# UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

Nataly da Rocha Queiroz	
	ADE E PADRÃO DE CONSUMO RATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

RIO DE JANEIRO, MARÇO, 2014. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

Nataly da Rocha Queiroz

FATOR DE PROTEÇÃO ALIADO A RELIGIOSIDADE E PADRÃO DE CONSUMO

DE ÁLCOOL E TABACO EM USUÁRIOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao

Programa de Pós Graduação em Enfermagem

da Escola de Enfermagem Anna Nery da

Universidade Federal do Rio de Janeiro,

como parte dos requisitos necessários para

obtenção do título de mestre em

Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr<sup>a</sup> Ângela Maria Mendes Abreu

Profa. Dr. Luciana Fernandes Portela

RIO DE JANEIRO,

MARÇO, 2014

#### Queiroz, Nataly da Rocha

Fator de proteção aliado a religiosidade e padrão de consumo de álcool e tabaco em usuários na estratégia saúde da família / Nataly da Rocha Queiroz. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Enfermagem Anna Nery, 2014.

xv, 99 f.; 31 cm.

Orientadores: Ângela Maria Mendes Abreu e Luciana Fernandes Portela

Dissertação (mestrado) — Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Enfermagem Anna Nery / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2014.

Referências bibliográficas: f. 87-108

1. Religiosidade. Álcool 2. Tabaco 3. Estratégia Saúde da Família. I. Abreu, Ângela Maria Medes II. Portela, Luciana Fernandes. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Enfermagem Anna Nery. IV. Título.

# FATOR DE PROTEÇÃO ALIADO A RELIGIOSIDADE E PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO EM USUÁRIOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

## Nataly da Rocha Queiroz

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA:
Dra. Ângela Maria Mendes Abreu Presidente (EEAN/UFRJ)
Dra. Cecília Loreto Mariz 1º Examinadora (IFCH/UERJ)
Dra. Maria Helena do Nascimento Souza 2º Examinadora (EEAN/UFRJ)
Dra. José Mauro Braz de Lima Suplente (FM/UFRJ)
Dra. Ana Inês Sousa Suplente (EEAN/UFRJ)

RIO DE JANEIRO, MARÇO, 2014.

"Ainda que eu fale a língua dos homens e dos anjos ...(...)... que eu tenha o dom da profecia e conheça todos os mistérios e toda a ciência, ainda que eu tenha tamanha fé, a ponto de transpor montanhas, se não tiver amor, nada serei"

1º Coríntios 13:1-2.

# Dedico este trabalho:

Aos meus pais, José Cruz e Euzely, pelo amor, dedicação, ensinamento, apoio incondicional em todos os momentos da minha vida e por me fazer acreditar que tudo é possível basta perseguir os sonhos.

Amo vocês.

#### **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela constante presença em minha vida. Por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar os caminhos nas horas incertas e me suprir em todas as minhas necessidades.

A meus pais, José Cruz e Euzely, que me possibilitaram o dom da vida e fizeram acreditar que eu seria capaz de alcançar meus sonhos. Os mais profundos agradecimentos por suas sábias lições de esperança; sempre repetindo palavras essenciais – como, por exemplo, amor, crença, compreensão, alegria – infundiram-me a confiança necessária para realizar os meus sonhos. E por entenderem que a educação e os bons valores eram o que de mais valioso poderia dar aos seus filhos.

A minha irmã Monique, pelo exemplo de caráter, dignidade, honestidade e responsabilidade e pesquisadora a ser seguido. Como caçula, tento incorporar todos seus ensinamentos. Tenho você como exemplo de vida!! Meu cunhado por me aturar em roubar sua esposa para me ajudar na construção do meu trabalho. Ao meu sobrinho Arthur, que tornou minha vida mais bonita e alegre com sua chegada e sempre lembra que temos que pedir desculpas mesmo quando não somos nós o errado.

Ao "Namorado" por ser meu companheiro... Sou grata por sua paciência, espera e amor. Obrigada por me fortalecer diante das dificuldades.

A minhas amigas do curso de graduação e da vida: Laís e Fabiana, por sermos tão felizes quando estamos juntas.

Agradeço, de coração, minha orientadora, Professora Dr<sup>a</sup>. Ângela Maria Mendes Abreu, pelas muitas horas de leitura que dedicou ao texto desta dissertação. Ao incentivo dado para que eu continuasse o trabalho mesmo nos momentos em que isso não me era tão atrativo. Pela confiança depositada em mim, esperando pacientemente mesmo quando eu demorava a mostrar novos resultados. Mas também, e principalmente, por ter exigido maiores aperfeiçoamentos, quando necessário. Obrigada, por ser esse exemplo de profissional e de mulher a qual sempre fará parte de minha vida.

A minha co-orientadora, Dr<sup>a</sup>. Luciana Fernandes Portela, pelas reuniões realizadas na FIOCRUZ cujo objetivo era me ensinar a utilizar o programa SPSS; pelas contribuições estatísticas neste trabalho, e a análise dos resultados da pesquisa.

A todos os pacientes da Equipe Mineira da Clínica da Família Sérgio Vieira de Mello que participaram espontaneamente deste trabalho. Por causa deles é que esta dissertação se concretizou. Vocês merecem meu eterno agradecimento!

Por isso, a realização de uma pessoa não é só dela, mas de todos que, de alguma forma, auxiliaram-na em sua trajetória.

Ninguém vence sozinho... OBRIGADA A TODOS!

#### **RESUMO**

O presente estudo teve como objetivos identificar a associação entre religiosidade e consumo de álcool e tabaco, em uma população atendida na Estratégia Saúde da Família, em uma comunidade do município do Rio de Janeiro - RJ. Para tanto, realizou-se um estudo quantitativo transversal com 363 indivíduos residentes em área adscrita à equipe Mineira da Clínica da Família Sérgio Vieira de Mello, localizada no bairro do Catumbi, RJ, Brasil. Os indivíduos responderam a um instrumento que continha, além da Escala de Religiosidade da Duke - DUREL e o questionário Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, variáveis de caracterização sociodemográficas. No software SPSS versão 19.0 foram realizadas análises bivariadas, verificando a associação entre a variável religião e a frequência do consumo de álcool e tabaco, adotando-se nível de significância de 0,05. A regressão logística foi utilizada como procedimento de análise multivariada para controlar as possíveis variáveis de confusão naquelas que apresentaram p-valor < 0,10. Dos 363 indivíduos entrevistados, 86,0% faziam consumo de baixo risco de álcool e 14,0%, consumo moderado/alto risco. No tabaco, 81,3% faziam consumo de baixo risco para o tabaco e 18,7% faziam consumo moderado/alto risco. Foram identificadas majores chances de consumo problemático de álcool no sexo feminino. E os de cor da pele não branca apresentaram uma menor chance para o consumo de tabaco. Não frequentar a igreja evidenciou 3 vezes mais chances de se ter um consumo problemático de álcool e tabaco. E acreditar em um ser superior mostrou-se um fator protetor para o consumo problemático dessas substâncias. É importante enfatizar as ações de promoção de saúde, com ênfase na redução de consumo de bebidas alcoólicas e do tabaco entre os grupos que apresentaram maiores chances de exibir um padrão de consumo problemático, de forma a evitar manutenção de tal padrão, bem como sua evolução para casos de dependência.

Palavras-chave: Religiosidade. Álcool. Tabaco. Estratégia Saúde da Família.

#### **ABSTRACT**

The present study aimed to identify the association between religiosity and alcohol and tobacco in an area covered in the Family Health Strategy in a community in the municipality of Rio de Janeiro population - RJ. To this end, I performed a cross-sectional quantitative study with 363 subjects enrolled residents in the Mining Family Clinic team of Sergio Vieira de Mello area, located in Catumbi, RJ, Brazil. The subjects answered a questionnaire that contained, besides the Duke Religiosity Scale - DUREL questionnaire and Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, sociodemographic variables characterization. In SPSS software version 19.0 bivariate analyzes were performed to verify the association between religion and the variable frequency of alcohol consumption and smoking, adopting a significance level of 0.05. Logistic regression was used as a multivariate analysis procedure to control the possible confounding variables in those with p - value < 0.10. Of the 363 individuals interviewed, 86.0% were low-risk consumption of alcohol and 14.0%, moderate / high risk consumption. Tobacco, 81.3% were low-risk drinking for tobacco and 18.7% were moderate / high risk consumption. Higher chances of problematic alcohol consumption in females were identified. The ones that don't have white skin had a lower chance to tobacco consumption. Not attending church showed 3 times more likely to have a problematic use of alcohol and tobacco. Believing in a higher power proved to be a protective factor for problematic use of these substances. It is important to emphasize the actions of health promotion with an emphasis on reducing alcohol consumption and tobacco use among groups that were more likely to show a pattern of problematic use, to avoid maintenance of such standard as well as its evolution for dependency cases.

Keywords: Religiosity. Alcohol. Tobacco. Family Health Program.

# SUMÁRIO

CAPÍTULO I	Pág. 15
1 INTRODUÇÃO	Pág. 16
1.1 O Problema	Pág. 16
1.2 Objetivos	Pág. 22
1.3 Justificativa / Relevância	Pág. 22
CAPÍTULO II	Pág. 27
2 REVISÃO DE LITERATURA	Pág. 28
2.1 A Construção de um novo modelo de assistência: Estratégia Saúde da	
Família	Pág. 28
2.2 Política Nacional de Atenção Básica	Pág. 31
2.3 Religiosidade X Espiritualidade	Pág. 34
2.4 A Enfermagem e a Religiosidade	Pág. 35
2.5 Intervenção Breve	Pág. 38
CAPÍTULO III	Pág. 41
3 MÉTODOS	Pág. 42
3.1 Desenho do Estudo	Pág. 42
3.2 Local do Estudo	Pág. 42
3.3 População de Referência e Amostragem	Pág. 42
3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	Pág. 43
3.5 Instrumento de Coleta de Dados	Pág. 43
3.6 Pré-Teste	Pág. 47
3.7 Coleta de Dados	Pág. 47
3.8 Processamento e Análise dos Dados	Pág. 48
3.9 Aspectos Éticos	Pág. 48
CAPÍTULO IV	Pág. 50
4 RESULTADOS	
4.1 Análises Univariadas	Pág. 51
4.1.1 Avaliação da consistência interna da Escala de Religiosidade da	

Duke – DURE	Pág. 51
4.1.2 Descrição da Amostra: características sociodemográfica	
4.1.3 Descrição da Amostra: Características do consumo de Álcool e	Pág. 53
Tabaco	
4.1.4 Descrição da Amostra: Características das dimensões de religiosidade	
4.2 Análises Bivariadas	
4.3 Análises Multivariadas	Pág. 63
CAPÍTULO V	Pág. 66
5 DISCUSSÃO	Pág. 67
CAPÍTULO VI	Pág. 83
6 CONCLUSÕES	Pág. 84
REFERÊNCIAS	Pág. 86
ANEXO	Pág. 108
APÊNDICE	Pág. 115

#### LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 Coeficiente *Alpha de Cronbach* da dimensão da religiosidade intrínseca da Escala de religiosidade da Duke DUREL para a amostra de 363 usuários da equipe Mineira pertencente à CF Sérgio Viera de Mello, Rio de Janeiro, RJ, Brasil 2012/2013.
- Tabela 2 Características sociodemográficas da amostra de usuários da equipe Mineira pertencente à CF Sérgio Viera de Mello, Rio de Janeiro, RJ, Brasil 2012/2013 (n=363).
- Tabela 3 Uso na vida de álcool e tabaco entre usuários da equipe Mineira pertencente à CF Sérgio Vieira de Mello, Rio de Janeiro, RJ, Brasil 2012/2013 (n=363).
- Tabela 4 Frequência de uso de álcool e tabaco durante os 03 últimos meses entre usuários da equipe Mineira pertencente à CF Sérgio Vieira de Mello, Rio de Janeiro, RJ, Brasil 2012/2013 (n=363).
- Tabela 5 Problemas relacionados ao consumo de álcool e tabaco nos últimos três meses entre usuários da equipe Mineira pertencente à CF Sérgio Vieira de Mello, Rio de Janeiro, RJ, Brasil 2012/2013 (n=363).
- Tabela 6 Tabela 6: Padrões de consumo de álcool e tabaco entre usuários da equipe Mineira pertencente à CF Sérgio Vieira de Mello, Rio de Janeiro, RJ, Brasil 2012/2013 (n=363).
- Tabela 7 Necessidade de aplicação de Intervenção Breve, de acordo com a pontuação para o consumo de álcool e tabaco da amostra, entre usuários da equipe Mineira pertencente à CF Sérgio Vieira de Mello, Rio de Janeiro, RJ, Brasil 2012/2013 (n=363).
- Tabela 8 Frequência de ida a igreja, templo ou encontro religioso da amostra de usuários da equipe Mineira pertencente à CF Sérgio Vieira de Mello, Rio de Janeiro, RJ, Brasil 2012/2013 (n=363).
- Tabela 9 Frequência de dedicação do tempo a atividades religiosas individuais da amostra de usuários da equipe Mineira pertencente à CF Sérgio Vieira de Mello, Rio de Janeiro, RJ, Brasil 2012/2013 (n=363).
- Tabela 10 Associação das dimensões de religiosidade com a variável religião de usuários da equipe Mineira pertencente à CF Sérgio Vieira de Mello, Rio de Janeiro, RJ, Brasil 2012/2013 (n=363).
- Tabela 11 Associação da frequência de consumo de álcool e tabaco nos últimos 3 meses com a variável religião na amostra de usuários da equipe Mineira pertencente à CF Sérgio Vieira de Mello, Rio de Janeiro, RJ, Brasil 2012/2013 (n=363).
- Tabela 12 Associação entre as características sociodemográficas e padrão de consumo de álcool moderado/alto\*. Rio de Janeiro, RJ, Brasil 2012/2013 (n=363).

Tabela 13 – Associação entre as características sociodemográficas e padrão de consumo de tabaco moderado/alto. Rio de Janeiro, RJ, Brasil - 2012/2013 (n=363).

Tabela 14 – Associação entre "religiosidade" e padrão de consumo de álcool. Rio de Janeiro, RJ, Brasil - 2012/2013 (n=363).

Tabela 15 – Associação entre "religiosidade" e padrão de consumo de tabaco. Rio de Janeiro, RJ, Brasil - 2012/2013 (n=363).

### LISTA DE SIGLAS E ABREVIAÇÕES

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária a Saúde

ASSIST - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre D rogas Psicotrópicas

CSF - Clínica Saúde da Família

EDIB – Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves

ESF – Estratégia Saúde da Família

FSESP - Fundação Serviço Saúde Pública

IB – Intervenção Breve

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MG – Minas Gerais

MS - Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNACS - Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

Pró-saúde – Programa Nacional de reorientação da formação profissional em saúde.

PSF – Programa Saúde da Família

RI – Religiosidade Intrínseca

RNO - Religiosidade Não Organizacional

RO – Religiosidade Organizacional

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SMSDC - Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

SUS - Sistema Único de Saúde

UABS – Unidade de Atenção Básica de Saúde

UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime

USF – Unidade Saúde da Família

WHO – World Health Organization



# 1. INTRODUÇÃO

#### 1.1 O Problema

O uso de substâncias psicoativas é um costume antigo no mundo. O álcool era consumido pelo seu efeito prazeroso nos primeiros registros humanos, enquanto a maconha, a folha de coca e a papoula eram consumidas em diferentes sociedades por séculos. Atualmente, o uso tradicional e controlado dessas substâncias deu lugar a um padrão de consumo problemático, associando-se aos problemas sociais e de saúde. O número de pessoas que consomem bebidas alcoólicas, fumam cigarro e fazem uso de outras drogas tem aumentado significativamente (WHO, 2005; WHO, 2010).

A United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), em conjunto com a Organização Mundial de Saúde (OMS) em seu relatório sobre o tratamento e atenção as drogas, apontou que 205 milhões de pessoas consomem drogas no mundo e, dentre elas, 25 milhões encontram-se no quadro de dependência. Dessa forma, o consumo das drogas constituiu o grupo dos 20 principais fatores de risco para a saúde no mundo, sendo um dos 10 principais fatores nos países em desenvolvimento (OMS, 2010).

Ressalta-se que, embora o uso de substâncias ilícitas como cocaína, heroína e anfetaminas seja menos prevalente, associado ao fato de possuir menores taxas de doenças e morte quando comparado ao álcool e ao tabaco, essas drogas representam uma ameaça significativa para a saúde (WHO, 2004b). Sendo assim, o uso de drogas tem relação direta e indireta com uma série de agravos à saúde dos indivíduos. Os principais exemplos são acidentes de trânsito, agressões, depressões clínicas e distúrbios de conduta, ao lado de comportamento de risco no âmbito sexual, transmissão do HIV pelo uso de drogas injetáveis e de outros problemas de saúde decorrentes dos componentes da substância ingerida e das vias de administração (BRASIL, 2004).

Com base nessas informações, a relação entre o uso de álcool e outras drogas e os eventos acidentais ou situações de violência evidenciam o aumento na gravidade das lesões e a diminuição dos anos potenciais de vida da população, expondo as pessoas a comportamentos de risco. Os acidentes e violências ocupam a 2ª causa de mortalidade geral, sendo a primeira causa de óbitos entre pessoas de 10 a 49 anos de idade (SENAD 2003; BRASIL 2004; MARQUES 2009; ABREU 2010).

No Brasil, o uso de drogas, tanto lícitas como ilícitas, assumiu grave proporção de problema de saúde pública, interferindo em diversos segmentos da sociedade, evidenciando uma relação comprovada entre o consumo e os agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam. (MS, 2004b)

Em relação às drogas lícitas como o álcool e o tabaco, esse fato pode ser comprovado por meio dos dados apresentados no II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, realizado pelo CEBRID (2005), em que foi constatado que 74,6% já fizeram uso de bebida alcoólica pelo menos uma vez na vida, seguido por 44% uso do tabaco. Também se estimou o número de mortes associadas ao consumo de drogas em 6109 decorrentes do uso do álcool e de 375 relacionadas ao tabaco. Além disso, foi evidenciado que a idade média em que o indivíduo iniciou o uso foi aos 16 anos para o tabaco e aos 17 anos para o álcool.

O V levantamento realizado pelo CEBRID, em 2004, sobre o uso de drogas com estudantes do 1° e 2° Graus, nas 27 Capitais Brasileiras, aponta que esse está aumentando significativamente entre estudantes da rede pública de ensino. As drogas lícitas mais utilizadas foram o álcool (65,2%), seguido pelo tabaco (24,9%). (CEBRID, 2004; SENAD, 2009).

Os maiores índices do consumo foram constatados na região Sudeste, nos quais 64,8% fizeram uso de tabaco e 62,8% fizeram uso de álcool, como revela o último Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras, realizado por Noto, Galduróz, Nappo e Carlini (CEBRID, 2003).

Segundo o Relatório Mundial de Drogas (UNODC, 2012), as estimativas globais sugerem que a prevalência do consumo de tabaco é 10 vezes maior do que a prevalência de uso de drogas ilícitas. A prevalência anual do uso de álcool (sendo legalizado na maioria dos países) é de 42%, ou seja, oito vezes maior do que a prevalência anual do uso de drogas ilícitas (5%). A prevalência do consumo semanal episódico intenso de álcool é oito vezes maior do que o consumo problemático de drogas. O consumo de drogas é responsável por 9% de todos os anos ajustados devido às incapacidades perdidas em nível mundial, ou por 10% de todos os anos de vida perdidos por causa do consumo de substâncias psicoativas (álcool, tabaco e outras drogas).

Nesse contexto, a literatura afirma que a conduta do consumo de drogas é o resultado da influência de fatores pessoais e ambientais, deixando de lado as percepções que os indivíduos têm para o consumo das mesmas (GUZMÁN-FACUNDO, 2007).

Segundo SCIVOLETO e MORIHISA (2001), há um consenso entre os pesquisadores de que o uso e abuso de drogas é multifatorial (dimensão biopsicossocial) e que os principais fatores envolvidos são: baixa autoestima, curiosidade, dinâmica familiar, influência do grupo, isolamento social, obtenção de prazer e pressão social. Assim, as escolhas feitas pelos indivíduos estão sujeitas a inúmeros fatores externos e internos que, no final, irão gerar uma atitude frente ao consumo de drogas.

Deste modo, em todos os momentos da vida podemos identificar diferentes categorias de indivíduos frente ao consumo de drogas: aqueles que nunca consumiram nenhum tipo de droga, os que consumiram e pararam e os que ainda consomem.

O National Institute on Drug Abuse (NIDA, 1997 apud HANSON, 2002) publicou princípios para programas de prevenção baseados nas evidências obtidas ao longo de 20 anos de pesquisa no campo de drogas, com a proposta de minimizar o risco e potencializar a proteção, através do auxilio de profissionais da área e de familiares, enumerando cada um dos principais fatores identificados. Entre os fatores de proteção identificados estão: envolvimento familiar positivo; monitoramento das atividades dos filhos pelos pais; regras claras de conduta reforçadas pela atitude da família; envolvimento dos pais com a vida de seus filhos; sucesso nas atividades escolares; forte vínculo com instituições como escola ou organização religiosa e adoção de normas convencionais quanto ao uso de drogas.

Nesse contexto, ao falar de fatores protetores encontrados na literatura, destacamos a religião. Uma vez que a Organização Mundial de Saúde incluiu na avaliação de qualidade de vida a dimensão de espiritualidade junto às dimensões corporais, psíquicas e sociais (FLECK et al, 2003). Além disso, estudos demonstram a associação da religiosidade a melhores condições de saúde (KOENIG, MCCULLOUGN, LARSON, 2001; MOREIRA-ALMEIDA, LOTUFO NETO, KOENIG, 2006; KOENIG, 2012).

Religiosidade e espiritualidade são termos utilizados, com frequência, como sinônimos. No entanto, existem muitas definições para ambos. Religiosidade é definida, por Muller (1998), como a crença e a prática dos fundamentos propostos por uma religião. Já espiritualidade é definida, por Sullivan (1993), como uma busca individual que pode incluir a crença em um Deus, representando uma ligação do "Eu" com o Universo e com outras pessoas.

Uma vez definida religiosidade e espiritualidade, religião é definida, por Koening, McCullougn, Larson (2001) como:

[...] um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados (a) para facilitar uma proximidade com o sagrado ou transcedente (Deus, poder superior ou verdade/realidade última) e (b) para estabelecer uma compreensão da relação e responsabilidade com os outros convivendo em uma comunidade.

Dentre as várias dimensões de religiosidade passíveis de serem investigadas, as que têm sido muito associadas a desfechos de saúde e estão entre as mais utilizadas nos estudos são: filiação religiosa, religiosidade subjetiva (importância da religião para a pessoa) e religiosidade organizacional (frequência a missas, cultos e outros serviços religiosos) (MOREIRA-ALMEIDA, LOTUFO NETO, KOENIG, 2006).

