



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA-UNESP**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**  
**Faculdade de Medicina de Botucatu**  
**Departamento de Saúde Pública**

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES ALCOOLISTAS**  
**ATENDIDAS EM SERVIÇO AMBULATORIAL**

*PATRICIA REGINA ZAMPIERI*

**Botucatu – SP**

**2013**

**PATRICIA REGINA ZAMPIERI**

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES ALCOOLISTAS  
ATENDIDAS EM SERVIÇO AMBULATORIAL**

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ivete Dalben

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Odete Simão

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu como requisito para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, área de concentração: Saúde Pública.

**Botucatu**

**2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE - CRB 8/5651

Zampieri, Patricia Regina.

Qualidade de vida de mulheres alcoolistas atendidas em serviço ambulatorial /  
Patricia Regina Zampieri. - Botucatu, 2013

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de  
Botucatu

Orientador: Ivete dalben

Coorientador: Maria Odete Simão

Capes: 40602001

1. Mulheres - Uso do álcool. 2. Alcoolismo. 3. Qualidade de vida. 4. Cuidados  
médicos ambulatoriais.

Palavras-chave: Mulheres alcoolistas; Qualidade de vida; Serviço ambulatorial.

*À minha mãe, **Leopoldina** (in memoriam), que foi um exemplo em minha vida.*

*Deixou muitas recordações de seus valores através dos livros que gostava de ler, escrevendo neles... "Não conhece as verdadeiras riquezas o homem que, recebendo o que pode, não dá. A questão não é saber quanto temos recebido no mundo, mas quanto temos ajudado os outros a receber."*

---

## *Agradecimentos*

*Em primeiro lugar, à prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ivete Dalben Soares pela singularidade na condução da pesquisa, orientação, presença e esforço que vão além de qualquer situação. Pelas boas palavras e seu bom humor que se tornaram um guia para os momentos mais difíceis. E ajuda mais preciosa em minha vida tanto acadêmica quanto fora dela.*

*À Dr<sup>a</sup> Maria Odete Simão, minha coorientadora, pelo brilhantismo na área de dependência, especialmente quando o tema são mulheres alcoolistas. Pelas orientações, correções e dedicação. A seriedade dada ao trabalho, o uso correto das palavras e da redação científica, ao mesmo tempo pela capacidade de tornar o aprendizado mais leve e confortável para mim.*

*Ao prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> José Eduardo, do GAP (Grupo de Apoio a Pesquisa da FMB-UNESP), matemático e estatístico, pela logística, compreensão e melhor condução do estudo. Valor aos números com muita sensibilidade e delicadeza na sua orientação para interpretá-los. Trouxe um sentimento de muita sorte em minha vida pela sua presença neste trabalho.*

*Uma referência especial ao prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Adriano Dias, do Departamento de Saúde Pública, tão prestativo e correto em seus ensinamentos e orientações, que há muitos anos me auxilia e incentiva nos estudos, um exemplo de perseverança.*

*À Regina El Dib, consultora e pesquisadora científica em Medicina Baseada em Evidências da FMB, pelo auxílio e orientação para uma busca correta na revisão sistemática de literatura.*

*À Lucilene, secretária do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pela atenção, trabalho correto e amizade.*

*À Débora, secretária do Serviço de Apoio do HCFMB, pelo auxílio e paciência nos momentos difíceis.*

*Ao pessoal do Departamento de Saúde Pública e aos docentes, muito obrigada!*

---

*Ao pessoal do CAPSadII Bauru, que proporcionaram uma experiência nova em minha vida. À Carmen e Eliana, que sofreram comigo na busca das mulheres alcoolistas e me orientaram para que tudo ocorresse da melhor forma.*

*A todos amigos e familiares que sempre estiveram incentivando e torcendo por mim. Especialmente à minha irmã Raquel, tão presente, solidária, com espírito cheio de vontade e participante sempre em minha defesa.*

*E ao meu amado filho Rafael, sempre tão compreensivo.*

---

*Recria tua vida, sempre, sempre.  
Remove pedras e planta roseiras e faz doces. Recomeça.*

*Cora Coralina*

---

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS:	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad:	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CID-10:	10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças da OMS
DRS:	Departamentos Regionais de Saúde
DSM-IV:	4ª Edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana
FMB:	Faculdade de Medicina de Botucatu
GAF:	Grupo de Alcoolismo Feminino do Ambulatório de Psiquiatria da FMB
HCFMB:	Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu
IBGE:	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OBID:	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OMS:	Organização Mundial da Saúde
PNAD:	Política Nacional sobre Drogas
SADD:	Short Alcohol Dependence Data
SDA:	Síndrome de Dependência do Álcool
SENAD:	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SES:	Secretaria Estadual de Saúde
SF-36:	Medical Outcomes Short-Form Health Survey
SRT:	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS:	Sistema Único de Saúde
UNESP:	Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"
UNIAD:	Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas

---



**LISTA DE FIGURA**

**Figura 1 –** Mapa Divisão Regional da Saúde – VI..... 43

---

**LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1 –</b>	Caracterização sociodemográfica dos casos novos de mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII de Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012 .....	54
<b>Tabela 2 –</b>	Caracterização dos casos novos de mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII de Bauru, segundo escolaridade, ter emprego, número de moradores na residência e de pessoas empregadas e renda familiar, janeiro 2010 a janeiro de 2012 .....	55
<b>Tabela 3 –</b>	Caracterização dos casos novos de mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII de Bauru, segundo idade que começou a ingestão alcoólica, janeiro 2010 a janeiro de 2012 .....	56
<b>Tabela 4 –</b>	Caracterização dos casos novos de mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII de Bauru, segundo o tipo de bebida favorita, janeiro 2010 a janeiro de 2012.....	56
<b>Tabela 5 –</b>	Caracterização dos casos novos de mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII de Bauru, segundo local de consumo de bebida alcoólica, janeiro 2010 a janeiro de 2012 .....	57
<b>Tabela 6 –</b>	Caracterização dos casos novos de mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII de Bauru, segundo o padrão de ingestão de bebida alcoólica, no primeiro momento, janeiro 2010 a janeiro de 2012 .....	57
<b>Tabela 7 –</b>	Caracterização dos casos novos de mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII de Bauru, segundo tempo de abstinência e quantidade ingerida, janeiro 2010 a janeiro de 2012 .....	58
<b>Tabela 8 –</b>	Caracterização dos casos novos de mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII de Bauru, segundo periodicidade do comparecimento, janeiro 2010 a janeiro de 2012 .....	58
<b>Tabela 9 –</b>	Caracterização dos casos novos de mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII de Bauru, no primeiro momento, em relação a usuárias destes serviços, janeiro 2010 a janeiro de 2012 .....	59
<b>Tabela 10 –</b>	Caracterização dos casos novos de mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII de Bauru, em relação às pessoas ou estruturas que foram referidos como principal apoio ao chegar ao Serviço de Saúde, janeiro 2010 a janeiro de 2012 .....	59

---

---

<b>Tabela 11</b> – Caracterização dos casos novos de mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII de Bauru, em relação ao emprego, janeiro 2010 a janeiro de 2012.....	60
<b>Tabela 12</b> – Distribuição, por momentos de tratamento, segundo o estado civil, das mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012.....	60
<b>Tabela 13</b> – Distribuição, por momentos, segundo previdência social das mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012.....	61
<b>Tabela 14</b> – Distribuição, por momentos, segundo a escolaridade das mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012.....	61
<b>Tabela 15</b> – Distribuição, por momentos, segundo ocupação e situação das mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012 .	62
<b>Tabela 16</b> – Distribuição, por momentos, segundo a bebida mais citada como preferida pelas mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012.....	63
<b>Tabela 17</b> – Distribuição, por momentos, segundo padrão de ingestão de bebida alcoólica, que foram atendidos no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012 .	63
<b>Tabela 18</b> – Distribuição, por momentos, atendidos no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, sobre como as mulheres estão em relação ao beber, janeiro 2010 a janeiro de 2012.....	64
<b>Tabela 19</b> – Distribuição, por momentos, conforme o comparecimento ao grupo das mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012 .	65
<b>Tabela 20</b> – Distribuição, por momentos, conforme os serviços de saúde utilizados pelas mulheres alcoolistas, atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012.....	65
<b>Tabela 21</b> – Distribuição, por momentos, de acordo com tipo de aplicação dos instrumentos, nas mulheres atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012.....	66
<b>Tabela 22</b> – Distribuição, por momentos, segundo o apoio citado (e lembrado) para participar dos grupos, pelas mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012.....	66
<b>Tabela 23</b> – Distribuição, por momentos, das mulheres alcoolistas que referiram estar empregadas e foram atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012.....	67

---

<b>Tabela 24</b> – SADD e SF-36 aplicados aos casos novos (n=33), de mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012 .....	68
<b>Tabela 25</b> – Correlação do emprego nos três momentos do estudo em relação ao SADD, das mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012 .....	69
<b>Tabela 26</b> – Média e desvio padrão das variáveis quantitativas, do SADD e SF-36 nos três momentos, das mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012 .....	69
<b>Tabela 27</b> – Correlações do SADD em relação aos domínios do SF-36, no geral e nos três momentos, das mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012 .....	71

---

---

## RESUMO

A dependência do álcool é um grave problema mundial, associada a uma menor qualidade de saúde física, emocional, mental e espiritual, com custo individual, familiar e social muito alto. No Brasil, o álcool é uma das substâncias mais consumidas, apesar de 48% da população adulta ser abstinente: 35% dos homens e 59% das mulheres. A necessidade de tratamento especial para mulheres dependentes de álcool tornou-se uma faceta cada vez mais importante da investigação da dependência e prática. O objetivo deste trabalho foi avaliar a qualidade de vida de mulheres dependentes de álcool. Entrevistou-se 33 pacientes em acompanhamento no Programa de Tratamento de Alcoolismo do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu e no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas de Bauru. Foram coletados dados dos casos novos que entraram nos serviços a partir de 2010 e realizado seguimento dos mesmos por 3 e 6 meses (até janeiro de 2012). Foram aplicados instrumentos, em forma de entrevista, referentes aos dados sociodemográficos e ao padrão de ingestão alcoólica. Utilizou-se os instrumentos SADD para determinação da gravidade da dependência e o SF-36 para avaliação da qualidade de vida em todos os momentos. As mulheres alcoolistas referiram ter companheiro (66,7%), tinham ensino fundamental incompleto (60,6%), estavam empregadas (81,8%), sendo a ocupação mais citada trabalhadoras de serviços de limpeza (39,4%), mas não tinham previdência social (66,7%). A média do início da ingestão alcoólica foi de  $25,36 \pm 13,01$  anos. A bebida favorita mais citada em todos os momentos foi a pinga, seguida de cerveja. O local mais citado para consumir as bebidas alcoólicas foi a própria residência (66,7%). Ao entrarem nos serviços referiram-se abstinente (69,7%), entretanto após 3 meses a ingestão esporádica e a ingestão frequente foram citados por 51,5% das mulheres e após 6 meses por 54,5%. Quanto a frequência no tratamento, 93,9% compareciam semanalmente no serviço, mas no segundo momento houve aumento significativo do abandono ( $p < 0,0001$ ), mantendo-se após 6 meses de seguimento. Também aumentou a saída das mulheres do tratamento e da referência de não usar nenhum ou outros serviços de saúde. Os principais motivadores do tratamento referidos foram o grupo, família e companheiro. Ao iniciarem o tratamento eram dependentes graves. Observou-se que o escore geral de qualidade de vida era mediano, sendo o domínio mais baixo para os aspectos emocionais e mais alto para o estado de saúde seguido da capacidade funcional. Ocorreu mudança na pontuação do SADD para dependência moderada após 3 meses e mantendo-se no último seguimento. Em relação à qualidade de vida, houve melhora em relação aos domínios: vitalidade, aspectos sociais, saúde mental, aspectos do limite emocional. Não houve diferença entre os momentos para o limite físico, em relação à dor e ao estado de saúde. Pode ser considerado como melhora a diminuição da pontuação do SADD, as mulheres alcoolistas estarem trabalhando e com companheiro, entretanto, a pontuação da escala do SF-36 apesar de ter aumentado durante o acompanhamento e sugerir uma melhora na qualidade de vida, ainda pode ser percebida como ruim.

**Palavras-chave:** mulheres alcoolistas; qualidade de vida; serviço ambulatorial.

---

## ABSTRACT

Alcohol dependence is a serious global problem, associated with a lower quality of physical, emotional, mental and spiritual cost to individual, family and social too high. In Brazil, alcohol is one of the most consumed substances. Although 48% of the adult population to be abstinent: 35% of men and 59% women. The need for special treatment for women addicted to alcohol has become an increasingly important aspect of research and practice of addiction. The aim of this study was to evaluate the quality of life of women alcoholics. We interviewed 33 patients followed at the Alcoholism Treatment Program of the Clinical Hospital of the Faculty of Medicine of Botucatu and Psychosocial Care Center Alcohol and Drug Bauru. We collected data from new cases that entered service from 2010 and were followed up by the same 3 and 6 months (until January 2012). Instruments were administered in an interview, referring to sociodemographic data and the pattern of alcohol intake. The instrumentation used for determining the severity SADD dependence and SF-36 quality of life assessment at all times. Alcoholic women had a partner (66.7%) had incomplete primary education (60.6%), were employed (81.8%) being the most frequently cited occupation workers cleaning services (39.4%), but they had no social security (66.7%). The average onset of alcohol intake was  $25.36 \pm 13.01$  years. The most cited favorite drink at all times was the drips, then beer. The most often cited for consuming alcohol was his own residence (66.7%). By entering the services mentioned are abstinent (69.7%), but after 3 months intake sporadic and frequent intake were cited by 51.5% of women and after 6 months by 54.5%. As the frequency in the treatment, 93.9% attended weekly service, but the second time there has been significant drop ( $p < 0.0001$ ), remaining after 6 months follow-up. Also increased the output of the treatment of women and do not use any reference or other health services. The main drivers of treatment were referred to the group, family and partner. When starting treatment were severely dependent. It was observed that the overall score for quality of life was average, and the lower area to emotional aspects and higher for state health followed functional capacity. Change occurred in the SADD score for moderate dependency after 3 months and remained at the last follow-up. Regarding quality of life, improved relative to the domains: vitality, social functioning, mental health, and emotional aspects of the limit. There was no difference between the times to the physical limit in relation to pain and health status. Can be considered as improves the score decrease of SADD, alcoholic women are working and companion, though the scale score of the SF-36 despite having increased during follow-up and suggest an improvement in quality of life, can still be perceived as bad.

**Keywords:** women alcoholics; quality of life; outpatients.

---

---

**SUMÁRIO**

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>20</b>
1.1. Alcoolismo.....	20
1.2. Contextualização do álcool .....	21
1.3. Mulheres alcoolistas.....	23
1.4. Definições para qualidade de vida .....	25
1.5. Modelos de assistência pública aos alcoolistas no Brasil.....	27
1.5.1. Ambulatório.....	30
1.5.2. CAPS AD.....	31
1.6. Algumas considerações sobre terminologia do álcool .....	33
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>37</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>39</b>
3.1. Objetivo Geral.....	39
3.2. Objetivos Específicos .....	39
3.3. Hipótese .....	39
<b>4. SUJEITOS E MÉTODOS .....</b>	<b>41</b>
4.1. Critérios de Inclusão-Exclusão.....	41
4.2. Instrumentos .....	41
4.3. Locais de Estudo .....	43
4.4. Procedimentos .....	47
4.5. Categorização das variáveis .....	48
4.6. Análise estatística.....	49
4.7. Revisão da Literatura.....	50
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>54</b>
5.1. Descrição dos casos novos .....	54
5.2. Verificação das mudanças nos três momentos .....	60
5.3. SADD E SF-36 por Momentos .....	68
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>73</b>
6.1. Sobre a Severidade da Dependência Alcoólica.....	83
6.2. A qualidade de vida no alcoolismo feminino.....	85
6.3. Correlação entre a Severidade da Dependência Alcoólica e os domínios da Qualidade de Vida.....	92

---

<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>96</b>
<b>7.1. Conclusões.....</b>	<b>96</b>
<b>7.2. Limitações do estudo .....</b>	<b>96</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>109</b>
<b>Anexo 1 – Dados Sociodemográficos .....</b>	<b>109</b>
<b>Anexo 2 – Short Alcohol Dependence Data (SADD) .....</b>	<b>111</b>
<b>Anexo 3 – Medical Outcomes Study 36 - item Short - form Health Survey         (SF-36).....</b>	<b>112</b>
<b>Anexo 4 – Carta de convocação .....</b>	<b>117</b>
<b>Anexo 5 – Termo de consentimento para Bauru.....</b>	<b>118</b>
<b>Anexo 6 – Termo de consentimento para Botucatu.....</b>	<b>119</b>
<b>Anexo 7 – Aprovação do Comitê de Ética, UNESP, Botucatu.....</b>	<b>120</b>
<b>Anexo 8 – Declaração para realização da pesquisa em Bauru .....</b>	<b>121</b>

---



*Apresentação*

---

## APRESENTAÇÃO

Este é um estudo sobre mulheres alcoolistas.

Como havia trabalhado no mestrado com este tema, ao conversar com minha orientadora, ela sugeriu a possibilidade de estudarmos a qualidade de vida.

Assim, foi necessário solicitar mais um local para realizarmos a pesquisa, o CAPSadII de Bauru, pois é a cidade em que moro, o que seria um facilitador à coleta de dados, além de ser o responsável pelo DRS VI.

Continuaríamos com a pesquisa no Ambulatório de Psiquiatria do HCFMB, juntamente ao Grupo de Alcoolismo Feminino (GAF) e com a orientação e auxílio estratégico da coordenadora do grupo, que mais tarde foi convidada à coorientação, como no mestrado.

Ao solicitar os serviços para a pesquisa, foi pedido um auxílio das coordenadoras para chegarmos até essas mulheres, dependentes de álcool e no máximo tabaco, para assim aplicarmos os instrumentos para realização do projeto.

De acordo com a metodologia de pesquisa, houve a descrição de como realizam as atividades e em nenhum momento, ocorreu questionamento sobre as condutas ou formas de lidar com esta população, seja no Ambulatório ou no CAPS AD. E ao finalizar minha pesquisa, irei apresentá-la à equipe de Bauru.

Chegou-se ao número de 33 mulheres alcoolistas. O seguimento só foi possível pela aplicação das entrevistas através do telefone, principalmente com o conhecimento do número do celular das participantes.

É recente a mudança do CAPSadII para o prédio em que ocorrem os atendimentos e, com muito trabalho e recursos mínimos, tanto humanos como materiais, tenta-se seguir as normas do Ministério da Saúde para o seu funcionamento. Pode ser considerado um local de aprendizado e de excelente campo para estágio, pois mostra a realidade brasileira em que vivemos na área da saúde.

O Ambulatório do HCFMB, local de meu primeiro contato e de vivências com as mulheres dependentes de álcool, também de estudo e pesquisa, além da

---

formação de profissionais, procura seguir as regras, normas e estruturas para manter um local de ensino padrão e de referência.

