões referentes à rede social foram direcionadas para os problemas relacionados ao uso do álcool. Para exemplificar a questão:

“Se você precisar ir ao médico, com que frequência alguém te apóia?” Essa questão foi adaptada para a versão abaixo.

“Se você precisar ir ao médico para consultas direcionadas a seus problemas com relação ao uso abusivo do álcool, com que frequência alguém te apóia?”

#### 4.10 ANÁLISE DOS DADOS

As informações coletadas foram registradas em um banco de dados no programa de estatística *Statistical Package Social Science (SPSS) v.8 for Windows*, o que possibilitou a análise descritiva das informações sociodemográficas, identificação da dependência de álcool, idade do início de uso do álcool, tempo de tratamento e tempo de abstinência.

Para atingir o objetivo proposto, ou seja, quantificar “o quão” estão associados os fatores considerados neste trabalho com os diversos tipos de apoio, foi proposto o modelo de regressão logística.

Nos casos onde a variável dependente (resposta) é dicotômica (binária) e o interesse do pesquisador é verificar se existem variáveis independentes associadas a essa variável dependente, é usual utilizar o teste qui-quadrado ou exato de Fisher. Esses dois testes têm como hipótese nula a não existência de evidências de associação, entre as variáveis dependentes e independentes. Quando a hipótese nula de algum desses testes é rejeitada, o pesquisador pode estar interessado em quantificar a força dessa associação calculando valores chamados *Odds Ratio*. Logo, o *Odds Ratio*, além de ser utilizado para verificar se existem evidências ou não de associação entre duas variáveis ainda quantifica tal associação, possibilitando a construção de intervalos de confiança. Para a execução de tal procedimento foi utilizado o *software SAS 9.0*. (HOSMER, LEMESHOW, 2000; *SAS/STAT®*, 2003).

# ***Resultados***

## **5. RESULTADOS**

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a outubro de 2006. O questionário foi aplicado pela autora, em 50 (100%) indivíduos atendidos e cadastrados no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas - CAPS – ad.II de Ribeirão Preto, SP, com diagnóstico de Síndrome de Dependência do Álcool.

Os resultados estão apresentados de acordo com a seqüência a seguir.

### **5.1 ANÁLISE DESCRITIVA**

5.1.1 Descrição das variáveis sociodemográficas.

5.1.2 Avaliação do uso do álcool.

5.1.3 Descrição do apoio social.

### **5.2 ANÁLISE UNIVARIÁVEL**

5.2.1 Apoio material e às informações sociodemográficas.

5.2.2 Apoio afetivo e a interação social e as informações sociodemográficas.

5.2.3 Apoio emocional e de informação e as informações sociodemográficas.

## 5.1 ANÁLISE DESCRITIVA

### 5.1-1 Descrição das variáveis socioeconômicas

**Tabela 1** Distribuição das características sociodemográficas dos usuários do CAPS – ad. II (n=50)

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	43	86
	Feminino	7	14
<b>Faixa etária</b>	>20 a 29 anos	5	10
	30 a 49 anos	26	52
	>50 anos	19	38
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	23	46
	Separado/Desquitado	15	30
	Casado/Amasiado	12	24

A Tabela 1 indica que a amostra foi composta, em sua maioria, por pessoas do sexo masculino, 43 usuários, o que equivale a 86% da população estudada, sendo 23 (46%) solteiros; mais da metade 26(52%) eram adultos com faixa etária entre 30 e 49 anos.

**Tabela 2** Distribuição dos usuários do CAPS – ad.II, em função do nível de escolaridade e situação educacional (n=50)

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Escolaridade</b>	Analfabeto	4	8
	Ensino fundamental compl/incomp	31	62
	Ensino médio completo/ilncomp	9	18
	Superior completo/incomp	6	12
<b>Atualmente estuda</b>	Sim	4	8
	Não	46	92

A Tabela 2 mostra que a maioria dos usuários (31 - 62%) possui ensino fundamental completo/incompleto e que 46(92%) não estavam estudando no momento.

**Tabela 3** Distribuição dos usuários do CAPS – ad.II, em função a renda familiar e filhos (n=50)

		N	%
<b>Filhos</b>	Sim	33	66
	Não	17	34
<b>Renda familiar</b>	Nenhuma	7	14
	Até 1 salário mínimo	20	40
	2 salários mínimos	19	38
	3 salários mínimos ou mais	4	8

A Tabela 3 aponta que, em termos de composição familiar, 33(66%) têm filhos e 20 (40%) referem renda familiar de até um salário mínimo.

**Tabela 4** Distribuição dos usuários do CAPS – ad.II, em função d a condição de emprego e benefício social (n=50)

		N	%
<b>Condição de emprego</b>	Desempregado	21	42
	Empregado	9	18
	Afastado	10	20
	Aposentado	10	20
<b>Recebe benefício social</b>	Sim	10	80
	Não	40	20
<b>Tipo de benefício social</b>	Nenhum	40	80
	Auxílio doença	9	18
	Bolsa família	1	2

A Tabela 4 indica que 21(42%) usuários estavam desempregados e a maioria (40 -80%) não recebe nenhum benefício social. Apenas 9(18%) dos usuários recebem como benefício social, o auxílio doença.

**Tabela 5** Distribuição dos usuários do CAPS – ad.II, em relação ao número de pessoas que moram na casa e o tipo de residência (n=50)

		N	%
<b>Pessoas que moram na casa</b>	Sozinho	8	16
	2 a 4 pessoas	29	58
	6 a 8 pessoas	12	24
	Mais de 8 pessoas	1	2
<b>Tipo de residência</b>	Própria	29	58
	Alugada	15	30
	Cedida	6	12

Na Tabela 5 pode-se verificar que, em relação às condições de moradia, 29(58%) usuários moram em casa própria e 29(58%) moram com duas ou mais pessoas.

**Tabela 6** Distribuição dos usuários do CAPS – ad.II, em relação à religião e à prática religiosa (n=50)

		N	%
<b>Religião</b>	Católica	32	64
	Evangélica	9	18
	Espírita	5	10
	Outras	4	8
<b>Prática religiosa</b>	Praticante	39	78
	Não praticante	11	22

A Tabela 6 mostra que 32(64%) são católicos e que 39(78%) afirmam praticar alguma religião.

### 5.1-2 Avaliação do uso do álcool

**Tabela 7** Distribuição dos usuários do CAPS – ad.II, em função da idade de início do uso do álcool, período de tratamento e período de abstinência (n=50)

		N	%
<b>Idade de início do uso do álcool</b>	8 a 11 anos	6	12
	12 a 18 anos	31	62
	>19 anos	13	26
<b>Tempo de tratamento</b>	Até 6 meses	26	52
	>6 meses a 11 meses	9	18
	>12 meses a 24 meses	3	6
	>24 meses	12	24
<b>Tempo de abstinência</b>	< de 1 mês	25	50
	1 mês a 6 meses	18	36
	>6 meses	7	14

A Tabela 7 indica que mais da metade dos usuários iniciou o uso do álcool na adolescência, entre 12 e 18 anos. Em relação ao tempo em que os usuários estavam em tratamento, 26(52%) recebem assistência em período de até 6 meses, e a metade estava em abstinência há menos de 1 mês.

**Tabela 8** Distribuição da pontuação do Teste de Identificação do Uso do Álcool (*Audit*), segundo os usuários do CAPS – ad.II (n=50)

		N	%
<b>Níveis (zonas) de riscos do consumo do uso de álcool</b>	Uso de risco	3	6
	Uso nocivo	3	6
	Provável dependência / dependência	44	88

A Tabela 8 apresenta a pontuação obtida no teste *Audit*. Observa-se que a maioria dos usuários (44 - 88%) apresentou escores compatíveis com níveis de provável dependência ou dependência de álcool.

### 5.1-3 Descrição do apoio social

**Tabela 9** Distribuição dos usuários do CAPS – ad.II, segundo os familiares e amigos em quem confiam para falar sobre seus problemas relacionados ao álcool (n=50)

		N	%
<b>Em quantos parentes/ familiares você confia para falar dos seus problemas do álcool?</b>	Ninguém	33	66
	1 parente	14	28
	2 parentes ou mais	3	6
<b>Em quantos amigos você confia para falar sobre os seus problemas do álcool?</b>	Ninguém	31	62
	1 amigo	15	30
	2 amigos ou mais	4	8

Na Tabela 9 verifica-se que 33(66%) dos usuários não confiam em nenhum parente para falar sobre os seus problemas relacionados ao álcool, ainda, 31(62%) não confiam em nenhum amigo para falar sobre seus problemas relacionados ao álcool.

**Tabela 10** Distribuição dos usuários do CAPS – ad.II, em relação à prática de esportes, reuniões políticas e trabalho voluntário (n=50)

		N	%
<b>Praticou esportes ou participou de coral e/ou outro grupo no último ano?</b>	Sim	14	28
	Não	36	72
<b>Com que freqüência?</b>	Não	36	72
	Mais de uma vez por semana	8	16
	1 vez por semana	3	6
	Algumas vezes no ano	1	2
	Uma vez no ano	2	4
<b>Participou de reuniões políticas no último ano?</b>	Sim	1	2
	Não	49	98
<b>Com que freqüência?</b>	Não	49	98
	1 vez por semana	1	2
<b>Participou de trabalho voluntário no último ano?</b>	Sim	4	8
	Não	46	92
<b>Com que freqüência</b>	Não	46	92
	Mais de uma vez por semana	1	2
	1 vez por semana	1	2
	Algumas vezes no ano	2	4

A Tabela 10 demonstra que, em relação à prática de esportes, 36(72%) dos usuários não praticam esportes, 49(98%) não participam de reuniões políticas e 46(92%) não realizam trabalhos voluntários.

## 5.2 Análise univariável

### 5.2.1 Apoio material e as variáveis sociodemográficas

**Tabela 11** Comparação entre o apoio material e as variáveis idade e estado civil, dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II (n=50)

	Alto		Baixo		OR Bruto IC 95%	p valor
	N	%	N	%		
<b>Faixa etária</b>						
>20 a 29 anos	2	40	3	60	-	
30 a 49 anos	8	30,8	18	69,2	1,50 (0,21;10,80)	0,83
>50 anos	5	26,3	14	73,7	1,87 (0,24;14,65)	
<b>Estado Civil</b>						
Solteiro	6	26,1	17	73,9	2,02 (0,46;8,87)	
Separado/ Desquitado	4	26,7	11	73,3	1,96 (0,39;9,93)	0,60
Casado/ Amasiado	5	41,7	7	58,3	-	

A Tabela 11 indica que não houve relação estatística significativa entre as variáveis faixa etária, estado civil e apoio material. Constata-se que os usuários que estão na faixa etária >50 anos apresentam apoio material baixo (14-73,7%). Os resultados também apontam que os mais velhos apresentam chance maior (1,87 vezes) de obter apoio material baixo quando comparados com os mais jovens.

A maior parte dos solteiros apresenta apoio material baixo (17 - 73,9%), e a chance de obterem esse tipo de apoio é 2,02 vezes maior, quando comparados com os casados.

**Tabela 12** Comparação entre o apoio material em relação à escolaridade dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II (n=50)

<b>Escolaridade</b>	<b>Alto</b>		<b>Baixo</b>		<b>OR Bruto IC 95%</b>	<b>p valor</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
Analfabeto	3	75	1	25	-	
Ensino fundamental completo/incompleto	8	25,8	23	74,2	8,62 (0,78;95,25)	0,34
Ensino médio completo/incompleto	2	22,2	7	77,8	10,50 (0,67;165,11)	
Superior completo/incompleto	2	33,3	4	66,7	6,00 (0,35;101,56)	

A Tabela 12 indica que não houve relação estatística significativa entre as variáveis: nível de escolaridade e apoio material. Pode-se observar que os usuários, que possuem ensino médio completo ou incompleto, apresentam apoio material baixo (7 - 77,8%).

Os resultados ainda revelam que aqueles que possuem ensino médio completo ou incompleto têm maior chance de apresentar apoio material baixo quando comparados com os analfabetos (10,5 vezes).