A religião tem sido apontada como um fator protetor ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. Para Koenig, McCullough e Larson (2001), a associação entre religiosidade e menor abuso ou dependência de álcool e outras drogas é o mais consistente de todos os achados no campo da saúde mental e religião.

Em uma pesquisa, realizada em 1953 nos EUA, com 15.747 estudantes universitários americanos, avaliando o uso de álcool e as variáveis religiosas (filiação e prática de oração) foi encontrada uma associação positiva entre as variáveis de religiosidade e melhores condições de saúde e, ainda, o uso de álcool (STRAUS, BACON, 1953 apud KOENIG, MCCULLOUGN, LARSON, 2001).

Dessa forma, outros estudos também apontam a relevância da prática de uma religião e da fé para a manutenção, assim como para a melhoria das condições de saúde (KOENIG et al., 2003; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2006), além de outros autores que trazem a associação positiva com a religiosidade ao bem-estar físico e mental do ser humano (GEORGE et al., 2002; MILLER E THORESEN, 2003).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) revela que a Atenção Básica a Saúde (ABS) é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2007; GIOVANELLA et al 2009; MENDONÇA 2009; BRASIL, 2012).

Ainda de acordo com a PNAB (2012), a Estratégia Saúde da Família caracteriza-se pelo conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias

democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que elas vivem. Com isso, a Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2012)

Os trabalhadores da Atenção Básica a Saúde (ABS) têm a oportunidade de ter um grande número de pessoas durante a rotina do seu serviço de saúde, além de passar confiança e crédito na fonte da informação. Sendo assim, nos países desenvolvidos, até 85% das pessoas vêem um trabalhador da ABS pelo menos uma vez por ano. (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000; BABOR, 2003)

Desse modo, as pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas são susceptíveis a terem consultas mais frequentes (WHO, 2003; BABOR, 2003). Logo, ressaltamos que é necessário identificar o atual padrão de consumo dos indivíduos, sobretudo na Atenção Básica à Saúde, a fim de oferecer-lhes, já nesse nível de assistência à saúde, informações sobre os malefícios de seu uso, auxiliando na prevenção de agravos causados pelo seu consumo (JOMAR, 2011).

Além disso, a triagem no nível dos cuidados básicos pode aumentar a probabilidade de identificar os indivíduos que utilizaram substâncias em um consumo não-dependentes, porém nocivos ou de forma perigosa, em que são mais propensos a reagir bem a uma intervenção. Assim, muitos problemas de saúde comuns, vistos nos contextos dos cuidados básicos de saúde, podem ser agravados pelo uso de substâncias psicoativas. Com a triagem, existe uma oportunidade de educar as pessoas sobre os riscos dessas substâncias. Há evidências de que, se os trabalhadores da ABS perguntarem sobre o consumo dessas substâncias, os usuários são mais dispostos a falar desse problema e considerar a possibilidade de mudar o seu uso (WHO, 2003).

Nesse contexto, os usuários de drogas, geralmente, procuram os serviços especializados já em uma fase muito grave do transtorno. Portanto, considera-se que a intervenção em fases iniciais do problema melhora o prognóstico, tornando necessário o desenvolvimento de estratégias de detecção e intervenções precoces, como forma de rastreamento na população susceptível ao uso dessas substâncias. Dessa forma, o atendimento na Atenção Básica é um espaço privilegiado para esse rastreamento e acompanhamento inicial (BROW 2002; RONZANI et al 2005; FURTADO 2006; BABOR 2006; BRASIL 2007; BRASIL, 2012).

Por outro lado, para identificar os padrões de consumo dessas substâncias psicoativas é necessária a realização de rastreamentos, que é o primeiro passo no processo das estratégias de diagnóstico e intervenções breves (EDIB), além da identificação das pessoas que já vêm fazendo uso dessas substâncias de forma que possam trazer riscos para a saúde. O outro benefício do rastreamento é oferecer ao profissional de saúde informações para desenvolver um plano de intervenções, além de dar um feedback aos pacientes, motivando-os a mudar seu hábito de uso (MARQUESA et al, 2004; RONZANI et al, 2005; FURTADO et al, 2005; BABOR, 2006; MINTO et al 2007; GONÇALVES et al, 2011).

A detectação de uso dessas substâncias na ABS pode variar quanto ao tipo e intensidade, indo desde uma única pergunta até uma avaliação ampla, usando um questionário padronizado (FLEMING, 2004/2005). Dessa forma, considerando que estes diferentes estágios de uso das substâncias requerem diferentes intervenções uma identificação na fase inicial é importante para se estabelecerem os níveis de uso, abuso ou dependência, melhorarando a eficiência do tratamento, (WAGNER, WALDRON, 2001).

Existem fortes evidências da efetividade de intervenções breves (IB) em serviços de ABS em relação ao uso de álcool e tabaco. As evidências da efetividade para outras drogas estão cada vez maiores. Além disso, intervenções breves apresentam um baixo custo e são efetivas para todos os níveis de uso prejudicial e de risco de substâncias, sendo então ideais para serem usadas como método de promoção e prevenção de saúde para pacientes da atenção básica. A efetividade da IB é um substancial ganho antecipatório para a saúde pública, no âmbito da atenção primária. (HEATHER e WALLACE, 2003).

Assim, a IB pode ser entendida como um tratamento profilático antes ou logo após a entrada com problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. Ela é tipicamente designada por motivar usuários de drogas de moderado a alto-risco a reduzirem o consumo e/ou a frequência das mesmas, mais do que promover a abstinência (ROOM et al. 2005).

Considerando que os profissionais da saúde da atenção primária ocupam um papel importante na identificação e intervenção desses pacientes, na porta de entrada do Sistema de Saúde, (BABOR 2006), faz-se necessário um estudo, sobretudo referente às drogas lícitas, como o álcool e tabaco atualmente no país, pois estas estão trazendo riscos ou danos para a saúde.

Diante dos aspectos tratados até então, esse estudo traz os seguintes objetivos:

#### 1.2 Objetivos

#### 1.2.1 Objetivo Geral

• Identificar associação entre religiosidade e consumo de álcool e tabaco, em uma população atendida na Estratégia Saúde da Família, em uma comunidade do município do Rio de Janeiro - RJ.

#### 1.2.2 Objetivo Específico

- Descrever o padrão de consumo de álcool e tabaco, em uma população atendida na
   Estratégia Saúde da Família, em uma comunidade do município do Rio de Janeiro RJ.
- Verificar a associação entre a religiosidade e o padrão de consumo de álcool e tabaco nessa população.

#### 1.3 Justificativa/ Relevância

Tendo em vista as consequências e os gastos públicos decorrentes do uso das drogas, com impacto nas condições de saúde, trabalho e família, o estudo deste comportamento nas populações torna-se importante para a sociedade.

Um dos impactos do uso de drogas na sociedade são as consequências negativas para a saúde que seus integrantes experimentam. O uso de drogas também coloca um grande peso econômico na sociedade. Em termos financeiros, entre USD\$ 200 e 250 bilhões (0,3% do PIB mundial) seriam necessários para cobrir todos os custos relacionados ao tratamento de drogas no mundo. Atualmente, o total de recursos gastos com o tratamento de uso de drogas é muito inferior – menos de um quinto das pessoas que precisam de tais tratamentos é atualmente atendido (UNODC, 2012).

Assim, para diminuir o gasto com o tratamento dos usuários de drogas, uma das formas propostas por BABOR et al (2006) seria a modificação das condutas em defesa a saúde. E um dos direcionamentos é o emprego da prevenção em locais de cuidado primário à saúde. Com isso, ele recomenda um rastreamento, que é a aplicação de um teste em uma população, a fim de estimar a probabilidade de terem um problema específico (BABOR,

HIGGINS-BIDDLE, 2001; JOMAR, ABREU, 2009). A ABS é o local onde ocorre o primeiro contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde, gerando um fluxo grande de pessoas e possibilitando maiores chances de detecção de problemas relacionados ao uso e abuso de drogas. O uso destas pode ser, muitas vezes, a causa de uma doença, sendo esse rastreamento uma forma de ajudar a identificar e alertar às pessoas que podem estar sob risco de desenvolver problemas relacionados ao seu uso no futuro, além de propiciar o início de uma discussão com o paciente sobre seu consumo atual (HUMENIUK; POZNYAK, 2004; GONÇALVES et al, 2011; ABREU et al, 2012).

Segundo FLEMING (2004/2005), os profissionais que trabalham na ABS têm uma importante responsabilidade de orientar seus pacientes em questões gerais de saúde e proporcionar um estado de bem estar físico e social. Por este papel, eles devem zelar e identificar os potenciais problemas relacionados à saúde. Como a Estratégia Saúde da Família (ESF) prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua, estimar os padrões de consumo das drogas em áreas adscritas a ESF é importante, a fim de que possam ser desenvolvidas ações para o enfrentamento de seu uso. E quanto mais precoce for identificado o uso de drogas, maiores serão as oportunidades de desenvolver ações de informação e educação relativas às consequências do uso.

Logo, na ABS, o enfermeiro ocupa um papel central nas equipes de trabalho de todos os programas de saúde. Dado este que exige maior grau de criatividade e autonomia no desempenho das suas atribuições, uma vez que a ABS é a porta de entrada preferencial do SUS e o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 2006b). Além disso, uma das atribuições do enfermeiro na ESF é a consulta de enfermagem e a realização da assistência integral às pessoas e famílias na Clínica Saúde da Família e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários; a promoção e proteção à saúde encontram lugar neste cenário, onde passa ser ferramenta chave para a prevenção das drogas (GONÇALVES et al, 2011; ABREU et al, 2012).

Estima-se que, no mundo, 6% a 15% da população que procuram atendimento em serviços de atenção básica tenham problemas com abuso ou dependência de álcool. Essa prevalência aumenta para mais de 61% entre pacientes que buscam clínicas especializadas ou hospitais (AERTGEERTS; BUNTINX; KESTER, 2004). Além desses danos, o uso abusivo de álcool está claramente associado à violência urbana e doméstica, estando presente em 13% a 50% dos casos de estupro e atentado ao pudor (BABOR et al., 2003), gerando outros

agravos relacionados não apenas ao indivíduo, mas também à sociedade geral na decorrência dos eventos de violência associados ao uso de álcool (WHO, 2005).

Enquanto o tabagismo está associado à alta morbimortalidade, sendo responsável por aproximadamente 5 milhões de mortes ao ano (OMS, 2003) e considerado a maior causa de morte evitável, além de maior crescimento no mundo. Apesar das evidências da associação do tabaco a várias patologias (BRESLAU *et al.*, 2001; GRANT *et al.*, 2004), e sua incidência estar diminuindo em alguns países, sabe-se que alguns tabagistas têm muita dificuldade para manter a abstinência (BRESLAU *et al.*, 2001), tornando a sua abordagem um desafio para os profissionais que trabalham na área da saúde.

Para a OMS, pouco se tem feito no campo da prevenção. Assim, conhecendo prematuramente os problemas de dependência, reforça-se a cadeia de intervenções, podendo evitar seu agravamento. Com isso, estudos epidemiológicos tornam-se importantes para identificar os fatores relacionados ao uso das drogas, para que assim se possa planejar e direcionar melhor as intervenções necessárias. Desta forma, se as manifestações do uso indevido das drogas encontram lugar na comunidade, neste ambiente que terão lugar as práticas terapêuticas, preventivas e educativas de maior impacto sobre os chamados fatores de risco para este uso indevido (BRASIL, 2003; SENAD, 2011).

Ao falar das práticas preventivas, pesquisadores apontam sobre a relação inversa entre a temática religião e drogas, e ainda revelam um efeito positivo daquela na recuperação dos dependentes e no papel desempenhado pela igreja na prevenção e tratamento desses. (BOOTH e MARTIN, 1998; GEORGE et al, 2002; KOENIG et al, 2003; MILLER E THORESEN, 2003; MOREIRA-ALMEIDA et al, 2006).

Na revisão bibliográfica feita por Koenig, McCullougn e Larson (2001), na literatura do século XX, foram encontrados apenas quatro estudos que investigaram religiosidade e uso de drogas em população adulta. No século XXI, ainda existem poucos estudos a esse respeito (BEZERRA, 2009). Assim, torna-se uma lacuna importante os estudos com essa temática realizados na população de adultos.

De uma maneira geral, pesquisas nessa temática, em populações de adolescentes e jovens, aparecem em um número maior. Isso ocorre, provavelmente, em virtude da facilidade da obtenção de amostras entre estudantes, e também pelo fato dos estudos apontarem para a precocidade cada vez maior do início de uso de álcool e outras drogas (JOHNSON, O'MALLEY, 2001 apud KOENIG, MCCULLOUGN, LARSON, 2001; CARLINI et al, 2007).

No tocante a estudos com amostras de população adulta e amostras nacionalmente representativas, existe uma carência de novas pesquisas.

No Brasil, são poucos os estudos no campo da religiosidade e uso de álcool e outras drogas. Tavares, Béria e Lima (2004) avaliaram fatores associados ao uso de drogas em estudantes brasileiros com idade entre 10 a 19 anos. Os resultados sugeriram que um maior envolvimento religioso estava associado ao menor envolvimento com drogas.

Sanchez, Oliveira e Nappo (2004), realizaram um estudo qualitativo com jovens entre 16 a 24 anos, de classe baixa, residentes em área violenta da cidade de São Paulo, usuários e não usuários de drogas psicotrópicas. Concluiu-se que a religião seria um relevante fator protetor contra o uso de drogas. A religiosidade foi identificada como um aspecto de grande relevância para os adolescentes entrevistados, ocupando um importante papel na estruturação da família. Os autores concluíram a pesquisa sugerindo a possibilidade da introdução da religiosidade como fator protetor do uso de drogas em modelos de prevenção.

Um estudo de SILVA *et al* (2006), realizado na cidade de São Paulo, com 926 universitários, mostrou como resultado que quanto maior a renda familiar e a ausência de religião maior o risco de consumo de drogas. E foi identificado ainda diferenças entre denominações religiosas em relação ao consumo de álcool.

Assim, a frequência maior dos estudos foi conduzida entre adolescentes e grupos de estudantes, quando o uso de drogas usualmente é iniciado, restringindo-se a grupos etários específicos e limitados, evidenciando uma escassez de pesquisas que avaliem nas relações entre o uso de drogas e a religiosidade na população brasileira.

Ressalta-se que há necessidade de desenvolver ações de atenção integral ao uso de drogas nas grandes cidades, de forma diferenciada. Tal fato ocorre devido à constatação de que, nas periferias, locais de concentração dos denominados "cinturões de pobreza", há subsistemas sociais que incluem grupos organizados (de drogas, crime, gangues), além de ausência de fatores de proteção à comunidade que, direta e/ou indiretamente, possam contribuir para a diminuição das vulnerabilidades da população. (MS, 2004).

Nesse contexto, temos poucos estudos na atenção básica que tragam os padrões de consumo de álcool e tabaco na clientela assistida na Estratégia Saúde da Família (MORETTI-PIRES, CORRADI-WEBSTER, FURTADO, 2011, JOMAR, 2011).

Existe também o estigma associado com o álcool e outras drogas, levando os usuários a evitar o tratamento formal com medo de que as informações interfiram no emprego e entre familiares e amigos. Por esse motivo, nem todos os que precisam de tratamento realmente

querem enfrentar isso (MCLELLAN, 2004). Porém, os testes de detecção também podem encorajar o paciente através de um diagnóstico da evolução do problema e levá-los ao tratamento que poderia ser efetivo (BABOR *et al.*, 2004).

Assim, o presente estudo investigou os padrões de consumo de álcool e tabaco associados à religiosidade, segundo a ótica de indivíduos pertencentes a uma população de risco, tornando-se relevante, no contexto das políticas públicas sobre álcool e outras drogas. Além disso, contribuíram para o conhecimento dos padrões de consumo do álcool e tabaco e seus fatores associados, em uma área adscrita à ESF no município do Rio de Janeiro, RJ. Acrescentou também na produção do conhecimento, na medida em que serve de subsídio para orientar ações no âmbito da Clínica Saúde da Família, onde esta pesquisa foi realizada. Contribuindo também para a formação dos profissionais de saúde, sobretudo na atenção básica de saúde, pois trouxe subsídios para a construção do seu saber no que tange a prevenção do uso de drogas.

Desse modo, colabora ainda com o fortalecimento da linha de pesquisa Álcool e outras drogas na Atenção Básica, do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

CAPÍTULO II

# 2 REVISÃO DE LITERATURA

#### 2.1 A construção de um novo modelo de assistência: Estratégia Saúde da Família

A saúde constitui o bem maior da pessoa e a fonte geradora de vida, estabelecida como princípio constitucional, na afirmativa "direito de todos e dever do Estado" (BRASIL, 2004a). A Carta Constitucional da OMS, ao estabelecer princípios básicos de felicidade, harmonia e segurança para todos os povos, em 1946, definiu saúde como "um estado de completo bemestar físico, mental e social e não somente a ausência de doença" (WHO, 2009). Mais tarde, em 1998, esta definição foi aprimorada para incluir a ideia de saúde como um estado dinâmico e o componente espiritual da saúde. Desse modo, a saúde é um dos requisitos para o exercício da cidadania, uma vez que resulta da harmonia de relações entre indivíduo, comunidade e meio ambiente no seu mais amplo sentido.

Para Costa e Carbone (2004), a atenção básica à saúde envolve serviço de alta qualidade e resolutividade, valorização da promoção e proteção da saúde, sendo parte de um sistema hierarquizado.

No Brasil, a história da Fundação Serviço Saúde Pública – FSESP foi de fundamental importância na concepção de diretrizes que, atualmente, norteiam a atenção básica à saúde. Na análise de Silva e Dalmaso (2002), "qualquer trabalho que se proponha a estudar os modelos de reorientação da assistência à saúde" terá que considerar a sua influência na história da saúde pública brasileira.

Em 1960, foi criada a FSESP, cujos objetivos básicos serviram de diretrizes para a atenção básica à saúde atual, especificamente, o Programa de Agentes Comunitários da Saúde e o Programa de Saúde da Família (BAIS, 2009). Conforme relata Silva e Dalmaso (2002), as visitadoras sanitárias da FSESP desenvolviam o atendimento aos indivíduos e às famílias, nas unidades sanitárias e na comunidade, sob supervisão e orientação de enfermeiros, mediante protocolos estabelecidos. Era realizada a consulta de enfermagem como primeiro atendimento da gestante, sendo feita a solicitação de exames por protocolos e o posterior retorno para a consulta médica, quando os exames já estivessem prontos. As visitadoras faziam visitas domiciliares a puérperas e recém-nascidos, acompanhamento de nascido-vivos e mortalidade infantil e o monitoramento de pacientes portadores de doenças prevalentes. Cada uma era responsável pela cobertura populacional de uma determinada área, após treinamento para o

trabalho, realizado por enfermeiro, com duração de seis meses. Aspectos estes semelhantes ao PACS e PSF atuais.

Em 1987, foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Estado do Ceará (PACS-Ceará), que serviu de referência para a proposição, pelo Ministério da Saúde, do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), em 1991 (BRASIL, 2005).

Em 1992, o PNACS perdeu o termo nacional, passando a ser PACS, conforme o modelo que segue até os dias atuais. Também em 1992, com a realização da Eco-Rio-92, no período de 3 a 12 de junho, na cidade do Rio de Janeiro, foi firmada a Agenda 21 que, no seu capítulo VI, trata da proteção e promoção à saúde, incluindo o conceito de cidade saudável ao conceito de promoção à saúde. A partir de então, ficou firmada a dimensão tríplice da promoção à saúde que constitui o foco da atenção básica à saúde, a saber: saúde alicerçada na qualidade de vida, intersetorialidade e participação popular (SICOLI, 2003).

Assim, o Programa Saúde da Família (PSF) foi idealizado em 1993 e oficializado em 1994, tendo a sua efetiva expansão nacional a partir de 1995, mediante os slogans: 'Dona Saúde bate à sua porta' e 'Deixa entrar a Dona Saúde', apresentado como um modelo de assistência à saúde, desenvolvendo ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, família e comunidade. O PSF passa a ser uma estratégia de reorientação do modelo assistencial do SUS, a partir da atenção básica à saúde. (BAIS, 2009).

A Saúde da Família refere-se a um modo de organização da atenção básica, portanto realiza todas as ações inerentes a esse nível de atenção: prevenção, promoção, assistência e reabilitação. Sua diferença ao modelo tradicional de organização da atenção básica dá-se pelo modo com o qual a Saúde da Família opera: planeja e realiza suas ações de saúde; insere-se e vincula-se a uma comunidade adscrita; lida com as diferentes necessidades e demandas, tanto individuais quanto coletivas; acolhe, vigia e cuida dos cidadãos; antecipa-se ao aparecimento dos agravos da saúde, lidando com as questões sócio-ambientais e familiares; interage e fomenta o desenvolvimento comunitário; e, estimula e pauta toda sua atividade na realidade local, por meio da participação popular e controle social (BRASIL, 2004).

Para organizar-se, por meio da Saúde da Família, a Atenção Primária deve se constituir no primeiro contato para a comunidade adscrita e configurar-se como a porta de entrada para um sistema hierarquizado e regionalizado (BRASIL, 2001). A equipe passa a ser co-responsável pelo processo saúde e doença de sua comunidade.

Portanto, as Equipes de Saúde da Família são responsáveis pela saúde da população adscrita à sua unidade de saúde de forma permanente, resolutiva e humana. Os profissionais de saúde devem estabelecer vínculos de confiança e responsabilidade com os indivíduos, famílias e comunidades por eles acompanhadas.

Uma equipe multiprofissional de Saúde da Família é composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podendo acrescentar a esta composição, os profissionais de saúde bucal. Esta equipe multiprofissional é responsável por, no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000. (BRASIL, 2006, BRASIL 2012).

Algumas atribuições comuns dos profissionais das equipes de saúde da família, segundo o Ministério da Saúde (2012) são destacadas a seguir:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário;
- Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas;
- Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

A Estratégia Saúde da Família busca cumprir os princípios da Atenção Primária a Saúde: ser o primeiro contato da população às ações e serviços de saúde, com integralidade, ao longo do tempo e coordenando os usuários na rede de serviços. Dessa forma, pressupõe maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais (STARFIELD, 2002; MENDONÇA, 2009).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (2003), através das políticas públicas relacionadas ao álcool e outras drogas destaca, entre as atribuições da atenção primária à saúde, a prevenção dos problemas relacionados ao uso do álcool e de drogas, definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e riscos específicos, e fortalecimento dos fatores de proteção. Implica necessariamente a inserção comunitária das práticas propostas, com a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis.