---

## *1. Introdução*

---

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Alcoolismo

O alcoolismo é um grave problema mundial associado a uma menor qualidade de saúde física, emocional, mental e espiritual, com custo individual, familiar e social muito alto.<sup>1</sup> Trata-se de dependência do indivíduo ao álcool, considerada doença pela Organização Mundial da Saúde (OMS).<sup>2</sup>

Há na literatura discussões a respeito da abordagem do uso de álcool e o contexto em que se utiliza, além da terminologia correta (alcoólatra ou alcoolista), enfim qual seria a forma mais adequada a ser utilizada. Abordar o uso de bebidas em todas as formas preconizadas (recreativo, abusivo, nocivo, dependência) não é uma tarefa fácil, e pouco possível partindo de apenas uma ótica. Vários fatores e aspectos (biológico, cultural, social, legal) interferem/influenciam o modo de beber e a maneira como a sociedade percebe e avalia esse indivíduo. Debater o uso de bebidas alcoólicas não significa que discute-se a doença. Importante lembrar que ao falarmos de alcoolismo estamos falando de dependência de álcool ou transtorno de comportamento decorrente do uso de álcool.<sup>3,4</sup>

Através dos tempos houve uma evolução na utilização da terminologia, sendo que o termo “alcoolismo crônico” foi utilizado pela 1ª vez por Magnus Huss em 1849 para descrever um conjunto de manifestações patológicas em pessoas que consumiam quantidades excessivas de álcool. Atualmente, utilizam-se os critérios diagnósticos para abuso e dependência do álcool. Para dependência do álcool são definidos pelo DSM-IV, no qual a repetição de problemas decorrentes do uso do álcool em, pelo menos, três das sete áreas de funcionamento (tolerância, abstinência, associada a um curso clínico de maior gravidade), ocorrendo conjuntamente em um período mínimo de 12 meses. Dessa maneira o diagnóstico torna-se objetivo e estruturado, facilitando uma melhor proposta terapêutica.<sup>3,4</sup>

No tocante a terminologia alcoólatra e alcoolista, a primeira foi utilizada por muitos anos pela comunidade científica e leiga para definir a dependência do álcool. Estudos apontaram que ao utilizarmos alcoólatra, significa pessoas que têm uma idolatria pelo álcool, que “opta ou escolhe” seu uso e não alguém que é dependente

---

dele. Acabou gerando preconceito e muitas ações estigmatizantes. Então, foi proposto por alguns pesquisadores o termo alcoolista para definir os indivíduos que apresentam problemas gerados pela dependência do álcool.<sup>3,4</sup>

## **1.2. Contextualização do álcool**

A prevalência global do consumo de bebidas alcoólicas manteve-se estável nos Estados Unidos em torno de 60% das mulheres entre 18 e 65 anos para as duas últimas décadas. Entretanto, tem havido um grande aumento na quantidade consumida por jovens mulheres com idades entre 18 a 25 anos e problemas relacionados com o álcool estão aumentando significativamente na parcela feminina da população. Com isto, a necessidade de tratamento especial destas mulheres, bem como a investigação da dependência de álcool tornaram-se uma faceta cada vez mais importante.<sup>5</sup>

No Reino Unido, também foi observado que, apesar de os homens serem historicamente mais propensos que mulheres a ter problemas com álcool, nas últimas décadas, a diferença entre homens e mulheres diminuiu tanto em relação aos problemas como ao consumo. Quanto à dependência alcoólica, pesquisa recente dos problemas psicológicos na população britânica descobriu que, em geral, pouco mais de 2% das mulheres com idade entre 16 a 64 anos tinham sintomas relatados de dependência do álcool, isto comparado com 7,5% dos homens da mesma faixa etária.<sup>6</sup>

Na América Latina, o consumo de álcool é considerado elevado fator de risco à mortalidade: 3,8% de todas as mortes globais foram atribuídas ao uso de álcool, dos quais 6,2% foram mortes de homens e 1,1%, de mulheres. E a ingestão de bebidas alcoólicas é responsável por 16% da carga total de doenças.<sup>7</sup>

Pesquisa nacional do México também mostrou uma tendência geral para começar a beber precocemente particularmente em meninas. Dos 3,6% dos seus meninos e 2,1% das meninas, que estão na faixa etária de 12 a 17 anos de idade, já podem ter um diagnóstico de abuso ou dependência para álcool. Na população adulta, considerada de 18 a 65 anos, abuso e dependência de álcool aumentou de 4,1% em 2002, e, em 2008, para 5,5%. Nas últimas pesquisas, por sexo, ambos

---

tinham aumentos significativos de 8,3% a 9,7% nos homens e, de 0,4% a 1,7%, nas mulheres.<sup>8</sup>

No Brasil, o álcool é uma das substâncias mais consumidas, apesar de 48% da população adulta ser abstinente: dos homens, 35% e das mulheres, 59%. Na faixa etária de 18 a 24 anos, somente 38% são abstinentes e na faixa mais velha, acima de 60 anos, o índice de abstinência chega a 68%.<sup>9</sup>

Um estudo nacional brasileiro revelou que 52% da população é consumidora ativa de álcool, 29% bebem cinco ou mais doses por ocasião e 28% são bebedores pesados (*binge drinking*<sup>1</sup>). Além disso, 25% relataram ter problemas relacionados ao consumo de álcool, 3% já cumpriram os critérios para o abuso de álcool e 9%, para dependência.<sup>10</sup>

A estimativa de dependentes de álcool foi de 12,3% para o Brasil. Em todas as regiões observaram-se mais dependentes de álcool para o gênero masculino.<sup>6</sup> Uma pesquisa domiciliar, que estudou todas as cidades do sudeste acima de 200 mil habitantes, encontrou 18,9% dos homens e 7,8% das mulheres como dependentes de álcool.<sup>10</sup>

Mostrou o Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (2012) que o crescimento econômico do Brasil nos últimos 10 anos foi o maior da história, aliado a uma maior renda per capita, o que estaria relacionado ao aumento de consumo de álcool. Observou que, enquanto mais da metade da população é *abstêmia*<sup>2</sup>, 32% bebem moderadamente, 16% consomem quantidades nocivas de álcool, sendo que, de cada dois a dez dos bebedores (17%) apresentaram critérios para abuso e/ou dependência de álcool.<sup>11</sup>

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo menos 2,5 milhões de pessoas morrem por ano, em todo o mundo, por causa do consumo inadequado de álcool. Ao se pensar no risco do uso de bebidas alcoólicas, em nosso país, este ainda se restringe aos acidentes de trânsito e à vedação específica existente no Código de Trânsito Brasileiro.<sup>12</sup>

Mas o consumo de álcool está associado a comportamentos de risco, de maior amplitude, não somente beber e dirigir, como: sexo desprotegido, porta de

---

<sup>1</sup> *binge drinking* definido como o consumo, em uma só ocasião, de 5 doses ou mais para homens e 4 doses ou mais para mulheres num período curto de tempo (2 horas).

<sup>2</sup> *abstêmia* pessoa que não bebe.

entrada de outras substâncias psicoativas, prejudicial para comportamento cognitivo e desenvolvimento emocional. Afeta gravemente comunidades carentes, que possuem ampla disponibilidade para acesso a estabelecimentos de venda de bebidas, já que o Brasil é o país que mais possui pontos de vendas de álcool, facilitando o seu consumo, com aumento significativo da violência e criminalidade.<sup>13</sup>

### **1.3. Mulheres alcoolistas**

Historicamente a prevalência de alcoolismo entre as mulheres é menor do que entre os homens. No entanto, devido às mudanças socioeconômicas e na participação da mulher na sociedade, há um aumento cada vez maior na prevalência de mulheres com consumo abusivo e dependência de álcool.<sup>6,14</sup>

O aumento do beber em mulheres tem sido particularmente evidente em adolescentes, e, em alguns adolescentes avaliados, as meninas são mais propensas que os meninos para serem bebedores binge.<sup>6,15</sup>

Explicações para este fenômeno se referem a mudanças no estilo de vida das mulheres, como a tensão causada pelo seu papel dual e o efeito de contágio.<sup>15,16</sup> Desde a década de 1960, houve um aumento no número de mulheres participantes da força de trabalho e os ganhos do sexo masculino para o feminino se estreitaram. O local de trabalho pode ser uma influência importante nos hábitos de consumo do beber, assim como o aumento da renda disponível e maior independência financeira subjacentes ao aumento do consumo de álcool pelas mulheres.<sup>16</sup>

Para as mulheres, uma hipótese discutida é que a existência de um parceiro bebedor aumentaria as chances de ela tornar-se outro bebedor. Sabe-se que beber com amigos ou ter história familiar de abuso de álcool aumentam as chances de torna-se alcoolista. Geralmente é o que acontece entre homens e mulheres trabalhando juntos.<sup>6,11</sup>

O aumento do consumo de álcool entre mulheres pode ocorrer de maneira mais precoce, pontuando que a diferença entre os gêneros tem diminuído progressivamente. Apesar de sua emancipação e engajamento em diversas áreas de atuação, as mulheres que consomem substâncias psicoativas, tendem, por causa do preconceito e da estigmatização, a permanecerem anônimas, retardando a

---



procura por ajuda.<sup>17</sup>

Estas mulheres muitas vezes não têm apoio familiar e, por vergonha e medo, não procuram ajuda institucional. Quando o fazem, comumente são diagnosticadas e tratadas de forma equivocada como portadoras de distúrbios psiquiátricos, por exemplo, sem que o profissional valorize os problemas inerentes ao gênero feminino.<sup>18</sup>

Mulheres possuem uma maior vulnerabilidade fisiológica aos efeitos do álcool, como possuir proporcionalmente maior quantidade de gordura em relação à água corpórea do que homens e, menos capacidade de diluí-lo no corpo, assim, as mulheres terão uma maior concentração dessa substância no sangue do que os homens após beber as mesmas quantidades de álcool. Também as mulheres estão mais sujeitas a doenças hepáticas (cirrose e hepatite), além de o álcool estar associado a um risco maior de câncer de mama, uma vez que as mulheres que bebem mais de três copos de vinho por dia apresentam um aumento de três vezes no risco deste tipo de câncer. Também destaca-se que o beber pesado é conhecido por ser uma causa de infertilidade, visto que pequenas quantidades de álcool podem afetar a fertilidade. O consumo de álcool durante a gravidez pode resultar em danos ao feto, podendo essa ação incluir baixa capacidade de atenção e reação diminuída aos estímulos. Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) pode ocorrer nos filhos de bebedoras pesadas e dependentes (após nascimento, os sintomas podem incluir cabeça anormalmente pequena, defeituoso desenvolvimento de tecidos médios faciais, pequenas anomalias do ouvido externo, problemas cardíacos e genitais). Apesar de o comportamento de consumir bebidas alcoólicas tender a se igualar, o esvaziamento gástrico do álcool é 43% mais lento nas mulheres em relação ao dos homens, podendo levar a um efeito hepatotóxico maior.<sup>6,13,18,19,20</sup>

Estudos sobre familiares indicam que o risco de dependência do álcool é de 4 a 10 vezes mais elevada em filhos de pais alcoolistas. Componentes genéticos e ambientais desempenham um papel substancial na dependência do álcool, que não está relacionado a um único gene, mas à coexistência de vários.<sup>1,17,19</sup>

As mulheres são mais susceptíveis a se apresentar aos serviços de saúde com queixas psiquiátricas, como transtornos afetivos e sintomas de depressão e ansiedade, enquanto o transtorno de personalidade antissocial são mais frequentes nos homens dependentes do álcool.<sup>2</sup> E os fatores considerados preditivos para

---

busca do tratamento consistem em perdas pessoais, sociais e profissionais.<sup>14</sup>

Elas podem ser vítimas do beber de outra pessoa. O álcool é considerado um fator de risco na vitimização e estas são em uma grande proporção de crimes violentos. O álcool também tem sido associado à agressão sexual e estupro, alguns estudos estimam que 52% dos homens condenados por esses crimes estavam usando álcool antes do ataque.<sup>6</sup> Existem diferentes padrões de recaída e a ligação entre o abuso sexual na infância ou adolescência e o desenvolvimento da dependência. E as mulheres são mais prováveis do que os homens a recaídas na presença de amigos do mesmo sexo ou parceiros românticos.<sup>1,5</sup>

A pesquisa do Institute of Alcohol Studies (IAS) mostrou que mulheres com formação superior estavam mais propensas, do que as menos estudadas, a apresentarem padrão de ingestão do tipo binge drinking nos seus 20 anos, mas, aos 40 anos, o padrão era revertido, tinham menor escolaridade e estavam mais propensas ao beber compulsivo. O estudo apontou também que o número de mulheres presas por embriaguez e desordem subiu mais de 50% em 5 anos (2003/4 a 2007) e aumento no envolvimento de mulheres em crimes de violência e assaltos.<sup>6</sup>

Kerr-Corrêa et al (2008) apontaram, em seu estudo sobre diferenças de gênero nos padrões de consumo de álcool, que tem havido uma tendência em direção a um aumento da incidência de abuso de álcool, comparando estudos realizados nas décadas de 1980, 2001 e 2005.<sup>21</sup>

As mulheres são a população mais em risco, bebendo de forma mais nociva, apresentando maiores índices de aumento entre 2006 e 2012. Tem sido observado, também para o sexo feminino, um aumento em relação ao beber embriagando-se (binge drinking) e o beber nocivo, de 36% para 49%. E entre os bebedores frequentes, um aumento mais significativo entre as mulheres, que foi de 29% em 2006 para 39%, em 2012.<sup>11</sup>

#### **1.4. Definições para qualidade de vida**

O conceito de qualidade de vida é relativamente novo, foi introduzido em 1975 como um termo chave em índices médicos e seu estudo sistemático começou no início dos anos 80, principalmente entre oncologistas.<sup>22</sup>

---

Tornou-se uma medida de resultados cada vez mais importante na investigação biomédica e clínica. Ela privilegia o julgamento subjetivo do paciente sobre o objetivo, podendo tais desfechos clínicos ter pouca relação com a qualidade de vida do indivíduo. Ou seja, a percepção de como o seu estado de saúde afeta o funcionamento físico, psicológico, social e bem-estar, não apenas o enfoque sobre as limitações causadas pela doença e tratamento que se alinha com cuidado à patologia centrada no tradicional. Assim, torna-se importante considerar o julgamento subjetivo quando se avaliam os resultados do tratamento.<sup>22</sup>

A desordem do uso do álcool requer de seus pacientes a capacidade de reconstrução e adaptação, a qualidade de vida fica entre a ciência clínica e a social, sendo um pertinente indicador para avaliar a experiência subjetiva e quantificar a carga psicossocial do alcoolismo.<sup>23</sup>

Embora não exista consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, três aspectos são considerados: subjetividade, multidimensionalidade, presença de dimensões positivas (como mobilidade) e dimensões negativas (dor). Pode ser definida como percepção individual que a pessoa tem quanto às suas posições na vida, com seus valores dentro de um contexto cultural no qual está inserida e na interação com os próprios objetivos, expectativas, princípios e preocupações. Abrange uma totalidade sustentada por saúde física, estado psicológico, grau de independência, relacionamentos sociais, relações com o meio ambiente e crenças pessoais.<sup>24</sup>

Outro conceito foi dado por Minayo et al (2000) de que seria uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera como seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.<sup>25</sup>

Uma definição dissemelhante consiste em usar bebidas alcoólicas de uma forma positiva, como um hábito comum e incentivado na maioria das sociedades atuais por ser considerado um desinibidor, um facilitador de relações, uma forma de

---

diminuir as crescentes tensões do cotidiano. Assim, a qualidade de vida estaria relacionada a fatores múltiplos, incluindo bem-estar físico, o estilo de vida, que seria variável de acordo com atividade física, hábitos de fumar e uso de álcool. Os efeitos do álcool, na qualidade de vida, poderiam ser mediadores aos efeitos favoráveis, como alívio do estresse ou um fator associado ao suporte social e rede de comunicação no trabalho.<sup>26</sup> Geralmente o uso/abuso da bebida alcoólica começa desta forma, justificado como uma maneira de relaxar frente às tensões diárias.

Também pode corresponder a um construto multidimensional, que reflete o bem-estar físico e psíquico subjetivo dos sujeitos em diferentes domínios da vida. Tal campo de interesse envolve aspectos como bem-estar psicológico, satisfação com a vida, funcionamento social e desempenho, condições de vida e apoio social. Não tem uma definição totalmente clara ou universalmente aceita, nem há um instrumento considerado padrão-ouro para sua avaliação.<sup>27</sup>

### **1.5. Modelos de assistência pública aos alcoolistas no Brasil**

O consumo de substâncias psicoativas é considerado uma questão de Saúde Pública, pois afeta toda sociedade, não tendo nenhuma abordagem isolada, qualquer chance de sucesso, no manejo dessa situação.<sup>8</sup> Assim, no contexto brasileiro existe uma variedade de serviços e de possibilidades.

A Política do Ministério da Saúde (MS) para usuários de álcool e outras drogas estabelece e define, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), competências federais, estaduais e municipais para construção de uma rede de atenção às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, com ações de promoção, prevenção, proteção à saúde dos usuários e estabelece uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares para essa clientela, articulada à rede de atenção psicossocial e fundada na abordagem de redução de danos.<sup>6</sup>

A Política Nacional sobre Drogas (PNAD) define, dentre suas diretrizes e objetivos, a necessidade de se garantir rigor metodológico às atividades de redução da demanda, da oferta e dos danos associados ao uso de drogas e preconiza a realização sistemática de estudos e pesquisas na área.<sup>6</sup>

---

Pelo Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, que regulamenta a legislação atual sobre drogas vigente no país e a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, cabe ao Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, divulgar, por meio eletrônico e impresso, pesquisas e indicadores referentes ao uso indevido de álcool e outras drogas, que permitam aperfeiçoar o sistema de informações para subsidiar o intercâmbio de dados entre instituições regionais, nacionais e estrangeiras.<sup>6</sup>

A SENAD tem se empenhado, conforme estabelecido na Lei, em produzir dados sobre o consumo de drogas pela população brasileira em geral, estudantes de ensino fundamental e médio e outros estratos relevantes da população brasileira, incluindo os que vivem em situação de vulnerabilidade social. Outras instituições da administração pública produzem, em seus âmbitos de atuação, informações sobre saúde, previdência e ações de segurança pública associadas à repressão ao tráfico e à prevenção ao uso de drogas.<sup>6</sup>

O Ministério da Saúde (MS), através do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, sobre álcool e redução de danos, colocou quatro modelos: modelo de doença, modelo da abstinência, o modelo de autoajuda e o modelo da OMS.<sup>28</sup>

O modelo de doença considera o alcoolismo como uma doença crônica, no qual os períodos de sobriedade se alternam com períodos de consumo compulsivo. O modelo da abstinência defende que é melhor não consumir álcool em nenhuma hipótese, seu papel foi importante no último século ao fazer as pessoas se conscientizarem dos aspectos negativos do consumo de álcool. O modelo de autoajuda AA (Alcoólicos Anônimos) é o melhor exemplo dessa filosofia, que consiste em um sistema mundial de grupos de autoajuda que tem beneficiado milhares de pessoas.<sup>28</sup>

A Organização Mundial da Saúde (OMS) descreveu algumas áreas a se considerar na elaboração de uma política de álcool através da prevenção: promoção de educação e saúde; rotulagem de produtos; regulação de atividades promocionais; redução da oferta; regulação da disponibilidade física; restrição da disponibilidade para jovens; monopólios e sistemas de licenciamento; taxaço e outras regulaçoes de preço; políticas restritivas.<sup>28</sup>

---

A OMS destacou a *Lei Seca* do Brasil, que tornou mais rigorosa a punição para quem dirige embriagado, como exemplo de política pública para reduzir o uso abusivo de álcool. Para o motorista que consumir uma lata de cerveja ou uma taça de vinho antes de pegar a direção de um veículo a lei prevê multa, perda da carteira de habilitação e apreensão do carro. Se a pessoa ingerir quantidade superior, como duas ou três doses, responde a crime de trânsito, com pena de prisão de seis meses a três anos.<sup>12</sup>

Com isto, o Brasil foi convidado pela OMS para presidir o grupo Rede Pan-Americana sobre Álcool e Saúde Pública em 2012. O destaque dos encaminhamentos de políticas públicas na área de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas foi o principal fator para a efetivação do convite. Outro fator foi a liderança do Brasil entre os países da América Latina e Caribe.<sup>12</sup>

O álcool e outras drogas também constituem um dos eixos da Política Nacional de Promoção à Saúde (MS), em que as condições de trabalho, de moradia, de alimentação, do meio ambiente e de lazer, dentre outras, determinam nossa maior ou menor saúde do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e corresponsabilidade. A Promoção da Saúde é uma das estratégias do setor saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população e seu objetivo é produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores.<sup>29</sup>

A rede de serviços destinados a atender as pessoas com problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas foi impulsionada pela publicação da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (2003). Esta estabeleceu princípios como a Redução de Danos (uma estratégia que tenta principalmente reduzir, para os usuários de drogas, suas famílias e comunidades, as consequências negativas relacionadas à saúde, aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias psicoativas) e prioridades para a constituição desta rede, além de ter definido as competências para os três níveis de gestão do SUS e criado mecanismos de financiamento específicos. Os serviços disponíveis na rede devem se guiar pela lógica da clínica ampliada, trabalhando no território e fortalecendo cada ponto da rede de atenção. Esta atuação integrada contribuiria para reduzir o nível de problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas.<sup>29</sup>

---

### 1.5.1. Ambulatório

A Política Nacional de Saúde Mental do SUS (Lei 10.216/01) apresenta como diretriz principal a redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, com a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internações. Ao mesmo tempo prioriza a implantação e implementação de uma rede comunitária de serviços eficaz, capaz de atender com resolubilidade a todos que necessitem de cuidado.<sup>9</sup>

Entretanto, há no Brasil carência de serviços especializados no atendimento da saúde mental da mulher, pouco treinamento dos profissionais da saúde e escassez na produtividade de pesquisas. O problema das mulheres alcoolistas requer abordagem diferenciada, personalizada e acredita-se que quanto mais se conhece esta população, pode-se estabelecer e implementar medidas terapêuticas mais ajustadas às suas necessidades.<sup>29</sup>

Como exemplo a Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) da Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, o tratamento é feito quase exclusivamente em nível ambulatorial, que se tem mostrado eficaz na maioria dos casos. O tratamento é passível de ajustes, estruturado e planejado de acordo com as particularidades e necessidades de cada usuária, podendo-se dessa forma, dizer que o tratamento é individualizado. As mulheres são orientadas para que a meta do tratamento seja a abstinência total do álcool.<sup>14</sup>

O Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB), vinculado à Secretaria Estadual de Saúde (SES), também é um exemplo de abordagem especializada e personalizada, através do grupo de tratamento para o alcoolismo, que começou suas atividades na década de 70, atendendo a homens e mulheres simultaneamente. Em 1989, houve a separação dos grupos devido à solicitação das próprias mulheres, uma vez que não se sentiam à vontade em grupos mistos, cujo tratamento multiprofissional e interdisciplinar, focado nas características das mulheres atendidas. Tem como objetivo a abstinência alcoólica e a melhora da qualidade de vida destas mulheres.<sup>30</sup> Vale ressaltar que, na época desse estudo até 2011, o HC era uma unidade auxiliar da FMB.