**Tabela 13** Comparação entre o apoio material em relação à renda familiar e à condição de emprego dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II (n=50)

<i>Renda familiar</i>	<b>Alto</b>		<b>Baixo</b>		<b>OR Bruto IC 95%</b>	<b>p valor</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
Nenhuma	2	28,6	5	71,4	1,08 (0,19;6,32)	0,93
>1 salário mínimo	13	30,2	30	69,8	-	
<b><i>Condição de Emprego</i></b>						
Empregado	3	33,3	6	66,7	1,33 (0,20;8,71)	0,83
Desempregado	5	23,8	16	76,2	2,13 (0,42;10,73)	
Afastado	3	30	7	70	1,56 (0,24;9,91)	
Aposentado	4	40	6	60	-	

Nessa tabela, pode-se verificar que não houve relação estatística significativa entre as variáveis renda familiar, condição de emprego e apoio material. Os usuários que não possuem renda familiar apresentam apoio material baixo (5-71,4%) e têm maior chance (1,08 vezes) de apresentar esse tipo de apoio do que aqueles que possuem renda superior a um salário mínimo.

No que tange ao vínculo empregatício, os resultados demonstram que os desempregados apresentam apoio material baixo (6-76,2%) e têm mais chances de obter este tipo de apoio (2,13 vezes), quando se comparada com aqueles que recebem aposentadoria.

**Tabela 14** Comparação entre o apoio material em relação à condição de moradia, dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II (n=50)

<i>Mora sozinho?</i>	Alto		Baixo		OR Bruto IC 95%	p valor
	N	%	N	%		
Sim	1	12,5	7	87,5	3,50 (0,39;31,30)	0,26
Não	14	33,3	28	66,7	-	

A Tabela 14 mostra que não houve relação estatística significativa entre o fato de o usuário morar sozinho e o apoio material. Os usuários que moram sozinhos apresentam apoio material baixo (7 - 87,5%) e têm maior chance (3,50 vezes) de obter esse tipo de apoio quando comparados com aqueles que moram acompanhados.

**Tabela 15** Comparação entre o apoio material em relação às atividades religiosas, prática de esporte e a participação em trabalhos voluntários dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II (n=50)

<i>Atividades religiosas</i>	<b>Alto</b>		<b>Baixo</b>		<b>OR Bruto IC 95%</b>	<b>p valor</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
Sim	13	33,3	26	66,7		0,34
Não	2	18,2	9	81,8	0,44 (0,08;2,36)	
<b><i>Prática de esportes</i></b>						
Sim	5	35,7	9	64,3	-	0,58
Não	10	27,8	26	72,2	1,44 (0,39;5,38)	
<b><i>Trabalhos voluntários</i></b>						
Sim	1	25,0	3	75,0	1,31 (0,12;13,74)	0,82
Não	14	30,4	32	69,6	-	

Os resultados da Tabela 15 mostram que não houve relação estatística significativa entre os usuários que praticam atividades religiosas e esportivas, e que realizam trabalhos voluntários com relação ao apoio material. Pode-se concluir que aqueles que não praticam atividades religiosas (9 - 81,8%) e não praticam esportes (26 - 72,2%) apresentam apoio material baixo e têm chance maior de obter esse tipo de apoio.

No que concerne à prática de trabalhos voluntários, os dados apontam que dentre aqueles que realizam esse tipo de trabalho, 3(75%) apresentam apoio material baixo e têm maior chance de receber esse tipo de apoio (1,31 vezes).

**Tabela 16** Comparação entre o apoio material em relação à idade do início do uso do álcool, tempo de tratamento e tempo de abstinência, dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II (n=50)

<i>Idade início uso álcool</i>	<b>Alto</b>		<b>Baixo</b>		<b>OR Bruto IC 95%</b>	<b>p valor</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
8 a 11 anos	2	33,3	4	66,7	1,25 (0,16;9,54)	
12 a 18 anos	8	25,8	23	74,2	1,80 (0,45;7,12)	0,70
>19 anos	5	38,5	8	61,5	-	
<b><i>Tempo de tratamento</i></b>						
6 meses ou menos	8	30,8	18	69,2	1,61(0,39;6,64)	
> 6 meses a 24 meses	5	41,7	7	58,3	-	0,42
> 24 meses	2	16,7	10	83,3	3,57 (0,53;23,95)	
<b><i>Tempo de abstinência</i></b>						
<1 mês	11	44,0	14	56,1	-	
1 a 6 meses	4	16,0	21	84,0	4,12 (1,09;15,58)	0,04

A Tabela 16 indica que não houve relação estatística significativa entre as variáveis; idade do início do uso do álcool, tempo de tratamento, tempo de abstinência e apoio material. Os usuários que iniciaram o uso do álcool com idade entre 12 e 18 anos apresentaram apoio material baixo (23-74,2%) e têm maior chance de receber esse tipo de apoio quando comparados com usuários com idade >19 anos (1,80 vezes).

Em relação ao tempo de tratamento, aqueles que estão há mais de 24 meses, apresentaram apoio material baixo (10-83,3%), e a chance de apresentar apoio baixo é 3,57 vezes maior quando comparados aos que estavam em tratamento de >6 a 24 meses.

Ainda referente ao tempo de abstinência, os usuários que estavam entre 1 e 6 meses em abstinência apresentaram apoio material baixo (21 - 84%). A Tabela 16 aponta também que esses usuários têm maior chance de obter esse tipo de apoio (4,12 vezes).

### 5.2.2 Apoio afetivo e interação social e as variáveis sociodemográficas

**Tabela 17** Comparação entre apoio afetivo e interação social com sexo e faixa etária dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II (n=50)

Sexo	Alto		Baixo		OR Bruto IC 95%	p valor
	N	%	N	%		
Masculino	23	53,5	20	46,5	-	0,24
Feminino	2	28,6	5	71,4	2,88 (0,50;16,48)	
<b>Faixa etária</b>						
>20 a 29 anos	4	80	1	20	-	<0,01
30 a 49 anos	17	65,4	9	34,6	2,12 (0,20;21,88)	
>50 anos	4	21	15	79	15,00 (1,29;174,38)	

A Tabela 17 indica que não houve relação estatística significativa entre as variáveis sexo e o apoio afetivo/interação social. Destaca-se que os usuários do sexo feminino apresentaram apoio afetivo e interação social baixos (5 - 71,4%).

Para a variável apoio afetivo/interação social (nível baixo), verificou-se que houve diferença significativa ( $p < 0,01$ ) entre os pacientes que tem >50 anos, quando comparados àqueles que têm entre 20 e 29 anos. Logo, a chance de um usuário ter apoio afetivo/interação social baixo, com mais de 50 anos, é 15 vezes maior quando comparados àqueles que têm entre 20 e 29 anos.

**Tabela 18** Comparação entre o apoio afetivo e interação social em relação ao estado civil, dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II (n=50)

<i>Estado civil</i>	Alto		Baixo		OR Bruto IC 95%	p valor
	N	%	N	%		
Solteiro	12	52,2	11	47,8	1,83 (0,43;7,84)	
Separado/desquitado	5	33,3	10	66,7	4,00 (0,80;20,01)	0,23
Casado/união estável	8	66,7	4	33,3	-	
<b>Filhos</b>						
Sim	15	45,4	18	54,6	1,71 (0,52;5,60)	0,37
Não	10	58,8	7	41,2	-	

A Tabela 18 mostra que não houve relação estatística significativa entre as variáveis estado civil, ter filhos e o apoio afetivo/interação social. Em relação ao estado civil, os separados ou desquitados (10 - 66,7%) e têm filhos 18 (54,6%) apresentam apoio afetivo/interação social baixo. Os resultados ainda apontam que esses usuários têm maior chance de obter esse tipo de apoio.

**Tabela 19** Comparação entre o apoio afetivo e interação social em relação à escolaridade dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II (n=50)

<i>Escolaridade</i>	Apoio afetivo+int. social				OR Bruto IC 95%	p valor
	Alto		Baixo			
	N	%	N	%		
Analfabeto	1	25	3	75	10,50 (0,67;165,11)	
Ensino fundamental completo/incompleto	14	45,2	17	54,8	4,25 (0,76;23,81)	0,30
Ensino médio completo/incompleto	7	77,8	2	22,2	-	
Superior completo/incompleto	3	50	3	50	3,50 (0,37;32,97)	

A Tabela 19 demonstra que não houve relação estatística significativa entre as variáveis: nível de escolaridade e o apoio afetivo e interação social. Verifico-se que os analfabetos (3 - 75%) apresentaram apoio afetivo/interação social baixo. E também que os analfabetos têm maior chance (10,5 vezes) de apresentar apoio afetivo/interação social baixo, quando comparados com aqueles que possuem ensino médio completo ou incompleto.

**Tabela 20** Comparação entre o apoio afetivo e interação social em relação a morar sozinho dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II (n=50)

	Alto		Baixo		OR Bruto IC 95%	p valor
	N	%	N	%		
<b>Mora sozinho</b>	2	25	6	75	3,63 (0,66;20,12)	0,14
<b>Não mora sozinho</b>	23	54,8	19	45,2	-	

Na Tabela 20 observa-se que não houve relação estatística significativa entre o fato de o usuário morar sozinho e o apoio afetivo/interação social. Os usuários que moram sozinhos apresentam apoio afetivo/interação social baixo (6 - 75%) e têm maior chance (3,63 vezes) de obter esse tipo de apoio quando comparados àqueles que moram acompanhados.

**Tabela 21** Comparação entre o apoio afetivo e interação social em relação às atividades religiosas, trabalhos voluntários realizados pelos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II (n=50)

<i>Atividades religiosas</i>	<b>Alto</b>		<b>Baixo</b>		<b>OR Bruto IC 95%</b>	<b>p valor</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
Sim	21	53,8	18	46,2	-	0,31
Não	4	36,4	7	63,6	2,04 (0,51;8,12)	
<b><i>Trabalhos voluntários</i></b>						
Sim	1	25,0	3	75,0	3,27 (0,32;33,84)	0,32
Não	24	52,2	22	47,8	-	

A Tabela 21 indica que não houve relação estatística significativa entre os usuários que participam de atividades religiosas, realizam trabalhos voluntários e o apoio afetivo/interação social. Os usuários que não praticam atividades religiosas apresentam apoio afetivo/interação social baixo (7-63,6%), quando comparados com usuários que praticam atividades religiosas. Os resultados apontam que a chance desses usuários terem apoio afetivo/interação social baixo é de 2,04 vezes.

No que concerne à realização de trabalhos voluntários, 3 (75%) usuários apresentam apoio afetivo/interação social baixo e a chance desses terem apoio afetivo mais interação social baixo é de 3,27 vezes, quando comparados àqueles que não realizam trabalhos voluntários.

**Tabela 22** Comparação entre o apoio afetivo e interação social material em relação à renda familiar, condição de emprego dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II (n=50)

<i>Renda familiar</i>	<b>Alto</b>		<b>Baixo</b>		<b>OR Bruto IC 95%</b>	<b>p valor</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
Nenhuma	2	28,6	5	71,4	2,88 (0,50;16,48)	0,24
1 á 2 salários mínimos	23	53,5	20	46,5	-	
<b><i>Condição de emprego</i></b>						
Empregado	5	55,6	4	44,4	1,87 (0,28;12,31)	0,49
Desempregado	9	42,9	12	57,1	3,11 (0,62;15,49)	
Afastado	7	70	3	30	-	
Aposentado	4	40	6	60	3,50 (0,55;22,30)	

Em relação à renda familiar, a condição de emprego e o apoio afetivo/interação social não houve relação estatística significativa. Os usuários que não possuem nenhuma renda familiar (5 -71,4%) apresentaram apoio afetivo/interação social baixo. Os resultados ainda apontam que a chance deles terem apoio afetivo/interação social baixo é de 2,88 vezes maior quando comparados àqueles que possuem renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos.

Os usuários aposentados (6 - 60%) apresentam apoio afetivo/interação social baixo, e a chance de apresentarem apoio afetivo/interação social baixo é de 3,50 vezes maior quando comparados àqueles que estão afastados por licença saúde.