Dessa maneira, a ESF apresenta-se como uma das principais estratégias de atenção primária à saúde, do SUS, que também deve assumir a mesma posição referente à assistência aos usuários de drogas (BRASIL, 2003; PILLON, 2007).

Assim, a Atenção Primária a Saúde, com ênfase na ESF, foi escolhida como palco para o rastreamento do consumo de drogas. Por ser o nível mais próximo à comunidade, os profissionais da ESF ocupam posição importante para identificar e intervir nos pacientes cujo uso está trazendo risco ou danos para a saúde (MARQUESA, FURTADO, 2004; JOMAR, 2011).

#### 2.2 Política Nacional de Atenção Básica

O Ministério da Saúde, no ano de 2006, considerando a expansão do PSF como estratégia prioritária para reorganização da atenção primária no Brasil e os princípios e as diretrizes propostos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, firmados entre as esferas do governo na consolidação do SUS, instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, mediante a Portaria nº. 648/GM, de 28 de março de 2006. No mesmo ato, foi efetuada a revisão e a adequação das normas sanitárias nacionais ao momento atual do desenvolvimento da atenção básica no Brasil. No dia 21 de outubro de 2011, a Portaria nº. 648/GM foi revogada. E entra em vigor a Portaria nº. 2488.

Como fundamentos da atenção básica, a PNAB (2012) assim estabeleceu:

- I Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;
- II Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;
- III Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de

vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando- o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnicocientífica; e

V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos "atenção básica" e "Atenção Primária à Saúde", nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais.

A Portaria nº 2488 define a organização de Redes de Atenção à Saúde como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. Um dos atributos da Rede de Atenção a Saúde é a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema. É constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às necessidades da população quanto a sua saúde. A atenção básica tem algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde:

I - **Ser base:** ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitária mente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, entre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da microrregulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e

IV - **Ordenar as redes:** reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Constituindo a orientação legal para a implantação e a operacionalização da ABS, a PNAB (2012) estabelece as responsabilidades de cada esfera do governo; a infra-estrutura e o funcionamento da atenção básica; a implantação e credenciamento das equipes de atenção básica; e do financiamento da atenção básica.

As atribuições dos profissionais das equipes de atenção básica devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões. Dentre as atribuições do profissional enfermeiro, podemos destacar: Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes; Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupos, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços.

Desse modo, todas as ações desenvolvidas na ABS são regulamentadas pela PNAB, que aborda, inclusive, as especificidades da ESF e o financiamento da atenção básica. Em 2012, foi acrescida à PNAB a Portaria n°. 978, de 16 de maio de 2012, que define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal e para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela PNAB.

#### 2.3 Religiosidade X Espiritualidade

Desde a Assembleia Mundial de Saúde de 1983, a inclusão de uma dimensão não material ou espiritual de saúde vem sendo discutida extensamente, a ponto de haver uma proposta para modificar o conceito clássico de saúde da OMS para um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença. (WHO, MAS, MHP, 1998).

Neste contexto, a religiosidade e a espiritualidade sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ou estão doentes (FLECK, BORGES, BOLOGNESI, ROCHA, 2003).

Religiosidade e espiritualidade são termos utilizados, com frequência, como sinônimos. No entanto, existem muitas definições para ambos.

Alguns autores conceituam o termo religiosidade como um fenômeno apenas individual, identificando com aspectos como transcendência pessoal, sensibilidade "extraconsciente" e fonte de sentidos para eventos da vida (LUKOFF, 1992; MILLER, 1998).

Já a espiritualidade é definida como característica individual que pode incluir a crença em um Deus, representando uma ligação do "Eu" com o Universo e com outras pessoas. Assim, a espiritualidade envolve questões sobre o significado e o propósito da vida, encontrando-se além da religiosidade (SULLIVAN, 1993).

Dessa forma, uma pessoa religiosa é aquela que possui crenças religiosas e que valoriza, em alguma medida, a religião como instituição. Já uma pessoa espiritualizada é aquela que acredita, valoriza ou tem devoção a algum poder considerado superior, mas não necessariamente possui crenças religiosas ou é devoto de alguma religião institucionalizada (WORTHINGTON, KURUSU E MCCULLOUGH, 1996).

Uma grande quantidade de estudos científicos tem demonstrado a associação da religiosidade com melhores condições de saúde (KOENIG, MCCULLOUGN, LARSON, 2001; MOREIRA-ALMEIDA, LOTUFO NETO, KOENIG, 2006). E há evidências de que a religiosidade está associada com saúde mental, sendo considerada como um fator protetor para o abuso de drogas e álcool. (GARTNER *et al apud* LEVIN *et al*, 1998).

São várias as dimensões de religiosidade. Koenig, McCullougn e Larson (2001) destacam as principais:

- Crença religiosa: O nível básico da religiosidade é habitualmente medida em termos de crenças tradicionais. Refere-se a quanto ao indivíduo seguir os rituais e tradições de sua crença;
- Filiação religiosa: refere-se à identificação com um grupo religioso específico;
- Religiosidade organizacional: participação em atividades religiosas em grupos, como as realizadas em igrejas, sinagogas ou similares. É a medida da dimensão social da religião;
- Religiosidade não-organizacional: refere-se a atividades religiosas que são realizadas individualmente, como prece pessoal, meditação, leitura de livros sagrados, assistir ou ouvir programas religiosos de televisão ou rádio;
- Religiosidade subjetiva: senso interno da importância da religião na vida pessoal do indivíduo;
- Orientação / compromisso religioso: demonstra que diferença a religião faz ou relevância que essa tem na vida do indivíduo;
- Conversão religiosa: transformação lenta ou súbita na religião professada ou entre religiões;
- Bem-estar religioso: também chamado de bem-estar espiritual; refere-se a um estado de satisfação;
- "Coping" religioso: Comportamentos e significados religiosos que o indivíduo usa para lidar com as dificuldades da vida;
- Conhecimento religioso: conhecimento adquirido sobre a religião professada;
- Consequências religiosas: consequências práticas da crença religiosa na maneira de viver do indivíduo, como por exemplo, trabalho voluntário, ajuda aos pobres, ações de altruísmo;
- Experiências religiosas: experiências espetaculares, místicas ou estranhas.

#### 2.5 A Enfermagem e a Religiosidade

A origem da palavra saúde provém de *salus*, palavra latina que significa salvação. Inclui ao mesmo tempo: alma, espírito e matéria (BRANDÃO, 2000). A saúde foi considerada, em sociedade sacra, como dom divino decorrentes de méritos religiosos ou éticos da pessoa (BRESCIANI, 2000). A concepção sobre o processo saúde e doença foi influenciada pela evolução da ciência e rodeada por fenômenos religiosos ou espirituais.

Isso nos remete à história da enfermagem em que foi influenciada por tradições judaico-cristãs, com uma prática fundamentada na religião e nas organizações de caridade (DELANEY, 2005; McSHERRY, CASH, 2004). Segundo Sawatzky e Pesut (2005), no âmago dessa história, encontra-se um importante componente da perspectiva religiosa, que foi a compreensão da profissão como um chamado para cuidar do outro, o que provinha do senso de obediência para a glória de Deus.

Portanto, historicamente, observa-se na enfermagem uma íntima relação com a religião e a espiritualidade, baseando-se nos princípios do amor e da caridade (FRIEDEMANN, MOUCH, ROCEY, 2002). Conforme Dezorzi (2006), até mesmo nos escritos de Florence Nightingale pode-se perceber a descrição do cuidado espiritual, em que a espiritualidade é considerada intrínseca à natureza humana e um potente recurso de cura (CHAVEZ, 2008).

Delgado (2005) lembra ainda que outras estudiosas da enfermagem também reconheceram a importância da espiritualidade, entre elas: Rosemarie Parse, Nathan Glueck, Martha Rogers e Margaret Newman. No Brasil, Wanda Horta também referia as necessidades psico-espirituais como características dos seres humanos, diferenciando apenas em sua maneira de se manifestar e a forma de satisfazê-la ou atendê-la (CHAVEZ, 2008).

No entanto, no princípio, o papel da espiritualidade na enfermagem era influenciado por origem religiosa, apresentando, num referencial subjetivo e diverso, o que não esclarecia sua relevância prática e produzia ambiguidades. Logo, gradualmente, a sensibilidade espiritual e religiosa começou a submergir em um discurso cartesiano que acabou dominando o currículo científico das escolas de enfermagem (WRIGHT, 2005).

Quando a profissão se estabeleceu como uma ciência, expressões como biofísico e psicossocial foram dominantes e termos subjetivos, como espiritualidade, foram evitados por serem considerados sem cientificidade (SUMNER. 1998). Com o avanço tecnológico, a enfermagem se afastou mais ainda de sua essência religiosa, buscando novos rumos. Apenas recentemente, a espiritualidade ressurge como importante enfoque na saúde e no bem estar do indivíduo (CHAVEZ, 2008; ORMSBY, HARRINGTON, 2003).

A retomada do interesse pela espiritualidade na literatura de enfermagem parece estar ligada à noção de cuidado holístico, que agrega todas as dimensões humanas (DELANEY, 2005; POWER, 2006; MCSHERRY, CASH, 2004; MCEWAN, 2004). Isso porque o holismo assume que uma pessoa é mais do que a soma das partes, incluindo todos os aspectos, inclusive o espiritual, que não é separado do físico, emocional, social ou cognitivo e, nessa

premissa, está baseado o fato de que cada um desses elementos está interconectado e que influencia o outro (DELGADO, 2005; NARAYANASAMY, 2004).

Uma vez reconhecido que a dimensão espiritual integra o cuidado holístico, mais do que compreender a espiritualidade como algo inerente ao indivíduo, ao examinar o fenômeno, realiza-se a compreensão do todo (DALMIDA, 2006; GALEK et al, 2005; LEDGER, 2005; LEMMER, 2005; MINER-WILLIAMS, 2006; MOHR, 2006; NARAYANASAMY, 2004). Entretanto, essa perspectiva holística requer o estabelecimento de um corpo de conhecimento também holístico e que seja preocupado com os resultados do cuidado espiritual (SPURLOCK, 2005).

Apesar de estar se apresentando como um foco de discussão entre os profissionais de enfermagem e também de outras áreas de saúde, a inclusão da espiritualidade no cuidado ao paciente, bem como a forma de aplicá-la, ainda é causa de divergência e incertezas, pois ainda não foi estabelecido que atributos ou competências são necessários para o cuidado espiritual (CHAVES, 2008).

Realmente, o enfermeiro é instigado a enxergar o valor da dimensão espiritual no meio do sofrimento e a investigar o que pode ser significativo para o paciente e/ou família (NOWITZ, 2005). Certamente, oferecer um cuidado espiritual em uma sociedade com muitas crenças e diferentes culturas é uma tarefa difícil (MACLAREN, 2004). No entanto, o maior desafio de lidar com a dimensão espiritual do ser humano é que, ao contrário do corpo físico, que pode ser visualizado, tocado ou mensurado, o aspecto espiritual não é concreto e tampouco possui uma realidade objetiva (LEMMER, 2005).

Embora essas questões sejam desafiadoras na assistência de enfermagem, também são recompensadoras (NOWITZ, 2005). Além do mais, a literatura tem despertado para o fato de o cuidado espiritual estar contemplado dentro do Código de Ética de Enfermagem e da necessidade de reconhecimento e respeito ás crenças religiosas e espirituais do paciente (BASH, 2004; POWER, 2006; ROSS, 2006).

O código de ética profissional sinaliza que o enfermeiro é o profissional que assegura a promoção e proteção do interesse do paciente e sua dignidade, independente de religião, crença política, raça e sexo. Por sua vez, o cuidado espiritual é parte de uma assistência individualizada (STERN, JAMES, 2006). Diante desse contexto, podemos considerar que a espiritualidade integra o cuidado de enfermagem, visto que é uma dimensão humana universal e, consequentemente, cabendo ao enfermeiro, além da responsabilidade de desenvolver um

cuidado holístico, considerar também o aspecto ético da assistência profissional (PESUT, 2006; CHAVEZ, 2008; KOENIG, 2012).

Pseut (2006) comenta que o cuidado espiritual pode ser ensinado como qualquer outro cuidado de enfermagem, porém requer sensibilidade e compreensão desta dimensão. Para tanto, o investimento em pesquisas, a inclusão da espiritualidade na formação do enfermeiro e a constante reflexão sobre o tema, por meio de reuniões científicas, ajudarão a construir o corpo de conhecimento sobre a dimensão espiritual (PSEUT, 2006; POWER, 2006; ROSS, 2006; CHAVEZ, 2008; SPURLOCK, 2005).

# 2.6 Intervenção Breve

No ano de 1972, no Canadá, Snachez-Craig et col. realizou uma abordagem psicoterapêutica para dependentes de álcool. Com aplicação em 4 sessões focalizadas e simples, foi observado redução imediata no consumo de álcool em dependentes graves e, consequentemente, uma melhora na saúde, quando se comparou em pacientes semelhantes, sem este tipo de intervenção (MARQUES, 2004).

Esta técnica chegou ao Brasil 15 anos depois, no VII Congresso Brasileiro de Alcoolismo / IV Congresso Ibero-Americano de Alcoolismo, apresentado pela própria criadora dessa técnica. (FIGLIE, 2010).

Intervenção Breve é definida como: "orientação básica" (simple advice), "intervenções mínimas" (minimal interventions) ou "aconselhamento breve" (brief counseling). Podem ser simples recomendações para redução do consumo, fornecidas por um profissional da área da saúde, como também podem incluir uma série de recursos oferecidos em um programa estruturado de tratamento. Portanto, IBs não devem ser vistas como uma técnica homogênea, mas como um conjunto de estratégias ou procedimentos que variam quanto à duração, estrutura, metas, pessoal responsável, meio de comunicação, ambiente de execução (MARQUES, 2004).

O fundamento da IB é a redução de risco proveniente do uso continuado de substâncias psicoativas ou, mais precisamente, a diminuição das chances e condições que favoreçam o desenvolvimento de problemas relacionados ao uso dessas substâncias. As metas são estabelecidas individualmente, para cada paciente, a partir da identificação do seu padrão atual de consumo e os riscos associados (MARQUES, 2004).

Dessa forma, há várias estratégias que podem ser aplicadas para atingir seu objetivo: o exercício comportamental e cognitivo com a finalidade de perceber a realidade; a aplicação de questionários, inventários e/ou escalas que corroborem a existência dos problemas; o aconselhamento, baseado em um "menu de ações", para diminuir ou interromper o consumo e sua execução por meio de tarefas; a cooperação positiva e responsável do usuário, para elaboração de um plano de intervenção, acompanhamento e avaliação dos resultados (MARQUES, 2004).

A IB é composta por 6 elementos, que são primordiais e sempre devem estar presentes. Esses elementos são identificados por meio do acrônimo FRAMES, originado pela composição da primeira letra das palavras inglesas: *Feedback*; *Responsibility*; *Advice*; *Menu*; *Empathic* e *Self-efficacy* (FORMIGONI, 1992; MARQUES, 2004; DE MICHELI, 2004).

O termo "feedback" é empregado para definir a retroalimentação do paciente através da comunicação dos resultados de sua avaliação, mais comumente feita através da devolutiva dos resultados obtidos na aplicação de um instrumento de rastreamento.

"Responsibility" refere-se à ênfase na autonomia do paciente e sua responsabilidade nas decisões, que implica no posicionamento necessário de autoproteção, cuidado e compromisso com mudança.

"Advice" corresponde às orientações e recomendações que o profissional deve oferecer ao paciente, fundamentadas no conhecimento empírico atual, sendo estas claras, diretas e desvinculadas de juízo de valor moral ou social, e que preservem a autonomia de decisão do paciente.

"Menu" é o fornecimento ao paciente de um catálogo de alternativas de ações – voltadas à sua auto-ajuda ou a opções de tratamento disponíveis – que podem ser implementadas por ele.

"*Empathic*" refere-se ao modo empático, solidário e compreensivo; postura que deve ser adotada pelo profissional diante do seu paciente.

"Self-efficacy" é o termo empregado para o foco que o profissional deve ter no sentido de promover e facilitar a confiança do paciente em seus recursos e em seu sucesso, correspondendo a um reforço do otimismo e autoconfiança do paciente, voltado a uma maior autopercepção da eficácia pessoal e da consecução de metas assumidas.

As IBs são intervenções que podem, também, complementar atividades assistenciais habituais e que são inseridas na rotina usual de atendimento, podendo durar de 5 a 30 minutos. Utilizam recursos didáticos para obter rapidamente um maior nível de informação do

paciente sobre seus problemas atuais, avaliando e atraindo a motivação para mudança, preparando-o para tomar decisões (BABOR, 2006).

Assim, a unidade básica de saúde é o ambiente onde o estigma é menor e, consequentemente, a resistência do indivíduo à abordagem e orientação sobre o problema também. Em poucos minutos, os profissionais nestas unidades podem aplicar a IB, investigando o uso problemático e aconselhando a diminuição do consumo (BABOR, 2006; MARQUES, 2004).

,	
<b>CAPITULO</b>	TTT
CALLUDO	

# 3. MÉTODOS

#### 3.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo transversal.

#### 3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em uma Unidade de Atenção Básica a Saúde – Clínica da Família Sérgio Vieira de Mello, situada na área programática 1.0 do município do Rio de Janeiro, no bairro do Catumbi, RJ, Brasil.

As Clínicas da Família são designações para unidades que seguem o padrão "Saúde Presente" pela Casa Civil. Assim, quanto aos modelos de atenção, a Clínica da Família Sérgio Vieira de Mello é classificada em unidade tipo "A", que significa que todo o seu território é coberto por equipes de Saúde da Família. O seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 8h às 20h e sábado das 8h às 12h. (SMSDC, 2011).

A Clínica da Família estudada era composta por 06 equipes de Saúde da Família atuando em seu espaço, que são: Apoteose, Catumbi, Coroa, Mineira, Navarro e Paula Matos e abrange o total de 23.856 indivíduos. As 06 equipes de saúde da família estavam com seu quadro de funcionários completo: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e 06 agentes comunitários de saúde.

Este estudo foi realizado apenas no território em que a equipe Mineira atua, em virtude das seguintes características: era a equipe que mais procurava atendimento por demanda espontânea na Unidade, possuindo as piores condições sanitárias, e, também, devido à pacificação do Complexo do São Carlos (em agosto de 2011), no qual a Comunidade da Mineira está inserida.

## 3.3 População de referência e amostragem

A população do estudo foi composta por indivíduos adultos, de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos, residentes na área adscrita à equipe Mineira, que abrangia cerca de 3953 pessoas.

Os sujeitos que participaram do estudo foram selecionados através de amostragem por conveniência. O tamanho da amostra total de indivíduos foi estimado a partir da seguinte fórmula:

$$n = [EDFF*Np(1-p)]/[(d^2/Z^2_{1-\alpha/2}*(N-1)+p*(1-p)]$$

O tamanho da amostra calculado foi de 330 pessoas. No entanto, planejou-se estudar 363, estimando-se uma perda em torno de 10% por recusa ou outros motivos.

Dos 363 indivíduos que compuseram a amostra do estudo, não houve perda amostral por recusas em participar do estudo.

Onde N= população total de adultos na faixa etária considerada na área adscrita; d= valor correspondente ao nível de confiança de 95%; p= frequência hipotética do fator do resultado na população (50%).

#### 3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foi considerado critério de inclusão: idade entre 18 e 59 anos.

Foram considerados como critérios de exclusão: apresentar retardo mental, sintomas psicóticos ou distúrbios cognitivos ou de comportamento graves; estar intoxicado ou em síndrome de abstinência de álcool ou drogas no momento da entrevista.

#### 3.5 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento utilizado na coleta de dados inclui a Escala de Religiosidade da Duke – DUREL e o questionário *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) acrescido de perguntas para caracterização do perfil sociodemográfico da amostra.

Descrição da Escala de Religiosidade da Duke - DUREL

A Escala da DUREL consta de 05 questões que avaliam as dimensões da religiosidade que mais se relacionam ao desfecho da saúde: religiosidade organizacional – RO (1 item), religiosidade não organizacional - RNO (1 item) e religiosidade intrínseca - RI (3 itens). As duas primeiras questões dizem respeito à frequência com que a pessoa vai a uma igreja e dedica tempo a atividades religiosas (RO e RNO). Os demais itens se referem a como o

indivíduo sente a presença de Deus em sua vida, se as crenças religiosas estão por trás de toda a sua maneira de viver e sobre o esforço que é feito para viver a religião em todos os aspectos da vida (RI).

Na análise dos resultados deste instrumento, as pontuações nas três dimensões (RO, RNO, RI) são analisadas separadamente e os escores dessas não são somados em uma pontuação total. Portanto, para RO e RNO, escore menor que três caracteriza uma alta religiosidade; maior que três, baixa religiosidade. Para RI, escore menor que 7,5 caracteriza alta religiosidade e maior que 7,5, baixa religiosidade (KOENIG; PATTERSON; MEADOR, 1997).

Faz-se necessário explicar que atividades de Religiosidade Organizacional (RO) envolvem atividades religiosas públicas, como por exemplo: frequentar cultos religiosos, participar de serviços religiosos (grupos de oração, grupos de estudo das escrituras, reuniões religiosas, etc.). Atividades de Religiosidade Não Organizacionais (RNO) envolvem atividades realizadas privadamente (oração, estudo das escrituras, assistir ou ouvir programas religiosos, etc). Religiosidade Intrínseca (RI) acessa o nível pessoal de envolvimento religioso ou de motivação religiosa. Pessoas com altos índices de religiosidade intrínseca encontram o maior significado da vida na religiosidade/espiritualidade; geralmente têm internalizados os principais preceitos e crenças religiosas que dão sentido à sua existência.

O primeiro item da DUREL aborda Religiosidade Organizacional e o segundo, Religiosidade não organizacional. Ambos os itens foram extraídos de grandes estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos, e se mostraram relacionados a indicadores de saúde física, mental e suporte social. Os outros três itens da escala se referem à Religiosidade Intrínseca, sendo os três itens da escala de Religiosidade Intrínseca de Hoge (HOGE, 1972). A DUREL já foi traduzida para dez idiomas e utilizada em mais de 100 estudos. Cada vez mais pesquisas têm escolhido utilizar esse índice para a avaliação da religiosidade, por ser um instrumento multidimensional, simples, curto, de fácil e rápida aplicação.

A religiosidade organizacional foi agrupada em dois níveis: "semanal/mensal" e "anual/nunca".

A religiosidade não organizacional foi agrupada em dois níveis: "diariamente/semanal" e "mensal/nunca".