---

É válido destacar a importância do atendimento personalizado aos usuários de bebidas alcoólicas e outras drogas, embora, a grande dimensão territorial existente, aliada à pobreza, falta de segurança, educação básica, estrutura econômica, sejam fatores dificultadores.<sup>17</sup>

### **1.5.2. CAPS AD**

A atenção em Saúde Mental no SUS se dá através de diversos dispositivos, teoricamente articulados em rede: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Ambulatórios, Centros de Convivência e Cultura, Leitos de Atenção Integral em Hospitais Gerais, Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Para além desses dispositivos, compõem a rede as ações de saúde mental na Atenção Básica, as ações de inclusão social pelo trabalho e o Programa de Volta para Casa.<sup>9</sup>

Os CAPS são considerados estratégicos para a mudança do modelo de atenção à saúde mental. Trata-se de instrumentos de assistência pública e gratuita, podem ser regionais ou municipais, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando, assim, as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção da saúde mental na rede básica. Existem CAPS para adultos, específicos para crianças e adolescentes com transtornos mentais (CAPSi) e CAPS para pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas (CAPS AD).<sup>9</sup>

A Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, deverão constituir-se em serviço

---



ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território.<sup>31</sup>

CAPS AD, serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, tem as seguintes atribuições: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social; os pacientes assistidos em um turno (quatro horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (oito horas) receberão duas refeições diárias; atendimento de desintoxicação.<sup>31</sup>

A equipe técnica mínima para atuação no atendimento de 25 pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 pacientes/dia, será composta por 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.<sup>31</sup>

Estabelecer-se-á que os CAPS I, II, III, CAPSi e CAPS AD deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva (destinado aos indivíduos que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem de acompanhamento diário), semi-intensiva (acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente) e não intensiva (atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor), dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.<sup>31</sup>

---

## 1.6. Algumas considerações sobre terminologia do álcool

Os conceitos sobre o consumo de substâncias psicoativas evoluem constantemente e muito se baseiam na relação humana com o álcool, devido ao fato de ser a droga mais difundida e de mais antigo uso.<sup>9</sup>

Nas informações sobre drogas e padrão de uso do Ministério da Justiça do Brasil foram encontradas duas formas diferentes de categorizar e definir esses padrões. São elas: CID-10 (10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças da OMS) e o DSM-IV (4ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana). Este tipo de padronização não se constitui a partir de um transtorno ou doença, está baseado na forma de uso e na relação que o indivíduo estabelece com a substância e suas consequências negativas.<sup>32</sup>

A seguir para fins de esclarecimentos, apresentaremos as definições atualmente utilizadas no contexto do uso/abuso/dependência de álcool:

- Bebida alcoólica: é um líquido que contém álcool (etanol) e é destinado a ser bebido. Quase todas as bebidas alcoólicas são preparadas por fermentação, que pode ser seguida, no caso dos destilados, por destilação. A cerveja é produzida através da fermentação de cereais (cevada maltada, arroz, milho) frequentemente com a adição de lúpulo. Os vinhos são produzidos através da fermentação de frutas, particularmente de uvas. Os destilados variam quanto à matéria prima (cereal ou fruta) da qual são derivados, a vodca que é feita a partir de cereais ou de batatas; o uísque, de centeio ou milho; o rum, de cana de açúcar e o conhaque, de uvas ou outras frutas.<sup>33</sup>

- Uso recreativo do álcool: quando o uso se faz em circunstâncias sociais ou relaxantes, sem implicações com dependência e outros problemas relacionados.<sup>33</sup>

- Uso social do álcool: pode ser entendido, de forma literal, como uso em companhia de outras pessoas e de maneira socialmente aceitável, mas também pode ser usado de forma imprecisa.<sup>33,34</sup>

- Uso nocivo de bebida alcoólica: como um padrão de consumo de álcool prejudicial do ponto de vista físico, psicológico ou social e que não preenche os critérios de dependência. Na CID-10, o termo *uso nocivo* é utilizado como aquele

---

que resulta em dano físico ou mental.<sup>32,33,34</sup>

- Uso abusivo do álcool, na DSM-IV, é definido de forma mais precisa e considerando também consequências sociais de um uso problemático, na ausência de compulsividade e fenômenos como tolerância e abstinência.<sup>32,34</sup>

- Beber em binge (beber se embriagando): o beber com maior risco em um curto espaço de tempo. Seria definido como o consumo, em uma só ocasião, de 5 doses ou mais para homens e 4 doses ou mais para mulheres num período curto de tempo (2 horas).<sup>33,34</sup>

- Síndrome de Dependência do Álcool (SDA): foi proposta inicialmente por Edward e Gross em 1976 e referenciado na CID-10 e DSM-IV, tendo como principais sintomas: *estreitamento do repertório de beber* (o beber se torna mais comum, com menos variações em termos da escolha da companhia, dos horários, do local ou dos motivos para ingestão alcoólica); *saliência do comportamento de busca pelo álcool* (pessoa passa, gradualmente, a planejar seu dia-a-dia em função da bebida, como vai obtê-la, onde vai consumi-la, deixando as demais atividades em plano secundário); *sensação subjetiva da necessidade de beber* (pessoa percebe que perdeu o controle, que sente um desejo praticamente incontrolável e compulsivo de beber); *tolerância ao álcool* (por razões biológicas, o organismo do indivíduo suporta quantidades cada vez maiores de álcool ou a mesma quantidade não produz mais os mesmos efeitos que no início do consumo); *sintomas repetidos de abstinência* (em paralelo com o desenvolvimento da tolerância, a pessoa passa a apresentar sintomas desagradáveis ao diminuir ou interromper a sua dose habitual, como ansiedade e alterações de humor, tremores, taquicardia, enjoos, suor excessivo e até convulsões, com risco de morte); *alívio ou evitação dos sintomas de abstinência ao aumentar o consumo* (nem sempre o sujeito admite, mas um questionamento detalhado mostrará que está tolerante ao álcool e só não desenvolve os descritos sintomas na abstinência, porque não reduz ou até aumenta gradualmente seu consumo, retardando muitas vezes o diagnóstico); *reinstalação da síndrome de dependência* (padrão antigo de consumo pode se restabelecer rapidamente, mesmo após um longo período de não uso).<sup>32,33,34</sup>

- Abstêmio: pessoa que não bebe ou não usa drogas.<sup>33</sup>

- Abstinente: a pessoa que presentemente não está bebendo, que não está

---

usando drogas.<sup>33</sup>

- Atualmente abstinente: é frequentemente empregado em inquéritos populacionais, geralmente define uma pessoa que não ingeriu bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses.<sup>33</sup>

- Uma dose: equivale a 50 ml de destilado com teor alcoólico de 40%; 350 ml de cerveja (teor alcoólico de 4 a 5%) e 150 ml de vinho a 12,5% de álcool.<sup>15</sup>

De acordo com Duarte (2009), a dependência não acontece com todos os usuários, entretanto, se ocorrer, deve ser entendida como doença.<sup>9</sup> Tendo em vista as definições colocadas neste estudo, deve ressaltar-se que para as mulheres dependentes de álcool, o grupo de estudo desta pesquisa, o preconizado é a abstinência.

---

## *2. Justificativa*

---

## **2. JUSTIFICATIVA**

No Brasil, não faltam estímulos ao consumo de bebidas alcoólicas<sup>10</sup>, existem poucos estudos relacionados ao alcoolismo feminino, carência de serviços especializados para atendimento desta população e tratamento de sua dependência, bem como para a formação de profissionais de saúde especializados nesta área.<sup>18</sup> Estudos longitudinais que enfocam incidência de mulheres alcoolistas são aconselháveis<sup>17</sup>, junto à avaliação da qualidade de vida que as colocam no centro de investigação.<sup>24</sup>

Portanto, considerando a importância crescente que a qualidade de vida vem recebendo como parâmetro de avaliação de resultados de programas de tratamento em várias áreas e sabendo-se que o alcoolismo leva a modificações profundas na saúde das pessoas, especialmente num grupo tão vulnerável como a das mulheres alcoolistas, a avaliação da qualidade de vida desta população merece ser considerada, supondo que os dados coletados sirvam para melhor nortear a escolha das intervenções adotadas em programas terapêuticos para o alcoolismo.

---

### *3. Objetivos*

---

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral**

Avaliar a qualidade de vida das mulheres dependentes de álcool, casos novos inscritos a partir do ano de 2010, no Programa de Tratamento do Alcoolismo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB) e do CAPSadII de Bauru.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

Descrever o perfil dos sujeitos participantes segundo:

- Caracterização sociodemográfica
- Padrão de ingestão alcoólica
- Gravidade da dependência

Avaliar a qualidade de vida segundo:

- Variáveis sociodemográficas
- Gravidade da dependência no início do tratamento
- Gravidade da dependência nos momentos das entrevistas
- Desfechos (abstinência, manutenção ou piora do padrão de ingestão)

#### **3.3. Hipótese**

As mulheres com os maiores escores na escala de qualidade de vida terão as melhores chances de obter sucesso com o tratamento, circunstância em que a abstinência será compreendida como sucesso. E manutenção ou piora do padrão de ingestão, como falha de tratamento.

---



## *4. Sujeitos e Métodos*

---

## 4. SUJEITOS E MÉTODOS

Foi conduzido um estudo de seguimento prospectivo que mensurou a qualidade de vida de casos novos, inscritos a partir de janeiro de 2010, de mulheres alcoolistas dos Programas para Tratamento de Alcoolismo do HCFMB e do CAPSadII de Bauru.

A coleta de dados se iniciou durante o segundo semestre de 2010 (n=33). Esse acompanhamento foi finalizado em janeiro de 2012.

Após seguimento de três e seis meses das mesmas mulheres, foi feita reavaliação e verificado se os desfechos (abstinência, manutenção ou piora do padrão de ingestão) estavam associados com os escores encontrados na escala de qualidade de vida. E se existe a seguinte associação: qualidade de vida influencia no padrão de uso ou padrão de uso influencia na qualidade de vida.

### 4.1. Critérios de Inclusão-Exclusão

Para a inclusão nesta pesquisa, foram chamadas todas as mulheres dependentes de álcool que entraram em 2010 nos Programas de Alcoolismo do Ambulatório da Faculdade de Medicina de Botucatu – HCFMB e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSadII) de Bauru, dois municípios que pertencem ao Departamento Regional de Saúde – DRS VI.

Foram excluídas mulheres com diagnóstico primário e secundário de dependência de outra substância psicoativa, sem ser o álcool e o tabaco.

### 4.2. Instrumentos

- *Formulário semiestruturado* elaborado e utilizado por Simão (2002)<sup>30</sup>, formado por 14 questões fechadas e abertas para coletar informações referentes aos dados sociodemográficos e econômicos, data de caso novo no serviço, idade

---

---

em que a mulher começou a beber, história de uso de álcool e padrão de ingestão alcoólica. (Anexo 1)

- *Short Alcohol Dependence Data (SADD)*<sup>35</sup>, instrumento padronizado para avaliação da gravidade da Síndrome da Dependência Alcoólica, o qual é protocolo do Ambulatório de Psiquiatria do HCFMB. Foi desenvolvido por Raistrick e colaboradores (1983), na Inglaterra e traduzido e validado para o Brasil por Jorge e Masur (1986). Trata-se de instrumento que quantifica a dependência naquele momento e serve de subsídio no acompanhamento da evolução do alcoolismo. Possui 15 itens que investigam o grau da gravidade da dependência alcoólica, classificando-a em leve, moderada e grave. Apresenta escala de zero a três, assim definida: nunca – 0 ponto; poucas vezes – 1 ponto; muitas vezes – 2 pontos e sempre – 3 pontos. A soma do total de pontos classificará a dependência alcoólica em: 1 a 9 pontos, leve; 10 a 19 pontos, moderada e 20 a 45 pontos, grave. O SADD foi aplicado nos três momentos do seguimento deste estudo. (Anexo 2)

- *Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36)* é uma versão em português, traduzido e validado por Ciconelli (1997).<sup>36</sup> É um instrumento de avaliação genérico, que considera a percepção dos indivíduos quanto ao seu próprio estado de saúde. Formado por 36 itens, englobados em oito escalas ou componentes: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de um ano atrás. Também pontua o escore geral, que significa a classificação final da qualidade de vida, com dimensão A, referente à parte física e à dimensão B, parte emocional, social, mental. Os dados são avaliados em escala de 0 a 100, resultando estado de saúde melhor ou pior. (Anexo 3)

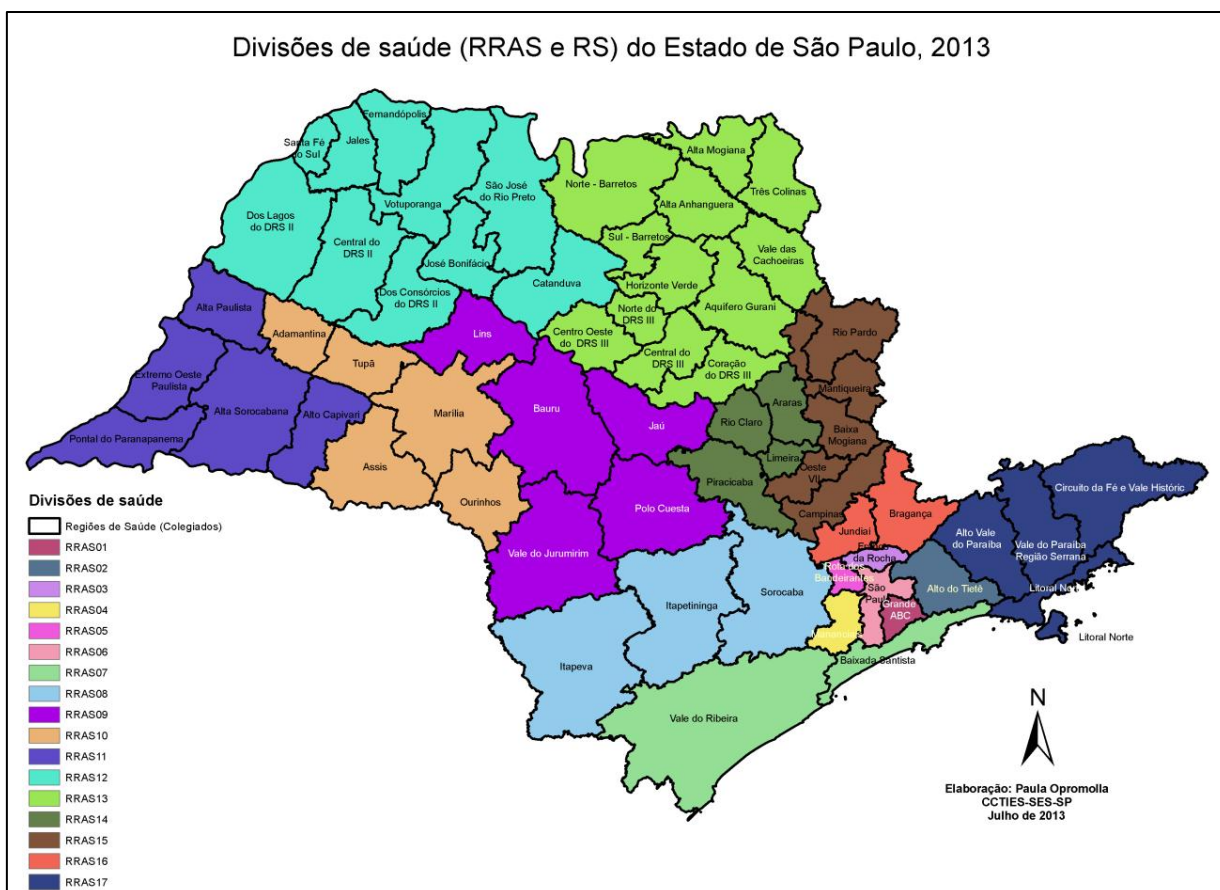
A aplicação dos instrumentos foi feita sob a forma de entrevista, como modo de padronizar, por não se conhecer a população em estudo.

As participantes foram convocadas por carta (Anexo 4) e telefone. Foram enviadas pelo menos 1 carta a todas mulheres que não participavam mais dos grupos e que fizeram a primeira entrevista, na tentativa de trazê-las ao serviço e entrevistá-las pessoalmente. Esgotando-se as possibilidades de se realizarem as

---

entrevistas face a face, os instrumentos eram aplicados por telefone (segundo e último momento).

### 4.3. Locais de Estudo



**Figura 1** – Mapa Divisão Regional de Saúde - VI

O mapa mostra as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), cujos arranjos organizativos de ações e serviços buscam garantir a integridade do cuidado num determinado território e suas respectivas Regiões de Saúde (RS), em que RRAS09, formado pelas regiões de Bauru, Lins, Jau, Vale do Jurumirim e Polo Cuesta, são compostos por 68 municípios. Esta divisão político-administrativa equivale aos Departamentos Regionais de Saúde - DRS, da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, no caso DRS VI, em que Bauru é o responsável e Botucatu,

que fica na região de Polo Cuesta, um dos municípios integrantes deste Departamento.

Ressaltou-se esta divisão, pois foram os locais deste estudo:

A - Ambulatório do HCFMB: localizado em Rubião Jr, subdistrito de Botucatu, a 4 km de distância do centro da cidade e onde está a Faculdade de Medicina (FMB) da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), o Hospital Universitário e o Ambulatório de Psiquiatria do HCFMB.<sup>30</sup>

Botucatu encontra-se na região centro-oeste do Estado de São Paulo, tem 127.328 habitantes, de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nas estimativas populacionais dos municípios em 2012.

O Ambulatório tem o seu funcionamento desde início do hospital. E, em 1978, foi criado o Programa de Alcoolismo com a finalidade de prestar assistência especificamente às pessoas com diagnóstico dessa doença. Portanto, é um serviço de Saúde Regional.

O grupo de tratamento de alcoolismo começou suas atividades na década de setenta, atendendo a homens e mulheres. Em 1989, pela baixa adesão das mulheres e solicitação das mesmas, houve a separação dos grupos, uma vez que elas não se sentiam à vontade no grupo misto. Diferentemente dos homens alcoolistas, que falam mais sobre a bebida, elas têm conteúdo variável e não ficam apenas na questão do álcool.

As mulheres encaminhadas ao grupo de tratamento são referenciadas por serviços de saúde, autoridades legais ou procura espontânea. O agendamento ocorre semanalmente, as quartas-feiras pela manhã. A coordenação do grupo é responsabilidade de uma Assistente Social. Este conta com a presença de médicos residentes do primeiro ano em Psiquiatria, estagiários de graduação em Serviço Social e Enfermagem e aprimorandos de Serviço Social.

O Grupo de Alcoolismo Feminino (GAF) atende dependentes de álcool e benzodiazepínicos. Os casos novos, duas mulheres, em geral, são agendadas 2 vezes ao mês até o final do ano.

---

O caso novo consta de anamnese clínica e exame físico, para verificar se preenche os critérios diagnósticos para alcoolismo, segundo o DSM-IV<sup>37</sup> e também é feita avaliação da gravidade da dependência, pelo SADD<sup>35</sup>.

O grupo é aberto e formado, no máximo, por quinze participantes e tem como objetivo a abstinência, como também a melhoria das relações familiares, sociais, de trabalho, afetivas e consigo mesmo. Discute-se projeto de vida visando à reabilitação e inserção dessas mulheres em atividades diárias, como cuidados com o corpo, com o vestuário, a casa e o retorno aos estudos e ao trabalho.

Ao término de cada atendimento, é feita uma reunião de equipe para avaliar o grupo e cada mulher e, assim, direcionar as ações para tratamento mais adequado. Se necessário, as mulheres são atendidas individualmente pelo médico ou encaminhadas para outro serviço. A alta do grupo ocorre a partir da avaliação da equipe. Em caso de três faltas, são enviadas cartas ou realizadas chamadas telefônicas para a convocação ou para obter notícias das pacientes.