**Tabela 23** Comparação entre o apoio afetivo e interação social em relação à idade de início do uso do álcool e o tempo de tratamento dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II (n=50)

<i>Idade Início uso álcool</i>	<b>Alto</b>		<b>Baixo</b>		<b>OR Bruto IC 95%</b>	<b>p valor</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
8 a 11 anos	2	33,3	4	66,7	2,77 (0,44;17,45)	
12 a 18 anos	18	58,1	13	41,9	-	0,35
>19 anos	5	38,5	8	61,5	2,22 (0,59;8,34)	
<b><i>Tempo de Tratamento</i></b>						
6 meses ou menos	13	50	13	50	1,00 (0,26;3,93)	
>6 a 24 meses	6	50	6	50	1,00 (0,20;4,96)	0,99
>24 meses	6	50	6	50	-	

A Tabela 23 aponta que não houve relação estatística significativa entre as variáveis; idade do início do uso do álcool, tempo de tratamento e o apoio afetivo/interação social. Os usuários que iniciaram o uso do álcool entre 8 e 11 anos (4 - 66,7%) apresentam apoio afetivo/interação social baixo, os resultados apontam que esses usuários têm maior chance de apresentar tal tipo de apoio (2,77 vezes).

### 5.2.3 Apoio emocional e de informação e as informações sociodemográficas

**Tabela 24** Comparação entre o apoio emocional e apoio de informação em relação ao sexo e a idade dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II (n=50)

Sexo	Alto		Baixo		OR Bruto IC 95%	p valor
	N	%	N	%		
Masculino	22	51,2	21	48,8	-	0,28
Feminino	2	28,6	5	71,4	2,62 (0,46;15,00)	
<b>Faixa etária</b>						
>20 a 29 anos	2	40	3	60	1,75 (0,25;12,28)	0,69
30 a 49 anos	14	53,8	12	46,2	-	
>50 anos	8	42,1	11	57,9	1,60 (0,49;5,29)	

Em relação ao sexo, à faixa etária e ao apoio emocional/informação não houve relação estatística significativa entre as variáveis. Destaca-se que os usuários do sexo feminino (5-71,4%) possuem apoio emocional/informação baixo; a chance de apresentarem apoio emocional/informação baixo é de 2,62 vezes quando comparados aos usuários do sexo masculino.

Ainda, em relação à faixa etária, dentre os usuários com >20 a 29 anos, 3(60%) apresentam apoio emocional/apoio de informação baixo, os resultados também indicam que têm maior chance de apresentar esse tipo de apoio.

**Tabela 25** Comparação entre o apoio emocional mais apoio de informação em relação ao estado civil e possuir filhos dos usuários atendidos no CAPS – ad.II (n=50)

<i>Estado Civil</i>	<b>Alto</b>		<b>Baixo</b>		<b>OR Bruto IC 95%</b>	<b>p valor</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
Solteiro	11	47,8	12	52,2	2,18 (0,51;9,32)	
Separado/desquitado	5	33,3	10	66,7	4,00 (0,80;20,01)	0,24
Casado/amasiado	8	66,7	4	33,3	-	
<b><i>Filhos</i></b>						
Sim	14	42,4	19	57,6	1,94 (0,59;6,36)	0,27
Não	10	58,8	7	41,2	-	

Verificou-se que não houve relação estatística significativa entre as variáveis estado civil, ter filhos e o apoio emocional e apoio de informação entre os usuários que apresentam apoio emocional e apoio de informação baixo, 10(66,7%) são separados, ou desquitados, e 19(57,6%) possuem filhos.

Os resultados ainda apontam que a chance de os usuários separados ou desquitados apresentarem apoio emocional e apoio de informação baixo é 4,00 vezes maior, quando comparados àqueles que são casados. Ainda, aqueles que têm filhos têm maior chance de apresentar esse tipo de apoio (1,94 vezes).

**Tabela 26** Comparação entre o apoio emocional e apoio de informação em relação à morar sozinho dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II (n=50)

	Alto		Baixo		OR Bruto IC 95%	p valor
	N	%	N	%		
<b>Mora sozinho</b>	2	25	6	75	3,30 (0,60;18,26)	0,17
<b>Não mora sozinho</b>	22	52,4	20	47,6	-	

A Tabela 26 indica que não houve relação estatística significativa entre o fato de o usuário morar sozinho e o apoio emocional/apoio de informação. Os usuários que moram sozinhos (6-75%) apresentaram apoio emocional/apoio de informação baixo, e têm maior chance (3,30 vezes) de apresentarem esse tipo de apoio quando comparados àqueles que moram acompanhados.

**Tabela 27** - Comparação entre o apoio emocional e apoio de informação em relação à renda familiar e condição de emprego dos usuários atendidos no CAPS – ad.II (n=50).

<i>Renda Familiar</i>	<b>Alto</b>		<b>Baixo</b>		<b>OR Bruto IC 95%</b>	<b>p valor</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
Nenhuma	2	28,6	5	71,4	7,50 (0,46;122,70)	
1 á 2 salários mínimos	19	48,7	20	51,3	3,16 (0,30;33,07)	0,36
3 ou mais salários mín.	3	75,0	1	25,0	-	
<b>Condição do emprego</b>						
Empregado	4	44,4	5	55,6	1,88 (0,30;11,62)	
Desempregado	9	42,9	12	57,1	2,00 (0,43;9,26)	0,84
Afastado	6	60,0	4	40,0	-	
Aposentado	5	50,0	5	50,0	1,50 (0,25;8,82)	

Essa Tabela demonstra que não houve relação estatística significativa entre as variáveis renda familiar, condição de emprego e o apoio emocional/informação. Os usuários que não possuem nenhuma renda familiar (5-71,4%) e os desempregados (12-57,1%) apresentam apoio emocional/informação baixo.

Os resultados apontam que a chance de os usuários que não possuem nenhuma renda apresentarem esse tipo de apoio baixo é de 7,50 vezes maior quando comparados àqueles que têm renda familiar entre três ou mais salários mínimos. Aqueles que estão desempregados têm maior chance de apresentar esse tipo de apoio quando comparados aos que estão afastados por licença saúde (2,00 vezes).

**Tabela 28** Comparação entre o apoio emocional mais apoio de informação em relação à prática de atividades religiosas, prática de esportes e trabalhos voluntários dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II (n=50)

<i>Atividades religiosas</i>	<b>Alto</b>		<b>Baixo</b>		<b>OR Bruto IC 95%</b>	<b>p valor</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
Sim	20	51,3	19	48,7	-	0,39
Não	4	36,4	7	63,6	1,84 (0,46;7,32)	
<b><i>Pratica de esportes</i></b>						
Sim	9	64,3	5	35,7	-	0,16
Não	15	41,7	21	58,3	2,52 (0,70;9,05)	
<b><i>Trabalhos voluntários</i></b>						
Sim	2	50,0	2	50,0	-	0,93
Não	22	47,8	24	52,2	1,09 (0,14;8,42)	

Na Tabela 28 os resultados revelam que não houve relação estatística significativa entre os usuários que praticam atividades religiosas, esportivas e que realizam trabalhos voluntários com relação ao apoio emocional e ao apoio de informação. Os usuários que não participam de atividades religiosas (7-63,6%), os que não praticam esportes (21-58,3%) e os que não realizam trabalhos voluntários (24-52,2%) apresentaram apoio emocional mais apoio de informação baixo. Destaca-se que a chance de os usuários apresentarem apoio emocional e apoio de informação baixo é de 1,84 vezes para aqueles que não praticam atividades religiosas, 2,52 vezes para os que não praticam esportes e 1,09 vezes para aqueles que não realizam trabalhos voluntários.

**Tabela 29** Comparação entre o apoio emocional mais apoio de informação em relação à idade de início do uso do álcool, tempo de tratamento, tempo de abstinência, dos usuários atendidos pelo CAPS – ad.II (n=50)

	Alto		Baixo		OR Bruto IC 95%	p valor
	N	%	N	%		
<b>Idade início uso álcool</b>						
8 a 11 anos	4	66,7	2	33,3	-	
12 a 18 anos	14	45,2	17	54,8	2,43 (0,39;15,27)	0,63
>19 anos	6	46,2	7	53,8	2,33 (0,31;17,54)	
<b>Tempo de tratamento</b>						
6 ou menos	11	42,3	15	57,7	1,91 (0,48;7,64)	
>6 a 24 meses	6	50,0	6	50,0	1,40 (0,28;7,02)	0,65
> 24 meses	7	58,3	5	41,7	-	
<b>Tempo de abstinência</b>						
<1 mês	11	44,0	14	56,0	1,70 (0,31;9,22)	
1 a 6 meses	9	50,0	9	50,0	1,33 (0,23;7,74)	0,81
>6 meses	4	57,1	3	42,9	-	

A Tabela 29 indica que dentre os usuários que têm apoio emocional e apoio de informação baixo, 17 (54,8%) iniciaram o uso do álcool com idade entre 12 e 18 anos, 15 (57,7%) estão em tratamento há 6 meses, ou menos, e 14(56%) estão a <1 mês em abstinência. Verifica-se que não houve relação estatística significativa em relação à idade do início do uso do álcool, tempo de tratamento, tempo de abstinência e o apoio emocional e apoio de informação.

Os resultados ainda revelam que a chance de usuário ter apoio emocional e apoio de informação baixo levado ao fato de ter iniciado o uso do álcool entre 12 e 18 anos, é 2,43 vezes quando comparados àqueles que iniciaram o uso do álcool entre 8 a 11 anos.

A chance de o usuário apresentar esse tipo de apoio durante o tratamento há 6 meses, ou menos, é de 1,91 vezes quando comparados com aqueles que estão há >24 meses em tratamento. A chance de o usuário ter apoio emocional e apoio de informação baixo, sendo que está há <1 mês em abstinência, é de 1,70 vezes quando comparado àqueles que estão há >6 meses em tratamento.

# *Discussão*

## **7.1 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E O CONSUMO DE ÁLCOOL DOS USUÁRIOS ATENDIDOS PELO CAPS AD.II DE RIBEIRÃO PRETO, SP**

Esta pesquisa teve como base os usuários atendidos e cadastrados no CAPS ad.II de Ribeirão Preto, SP, com diagnóstico de Síndrome de Dependência do Álcool.

O perfil dos indivíduos apresentados neste estudo mostrou que 43(86%) são do sexo masculino e 7(14%) do sexo feminino, em sua maioria (26 - 52%) com idade entre 30 e 49 anos, e 23(46%) são solteiros. Os achados de Kraus et al. (2000) e Costa et al. (2004) reafirmam os dados apontados no presente estudo, evidenciando os índices do uso do álcool entre homens e, de acordo com os autores, os homens bebem maiores quantidades e com maior frequência.

Ainda, em relação ao uso abusivo de álcool e gênero, os estudos de Makela e Mustonem (2000) e Brady e Randall (1999) apontam que o álcool faz parte da sociabilidade masculina, homens bebem em grupo para ficarem mais sociáveis, divertidos e espertos. Normalmente, os homens usam o álcool, pois buscam o prazer, já as mulheres parecem fazer uso excessivo de álcool como automedicação para problemas de humor ou, então, para buscarem soluções para problemas vividos em casa, ou no trabalho, ou, ainda, para se sentirem mais otimistas frente à vida e assim conseguirem expressar seus sentimentos.

No que tange ao estado civil, Karlamangla et al. (2006) encontraram dados semelhantes ao presente estudo, ou seja, dentre os indivíduos entrevistados, os resultados apontam que os solteiros apresentaram maiores chances de manifestar e manter o uso abusivo do álcool. Segundo Blue (2000) o casamento é fator protetor para diversos problemas físicos e psicológicos, incluindo os problemas relacionados

com o uso de álcool. Dessa maneira, os dados encontrados neste estudo seguem a tendência apontada pela literatura, onde estar casado, ou ter um companheiro (a), constitui fator protetor para o uso problemático do álcool.