Descrição do instrumento Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening
 Test - ASSIST

Optou-se em utilizar o ASSIST neste estudo com intuito de identificar os indivíduos que já fizeram uso de álcool e tabaco pelo menos uma vez no decorrer da vida, bem como nos últimos três meses. Além disso, segundo WHO (2003) e Henrique (2004), o ASSIST foi desenvolvido para o serviço de atenção primária devido a sua estrutura padronizada, rapidez de aplicação, abordagem simultânea de várias classes de substâncias, facilidade de interpretação e a possibilidade de ser utilizado por profissionais de saúde de formações diversas.

O ASSIST é composto de oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína/crack, anfetaminas ou êxtase, inalantes, hipnóticos/sedativos, alucinógenos e opióides). As questões abordam a frequência de uso, na vida e nos últimos três meses; problemas relacionados ao uso; preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário; prejuízo na execução de tarefas esperadas; tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso; sentimento de compulsão e uso por via injetável.

Quando o indivíduo responde a primeira questão do ASSIST afirmando não ter feito uso de nenhuma das nove substâncias ao longo de sua vida, o questionário é encerrado. Logo, é importante ressaltar que nem todos os indivíduos responderam às oito questões deste instrumento.

Dessa forma, no resultado cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a 8, sendo que a soma total pode variar de 0 a 39. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativo de uso ocasional, de 4 a 26 como indicativa de abuso e de 27 a 39 como sugestiva de dependência. Cabe ressaltar que a contagem para o álcool se faz com um valor de pontuação diferenciada. É considerada de 0 a 10 como indicativo de uso ocasional; de 11 a 26 como indicativo de abuso e de 27 a 39 como indicativo de dependência.

De acordo com a pontuação total, o indivíduo será classificado mediante o seguinte padrão de consumo do álcool e outras drogas:

Quadro 1: Pontuações, níveis de risco e intervenções a serem realizadas

ÁLCOOL	OUTRAS	NÍVEIS DE	INTERVENÇÕES
	SUBSTÂNCIAS	RISCO	
0-10	0-3	Baixo Risco	Ofertar Informação
11-26	4-26	Risco Moderado	Intervenção Breve
27	27	Alto Risco	Intervenção Breve e
			Encaminhamento

Fonte: WHO, 2003

Para aqueles indivíduos que pontuaram risco moderado, receberam intervenção breve, que durou de 5 a 20 minutos, ocorrendo em 06 etapas (frames): Feedback, que é dado ao indivíduo sobre o risco e prejuízos pessoais; Responsabilidade para mudar é colocada para o paciente; Conselho para mudar é dado pelo profissional; Menu de alternativas de auto-ajuda ou opções de tratamento são oferecidos ao paciente; Empatia é usada no aconselhamento e Potencial para mudar ou empoderamento otimista, que é estimulado no paciente (WHO, 2003).

A variável "padrão de consumo", tanto de álcool como de tabaco, foi agrupada em dois níveis: consumo moderado/alto e baixo consumo.

## • Descrição das co-variáveis

Fizeram parte como co-variáveis as seguintes variáveis sócio-demográficas:

O sexo foi analisado nos níveis "feminino" e "masculino";

A **faixa etária**, mensurada em anos, foi categorizada ("18 a 39 anos" e "40 a 59 anos");

A **cor ou raça** foi definida de acordo com os parâmetros do IBGE. As categorias preta, parda, branca, amarela e indígena foram agrupadas em dois níveis ("brancos" e "não brancos");

A **escolaridade** foi analisada nos níveis "ensino fundamental incompleto", "ensino fundamental completo", "ensino médio incompleto", "ensino médio completo", "ensino superior incompleto", "ensino superior completo" e "outros". Foram agrupados em duas categorias: "até ensino fundamental completo" e " $\geq$  ensino médio incompleto".

Para a análise da **situação conjugal,** os níveis "casada ou vive em união estável", "separada ou divorciada", "viúva" e "solteira" foram agrupados em duas categorias: "vive com parceiro" (casadas ou união estável) ou "solteiro" (demais);

A **situação trabalhista** foi analisada nos níveis "empregado", "desempregado" e "aposentado ou pensionista". Foram agrupados em duas categorias: "empregado" e "desempregado";

A **renda** familiar *per capita* considerou a renda de todas as pessoas que contribuíam regularmente para as despesas da casa. As faixas de renda que variavam de até R\$ 0 a mais de R\$ 6000,00 foram agrupadas em dois níveis: "até 1 salário mínimo" e "mais de 1 salário mínimo":

Para a análise da **religião**, os níveis "católica", "evangélica", "espírita kardecista", "afrobrasileira", "cultos asiáticos" e "outros" foram agrupados em quatro categorias: "não possui", "católica", "evangélica" e "espírita".

#### 3.7 Pré-Teste

O pré-teste do questionário foi realizado com 06 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Clínica da Família Sérgio Vieira de Mello. Essa escolha se deu em virtude da proximidade do local a residência dos agentes, em área adscrita a equipe Mineira da Clínica da Família Sérgio Vieira de Mello.

#### 3.8 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada após autorização do gerente responsável pela Clínica da Família Sérgio Vieira de Mello e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC).

Os dados foram coletados pela própria autora durante as consultas de enfermagem na Clínica da Família Sérgio Vieira de Mello e através de visitas domiciliares a Comunidade da Mineira.

As pessoas foram convidadas a participar do estudo, através de abordagem direta, pela própria autora, ao final da consulta de enfermagem ou ao final da visita domiciliar. A

entrevista, incluindo a aplicação de todos os instrumentos e a explicação sobre os objetivos do projeto, durava em média 20 minutos.

#### 3.9 Processamento e Análise dos Dados

Inicialmente, foi realizada a revisão e codificação das questões. Em seguida, as informações contidas nos instrumentos de coleta dos dados foram digitadas no software EPI-INFO versão 3.5.1.

A descrição da amostra se baseou em estatísticas descritivas, como valores percentuais, média, desvio-padrão e mediana. Para as análises bivariadas, foi conduzido o teste do quiquadrado de Person com nível de significância estatística de 5%. Já para as análises multivariadas, foi adotado o modelo de regressão logística com 95% de intervalo de confiança.

A associação entre a religiosidade e o padrão de consumo de álcool e tabaco foi analisada em duas etapas. A primeira diz respeito à definição das variáveis de confundimento, que se baseou em modelos teóricos descritos na literatura e em análises bivariadas utilizando o teste qui-quadrado. Todas as variáveis que se associaram ao desfecho e à exposição, com nível de significância de 10%, foram incluídas no modelo multivariado de regressão logística como possíveis fatores de confusão.

A regressão logística informa o valor da Razão de Chances (RC) e o intervalo de Confiança (IC95%). Todas as análises estatísticas foram conduzidas no programa SPSS – v.19,0 (Statistical Package for the Social Sciences, IBM).

A confiabilidade da dimensão de religiosidade da Escala de Religiosidade da Duke foi avaliada através do coeficiente Alpha de Cronbach (Streiner & Norman, 1998). Para avaliação do nível de estabilidade das respostas, foram adotados critérios sugeridos por Landis & Koch (1977): abaixo de zero = pobre; 0 a 0,20 = fraca; 0,21 a 0,40 = provável; 0,41 a 0,60 = moderada; 0,61 a 0,80 = substancial e 0,81 a 1,00 = quase perfeita.

# 3.10 Aspectos Éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro sob o número de protocolo 398.890 – CAAE: 07150212.6.0000.5279 (anexo B)

Em atendimento a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos indivíduos que aceitaram participar da pesquisa, o que caracterizou a autorização do mesmo para sua participação. A assinatura do TCLE (apêndice I) somente foi solicitada após o pesquisador explicar aos sujeitos, completa e pormenorizadamente, a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos e benefícios previstos para a saúde, além do sigilo das informações prestadas.

Aqueles indivíduos que pontuaram no questionário ASSIST igual ou maior que 27 pontos foram encaminhados ao Centro de Estudos de Prevenção e Reabilitação do Alcoolismo (CEPRAL), unidade de atendimento do Hospital Escola São Francisco de Assis – HESFA da Universidade Federal do Rio de Janeiro /UFRJ.

CAPÍTULO IV

## 4 RESULTADOS

A apresentação dos resultados está divida em três seções: na primeira, mostram-se as análises univariadas, na segunda, as bivariadas e na terceira, as multivariadas.

Nas análises univariadas, são apresentadas: a confiabilidade do instrumento utilizado para avaliar a escala de religiosidade e o questionário de consumo de álcool e tabaco, a descrição da amostra, as características de religiosidade e os padrões de consumo de álcool e tabaco dos entrevistados, bem como as características de tal consumo. Na seção onde se descreve as análises bivariadas, é apresentada a associação entre a variável religião e a frequência do consumo de álcool e tabaco. Já na terceira e última seção, apresenta-se a associação entre a religiosidade e o padrão de consumo de álcool e tabaco como variável dependente, com base no modelo de regressão logística multivariado, ajustado pelas variáveis de confundimento.

## 4.1 Análises Univariadas

# 4.1.1 Avaliação da consistência interna da Escala de Religiosidade da Duke - DUREL

Tabela 1 – Coeficiente *Alpha de Cronbach* da dimensão da religiosidade intrínseca da Escala de religiosidade da Duke – DUREL para a amostra de 363 usuários da equipe Mineira pertencente à CF Sérgio Viera de Mello, Rio de Janeiro, RJ, Brasil – 2012/2013.

Escala	Alpha de Cronbach
Religiosidade Organizacional	-
Religiosidade Não Organizacional	-
Religiosidade Intrínseca	0,68

A tabela 1 apresenta o coeficiente de *Alpha de Cronbach* da dimensão de religiosidade intrínseca. O valor de 0,68 mostrou resultado substancial de acordo com os critérios utilizados por Landis & Koch (1977).

# 4.1.2 Descrição da Amostra: características sociodemográfica

Os dados sociodemográficos da população do estudo são apresentadas na Tabela 2, a seguir.

Tabela 2 – Características sociodemográficas da amostra de usuários da equipe Mineira pertencente à CF Sérgio Viera de Mello, Rio de Janeiro, RJ, Brasil – 2012/2013 (n=363)

Variáveis sociodemográficas	n	%		
Sexo				
Feminino	269	74,1		
Masculino	94	25,9		
Faixa etária				
18-39	258	71,1		
40-59	105	28,9		
Cor da Pele				
Branca	51	14,0		
Não Branca	312	86,0		
Escolaridade				
Até ensino fundamental completo	227	62,5		
≥ ensino médio incompleto	136	37,5		
Situação Conjugal				
Casado / Vive em união	182	50,1		
Solteiro	181	43,9		
Situação Trabalhista				
Empregado	187	51,5		
Desempregado	176	48,5		
Renda per capta				
RS 0 a 622 (até 1 SM)	156	43,0		
≥ R\$ 623 (≥ 1 SM)	207	57,0		
Religião				
Não Possui	125	34,4		
Católica	121	33,3		

Evangélica	107	29,5
Espírita	10	2,80

Conforme apresentada na Tabela 2, a população do estudo compôs-se de 363 sujeitos com idade compreendida entre 18 e 59 anos (média= 32,1 anos; desvio padrão± 12,4 anos), de ambos os sexos, sendo a maioria do sexo feminino (74,1%). Em relação à cor da pele, 86% dos indivíduos declararam-se não brancos.

Em relação à escolaridade, mais da metade dos entrevistados informaram possuir até o ensino fundamental completo (62,5%) e a metade era casada ou vivia em união estável (50,1%). No tocante à religião, 33,3% dos sujeitos informaram serem católicos, seguidos de 29,5% da religião evangélica.

No que concerne à situação trabalhista dos indivíduos, um pouco mais da metade estava empregada (51,5%). A renda per capta média foi de R\$967,17, sendo que 57% dos entrevistados possuía renda per capta superior a 01 salário mínimo (R\$622,00).

# 4.1.3 Descrição da Amostra: Características do consumo de Álcool e Tabaco

As características sobre o consumo de álcool e tabaco da população do estudo estão apresentadas nas tabelas 3, 4, 5, 6 e 7 a seguir.

Tabela 3: Uso na vida de álcool e tabaco entre usuários da equipe Mineira pertencente à CF Sérgio Vieira de Mello, Rio de Janeiro, RJ, Brasil – 2012/2013 (n=363)

Variáveis	n	%				
Uso na vida de Álcool	Uso na vida de Álcool					
Sim	320	88,2				
Não	43	11,8				
Uso na vida de Tabaco						
Sim	192	52,9				
Não	171	47,1				

A tabela 3 aponta que 88,2% dos entrevistados já experimentaram álcool pelo menos 01 vez em suas vidas e que 52,9% fizeram uso do tabaco.

Tabela 4: Frequência de uso de álcool e tabaco durante os 03 últimos meses entre usuários da equipe Mineira pertencente à CF Sérgio Vieira de Mello, Rio de Janeiro, RJ, Brasil – 2012/2013 (n=363)

n	%			
Frequência de uso de Álcool				
228	62,8			
21	5,8			
104	28,7			
10	2,8			
Frequência de uso de Tabaco				
293	80,7			
13	3,6			
57	15,7			
	228 21 104 10 293 13			

<sup>\*</sup>Não houve resposta de 1 ou 2 vezes para o álcool. Para o tabaco não houve resposta para 1 ou 2 vezes e mensalmente.

A tabela 04 aponta que 37,3% dos entrevistados utilizaram bebida alcoólica nos últimos 03 meses e que 19,3% fizeram uso do tabaco.

Tabela 5: Problemas relacionados ao consumo de álcool e tabaco nos últimos três meses entre usuários da equipe Mineira pertencente à CF Sérgio Vieira de Mello, Rio de Janeiro, RJ, Brasil – 2012/2013 (n=363)

Variáveis	n	%		
Frequência que o consumo	resultou em pr	oblemas de saúde, social, legal ou		
financeiro?				
Consumo de Bebida Alcoólic	a			
Sim	13	3,6		
Não	350	96,4		
Consumo de Tabaco				
Sim	22	6,1		
Não	341	93,9		
Frequência que devido ao	consumo, deixo	ou de fazer atividades que eram		
normalmente esperadas?				
Consumo de Bebida Alcoólic	a			
Sim	13	3,6		
Não	350	96,4		
Consumo de Tabaco				
Sim	06	1,7		
Não	357	98,3		
Alguém sugeriu que parasse	de consumir?			
Consumo de Bebida Alcoólic	a			
Sim	71	19,6		
Não	292	80,4		
Consumo de Tabaco				
Sim	54	14,9		
Não	309	85,1		

Conforme aponta a tabela 5, quando questionados sobre os problemas sociais, de saúde, legais e financeiros que o uso dessas substâncias já acarretaram: 6,1% afirmaram sim para o tabaco e 3,6% afirmaram sim para o álcool.

A respeito da frequência, que devido ao consumo já deixou de fazer alguma atividade que era esperada: 3,6% afirmaram que sim para o álcool e 1,7% afirmaram sim para o tabaco.

Em relação à frequência de alguém já ter alertado sobre parar de consumir bebida alcoólica, 19,6% informaram que sim para o álcool, e para o consumo do tabaco, 14,9%, também informaram que sim.

Tabela 6: Padrões de consumo de álcool e tabaco entre usuários da equipe Mineira pertencente à CF Sérgio Vieira de Mello, Rio de Janeiro, RJ, Brasil – 2012/2013 (n=363)

Variáveis	n	%
Padrão de Uso de Álcool		
Consumo de Baixo Risco	312	86,0
Consumo Moderado / Alto Risco	51	14,0
Padrão de Uso de Tabaco		
Consumo de Baixo Risco	295	81,3
Consumo Moderado / Alto Risco	68	18,7

A tabela 06 aponta que 14% dos entrevistados fizeram consumo moderado / alto risco para o álcool e 18,7% fizeram consumo moderado / alto risco para o tabaco. Com relação ao consumo de baixo risco, 86,0% foram classificados para o álcool e 81,3% para o tabaco.

Tabela 7: Necessidade de aplicação de Intervenção Breve, de acordo com a pontuação para o consumo de álcool e tabaco da amostra, entre usuários da equipe Mineira pertencente à CF Sérgio Vieira de Mello, Rio de Janeiro, RJ, Brasil – 2012/2013 (n=363)

DROGA	NENHUMA INTERVENÇÃO		INTERVENÇÃO BREVE		ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO	
	n	%	n	%	n	%
ÁLCOOL	312	85,9	48	13,2	03	0,9
<b>TABACO</b>	295	81,3	57	15,7	11	3,0

<sup>\*</sup> De acordo com a pontuação do questionário ASSIST

As intervenções realizadas seguiram a pontuação final do questionário ASSIST somando as pontuações das questões de 2 a 7. Foi obtido que 13,2% dos entrevistados foram

classificados para receberem intervenção breve para o álcool e 15,7% para o tabaco. Com relação aos usuários encaminhados para o tratamento, 0,9% obtiveram encaminhamento para tratamento do alcoolismo e 3% encaminhamento para o tratamento do tabagismo.

# 4.1.4 Descrição da Amostra: Características das dimensões de religiosidade

As características sobre religiosidade da população do estudo estão apresentadas nas tabelas 8 e 9.

Tabela 8: Frequência de ida à igreja, templo ou encontro religioso da amostra de usuários da equipe Mineira pertencente à CF Sérgio Vieira de Mello, Rio de Janeiro, RJ, Brasil – 2012/2013 (n=363)

Variáveis	n	%
Mais do que uma vez por semana	136	37,5
Uma vez por semana	77	21,2
Duas a três vezes por mês	30	8,3
Algumas vezes por ano	73	20,1
Uma vez por ano ou menos	24	6,6
Nunca	23	6,3

Conforme apresenta a Tabela 8, observou-se que a maior frequência entre os usuários era ir à igreja, templo ou encontro religioso mais de uma vez por semana (37,5%), seguido de 21,2%, que informaram ir uma vez por semana e que 20,1% relataram a frequência na igreja como algumas vezes por ano.

Tabela 9: Frequência de dedicação do tempo a atividades religiosas individuais da amostra de usuários da equipe Mineira pertencente à CF Sérgio Vieira de Mello, Rio de Janeiro, RJ, Brasil – 2012/2013 (n=363)

Variáveis	n	%
Mais do que uma vez ao dia	25	6,9
Diariamente	208	57,3
Uma vez por semana	18	05
Duas ou mais vezes por semana	19	5,2
Poucas vezes por mês	39	10,7
Nunca	54	14,9

Na tabela 9, podemos observar que 57,3% costumavam dedicar diariamente parte do seu tempo a atividades religiosas e que 14,9% informaram nunca praticar esse tipo de atividade religiosa, seguido de 10,7%, que relataram uma frequência de poucas vezes por mês.

## 4.2 Análises Bivariadas

Os dados referentes à associação entre as Dimensões de religiosidade, ter religião e o consumo de álcool e tabaco são apresentadas nas Tabelas 10, 11, 12 e 13.

Tabela 10: Associação das dimensões de religiosidade à variável religião de usuários da equipe Mineira pertencente à CF Sérgio Vieira de Mello, Rio de Janeiro, RJ, Brasil – 2012/2013 (n=363)

	TEM	RELIG	ΙÃΟ			
Variáveis	NÃO SIM		SIM	<b>RC(IC95%)</b>	p	
	n	%	n	%		
Religiosidade Organizacional						
Anual/Nunca	50	40,0	70	29,4	1,60 (1,01-2,52)	0,042
Semanal/Mensal	75	60,0	168	70,6	1,0	
Religiosidade Não Organizacio	nal					
Mensal/Nunca	60	48,0	205	86,1	5,73 (3,45-9,53)	<0,001
Diariamente/Semanal	65	52,0	33	13,9	1,0	
TEM RELIGIÃO						
	NÃO Média (±DP)		SIM Média (±DP)		ANOVA	
Religiosidade Intrínseca	10,0 (	±2,6)	12,4 (	±1,9)	<0,001	

Os resultados da tabela 10 mostram que indivíduos que relatam não possuir religião frequentaram menos a igreja e templos religiosos (religiosidade organizacional) quando comparados aqueles que possuem religião. Em outras palavras, indivíduos que relatam não ter religião têm 1,6 (IC95%: 1,01-2,52) mais chance de não frequentarem a igreja ou templos. Também em relação à religiosidade não organizacional, vemos que pessoas que não possuem religião se dedicaram menos atividades religiosas em casa (5,73; 3,45-9,53). Quanto à religiosidade intrínseca, nota-se que as pessoas que referiram ter religião apresentaram maiores médias (12,4).

Tabela 11: Associação da frequência de consumo de álcool e tabaco nos últimos 3 meses à variável religião na amostra de usuários da equipe Mineira pertencente à CF Sérgio Vieira de Mello, Rio de Janeiro, RJ, Brasil – 2012/2013 (n=363)

	TEM RELIGIÃO					
Variáveis	NÃO		SIM		<b>RC(IC95%)</b>	P
	n	%	n	%		
Frequência do uso de Álcool						
Moderado/Alto	19	15,2	32	13,4	1,15 (0,62-2,13)	0,648
Baixo	106	84,8	206	86,6	1.0	
Frequência do uso de tabaco						
Moderado/Alto	21	16,8	47	19,7	0,82 (0,47-1,45)	0,494
Baixo	104	83,2	191	80,3	1,0	

De acordo com a tabela 11, o alto consumo de álcool foi mais frequente entre os indivíduos que relataram não ter religião (15,2%). Apesar de não significativos, foi possível verificar que os indivíduos que não tem religião têm 1,15 mais chances de apresentar alto consumo de bebida alcoólica. Em contrapartida, verificou-se que pessoas que relatavam não ter religião apresentaram menor consumo de tabaco (16,8%) quando comparadas aqueles com religião (19,7%). "Este resultado contraditório corrobora a hipótese de que o simples questionamento sobre ter ou não uma religião pode não ser suficiente para avaliar esta variável em sua magnitude."