O Ambulatório também tem um serviço de atendimento a gestantes usuárias de álcool e outras drogas, o SAGUAD, que foi implantado em abril de 2011 em parceria com a equipe de obstetrícia para atender a essa população específica. Acontece semanalmente, sendo casos novos e grupos psicoterápicos alternados. As pacientes são atendidas em grupos e, em seguida, realizam o pré-natal.

B - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSadII): localizado em Bauru, na região central da cidade. Disponibiliza atendimento ambulatorial a dependentes químicos. Formado por equipe multiprofissional: psiquiatra, clínico geral, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, recepcionista, administração - secretárias, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e psicólogo. Durante o estudo, a coordenadora era uma psicóloga.

Fornecer medicação para o dependente enfrentar a crise de abstinência. O órgão dispõe de três leitos para os pacientes das 7 às 17h, de segunda a sexta-feira. Não conta com atendimento 24 horas, não possui leitos para usuários em crise, nem clínica ou hospital especificamente para internação.

Desde que o CAPSadII começou a funcionar, em 2002, já foram realizados 15 mil atendimentos. Atualmente, a média mensal é de 300 atendimentos e recebe de 02 a 03 casos novos por semana e funciona por livre demanda.

---

Ao chegar ao serviço, a mulher é encaminhada para o Acolhimento, para as primeiras avaliações, atendimento médico e feito o diagnóstico de dependência segundo a CID-10<sup>38</sup>.

Confirmado dependência, ela é conduzida ao grupo denominado Intensivo, no qual receberá medicação e orientações, que serão dadas pelos profissionais responsáveis por este grupo e deverá ficar no mínimo 15 dias. Este grupo é misto (homens e mulheres).

Em seguida, de acordo com as avaliações dos profissionais do CAPSadII, a mulher dependente de álcool e outras drogas poderá ser encaminhada para um dos dois grupos: Redução de Danos ou Semi-Intensivo. Estes são formados apenas de mulheres dependentes de álcool e outras drogas.

Nesses grupos os encontros são uma vez na semana e coordenados por psicólogas. Acontecem em dias diferentes, terça de manhã, o grupo do Semi-Intensivo e quinta à tarde, o grupo de Redução de Danos.

O grupo chamado Redução de Danos segue os critérios do MS<sup>39</sup> e preconiza diminuição e não abstinência do álcool e outras drogas.

No grupo Semi-Intensivo, as mulheres dependentes têm um acompanhamento mínimo de 3 meses, com avaliação dos profissionais do CAPSadII e, se não for possível a abstinência, essas mulheres serão encaminhadas para o grupo de Redução de Danos.

Com a participação ativa das mulheres nos grupos, após avaliação das psicólogas e outros profissionais do CAPSadII, elas podem ser encaminhadas ao que se chama de Não-Intensivo, que significa grupo de 15/15 dias até 1 vez ao mês e possibilidade de alta. Esse não significa outro grupo, mas uma situação, que pode estar tanto no Semi-Intensivo como na Redução Danos.

É considerado abandono 3 faltas seguidas dos grupos e, havendo retorno, a mulher será reavaliada pelos profissionais.

Como foi permitida a participação do pesquisador no grupo Semi-Intensivo, descreve-se algumas situações presenciadas: as mulheres falavam como enfrentar as dificuldades pelo uso das drogas; ouviram o outro e até o que não queriam ouvir; responsabilizar-se pela situação; o Conselho Tutelar era visto como vilão; era

---

respeitado o silêncio pela coordenadora do grupo; queixa em comum: a *falta de memória*<sup>3</sup>; importante a verdade ou honestidade, principalmente se fez uso das substâncias; relatavam que a depressão dá mais vontade de beber e amigos dizem que medicação não resolve. Havia orientação por parte da psicóloga sobre mudanças de horários, reestruturação do serviço, parte burocrática e o cartão do SUS. E mais: motivação, foco na mulher, autopiedade, querer se tratar, trabalho, se ajudar, vontade e fissura (*craving*<sup>4</sup>) e como lidar com família, filhos, companheiros e novas possibilidades sem o álcool e outras drogas.

#### 4.4. Procedimentos

Solicitou-se a autorização para realizar a pesquisa entre os participantes do Programa de Tratamento do Alcoolismo do HCFMB e do CAPSadII, Bauru.

Foram entrevistados os casos novos agendados a partir do ano de 2010, por ter sido verificado o pequeno número de mulheres alcoolistas que chegavam aos serviços. No caso de Bauru, a característica principal, das usuárias do CAPSadII, era dependência em várias drogas (multidrogas).

Foram abordadas individualmente, esclarecidas a respeito da pesquisa e convidadas a participarem respondendo às entrevistas antes ou após o atendimento. A intermediação das responsáveis, de cada grupo, foi fundamental ao aceite do trabalho no primeiro encontro com as mulheres alcoolistas. A aplicação dos instrumentos ocorreu através de entrevistas e com duração de 20 minutos ou mais, conforme a necessidade. Durante 3 e 6 meses houve acompanhamento após o caso novo, sendo que este trabalho teve início em agosto de 2010 e término janeiro de 2012.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, protocolo 3335/2009, da FMB-UNESP.

Em caso de aceite, após assinarem o Termo de Consentimento (Anexo 5), houve coleta dos dados utilizando-se os instrumentos já especificados. Com o termo

---

<sup>3</sup> *falta de memória*: também apagamento ou blecaute, amnésia anterógrada aguda, não associada com perda de consciência, resultante de ingestão de álcool; período de perda de memória durante o qual há pouca ou nenhuma lembrança do que se passou.

<sup>4</sup> *craving*: necessidade imperiosa de uma substância psicoativa ou de seus efeitos intoxicantes.

---



de consentimento preenchido pelas participantes, foi autorizada a utilização dos dados para a pesquisa e garantido o sigilo da identidade.

Foi realizada estratégia de busca sistemática para revisão de literatura, junto à profissional, da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, que atua juntamente com a Comissão de Pesquisa da FMB, para auxiliar os pesquisadores especialmente na realização de revisões sistemáticas, metanálises de intervenções e testes diagnósticos. Iniciou-se busca sem restrição de base, idioma ou ano. Foram localizados 23 artigos com a seguinte estratégia de busca nas melhores bases de dados: PUBMED (16); CENTRAL (2); LILACS (3); EMBASE (1); SCIELO (1).

#### 4.5. Categorização das variáveis

Para facilitar a descrição do trabalho, os casos novos foram categorizados como:

- ✓ Momento 1 = casos novos a partir de 2010;
- ✓ Momento 2 = após 3 meses da primeira entrevista;
- ✓ Momento 3 = após 6 meses.

Quanto ao questionário semiestruturado, devido ao número de mulheres e ao de variáveis, algumas questões foram adequadas e acrescentadas para melhor compreensão dos dados:

- Sobre serviço de saúde utilizado: (0) nenhum serviço, (01) semi-intensivo, (02) redução de danos, (03) não-intensivo, (04) ambulatório, (05) UBS (Unidade Básica de Saúde) e outros serviços (exemplo: UNESP gastro).

- Apoio (quem incentiva): 01 marido, 02 família, 03 grupo, 04 trabalho, 05 outros (UBS, doença, ordem judicial, igreja, AA, amigos, nenhum serviço).

- **Questão 11**, bebida favorita: (01) pinga; (02) cerveja; (03) vinho/licor; (04) pinga/cerveja; (05) outros; **questão 12**, local que bebe: (01) casa; (02) bar; (03) casa/bar; (04) outros; **questão 13**, padrão de ingestão: (01) abstinência; (02) ingestão esporádica; (03) ingestão frequente; **questão 14**, atualmente: (01) abstinente há menos de 03 meses; (02) abstinente de 03 ou mais meses; (03) bebendo menos que antes; (04) bebendo como ou mais que antes.

- Emprego: (0) sim; (1) não.

- Do lar: (0) sim; (1) não.

A ocupação foi agrupada segundo os Grandes Grupos codificados pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO, versão de 2002), documento elaborado pelo Ministério do Trabalho e Emprego, sendo a categoria de classificação mais agregada. Reúne amplas áreas de emprego, mais do que tipos específicos de trabalho (disponível em <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/informacoesGerais.jsf>).

Optou-se por reunir, a idade de início da ingestão alcoólica, em até 11 anos de idade, de 12 a 18 anos (adolescentes), segundo o que preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990) e 60 anos ou mais de idade (idosos) pelo Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003). Na categoria adulto foi agrupado entre 19 a 59 anos.

No item referente à situação socioeconômica, a renda total mensal foi colocada em salários mínimos, de acordo com o vigente no momento da entrevista e para facilitar a análise de dados.

#### **4.6. Análise estatística**

Inicialmente foi feita uma descrição das variáveis qualitativas, em frequência e porcentagem, dos casos novos que entraram nos serviços a partir de 2010 (Momento 1).

Associação entre variáveis categorizadas e os Momentos foram feitos utilizando teste Qui-quadrado<sup>40</sup>. Comparações entre Momentos fixando as categorias e vice-versa, cuja realização se deu por meio de teste de Comparação de Proporções.<sup>41</sup>

As comparações entre Momentos para as variáveis quantitativas foram feitas com o ajuste de um modelo em medidas repetidas utilizando uma Distribuição Gama (utilizada para dados com distribuição assimétrica) seguido do teste de Comparação Múltipla de Wald<sup>42</sup>.

Foram feitas as correlações de Pearson ( $r$ )<sup>40</sup> para SADD e SF-36 no geral e por momentos.

---

Em todos os testes fixou-se o nível de significância de 5% ou o p-valor correspondente. Todas as análises foram feitas no programa SAS for Windows, versão 9.2.<sup>43</sup>

#### **4.7. Revisão da Literatura**

Em revisão da literatura realizada no Medical Subject Heading of US National Library of Medicine – Medline (1966-2012), Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS (1982-2012), Excerpta Médica – EMBASE (1980-2012), Scielo - Scientific Electronic Library Online (2012) e Cochrane Central Register of Controlled Trials – CENTRAL (Cochrane Library issue 11, 2012) em novembro de 2012, localizamos 23 artigos com a seguinte estratégia de busca:

((Chronic Alcoholic Intoxication OR Alcohol Abuse) AND (women OR Woman OR Women's Groups OR Women's Group OR Women Groups OR Women's Group)) AND (quality of life OR Life Qualities OR Life Quality)

Dos 23 artigos encontrados, foram excluídos 13, por não se relacionarem ao estudo. Citaram-se os artigos que mais se aproximam do trabalho com a finalidade de fundamentar esta pesquisa.

Houve um estudo que comparou dois tratamentos de curto prazo para problemas relacionados ao álcool, num ambulatório de abuso de substâncias com 65 homens e 28 mulheres recrutados por anúncios no jornal local. O consumo de álcool, o grau de dependência de álcool, as consequências negativas do consumo e qualidade de vida foram medidos ou avaliados. Entre os instrumentos utilizados estava Short Alcohol Dependence Data (SADD). As avaliações foram realizadas no início, 09 e 23 meses após o tratamento.<sup>44</sup>

Um artigo colocou o fato de que os estressores variam em termos de características temporais (curto prazo versus longo prazo) e domínios (saúde, trabalho), não apenas uma única relação. Foram avaliados, separadamente, o efeito de eventos de curto prazo de estresse, a longo prazo estressores (estressores em

---

curso com duração de 02 semanas ou mais) e estressores de saúde no pós-tratamento de álcool e drogas. Indivíduos (n=195) foram avaliados durante o tratamento da dependência, a cada três meses até 01 ano. Constatou-se que as chances de recair no uso da substância (álcool e outras drogas) pós-tratamento foram 2,5 vezes maiores para os participantes experimentaram estresse grave de longo prazo.<sup>45</sup>

Num outro estudo, sobre interação entre genética, epigenética e meio ambiente demonstrou-se como foi provável que um conjunto complexo destas interações podem determinar o risco de dependência do álcool. Fatores ambientais que podem afetar esta vulnerabilidade em diferentes fases desde a gestação até fase adulta e não um único fator determinante.<sup>1</sup>

Uma pesquisa examinou violência por parceiro íntimo (dano físico, sexual ou psicológico por um parceiro ou cônjuge atual ou anterior) e instabilidade habitacional, que difere da falta de moradia, em que alguém pode ter um lugar para viver, mas enfrenta dificuldades com a manutenção da residência. Um estudo de coorte longitudinal de 278 mulheres sobreviventes da violência com a habitação foi a principal preocupação, ressaltou associações mais fortes com resultados negativos de saúde que outros fatores, como idade, álcool e uso de drogas.<sup>46</sup>

Um artigo apresentou o estudo de 102 mulheres com alcoolismo e de seus parceiros, em tratamento ambulatorial. As mulheres seriam mais engajadas no tratamento se tivessem menos filhos em casa, menos sintomas de dependência de álcool, mais satisfação com o companheiro. Os relacionamentos que aceitavam ou incentivam o consumo tinham diferentes relações na adesão ao tratamento.<sup>47</sup>

O Projeto MATCH foi um trabalho que explorou a associação entre qualidade de vida e intensidade de beber. Indicadores de qualidade de vida e bebidas consumidas por dia, avaliaram as modificações provocadas por tipo de tratamento. Cada indicador de qualidade de vida melhorou com a diminuição do consumo diário do álcool, gênero e etnia modificaram a intensidade do beber para alguns resultados, exercendo maior influência na qualidade de vida de mulheres brancas não hispânicas.<sup>48</sup>

Oxford Houses são residências nos Estados Unidos para recuperação dos indivíduos com abuso e dependência de substâncias que procuram ajuda mútua. Os

---

moradores foram recrutados e entrevistados em uma fase inicial, re-entrevistados em três intervalos subsequentes de 4 meses, a amostra foi de 897 pessoas, sendo 604 homens e 293 mulheres. Obtiveram-se informações sobre a abstinência, apoio social, autoajuda, emprego, antecedentes criminais e utilização de serviços médicos. Receber apoio, orientação e informações permitiram que os indivíduos comprometidos com a abstinência a longo prazo contribuíssem para recuperação do álcool e dependência de outras drogas podendo reduzir a probabilidade de recaída.<sup>49</sup>

Investigou-se a qualidade de vida subjetiva difere em mulheres alcoolistas com e sem sintomas depressivos que estão na fase de desintoxicação do álcool durante o tratamento. Foram avaliadas 70 mulheres alcoolistas com sintomas depressivos. Menor escore sobre vários domínios da vida, em especial na sua situação familiar e a vida como um todo.<sup>50</sup>

Outro estudo mostrou que as mulheres que entram em tratamento expressam distúrbios psicológicos e psicossociais mais severos do que os homens, apesar de apresentarem histórico de abuso mais curtos e menos intenso de substâncias. A presença do cônjuge pode ser diferente para mulheres. Foram estudados 67 homens e 18 mulheres toxicod dependentes em tratamento, casais foram questionados sobre o seu uso de substâncias e funcionamento psicológico e social. Os toxicod dependentes do sexo feminino relataram maior perturbação sobre as dimensões do emprego e funcionamento psicológico, mas com menor gravidade do abuso de álcool. Os cônjuges do sexo masculino foram susceptíveis de apresentar as seguintes características: mais sintomas de abuso de drogas e depressão, menor bem-estar físico e menos inclinação a ajudar e a se envolver com filhos.<sup>51</sup>

---

## *5. Resultados*

---

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Descrição dos casos novos

Faz-se a descrição dos casos novos (n=33), caracterizado como Momento 1, com todas as mulheres alcoolistas entrevistadas ao entrarem nos Serviços de Saúde, a partir de 2010.

**Tabela 1 –** Caracterização sociodemográfica dos casos novos de mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII de Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

Variáveis		n	%
Procedência	Bauru	23	69,69
	Botucatu e região	10	30,30
	<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,00</b>
Estado civil	Com companheiro	22	66,66
	Viúva	7	21,21
	Separada/divorciada	3	9,09
	Solteira	1	3,03
	<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,00</b>
Previdência	Não	22	66,66
	Sim	11	33,33
	<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,00</b>
Ocupação e situação	Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	21	63,63
	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	4	12,12
	Técnicos de nível médio	3	9,09
	Do lar	3	9,09
	Trabalhadores de serviços administrativos	1	3,03
	Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca	1	3,03
	<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,00</b>

Foram entrevistados 33 casos novos de mulheres alcoolistas (Tabela 1), sendo 30,30% (n=10) procedentes do Ambulatório de Psiquiatria do HCFMB de Botucatu e 69,69% (n=23) do CAPSadII de Bauru. Quanto ao estado civil, 22 mulheres referiram ter companheiro: 45,45% (n=15) união livre e 21,21% (n=7) casadas. A maioria 66,66% (n=22) informou não ter previdência social. Em relação, aos grandes grupos ocupacionais, os trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados foram principais (63,63%, n=21), sendo a ocupação mais citada dentre estas as trabalhadoras de serviços de limpeza com 39,39% (n=13), seguido de vendedor a domicílio em 21,21% (n=7). E relataram ser do lar 9,09% (n=3) das mulheres.

**Tabela 2 –** Caracterização dos casos novos de mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII de Bauru, segundo escolaridade, emprego, número de moradores na residência, de pessoas empregadas e renda familiar, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

<b>Variáveis</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Emprego	Sim	27	81,81
	Não	6	18,18
	<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,00</b>
Escolaridade	Fundamental incompleto	20	60,60
	Fundamental completo	7	21,21
	Universitário	3	9,09
	Ensino médio completo	2	6,06
	Analfabeto	1	3,03
	<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,00</b>
Moradores na casa	1	1	3,03
	2 a 3	18	54,54
	4 a 5	9	27,27
	6 a 7	5	15,15
	<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,00</b>
Nº de pessoas empregadas na residência	Nenhuma	1	3,03
	1 a 2	28	84,84
	3 a 4	4	12,12
	<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,00</b>
Renda familiar (salários mínimos)	1,5	14	42,42
	1	7	21,21
	2	4	12,12
	3 a 12	8	24,24
	<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,00</b>



Segundo a Tabela 2, estavam empregadas 81,81% (n=27) das mulheres. O ensino fundamental incompleto foi predominante com 60,60% (n=20), seguido do completo com 21,21% (n=7). O número de pessoas, que residiam nas casas das mulheres alcoolistas, foi de 2 a 3 (54,54%, n=18), seguido de 4 a 5 pessoas (27,27%, n=9). Destas, de 1 a 2 pessoas trabalhavam (84,84%, n=28), com renda familiar mais citada de 1,5 salários mínimos (42,42%, n=14).

**Tabela 3 –** Caracterização dos casos novos de mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII de Bauru, segundo idade de início da ingestão alcoólica, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

<b>Idade (anos)*</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
≤11	3	9,09
12 a 18	12	36,36
19 a 59	17	51,51
≥60	1	3,03
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,00</b>

Quanto à idade do início da ingestão de bebida alcoólica a maioria respondeu de 19 a 59 anos em 51,51% (n=17), seguido de 12 a 18 anos com 36,36% (n=12), Tabela 3.

A média de idade das mulheres entrevistadas foi de 43,05±8,43 anos, sendo a idade mínima encontrada de 26 e a máxima de 63, com mediana de 43,65 anos.

**Tabela 4 –** Caracterização dos casos novos de mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII de Bauru, segundo o tipo de bebida favorita, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

<b>Bebida Favorita</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Pinga	15	45,45
Cerveja	11	33,33
Outros	5	15,15
Pinga/cerveja	2	6,06
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,00</b>

A pinga foi a bebida favorita citada por 45,45% (n=15), seguida pela cerveja em 33,33% (n=11). As outras bebidas foram: vermute, vodka, caipirinhas, referidas por 15,15% (n=5), Tabela 4.

**Tabela 5 –** Caracterização dos casos novos de mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII de Bauru, segundo local de consumo de bebida alcoólica, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

<b>Local de Consumo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Casa	22	66,66
Bar	5	15,15
Casa/bar	5	15,15
Outros	1	3,03
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,00</b>

O local mais citado para consumir bebidas alcoólicas a própria residência com 66,66% (n=22), seguido de bar e casa/bar em 30,30% (n=10), Tabela 5.

**Tabela 6 –** Caracterização dos casos novos de mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII de Bauru, segundo o padrão de ingestão de bebida alcoólica, no primeiro momento, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

<b>Padrão de Ingestão</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Abstinência	23	69,69
Ingestão frequente	6	18,18
Ingestão esporádica	4	12,12
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,00</b>

Ao entrarem no Serviço de Saúde 69,69% (n=23) referiram-se abstinentes e 18,18% (n=6) ingestão frequente, Tabela 6.