Quanto à escolaridade e estudo encontro-se, aqui, que 31 (62%) possuíam ensino fundamental completo ou incompleto. Nesse aspecto, Rego et al. (1991) demonstram a tendência de maiores taxas do alcoolismo em grupos sociais com baixa escolaridade. Esses resultados levam a pensar que a escolaridade pode ser fator importante com relação ao envolvimento dos pacientes em ao uso ou abuso do álcool.

Os dados ainda apontam que parcela expressiva dos usuários (20 - 40%) apresenta baixa renda familiar, com apenas um salário mínimo, e que 33(66%) têm filhos menores. Outras características relevantes foram encontradas: o estudo também revelou que 21(42%) estavam desempregados e a maioria (40 - 80%) não recebe nenhum benefício social. Apenas 9(18%) dos usuários, apesar de serem portadores da Síndrome da Dependência do Álcool, recebem auxílio doença. Atualmente, não existem benefícios sociais direcionados a esses indivíduos que necessitam de ajuda ou provimentos, uma vez que, devido à sua doença, encontram-se desempregados, ou têm maior dificuldade para encontrar trabalho. Assim, os seus direitos não estão garantidos, muito pouco a sua cidadania é respeitada.

Esses resultados corroboram os estudos e pesquisas sobre o alcoolismo e fatores sociais ou socioeconômicos. Segundo Schuckit (1991), no nosso país, o risco de alcoolismo é influenciado por fatores sociais como o baixo nível socioeconômico. Outros estudos internacionais apontam que, nos Estados Unidos e na Suécia, o

---

risco de alcoolismo é maior entre homens de nível socioeconômico mais baixo (HEMMINGSSON et al., 1997, REGO et al., 1991).

Vale destacar que a população estudada apresentou baixa renda familiar, provavelmente isso se deva ao fato de que a amostra foi composta por usuários de um serviço público, o CAPS ad.II, apesar de esse seguir o princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), esse serviço recebe pacientes com baixo nível socioeconômico. Dessa maneira, a amostra apresenta pouca heterogeneidade em relação a tal variável, não permitindo encontrar diferenças estatísticas significativas.

Tais fatores discutidos acima sugerem que os indivíduos que estão envolvidos com o uso e abuso do álcool ficam mais vulneráveis à ocorrência de problemas no trabalho, apresentam baixa produtividade, e quando estão desempregados têm dificuldades de encontrar trabalho. Bertolote (1997) também encontrou dados, destacando, em seu estudo, que o uso abusivo do álcool acarreta problemas no trabalho e que, no Brasil, o alcoolismo é o terceiro motivo para faltas e a causa mais freqüente de acidentes no trabalho (VAISSMAN, 2004).

O estudo também apontou que a maioria (32 - 64%) católica, e 39(78%) eram praticantes de algum tipo de religião.

Estudos apontam que a prática religiosa é fator de proteção para o uso problemático do álcool (VOLCAN et al., 2003). Tal ocorrência pode estar relacionada ao fato de que algumas religiões pregam a abstinência do álcool. Além disso, a prática religiosa pode influenciar na forma de como a pessoa lida com situações de estresse, propiciando situações de sociabilização, apoio social, expressão de emoções, compartilhamento de alegrias e tristezas, influenciando no estilo de vida e incentivando comportamentos saudáveis (KOENIG, 2001).

Os achados, no que se concerne à idade de início do uso do álcool, evidenciaram que a maioria dos usuários iniciou o uso do álcool na adolescência, entre 12 e 18 anos.

Em consonância com esses resultados, Araújo (1995), Braga (1977), Jorge e Ferraz (1981), Silva e Cursino (1995) e Sonenreich (1971) apontam que as influências ambientais constituem fator preponderante para a instalação de futuros ou precoces alcoolistas. O uso do álcool na vida desses indivíduos tem início na infância, estimulado pelo próprio meio familiar, principalmente pela influência do pai. A importância da roda de amigos aparece, também, como um dos fatores preponderantes para o início do consumo de bebidas alcoólicas, associado à necessidade do sujeito impor sua masculinidade frente ao grupo no qual convive.

Tal fato leva à reflexão de que a própria família e os amigos constituem os principais motivadores, na vida do indivíduo, para o início do consumo de bebidas alcoólicas. Desse modo, os profissionais da saúde precisam estar preparados para propor programas e projetos preventivos cujo alcance vá além daqueles direcionados aos dependentes do álcool, de modo que sua família, amigos e a comunidade em geral possam ser contemplados.

Quanto aos fatores biogenéticos do alcoolismo, os dados dessa pesquisa não permitem considerar o consumo de álcool como fator hereditário, mesmo porque esse aspecto se distancia das preocupações fundamentais deste trabalho. Entretanto, pode-se, aqui, argumentar, tal como assinala Vaillant (1999), que famílias multiproblemáticas constituem para o sujeito a probabilidade maior de infância instável e infeliz, de modo que a recorrência ao uso do álcool estaria associada à necessidade de se refugiar das frustrações da realidade. Desse modo, o ambiente social do sujeito pode, talvez, contribuir também para o uso de bebidas

alcoólicas, mesmo que não haja uma herdabilidade genética para o alcoolismo. Poder-se-ia falar, então, de "predisposição ambiental", como propõe Cloninger (1987), e não somente de fatores genéticos como um dos grandes responsáveis pela incidência do alcoolismo.

Por estar estudando amostra envolvida em tratamento para dependência do álcool, encontro-se altos escores no teste *Audit*, pois 44(88%) apresentaram provável dependência ou dependência do álcool. Dessa maneira, o *Audit* confirmou a sua alta sensibilidade, pois é instrumento simples de ser aplicado e pode ser utilizado por todos os profissionais de saúde, inclusive nos atendimentos em atenção primária à saúde.

Neste estudo, buscou-se ainda, identificar o tempo de tratamento e o tempo de abstinência dos pacientes pesquisados: 26(52%) estão em tratamento há cerca de 6 meses ou menos, e apesar desse período de tempo, 25 (50%) estão em abstinência há menos de um mês. Estudos internacionais apontam que, quanto mais tempo o paciente estiver em tratamento, melhor é seu prognóstico e, nos Estados Unidos, menos de 30% dos dependentes de álcool procuram auxílio médico nos primeiros dez anos após o primeiro contato com a bebida (BLOOD, 1994).

Os resultados em relação ao curto tempo de abstinência leva à reflexão de que se deveria ter estrutura de serviço mais flexível, que pudesse adequar-se às características desses pacientes, pois não adianta o paciente ficar num serviço e não ter mudanças de comportamento e não aderir ao tratamento. Dever-se-ia, também, observar as reais necessidades e o cotidiano dos grupos distintos de portadores de síndrome de dependência do álcool, e, assim, oferecer algum tipo de intervenção que aumentasse as chances de aderência ao tratamento. Incentivar ou

---

estimular a família a participar do tratamento pode ser alternativa positiva para que o indivíduo não o abandone (SURJAN; PILLON; LARANJEIRA, 2000).

Com relação às atividades sociais, notou-se neste estudo, que, de maneira geral, os entrevistados não participam de grupos coral, atividades esportivas, reuniões políticas e trabalhos voluntários. Esses achados levam a refletir que os indivíduos que abusam do álcool não se socializam e desenvolvem poucas atividades sociais, na medida em que ficam isolados socialmente. Como afirma Melman (1993), o alcoolista é um sujeito marcado por insatisfações constantes, mesmo devido à sua pouca realização pessoal e profissional na sociedade. O sujeito procura no álcool o refúgio para alcançar sua satisfação substitutiva, pois sua existência se apresenta, na realidade, permeada por sensação de insuportabilidade, carregada de sofrimento e isolamento social.

## **7.2 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E O APOIO SOCIAL DOS USUÁRIOS ATENDIDOS PELO CAPS ad.II DE RIBEIRÃO PRETO, SP**

No presente estudo, as variáveis utilizadas para medir rede social estão associadas às dimensões de apoio. Observou-se, nesse aspecto, relação forte, direta e consistente entre a quantidade de parentes e amigos íntimos referidos e níveis de apoio social em todas as dimensões.

Existem evidências de que há relação entre os resultados do tratamento do uso abusivo do álcool e o apoio social, e isso ainda tem sido pouco informado na literatura nacional. O apoio social tem sido ressaltado como possível fator de proteção contra o desenvolvimento de problemas de uso de substâncias psicoativas, particularmente para indivíduos dependentes de álcool (AVERNA, 2001).

Reforçando esses dados, Michael et al. (2000) enfatizam que o apoio social pode influenciar de maneira positiva e, assim, aumentar a possibilidade de diminuir os comportamentos de risco e o uso de substâncias psicoativas como álcool e outras drogas.

Encontro-se nesta pesquisa, que 33(66%) dos pacientes não confiam em nenhum parente ou familiar e 31(62%) em nenhum amigo para falarem ou conversarem, sobre seus problemas relacionados ao álcool, o que leva a se pensar que o número de relacionamentos é baixo e escasso. Estudos referentes ao apoio social sugerem que o número de relacionamentos aumenta a probabilidade desse apoio ser mais alto (BOWLING, 1997). Outros estudos evidenciam ainda que os números de relações sociais encorajam o período de abstinência e que a confiança na família e nos amigos está associada ao maior tempo de abstinência (RUSSE; LAUGHLIN, 1996; MACDONALD, 1987).

Outros estudos ainda mostram que o apoio da família tem sido associado com o baixo uso do álcool e outras drogas. Em estudo longitudinal, Brook (1990) reportou que a ligação amorosa mútua entre um pai e uma criança estava associada com menor consumo de drogas. O apoio social alto, fornecido pelos pais, também tem mostrado melhores resultados na saúde mental e baixa probabilidade de iniciar o uso de substâncias psicoativas entre os adolescentes.

Encontrou-se também, que os usuários com >50 anos (14 - 73,7%) apresentaram apoio material baixo, com diferença estatística significativa ( $p < 0,01$ ) em relação ao apoio afetivo associado à interação social entre os usuários dessa faixa etária. Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Warren (2007), onde apontou que pessoas mais velhas apresentam apoio social baixo.

A partir desses dados pode-se fazer uma reflexão em relação ao

envelhecimento populacional, que, após os anos 80, se tornou fenômeno que atinge grande parte do mundo, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, como o nosso. O envelhecimento populacional emerge como questão a ser discutida, devido ao aumento do número de idosos que vivem com baixos salários e, conseqüentemente, com dificuldades socioeconômicas. Os idosos atualmente estão sendo abandonados por seus familiares e discriminados pela própria sociedade e, assim, ficam à mercê de maior vulnerabilidade para que o uso abusivo de álcool se torne uma prática constante nessa faixa etária, o que já se tornou problema de saúde pública.

Desse modo, as políticas sociais, promoção de saúde e apoio social adequado devem ser estruturados e viabilizados de modo a suprir as necessidades dos idosos e assim melhorar a sua qualidade de vida. A presença de apoio social (apoio material, emocional, de informação, afetivo) digno e de qualidade, entre outros fatores, são elementos necessários para melhorar ou garantir qualidade de vida dessa população.

Em relação à associação entre gênero e apoio social, encontro-se, neste estudo, que, entre os usuários do sexo feminino, 5(71,4%) demonstraram percepção em relação ao apoio afetivo/interação social e o apoio emocional/informação baixos. Griep (2003) encontrou que os homens tiveram chance mais elevada de referirem altos escores de apoio afetivo/interação social positiva e apoio material. Esses achados diferem daqueles obtidos neste estudo. Ainda foi encontrado que as mulheres apresentaram alto apoio emocional/informação, o que também difere deste trabalho.

Outro aspecto mencionado por diversos autores, e confirmado aqui, se refere ao fato de que os usuários casados, ou que vivem em união estável, apresentaram a

---

percepção do apoio social mais alto em relação aos solteiros (SEIDI, 2001). Isso pode ser explicado pelo fato de que muitos indivíduos casados têm no seu companheiro(a) a principal fonte de apoio (GRIEP, 2003, BROADHEAD et al., 1988; SHERBOURNE e STEWART, 1991; OXMAN et al., 1992; UMBERSON, 1992; SAAMENÕ et al., 1996).