Tabela 12: Associação entre as características sociodemográficas e padrão de consumo de álcool moderado/alto\*. Rio de Janeiro, RJ, Brasil - 2012/2013 (n=363)

Características estudadas	n(%)	RC (IC95%)	p
Sexo			
Masculino	05 (5,3)	1,0	0,008
Feminino	46 (17,1)	3,67 (1,41-9,54)	
Idade			
18 a 32	31 (14)	1,0	0,953
33 a 59	20 (14,2)	1,01 (0,55-1,87)	
Cor da Pele			
Branca	05 (9,8)	1,0	
Não Branca	46 (14,7)	1,59 (0,60-4,21)	0,346
Escolaridade			
Até o ensino fundamental completo	30 (13,2)	1,0	0,554
≥ ensino médio incompleto	21 (15,4)	1,19 (0,66-2,19)	
Situação Conjugal			
Casados	27 (14,8)	1,0	0,665
Não Casados	24 (13,3)	0,88 (0,49-1,59)	
Situação Trabalhista			
Empregado	26 (13,9)	1,0	0,934
Desempregado	25 (14,2)	0,97 (0,54-1,76)	
Renda per Capta			
≥ R\$ 622 (≥ 1SM)	26 (12,6)	1,0	0,348
R\$0 a 622 (até 1 SM)	25 (16)	1,32 (0,73-2,40)	
Religião			
Possui	32 (13,4)	1,0	0,647
Não Possui	19 (15,2)	0,87 (0,47-1,60)	

<sup>\*</sup>Categoria de referência = Baixo Risco

Conforme aponta a tabela 12, no modelo de regressão logística multivariada, foi observado que, com relação ao padrão de consumo de álcool moderado/alto, o sexo feminino teve 03 vezes mais chances de apresentar um padrão de consumo moderado/alto de álcool em

relação ao sexo masculino (RC=3,67; IC 95% = 1,41-9,54; p= 0,008). No restante das variáveis, não se observou valor de p significativo.

Tabela 13: Associação entre as características sociodemográficas e o padrão de consumo de tabaco moderado/alto\*. Rio de Janeiro, RJ, Brasil - 2012/2013 (n=363)

	n (%)	RC (IC95%)	p
Sexo			
Masculino	16 (17)	1,0	0,621
Feminino	52 (19,3)	1,16 (0,63-2,16)	
Idade			
18 a 32	43 (19,4)	1,0	0,696
33 a 59	25 (17,7)	0,90 (0,52-1,55)	
Cor da Pele			
Branca	15 (29,4)	1,0	
Não Branca	53 (17)	0,49 (0,25-0,96)	0,035
Escolaridade			
Até o ensino fundamental completo	45 (19,8)	1,0	0,278
≥ ensino médio incompleto	23 (16,9)	0,82 (0,47-1,43)	
Situação Conjugal			
Casados	37 (20,3)	1,0	0,434
Não Casados	31 (17,1)	0,81 (0,48-1,37)	
Situação Trabalhista			
Empregado	31 (16,6)	1,0	0,278
Desempregado	37 (21)	0,75 (0,44-1,27)	
Renda per Capta			
R\$0 a 622 (até 1 SM)	34 (21,8)	1,0	0,194
≥ R\$ 622 (≥ 1SM)	34 (16,4)	0,70 (0,42-1,20)	
Religião			
Possui	47 (19,7)	1,0	0,493
Não Possui	21 (16,8)	1,21 (0,69-2,15)	

<sup>\*</sup>Categoria de referência = Baixo Risco

A tabela 13 não apresentou significância estatística quando realizada a regressão logística, da variável dependente padrão de consumo de tabaco, associado a variáveis independentes. Porém, pode-se perceber que os que afirmaram ser da cor não branca mostraram uma chance menor para o consumo de tabaco moderado /alto em relação aos da cor branca (RC: 0,49; IC: 0,25 – 0,96; p=0,035).

#### 4.3 Análises Multivariadas

Os dados referentes à associação entre os padrões de consumo de álcool e as características sociodemográficas e de religiosidade estão apresentadas nas Tabelas 14 e 15.

Tabela 14: Associação entre "religiosidade" e padrão de consumo de álcool. Rio de Janeiro, RJ, Brasil - 2012/2013 (n=363)

Modelo de ajuste	RC	IC95%	p
Religiosidade Organizacional (RO)			
Modelo $1 = RO$	3,20	1,74 - 5,87	<0,001
Modelo $2 = M1 + Sexo$	3,39	(1,83-6,28)	<0,001
Modelo $3 = M2 + Idade$	3,44	(1,86-6,40)	<0,001
Modelo $4 = M3 + Renda$	3,41	(1,83-6,36)	<0,001
Religiosidade Não Organizacional			
(RNO)			
Modelo $1 = RNO$	1,25	(0,65-2,40)	0,504
Modelo $2 = M1 + Sexo$	1,31	(0,68-2,55)	0,423
Modelo $3 = M2 + Idade$	1,31	(0,66-2,60)	0,437
Modelo $4 = M3 + Renda$	1,31	(0,66-2,61)	0,440
Religiosidade Intrínseca (RI)			
Modelo $1 = RI$	0,77	(0,69-0,87)	<0,001
Modelo $2 = M1 + Sexo$	0,79	(0,70-0,88)	<0,001
Modelo $3 = M2 + Idade$	0,77	(0,69-0,87)	<0,001
Modelo 4 = M3+ Renda	0,77	(0,69-0,87)	<0,001

<sup>\*</sup>M1 = Modelo 1; M2 = Modelo 2; M3 = Modelo 3

Após os ajustes por sexo, idade e renda, com base no modelo de regressão logística multivariada, foi possível observar a associações significativas entre RO e RI e o consumo de álcool. Indivíduos que não frequentam templos, igrejas ou encontros religiosos, isto é, não referem religiosidade organizacional têm, aproximadamente, três vezes mais chance de apresentarem consumo alto/moderado de bebidas alcoólicas (RC: 3,41; IC65%:1,83–6,36) – tabela 14.

Para os indivíduos cuja religião tem importância em sua vida, foi possível notar que indivíduos expostos à religiosidade intrínseca têm menor chance de apresentarem padrão de consumo de risco para o álcool (0,77; 0,69-0,87).

Tabela 15: Associação entre "religiosidade" e padrão de consumo de tabaco. Rio de Janeiro, RJ, Brasil - 2012/2013 (n=363).

Modelo de ajuste	RC	IC95%	p
Religiosidade Organizacional (RO)	)		
Modelo $1 = RO$	3,84	(2,22-6,63)	<0,001
Modelo $2 = M1 + Cor da Pele$	3,75	(2,17-6,50)	<0,001
Modelo $3 = M2 + Renda$	3,86	(2,19-6,71)	<0,001
Religiosidade Não Organizaciona	al		
(RNO)			
Modelo 1 = RNO	1,78	(1,01-3,15)	0,044
Modelo $2 = M1 + Cor da Pele$	1,78	(1,01-3,15)	0,047
Modelo $3 = M2 + Renda$	1,74	(0.98 - 3.10)	0,057
Religiosidade Intrínseca (RI)			
Modelo 1 = RI	0,86	(0,77-0,95)	0,004
Modelo $2 = M1 + Cor da Pele$	0,86	(0,78-0,95)	0,004
Modelo 3 = M2+ Renda	0,87	(0,78-0,96)	0,006

<sup>\*</sup>M1 = Modelo 1; M2 = Modelo 2; M3 = Modelo 3

De forma semelhante ao observado para o consumo de álcool, a exposição à religiosidade se associou significativamente ao consumo de tabaco (tabela 15). Indivíduos que não frequentam templos, igrejas ou encontros religiosos, isto é, não referem religiosidade organizacional têm, aproximadamente, quatro vezes mais chance de apresentar alto consumo

de tabaco (RC: 3,86; IC95%: 2,19-6,71). A religiosidade não organizacional também se associou positivamente ao consumo de tabaco. Ou seja, indivíduos com pouco ou nenhuma prática de atividades religiosas em casa tendem a consumir mais tabaco. Contudo, após os devidos ajustes, esta relação se manteve no limite da significância estatística (p<0,10). Para os indivíduos cuja religião tem importância em sua vida, foi possível notar que pessoas expostas à religiosidade intrínseca têm menor chance de apresentarem padrão de consumo de tabaco moderado a alto (0,87; 0,78-0,96).



# 5 DISCUSSÃO

O texto a seguir apresenta a discussão dos resultados descritos no capítulo anterior.

## • Consistência Interna da Dimensão Intrínseca da Escala de Religiosidade da Duke

No estudo de confiabilidade da dimensão intrínseca da Escala de religiosidade da Duke, os coeficientes *alfa de Cronbach* apresentaram confiabilidade adequada para a amostra ( $\alpha = 0,68$ ). Resultados semelhantes foram identificados por Koening et al. em 1997 ao avaliar uma amostragem de 458 pacientes clínicos nos EUA ( $\alpha = 0,75$ ). Trabalhos igualmente realizados no Brasil por Lucchetti et al. (2010), onde conduziram uma investigação em uma amostragem de 383 adultos com baixa renda residentes na periferia de São Paulo ( $\alpha = 0,75$ ) e por Taunay et al. em 2012, em que avaliaram uma amostragem de pacientes atendidos no ambulatório de Psiquiatria geral de um Hospital Universitário encontram valores igualmente aceitáveis ( $\alpha = 0,81$ ).

## • Característica Sociodemográfica da população do estudo

A amostra compõe-se de 363 sujeitos de ambos os sexos, sendo a maioria do sexo feminino (74,1%). A utilização dos serviços de saúde, em geral, foi significativamente maior em mulheres, confirmando vários estudos (CAPILHEIRA et al., 2006; GOLDBAUM et al., 2005; MENDONZA-SASSI et al., 2001; TRAVASSOS et al., 2002; FERNANDES et al., 2009). O fato dos homens procurarem em menor quantidade atendimento na unidade básica de saúde constitui-se um importante problema de saúde pública, haja vista que a busca pelos serviços de saúde, quando existe, está atrelada a um quadro clínico de morbidade já cronificado, com repercussões biopsicossociais para sua qualidade de vida, além de onerar, significativamente, o SUS (FONTES et al., 2011).

Alguns autores associam o fato de mais mulheres procurarem atendimento na ESF à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina (COURTENAY, 2000; LYRA DA FONSECA et al., 2003; TELLERÍA et al., 2003).

Outra hipótese importante seria que o horário de funcionamento da atenção básica a saúde não atende às demandas dos homens, por coincidir com a carga horária de trabalho.

Como as atividades laborativas vêm em primeiro lugar na lista de preocupações masculinas, a busca por esses serviços fica em segundo plano. Os homens ao procurarem o serviço de saúde para uma consulta enfrentam filas, que podem levá-los a "perder" o dia de trabalho, sem que, necessariamente, tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta. Além desses serviços, também são considerados pouco aptos em absorver a demanda apresentada pelos homens, pois sua organização não estimula o acesso e as próprias campanhas de saúde pública não se voltam para este segmento (GOMES et al., 2007).

Em geral, pesquisas confirmam as dificuldades do acesso masculino aos serviços de saúde, corroborando os achados desta pesquisa. Uma investigação realizada por Kalckmann et al., (2005) em São Paulo, com homens de baixa renda, concluiu que havia escassez e inadequação para os homens que dependiam dos serviços públicos de saúde. Além de apontar também para o fato de homens não se reconhecerem como alvo do atendimento de programas de saúde, devido às ações preventivas se dirigirem, quase que exclusivamente, às mulheres (KALCHMANN et al., 2005; SCHRAIBER et al., 2005). Dessa forma, os serviços públicos costumam ser percebidos como um espaço feminilizado, frequentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres. Essa situação provocaria nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço.

Quanto à escolaridade, mais da metade dos entrevistados informaram possuir até o ensino fundamental completo (62,5%). Para Vintém (2008), a escolaridade tem um papel importante na distinção entre os indivíduos, pois é um recurso que condiciona a saúde: pessoas com níveis de escolaridade mais altos aderem melhor a medidas de prevenção da doença e promoção da saúde e corrigem com maior frequência os seus hábitos e estilos de vida menos saudáveis. Corroborando a fala anterior, Ribeiro et al., (2006) revela que a baixa escolaridade pode levar à exclusão social, pois nega ao homem o direito à cidadania, mantendo o ciclo da pobreza e da marginalidade, além de aliená-lo para as perspectivas de futuro. Assim sendo, o grau de escolaridade dos usuários reflete a situação social da família.

Quanto à situação trabalhista, pouco mais da metade encontrava-se empregada (51,5%). Esses resultados diferem de outros estudos, em que a utilização dos serviços de saúde, em geral, foi maior por pessoas desempregadas (GOLDBAUM et al., 2005; FERNANDES et al., 2009).

Já a renda per capta média dos participantes foi de R\$967,17, sendo que 57% dos entrevistados possuía renda per capta superior a 01 salário mínimo (R\$622,00). Esses dados

nos permitem pensar, a exemplo de outros estudos, como os de Lima (2001) e Fleury (2007), em que o quadro de saúde dos indivíduos, suas características socioeconômicas e os baixos níveis de renda afetam a vida dos mesmos como um todo, expondo-os a contextos deficientes, desgastantes e geradores de doenças, evidenciando as desigualdades no acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2008). Ramos et al. (2003) revela que a condição econômica é um fator determinante da escolha do serviço público de saúde em relação ao serviço privado, visto que ocorre uma semelhança no cuidado médico entre ambos, sendo um benefício do serviço público a possibilidade de aquisição de medicamento gratuitamente. Desta forma, populações com renda menor são usuárias mais assíduas do serviço público de saúde.

Nesse contexto, Aguiar et al. (2004) ressaltam que a ESF tem um papel fundamental, através da articulação com outros setores, como o de educação, para contribuir e aprimorar o acesso à educação (a criação de laços com as famílias e comunidade poderá identificar, estimular e acompanhar, por exemplo, a frequência escolar), e às estratégias para obtenção de renda, melhorias no saneamento básico, estabelecendo, inclusive, uma relação de intersetorialidade, conforme orientada nas diretrizes da Estratégia.

De acordo com Fekete (1997), ao se organizar os serviços de saúde, deve-se levar em consideração a situação atual de saúde observada, sem perder de vista o fato de que tal situação é resultante das condições gerais de vida da população, fato que justifica a caracterização dos sujeitos participantes do estudo.

#### Consumo de álcool e tabaco

Neste estudo, foi identificado que as mulheres demonstraram ter três vezes mais chances de apresentar um consumo classificado como risco moderado/alto ao álcool (RC:3,67; IC95%: 1,41-9,54; p=0,008). Esses dados corroboram as pesquisas mundiais e nacionais. Segundo a OMS, em 2003, revelou-se que o número de mulheres que faziam uso de álcool aumentou nos últimos em escala mundial. Havia aproximadamente dez milhões de pessoas que faziam uso dessa substância nos Estados Unidos, dos quais um terço eram mulheres (BAUER, 2004). E no II Levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira (Consumo de álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012), foi identificado que as mulheres, especialmente as mais jovens, fazem parte da população em maior risco, apresentando maiores índices de aumento e bebendo de forma mais nociva (LARANJEIRA, 2007). Outro estudo nacional que utilizou o questionário ASSIST em um

local de atenção básica a saúde, em Santa Catarina, mostrou nos resultados que o álcool era a droga mais utilizada, e que as mulheres apresentavam uma percentagem mais elevada de uso dessa substância do que o sexo masculino (PAULA, 2011).

Ainda com relação ao consumo, é importante destacar que essa diferença significativa do consumo de álcool por homens e mulheres corrobora os achados de outras pesquisas (ZENAIDE et al., 2006; HAYES et al, 2004). Porém, Laranjeiras et al., (2007) encontrou resultados opostos, em que 65% dos homens e 41% das mulheres utilizam bebida alcoólica pelo menos 1 vez ao ano.

Dessa forma, há uma sinalização do processo de universalização do consumo quanto ao gênero, não sendo possível pensar apenas no homem como o único e principal consumidor. Mas pelo contrário, vale assinalar a necessidade e importância de se compreender esta mudança de comportamento que vem sendo observada entre as mulheres. Com a finalidade de programar estratégias de intervenção dirigidas a elas, que mesmo apresentando um consumo semelhante ao dos homens, podem apresentar diferenças quanto ao local, tipo de substância e situação de uso (PECHANSKY et al., 2004). Dessa forma, Kaplan (1984) sugere que a alteração do papel social das mulheres seria uma possível razão para o aumento do consumo dessas substâncias por elas. Enquanto que Nóbrega e Oliveira (2005) postulam que esse crescimento está associado à entrada da mulher no mercado de trabalho e na vida política. Apesar de, em nossa população do estudo, encontrarmos uma maior frequência para mulheres de baixo poder aquisitivo e de baixa escolaridade.

Quanto aos padrões de consumo de álcool, foram identificados padrões mostrando que 86,0% da população são abstêmios e/ou consumidores de baixo risco - nunca beberam ou não beberam nos últimos 03 meses. Em contrapartida, houve usuários que apresentaram um nível de consumo problemático classificado em moderado/alto risco para álcool 14%. Esses dados vêm fortalecer a necessidade de prevenção dos agravos e promoção da saúde para os consumidores de álcool em serviços de Atenção Primária a Saúde.

Esses dados também corroboram um estudo realizado nas cidades de Juiz de Fora (MG) e Rio Pomba (MG), cujo objetivo era avaliar o padrão de consumo de álcool dos usuários de serviços da Atenção Primária a Saúde, em que, 18,3% das pessoas avaliadas encontravam-se na faixa de uso de risco, 77,9% da amostra faziam uso de baixo risco ou eram abstêmios e 3,8% pontuaram na faixa sugestiva de dependência (MAGNABOSCO, 2007). De acordo com um estudo nacional, 52% dos brasileiros maiores de 18 anos bebem pelo menos 1 vez ao ano e 48% se declaram abstêmios. A frequência do beber varia de acordo com a faixa

etária. A abstinência é superior a 79% entre maiores de 60 anos do que entre os jovens, Em que os idosos apresentam um comportamento mais conservador (LARANJEIRA, 2007).

A proporção de abstêmios ou consumidores de baixo risco identificados na área adscrita à ESF estudada foi semelhante à de outros estudos populacionais, bem como os padrões de consumo de álcool (BARROS et al., 2007a; BARROS et al.; 2007b; RONZANI, 2008; LARANJEIRA et al., 2010; BRASIL, 2010).

Quanto ao tabaco, foi identificado que os entrevistados que se autodeclararam não brancos (pardos e negros) apresentaram uma chance menor para o padrão de consumo do tabaco em relação aos que se declararam brancos, indicando uma tendência de fator de proteção associado ao consumo de tabaco moderado/alto. Resultado semelhante foi encontrado por Cokkinides et al. (2008), em que há menor chance dos que referem raça/cor de pele preta já terem sido questionados se eram fumantes, de terem sido orientados a parar de fumar e de terem usado alguma ajuda para cessação de tabagismo. Porém, Ahmed et al., (2004) e IBGE (2008) relatam maior prevalência de iniciação do tabagismo entre indivíduos de cor da pele preta em comparação aos brancos. As desigualdades socioeconômicas e de raça/cor de pele relatadas no presente estudo requerem novas investigações, a fim de subsidiar políticas de saúde que, além de reduzir a prevalência do tabagismo, diminuam as desigualdades na exposição ao cigarro.

Com relação ao uso de tabaco na vida da população do estudo, pode-se verificar que 52,9% afirmaram já terem feito uso de tabaco. Desses, 18,7% apresentaram um nível de consumo problemático de uso do tabaco. Esses dados corroboram o II Levantamento nacional de álcool e drogas, em que foi observado que metade da população relatou já ter experimentado cigarros pelo menos uma vez na vida e, entre os experimentadores, mais da metade (51%) manteve o hábito de fumar. Destes, 21% conseguiram parar, enquanto quase um terço permaneceu fumando. O estudo também mostrou que a maioria dos fumantes (73%) reporta que tentaria parar de fumar se tivesse acesso a tratamento gratuito (LARANJEIRA, 2013). Dessa forma, cabem aos profissionais de saúde das Clínicas da Família incentivar a população a parar e/ou diminuir o fumo e criar um grupo de tabagismo nestas unidades.

Neste sentido, os profissionais de saúde inseridos no contexto da atenção básica devem fornecer informações, apoio psicológico e tratamentos para diminuir a ansiedade e o consumo de tabaco. Entre os profissionais responsáveis pela promoção da saúde, destaca-se o enfermeiro, por seu relevante papel na redução do uso e dos riscos relacionados ao tabagismo, visto que nas equipes de saúde, esse profissional está envolvido na promoção de ações educativas na comunidade ou na qualificação da equipe de enfermagem (GONÇALVES et al.,

2006). Logo, entre as metas desta equipe, no panorama da atenção básica, destaca-se a responsabilidade de conscientizar a população sobre a necessidade de melhorar as condições de saúde destes usuários (ECHER, 2006). Cabe ao enfermeiro atuar na vigilância epidemiológica, nas reuniões de grupos e comunidades, além de supervisionar visitas domiciliares e ações educativas coletivas (CHIESA, et al., 2004; SCHIMITH, et al., 2004).

Cumpre também destacar toda a dimensão da importância do trabalho desenvolvido na ESF, desempenhado por uma equipe multiprofissional que, considerando os pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS), entre eles o da integralidade, busca ampliar o atendimento às necessidades de saúde da população, articulando seus conhecimentos e saberes (ARAUJO, et al., 2007). Neste contexto, as ações preventivas de todos os profissionais da área da saúde no combate ao tabagismo ganham destaque, pois, segundo dados da WHO, essa é a principal causa de morte evitável no mundo, estimando-se que, atualmente, o número de fumantes seja de 1,2 milhão de pessoas, equivalente a um terço da população mundial adulta (WHO, 2011). Além disso, o tabagismo é descrito como o principal fator de risco para doenças crônicas (WHO, 2011; MATTOS, et al., 2009).

Estatísticas apontam que o início do hábito do tabagismo pode estar relacionado com o convívio com pessoas fumantes, pois estes se tornam exemplos para as futuras gerações (GONÇALVES et al., 2006). Tal situação indica a importância de se trabalhar com a população jovem, já que esta se encontra em processo de formação e em uma fase da vida em que, de certa forma, os indivíduos que nela se encontram estão mais susceptíveis ao início do hábito de fumar (CORDEIRO, et al., 2010).

Os Agentes Comunitários a Saúde (ACS) exercem um papel importante no contexto da atenção básica. Por esse motivo, é preciso investir na qualificação desse profissional, já que eles representam um meio de intervenção direta para garantir a prevenção de danos e agravos à saúde e realizarem efetivamente o monitoramento de grupos ou problemas específicos. O agente torna-se um fomentador da organização na comunidade, favorecendo o exercício da cidadania e a inclusão social, dando dimensão às transformações sociais (SILVA, et al., 2002). Além disso, ele é o elo mais forte entre o serviço e a comunidade, um importante motivador da transformação social e, principalmente, o grande transformador de atitudes e comportamentos (CORREIA, 2008).

Corroborando o exposto, MIRRA et al, (2011) revelam que um adequado tratamento do tabagismo é mais custo-efetivo do que o tratamento das doenças tabaco-relacionadas. Destaca que o apoio ao tratamento do tabagismo, seja no sistema público, suplementar de

saúde ou até em empresas privadas, é a medida mais custo-efetiva para reduzir os custos do tabagismo no Brasil. Além disso, representa importante intervenção preventiva nos cuidados à saúde, principalmente relacionados às doenças crônicas (BRASIL, 2013).