**Tabela 7 –** Caracterização dos casos novos de mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII de Bauru, segundo tempo de abstinência e quantidade ingerida, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

<b>Tempo de Abstinência</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Abstinentes há menos de 03 meses	15	45,45
Abstinentes de 03 ou mais meses	8	24,24
Bebendo como ou mais que antes	6	18,18
Bebendo menos que antes	4	12,12
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,00</b>

Referiram-se abstinentes há menos de 03 meses 45,45% (n=15) das mulheres e 24,24% (n=8) de 03 ou mais meses. Sendo que 18,18% (n=6) citaram beber como ou mais que antes ao entrarem no serviço pela primeira vez, Tabela 7.

**Tabela 8 –** Caracterização dos casos novos de mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII de Bauru, segundo periodicidade do comparecimento, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

<b>Frequência no Tratamento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Semanal	31	93,93
Quinzenal	1	3,03
Mensal	1	3,03
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,00</b>

No primeiro momento, 93,93% (n=31) das mulheres entrevistadas compareciam semanalmente no serviço, Tabela 8.

**Tabela 9 –** Caracterização dos casos novos de mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII de Bauru, no primeiro momento, em relação a usuárias destes serviços, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

<b>Tipo de Tratamento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
CAPSadII Redução de Danos	12	36,36
CAPSadII Semi-Intensivo	11	33,33
Ambulatório HCFMB	10	30,30
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,00</b>

Das mulheres alcoolistas, eram do CAPSadII, de Bauru, 69,69% (n=23) e 30,30% (n=10) do Ambulatório de Psiquiatria do HCFMB, Tabela 09.

**Tabela 10 –** Caracterização dos casos novos de mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII de Bauru, em relação às pessoas ou estruturas que foram referidos como principal apoio ao chegar ao Serviço de Saúde, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

<b>Motivador do Tratamento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Grupo	15	45,45
Família	8	24,24
Outros*	5	15,15
Companheiro	3	9,09
Trabalho	2	6,06
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,00</b>

\*Outros: amigos, Alcoólicos Anônimos (AA), igreja, ordem judicial, Unidade Básica de Saúde (UBS).

O grupo foi referido pelas mulheres como principal apoio ao tratamento em 45,45% (n=15) seguido da família em 24,24% (n=8), pela Tabela 10.

**Tabela 11** – Caracterização dos casos novos de mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII de Bauru, em relação ao emprego, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

<b>Estar Empregada</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	27	81,81
Não	6	18,18
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,00</b>

Estavam empregadas 81,81% (n=27) das mulheres entrevistadas no primeiro momento e 18,18% (n=6) referiram estar em casa, conforme Tabela 11.

## 5.2. Verificação das mudanças nos três momentos

**Tabela 12** – Distribuição, por momentos de tratamento, segundo o estado civil, das mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

<b>Estado Civil</b>	<b>M1</b>		<b>M2</b>		<b>M3</b>	
	<b>n</b>	<b>(%)</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
Casada	7	(21,21)	8	(24,24)	7	(21,21)
Separada/Divorciada	3	(9,09)	3	(9,09)	4	(12,12)
Solteira	1	(3,03)	1	(3,03)	1	(3,03)
União Livre	15	(45,45)	15	(45,45)	17	(51,51)
Viúva	7	(21,21)	6	(18,18)	4	(12,12)
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>

Teste Qui-quadrado (p=0,9957).

No estado civil, não foi encontrada diferença entre os três momentos. Predominou mulheres com companheiro, sendo a união livre mais citada nos três momentos, seguido de mulheres casadas, p=0,9957, Tabela 12.

**Tabela 13** – Distribuição, por momentos, segundo previdência social das mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

Previdência Social	M1		M2		M3	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Sim	11	(33,33)	12	(36,36)	13	(39,39)
Não	22	(66,66)	21	(63,63)	20	(60,60)
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>

Teste Qui-quadrado ( $p=0,8773$ ).

Entre três momentos não houve diferença. Teve predominância das mulheres que relataram não ter previdência social ( $p=0,8773$ ), Tabela 13.

**Tabela 14** – Distribuição, por momentos, segundo a escolaridade das mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

Escolaridade	M1		M2		M3	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Analfabeta	1	(3,03)	1	(3,03)	1	(3,03)
Ensino Médio Completo	2	(6,06)	2	(6,06)	2	(6,06)
Fundamental Completo	7	(21,21)	7	(21,21)	7	(21,21)
Fundamental Incompleto	20	(60,60)	20	(60,60)	20	(60,60)
Universitário	3	(9,09)	3	(9,09)	3	(9,09)
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>

Teste Qui-quadrado ( $p=1,0000$ ).

Não houve mudanças significativas quanto à escolaridade, mantendo-se nos três momentos, o ensino fundamental incompleto o mais citado ( $p=1,0000$ ), Tabela 14.

**Tabela 15** – Distribuição, por momentos, segundo ocupação e situação das mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

Ocupação e Situação	M1		M2		M3	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	21	(63,63)	13	(39,39)	14	(42,42)
Do lar	3	(9,09)	5	(15,15)	7	(21,21)
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	4	(12,12)	4	(12,12)	3	(9,09)
Técnicos de nível médio	3	(9,09)	1	(3,03)	2	(6,06)
Desempregada	0	(0,00)	2	(6,06)	2	(6,06)
Licença médica	0	(0,00)	3	(9,09)	1	(3,03)
Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca	1	(3,03)	1	(3,03)	1	(3,03)
Pensionista	0	(0,00)	2	(6,06)	1	(3,03)
Trabalhadores de serviços administrativos	1	(3,03)	1	(3,03)	0	(0,00)
Aposentada por invalidez	0	(0,00)	1	(3,03)	1	(3,03)
Licença maternidade	0	(0,00)	0	(0,00)	1	(3,03)
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>

Teste Qui-quadrado ( $p=0,6751$ )

Em relação aos grandes grupos ocupacionais, o mais citado nos três momentos, foi trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados, de acordo com CBO (2002). Nos três momentos, quanto a situação, 45,45% ( $n=15$ ) referiram-se do lar, 12,12% ( $n=4$ ) estavam desempregadas e de licença médica respectivamente, 9,09% ( $n=3$ ) referiram-se pensionistas, 6,06% ( $n=2$ ) eram aposentadas por invalidez e uma licença maternidade (3,03%). Não houve significância entre os momentos ( $p=0,6751$ ) na Tabela 15.

**Tabela 16** – Distribuição, por momentos, segundo a bebida mais citada como preferida pelas mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

Bebida Preferida	M1		M2		M3	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Pinga	15	(45,45)	14	(42,42)	15	(45,45)
Cerveja	11	(33,33)	12	(36,36)	10	(30,30)
Outros	5	(15,15)	5	(15,15)	7	(21,21)
Pinga/Cerveja	2	(6,06)	2	(6,06)	1	(3,03)
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>

Teste Qui-quadrado (p=0,9816).

A bebida favorita mais citada em todos Momentos foi pinga, seguida de cerveja. Observou-se um aumento no Momento 3 da citação de outras bebidas alcoólicas (vermute, vodka, caipirinhas). Sendo p=0,9816, na Tabela 16.

**Tabela 17** – Distribuição, por momentos, segundo padrão de ingestão de bebida alcoólica, que foram atendidos no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

Padrão de Ingestão	M1		M2		M3	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Abstinência	23	(69,69)	16	(48,48)	15	(45,45)
Ingestão Frequente	6	(18,18)	9	(27,27)	9	(27,27)
Ingestão Esporádica	4	(12,12)	8	(24,24)	9	(27,27)
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>

Teste Qui-quadrado (p=0,3018).

Quanto ao padrão de ingestão, a abstinência foi a mais citada nos três momentos. Entretanto, ingestão esporádica teve aumento do Momento 1 (12,12%, n=4) para o Momento 2 (24,24%, n=8) e a ingestão frequente do Momento 1 (18,18%, n=6) para Momento 2 (27,27%, n=9). Se observamos por Momento, no primeiro a ingestão esporádica e a ingestão frequente foram 30,30% (n=10) e a abstinência 69,69% (n=23). No Momento 2, a ingestão esporádica e a ingestão



frequente foram citados por 51,51% (n=17) das mulheres, sendo que abstinente mantiveram-se 48,48% (n=16). E no Momento 3, citaram ingestão esporádica e frequente 54,54% (n=18) das mulheres e 45,45% (n=15) referiram abstinência (p=0,3018), Tabela 17.

**Tabela 18** – Distribuição, por momentos, atendidos no ambulatório do HCFMB e CAPSadll Bauru, sobre como as mulheres estão em relação ao beber, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

Tempo de Abstinência	M1		M2		M3	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Abstinente há menos de 03 meses	15	(45,45)*. **	1	(3,03)**	2	(6,06)**
Abstinente de 03 ou mais meses	8	(24,24)	15	(45,45)	14	(42,42)
Bebendo como ou mais que antes	6	(18,18)	11	(33,33)	10	(30,30)
Bebendo menos que antes	4	(12,12)	6	(18,18)	7	(21,21)
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>

Teste Qui-quadrado (p=0,0003). Os valores com \* (fixando ingestão alcoólica) diferem no nível de 5%. Os valores com \*\* (fixando momentos) diferem no nível de 5%.

Observou-se  $M1 \neq M2 = M3$  que está abstinente há menos de 3 meses. O  $M1 = M2 = M3$  para os demais. E M1, abstinente há menos de 3 meses, significativo em relação aos demais. Também o M2 e M3 em relação a estar abstinente há menos de 3 meses e os demais.

**Tabela 19** – Distribuição, por momentos, conforme o comparecimento ao grupo das mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

Encaminhamentos	M1		M2		M3	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Abandono	0	(0,00)	14	(42,42)	17	(51,51)
Acolhimento e Intensivo	0	(0,00)	0	(0,00)	2	(6,06)
Alta do Grupo	0	(0,00)	0	(0,00)	2	(6,06)
Esporádico	0	(0,00)	0	(0,00)	1	(3,03)
Judicial	1	(3,03)	1	(3,03)	1	(3,03)
Semanal	30	(90,90)	12	(36,36)	2	(6,06)
Quinzenal	1	(3,03)	5	(15,15)	3	(9,09)
Mensal	1	(3,03)	1	(3,03)	4	(12,12)
Consulta Médica	0	(0,00)	0	(0,00)	1	(3,03)
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>

Teste Qui-quadrado ( $p < 0,0001$ ).

Quanto ao comparecimento ao grupo nos três momentos, houve significância entre os momentos ( $p < 0,0001$ ), Tabela 19. A diferença significativa para abandono (0 para 14) e semanal (30 para os demais).

**Tabela 20** – Distribuição, por momentos, conforme os serviços de saúde utilizados pelas mulheres alcoolistas, atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

Serviços de Saúde	M1		M2		M3	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Nenhum serviço	0	(0,00)*, **	7	(21,21)	9	(27,27)
CAPSadII/semi-intensivo	11	(33,33)*	4	(12,12)	3	(9,09)
CAPSadII/redução de danos	12	(36,36)	5	(15,15)	6	(18,18)
CAPSadII/não intensivo	0	(0,00)*, **	2	(6,06)	4	(12,12)
Ambulatório HCFMB	10	(30,30)	6	(18,18)	3	(9,09)
Unidade Básica de Saúde e outros serviços	0	(0,00)*, **	9	(27,27)	8	(24,24)
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>

Teste Qui-quadrado ( $p = 0,0001$ ). Os valores com \* (fixando serviços de saúde) diferem no nível de 5%. Os valores com \*\* (fixando momentos) diferem no nível de 5%.

Houve diferença significativa no  $M1 \neq M2 = M3$  na utilização de nenhum serviço, também para CAPSadII/semi-intensivo, CAPSadII/não intensivo e Unidade Básica de Saúde e outros serviços. Para M1, significativo para nenhum serviço, CAPSadII/não intensivo e UBS e outros serviços. Não houve diferença para o M2 e M3 (Tabela 20).

**Tabela 21** – Distribuição, por momentos, de acordo com tipo de aplicação dos instrumentos, nas mulheres atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

Instrumento Utilizado	M1		M2		M3	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Face a face	33	(100,00)	20	(60,60)	16	(48,48)
Carta	0	(0,00)	1	(3,03)	1	(3,03)
Telefone	0	(0,00)	12	(36,36)	16	(48,48)
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>

Teste Qui-quadrado ( $p=0,4005$ ).

Na Tabela 21, todas as entrevistas foram feitas face a face ao entrar no grupo. O recurso de carta:  $M2=M3$  (3,03%,  $n=1$ ). Telefone foi utilizado no momentos seguintes: M2 (36,36%,  $n=12$ ) e M3 (48,48%,  $n=16$ ) ( $p=0,4005$ ).

**Tabela 22** – Distribuição, por momentos, segundo o apoio citado (e lembrado) para participar dos grupos, pelas mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

Apoio para Tratamento	M1		M2		M3	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Companheiro	3	(9,09)	6	(18,18)	8	(24,24)
Família	8	(24,24)	8	(24,24)	7	(21,21)
Grupo	15	(45,45)	7	(21,21)	8	(24,24)
Trabalho	2	(6,06)	6	(18,18)	6	(18,18)
Outros*	5	(15,15)	6	(18,18)	4	(12,12)
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>

Teste Qui-quadrado ( $p=0,3588$ ).

\*Outros: amigos, Alcoólicos Anônimos (AA), igreja, ordem judicial, Unidade Básica de Saúde (UBS).

Ao entrarem nos serviços, o grupo foi o mais citado como apoio pelas mulheres alcoolistas (45,45%, n=15). No segundo momento a família (24,24%, n=8), o grupo (21,21%, n=7), seguidos do companheiro (18,18%, n=6), trabalho (18,18% n=6) e outros, com 18,18% (n=6). E no terceiro momento observou-se que grupo (24,24% n=8) e companheiro (24,24% n=8) foram mais citados,  $p= 0,3588$  (Tabela 22).

**Tabela 23** – Distribuição, por momentos, das mulheres alcoolistas que referiram estar empregadas e foram atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

Emprego	M1		M2		M3	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Sim	27	(81,81)	18	(54,54)	18	(54,54)
Não	6	(18,18) <sup>***</sup>	15	(45,45)	15	(45,45)
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>	<b>33</b>	<b>(100,00)</b>

Teste Qui-quadrado de associação ( $p=0,0291$ ). Com \* difere no nível de 5% (fixando momentos) e com \*\* difere no nível de 5% (fixando emprego) pelo teste de diferença de proporções.

Na Tabela 23, houve uma associação significativa entre emprego e momentos ( $p=0,0291$ ). Foi observada, diferença significativa para o M1 sobre estar empregado e não estar. Não houve para M2 e M3. Em relação, a não estar empregada, houve diferença entre  $M1 \neq M2 = M3$ .

### 5.3. SADD E SF-36 por Momentos

**Tabela 24** – SADD e SF-36 aplicados aos casos novos (n=33), de mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

Variáveis	Média	Desvio Padrão
SADD	25,76	6,29
Capacidade Funcional	46,21	26,22
Limite Físico	40,15	29,93
Dor	43,33	19,94
Estado de Saúde	54,58	16,17
Vitalidade	38,18	10,06
Aspectos Sociais	31,33	11,69
Limite Emocional	25,21	26,28
Saúde Mental	35,76	11,96
Escore Geral	39,34	10,70
Dimensão A	44,49	16,59
Dimensão B	30,77	10,79

Observou-se para o SADD média de  $25,76 \pm 6,29$  ao entrarem no serviço pela primeira vez, sendo dependência grave. Para SF-36 observa-se que o escore geral de qualidade de vida não é bom, sendo média de  $39,34 \pm 10,70$ . Para a parte física (dimensão A) de  $44,49 \pm 16,59$  e para a dimensão B (emocional, social e mental) média de  $30,77 \pm 10,79$ . E assimetria para os problemas emocionais com média de  $25,21 \pm 26,28$ , Tabela 24.

**Tabela 25** – Correlação do emprego nos três momentos do estudo em relação ao SADD, das mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

Emprego	SADD-M1	SADD-M2	SADD-M3
	média±desvio padrão	média±desvio padrão	média±desvio padrão
Sim	25,30±6,72*	12,11±6,17**	12,50±8,49**
Não	27,13±3,45	19,67±7,18	18,53±8,64

- A média com \* (fixando emprego) difere no nível de 5%. As médias com \*\* (fixando momentos) diferem no nível de 5%.

Pela Tabela 25,  $M1 \neq M2 = M3$  para o SADD quando se declara empregada (sim). Entre os momentos, houve diferença de M2 e M3 entre ter ou não emprego.

**Tabela 26** – Média e desvio padrão das variáveis quantitativas, do SADD e SF-36 nos três momentos, das mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

Variáveis	M1	M2	M3	p-valor
	Média±Desvio Padrão	Média±Desvio Padrão	Média±Desvio Padrão	
Pessoas na casa	3,61±1,62	3,48±1,54	3,61±1,50	0,3363
Quanto trabalham	1,70±0,88	1,91±1,04	1,88±1,05	0,2270
Renda familiar	2,39±2,20	2,55±2,16	2,67±1,99	0,2727
Idade começou a beber	25,36±13,01	25,36±13,01	25,36±13,01	-
SADD	25,76±6,29 *	15,55±7,58	14,15±9,35	<0,0001
Capacidade funcional	46,21±26,22	48,94±25,67	61,67±24,55*	0,0168
Limite físico	40,15±29,93	51,52±28,60	55,30±23,18	0,2130
Dor	43,33±19,94	46,73±13,98	49,58±13,25	0,3228
Estado de Saúde	54,58±16,17	52,24±18,67	54,00±22,06	0,7931
Vitalidade	38,18±10,06 *	45,30±12,62	46,97±15,00	0,0080
Aspectos sociais	31,33±11,69 *	38,58±15,43	42,55±19,34	0,0214
Limite emocional	25,21±26,28	53,27±20,24	58,48±20,41 *	0,0528
Saúde Mental	35,76±11,96 *	44,61±15,59 **	43,15±16,96***	0,0166
Escore geral	39,34±10,70 *	47,65±14,33	51,46±15,67	0,0031
Dimensão A	44,49±16,59	48,95±16,72	53,50±16,89 *	0,0825
Dimensão B	30,77±10,79 *	45,48±14,84	48,06±16,50	<0,0001

- Médias com \* ou \*\* ou \*\*\* diferem significativamente no nível de 5%.

Segundo Tabela 26, não houve significância entre os momentos em relação ao número de pessoas na casa, aos que trabalham e a renda familiar.

A média do início da ingestão alcoólica foi de  $25,36 \pm 13,01$  anos.

Ao entrar no Serviço, a média do SADD foi de  $25,76 \pm 6,29$ , dependência grave das mulheres, com mudança para o M2 com SADD de  $15,55 \pm 7,58$  ( $p < 0,0001$ ). Mantendo-se a média de  $14,15 \pm 9,35$  para M3 ou dependência moderada.

Houve mudança significativa da capacidade funcional do Momento 2 para o 3, com média de  $48,94 \pm 25,67$  para  $61,67 \pm 24,55$  ( $p = 0,0168$ ).

Não houve diferença entre os momentos para o limite físico ( $p = 0,2130$ ), em relação à dor ( $p = 0,3228$ ) e o estado de saúde ( $p = 0,7931$ ).

Quanto a vitalidade houve diferença do Momento 1 com média de  $38,18 \pm 10,06$  para o Momento 2 com média de  $45,30 \pm 12,62$  ( $p = 0,0080$ ).

Nos aspectos sociais, houve mudança do Momento 1 para o 2 ( $p = 0,0214$ ).

No limite emocional verificou-se diferença entre os Momentos 1 e 3 ( $p = 0,0528$ ).

Na saúde mental houve diferença entre os três momentos ( $p = 0,0166$ ).

No escore geral do SF-36 houve mudança do primeiro momento, com média de  $39,34 \pm 10,70$ , para o segundo momento, com média de  $47,65 \pm 14,33$  ( $p = 0,0031$ ). Na dimensão A, verificou-se mudança do segundo para o terceiro momento ( $p = 0,0825$ ). E dimensão B, do primeiro momento em relação aos outros momentos ( $p < 0,0001$ ) com melhora do escore.

---

**Tabela 27** – Correlações do SADD em relação aos domínios do SF-36, no geral e nos três momentos, das mulheres alcoolistas atendidas no ambulatório do HCFMB e CAPSadII Bauru, janeiro 2010 a janeiro de 2012.