Estudos sobre o tratamento da dependência do álcool apontam que a estabilidade matrimonial é algo positivo em relação aos resultados do tratamento (HARTMANN; SULLIVAN e WOLK, 1991; HAVASSY; HALL e WASSERMAN, 1991; ORFORD et al., 1975, BROMET; MOOS, 1977). Outro estudo mostrou que especialmente o cônjuge era mencionado como fator de ajuda na manutenção e recuperação, durante o tratamento (SOBELL; SOBELL, 1992).

Esses resultados levam a pensar que o fato de o usuário ser casado, ou ter uma companheira, pode ser fator de proteção importante com relação aos problemas conseqüentes do uso abusivo do álcool, pois o companheiro (a) auxilia no tratamento, incentiva e apóia o paciente a procurar ajuda especializada e a participar efetivamente e aderir ao tratamento proposto.

Na comparação entre a relação escolaridade e apoio social, os usuários com ensino médio completo ou incompleto apresentaram apoio material baixo (7 - 77,8%), e os analfabetos (3 - 75%) apoio afetivo mais interação social baixo. Esses resultados corroboram os estudos de Griep (2003) onde o autor aponta que percepções mais altas de apoio social foram identificadas entre os indivíduos com níveis mais altos de escolaridade. Ainda, os resultados são semelhantes aos de Saameño et al. (1996), onde os indivíduos com nível socioeconômico mais elevado sentem-se possivelmente mais independentes e auto-suficientes em sua vida social, percebendo-se, por isso, mais apoiados em situações de necessidade.

Os indivíduos que não possuem nenhuma renda familiar apresentaram apoio material, afetivo mais interação social, emocional mais informação baixos. Com relação àqueles que estão desempregados, também apresentaram apoio material e emocional mais informação baixos. Esses resultados confirmam os achados de Huurre (2007) que relata que o apoio social é em geral desigualmente distribuído entre as classes sociais, e que essa distribuição é desfavorável para as classes mais baixas, nas quais pode aumentar a vulnerabilidade ao desenvolvimento de doenças.

Os usuários que moram sozinhos apresentaram apoio material, afetivo mais interação social e emocional mais informação baixos. Ressalta-se aqui que é vasta a literatura que aponta essa associação entre viver sozinho e baixo apoio social, assim como se encontrou neste estudo (GRIEP, 2003, BROADHEAD et al., 1988; SHERBOURNE; STEWART, 1991; OXMAN et al., 1992; UMBERSON, 1992; SAAMENÕ et al., 1996).

Esses dados levam a pensar que os pacientes que não participam de atividades religiosas e que não praticam esportes apresentaram apoio material, afetivo mais interação social e apoio emocional mais informação baixos. Nesse aspecto, Helminen et al. (1995) apontam que pessoas que participam de atividades sociais em grupo tendem a ser mais apoiadas e menos vulneráveis ao isolamento, ao estresse e a problemas de saúde.

Por um lado, o usuário participar de atividades religiosas e praticar esportes pode ser fator de proteção importante com relação aos problemas causados pelo uso abusivo do álcool, pois a convivência e o relacionamento com outras pessoas levam o indivíduo se sentir mais valorizado e reconhecido dentro de um grupo.

Outro aspecto importante em neste estudo se refere à idade de início do uso do álcool, no qual foi constatado que esse fato ocorreu na adolescência, sendo que

aqueles que iniciaram o uso do álcool nessa faixa etária apresentaram apoio material, emocional mais informação baixos, dado preocupante e que constitui alerta para os profissionais da saúde, pois trabalhos preventivos precisam ser elaborados e direcionados para atender essa faixa etária, uma vez que a adolescência é fase de transição e transformações aceleradas, assim, os programas preventivos referentes ao uso abusivo de álcool precisam ser efetivados e direcionados para atender essa demanda.

No que se refere ao tempo de tratamento, usuários que estavam em tratamento há mais de 6 ou 24 meses e apresentaram apoio material baixo, e os que estavam em tratamento há 6 meses ou menos também apresentaram apoio emocional mais informação baixos. Observo-se ainda, que, em relação ao tempo de abstinência, aqueles que estavam de 1 a 6 meses em abstinência, e apresentaram apoio material baixo, e aqueles que estavam há menos de 1 mês em abstinência também apresentaram apoio emocional mais informação baixo.

Ampla é a literatura que enfatiza a importância do apoio social para o tratamento do álcool, alguns estudos demonstram que o apoio emocional mais informação podem aumentar a autoconfiança e a auto-estima, principalmente durante e após o período de tratamento. O encorajamento relativo à abstinência parece ser útil nesses períodos vulneráveis, pois os novos comportamentos estão sendo incorporados à vida diária do dependente de álcool, que está em processo de tratamento (principalmente no período da desintoxicação, considerada fase inicial e porta para o seguimento posterior no tratamento) (MACMAHON 2001).

Isso leva à reflexão de que é uma fase importante e fundamental para que se motive (encoraje e estimule) os indivíduos durante o tratamento da dependência do

álcool, uma vez que estão muito vulneráveis e o acesso à bebida alcoólica é facilitado em seu contexto social fora do tratamento.

Outro estudo realizado por Warren (2007) identificou que o apoio social pode influenciar nos resultados de tratamentos de abuso de substâncias psicoativas, ou seja, quanto maior o apoio nos diversos aspectos da vida do indivíduo, maior é o tempo em abstinência e melhor é o desfecho e aderência ao tratamento. O apoio social é particularmente importante durante os primeiros estágios do tratamento, no qual o indivíduo está mais suscetível a experimentar a ambivalência sobre cessar o uso ou não.

A participação da família, dos amigos e dos colegas do trabalho, durante o tratamento, pode influenciar positivamente e, assim, ajudar na manutenção da abstinência Richardson (1999) apontou que a presença de membros da família na rede social foi significativamente relacionada à abstinência um ano após a desintoxicação, e que, restabelecer laços com os familiares prediz melhores resultados durante o tratamento. Johnsen (1993) encontrou que ter famílias participativas no tratamento em combinação com grupos de apoio como AA (Alcoólicos Anônimos) contribuíram para um período maior de abstinência.

Ainda, Toumbourou et al. (2002) apontaram que o apoio social tem importante implicação positiva no transcorrer do tratamento e no tempo de abstinência para dependência de álcool e outras drogas.

Pode-se notar que o apoio social auxilia de modo positivo para a manutenção da abstinência e de modo positivo, também, durante o tratamento do abuso de álcool. Este estudo constatou que houve tendência, de maneira geral, em todos os resultados encontrados em que esses apoios são baixos.

### 7.3 Promoção de saúde e apoio social

Nesse contexto não se pretende afirmar que o apoio social seja a solução para resolver todas as dificuldades dos tratamentos para a dependência do álcool, mas, sim, que pode ser referencial de extrema relevância, pois a família, os amigos, os vizinhos e a rede social em geral podem influenciar e, principalmente, apoiar o tratamento e a efetivação da abstinência. Nesse sentido, lembrando as palavras de Spiegel (1997), que ressalta que o apoio social não é a solução, nem remédio para os problemas de saúde, mas que, de certa forma, pode ajudar no tratamento como fator que possibilite às pessoas o enfrentamento de seus problemas, amenizando a dor e o sofrimento, diminuindo a ansiedade e a depressão, tornando-as mais estáveis emocionalmente.

O apoio social melhora a saúde e o bem-estar das pessoas, atua também, em algumas situações como ferramenta de autonomia para os indivíduos, na medida em que esses aprendem e compartilham modos de lidar com o processo saúde-doença na comunidade (VALLA, 1999). Nesse sentido, a Promoção de Saúde dá ênfase à redução das desigualdades em saúde por meio da atuação sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e incapacidade, bem como mediante a adoção de medidas que favoreçam ambientes saudáveis (WATT, 2002).

Os profissionais de saúde como assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, médicos entre outros precisam estar aptos em suas habilidades cognitivas e relacionais para investir em trabalhos preventivos e de promoção da saúde, visando o apoio social. Segundo Spiegel (1997), o apoio social não implica em curar doenças, mas no aumento da sobrevivência nos casos de doenças crônicas, e com aquelas que estão relacionadas às emoções, proporcionando aumento da

capacidade das pessoas de contornarem as situações de estresse, oferecendo melhor saúde emocional e física (VALLA, 1998, 1999; SANTOS; MARCELINO, 1996).

O apoio social, o autocuidado e o ambiente saudável são partes integrais da promoção da saúde e, portanto, necessários para se atingir a meta da equidade em saúde (EPP, 1986).

Atualmente, a promoção da saúde tem sido indicada como estratégia promissora de enfrentamento dos problemas de saúde pública e da medicalização da vida social, inserindo o apoio social como um dos instrumentos de ação para se alcançar a equidade na saúde (EPP, 1986; TERRIS, 1992; MENDES, 1993, BUSS, 2000).

Para Vasconcelos (1998), a partir de seu estudo realizado com comunidades carentes, a interação entre profissionais de saúde e a população, com a troca de conhecimentos e saberes, favorece traçar estratégias mais adequadas às realidades locais. Essas estratégias, ressalta o autor, não se restringiram aos cuidados tradicionais de higiene, ao tratamento e prevenção das doenças, mas devem ampliar a atuação dos profissionais de saúde para as dimensões psicossociais dos problemas, responsáveis pelo adoecimento e sofrimento crônico da população. Esses profissionais enfatizaram o cuidado e o apoio social das famílias, com o objetivo de ajudá-las a reconstruir seus caminhos de vida.

O apoio social é um tipo de ação comunitária considerada importante para melhorar a saúde física e mental (GOTTLIEB, 1985; PILISUK; MINKLER, 1985; VALLA; STOTZ, 2000). Estudos indicam que a participação social aumenta a auto-estima, o controle das situações estressantes e ajuda a dar sentido à própria vida, além de tornar os organismos mais competentes imunologicamente. Em

contrapartida, restringir os vínculos sociais e a oportunidade de tomar decisões na vida pode diminuir o senso pessoal de controle, com conseqüente aumento da morbidade e mortalidade geral (MINKLER, 1992; COHEN; SYME, 1985; MINKLER, 1985; DALGARD; HAHEIM, 1998).

O apoio social não oferece um antídoto mágico, mas deve ocorrer em conjunto com o tratamento médico tradicional, através de um acompanhamento, sem substituí-lo (SPIEGEL, 1997).

É sob a perspectiva de avaliar um sujeito como totalidade de corpo e mente que Valla (1999) questiona se a proposta do apoio social, com suas implicações para aumentar as defesas da imunidade do organismo, não é relevante justamente porque leva em conta que os homens não são apenas "corpos" a serem curados e porque o estado de saúde deles representa relação integrada entre o corpo e a mente (VALLA, 1999).

Gottlieb (1985) acrescenta que, ao fortalecer o apoio social de tal modo que os sujeitos tenham acesso aos recursos necessários para enfrentar as adversidades da vida, embora não se saiba que tipos de doenças ou problemas emocionais estariam sendo prevenidos, a intenção é reduzir a suscetibilidade pessoal e proteger a saúde. O apoio social, principalmente o apoio emocional, contribui para diminuir a sensação de ameaça desencadeada pelos eventos estressantes, além de reforçar a capacidade de enfrentar as situações do cotidiano (COHEN; SYME, 1985; COHEN; WILLS, 1985).

O atendimento direcionado atualmente para pacientes com síndrome de dependência do álcool precisa ser re-pensado, pois esse tipo de tratamento pode oferecer apoio mais eficaz se os usuários tiverem apoio afetivo da sua família, dos amigos e da própria comunidade.

Por fim, percebe-se que há muitas questões a serem exploradas quanto às atitudes e temáticas que envolvem o uso abusivo do álcool e o apoio social no contexto do tratamento. As políticas públicas, destinadas a atender essa problemática, precisam ser efetivadas, e os direitos de cidadania dos indivíduos necessitam ser respeitados.

Os profissionais da saúde necessitam ser valorizados e receber capacitação adequada, só assim poderão vislumbrar um horizonte positivo na assistência a essa população que tem problemas relacionados ao uso e abuso de álcool.