Com relação às intervenções realizadas com os entrevistados, de acordo com a pontuação obtida no questionário ASSIST, pode-se classificar em: nenhuma intervenção, intervenção breve (IB) e encaminhamento para tratamento. Os usuários classificados para receberem intervenção breve para o álcool e para o tabaco foram, respectivamente, 13% e 15,4%.

As pesquisas mostram que as IBs podem diminuir o consumo de álcool e outras drogas e que funcionam para diferentes tipos de pacientes: adultos, adolescentes ou idosos sejam homens ou mulheres. Alguns estudos indicam que a utilização de apenas 5 a 10 minutos da consulta de rotina para aconselhamento dos usuários de risco de álcool, por profissionais de saúde, consegue reduzir o consumo médio em 20-30% (BABOR, 2003; RONZANI, 2005; PAULA, 2011; MINTO et al, 2007; GONÇALVES, 2011; CRUVINEL et al, 2013).

As IBs podem ser usadas como educação em saúde para pessoas que não fazem uso de drogas ou o fazem em caráter de baixo risco, com vistas à redução do consumo abusivo e à busca por tratamento, no caso de dependência de substâncias. Além desse fato, está fundamentada na entrevista motivacional e se dá na forma de aconselhamento breve, para ajudar o paciente a explorar e resolver suas ambivalências sobre o uso da substância e desencadear a decisão e o comprometimento com a mudança de comportamento (SEGATTO et al., 2007).

Existem fortes evidências da efetividade de intervenções breves em serviços de APS em relação ao uso de álcool e tabaco. Além disso, intervenções breves apresentam um baixo custo e são efetivas para todos os níveis de uso prejudicial e de risco de substâncias, sendo ideais para serem usadas como método de promoção e prevenção de saúde para pacientes da atenção primária a saúde. HEATHER et al., (2003) em suas conclusões, destacam que há fortes evidências da efetividade da IB, o que é um ganho antecipatório para a saúde pública.

O nível da atenção primária em saúde (APS) tem sido descrito como principal lócus de implementações das Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves (EDIB), uma vez que os profissionais médicos, enfermeiros ou agentes comunitários de saúde assumem posição estratégica no manejo e vinculação dos sujeitos da comunidade. Este ambiente facilita a identificação e o referenciamento de pessoas em estágio inicial de dependência alcoólica, prevenindo o aumento da dependência. Ademais, a APS é fundamental para identificação de usuários de risco, que podem ou não vir a desenvolver a dependência, ou que precisam reduzir

os riscos de danos devido ao álcool e tabaco (MARQUES et al., 2004; MINTO et al., 2007; SEGATTO et al., 2007).

No entanto, a sinalização sobre a necessidade de tratamento precisa ser realizada, principalmente, por um profissional de saúde, que deve estar instrumentalizado com os saberes e habilidades adequadas para abordagem e motivação do paciente. Convém ressaltar que o sujeito que apresentou escore de alto risco foi orientado em relação à sua provável dependência e às opções de tratamento no território.

Neste sentido, destaca-se o papel do enfermeiro que, durante sua consulta de enfermagem, pode incluir a utilização de ferramentas de triagem, bem como de Intervenção Breve para abordar estas questões (GONÇALVES et al., 2005).

A atribuição dos profissionais de saúde como agentes de mudança no contexto de atenção à família passa a ser de facilitadores no processo da educação em saúde. A dependência química vem se impondo como um problema de saúde pública, e como tal, requer um modelo de atenção, incluindo a promoção da saúde, o enfoque na prevenção do uso e abuso, visando produzir as transformações sociais que propiciem uma melhor qualidade de vida da sociedade como um todo (ROSENSTOCK et al., 2010).

Os profissionais da Atenção Básica, convivendo com a comunidade em que atuam, podem desencadear mudanças significativas na sua área de abrangência, se observarem o cotidiano dessas pessoas com base nas teorias e conceitos do SUS. Sob esse aspecto, as atribuições fundamentais desses profissionais da Atenção Básica são o planejamento de ações de saúde, promoção e vigilância; trabalho interdisciplinar em equipe e abordagem integral da família (BRASIL, 2006).

Cabe ao enfermeiro da atenção básica possuir, como grandes aliadas, a consulta de enfermagem e as visitas domiciliares, que utilizadas de forma correta, resultam em uma ferramenta muito eficaz para tomada de ações perante a comunidade. Através delas, podemos conhecer de forma integral nosso usuário e consequentemente o perfil da nossa comunidade.

De acordo com Ronzani (2005), a maioria dos estudos que investiram na IB obtiveram como resultado que os pesquisadores ou então médicos estavam envolvidos na sua prática rotineira. Contudo, alguns autores sugerem que enfermeiros e outros profissionais de saúde poderiam realizá-la tão ou mais efetivamente do que médicos, podendo até ser uma alternativa em relação a algumas barreiras da implementação em serviços de APS (RONZANI, 2005; AALTO et al, 2001; GEIRSSON et al, 2005). Dessa forma, a implantação da IB para usuários de álcool e outras drogas pode propiciar uma identificação rápida e eficaz no que diz respeito às estratégias de diagnóstico, tratamento e encaminhamento para essa clientela. Além disso, a

APS é um local onde ocorre o vínculo com o usuário, sendo mais fácil a intervenção do profissional antes que chegue ao consumo classificado em alto risco.

Vale ressaltar que, no âmbito da Saúde Pública brasileira, as equipes da atenção básica se configuram como os profissionais responsáveis pelos cuidados primários à saúde da população localizada em sua área de abrangência. Dentre esses cuidados, estão o monitoramento e acompanhamento de pacientes em grupos de risco como hipertensos, diabéticos, gestantes e idosos (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012). Idealizados para atuar na lógica da atenção integral, as equipes possuem a responsabilidade de oferecer cuidados básicos que, além de evitar o agravamento de certas patologias, promovam a saúde e bem estar da população local.

Em se tratando de usuários com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, as equipes de saúde podem atuar no monitoramento e acompanhamento de casos já consolidados e de usuários de risco, realizando diagnósticos, intervenções breves e ações de prevenção e promoção de saúde. A identificação de padrões de uso e do tipo de substância consumida, aliadas à identificação de fatores de risco e proteção, são indicadores que podem dar indícios de potenciais usuários abusivos e/ou dependentes de álcool e outras drogas. Casos de risco podem ser monitorados, no intuito de evitar que evoluam para padrões nocivos de uso destas substâncias.

Contudo, de acordo com o Ministério de Saúde (BRASIL, 2012), cabem às equipes da atenção básica o desenvolvimento de ações focalizadas sobre grupos e fatores de risco comportamentais, alimentares e ou ambientais, com o intuito de prevenir o aparecimento e a manutenção de doenças evitáveis. Ressalta-se que, segundo OMS (2004), o álcool e o tabaco juntos são os dois maiores agentes causadores de mortes evitáveis no mundo.

O Ministério da Saúde apresenta políticas e dispositivos específicos no campo da atenção integral ao uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003). Na ausência destes dispositivos, a demanda para este tipo de serviço acaba sendo absorvida pelas equipes da atenção básica.

Outro fato que merece destaque é a avaliação das condições de saúde das famílias que são feitas pelos ACS em sua primeira visita. Quando em contato com a comunidade, os ACS investigam se naquela residência existe a presença de pessoas portadoras de deficiências, diabéticos, hipertensos, gestantes, idosos.

Observa-se, desse modo, que as equipes de saúde, especialmente os ACS, possuem a incumbência de identificar casos de usuários de álcool e outras drogas nas comunidades onde

atuam. Tal fato demonstra que também é atribuição das equipes básicas de saúde a identificação de fatores de risco relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, já que tais fatores e práticas incidem diretamente sobre a saúde e qualidade de vida da população.

Os usuários de substâncias psicoativas, geralmente, buscam os serviços de saúde quando já se encontram no estágio de uso abusivo ou dependência, ou seja, a ajuda especializada somente é buscada quando o indivíduo já apresenta um quadro clínico de gravidade (REZENDE, 2003). Por essa razão, ações de prevenção, mapeamento de fatores de risco e identificação de usuários com potencial para o uso abusivo e dependência são primordiais e necessárias na Estratégia Saúde da Família, porta de entrada do SUS, no sentido de prevenir os agravos à saúde dessa população. Embora muito se tenha feito para a resolução de doenças crônicas como a hipertensão arterial e diabetes, além de casos relacionados ao desenvolvimento infantil e acompanhamento de gestantes e idosos (PILLON et al., 2006), pesquisas apontam que pouco tem sido feito na Atenção Básica para o acolhimento e atendimento de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (RIBEIRO, 2004; PILLON et al., 2006). É fundamental a sensibilização de profissionais de saúde sobre o tabagismo como doença (dependência à nicotina) e fator de risco para cerca de 50 outros males, como também do alcoolismo (WHO, 2010).

No tocante as políticas públicas voltadas para atenção integral de usuários de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde propõe a ruptura com as concepções centradas no modelo biomédico e coloca como princípio a concepção integral do sujeito e do processo saúde/doença. Desdobra-se daí o modelo de atenção centrado na Estratégia da Redução de Danos como preferencial a ser adotado pelos diversos serviços e dispositivos, sejam eles da atenção básica ou especializada (BRASIL, 2003).

O atendimento de usuários abusivos ou dependentes de álcool e outras drogas necessita envolver a rede de saúde em vários aspectos, levando em conta o tipo de droga eleita, o padrão de uso da substância, sua forma de consumo, além de fatores psicológicos e socioculturais e espirituais do próprio usuário (RIBEIRO, 2004). Para cada tipo de paciente, existe a necessidade de um enquadre terapêutico diferente. Para isso, as redes de atendimento devem atuar juntas nos vários níveis de complexidade, sobretudo melhor cobertura dos centros especializados como os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e CAPS-ad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), no sentido de uma maior referência para o fortalecimento da rede básica nesses casos específicos.

Para ampliar as possibilidades de atendimento a estes usuários, a rede primária precisa estar sensibilizada e preparada para efetuar diagnósticos precoces e motivar usuários consumidores para o tratamento (RIBEIRO, 2004). Usuários de drogas com maior potencial toxicológico e com padrão elevado de consumo, diagnosticado como padrão de dependência dificilmente poderá ser tratado na ESF. Porém, conforme já observado, cabe à rede básica motivar usuários para o tratamento, identificar fatores de risco e proteção, além de envolver a comunidade na busca pela redução da demanda por meio da promoção da saúde (PILON et al., 2006).

Uma vez que o alcoolismo e o tabagismo afetam homens e mulheres de distintas maneiras e por razões envolvendo diversos contextos e circunstâncias, exige-se que a política de saúde privilegie as necessidades específicas dos usuários, pois seus modos de pensar e agir muitas vezes não corresponde às expectativas dos profissionais de saúde. Esse fator, aliado a outros, pode dificultar a adesão dos alcoolistas ao tratamento, por não se sentirem acolhidos em suas diferenças; além disso, pode dificultar que os profissionais da atenção básica realizem a ações preventivas ou de promoção (BRASIL, 2004b).

#### • Religiosidade e suas dimensões

Na presente pesquisa, os Católicos e os Evangélicos representaram a maioria absoluta da população, com um total de 62,8%. Segundo os resultados do Censo 2010 (IBGE, 2010), houve o crescimento da religião evangélica e redução dos católicos, tendência registrada desde o início do século XX. Antes do levantamento de 2010, o quadro era apenas de crescimento de católicos em ritmo cada vez menor. O segmento dos sem religião também cresceu percentualmente, e chegou a 8%. No estado do Rio de Janeiro, 15,9% de sua população considera-se sem religião. No achado desta pesquisa, os que se consideram sem religião são 34,4%, índice de quase o dobro do encontrado no estado do Rio de Janeiro.

Deve-se assinalar, entretanto, que os que se declararam "sem religião" não constituem um grupo de indivíduos que necessariamente não possuem crenças religiosas. Pesquisa realizada em 2004, em 23 capitais e 27 municípios brasileiros, sobre mobilidade religiosa, demonstrou que 41,4% dos indivíduos sem religião justificaram a própria condição afirmando que possuem uma religiosidade própria sem vínculo com igrejas e somente 0,5% não acreditavam em Deus (FERNANDES, 2004). Corroborando os dados desta pesquisa, em que os indivíduos relataram não possuir religião, quando indagados a respeito da dimensão

religiosa intrínseca, responderam de forma positiva, assinalando que acreditam em um ser superior, "Deus".

Alguns autores mencionam que os indivíduos que fazem uso de serviços religiosos com maior frequência parecem ter acesso a redes sociais mais amplas, e por isto acabam tendo acesso mais facilmente aos mais variados tipos de apoio social, sejam eles tangíveis (ajuda financeira e conselhos) ou emocionais (LOCH, 2006). Assim, uma hipótese sobre a ligação entre as variáveis da religião e a saúde, que é sempre bastante mencionada, refere-se à questão do apoio social. Segundo esta hipótese, os indivíduos que apresentam fortes vínculos sociais estão sujeitos a uma maior rede de proteção social. Dessa forma, a participação em grupos e eventos religiosos, por ser um comportamento social importante, pode potencialmente auxiliar muito neste aspecto e contribuir para a melhor saúde das pessoas (CAPLAN, 1974 CITADO POR GRIEP, et al., 2003; LOCH, 2006)

Ratificando essa fala, Lacerda (2001) relata que a religião chama a si a proteção e os cuidados dos seus fiéis, passando a oferecer segurança e proteção oriundas do sentimento de "pertencimento". Em outras palavras, a pessoa que pratica de fato uma determinada religião passa a agir como pertencente de fato a um determinado grupo que partilha de certas ideias, ajudando e sendo ajudado por esse (LACERDA, 2001; SCHUNEMANN, 2002; NESS, 2003).

Ao comparar as dimensões de religiosidade com a variável "possui religião", foi obtido que a religiosidade organizacional, que é aquela em que há participação do indivíduo em atividades religiosas, como ida à igreja, concluiu-se que quem diz possuir uma religião vai mais vezes à igreja, quando comparado a quem não possui. Para a religiosidade não organizacional, que é referente a atividades religiosas realizadas individualmente, como prece pessoal, leitura de livros sagrados e ouvir programas religiosos, apresentou que quem não possui religião dedica-se em menor quantidade a essas atividades, quando comparado a quem possui religião. Já a religiosidade intrínseca, que é a importância que a pessoa dá para a religião em sua vida, seguindo os preceitos de sua religião e sentir a presença de Deus em sua vida, a média de quem possui religião (12,4) foi maior quando comparado àquelas que não possuem. Esses dados corroboram o estudo realizado na população brasileira em 83% consideram religião muito importante e 37% frequentam serviços religiosos pelo menos uma vez por semana (MOREIRA-ALMEIDA et al, 2010).

Os dados desta pesquisa apontam para uma religiosidade maior que a da população norte-americana, quando 56% consideraram a religião muito importante e 27% eram

frequentadores de atividades religiosas no mínimo uma vez por semana (GALLUP ORGANIZATION, 2013). Em 2007, o U.S. National Alcohol Survey mostrou que 59% dos americanos afirmaram que a religião é muito importante em suas vidas (MICHALAK et al., 2007). Uma pesquisa realizada na Europa apontou para dados muito inferiores aos brasileiros, evidenciando uma menor importância dada à religião (NAGIB, 2009). Quanto à importância da religião na vida, pesquisas realizadas pelo European Values Study Group e World Values Survey Association (2006), em 32 países europeus, demonstraram média global de 20,9% que consideram a religião muito importante. Quanto à frequência aos serviços religiosos, foi encontrada uma média europeia em que apenas 31,6% frequentam mais de uma vez ao mês (NAGIB, 2009).

#### • Religiosidade relacionada ao consumo de álcool e tabaco

Quando comparamos as dimensões de religiosidade aos padrões de consumo de álcool e tabaco, constatamos que, quando comparado religiosidade organizacional com o padrão de consumo de álcool e tabaco, foi obsevado um valor de p: <0,001 para ambos. Quando comparado religiosidade não organizacional aos padrões de consumo de álcool e tabaco, foi observado o valor de p: 0,440 e 0,057, respectivamente. A religiosidade intrínseca apresentou valor de p: <0,001 e 0,006, quando cruzada com o padrão de consumo de álcool e tabaco, respectivamente.

Esses dados revelam que, nesta população, ir à igreja ou encontro religioso passa a ser um fator protetor para o não uso de álcool e tabaco. Quanto à prática de atividade religiosa em casa, como por exemplo: orar e ler a bíblia, não mostrou significância estatística quando cruzados os dados com o álcool e o tabaco. Sentir a presença de Deus em sua vida, viver de acordo com as crenças religiosas e se esforçar para seguir os preceitos de sua religião mostraram-se como fatores protetores para o não uso de álcool e tabaco.

Os dados desta pesquisa vão ao encontro das pesquisas realizadas por: Cisin et al., (1968) apud Nagib (2009), Calahan et al., (1972) apud Nagib (2009), Bar et al. (1989) apud Nagib (2009), Chen (2004), Wills et al., (2003), em que os resultados indicaram que mais abstêmios, do que usuários de álcool, participam de atividades religiosas e que altos níveis de devoção religiosa propiciaram menores chances de exposição ao álcool e tabaco e o início do uso destes. Chen (2004) relatou que ser Evangélico indica menores problemas com álcool.

Quanto às dimensões de religiosidade, os dados desta pesquisa mostram resultados semelhantes ao encontrado por Kendler (2003), que ao investigar a relação de dimensões de religiosidade com transtornos psiquiátricos e uso de drogas, mostrou como resultados que a religiosidade geral, a religiosidade organizacional e a religiosidade intrínseca foram inversamente associadas à dependência de álcool e tabaco.

O U.S. National Alcohol Survey, publicado em 2007, avaliou religiosidade e o uso de álcool. As dimensões de religiosidade avaliadas foram: filiação religiosa, religiosidade intrínseca e caráter proscritivo em relação ao uso de álcool. Nessa pesquisa, avaliou-se a relação do envolvimento religioso com comportamentos ligados ao álcool: abstêmios no último ano, beber moderadamente e beber pesado. A religiosidade apresenta forte associação inversa com beber e beber pesado. Os católicos evidenciaram menores níveis de abstinência e maiores de beber pesado em relação aos sem religião (MICHALAK et al., 2007).

Quanto ao uso de cigarro, um estudo nos EUA procurou verificar a associação entre a prevalência de fumantes e a participação em serviços religiosos. Neste trabalho, observou-se que a prevalência de fumantes era de 23% entre aqueles que referiram participar de eventos religiosos uma vez por mês ou mais, enquanto que entre aqueles que não participavam ou participavam menos de uma vez por mês de eventos religiosos, a proporção de fumantes encontrada foi de 34% (WHOOLEY et al., 2002). Esses dados vão ao encontro dos resultados obtidos nessa pesquisa, em que 18,4% afirmaram não possuir religião e fazer uso do cigarro e 19,7% afirmaram possuir religião e fazer uso do cigarro.

No estudo realizado por Kendler et al. (2003), foi encontrado que algumas dimensões religiosas estavam associadas a menores taxas de consumo de tabaco e álcool, e que a participação religiosa mostrou-se inversamente associada ao uso de tabaco (AFIFI SOWEID et al., 2004).

Quanto à religiosidade organizacional, os resultados mostraram que frequentar a igreja é um fator protetor para o não uso de álcool e tabaco. Dados semelhantes foram encontrados por Strawbridge et al (1997), em que os praticantes regulares de atividades religiosas tiveram menores taxas de mortalidade, tendo interrompido o tabagismo, adotado atividade física regular e aumentado o suporte social. Nonnemaker et al., (2003) encontraram resultados semelhantes quanto à dimensão de religiosidade organizacional, religiosidade não organizacional e religiosidade intrínseca, ao investigar crianças e adolescentes, em que a religiosidade se mostrou associada a menores taxas de uso de cigarro e álcool.

Quanto à religiosidade intrínseca, os dados mostraram que ter um entendimento interno da importância da religião na vida pessoal do indivíduo mostra-se com fator protetor para o não uso dessas substâncias. Dados semelhantes foram encontrados por Regnerus et al. (2003) ao investigarem adolescentes de baixa renda, entre aqueles com maiores indicadores de religiosidade. A proporção de sujeitos que referiram fazer uso abusivo de álcool e tabaco, usar drogas, ter problemas na escola e ter notas baixas, era menor do que entre aqueles adolescentes menos religiosos.

Em um estudo realizado no Brasil, ao investigar os fatores associados ao uso de drogas em adolescentes da cidade de Pelotas, RS (Rio Grande do Sul), verificou que aqueles adolescentes que referiram praticar as suas respectivas religiões apresentaram cerca de 40% menos de risco de uso de drogas ilícitas do que aqueles não praticantes de nenhuma religião (TAVARES et al., 2004).

Além das dimensões de religiosidade apresentadas, essas também se apresentam com importante papel na construção da personalidade do indivíduo e na estruturação familiar, sendo ambos os fatores considerados protetores de uso de drogas. Além disso, a espiritualidade associada à religiosidade é apontada por alguns estudos como fator de manutenção de bem-estar e autopreservação, estabelecendo para o indivíduo perspectivas de futuro (SANCHEZ et al., 2005). Ainda de acordo com Sanchez (2006), a religião não promove apenas a abstinência do consumo de drogas, mas, em especial, oferece recursos sociais de reestruturação: nova rede de amizade, ocupação do tempo livre em trabalhos voluntários, atendimento "psicológico" individualizado, suporte financeiro num primeiro momento, valorização das potencialidades individuais, coesão do grupo, apoio incondicional dos lideres religiosos, sem julgamentos.

#### • Limitações do estudo

Este estudo apresenta limitações pelo fato de não ter sido planejado para investigar religiosidade em todas as suas dimensões e por ter sido realizado em uma população específica de uma comunidade, no município do Rio de Janeiro. Novos estudos teriam que ser realizados com populações de comunidades de diversas regiões deste município e estado.

Os estudos realizados nos Estados Unidos e Brasil provêm de países cristãos do continente americano, de colonização europeia e com população altamente religiosa. Seria importante a realização de pesquisas em países de contextos não cristãos e/ ou mais

secularizados, como na Europa, Ásia e África para a verificação se esses achados se manteriam consistentes em realidades socioculturais mais diversas.

Novos estudos também serão necessários para a melhor compreensão dos mecanismos de influência da religiosidade como fator protetor no uso do álcool e tabaco, bem como um maior entendimento das possíveis contribuições da religiosidade na solução desse grave problema de saúde pública.

Nesse estudo as mulheres apresentaram um consumo de álcool maior do que os homens. Não podemos afirmar veemente essa verdade, visto que a amostra obtida foi de conveniência. Novos estudos terão que ser realizados a fim de averiguar se o comportamento das mulheres em relação ao consumo dessas substâncias ultrapassou o consumo dos homens.