Variáveis	Geral	M1	M2	M3
Capacidade funcional	<b>-0,46329</b>	-0,32406	-0,29102	<b>-0,69177</b>
Limite físico	<b>-0,45264</b>	<b>-0,34501</b>	-0,24194	<b>-0,65229</b>
Dor	<b>-0,40853</b>	<b>-0,42122</b>	-0,26088	<b>-0,55605</b>
Estado de Saúde	<b>-0,47532</b>	<b>-0,37872</b>	<b>-0,56868</b>	<b>-0,71908</b>
Vitalidade	<b>-0,61936</b>	-0,21205	<b>-0,71111</b>	<b>-0,64818</b>
Aspectos Sociais	<b>-0,63510</b>	<b>-0,58194</b>	<b>-0,58584</b>	<b>-0,62556</b>
Limite Emocional	<b>-0,51531</b>	0,02414	<b>-0,57820</b>	<b>-0,39122</b>
Saúde Mental	<b>-0,59346</b>	-0,08059	<b>-0,71408</b>	<b>-0,69394</b>
Escore	<b>-0,70339</b>	<b>-0,49762</b>	<b>-0,60618</b>	<b>-0,77327</b>
Dimensão A	<b>-0,57074</b>	<b>-0,42779</b>	<b>-0,44999</b>	<b>-0,77016</b>
Dimensão B	<b>-0,68983</b>	-0,22040	<b>-0,71604</b>	<b>-0,64346</b>

As correlações em destaque (negrito) são significativas no nível de 5%,

No geral, houve boa correlação para Escore Geral, Dimensão B, aspectos sociais, vitalidade, variando de -0,70339 a -0,61936.

Correlações menores, mas significativas, foram encontradas para os demais no domínio do SF-36 (capacidade funcional, limite físico, dor, estado de saúde, limite emocional, saúde mental, Dimensão A) variando de -0,40853 a -0,59346.

Momento 1 apresentou correlações mais baixas para os aspectos do SF-36.

Momento 2, correlações altas para vitalidade, saúde mental, dimensão B e escores menores com os demais.

Momento 3, todas as correlações foram boas, exceto o limite emocional.



## *6. Discussão*

---

## 6. DISCUSSÃO

Os casos novos de mulheres alcoolistas foram procedentes de dois locais, Caps AD de Bauru e Ambulatório de Psiquiatria de Botucatu, que oferecem serviços de saúde capacitados em atender e acompanhar uma pesquisa sobre esta população.<sup>52,53,54</sup>

Apesar de todos os recursos, obteve-se apenas 33 pacientes para este estudo, demonstrando que a procura por tratamento por parte de mulheres dependentes é pequena e ainda carregada de preconceitos, embora a literatura demonstre a mudança no comportamento da mulher em relação ao aumento da ingestão de bebidas alcoólicas.<sup>5,6,11,21,30,55</sup>

Pode-se considerar que são muitas as dificuldades encontradas para que a mulher alcoolista procure ajuda, começando pelo local, o acolhimento, o profissional que a recebe e a proposta de tratamento oferecida. Além de outros fatores como os tabus sociais, a estigmatização e a própria culpa. Cerca de 2% das mulheres com problemas relacionados ao álcool procuram tratamento, contra 8% dos homens.<sup>56,57</sup>

Em relação ao estado civil, os achados sobre alcoolismo feminino geralmente apontam para mulheres solteiras em sua maioria.<sup>30,57</sup> Inclusive que as mulheres solteiras tendem a apresentar mais sucesso no tratamento do que as casadas, devido a maior disponibilidade e menor influência masculina.<sup>17</sup>

Em pesquisa realizada pela UNIAD (2010) sobre padrões de consumo de álcool em cidades brasileiras, encontrou que na população adulta, 3% tinham características para abuso de álcool e 9% para dependência alcoólica. De cada 20 mulheres, pelo menos 1 fazia uso abusivo ou era dependente. E essa condição era mais prevalente entre solteiros e mais jovens.<sup>58</sup>

No entanto, podemos encontrar na literatura a sugestão de que as mulheres casadas, com homens que fazem uso abusivo ou são alcoolistas, estão bebendo mais do que as que se encontram em outro estado civil. Um estudo longitudinal americano colocou que, enquanto os homens diminuem o consumo depois do matrimônio, pois as mulheres ajudam a manter a ingestão sem alterações, eles seriam responsáveis por apresentar a bebida alcoólica às mulheres. As casadas aumentariam a ingestão alcoólica por conviver com parceiros que fazem uso

---

elevado de bebida alcoólica.<sup>55,59</sup>

Um outro aspecto importante, a ser mencionado sobre as mudanças na estrutura das famílias, está relacionado com o aumento das separações conjugais e divórcios, assim como os recasamentos. A pesquisa sobre Estatísticas do Registro Civil, realizada pelo IBGE, mostra uma queda na taxa geral de nupcialidade legal no País nas últimas três décadas. Em meados da década de 1970, esta taxa atingia cerca de 13%, reduzindo-se para 6,6% em 2010. Por outro lado, a taxa geral de separações e divórcios apresentou um crescimento expressivo.<sup>60</sup>

Estas considerações, citadas acima, podem tentar explicar o predomínio de mulheres com companheiro, nos três momentos dessa pesquisa. Estamos lidando com dependência e se as mulheres estão usando mais bebida alcoólica pela presença do homem que faz uso, não apenas recreativo, isto levaria a um aumento do consumo e até mesmo, poderia desencadear a doença alcoolismo, já que o organismo feminino é mais sensível à substância.

Segundo o IBGE nos últimos anos, observa-se uma expansão significativa da formalidade no mercado de trabalho brasileiro, beneficiada pelos sucessivos períodos de crescimento econômico na década de 2000. Para a população feminina ocupada, o percentual de trabalhadoras nesta categoria é um pouco menor, 35,1%, contudo, houve um aumento de 1,8 ponto percentual na primeira metade do período considerado, 2001 a 2006, e de 7,5 pontos percentuais na segunda, 2006 a 2011.<sup>60</sup>

O trabalho doméstico é uma realidade para 6 milhões de mulheres, mas este número vem reduzindo-se, dado que, em 2006, elas representavam 6,2 milhões. A redução do número de trabalhadoras domésticas é resultado de vários fatores, como o aumento da escolaridade das mulheres e o aumento da oferta de postos de trabalho no setor de serviços, entre outros. Esta queda está concentrada entre as empregadas domésticas sem carteira de trabalho assinada.<sup>60</sup>

O maior percentual de empregados com carteira de trabalho assinada encontra-se na Região Sudeste (52,1% no caso da população ocupada masculina e 42,9% para a feminina), já a informalidade é uma característica da população idosa com 60 anos ou mais de idade (71,7%) e da população jovem de 16 a 24 anos (46,5%).<sup>60</sup>

No mercado de trabalho brasileiro, a população mais escolarizada tende a

---

---

procurar trabalhos mais formalizados. Nos trabalhos informais, a média de anos estudados era de 7,3 anos para mulheres.<sup>60</sup>

A desigualdade de rendimentos entre homens e mulheres tem se reduzido nos últimos anos, mas as mulheres ainda recebem menos que os homens (em média, 73,3% do rendimento deles).<sup>60</sup>

Quanto à separação de papéis entre homens e mulheres na sociedade, o trabalho doméstico é uma atividade predominantemente feminina. Pode-se afirmar que, apesar da participação conjunta de homens e mulheres no mercado de trabalho, não há uma divisão equânime das tarefas domésticas, cabendo às mulheres a responsabilidade pela maior parte deste tipo de trabalho.<sup>60</sup>

Em relação à estrutura das famílias conviventes no País, o primeiro aspecto a ser destacado é o tamanho médio: 2,6 pessoas por família.<sup>60</sup>

Vale ressaltar que o ingresso de mulheres no mercado de trabalho tem sido cada vez maior, independentemente do estado conjugal e de sua posição na família. Entretanto, a análise dos dados da taxa de ocupação revela que as mulheres ainda têm taxas menores que os homens.<sup>60</sup>

Dentre os diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de drogas, a substância psicoativa que mais esteve associada a afastamentos foi o álcool. Ao se analisar a prevalência de afastamento do trabalho devido a consumo de drogas, observa-se que a maior porcentagem ocorre na faixa de 25 a 49 anos. Em todos os anos, a porcentagem de afastados do sexo masculino é superior a 90%. Em relação às aposentadorias o maior motivador também foi o uso de álcool. Nota-se que as maiores taxas de aposentadoria ocorrem na região Sudeste e a maior porcentagem de aposentados tem idade entre 40 e 59 anos.<sup>9</sup>

Portanto, o trabalho é uma dimensão da experiência humana em que o uso abusivo de drogas provoca grande impacto. O consumo descontrolado de substâncias psicoativas se reflete em faltas e atrasos no trabalho, diminuição da produtividade, aumento das dificuldades de relacionamento com colegas e chefias.<sup>9</sup>

O consumo de álcool é disseminado em diversas camadas sociais e o alcoolismo tem acometido pessoas com diferentes níveis de escolaridade, remuneração e profissão/ocupação. Pode-se dizer que a escolaridade influencia na profissão/ocupação de uma pessoa e, conseqüentemente, na sua remuneração. Os

---

---

baixos preços de bebidas alcoólicas no país, em geral, o fácil acesso em vários pontos de venda e a percepção sobre o consumo de álcool são fatores que favorecem as pessoas estarem, igualmente, expostas e vulneráveis.<sup>61</sup>

Ao estudar uma população feminina, dependente de álcool, pode-se considerar como é difícil viver numa sociedade em que a ocupação, a necessidade de ter previdência social para garantir os direitos, a baixa renda, juntamente com número de moradores da residência, afetam essas mulheres e podem tornar mais complicado a vida delas. Apesar da maioria ter referido estar empregada ao entrar nos serviços de saúde, ressalta-se as condições desfavoráveis, acrescentado à sua dependência alcoólica, o fato de não possuir previdência social, a maioria das trabalhadoras eram empregadas domésticas e faxineiras, moravam com 2 a 3 pessoas e com renda familiar de 1,5 salário mínimo.

O primeiro contato com o álcool pode acontecer em idades variáveis tanto na infância ou adolescência quanto na vida adulta e em diversas circunstâncias. Um estudo de Assis et al (2010) revelou que as mulheres iniciaram o uso de álcool, ou tiveram sua primeira experiência com o mesmo, em duas fases da vida: na infância e/ou adolescência e na vida adulta.<sup>57</sup>

Também é descrito que o grupo etário mais atingido pelo alcoolismo é o compreendido entre 40 e 60 anos, sendo nesta faixa que os problemas de abuso e dependência ficam mais evidentes.<sup>30,55</sup>

Simão et al (2002), em estudo longitudinal retrospectivo, encontraram mulheres que iniciaram a ingestão mais tarde que os homens, em que o perfil apresentado pelas alcoolistas é de uma pessoa que faz uso velado da bebida alcoólica, geralmente na própria casa e não mencionam o uso de álcool.<sup>30</sup>

Em 2005, foi publicada uma pesquisa realizada em oito países (Argentina, Costa Rica, México, Sri Lanka, Índia, Uganda, Nigéria e Brasil). Esse estudo faz parte de um grande projeto da OMS, intitulado “*Gênero, cultura e problemas relacionados ao álcool: um inquérito de saúde*”, que avalia o consumo de álcool na população. As mulheres foram divididas em três grupos de acordo com a idade. No grupo com idade inferior a 30 anos, o consumo foi mais elevado na Argentina (88%) e no Sri Lanka (75%). No grupo de 30 a 49 anos, o maior consumo ocorreu na Argentina (75%) e no México (48%) e, no grupo com 50 anos ou mais, os consumos

---

---

mais elevados ocorreram na Argentina (70%); no Brasil (47%) e em Uganda (46%).<sup>62</sup>

O alcoolismo entre meninas de 12 a 17 anos dobrou de 2001 para 2005: passou de 3,5% para 6%.<sup>57</sup> Também ocorreu um aumento do consumo de álcool entre mulheres e de maneira mais precoce, mostrando que a diferença entre os gêneros tem diminuído progressivamente.<sup>17</sup> As explicações para a ingesta alcoólica nessa fase da vida seria o intuito de vivenciar situações prazerosas ou evitar o desprazer.<sup>62</sup>

Segundo o Relatório Brasileiro sobre Drogas (2009), da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, a cerveja é a bebida nacional. Ela é ingerida preferencialmente por ambos os gêneros e em todas as idades, regiões e classes sociais. Já os destilados são consumidos predominantemente nas Regiões Norte (18%) e Nordeste (20%), assim como pelos homens (17%). As pessoas que tendem a consumir maiores quantidades, buscam o consumo de bebidas com graduação alcoólica mais elevada.<sup>9</sup>

O hábito de beber nas mulheres engloba um conjunto de significações e fatores relacionados à condição feminina, ao espaço social e na situação de ser uma mulher alcoolista. Alguns aspectos culturais são considerados, como a intensa marginalização que essas mulheres sofrem, tanto na família, quanto na sociedade e nos serviços de saúde.<sup>65</sup>

Na maioria das culturas que consomem álcool, espera-se que as mulheres se abstenham ou bebam menos que os homens. Portanto, quando mulheres desenvolvem problemas relacionados ao álcool, elas tendem a ser rejeitadas, enfrentam mais problemas e escondem sua dependência com maior frequência, fatores que dificultam a detecção e tratamento precoce.<sup>63</sup>

Neste estudo, a média de idade para ingestão alcoólica foi de 25 anos, sendo que a média de idade das mulheres foi de 43, indicando um início precoce da ingesta da bebida. Como principal local de consumo, a casa foi a mais citada, devendo-se considerar o consumo velado pelas dependentes e a necessidade de não serem encontradas, pois apesar de todas as mudanças socioculturais, ainda sofrem o preconceito, inclusive dos profissionais de saúde que, na maioria das vezes, não estão habilitados para lidar com esta população.

Uma pesquisa que abordou os perfis neuropsicológicos, em relação aos

---

mecanismos de impulsividade, de 31 pacientes dependentes de álcool (5 mulheres e 26 homens) que estavam de 15 a 120 dias em abstinência, tempo considerado crítico após a desintoxicação, foram recrutados de um serviço do hospital dia em Belo Horizonte. Pela análise, o paciente abstinente, qualquer que seja sua etiologia, é considerado um fator de risco e alcoólicos podem ser vistos como um alto potencial de recaída, mesmo depois de um prolongado e bem-sucedido período de abstinência.<sup>20</sup>

Considerou também que, num período de tempo crítico após a desintoxicação, relata-se que a impulsividade desempenha um papel juntamente com recursos relacionados, como a tomada de decisões e perda de força de vontade, aliados aos aspectos afetivos, ocasionando um processo complexo que resulta em descrições clínicas em que os sujeitos ingerem álcool, apesar da consciência de suas consequências negativas.<sup>20</sup>

No estudo de Álvarez (2007), sobre fatores considerados de risco ao alcoolismo, refere-se a uma porcentagem de 70% a 90% de recaída dentro de três meses e uma incidência de 90% de recaídas, após 18 meses. E apenas 26% dos alcoolistas tratados ainda permanecem abstinentes após um ano, em contraste com uma taxa de remissão espontânea de 19%.<sup>64</sup>

Considerando os estudos citados, verificou-se que ao entrarem nos serviços de saúde, a maioria das mulheres referiram-se abstinentes, entretanto, após 3 meses de acompanhamento, a ingestão esporádica e frequente já eram as mais citadas, mantendo-se no último período do seguimento.

É demonstrado uma dificuldade para manter a abstinência pelas mulheres, principalmente após 3 ou mais meses, que foi significativo ( $p=0,0003$ ), tanto em relação a ingestão de álcool como em relação ao tempo de seguimento. O relato do beber, tanto menos e, como ou mais que antes, já eram mais citados na segunda e terceira entrevistas, em detrimento ao período de abstinência após 3 e 6 meses.

Não foram relatadas as questões que poderiam ser consideradas as possíveis causas da não manutenção da abstinência alcoólica. Mas se observarmos no estudo, as mulheres ao serem entrevistadas pela 1ª vez compareciam semanalmente, em sua maioria (93%), nos serviços. No segundo momento observa-se o abandono dos grupos de tratamento, com diminuição significativa da presença

---

---

semanal nos grupos, continuando após 6 meses ( $p < 0,0001$ ).

Existem vários fatores relacionados com os motivos das recaídas, como as emoções negativas (ansiedade, depressão, culpa), pressão social mas com atribuições negativas (os amigos oferecem ou pressionam para consumir, festas), manejo de situações difíceis (enfrentar uma má notícia, terminar uma relação de casal, discussões em família), manejo dos problemas físicos e psicológicos (insônia, solidão, problemas sexuais), a dependência alcoólica que leva a necessidade de beber (craving), a falta de vontade para deixar de beber e os sintomas de abstinência como náuseas, insônia, tremores.<sup>64</sup>

O tempo de tratamento pode ser considerado como um preditor de resultados positivos entre os pacientes com transtornos por uso de substâncias. O abandono é um problema importante, especialmente durante os primeiros 3 meses, as taxas de evasão de 50% a 80% durante este tempo são típicas. Existem relatos de 52-75% dos pacientes que abandonam na quarta sessão, em tratamento ambulatorial de alcoolismo.<sup>47</sup>

Há alguma evidência da relação entre idade e o desgaste ao tratamento, como os clientes mais jovens, mais propensos a abandoná-lo. Do mesmo modo, sugere-se que a falta de estabilidade e apoio social estão relacionados a este abandono. Por exemplo, os solteiros, que vivem sozinhos ou, os separados, foram considerados como mais propensos a "cair fora". Bem como, a probabilidade de que os dependentes de álcool vão entrar e completar tratamento é aumentada significativamente, quando cônjuges ou outros pares estão envolvidos no tratamento.<sup>47</sup>

Observamos uma multiplicidade de influências, tanto pessoais como externas, incidindo de maneira simultânea, juntamente com o abandono dos grupos, o que talvez justifique o consumo da bebida alcoólica referido pelas mulheres, como menor ou até maior, dando um significado de que estão bem (ou a provável sensação de estarem bem), apesar de não frequentarem mais os grupos e possivelmente justificando a não necessidade de abstinência. Entretanto, não ocorreu uma aferição sobre a participação dos companheiros, na permanência ou abandono, do tratamento pelas mulheres, já que nesta pesquisa, em sua maioria, as mulheres referiram-se em algum tipo de união.

---



Estudam-se sobre as inúmeras diferenças entre homens e mulheres em relação ao uso de substâncias psicoativas, mas em geral, o tratamento tem sido desenvolvido e programado com base em um modelo de tratamento de alcoólicos, ou seja, para o sexo masculino. Oferecer uma opção, na forma de tratamento, pode ser particularmente importante para as mulheres que iniciam o tratamento, a fim de sentirem uma sensação de capacitação e comprometimento.<sup>47</sup>

Aparentemente a doença alcoólica parece ser individual, porém, ao mesmo tempo em que atinge o dependente, acaba afetando as relações sociais que o envolvem. Estas, sejam familiares ou afetivas, laborais ou de amizades, acabam por influenciar as mulheres na busca do tratamento.<sup>57</sup>

Muitos são os eventos e/ou elementos desencadeadores que encorajam, estimulam e reforçam a busca pelo tratamento, mesmo quando estes não estão relacionados, diretamente, ao problema com a bebida ou quando o alcoolismo não é visto como principal problema.<sup>57</sup>

De acordo com Edwards et al (2005) as mulheres tendem a procurar os serviços de saúde generalistas e não os serviços especializados, pelo menos, na primeira vez.<sup>65</sup>

Não encontramos estudos com diferentes tipos de tratamento ou que tenham feito alguma comparação, mas podemos considerar em relação ao exposto anteriormente, que torna-se necessário serviços de saúde que atendam diretamente às características das mulheres alcoolistas.

Visto que, a maioria das mulheres (70%) faziam tratamento no CAPSadII de Bauru e 30% eram do Ambulatório de Psiquiatria do HCFMB, ao entrarem nos serviços, todas as mulheres estavam alocadas em algum tipo de tratamento ( $p=0,0001$ ). Na segunda entrevista, ocorreu uma referência ao não uso dos serviços de saúde, a alocação de algumas dependentes para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e notada diminuição entre as participantes num dos serviços do CAPSadII, chamado grupo Semi-Intensivo, que preconiza a abstinência alcoólica.

Não houve um questionamento sobre os motivos que levaram à saída do tratamento e também em relação aos casos em que foram para a UBS. Existe a possibilidade dessas mulheres não se sentirem dependentes e portanto, serem passíveis de frequentar outro tipo de tratamento ou até mesmo nenhum.