*Considerações*  
*Finais*

Este estudo teve como objetivo identificar o apoio social para indivíduos com síndrome de dependência do álcool, atendidos e cadastrados no CAPS ad.II de Ribeirão Preto, SP, serviço aberto e público. Os problemas relacionados ao uso abusivo do álcool sério problema de saúde pública que afeta tanto os indivíduos dependentes, quanto a sua família, amigos e a sociedade em geral.

Para entender melhor essa possível associação, optou-se por investigar o apoio social desses usuários. Para tanto, o instrumento da Medical Outcomes Study (MSO) foi utilizado em indivíduos com diagnóstico de Síndrome de Dependência do Álcool (SDA).

Dentre as características sociodemográficas dos usuários, destacam-se: 43(86%) eram do sexo masculino, 26(46%) eram solteiros, 26(52%) eram adultos com faixa etária entre 30 e 49 anos, com baixo nível de escolaridade, 31(62%) tinham o ensino fundamental completo, ou incompleto, 21(42%) estavam desempregados e 20(40%) tinham renda familiar de apenas um salário mínimo. Tais indicadores referem que a falta de oportunidades de trabalho, o baixo nível socioeconômico e escolaridade escassa podem contribuir para que o indivíduo procure no álcool refúgio para seus problemas.

Com relação ao uso do álcool, 44(88%) apresentaram níveis de provável dependência, ou dependência, e 31(62%) iniciaram o uso do álcool na adolescência entre 12 e 18 anos. Esse último dado chama a atenção, pois indica que o uso abusivo de álcool tem início precoce na vida desses indivíduos. Apesar da venda de bebidas alcoólicas ser proibida por lei, os adolescentes, em geral, não têm dificuldades em adquiri-las. Os profissionais de saúde precisam estar atentos para essa problemática, realizando trabalhos socioeducativos direcionados para atender essa demanda.

De acordo com os resultados, os tipos de apoio social (apoio material, apoio afetivo mais interação social, apoio emocional mais informação) em sua maioria apresentaram índices baixos. Foi identificada associação entre o apoio afetivo e a faixa etária do usuário com mais de 50 anos: a chance de não terem apoio é de 15 vezes quando comparados com aqueles mais jovens.

O estudo apresentou algumas limitações referentes a outros fatores que poderiam ter sido explorados como, por exemplo, o fator hereditário da Síndrome de Dependência do Álcool (SDA) e as comorbidades. Outra limitação encontrada foi relacionada à literatura escassa sobre estudos referentes a comparações com outros serviços como comunidades terapêuticas, hospitais especializados e outros ambulatoriais de tratamento para abuso do álcool. Além disso, ainda são poucos os estudos apontados na literatura internacional e nacional relacionada ao apoio social e abuso do álcool, o que dificulta a comparação com os dados de estudos quantitativos.

Não se pretende, aqui, esgotar essa temática, devido à amplitude do problema e à complexidade da interação existente entre o uso abusivo do álcool e o apoio social, mas o presente trabalho apontou resultados similares aos da literatura, o que leva a pensar que o apoio social é de extrema importância para os tratamentos direcionados à Síndrome de Dependência do Álcool (SDA), possibilitando ao indivíduo desenvolver habilidades que o levem a adquirir mudanças positivas em sua vida com relação ao comportamento do beber.

Por fim, existem outras questões a serem exploradas quanto à temática apresentada neste estudo. Com base nos resultados encontrados, sugere-se a realização de novos estudos centrados nessa população, que possam contribuir para o planejamento de políticas públicas e programas preventivos contra o uso abusivo de álcool.

# *Referências*

ARAUJO, L.B. O uso do álcool como ritual de passagem da adolescência para a idade adulta: Alguns aspectos indicativos para programas de prevenção ao abuso do álcool. In : Reunião Anual de Psicologia, 25.,1995; Ribeirão Preto.**Resumos, Em sociedade brasileira de psicologia (Org.)**. Ribeirão Preto: SBP, 1995.

ARROSSI, S. Apoyo social y salud mental en las ciudades del Tercer Mundo – algunas consideraciones para su análisis. **Revista Medio Ambiente y Urbanización**, México, v.46,p.25-34,mar. 1993.

AVERNA, S; HESSELBROCK, V. The relationship of perceived social support to substance use in offspring of alcoholics. **Addictive Behaviors**, Farmington, v. 26, 2001, p. 363-374

BARRIOS, P. C. Plan de salud personal. In: *CURSO NACIONAL TEORICO PRACTICO DE APLICACIÓN CLINICA Y SOCIAL DE LA PSICONEUROIMUNOLOGIA,2.,1999*. Caracas. **Resumos**, Caracas: Universidad Central de Venezuela, 1999.

BABOR, T.F. Controvérsias sociais, científicas e médicas na definição da dependência do álcool e das drogas. In: EDWARDS, G.; LADER, M. (Org.). **A natureza da dependência das drogas**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1994.

BABOR, T.F; HIGGENS-BIDDLE, T.C; SAUNDERS J.B; MONTEIRO, M.G. **Audit: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool: roteiro para uso em atenção primária**. Tradução de Clarissa Corradi. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003.

BARRON A. **Apoyo social**: aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo Veintiuno, 1996.

BERTOLETE J.M. Conceitos em alcoolismo. In: **RAMOS, S.P. et. al. Alcoolismo hoje**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997 p. 17-33.

BERTOLETE, J.M. Problemas sociais relacionados ao consumo de bebidas. In: RAMOS, S.P.; BERTOLETE, J.M. (Eds). **Alcoolismo hoje**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990 p. 131-138.

BLUE, I. Individual and contextual effects on mental health status in São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n.3, p. 116-123, 2000.

BLOOM, J.R. The relationship of social support and health. **Soc. Sci Med**, Oxford, v.30, n.s,p. 635-7,1990.

BLOOD L.;CORNWALL A. Pretreatment variables that predict completion of an adolescent substance abuse treatment program. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Baltimore, v.182, 1994.

BOTT, E. **Família e rede social**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

BOOTH, B. M.; RUSSELL, D. W.; SOUCEK, S.; LAUGHLIN, P. R. Social support and outcome of alcohol treatment: an exploratory analysis. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, Washington, v.18, n.1, p.87-102, 1992.

BOWLING, A. Measuring social networks and social support. In: BOWLING A,(Ed.). **Measuring health: a review of quality of life measurements scales**. 2nd.ed. Buckingham: Open University Press; 1997. p. 91-109.

BRADY, K.T.; RANDALL, C.L. Gender differences in substance use disorders. **The Psychiatric Clinics of North America**, Filadélfia, v. 22, n. 2, p. 241-252, 1999.

BRAGA, M.C, **Caracterização de um grupo de alcoólicos na área da mendicância**.1977. Dissertação Mestrado-Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

BROADHEAD, W.E et al. The DUKE-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support In family medicine patients. **Medical Care**, Philadelphia, v.26, p.709-721, 1988.

BROMET, E.; MOOS, R.H. Environmental resources and the posttreatment functioning of alcoholic patients. **Journal of Health and Social Behavior**, Washington, v.18, p.326-338, 1977.

BROOK, J.S.; LUKOFF, I.F.; WHITEMAN, M. Peer, Family, and Personality. Domains as Related to Adolescent's Drug Behavior. **Psych Rep.** 41: 1095 - 1102, 1990.

BUCK, C. Después de Lalonde: la creación de la salud. In: **Promoción de la salud: una antología**. Washington, DC: OPS,1985. (Publicación Científica,557).

BUSS, P. M., Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5,n.1,p.163 -167,2000.159f.

CARTANA, M. H. F. *Rede e suporte social de famílias*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – **Saúde do Adulto** - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis,1988.

CASSEL, E. J. An Epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. **American Journal of Medicine**, Nova York, p.1040-1043,1974.

CASSEL, E. J. The contribution of the social environment to host resistance. **American Journal of Epidemiology**, v. 104, p. 300-314, 1976.

CASTRO, R.; CAMPERO, L.; HERNANDEZ, B. La investigación sobre apoyo social en salud; situación actual y nuevos desafíos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.4, p.425-35,1997.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, Baltimore ,v.38,n.5,p.300-314,1976.

COHEN, S.; SYME, S.L. **Social support and Health**. Londres: Academic Press; 1985.

COHEN, S.; WILLS, T. A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. ***Psychological Bulletin***, Washington, v.98, n.2,p.310-357,1985.

COSTA, J.S.D.; SILVEIRA, M.F.; GAZALLE, F.K.; OLIVEIRA, S.S.; HALLAL, P.C.; MENEZES, A.M.B.; GIGANTE, D.P.; OLINTO, M.T.A. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional ***Revista de Saúde Pública***, São Paulo, v.38, n.2,p.284-91, 2004

CLONINGER, C. R. Neurogenetic adaptative mechanisms in alcoholism. ***Science, New York***, v.136, p.410-416, 1987.

DALGARD O.S.; HAHEIM L.L. Psychosocial risk factors and mortality: a prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway. ***Epidemiologic Community Health***, London, v.52, p.476-481, 1998.

EDWARDS, G.; GROSS, M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. ***British Medical Journal***, London, v.1, p.1058-61, 1976.

EDWARDS, G. The alcohol dependence syndrome: a concept as stimulus to enquiry. ***Br. J. Addict.***, Oxford, v. 81, p.71-84, 1986.

EPP, J. **Achieving health for all: a framework for health promotion**. Ottawa: Ministry of National Health and Wealfare, 1986.

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.;CARLINI, E. A. ***IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de primeiro e segundo grau em dez capitais brasileiras-1997***. São Paulo: CEBRID,1997.

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A.; CARLINI, E.A. ***I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas. Parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo – 1999***. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 2000. 143p

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. A. Alcohol Dependence Syndrome: diagnostic criteria. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v 26, suppl. 1, 2004.

GORDON, A. J.; ZRULL, M. Social networks and recovery: one year after inpatient treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**, New York, v.8, n.3, p.143 -152, 1991.

GOTTLIEB, B. H. Social networks and social support: an overview of research, practice, and policy implications. **Health Education Quarterly**, New York, v.12, p.5-22, 1985.

GRIEP, R. H. et al. Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.703-714, jun.2005.

GRIEP R.H. Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e apoio social utilizados no Estudo Pró-Saúde. 2003. **Tese (Doutorado)** - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

HALL, A.; WELLMAN, B. Social network and social support. In: COHEN, S.; SYME, S.L (Orgs). **Social support and health**. London: Ed. Academic Press, 1985.

HARDWOOD, H.J. **Economic costs of alcohol and other drug abuse** 2000. Disponível em: {<http://www.nida.nih.gov>}. Acesso em, 24 abril de 2006.

HARTMANN, D.J.; SULLIVAN, W.P.; WOLK, J.L. A state wide assessment: Marital stability and client outcomes. **Drug and Alcohol Dependence**, Lausanne, v.29, p.27-38.1991.

HAVASSY, B.E.; HALL, S.M.; WASSERMAN, D.A. Social support and relapse: commonalities among alcoholics, opiate user, and cigarette smokers. **Addictive Behaviours**, Oxford, v.16, p.235-246, 1991.

HEMMINGSSON T.; LUNDBERG I.; ROMELSJÖ A.; ALFREDSSON L. Alcoholism in social classes and occupations in Sweden. *International Journal of Epidemiology*, London, v.26, p.584-591, 1997.

HELMINEN, A.; HALONEN, P.; RANKINEN, T.; NISSINEN, A.; RAURAMAA, R. Validity Assessment of a Social Support Index. *Scandinavian Journal of Sociological Medicine*, Stockholm, v.23, n.1, p.66-74, 1995.

HOUSE, J.S.; KAHN, R.L. Measures and concepts of social support. In: CONHEN, S.; SYMES, S. L. (Org). Social support and health. **Academic Press**, London, p.83-105 1985.

HOSMER, J.; LEMESHOW, D. **Applied logistic regression**. 2. ed. New York: John Willey & Sons, 2000.

HUPCEY, J.E. Clarifying the social support theory research linkage. *Journal of Advanced nursing*, Oxford, v. 27, n. 6, p. 1231-1241, jun. 1998.