CAPÍTULO VI

## 6. CONCLUSÕES

Atendendo aos objetivos deste estudo, os resultados mostraram:

- Na estimativa dos padrões de consumo de álcool da população estudada, 86,0% faziam consumo de baixo risco e 14,0% faziam consumo moderado/alto risco.
- Nos padrões de consumo de tabaco desta população, 81,3% faziam consumo de baixo risco e 18,7% faziam consumo moderado/alto risco.
- O sexo feminino teve 3 vezes mais chances de apresentar um padrão de consumo de moderado/alto para o álcool, em relação ao sexo masculino.
- Os entrevistados que afirmaram ser da cor não branca mostraram uma chance menor para o consumo de tabaco moderado/alto em relação à cor branca.
- Quanto a dimensão religiosidade organizacional evidenciou-se que as pessoas que não frequentam a igreja apresentam 3 vezes mais chances de ter um consumo moderado/alto de álcool e tabaco.
- Quanto à dimensão de religiosidade intrínseca, apresentou-se como um fator protetor para o consumo moderado/alto para o álcool e tabaco.

Conclui-se, então, que é importante enfatizar as ações de promoção de saúde, com ênfase na redução de consumo de bebidas alcoólicas e do tabaco, entre os grupos que apresentaram maiores chances de exibir um padrão de consumo problemático. Dessa forma a manutenção de tal padrão, bem como sua evolução para casos de dependência.

Os estudos demonstram que o álcool e o tabaco são um problema de saúde pública no Brasil.

Quanto ao tabaco, o Brasil vem se destacando com suas medidas de controle e combate ao tabagismo, principalmente na sua capacidade de monitoramento de resultados, ousadia nas restrições à publicidade e oferta do tratamento gratuito no Sistema Único de Saúde. Entretanto, a implantação de ambientes 100% livres de tabaco, o aumento de preços e impostos e o investimento pesado na informação de jovens ainda são desafios a serem alcançados pelo Programa Brasileiro de Controle e Combate ao Tabagismo. Desde 2005 a Atenção Básica dispõe de tratamento para os fumantes, através de orientações cognitivo-comportamentais (em grupo ou individual) e apoio medicamentoso.

Porém, quanto ao álcool, é necessário uma intervenção vigorosa por parte da sociedade e dos diferentes níveis de governo, pois ainda não há ainda uma política forte de combate a este problema, quando comparado à política do tabaco.

Para tanto, faz-se necessário o conhecimento das variáveis de interferência no uso de álcool e tabaco para o estabelecimento de ações efetivas. Atenta-se para o fato de o estudo proposto ser inédito, na avaliação e compreensão das dimensões de religiosidade e sua relação com o uso do álcool e tabaco em uma população de uma comunidade do município do Rio de Janeiro, fornecendo subsídios importantes de novas e mais eficazes abordagens preventivas e terapêuticas para o uso de álcool e tabaco.

Dessa forma, os achados deste estudo poderão contribuir para os inúmeros esforços de pesquisa e ações de saúde pública para estabelecer padrões de controle, terapia e prevenção do uso de álcool e outras drogas. O Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool propõe encontrar estratégias de difusão de conhecimento e mobilização comunitária atendendo ao significado cultural do álcool e do tabaco ao longo da história. É possível que ações que esclareçam e mobilizem grupos organizados, dentre eles também os grupos religiosos, possam agregar esforços a tantas outras estratégias de controle e prevenção do uso de álcool e outras drogas. Nesse sentido, já surgem iniciativas como a da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) em parceria com a UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), realizando o curso "prevenção do Uso de Drogas em Instituições Religiosas e Movimentos afins – Fé na prevenção".

Conquanto, a religiosidade apresenta-se como importante fator psicossocial na população estudada e é demonstrada como fator de proteção ao uso do álcool e tabaco. Ela poderá contribuir para a compreensão da complexa "realidade" do uso, abuso e dependência do álcool e tabaco, bem como de suas consequências e modos de prevenção e tratamento.

# REFERÊNCIAS

AALTO, M.; SEPPA, K. Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. Addiction 2001; 96:305-11.

ABREU, A.M.M.; LIMA, J.M.B.; MATOS, L.N.; PILLON, S.C. Uso de Álcool em vítimas de acidentes de trânsito: estudo do nível de alcoolemia. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010; May-Jun; 18(Spec):513-20.

ABREU, A.M.M; JOMAR, R.T.; SOUZA, M.H.N.; GUIMARÃES, R.M. Consumo nocivo de bebidas alcoólicas entre usuários de uma Unidade de Saúde da Família. Acta Paul Enferm. 2012; 25(2):291-5.

AERTGEERTS, B.; BUNTINX, F.; KESTER, A. The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical populations: a diagnostic meta-analysis. J Clin Epidemiol. 2004; 57(1):30-9.

AFIFI SOWEID, R.A.; KHAWAJA, M.; SALEM, M.T. Religious identity an smoking behavior among adolescentes: evidence from entering students at the American University of Beirut. Health Commun. 2004; 16, (1), 47-62.

AGUIAR, A.C.S.; MOURA, E.R.F. Percepção do Usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia-CE. RBPS. 2004; 17(4):163-169.

AHMED, N.U.; AHMED, N.S.; SEMENYA, K.A.; ELZEY, J.D.; LARSON, C.; BENNET, C.R.; et al. **Prevalence and correlates of initiation of smoking behavior among preteen black and white children**. J Natl Med Assoc. 2004; 96(2): 200-8.

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação** da estratégia de saúde da família. Ciência e Saúde Coletiva. 2007; 12(2)455-464.

BABOR, T.F; HIGGINS-BIDDLE, J.C. Brief Intervention for Harzardous and Harmful Drinking. Geneva: World Health Organization, 2001.

BABOR, T.F.; BIBBLE, J.C.H. Intervenções breves: para uso de risco e uso nocivo de álcool – manual para uso em atenção primária. Tradução Clarissa Mendonça Corradi – Ribeirão Petro: PAI-PAD, 2003.

BABOR, T.F.; SCIAMANNA, C.N.; PRONK, N.P. Assessing multiple risk behaviors in primary care – screening issues and related concepts. Am J Prev. Med, 2004; 27 (2S), 2004.

BAIS, D.D.H. Política nacional de atenção básica à saúde, formação acadêmica e atuação profissional do enfermeiro: aproximações e distanciamentos / Dulce Dirclair Huf Bais. — Curitiba, 2009. 324 f.

BARROS, M.B.A.; BOTEGA, N.J.; DALGALARRONDO, P.; MARÍN-LEON, L.; OLIVEIRA, H.B. **Prevalence of alcohol abuse and factors associated factors in a population-based study.** Revista de Saúde Pública. São Paulo, v.42, p.502-509, 2007a.

BARROS, M.B.A.; MARÍN-LEON, L.; DALGALARRONDO, P.; OLIVEIRA, H.B; BOTEGA, N.J.; **Perfil do consume de bebidas alcoólicas: diferenças sociais e demográficas no Município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, 2003.** Epidemiologia e Serviços de Saúde. Brasília, v.17, p.259-270, 2007b.

BARROS, M.A.; PILLON, S.C. Assistência aos Usuários de Drogas: A visão dos Profissionais do Programa Saúde da Família. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007c abr/jun; 15(2):261-6.

BASH, A. **Spirituality: the emperor's new clothes?** Journal of Clinical Nursing, Oxford, v.13, n.1, p.11-16, Jan. 2004.

BAUER, J. O Alcoolismo e as mulheres: Contexto e Psicologia. São Paulo: Cultrix, 2004.

BEZERRA, J.; BARROS, M.V.G.; TENÓRIO, M.C.M.; TASSITANO, R.M.; BARROS, S.S.H.; HALLAL, P.C. **Religiosidade, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo em adolescentes.** Rev Panam Salud Publica. 2009; 26(5):440–6.

BOOTH, J.; MARTIN, J.E. **Spiritual and religious factors in substance use, dependence, and recovery.** In: Koenig, H.G. (Ed.). Handbook of Religion and Mental Health. San Diego: Academic Press, pp. 175-200, 1998.

BRANDÃO, M.L.R. **Saúde e fé cristã: um ensaio ético-teológico.** O mundo da Saúde, São Paulo, v.24, n.6, p.515-523, Nov./dez. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. <b>Programa Saúde da Família.</b> Brasília. 2001.
Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. <b>A Política do</b>
Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas /
Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília:
Ministério da Saúde, 2003.
Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do
Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras
<b>Drogas</b> /Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em
<b>transição.</b> Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
Fundação Oswaldo Cruz. <b>Saúde da Família: avaliação da implementação</b>
em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados / Ministério da Saúde,
Fundação Oswaldo Cruz; [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria
Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. – 2. ed. atual. –
Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção Básica.
Departamento de Atenção básica Brasília Ministério da Saúde 4ª Ed Brasília 2006a

Política nacional de promoção da saúde. Brasília (DF); 2006b.
Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. <b>Retrato das</b>
desigualdades de gênero e raça. 3ª ed. Brasília: IPEA/Unifem; 2008.
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. I Levantamento Nacional
sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais
Brasileiras / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; GREA/IPQ-HCFMUSP;
organizadores Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lúcio Garcia de Oliveira. – Brasília: SENAD, 2010.
Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde.
Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
<b>31 de maio dia mundial sem tabaco</b> , 2013.
BRESCIANI, C. <b>Saúde: Abordagem histórico-cultural.</b> O mundo da Saúde. São Paulo,
v.24, n.6, p. 437-442, Nov./dez. 2000.
BRESLAU, N.; JOHNSON, E.O.; HIRIPI, E.; KESSLER, R. Nicotine dependence in the
United States: prevalence, trends, and smoking persistence. Arch Gen Psychiatry.
2001;58:810–816.
BROWN, R.T. Risk factors for substance abuse in adolescents. Pediatr Clin North Am
2002;49:247-55.
CAPILHEIRA, M.F.; SANTOS, I.S. Fatores individuais associados à utilização de
consultas médicas por adultos. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 436-43, 2006.
CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS
(CEBRID). Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes
em situação de rua nas 27 capitais brasileiras. 2003. São Paulo.

\_\_\_\_\_. V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras. 2004. São Paulo.

CHAVES, E.C.L.; CARVALHO, E.C. The spiritual dimension and nursing diagnoses. In: Classification of nursing diagnosis: proceeding of conference of North American Nursing Diagnoses Association. Miami: NANDA I., 2008. s/p.

CHEN, C.; DORMITZER, C.M.; BEJARO, J.; ANTHONY, J.C. Religiosity and the earliest stages of adolescent drug involvement in seven countries of Latin America. American Journal of Epidemiology 159(12): 1180-1188, 2004.

CHIESA, A.M.; FRACOLLI, L.A.; SOUSA, M.F. Enfermeiros capacitados para atuar no Programa Saúde da Família na cidade de São Paulo: relato de experiência. Saúde em debate. 2004;28(67):91-99.

COKKINIDES, V.E.; HALPERN, M.T.; BARBEAU, E.M.; WARD, E.; THUN, M.J. Racial and ethnic disparities in smoking-cessation interventions: analysis of the 2005 National Health Interview Survey. Am J Prev Med 2008; 34(5): 404-12.

CORDEIRO, E.A.K.; KUPEK, E.; MARTINI, J.E. **Prevalência do tabagismo entre escolares de Florianópolis, SC, Brasil, e as contribuições da enfermagem.** Rev Bras Enferm. 2010;63(5):706-711.

CORREIA, E.M.A. Agente comunitário de saúde: a construção de um poder capturado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2008. 140 p.

COSTA, E.M.A.; CARBONE, M.H. **Saúde da família:** uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

COURTENAY, W.H. Constructions of maculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. Social Science & Medicine 50 (2000) 1385-1401.

CRUVINEL, E.; RICHTER, K.P.; BASTOS, R.R.; RONZANI, T.M. Screening and brief intervention for alcohol and other drug use in primary care: associations between organizational climate and practice. Addiction Science & Clinical Practice 2013, 8:4.

DALMIDA, S.G. Spirituality, mental health, physical health, and health-related quality of life among women with HIV/AIDS: integrating spirituality into mental health care. Issues in Mental Health Nursing, Philadelphia, v.27, n.2, p.185-198, Feb./Mar. 2006.

DELANEY, C. The Spirituality Scale: development and psychometric testing of a holistic instrument to assess the human spiritual dimension. Journal Holistic Nursing, Springfield, V. 23, n. 2, p. 145-167, June 2005.

DELGADO, C. A discussion of the concepto f spirituality. Nursing Science Quarterly, Thousand Oaks, v. 18, n.2, p. 157-162, Apr. 2005.

DE MICHELI, D.; FISBERG, M.; FORMIGONI, M.L.O.S. Estudo da Efetividade da Intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. Rev Assoc Med Bras 2004; 50(3): 305-13.

DEZORZI, L.W. **Diálogos sobre espiritualidade no processo de cuidar de si e do outro para a enfermagem em Terapia Intensiva.** 2006. 142 f. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

ECHER. I.C. **Fatores de sucesso no abandono do tabagismo [tese de doutorado].** Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006. 149p.

EUROPEAN VALUES STUDY GROUP; WORLD VALUES SURVEY ASSOCIATION. European and World Values Surveys Four. **Wave Integrated Data File, 1981-2004.** 2006. Disponível em: <a href="http://www.worldvaluessurvey.org">http://www.worldvaluessurvey.org</a>. Acesso em: 10 janeiro 2013.

FERNANDES, P.T; SALGADO, P.C.B; NORONHA, A.L.A; BARBOSA, F.D; SOUZA, E.A.P; LI, L.M. **Stigma Scale of Epilepsy: Conceptual Issues.** J Epilepsy Clin Neurophysiol 2004; 10(4): 213-218.

FERNANDES, L.C.L.; BERTOLDI, A.D.; BARROS, A.J.D. **Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família.** Rev. Saúde Pública. 2009, vol.43, n.4, pp. 595-603. Epub June 19, 2009.

FEKETE, M.C. **Estudo da Acessibilidade na Avaliação dos Serviços de Saúde.** In: SANTANA, J.P. (org.) Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997 p. 114-120.

FIGLIE, N.B. **Aconselhamento em depedência química** / Neliana Buzi Figlie, Selma Bordin, Ronaldo Laranjeira. – 2. Ed. – São Paulo: Roca, 2010.

FLECK, M.P.A.; BORGES, Z.N.; BOLOGNESI, G.; ROCHA, N.S. **Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais.** Rev Saúde Pública 2003, 37(4):446-55.

FLEMING, M. F. Screening and Brief Intervention in Primary Care Settings. Alcohol Research & Health 28, p. 57 - 62, 2004/2005.

FLEURY, S. **Pobreza, desigualdades ou exclusão?** Cien Saude Colet 2007; 12(6):1422-1428.

FRIEDEMANN, M.L.; MOUCH, J.; RACEY, T. Nursing the spirit: the framework of systemic organization. Journal of Advanced Nursing, Oxford, v.39, n.4, p. 325-332, Aug. 2002.

FONTES, W.D.; *et al.* Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. Acta paul. enferm. 2011, vol.24, n.3, pp. 430-433.

FORMIGONI, M.L.O.S. A intervenção breve na dependência de drogas. São Paulo. Editora Contexto, 1992.

GALEK, K. et al. **Assessing a patient's spiritual needs: a comprehensive instrumental.** Holistic Nursing Practice, Hagerstown, v.19, n.2, p.62-69, Mar./Apr. 2005.

GALLUP ORGANIZATION. **Religion.** Princeton, 2013. Disponível em: <a href="http://www.gallup.com/poll/1690/religion.aspx">http://www.gallup.com/poll/1690/religion.aspx</a>. Acesso em: 10 janeiro 2013.

GEIRSSON, M.; BENDTSEN, P.; SPAK, F. Attitudes of swedish general practitioners and nurses to working with lifestyle change, with special reference to alcohol consumption. Alcohol & Alcoholism Vol. 40, No. 5, pp. 388–393, 2005.

GEORGE, L.K.; ELLISON, C.G.; LARSON, D.B. Explaining the relationship between religious involvement and health. Psychological Inquiry, 13(3): 190-200, 2002.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇAS, M.H.M.; ALMEIDA, P.F.; ESCOREL, S.; SENNA, M.C.M.; FAUSTO, M.C.R. ET ALL. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 14(3):783-794, 2009.

GOLDBAUM, M; GIANINI, R J; NOVAES, H M D; CESAR, C L G. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. Rev. Saúde Pública. 2005, vol.39, n.1. pp 90-99

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAUJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública. 2007, vol.23, n.3, pp. 565-574.

GONÇALVES, A.M.S.; FERREIRAII, P.S.; ABREU, A.M.M.; PILLON, S.C.; JEZUS, S.V. Estratégias de rastreamento e intervenções breves como possibilidades para a prática preventiva do enfermeiro. Rev. Eletr. Enf. 2011 abr/jun;13(2):355-60.

GONÇALVES, S.S.P.M.; TAVARES, C.M.M. The community-based health nursing to drug abuse. Braz J Nurs. 2006 August; 4(2).

GRANT, B.F.; STINSON, F.S.; DAWSON, D.A.; CHOU, S.P.; DUFOUR, M.C.; COMPTON, W.; PICKERING, R.P.; KAPLAN, K. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry. 2004 Aug; 61(8):807-17.

GRIEP, R.H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C. Apoio social: confiabilidade testereteste de escala no Estudo Pró-Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(2):625-634, mar-abr, 2003.

GUZMÁN-FACUNDO, F.R. **Fatores de risco e o significado do consumo de drogas em adolescentes e jovens marginais de bandos juvenis.** Ribeirão Preto, 2007. Tese de doutorado, apresentado à Escola de Enfermagem de Ribeirão Petro /USP – Aréa de concentração: Enfermagem Psiquiátrica. Orientador: Pedrão, Luiz Jorge.

HANSON, G.R. New vistas in Drug Abuse Prevention. NIDA NOTES 16(6):3-7. 2002.

HAYES e Cols. **Parenting Influences on Adolescent Alcohol Use.** 10.ed. Melbourne: Australian Institute of Family Studies, 2004. 102p.

HEATHER, N.; WALLACE, P. **Brief interventions for excessive drinkers.** Alcohol Concern Research Forum, 2003; p. 8.

HENRIQUE, I.F., DE MICHELI, D., LACERDA, R.B., LACERDA, L.A., & FORMIGONI, M.L. Validation of version alcohol, smoking, and substance involvment screening test. Revista da Associação Médica Brasileira, 50, 199-206. 2004.

HOGE, D.R. A validated intrinsic religious motivation scale. Journal for the Scientific Study of Religion, v.11, p.369-376, 1972.

HUMENIUK, R.; POZNYAK, V. Intervenção Breve para o Abuso de Substâncias: Guia para Uso na Atenção Primária à Saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde/OMS, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: **Tabagismo 2008** 

JOMAR, R.T. Padrões de Consumo de Álcool e Fatores Associados entre Adultos de Área Adscrita à Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011. Dissertação de Mestrado apresentado a Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ. Orientador: Ângela Maria Mendes Abreu.

JOMAR, R.T.; ABREU, AMM. **Intervenções breves para uso de álcool.** Rev. Enferm, UERJ, Rio de Janeiro, 2012 Jul/set; 20(3):386-90.

KALCKMANN, S.; BATISTA, L.E.; SOUZA, L.C.F. HOMENS DE BAIXA RENDA FALAM SOBRE SAÚDE REPRODUTIVA E SEXUAL. IN: ADORNO, R.; ALVARENGA, A.; VASCONCELOS, M.P.; organizadores. **Jovens, trajetória, masculinidades e direitos.** São Paulo: Edusp; 2005. p. 199-217.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. Compêndio de Psiquiatria Dinâmica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

KENDLER, K.S.; LIU, X.; GARDNER, C.O.; MCCULLOUGH, M.E.; LARSON, D.; PRESCOTT, C.A. - **Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders.** American Journal of Psychiatry 160(3):496-503, 2003.

KOENIG, H.G. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. Southern Medical Journal 97(12): 1194-200, 2003.

KOENIG, H. Medicina, religião e saúde: O encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: L&PM Editores, 2012.

KOENIG, H.G.; MCCULLOUGH, M.E.; LARSON, D.B. Handbook of Religion and Health. New York: Oxford University Press, p. 712, 2001.

KOENIG, H.G.; PARKERSON JR, G.R.; MEADOR, K.G. **Religion index for psychiatric research.** Am J Psychiatry. 1997;154:885-6.

LACERDA, Y. **Saúde e espiritualidade nas atividades corporais.** Rio de Janeiro: Editora Gama Filho. 2001.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; SANCHEZ, M.; ZALESKI, M.; CAETANO, R. **Alcohol use patterns among Brazilian adults.** Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, v.32, p.231-241, 2010.

LARANJEIRA, R.; MADRUGA, C.S.; PINSKY, I.; CAETANO, R.; RIBEIRO, M.; MITSUHIRO, S. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012. São Paulo: INPAD; 2013.

LEDGER, S. Holistic care: The duty of nurses to meet patients' spiritual and/or religious needs. British Journal of Nursing, London, v.14, n.4, p.220-225, Feb./Mar. 2005.

LEMMER, C.M. Recognizing and caring for spiritual needs of clients. Journal Holistic Nursing, Springfields, v.23, n.3, p.310-322, Sep. 2005.

LIMA, R.C.D. Enfermeira uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. Vitória: Edufes; 2001.

LYRA DA FONSECA, J.L.C. et al. **Homens e cuidado: uma outra família?** In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. (Org.). Família: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2003.

LOCH, M.R. Comportamentos relacionados à saúde e indicadores de religiosidade em adolescentes escolares. Santa Catarina, 2006. Dissertação de Mestrado apresentado a Universidade Federal de Santa Catarina. Orientador: Markus Vinicius Nahas.

LUCCHETTI, G.; GRANERO LUCCHETTI, A.L.; PERES, M.F.; LEÃO, F.C.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H.G. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). J Relig Health. 2010, in press.

LUKOFF, D. Toward a more culturally sensitive DSM-IV (psychoreligious and psychospiritual problems). The Journal of Nervous and Mental Disease, 1992; 180, 673-682.

MAcLAREN, J.A. Kaleidoscope of understandings: spiritual nursing in a multi-faith society. Journal of Advanced Nursing, Oxford, v. 45, n.5, p.457-464, Mar.2004.

MAGNABOSCO, M.B.; FORMIGONI, M.L.O.S.; RONZANI, T.M. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária a Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). Rev Bras Epidemiologia, v. 10, n. 4, p. 637-647, 2007.