---

Ressalta-se que, no contexto do alcoolista, o apoio pode ser providenciado por amigos, familiares, profissionais dos serviços de saúde, igrejas, grupos e outros. Todos esses agentes e cenários constituem dispositivos que compõem sua rede de apoio social que atua de forma a eliminar barreiras, manter os vínculos sociais do alcoolista e fortalecer os laços de solidariedade.<sup>61</sup>

Os familiares do alcoolista podem representar fonte significativa de apoio social. Este suporte pode ser instrumental (financeiro) e/ou emocional, referente à afeição, preocupação com o outro e ações que levam a um sentimento de aprovação e de pertencer a determinado grupo. Ao mesmo tempo, o alcoolismo pode constituir-se como um dos maiores problemas para as famílias, as quais demonstram pouco conhecimento sobre o mesmo. Entre as maiores dificuldades enfrentadas estão a violência intrafamiliar e as relações conturbadas. A oferta de apoio ao alcoolista, por exemplo, é um componente significativo no processo de tratamento, mas que nem todas as pessoas são igualmente habilitadas em ofertá-lo. O gênero feminino pode se destacar nessa oferta por, historicamente, relacionar-se com a provisão do cuidado, inclusive nas situações de adoecimento.<sup>61</sup>

Quanto ao companheiro, pode ser que as mulheres que participam mais do tratamento, utilizam o grupo como refúgio para discutir maneiras de lidar com um cônjuge bebedor. Por outro lado, é possível que um cônjuge abstinente forneça suporte suficiente para a mulher fazer mudanças em seu beber sem tratamento. Além disso, uma mulher cujo companheiro incentiva o beber, pode conduzi-la a um tratamento mais por sua própria percepção do problema (em vez de pressões externas) e, assim, ela pode ser mais propensa a envolver-se no tratamento. O impacto do cônjuge que também bebe e encorajamento dele no uso de álcool é importante, mas ainda não é bem estudado.<sup>47</sup>

De acordo com o descrito acima, os casos novos do atual estudo, citaram como principal apoio os grupos, provavelmente por estarem frequentando e estarem fazendo tratamento. No segundo momento referiram a família, momento em que já se observa o abandono e a procura por outros serviços. Da mesma forma, no último momento, como principal motivador foi o grupo, podendo ser uma referência ao tempo em que faziam o tratamento. O companheiro e o trabalho também foram citados como incentivadores, pode-se considerar que, a maioria das mulheres tinham algum tipo de união e o emprego como fator significativo na vida dessas

---

mulheres.

Sobre o trabalho, a desconfiança e o descrédito são evidentes, gerando um clima de dúvida quanto à capacidade de atuação do alcoolista e medo do que possa ocorrer no ambiente laboral, sendo esta insegurança um agravante para a manutenção do seu emprego ou sua posterior reinserção.<sup>66</sup>

Este retorno seria possível apenas para o alcoolista que se submeteu ao tratamento da doença e está em abstinência. Mesmo assim, não seria um processo simples; ao contrário, demandaria interesse do próprio alcoolista, ajuda irrestrita e constante de todos: família, amigos e colegas de trabalho, além do envolvimento direto de profissionais que o atendesse no âmbito laboral.<sup>66</sup>

Estar empregada teve associação significativa entre os momentos ( $p=0,0291$ ), ou seja, ao entrarem nos grupos estavam trabalhando e apesar de ocorrer um aumento do desemprego, nos momentos seguintes de acompanhamento, continuaram trabalhando mesmo de maneira informal. O ingresso de mulheres no mercado de trabalho tem sido cada vez maior, independentemente do estado conjugal e de sua posição na família, a questão da autonomia feminina está colocada na relação entre os níveis de rendimentos auferidos por homens e mulheres no contexto familiar.<sup>60</sup>

A situação de desemprego pode estar relacionada com diversos fatores, como o fato de continuarem a beber nos momentos seguintes e o abandono dos grupos. Juntamente com o preconceito que vem contribuir para o afastamento do trabalhador alcoolista do seu ambiente de trabalho, levando-o ao que se chama de “círculo vicioso”: o trabalhador alcoolista que não conseguiu permanecer no emprego bebe pela frustração oriunda da perda do trabalho; ao beber (e por fazê-lo), não é contemplado com uma nova chance de trabalho, o que gera novo impulso em direção à bebida.<sup>66</sup>

Sobre o uso do telefone, um estudo realizado entre 1992 e 1996, utilizou aplicando questionários sobre a qualidade de vida e a ingestão de álcool em indivíduos idosos. Participaram 1594 pessoas, sendo 633 homens e 961 mulheres. E entre as escalas aplicadas estava SF-36.<sup>67</sup>

Este é um recurso que possibilitou o acompanhamento de todas as mulheres e evitou perdas. Para o SF-36 tem-se diversas formas de aplicação (entrevista direta

ou por telefone ou autoadministração). O SADD e o formulário semiestruturado haviam sido aplicados por telefone, no GAF do ambulatório do HCFMB, em 2007, pelo mesmo pesquisador.

No Brasil, desde 2006, o Ministério da Saúde pesquisa, anualmente, o consumo abusivo de álcool. A pesquisa denominada VIGITEL é realizada por Inquérito Telefônico, com pessoas com mais de 18 anos, nas Capitais Estaduais e no Distrito Federal. Em 2009, as cidades onde as mulheres apresentam maiores porcentagens de consumo abusivo de álcool foram Salvador (17,1%) e Distrito Federal (16,5%) e as menores ocorreram em Rio Branco (6,2%), Manaus (6,3%), São Paulo (6,3%) e Curitiba (6,6%).<sup>68</sup>

### **6.1. Sobre a Severidade da Dependência Alcoólica**

Num levantamento de consultas de enfermagem realizadas com pacientes alcoolistas, da Universidade Federal do Espírito Santo, com amostra de 94% de homens e 6% de mulheres, que utiliza o SADD, encontraram na avaliação da severidade da dependência alcoólica: 74% dos pacientes com grau grave, 19% moderado e apenas 3% leve.<sup>55</sup>

Nos achados de Menezes (2006), que estudou a qualidade de vida de homens e mulheres alcoolistas, atendidos no ambulatório de psiquiatria da Universidade Estadual Paulista de Botucatu, constatou que apresentavam dependência grave ao ingressarem no Programa e no momento em que foi realizada a entrevista, houve predomínio de dependência leve.<sup>69</sup>

O maior percentual, desta pesquisa, para o grau grave está de acordo com esses estudos, pois ao entrarem nos serviços as mulheres tinham dependência grave com média de  $25,76 \pm 6,29$ . Houve mudança em relação aos momentos 2 e 3, em que as mulheres pontuaram no SADD para dependência moderada ( $p < 0,0001$ ).

As mulheres dependentes procuram ajuda para desistir das drogas não como um fim em si mesmo, mas como um meio para escapar dessas conseqüências negativas e obter uma vida melhor.<sup>70</sup>

Os problemas de alcoolismo são de alguma forma, mais problemáticas e de

---

---

difícil tratamento nas mulheres em comparação com os homens. Elas enfrentam problemas de consumo em diferentes condições que facilitam ou desencorajam a obter ajuda de um serviço e podem responder de forma diferente para terapia tradicional e, portanto, precisam de um serviço especializado.<sup>6</sup>

O tratamento para a dependência aponta para o amplo objetivo da recuperação, que é definida como abstinência, além de melhor qualidade de vida.<sup>70</sup>

As mulheres alcoolistas ao mudar o padrão de vida, como o vínculo afetivo, o trabalho, apesar de não continuarem a frequentar os grupos da mesma maneira e, ao mesmo tempo, relataram a ingestão de álcool, podem ser fatores favoráveis para a diminuição da severidade da dependência alcoólica.

As consequências do consumo de álcool podem incluir efeitos sobre relacionamentos, família, amizades, trabalho, saúde e finanças. No estudo não observaram-se mudanças significativas entre os momentos em relação ao número de pessoas na casa e aos que trabalham juntamente com a renda familiar. A média de idade ao início da ingestão alcoólica foi de  $25,36 \pm 13,01$  anos.

Vale ressaltar que, o álcool se tornou muito mais acessível às mulheres através de uma série de pontos de venda, como supermercados, restaurantes e bares de vinho, como o Pub (abreviação de Public House, que identifica os tradicionais bares ingleses e irlandeses, com representantes brasileiros), geralmente deixaram de ser ambientes apenas para homens e tornaram-se mais amigáveis às mulheres. Uma nova gama de alcopops (bebidas diferentes mais doces e atraentes) e designer drinks, bebidas diferenciadas que vieram para o mercado para atrair particularmente as mulheres. Cervejas Premium, de baixa caloria, cruzaram a barreira de gênero. Também a publicidade da bebida, alvo especificamente das mulheres, que normalmente retrata o álcool como moda, glamour e usado para pessoas que são independentes, divertidas, carinhosas e desejáveis.<sup>6</sup>

O emprego foi um fator diferencial na pesquisa e ao se relacionar com o SADD, verificou-se que houve diferença significativa ao se declararem empregadas no caso novo, em relação aos outros momentos ( $p < 0,05$ ). E após 3 meses e 6 meses de seguimento, teve diferença entre estar empregada e não estar ( $p < 0,05$ ). Relatar que não estavam trabalhando, o SADD era mais elevado, tanto para dependência grave (1º momento) como nos 2º e 3º momentos que pontuaram para

---

dependência moderada. Pode-se considerar a influência da variável ocupação, sobre a dependência das mulheres, que trabalham fora melhor, ao daquelas cujo trabalho é exclusivamente doméstico.

As últimas décadas testemunharam mudanças fundamentais no papel das mulheres na sociedade e este trouxe mudanças acentuadas nas atitudes e comportamentos em relação ao uso do álcool. As mulheres têm maiores oportunidades para beber do que anteriormente e o seu consumo tornou-se muito mais socialmente aceitável. Desde a década de 1960, houve um aumento no número de mulheres participantes da força de trabalho e os ganhos em relação ao sexo masculino para feminino, em alguns casos, se estreitaram. O local de trabalho pode ser uma influência importante nos hábitos de consumo do beber e, geralmente, a bebida influenciou mais, em média, do que os não-ocupados. O aumento da renda disponível e, conseqüente maior independência financeira, podem estar subjacentes ao aumento do consumo alcoólico das mulheres.<sup>6</sup>

## **6.2. A qualidade de vida no alcoolismo feminino**

A escala genérica SF-36, foi desenvolvida para comparações entre diferentes doenças e aplicável a praticamente todas as pessoas. Inclui o funcionamento físico (por exemplo, a capacidade de realizar atividades diárias), o funcionamento psicológico (emocional, mental, o bem-estar), o funcionamento social (relações com os outros e participação em atividades sociais) e a percepção do estado de saúde, dor e satisfação geral com a vida.<sup>71</sup>

Na pesquisa realizada por Ciconelli et al (1997)<sup>36</sup>, sobre artrite reumatóide, apresentou nas dimensões investigadas os menores domínios para capacidade funcional (66,5), aspecto físico (59,5), dor (63,96). A artrite reumatóide, é uma condição patológica altamente incapacitante do ponto de vista físico, caracterizada por dor, edema nas articulações e com rigidez matinal que leva a prejuízos importantes.<sup>36</sup>

Num outro estudo sobre dependentes de álcool, tanto homens como mulheres, em todos os domínios encontraram-se desempenhos inferiores para os domínios do SF-36, exceto para capacidade funcional (75,42). Também comparou a

---

qualidade de vida das mulheres alcoolistas com as portadoras de outras doenças crônicas. Mulheres portadoras de osteoporose apresentaram qualidade de vida superior às alcoolistas, em todas as dimensões do instrumento utilizado, exceto em capacidade funcional (47,7) e estado geral de saúde (45,1), justificado possivelmente em função da idade. Entretanto, a qualidade de vida das alcoolistas, em relação às portadoras de fibromialgia, foi maior em todas as dimensões do SF-36, exceto para saúde mental (45,6). Um dos principais sintomas da fibromialgia é a dor difusa e crônica, muitas vezes tão grave que interfere na realização das atividades de vida diária e no trabalho. Além disso, a dor crônica causa um componente de sofrimento, com vários fatores contribuintes como ansiedade, frustração e raiva, com efeitos adversos no humor.<sup>69</sup>

Outra pesquisa, que avaliou a qualidade de vida entre dependentes de álcool do sexo masculino, estando em tratamento em dois ambulatórios diferentes, de dependência química e gastroenterologia da Unifesp, em São Paulo, utilizou o mesmo instrumento. Os pacientes pontuaram 51 na dimensão aspecto físico e 52 em saúde mental. A capacidade funcional foi a dimensão menos comprometida, com pontuação média de 79.<sup>72</sup>

No presente estudo, ao entrar nos serviços, as mulheres apresentaram escore geral de qualidade de vida médio de  $39,34 \pm 10,70$ , ou seja, baixa qualidade de vida das alcoolistas, quando comparado com outros grupos nas dimensões do SF-36, particularmente em aspecto físico, aspecto emocional e saúde mental. Os casos novos na parte física (dimensão A) pontuaram em média de  $44,49 \pm 16,59$  e para a dimensão B (domínios: emocional, social e mental) média de  $30,77 \pm 10,79$ . O domínio mais baixo ao entrar no tratamento foi dos aspectos emocionais, média de  $25,21 \pm 26,28$  e o mais alto para o estado de saúde ( $54,58 \pm 16,17$ ), seguido de capacidade funcional ( $46,21 \pm 26,22$ ). Esses últimos tiveram melhor pontuação apenas se comparados ao estudo sobre osteoporose.

Em geral, quanto maior o número de doenças crônicas uma pessoa tem, maior o risco de prejuízo funcional em todas as dimensões da qualidade de vida.<sup>70</sup>

Estes resultados sugerem que a quantidade de álcool consumido é um mediador importante na qualidade de vida desse grupo. As mulheres apresentaram um maior nível de deficiência, isso pode ocorrer porque elas são particularmente vulneráveis aos efeitos crônicos do álcool e geralmente acessam os serviços

---

relativamente tarde no seu curso do beber.

O distúrbio afetivo pode ser em grande parte responsável por esta constatação, em que se tem sugerido que essa perturbação emocional é mais prevalente nas mulheres na apresentação aos serviços.<sup>5,30</sup>

Os índices de funcionamento físico e mental do SF-36, para os pacientes em tratamento para desordem do uso de substâncias, apresentam pontuação significativamente mais baixa do que a população em geral, podendo ser tão baixo quanto, ou menor, do que os pacientes com doenças pulmonares e diabetes, e significativamente menor em relação aos pacientes que aguardam cirurgia cardíaca.<sup>70</sup>

A capacidade funcional, refere-se à capacidade do indivíduo de realizar atividades físicas. Ao se comparar a pontuação dos domínios do SF-36 entre os momentos, o estudo mostra que ocorre mudança significativa da capacidade funcional do 2º para o 3º momento, com média de  $48,94 \pm 25,67$  para  $61,67 \pm 24,55$  ( $p=0,0168$ ).

Não houve diferença entre os momentos para o limite físico ( $p=0,2130$ ), em relação à dor ( $p=0,3228$ ) e o estado de saúde ( $p=0,7931$ ).

As comorbidades são mais comuns em pacientes com afecções pulmonares crônicas, doenças cardiovasculares, diabetes e artrite e são esses pacientes que avaliados através da escala sumarizada do SF-36 (componente físico e componente mental) são os que obtêm os piores escores nos domínios do componente físico.<sup>73</sup>

Um estudo transversal, de base populacional, que verificou a qualidade de vida e a presença de associação com fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, na população urbana do município de Montes Claros, Minas Gerais, sorteou 17 setores censitários e entrevistou 648 moradores de idade maior ou igual a 18 anos, de ambos os sexos, sendo 478 (73,8%) do sexo feminino. Os escores de maior comprometimento foram observados nos domínios vitalidade ( $65,7 \pm 22,5$ ), dor ( $67,6 \pm 21,4$ ), estado geral de saúde ( $65,8 \pm 28,4$ ) e saúde mental ( $67,6 \pm 21,4$ ).<sup>74</sup>

Os indivíduos, que apresentam um consumo excessivo de álcool, em relação aos que não consomem ou consomem moderadamente, obtiveram pior pontuação na dimensão capacidade funcional. Em relação ao sexo, as mulheres apresentaram escores mais baixos do SF-36 em quase todos os domínios. Uma alta proporção de

---



---

angústia, depressão, estresse, ansiedade e distúrbios no sono são encontrados em mulheres em idade reprodutiva. Além das diferenças biológicas, assumem novos papéis na sociedade, têm acúmulo de funções e apresentam uma percepção subjetiva de valor ao estado interior. Outro aspecto a ser considerado é o aumento da expectativa de vida das mulheres, que faz com que muitas idosas passem pela experiência de debilitação biológica. À medida que aumenta a idade, a qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência.<sup>74</sup>

O domínio vitalidade considera o nível de vigor, a energia e o cansaço. Nesta pesquisa, em relação a este domínio, houve diferença significativa do Momento 1 com média de  $38,18 \pm 10,06$  para o Momento 2 com média de  $45,30 \pm 12,62$  ( $p=0,0080$ ). Observa-se uma melhora desse domínio, provavelmente, por elas estarem usando menores quantidades de álcool em relação à entrada no serviço de saúde e por terem se tratado, mesmo que por um curto período de tempo. Entretanto, ainda é muito inferior se comparado ao estudo sobre doenças crônicas não transmissíveis, que o considera como escore de maior comprometimento.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a mortalidade e a limitação da condição funcional, associada ao consumo de bebidas alcoólicas, superam aquelas associadas ao tabagismo. Indivíduos que realizavam o consumo excessivo de álcool tiveram um escore inferior na qualidade de vida neste domínio, como observado pela OMS.<sup>74</sup>

Foram estudadas 191 mulheres com idades entre 45 e 65 anos, em diversas fases do climatério, atendidas nos ambulatórios da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em Natal, como objetivo de avaliar a prevalência de transtornos mentais comuns e a qualidade de vida. Em estudo analítico transversal, foi aplicado um questionário, contendo informações pessoais, hábitos/saúde e dados demográficos, foi administrado em associação o SF-36 e o SRQ-20 (Self Reporting Questionnaire) para estimar a prevalência de transtornos mentais comuns. Sabe-se que a mulher climatérica tende a ser instável na vida emocional, apresentando, com mais frequência, irritabilidade e labilidade de humor. Os piores escores foram encontrados nas mulheres com pouca escolaridade, baixa renda familiar e que não exerciam atividades profissionais fora do domicílio. No entanto, no domínio aspectos sociais foi evidenciado escore inferior para mulheres empregadas (76,3) ao daquelas

---

---

cujo trabalho era exclusivamente doméstico (79,1).<sup>75</sup>

O domínio aspectos sociais, demonstra o quanto um problema físico ou emocional interfere nas atividades sociais.<sup>74</sup> Observou-se uma mudança significativa das mulheres alcoolistas em relação aos aspectos sociais, nos casos novos  $31,33 \pm 11,69$ , para as mulheres entrevistadas após 3 meses  $38,58 \pm 15,43$  ( $p=0,0214$ ).

Nesta pesquisa, pode ser que a diminuição da gravidade da dependência, o fato de se referirem empregadas no segundo seguimento e considerando também a influência da idade (mulheres mais jovens), foram fatores positivos, visto que esse componente avalia a interferência na interação interpessoal e em demandas de lazer e recreação. Entretanto, se comparado ao estudo sobre climatério, a pontuação é muito inferior, mesmo que se tenha uma melhora deste domínio nas mulheres alcoolistas.

Simão et al (2002) estudaram pacientes acompanhados no Ambulatório de Psiquiatria do HCFMB, observaram que o tratamento tem influência positiva tanto em homens como mulheres e melhora as relações familiares. Segundo os autores, com o suporte terapêutico, estes pacientes provavelmente aumentam o tempo de abstinência, gerando diminuição dos conflitos e aumentando sua participação na rotina familiar, o que poderia justificar a melhor qualidade de vida dos abstinentes em relação aos aspectos sociais.<sup>30</sup>

Outra pesquisa, que analisou a qualidade de vida dos pacientes com diferentes tempos de hemodiálise, estudou 184 pacientes, sendo 63% do sexo masculino, com idade de  $46 \pm 15$  anos, tempo em hemodiálise  $30 \pm 36$  meses, 48% com escolaridade até quatro anos e 53% pertenciam às classes D e E. Constatou comprometimento nas diferentes dimensões analisadas, sendo que os menores resultados foram nos aspectos físicos ( $52 \pm 38$ ) e vitalidade ( $58 \pm 22$ ). Nos aspectos emocionais o escore foi de  $60 \pm 39$ .<sup>76</sup>

Os aspectos emocionais, que investigam a participação em atividades de trabalho e tempo dispensado em decorrência de problemas emocionais<sup>74</sup>, teve diferença significativa no último momento do seguimento deste trabalho e esse domínio pontuou  $58,48 \pm 20,41$  ( $p=0,0528$ ). Ao comparar com outra população, como da hemodiálise, nota-se o quanto esse valor ainda é baixo.