HUURE, T.; EEROLA, M.; RAHKONEN, O.; ARO, H. Does social support affect the relationship between socioeconomic status and depression? A longitudinal study from adolescence to adulthood. *Journal of Affective Disorders*, Amsterdam, v.100, p. 55-64, 2007.

HYGINO, A.; GARCIA, J. Drogas: a permanente (re) encarnação do mal. *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n 74, p.31 – 41 2003.

JOHNSEN, E.; HERRINGER, L.G. A note on the utilization of common support activities and relapse following substance abuse treatment. *Journal of Psychology*, New York, v.127, n.1, p.73-77, 1993.

JORGE, M. R. FERRAZ, M. P. T. A percepção do alcoólatra do que o leva ao alcoolismo e à internação. *Boletim de Psiquiatria*, v.14, n.3, p.132-137, 1981.

KARLAMANGLA, A.; ZHOU K., REUBEN D.; GREENDALE G.; MOORE A. Longitudinal trajectories of heavy drinking in adults in the United States of American. **Addiction**, cidade, v.101, p. 91-99, 2006.

KLINGEMANN H.; GMEL, G. *Introduction, editors: social consequences of alcohol - the forgotten dimension? In: Mapping the social consequences of alcohol consumption. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers 2001. p. 1-9.*

KOENIG, H.G. Religion and medicine III: developing a theoretical model. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, Farmingdale, v. 31, n. 2, p. 199-216, 2001.

KRAUS, L.; BLOOMFIELD, K.; AUGUSTIN, R.; REESE, A. Prevalence of alcohol use and the association between onset of use and alcohol-related problems in a general population sample in Germany. **Addiction**, Oxford, v. 95, n.9, p. 1389-1401, 2000.

LABONTE, R. Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. **Health Education Quarterly**, New York, v. 21, n.2, p. 253-268, 1994.

LARANJEIRA, R. **Alcohol dependence syndrome. measurement of altered behavioral subjective and psychobiological states**. 1994. Tese (Doutorado) - The University of London, London, 1994.

LEME, F. P; MRCHINI, G. P.O; CARNEIRO M. C.; BARBOSA R.; CARVALHO, I. A. B.; BRAGA A. B. C. F.; KATO M.C. R., MATOS E. F; TAVEIRA M. C; PEREIRA G. A. M; LUIS, M. A. V. NAPS-F UM MODELO DE ATENÇÃO PARA USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS. **Assistência a usuários de álcool e drogas no Estado de São Paulo: uma amostra de serviços e programas**. Margarita A. Villar Luis e Sandra Cristina Pillon. Ribeirão Preto. FIERP/USP, 2004. 121p.

LIMA, J.M.B. Síndrome alcoólica fetal (SAF): um desafio quase desconhecido. In: GIGLIOTTI, A; GUIMARÃES. A (Org). **Dependência, Compulsão e Impulsividade**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2007. P.116- 124.

MACDONALD, J. G. Predictors of treatment outcome for alcoholic women. ***International Journal of the Addictions***, New York, v. 22, n.3, p. 235-248, 1987.

MACMAHON, R.C. Personality, stress, and social support in cocaine relapse prediction. ***Journal of Substance Abuse Treatment***, New York, v. 21, p. 77-87, 2001.

MAKELA, K.; MUSTONEN, H. Relationships of drinking behavior, gender and age with reported negative and positive experiences related to drinking. ***Addiction***, Oxford, v. 95, n. 5, p. 727-736, 2000.

MELMAN, C. Alcoolismo e toxicomania: Uma abordagem psicanalítica. ***Temas***, Asunción, v.23, n. 45, p. 41-49, 1993.

MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. The social and health burden of alcohol abuse. ***Rev. Bras. Psiquiatria***, São Paulo, v.26, suppl. 1, p. 7-10, May 2004.

MENDES, E.V. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucited/Abrasco, 1993.

MENDEZ, E.B. **Estudo da validação do instrumento audit para identificação de transtornos devido ao uso do álcool**. Pelotas, 2003. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina: Universidade Federal de Pelotas.

MICHAEL, A.P; KNOX S.S; ADELMAN A; ELLISON C; ARNELT D.K; SEEGMUND K; WEIDNER, G. Hostility, social support in The National Heart, Lung and Blood Institute Family Heart Study. ***Am Journal Cardiol***, New York, v. 86, p. 1086-1089, 2000.

MINKLER M. Building supportive ties and sense of community among the inner city elderly: the Tenderloin Outreach Project. ***Health Educational Quarterly***, New York, v.12, n.4, p.303-314, 1985.

MINKLER, M. Community organizing among the elderly poor in the United States: a case study. ***Journal of International Health Services***, Assen, v.2, p.303-316, 1992.

NASCIMENTO, E. **Hipóteses sobre a nova exclusão social: dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários.** In: Encontro Anual da Anpocs,17,2002, Caxambu. Anais, Caxambu, 2002.

NOTO, A.R.; MOURA, Y.G.; NAPPO, S.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; CARLINI, E.A. Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999. ***Jornal Brasileiro de Psiquiatria***, São Paulo, v.51, n.2, p.113-21, 2002.

NORBECK, J.S.; LINDSEY, A.M.; CARRIERI, V.L. The development of an instrument to measure social support. ***Nursing Research***, New York, v.30, n.5, p.264-269,1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: *Promoción de la salud: una antología, publicación científica.* Washington, DC: OPS, 1986.p.367-372.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Global status report on alcohol.* Genebra, OMS, 1999.

ORFORD, J.; GUTHRIE, S.; NICHOLLS, P.; OPPENHEIMER, E., EGERT, S.; HENSMAN, C. Self reported coping behavior of wives of alcoholics and its association with drinking outcome. ***Journal of Studies on alcohol***, New Brunswick, v. 36, p.1254-1267, 1975.

OSTERGREN, P.O.; HANSON, B.S.; ISACSSON, S.O.; TEJLER, L. Social network, social support and acute chest complaints among young and middle-aged patients in an Emergency Department – a case control study. ***Social Science and Medicine***, Oxford, v.33, p.257-267, 1991.

OXMAN, T.E.; BERKMAN, L.F.; KASL, S.; FREEMAN, D.H, BARRETT, J. Social support and depressive symptoms in the elderly. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v.135, p. 356-368, 1992.

PAIXÃO, R.; OLIVEIRA R.A. *Escala instrumental e expressiva do suporte social*. **Psychological**, Ibadan, v.16, p.83-89, 1996.

PEARLIN L.I. The sociological study of stress. **Health Social Behavior**, New York, v.30, p.241-56, 1989.

PILISUK, M.; MINKLER, M. Supportive ties: political economy perspective. **Health Education Quarterly**, New York, v.12, p.93-106, 1985.

REGO, R. A; OLIVEIRA, Z.M.A.; BERARDO, F.A.N.; OLIVEIRA, M.B; RAMOS, L.R. Epidemiologia do alcoolismo prevalência de positividade do teste CAGE em inquerito domiciliary no município de São Paulo. **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.13, n.2, p. 75-90, 1991.

REINERT, D.F.; ALLEN, J.P. The alcohol use disorders identification Teste (AUDIT): a review of recent research **Alcoholismo: Clinical and Experimental Research**, New York, v. 26, p. 272-279, 2002.

RICHARDSON, L. Social network characteristics and substance abuse treatment outcomes. Unpublished doctoral dissertation. **New School for Social Research**, New York, 1999.

ROSENBERG, H. Relapsed versus non-relapsed alcohol abusers: Coping skills, life events, and social support. **Addictive Behaviors**, Oxford, v.8, n.2, p.183 -186, 1983.

RUSSELL, S.; LAUGHLIN, A. Effects of general practitioners advice against smoking. **BMJ**, London, v.18, n.4, p.153-163, 1996.

SAAMEÑO, J.A.B.; SÁNCHEZ, A.D.; CASTILHO, J.D.L.; & CLARET, P.L., 1996. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke – UNC – 11. **Atención Primaria**, 18(4): 153-163.

SANTOS, F.G.G. MARCELINO, S.M.P. *Internatos de menores: que suporte social?* Coimbra, setembro de 1996. Disponível em <<http://www.sapo.pt/educacional/projectos/index.html>>. Acesso em 24 de maio 2006.

SEIDI, E.M.F. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: configuração relações entre enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. 2001. **Tese** (Doutorado) - Universidade de Brasília-UNB, Brasília 2001.

SHERBOURNE C.D.; STEWART A L. The MOS Social Support Survey. **Social Science and Medicine**, Oxford, v.38, n.6, p.705 -714, 1991.

SCHWARZER, R.; LEPPIN, A. Social support and health: a meta-analysis. **Psychology and Health**, Cambridge, v.3, p.1 -15, 1989.

SKINNER, H. Validation of the dependence syndrome: have we crossed the half-life of this concept? In: EDWARDS, G.E.; LADER, M. (org.). **The nature of drug dependence**. New York: Oxford Universities Press, 1990.

SILVA, R.C.; CURSINO, E. A. O Consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes: Dados sobre o consumo e concepções sobre o uso. In: Reunião Anual de Psicologia, 25,1995 Ribeirão Preto. **Resumos de comunicações científicas**, Ribeirão Preto: SBP, 1995.p.179.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

SMITH, C. E.; FERNENGEL, K.; HOLCROFT, C.; GERALD, K.; MARIEN, L. Meta-analysis of the associations between social support and health outcomes. **Annals of Behavioral Medicine**, Knoxville, v.16, n.4, p.352-362, 1994.

SOBELL, L.C.;SOBELL, M.B. Temiline follow-back: A technique for assessing self reported alcohol consumption. In. LITTEN, R.Z.;ALLEN, J. **Measuring alcohol consumption: psychosocial and biological methods**. Towota, N.J: Humana Press, 1992. p.41-72.

SONENREICH, C. **Contribuição para o estudo da etiologia do alcoolismo**. São Paulo: Editora do autor, 1971.

SPIEGEL, D. Apoio social: como os amigos, a família e os grupos podem ajudar. In: GOLEMAN, D.; GURIN J. (Org.). **Equilíbrio Mente e Corpo: Como Usar sua Mente para uma Saúde Melhor**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.p.283-298.

SURJAN, J.C.; PILLON, S.C.; LARANJEIRA, R. O que acontece com os pacientes dependentes de álcool e drogas que desaparecem das primeiras consultas?. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 8, p. 271-275, 2000.

SCHUCKIT, M.A 1991. **Abuso de álcool e drogas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.p.356.

**SAS/STAT® User's Guide, Version 9**, Cary, NC, USA: SAS Institute Inc,2003.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: **Promoción de la Salud: una antología**.Washington: OPS, 1992.p.37-44 ( *Publicación Científica,557*).

TOSCANO Jr. A. Um breve histórico sobre o uso de drogas. In: SEIBEL, S.D.; TOSCANO J. A. (eds). **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 07-23.

TOUMBOUROU, J.W.; HAMILTON, M.; STOREY, G. Narcotics anonymous participation and changes in substance use and social support. **Journal of Substance Abuse Treatment**, New York, v. 23, p.61-66, 2002.

UMBERSON, D. Gender, marital status and the social control of health behavior. **Social Science and Medicine**, Oxford, v.34, p.907-917, 1992.

VAILLANT, G. E. **A história natural do alcoolismo revistada**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

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

VALLA, V. V. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: COSTA, M. V ( Org.). **Educação Popular Hoje**, São Paulo: Loyola, 1998. p.151-180.

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**:. Rio de Janeiro, v.15, p.7-14, 1999.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. Refuerzo de la acción comunitaria In: BUSS, P.M. (Org.). **Promoción de la Salud y la Salud Pública: Una Contribución para el Debate entre las Escuelas de la Salud Pública de América Latina y el Caribe**. Rio de Janeiro:ENSP,2000.

VAUX, A. **Social support: theory, research, and intervention**. New York: Praeger, 1988.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, p.39 - 57 1998.

VENTULANI J. Drug Addiction Part. I. Psychoactive substances in the past and presence. **Polish Journal of Pharmacology**, Kraków, v. 53, n. 3, p. 201-214, 2001.