MARQUES, A.C.P.R.; FURTADO, E.F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. Rev. Bras. Psiquiatr. 2004, vol.26, suppl.1, pp. 28-32.

MARQUES, M.R. Consumo de álcool entre trabalhadores da comunidade portuária de Salvador e Aratu: fatores de risco psicossocial e saúde mental / Mirian Ribeiro Marques. – Salvador: Fundação Visconde de Cairu, 2009.

MARQUES, A.C.P.R.; FURTADO, E.F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. Rev Bras Psiquiatr. 2004; 26 (Supl I):28-32.

MATTOS, M.H.O.; SILVA, L.A.; FRANKEN, R.A. **Tabagismo no currículo da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.** Rev. bras. educ. med. 2009; 33(1):33-39.

McEWAN, W. **Spirituality in nursing: what are the issues?** Orthopaedic Nursing, Pitman, v.23, n.5, p. 321-326, Set./Oct. 2004.

MCLELLAN TA, M.K. Contemporary addiction treatment: a review of systems problems for adults and adolescents. Biology Psychiatry, 2004; n. 56.

McSHERRY, W.; CASH, K. **The language of spirituality: na emerging taxonomy.** International Journal of Nursing Studies, Oxford, v.41, n.2, p. 151-161, Feb. 2004.

MENDONÇA, C.S. **Saúde da Família, agora mais do que nunca!** Ciência & Saúde Coletiva, 14(Supl. 1):1493-1497, 2009.

MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J.U.; BARROS, A.J.D. **Fatores associados à utilização de serviços ambulatoriais: estudo de base populacional.** Rev Saúde Pública 2003;37:372-8.

MICHALAK, L.; TROCKI, K.; BOND, J. Religion and alcohol in the U.S. National alcohol Survey: How important is religion for abstention and drinking? Drug and Alcohol Dependence, Malden, v.87, n.2/3, p.268-280, March 2007.

MILLER, W.R. Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug **problems.** Addiction 93(7): 979-990, 1998.

MILLER, W.R.; THORESEN, C.E. Spirituality, religion, and health: an emerging research field. American Psychologist 58(1): 24-35, 2003.

MINER-WILLIAMS, D. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. Journal of Clinical Nursing, Oxford, v.15, n.7, p.811-821, July 2006.

MINTO, E.C.; CORRADI-WEBSTER, C.M.; GORAYEB, R.; LAPREGA, M.R.; FURTADO, E.F. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. Epidemiol Serv de Saúde. 2007; 16(3): 207-20.

MIRRA, A.P. et al. **Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar**. AMB; ANS. São Paulo:SP, 2011.

MOHR, W.K. **Spiritual issues in psychiatric care.** Perspectives in Psychiatric Care. Hillsdadale, v. 42, n. 3, p. 174-183, Aug. 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H.G. **Religiousness and Mental Health.** Revista Brasileira de Psiquiatria 28(3): 242-50, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A; PINSKY, I; ZALESKI, M; LARANJEIRA, R. Envolvimento religioso e fatores sociodemograficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey. Rev Psiq Clín. 2010;37(1):12-5.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; PERES, M.; ALOE, F.; NETO, F.L.; KOENIG, H. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke. Rev. Psiq. Clín 2008; 35(1); 31-32.

MORETTI-PIRES, R.O.; CORRADI-WEBSTER, C.M.; FURTADO, E.F. Consumo de álcool e atenção primária no interior da Amazônia: sobre a formação de médicos e enfermeiros para assistência integral. Rev. bras. educ. med. 2011, vol.35, n.2, pp. 219-228.

NAGIB, M.G.S. Associação entre religiosidade e uso de álcool na população brasileira. Juiz de Fora, 2009. Dissertação de Mestrado apresentado a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Orientador: Alexandre Moreira de Almeida.

NARAYANASAMY, A. et al. **Responses to the spiritual needs of older people.** Journal Advanced Nursing, Oxford, v. 48, n. 1, p. 6-16, Oct. 2004.

NESS, P.H.V. (2003). Epidemiology and the study of religion. *Religion*, 33, 147-159.

NOBREGA, M.P.S.S.; OLIVEIRA, E.M. **Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa.** Rev Saúde Pública 2005; 39(5): 816-23.

NONNEMAKER, J.M.; NEELY, C.A.; BLUM, R.W. Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: evidence from the national longitudinal study of adolescent health. Social Science & Medicine 57: 2049-2054, 2003.

NOWITZ, L. **Geriatric care management: spiritual challenges.** Journal of Gerontological Social Work, Binghamton, v.45, n.1-2, p.185-201, 2005.

ORMSBY, A.; HARRINGTON, A. The spiritual dimensions of care in military nursing practice. International Journal of Nursing Practice, Carlton, v. 9, n. 5, p. 321-327, Oct. 2003.

PAULA, F.B. Intervenção breve na atenção básica: identificação e orientação no uso e abuso de álcool e outras drogas. Santa Catarina, 2011. Trabalho de conclusão de curso como requisito a obtenção do título em bacharel no curso de graduação em enfermagem. Orientador: Cíntia Nasi.

PECHANSKY, F.; SZOBOT, C.M.; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Pedro de Toledo, n.26, (Suplemento 1), p.14-17, Mai. 2004.

PESUT, B. Fundamental or foundation obligation? Problematizing the ethical call to spiritual care in nursing. Advances in Nursing Science, Hagerstown, v.29, n.2, p.125-133, Apr./Jun 2006.

PILLON, S.C.; BARROS, M.A. Assistência aos usuários de drogas: a visão dos profissionais do programa saúde da família. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):261-6.

PILLON, S.C.; LUIS, M.A.V.; LARANJEIRA, R. **Atitudes dos enfermeiros relacionadas ao alcoolismo.** Nursing, São Paulo, v.96, n.9, p.811-816, 2006.

POWER, J. **Spiritual assessment: developing an assessment tool.** Nursing Older People, Harrow, v. 18, n. 2, p. 16-18, Mar. 2006.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde da Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 133 v.19, n.1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

REGNERUS, M.D.; ELDER, G.H. Religion and vulnerability among low-risk adolescents. Social Science Research, 2003. 32, (4), 633-658.

REZENDE, M.M. Uma provável caracterização do profissional de Saúde Mental que atende dependentes de drogas no Vale do Paraíba. Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental. Vol VI, n.1, p 100-108, 2003.

RIBEIRO, M. **Organização dos serviços para o tratamento da dependência do álcool.** Revista Brasileira de Psiquiatria. Vol 26, p59-62. 2004.

RIBEIRO, M.C.S.A.; BARATA, R.B.; ALMEIDA, M.F.; SILVA, Z.P. **Perfil** sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. Ciênc. saúde coletiva. 2006, vol.11, n.4, pp. 1011-1022.

RONZANI, T.M.; RIBEIRO, M.S.; AMARAL, M.B.; FORMIGONI, M.L.O.S. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. Cad Saúde Pública, v.21, p.109-118, 2005.

RONZANI, T.M.; FURTADO, E.F. **A intervenção breve na UBS: quem pode aplicá-la?** In: SENAD. Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substancias Psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento, Brasília, DF: SENAD; 2006, p. 49-57.

RONZANI, T.M. **Padrão de uso de álcool entre pacientes da atenção primária à saúde: estudo comparativo.** Revista de APS, Juiz de Fora, v.11, n.2, p.163-171, abr./jun. 2008.

ROOM, R.; BABOR, T., REHM, J. **Alcohol and public health.** Lancet. 2005; v.365 n. 9458, p. 519-30.

ROSENSTOCK, K.I.V.; NEVES, M.J. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. Rev. bras. enferm. 2010, vol.63, n.4, pp. 581-586.

ROSS, L. **Spiritual care in nursing: na overview of the research to date.** Journal of Clinical Nursing, Oxford, v.15, n.7, p.852-862, July 2006.

SANCHEZ, Z.V.D.M.; OLIVEIRA, L.G.; NAPPO, S.A. **Razões para o não uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco.** Saúde Pública 2005;39(4):599-605. Disponível em: < http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n4/25532.pdf>. Acesso em: 05 de mai. 2011.

SANCHEZ, Z. M. As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas: a experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas. Tese (Doutorado). UNIFESP. São Paulo, 2006.

SAWATZKY, R.; PESUT, B. **Attributes of spiritual care in nursing practice.** Journal Holistic Nursing, Spriengfield, v. 23, n. 1, p. 19-33, Mar. 2005.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad Saude Publica. 2004;20(6):1487-1494.

SCHNEIDER, D.R; SPOHR, B.; LEITÃO, C. Caracterização dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas na região da grande Florianópolis. Revista de Ciências Humanas. Florianópolis: EDUFSC. 2006<sup>a</sup>.

SCHRAIBER, L.B. Eqüidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: ABRASCO/Brasília: Fundo de População das Nações Unidas; 2005. p. 39-61.

SCHUNEMANN, H.E.S. O Tempo do Fim: uma história social da Igreja Adventista do Sétimo Dia no Brasil. São Bernardo do Campo, UMESP, 2002. [tese de doutorado].

SCIVOLETTO, S.; MORIHISA, R.S. Conceitos básicos em dependência de álcool e outras drogas na adolescência. Jornal Brasileiro de Dependência Química 2001; 2 (Supl 1): 30-33.

SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família.** Rev. Saúde Pública. 2000, vol.34, n.3, pp. 316-319.

SENAD (Secretaria Nacional de Política sobre Drogas) 2003. **Informações sobre drogas.** Disponível em <<u>http://obid.senad.gov.br/OBID/Portal/index.jsp?iIdPessoaJuridica=1</u>>. Acesso em: 11 abr. 2011.

\_\_\_\_\_. **Relatório brasileiro sobre drogas** / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; Brasília: SENAD, 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL (SMSDC). Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde / Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. – Rio de Janeiro: SMSDC, 2011.

SEGATTO, M.L.; PINSKY, I.; LARANJEIRA, R.; REZENDE, F.F.; VILELA, T.R. **Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios.** Cad Saúde Púb. 2007; 23(8):1753-762.

SÍCOLI, J.L., NASCIMENTO, P.R. Health promotion: concepts, principles and practice, Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.7, n.12, p.91-112, 2003.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer.** Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2002.

SILVA, L.V.E.R. et al. **Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 40, n.2, p.280-288, 2006.

SPURLOCK, W.R. **Spiritual well-being and caregiver burden in Alzheimer's caregivers.** Geriatric Nursing, London, v. 26, n. 3, p. 154-161, May/June 2005.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde; 2002.

STERN, J.; JAMES, S. Every person matters: enabling spirituality education for nurses. Journal of Clinical Nursing, Oxford, v.15, n.7, p.897-904, July 2006.

STRAWBRIDGE, W.J.; COHEN, R.D.; SHEMA, M.S.; KAPLAN, G.A. Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. American Journal of Public Health, 1997. 87, (6), 957-961.

STREINER, D.L.; NORMAN, G.R., 1998. **Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use.** 2<sup>nd</sup> Ed. Oxford: Oxford University Press.

SULLIVAN, W.P. It helps me to be a whole person: The role of spirituality among the mentally challenged. Psychosocial Rehabilitation Journal, 1993;16,125-134.

SUMNER, C. Recognizing and responding to spiritual distress. American Journal of Nursing, New York, v. 98, n. 1, p. 26-30, Jan. 1998.

TAUNAY, T.C.D.; GONDIM, F.A.A.; MACÊDO, D.S.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; GURGEL, L.A.; ANDRADE, L.M.S.; et al. **Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL).** Rev Psiq Clín. 2012;39(4):130-5.

TAVARES, B.F.; BÉRIA, J.U.; LIMA, M.S. Factors associated with drug use among adolescent student. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.38, n.6, p.787-796, dez. 2004.

TELLERÍA, J.M. Reflexiones autocríticas acerca de una investigación sobre la búsqueda de atención y demandas en salud de hombres en Santa Cruz de La Sierra – Bolivia. In: CÁCERES, C. F. et al. (Org.). La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; PINHEIRO, R.; BRITO, A. **Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social.** Rev Panam Salud Publica, v. 11, n. 5/6, 2002.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME – UNODC. World Drug Report
2010. New York: UNODC, 2010. (United Nations Publication, Sales No. E.10.XI.13).
World Drug Report 2011. Vienna: UNODC, 2011.
World Drug Report 2012 (United Nations publication, Sales No. E.12.XI.1)
OMS. Programa conjunto UNODC/OMS sobre el tratamiento y la atención de la
<b>drogodependencia.</b> Impreso en Austria V.10-53634 – Agosto de 2010.
VINTÉM, J.M. Inquéritos nacionais de saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de gênero e da escolaridade. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 26, n°2. Jul/Dez 2008.
WAGNER, E.F.; WALDRON, H.B. Innovations in adolescent substance abuse intervention. New Yorlk Pergamon Press, 2001.
WILLS, T.A.; SANDY, J.M.; YAEGER, A.M. <b>Buffering effect of religiosity for adolescent substance use.</b> Psychology of Addictive Behaviors 17(1): 24-31, 2003.
WHOOLEY, M.A.; BOYD, A.L.; GARDIN, J.M; WILLIANS, D.R. Religious involvement and cigarette smoking in Young adults: the cárdia stydy. Arch. Intern. Med., 2002. 162, 1604-1610.
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). <b>WHOQOL</b> and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) - report on WHO Consultation. Geneva; 1998. (WHO/MSA/MHP/98.2, 2-23)
<b>ASSIST: guidelines for use in primary care.</b> draft version only v1.1 september
2003. Disponível em:
http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_The_ASSIST_Guidelines.pdf.  Acesso em: 02 Set. 2011

Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas. Genebra:
WHO, 2004a.
Building blocks for tabacco control: a handbook. Geneva: WHO, 2004b.
Substance use among young people in urban environments. Genebra: WHO,
2005.
ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health
<b>Problems.</b> 10th rev. Version for 2010. Disponível em: <
http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf?ua=1>. Acesso em 12
jan 2014.
Who report on the global epidemic, 2011. Warning about the dangers of tobacco.
Washington (DC); 2011.
<b>Digital library:</b> constitution of the World Health Organization.
WORTHINGTON, J.R.; E.L.; KURUSU, T.A.; MCCULLOUGH, M.E. Empirical research
on psychotherapeutic processes and outcomes: A 10-year review and research
prospectus. Psychological Bulletin, 119, 448-487. 1996.
WRIGHT, L.M. <b>Spirituality, suffering, and illness: ideas for Healing.</b> Philadelphia: F.A.
Davis, 2005. 229p.
ZENAIDE, M.L.R.; BALDACCI, E.R. Uso de substâncias psicoativas em adolescentes de
escola pública e privada da cidade de Santos. Revista Paulista de Pediatria, São Paulo,
v.24, n.2, p.127-134. Ago./Dez. 2006.
I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população
brasileira. Elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeira [et al.] ; Revisão técnica
científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas,
2007.

II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005 / E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], -- São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2007.

**ANEXO** 

### ANEXO A

# Universidade Federal do Rio de Janeiro Escola de Enfermagem Anna Nery

Questionário Nº	Data da Entrevista://
SEÇÃO I – PERGUNTAS	S DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO -DEMOGRÁFICA
1) Sexo: (0) Feminino (1) Masculino	
2) Qual é a sua idade? a	anos
3) Você diria que a cor da sua (0) Branca (1) Negra (2) Parda	pele/raça é?
4) Qual é a sua situação conju (0) Casado (a) ou vive em união (1) Separado (a) ou Divorciado (2) Viúvo (a) (3) Solteiro (a) (nunca se casou	(a)
5) Qual é o seu grau de escola: (0) Ensino Fundamental Incomp (1) Ensino Fundamental Compl (2) Ensino Médio Incompleto (3) Ensino Médio Completo (4) Ensino Superior Incompleto (5) Ensino Superior Completo (6) Outros	pleto eto
6) Em relação ao trabalho, no (0) Empregado (1) Desempregado(a) (4) Aposentado(a) ou Pensionis	
	ua renda familiar líquida, isto é, a soma de rendimento, já pessoas que contribuem regularmente para as despesas de
8) Quantas pessoas, sejam ac para viver?	dultos ou crianças, incluindo você, dependem dessa renda

#### 9) Você possui alguma religião atualmente?

- (0) Sim
- (1) Não (Vá para a pergunta 12)

### 10) Qual a sua religião?

- (0) Católica
- (1) Evangélica
- (2) Espírita Kardecista
- (3) Afrobrasileira
- (4) Cultos Asiáticos
- (5) Outra

### SEÇÃO II - ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERSIDADE DUKE

#### 11) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

- (0) Mais do que uma vez por semana
- (1) Uma vez por semana
- (2) Duas a três vezes por mês
- (3) Algumas vezes por ano
- (4) Uma vez por ano ou menos
- (5) Nunca

# 12) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

- (0) Mais do que uma vez ao dia
- (1) Diariamente
- (2) Duas ou mais vezes por semana
- (3) Uma vez por semana
- (4) Poucas vezes por mês
- (5) Raramente ou nunca

#### 13) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

- (0) Totalmente verdade para mim
- (1) Em geral é verdade
- (2) Não estou certo
- (3) Em geral não é verdade
- (4) Não é verdade

# 14) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

- (0) Totalmente verdade para mim
- (1) Em geral é verdade
- (2) Não estou certo
- (3) Em geral não é verdade
- (4) Não é verdade

#### 15) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

- (0) Totalmente verdade para mim
- (1) Em geral é verdade
- (2) Não estou certo

- (3) Em geral não é verdade
- (4) Não é verdade

# SEÇÃO III - ASSIST

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

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quendo estava na escola?
  Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
  Se "SiM" para alguma droga, continue com as demais questões

2. Durante os três últimos meses, com que freqüência você utilizouessa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	NUMCA	1 OU 2 WEZES	WENSALMENTE	SEMANAL MENTE	DUINGAMENTE OU OUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
s. masonha	0	2	3	A	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e, anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g.hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

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

3. Durante os três últimos meses, som que freqüência você teve um forte desejo ou urgência em sonsumir? (primeira droga, segunda droga, eto))	HUNCA	1 00 2 NEZES	MERSALMENTE	SEMANALMENTE	DIMINAMENTE OU GUAST. TODOS OS DIAS
a, derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b, bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
s, maconha	0	3	4	5	6
d, cocaina, crack	0	3	4	5	6
e, anfetaminas ou êxtase ,	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g.hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h, alucinógenos	0	3	4	5	6
i, opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

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

5. Durante os três últimos meses, com que freqüênci i, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperalias de você?	NUNCA	1 OW 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMAMAL MENTE	DIMINAMENTE OU OUASE TODOS OS DIAS
a, derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b, bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
s. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaina, crack	0	5	6	7	8
e, anfetaminas ou êxtase	0	8	6	7	8
f, inalantes	0	5	6	7	8
g.hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i, opióides	0	5	6	7	8
i. outras, especificar	0	5.	6	7	8

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) e não conseguiu?	ийо илиса	SIM, NOS ÚLTIMOS 3 MESES	SIM, WAS HÃO NOS ÚLTIMOS 3 MESES
a, derivarlos do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g.hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

#### FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na guestão 1

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) ?	вао поися	SIPA MOS ULTIMOS 3 DRESES	SINL MAS RIÄO NOS ÜRTIMOS JANESES
a. derivados do tabaco	0	6	3
b, bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaina, crack	0	6	3
e, anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g.hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

	na vez você já usou (Apenas uso não mo	
NÃO,	SIM, nos	SIM, mas não nos
nunca	últimos 3 meses	últimos 3 meses

## POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)

b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermutes, caninha, rum tequila, gin)

c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)

d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)

e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)

f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)

g.hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)

h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)

i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)

j. outras - especificar:

#### PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

*	Anote a pontuação para cada droga. Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Álcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Estimulantes tipo anfetamina		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos / sedativos	•	0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides .		0-3	4-26	27 ou mais

#### ANEXO B

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO/SMS/ RJ



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES DE PROTEÇÃO ASSOCIADOS A RELIGIOSIDADE E O CONSUMO DE

ALCOOL, TABACO E MACONHA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: NATALY DA ROCHA QUEIROZ

Area Temática: Versão: 2

CAAE: 07150212.6.0000.5279 Instituição Proponente:

Patroolnador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 398.890 Data da Relatoria: 16/08/2013

Apresentação do Projeto: Nada mais a observar. Objetivo da Pesquisa:

Nada mais a observar.

Availação dos Riscos e Beneficios:

Nada mais a observar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nada mais a observar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nada mais a observar.

Recomendações:

Nada mais a observar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Enderago: Rus Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710

Bailno: Cidade Nova CEP: 20.211-001

UF: RJ Municipio: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)0971-1483 Fax: (21)2293-4826 E-mail: oepama@rio.rj.gov.br

Página 01 de 03

# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 390,890

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a oritério do CEP:

RIO DE JANEIRO, 18 de Setembro de 2013

Assinador por: Salesia Felipe de Oliveira (Coordenador)

Enderago: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710

Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-901

UF: RJ Municipio: RiO DE JANEIRO

Telefone: (21)3971-1483 Fax: (21)2293-4828 E-mail: osperne@rio.rj.gov.br

Página 02 de 03

**APÊNDICE** 



# APÊNDICE I



# UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Resolução nº 466/2012- Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: "PADRÃO DE CONSUMO DE DROGAS E FATOR DE PROTEÇÃO ALIADO A RELIGIOSIDADE: UMA VISÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA", que tem como objetivos (i) Identificar associação entre religiosidade e consumo de álcool e tabaco, em uma comunidade do município do Rio de Janeiro – RJ; (ii) Descrever o padrão de consumo de álcool e tabaco, em uma população atendida na Estratégia Saúde da Família, em uma comunidade do município do Rio de Janeiro – RJ; (iii) Verificar a associação entre a religiosidade e o padrão de consumo de álcool e tabaco nessa população.

Suas respostas serão tratadas de forma sigilosa, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas e serão destruídos após cinco anos da sua coleta.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Instituição.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário de perguntas elaboradas pelos pesquisadores envolvidos e pela Organização Mundial de Saúde. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Os benefícios relacionados com a sua participação são: informá-lo sobre os malefícios do uso de álcool quando consumido excessivamente e o consumo de drogas; ampliar o conhecimento científico sobre os estudos referentes a álcool e outras drogas tanto para os profissionais de saúde quanto para a sociedade.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/email e o endereço do pesquisador principal, e demais membros da equipe, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Esta pesquisa foi aprovada protocolo 398.890 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSDC/RJ.

Pesquisadora: Nataly da Rocha Queiroz e-mail:nathyrq@gmail.com. tel: 7704-0998 Sob a orientação: Profª.Drª Ângela Abreu e-mail: angelabreu@globo.com. tel: 2293- 8899 Ramal 223 Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Tel: 3971-1463				
Data,dede 2013.				
Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.				
Sujeito da pesquisa				