VOLCAN, S.M.A; SOUSA, P.L.R; MARI, J.J.; HORTA, B.L. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n. 4, p. 404 - 445 2003.

WALDOW, M.; BONNER, K. H.; KLINK, M.; SUSS, H.M. Importance of vocational and social reintegration for the maintenance of therapy success with alcohol addicts. ***International Journal of Rehabilitation Research***, London, v.10,p.233-237,1987.

WARREN, J.L; STEIN, J.A.; GRELLA C.E. Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clientswith co-occurring disorders. ***Drug and alcohol dependence***, Los Angeles, 89, 267-274, 2007.

WATT, R. G. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. ***Commun. Dent. Oral Epidemiol***, Copenhagen, v.30, n.4, p.241-7, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. Disponível em: <http://www.who.int./whr2001>. Acesso em 07nov2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ***Neuroscience of psychoactive substance use and dependence***. Geneva, 2004.

***Anexos***

**ANEXO A – INSTRUMENTO****ENTREVISTA****I – Informações sociodemográficas**

Dados de identificação:

1. Cód. \_\_\_\_\_
2. Idade: (1) Masculino (2) Feminino
3. Estado Civil: (1) Solteiro (2) Separado (3) Desquitado (4) Casado (5) Amasiado (6) Viúvo
4. Município procedência: \_\_\_\_\_
5. Profissão: \_\_\_\_\_
6. Atualmente está: (1) Empregado (2) Desempregado (3) Afastado
7. Empregado: \_\_\_\_\_ tempo (1) Registrado (2) Autônomo (3) Trabalho eventual
8. Desempregado/Afastado: \_\_\_\_\_ tempo
9. Possui filhos: (1) Sim (2) Não \_\_\_\_\_
10. Escolaridade:
  - (1) Analfabeto (5) Ensino médio incompleto
  - (2) Ensino fundamental completo (6) Ensino superior completo
  - (3) Ensino fundamental incompleto (7) Ensino superior incompleto
  - (4) Ensino médio completo
11. Frequentando escola atualmente? (1) sim (2) não
12. Residência:
  - (1) Própria (3) Alugada
  - (2) Cedida (4) Invasa
13. Com quem reside? \_\_\_\_\_
14. Renda familiar: \_\_\_\_\_
15. Recebe algum tipo de benefício social? (1) sim (2) não \_\_\_\_\_ Qual: \_\_\_\_\_
16. Você se considera uma pessoa religiosa? (1) sim (2) não
17. Qual a sua religião? \_\_\_\_\_
18. Participa de algum grupo de ajuda, associação, A.A ou comunidade? (1) sim não (2)
19. Qual? \_\_\_\_\_

**II- Consumo do álcool**

20. Com quantos anos experimentou pela primeira vez álcool? \_\_\_\_\_
21. Há quanto tempo está em tratamento? \_\_\_\_\_
22. Há quanto tempo está sem beber? \_\_\_\_\_

23. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?

- (0) Nunca (vá para as questões 9 –10)
- (1) Mensalmente ou menos
- (2) De 2 a 4 vezes por mês
- (3) De 2 a 3 vezes por semana
- (4) 4 ou mais vezes por semana

24. Quantas doses contendo álcool você consome tipicamente ao beber?

- (0) 0 ou 1
- (1) 2 ou 3
- (2) 4 ou 5
- (3) 6 ou 7
- (4) 8 ou mais

25. Qual a frequência que você consome 5 ou mais doses de bebida alcoólica de uma vez?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

26. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez que havia começado?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

27. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

28. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido bastante no dia anterior?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

29. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

30. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

31. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

- (0) Não
- (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses.
- (4) Sim, nos últimos 12 meses.

32. Algum parente, amigo, médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

- (0) Não
- (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses.
- (4) Sim, nos últimos 12 meses

### III - Apoio social

33. Em quantos parentes que você confia para falar sobre os seus problemas relacionados ao uso do álcool/alcoolismo?

1 ( ) n° pessoas 2 ( ) Nenhum 3 Quem \_\_\_\_\_

34. Quantos amigos que você confia para falar sobre os seus problemas relacionados ao uso do álcool/alcoolismo?

1 ( ) n° pessoas 2 ( ) Nenhum 3 Quem \_\_\_\_\_

35. No último ano você praticou esporte ou participou de algum grupo de música, coral etc?

- 1 ( ) sim 2. ( ) não Se sim, com que frequência?  
 1 ( ) Mais de uma vez por semana 2( ) 1 vez por semana 3( ) 2 a 3 vezes por mês  
 4 ( ) Algumas vezes no ano 5( ) Uma vez no ano

36. Nos últimos 12 meses você participou de reuniões de alguma associação (bairro, funcionários, sindicatos ou partidos políticos)?

1 ( ) sim 2. ( ) não Com que frequência? ( )

37. No ano, você participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não governamentais (ONGs), de caridade, ou outras ?

1 ( ) sim 2. ( ) não Com que frequência? ( )

38. Se você precisar, com que frequência conta com alguém que o ajude, se ficar doente, de cama?

1) Nunca 2) Raramente 3) Às vezes 4) Quase sempre 5) Sempre

\* Obs: as seguintes opções de resposta foram oferecidas para todas as perguntas abaixo.

- 
39. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para lhe ouvir, quando você precisa falar?
40. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?
41. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para levá-lo(a) ao médico?
42. Se você precisar, com que frequência conta com alguém que demonstre amor e afeto por você?
43. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para se divertir junto?
44. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para lhe dar informação que o(a) ajude a compreender uma determinada situação?
45. Se você precisar, com que frequência conta com alguém em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?
46. Se você precisar, com que frequência conta com alguém que lhe dê um abraço?
47. Se você precisar, com que frequência conta com alguém com quem relaxar?
48. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?
49. Se você precisar, com que frequência conta com alguém de quem você realmente quer conselhos?
50. Se você precisar, com que frequência conta com alguém com quem distrair a cabeça?
51. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para ajudá-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente?
52. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?
53. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para dar sugestões como lidar com um problema pessoal?
54. Se você precisar, com que frequência conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis?
55. Se você precisar, com que frequência conta com alguém que compreenda seus problemas?
56. Se você precisar, com que frequência conta com alguém que você ame e que faça você se sentir querido?

## ANEXO B

### Carta ao Comitê de Ética

Ribeirão Preto, 20 de maio de 2006

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP) e da - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP)

Estamos enviando o projeto: ***A rede de apoio social para abstinência em pacientes com dependência de álcool***, para ser submetido à apreciação deste Comitê. Trata-se de um projeto de mestrado, vinculado ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, SP, FMRP-USP, sob orientação da Prof. Dr. Milton Roberto Laprega

Agradeço antecipadamente,

---

Ana Lígia Oliva  
Aluna da Pós-graduação

---

Prof. Dr. Milton Roberto Laprega  
Prof. Dr. da FMRP - USP

### ANEXO C

Diretor do CAPS ad.II de Ribeirão Preto -SP

Vimos por meio desta, solicitar vossa autorização para realização de uma pesquisa de mestrado intitulada **A rede de apoio social para abstinência em pacientes com dependência de álcool**, vinculado ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, SP, FMRP - USP, sob orientação da Prof. Dr. Milton Roberto Laprega, junto aos usuários deste serviço.

Esta pesquisa será realizada pela assistente social e aluna de pós-graduação Ana Lígia Oliva, CRESS 33511, supervisionada pelo Prof. Dr. Milton Roberto Laprega e a coleta de dados será realizada com os usuários atendidos e cadastrados neste serviço por meio de entrevistas.

Colocamo-nos à vossa disposição para maiores esclarecimentos.

Sem mais para o momento, nos despedimos com elevados protestos de estima e consideração.

---

Ana Lígia Oliva

---

Prof. Dr. Milton Roberto Laprega

**ANEXO -D****TERMO DE CONSENTIMENTO – LIVRE - ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **A rede de apoio social para abstinência em pacientes com dependência de álcool**. Para melhor esclarecimento, este estudo pretende obter informações sobre a rede de amigos e de familiares que te apoiam para manutenção da abstinência do alcoolismo, que serão importantes no desenvolvimento de estratégias de trabalho da assistente social junto aos pacientes com problemas relacionados ao alcoolismo.

Você participará do estudo respondendo, voluntariamente, um questionário contendo perguntas, após a sua autorização, sem a identificação do seu nome ou endereço, garantindo assim o anonimato.

A presente investigação consiste de um estudo de mestrado que está sendo desenvolvido por pesquisadores no tema álcool e outras drogas do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Para maiores dúvidas entre em contato no telefone (16)39199048 com Ana Lígia ou e-mail: [aligiaoliva@netsite.com.br](mailto:aligiaoliva@netsite.com.br)

Sua colaboração é de extrema relevância para o desenvolvimento desta pesquisa, assim se você concordar em participar, por favor, leia e assine o termo de consentimento livre e esclarecido, abaixo.

Pelo presente consentimento\*, declaro que fui informado(a), de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos a que serei submetido(a) e dos benefícios do presente projeto de pesquisa. Fui igualmente informado(a)-

1. Do direito de receber resposta a qualquer pergunta ou dúvida sobre esta pesquisa, bem como os assuntos relacionados com a investigação
2. Da liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo a mim
3. Do direito de não ser identificado(a) e ter a minha privacidade preservada
4. O direito de estar seguro(a) diante das minhas respostas de modo a não sofrer represálias
5. Da garantia de que não terei nenhuma despesa decorrente da participação da mesma.

Declaro que tenho conhecimento dos direitos acima citados descritos e consinto em responder ao questionário elaborado pelo pesquisador, que subscreve este termo de consentimento.

**Assinatura do participante:** \_\_\_\_\_

**Assinatura da pesquisadora:** \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

- 
- O presente documento baseado nos artigos 10 a 16 das Normas de Pesquisa em Saúde do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante da pesquisa e a outra com a pesquisadora.

**ANEXO E**

Para a Prof. Dr.a Rozane H. Griep

Vimos por meio desta, solicitar vossa autorização para utilizar o instrumento de pesquisa para o apoio social, traduzido e validado em seus estudos já publicados, para a realização de uma pesquisa de mestrado intitulada **A rede de apoio social para abstinência em pacientes com dependência de álcool**, vinculado ao Programa de Pós-graduação do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, SP, FMRP-USP, sob orientação da Prof. Dr. Milton Roberto Laprega, junto aos usuários deste serviço.

Colocamo-nos à vossa disposição para maiores esclarecimentos.

Sem mais para o momento, nos despedimos com elevados protestos de estima e consideração.

---

Ana Lígia Oliva

---

Prof. Dr. Milton Roberto Laprega



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA  
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

[www.hcrp.fmrp.usp.br](http://www.hcrp.fmrp.usp.br)



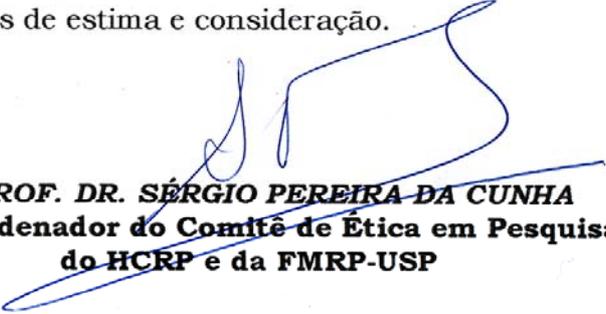
Ribeirão Preto, 20 de julho de 2006

Ofício nº 1998/2006  
CEP/SPC

**Prezada Senhora:**

O trabalho intitulado "**A REDE DE APOIO SOCIAL PARA ABSTINÊNCIA EM PACIENTES COM DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL**", foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 229ª Reunião Ordinária realizada em 17/07/2006, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 5232/2006.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

  
**PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora  
**ANA LÍGIA OLIVA**  
**PROF. DR. MILTON ROBERTO LAPREGA (Orientador)**  
Depto. de Medicina Social  
Em mãos

HC - Campus Universitário  
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP  
(016)3602-2228  
[cep@hcrp.fmrp.usp.br](mailto:cep@hcrp.fmrp.usp.br)