---

---

Mudanças na situação de vida, depressão e os escores de reações emocionais todos significativamente estão relacionados à redução de consumo de álcool.<sup>6</sup>

Apesar de não ter sido mensurado a quantidade de álcool usada pelas mulheres neste trabalho e elas relatarem que diminuíram a ingestão alcoólica, como por exemplo, antes bebiam todos os dias e agora bebem apenas nos finais de semana e com um SADD moderado, pode-se dizer que a possibilidade de períodos sem o uso de álcool e/ou por sua referida redução, proporcionam uma melhora das relações familiares e sociais, capazes de gerar melhor adaptação emocional.

Outro resultado relevante foi encontrado no estudo de Menezes (2006) sobre alcoolismo, que verificou a menor pontuação das mulheres em relação aos homens na dimensão saúde mental (33,5), que pode ser justificada pelos problemas relacionados ao álcool, que são mais frequentemente encontrados nas mulheres.<sup>69</sup>

O domínio saúde mental, que investiga a presença de ansiedade, depressão, alterações do comportamento, descontrole emocional e bem-estar psicológico<sup>74</sup>, foi neste aspecto que em nosso trabalho houve diferença entre os três momentos, pontuando para melhora ( $p=0,0166$ ). É fundamental ressaltar, que o álcool é uma substância depressora do sistema nervoso central.

As mulheres, que frequentam os serviços psiquiátricos, apresentam problemas relacionados ao álcool como as desordens afetivas, sendo muito comum a depressão e sintomas relacionados à ansiedade. Se comparar a qualidade de vida de mulheres alcoolistas, com e sem sintomas de depressão, a qualidade de vida das que possuem sintomas depressivos é significativamente menor.<sup>69</sup>

As mulheres geralmente apresentam maior prevalência de problemas de saúde, maior demanda e maior utilização de serviços de saúde, que pode ser justificado pelo acúmulo de tarefas consequente à inserção crescente das mulheres no mercado de trabalho, com jornadas tão extenuantes quanto às dos homens sem, no entanto, desobrigá-la de suas funções tradicionais no lar e na família, agravadas ainda pela insuficiência de equipamentos sociais como creches e escolas, gerando maior estresse físico e mental.<sup>60,69</sup>

Em relação ao escore geral do SF-36 houve mudança significativa, ao entrarem nos grupos, com média de  $39,34 \pm 10,70$ , e após três meses de

---

---

acompanhamento, com média de  $47,65 \pm 14,33$  ( $p=0,0031$ ). Na dimensão A, que trabalha com os aspectos físicos (capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade) ocorreu uma maior pontuação na escala nos 3 meses ( $48,95 \pm 16,72$ ) para os 6 meses de seguimento ( $53,50 \pm 16,89$ ). Em relação à dimensão B, a qual mostra os domínios limitação por aspectos emocionais, aspectos sociais e saúde mental, houve melhora do escore dos casos novos ( $30,77 \pm 10,79$ ) em relação aos outros dois momentos de seguimento ( $p < 0,0001$ ). Essa melhora, se observado os outros estudos apresentados neste trabalho, seja com populações diferentes ou com acometimentos severos por causa da doença, nota-se que ainda a qualidade de vida das alcoolistas não é boa, com escores inferiores em praticamente todos os domínios.

A melhora da qualidade de vida é um objetivo particularmente importante no tratamento de condições que não podem ser curadas.<sup>70</sup>

Especialmente na dependência alcoólica feminina, em que essa doença está associada com deficiências graves em diversos domínios funcionais, no qual o funcionamento mental é particularmente afetado, assim como, o papel da função social e físico (atividades diárias, trabalho) e a percepção geral de saúde.

E mais, especificamente no caso do alcoolismo feminino, em que são encontradas barreiras estruturais (falta de creche para seus filhos, de apoio psicológico, de ajuda legal), pessoais (emprego sem registro, independência financeira e baixa receptividade dos profissionais de saúde) e sociais (oposição de familiares e amigos ao tratamento, o próprio estigma social), podem ser fatores responsáveis pelo fato delas chegarem ao tratamento com comprometimentos importantes. Ressaltando as diferenças orgânicas, descritas no presente estudo, entre homens e mulheres, levando ao comprometimento clínico do abuso e da dependência do álcool a aparecer de maneira mais precoce e agressiva nessa população, justificando a qualidade de vida inferior apresentada por elas.<sup>30,64,65,69</sup>

---

### 6.3. Correlação entre a Severidade da Dependência Alcoólica e os domínios da Qualidade de Vida

No processo de adaptação transcultural do SF-36, que foi aplicado aos pacientes ambulatoriais com artrite reumatóide, as correlações interdomínios foram significativas em 26 pares de domínios com valor de  $r$  variando de 0,14 a 0,61. As correlações mais baixas foram entre capacidade funcional e saúde mental, dor e aspectos emocionais, estado geral de saúde e aspectos sociais.<sup>36</sup>

Estudos que realizaram esse mesmo tipo de correlação encontraram outros valores. Por exemplo, na população geral, as correlações mais baixas ( $r \leq 0,40$ ) foram entre os domínios capacidade funcional e vitalidade, capacidade funcional e aspectos sociais, capacidade funcional e aspectos emocionais, capacidade funcional e saúde mental, aspectos físicos e vitalidade, aspectos físicos e saúde mental, dor e aspectos emocionais, dor e saúde mental, estado geral de saúde e aspectos emocionais, vitalidade e aspectos emocionais, aspectos emocionais e saúde mental.<sup>71</sup>

De acordo com os resultados encontrados por Menezes (2006) sobre qualidade de vida em alcoolistas, os dependentes moderados e/ou graves apresentaram qualidade de vida inferior aos dependentes leves em aspecto físico, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social e saúde mental.<sup>69</sup>

Também resultados encontrados em Daepfen et al (1998), que avaliaram a qualidade de vida de 147 dependentes de álcool (77% do sexo masculino) com idades entre 26 e 78 anos, por meio do SF-36. Os autores observaram correlação significativa das oito dimensões do SF-36 com o SADD, especialmente em estado geral de saúde, vitalidade e aspectos sociais.<sup>77</sup>

No estudo de Castro et al (2003) sobre pacientes em hemodiálise, fez-se correlação entre as dimensões do SF-36 e os parâmetros demográficos, socioeconômicos, clínicos e laboratoriais. Uma das variáveis analisada foi a idade, sendo observada uma correlação negativa entre idade e as dimensões, capacidade funcional, aspectos físicos, dor e vitalidade. Em outras palavras, com o avançar da idade, observou-se maior comprometimento nas atividades físicas e funcionais dos pacientes.<sup>76</sup>

Nesta pesquisa, correlacionando-se o SADD com o SF-36, foi observado uma correlação negativa e significativa em praticamente todos os domínios, exceto para limitação por aspectos emocionais. Pode-se dizer que, ao entrarem nos serviços as mulheres eram dependentes graves e ao se realizar os seguimentos a dependência pontuava para moderada, podendo justificar uma relativa melhora nos escores da qualidade de vida.

Os melhores escores foram observados para os domínios escore geral, a dimensão B, os aspectos sociais e vitalidade, correspondendo com a literatura citada anteriormente. E valores menores, mas significativos a esta população, para os demais domínios, como a capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, limitação por aspectos emocionais, saúde mental e a dimensão A.

Em relação ao impacto da melhora na qualidade de vida pela abstinência ou diminuição da ingestão alcoólica, referida pelas mulheres, observou-se que pontuações menores do SADD, tanto no segundo como no último seguimento, levaram a escores mais altos, em quase todos os domínios, na escala da qualidade de vida, em nosso grupo de estudo.

As correlações mais baixas observadas são dos casos novos, já no segundo momento do seguimento melhoram os escores da qualidade de vida para vitalidade, saúde mental e a dimensão B (emocional, aspecto social e mental). E no último seguimento tem-se melhora em todos os aspectos, com exceção do domínio limitação por aspectos emocionais.

A maior parte das mulheres procuraram o serviço apresentando dependência grave.

A procura por tratamento ocorre quando o comportamento de beber deixa de ser mantido por contingências reforçadoras positivas e passa a ser mais punido do que reforçado, a bebida já não é mais fonte prazer, mas sim, necessária para evitar o desprazer provocado pela síndrome de abstinência.<sup>69</sup>

Possivelmente, o principal fator de significância para melhora da qualidade de vida, das mulheres alcoolistas, foi a possibilidade da abstinência e o grau da gravidade da dependência foi um dos principais critérios na avaliação desse seguimento. Entretanto, a qualidade de vida dessas mulheres ao entrarem nos

---

serviços não era boa, ao passar três meses melhora um pouco e no final, apesar da melhora, continua mediana.

Estar empregada e ter companheiro foram outros fatores que contribuíram para esta melhora relativa na qualidade de vida.

Reafirmando que o conceito de qualidade de vida, assim como seus instrumentos de avaliação, ainda estão em processo de desenvolvimento.<sup>76</sup>

Como a mulher tem consequências mais negativas do alcoolismo e apresenta uma necessidade peculiar de apoio, torna-se interessante o entendimento desta população sobre a importância da adesão ao tratamento e sua contínua observação, com um olhar integral, em serviços especializados.

---

## *7. Considerações Finais*

---



## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

### **7.1. Conclusões**

Os resultados deste estudo demonstram que a qualidade de vida das mulheres dependentes de álcool está prejudicada em praticamente todos os domínios, mostrando qualidade de vida inferior, principalmente na vitalidade, aspectos sociais, limite emocional e saúde mental.

Ocorreu relativa melhora, em todos os escores, após 3 e 6 meses de seguimento, ao apresentarem dependência moderada.

Os dados reforçam a idéia de que a abstinência e a gravidade da dependência são fatores determinantes para um melhor prognóstico de recuperação, a partir do início do tratamento, não apenas dos prejuízos físicos, mas também da saúde mental e do papel social dessas mulheres.

A abordagem terapêutica deve ser conduzida atentando para os aspectos socioculturais que envolvem as dificuldades enfrentadas pelas mulheres alcoolistas, além dos maiores prejuízos físicos.

A qualidade de vida merece ser considerada como parâmetro de avaliação de atendimentos prestados concomitantemente com outros instrumentos, pois o alcoolismo tem impacto importante no funcionamento em todos os aspectos da vida dessas mulheres.

Sugere-se a realização de estudos que avaliem se os serviços de saúde estão adequados frente às propostas de fundamentação pautada nos critérios de dependência para o alcoolismo feminino.

### **7.2. Limitações do estudo**

- Como foi um convite, pode-se considerar um viés o aceite de todas as mulheres e nenhuma citação de perda neste trabalho. E o tamanho menor da amostra, como um fator limitador, para detectar os efeitos propostos pela pesquisa.

---

- Nos instrumentos utilizados para coleta de dados não houve quantificação do álcool consumido, o que faria toda diferença para a descrição do padrão de ingestão destas mulheres. E o significado de "beber menos" ou ingerir menor quantidade de bebidas alcoólicas.

- Não foi feita uma reavaliação do questionário semiestruturado para adequação das respostas nos seguimentos. E também alguns aspectos não foram avaliados, como a violência, o papel dos filhos na vida destas mulheres e do companheiro.

- Poucos estudos de seguimento relacionados ao grupo de mulheres alcoolistas, o que dificultou maiores comparações com os resultados e com a sua discussão.

- Estudos prospectivos que utilizam seguimentos muito curtos (3 meses a 1 ano), podem ser inadequados para captar as mudanças em qualquer uso de substâncias, na qualidade de vida e na associação longitudinal entre os dois domínios.

---

## *8. Referências Bibliográficas*

---

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz-Anzaldúa A, Díaz-Martínez A, Díaz-Martínez LR. The complex interplay of genetics, epigenetics, and environment in the predisposition to alcohol dependence. *Salud Ment.* 2011 Apr;34(2):157-166.
  2. Ministério da Saúde e Confederação Nacional dos Transportes [internet]. Folders: Alcoolismo. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. [acesso em 05 fev 2013]. Disponível: <http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/dicas/58alcoolismo.html>
  3. Simão MO. Debate sobre o artigo de Delma Pessanha Neves. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(1):7-36.
  4. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Padrões de consumo do álcool na população brasileira. Módulo I. In: *Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. Silveira Camila Magalhães. Brasília: SENAD, 2013.
  5. Foster JH, Peters TJ, Marshall EJ. Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women. *Alcohol* 2000;22:45-52.
  6. IAS Factsheet. Women and alcohol. 2008 [acesso em 01 nov 2011]. Disponível em: <http://www.ias.org.uk/resources/factsheets/women.pdf>
  7. Silva JV, Castro V, Laranjeira R, Figlie NB. Alta mortalidade, violência e crime em dependentes de álcool: seguimento após 5 anos de tratamento em periferia brasileira. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34:135-142.
  8. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Mexico, DF: Instituto Nacional de Salud Publica.
-

9. Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. IME USP. Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso (org.). Brasília: SENAD, 2009.
  10. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Secretaria Nacional Antidrogas. Secretaria Nacional Antidrogas, Brasília, 2007 [acesso em 25 abr 2011]. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/docs/ILevAlcool.PDF>
  11. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. O consumo de álcool no Brasil: tendências entre 2006 e 2012 (resultados preliminares). Laranjeira R (org) et al.[internet] UNIFESP, 2012. [acesso em 13 abr 2013]. Disponível em: <http://inpad.org.br/lenad/alcool/>
  12. Ministério da Saúde [internet]. Brasil passa a presidir Rede Pan-americana sobre Álcool e Saúde Pública. Brasília, DF. [acesso em 29 ago 2012] Portal da Saúde SUS. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=40856](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=40856)
  13. Laranjeira R, Hinkly D. Evaluation of alcohol outlet density and its relation with violence. Rev Bras Psiquiatr. 2002;36:455-61.
  14. Laranjeira R, Pinsky I. O alcoolismo. 7.ed. São Paulo: Contexto; 2001.
  15. Pereira PL. Uso de álcool em estudantes do município de Botucatu-SP: prevalência e fatores de risco [Dissertação] Botucatu: Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista, 2011.
  16. Campos JADB, Loffredo LCM, Almeida JC. Razão de prevalências: alcoolismo nas diferentes regiões geográficas do Brasil segundo o sexo. Rev Ciênc Farm Básica Apl 2007;28(3):347–50.
-

17. Elbreder MF, Laranjeira R, Siqueira MM, Barbosa DA. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. *J Bras Psiquiatr* 2008;57(1):9-15.
  18. Souza JG, Lima JMB, Santos RS. Alcoolismo Feminino: Subsídios para Prática de Enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008;12(4):622-29.
  19. Baraona E, Abittan CS, Dohmen K, Moretti M, Pozzato G, Chayes ZW, Schaefer C, Liebe CS. Gender differences in pharmacokinetics of alcohol. *Alcohol Clin Exp Res*. 2001;25:502-7.
  20. Salgado JV et al. Neuropsychological assessment of impulsive behavior in abstinent alcohol-dependent subjects. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(1):4-9.
  21. Kerr-Corrêa F et al. Drinking patterns between men and women in two distinct Brazilian communities. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(3):235-42.
  22. Lahmek P, Berlin I, Michel L, Berghout C, Meunier N, Aubin HJ. Determinants of improvement in quality of life of alcohol-dependent patients during an inpatient withdrawal programme. *Int J Med Sci* 2009; 6:160-167 [acesso em 31 mar 2010]. Disponível em: <http://www.medsci.org/v06p0160.htm>
  23. Berlim MT, Fleck MPA. Quality of life: a new concept for psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25(4):249-52.
  24. Laranjeira R. Como é a Qualidade de Vida dos dependentes de álcool? [acesso em 08 jul 2010]. Disponível em: <http://br.monografias.com/trabalhos/como-qualidade-vida-dependentes-alcool/como-qualidade-vida-dependentes-alcool.shtml>
  25. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000;5(1):7-18.
-

26. Chan A M, Mühlen D, Kritz-Silverstein D, Barrett-Connor E. Regular alcohol consumption is associated with increasing quality of life and mood in older men and women: The Rancho Bernardo Study. *Maturitas* 2009;62(3):294-300.
  27. Torresan RC et al. Qualidade de vida no transtorno obsessivo compulsivo: uma revisão. *Rev Psiq Clín* 2008; 35(1):13-19.
  28. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília; 2004.
  29. Ministério da Saúde [internet]. Política Nacional de Promoção a Saúde. Brasília, DF. [acesso em 16 abr 2013] Portal da Saúde SUS. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area)
  30. Simão MO, Kerr-Corrêa F, Dalben I et al. Mulheres e homens alcoolistas: um estudo comparativo de fatores sociais, familiares e de evolução. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(3):121-9.
  31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
  32. Ministério da Justiça do Brasil. Informações sobre drogas/Padrões de uso [acesso em 8 jun 2013]. Portal da Justiça. Disponível em: [http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id\\_conteudo=11251&rastro=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS/Padr%C3%B5es+de+uso](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11251&rastro=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS/Padr%C3%B5es+de+uso)
  33. Glossário de álcool e drogas. Tradução e notas: Bertolote J M. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.
-

34. 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.
  35. Jorge MR, Masur J. Questionários padronizados para avaliação do grau de severidade da síndrome de dependência do álcool. *J Bras Psiquiatr.* 1986;35(5):287-92.
  36. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico da avaliação de qualidade de vida "*Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*" [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997.
  37. DSM-IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
  38. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
  39. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília; 2004.
  40. Vieira S. Bioestatística - Tópicos Avançados. 3ª ed. Elsevier; 2010.
  41. Vieira S. Análise de variância: Anova. 1ª ed. Atlas; 2006.
  42. MacCullagh P, Nelder J A. Generalized linear models. CRC press; 1989.
  43. SAS Institute Inc, System Requirements for SAS 9.2 Foundation for Microsoft Windows, Cary, NC: SAS Institute Inc, 2008.
-



44. Andréasson S, Hansagi H, Osterlund B. Short-term treatment for alcohol-related problems: four-session guided self-change versus one session of advice - a randomized, controlled trial. *Alcohol*(Fayetteville, N.Y.). 2002;28(1):57-62.
  45. Tate SR, McQuaid JR, Brown SA. Characteristics of life stressors predictive of substance treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2005;29(2):107-115.
  46. Rollins C, Glass NE, Perrin NA, Billhardt KA, Clough A, Barnes J, Hanson GC, Bloom TL. Housing instability is as strong a predictor of poor health outcomes as level of danger in an abusive relationship: findings from the SHARE Study. *J Interpers Violence*. 2012 Mar;27(4):623-43.
  47. Graff FS, Morgan TJ, Epstein EE, McCrady BS, Cook SM, Jensen NK, Kelly S. Engagement and retention in outpatient alcoholism treatment for women. *Am J Addict*. 2009 Jul-Aug;18(4):277-88.
  48. Stewart SH, Hutson A, Connors GJ. Exploration of the relationship between drinking intensity and quality of life. *Am J Addict*. 2006 Sep-Oct;15(5):356-61.
  49. Jason LA, Davis MI, Ferrari JR. The need for substance abuse after-care: longitudinal analysis of Oxford House. *Addict Behav*. 2007 Apr;32(4):803-18.
  50. Rudolf H, Priebe S. Subjective quality of life and depressive symptoms in women with alcoholism during detoxification treatment. *Drug Alcohol Depend*. 2002 Mar 1;66(1):71-6.
  51. Brown TG, Kokin M, Seraganian P, Shields N. The role of spouses of substance abusers in treatment: gender differences. *J Psychoactive Drugs*. 1995 Jul-Sep;27(3):223-9.
  52. IBGE, Assistência Médica Sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
  53. Hospital das Clínicas: apresentação [acesso 20 jul 2013]. Portal HCFMB. Disponível em: <http://www.hc.fmb.unesp.br/instituicao/apresentacao/>
-

54. UNESP - Assistência. [acesso 28 jul 2013]. Portal FMB - UNESP. Disponível em: <http://www.fmb.unesp.br/#!/departamentos/neurologia-psicologia-e-psiQUIATRIA/assistencia/>
  55. Fornazier ML, Siqueira MM. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo. *J Bras Psiquiatr.* 2006;55(4):280-87.
  56. Zilberman, M. Alcoolismo feminino. [acesso 20 jul 2010] Portal ABEAD. Disponível em: [www.abead.org.br](http://www.abead.org.br).
  57. Assis DFF, Castro N T. Alcoolismo Feminino: início do beber alcoólico e busca por tratamento. *Textos & Contextos.* 2010;9(2):358-70.
  58. PINSKY I, Sanches M, Zaleski M, Laranjeira R, Caetano R. Alcohol use patterns among Brazilian adults. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(3):231-41.
  59. Reczek C, Pudrovska T, Carr D, Umberson D. New UC Research Examines The Relationship Between Marriage and Alcohol. [online, acesso em 20 ago 2012]. Disponível em: <http://www.uc.edu/news/nr.aspx?id=16173>
  60. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2012.
  61. Lima HP, Braga VAB, Carvalho LV, Moraes ACO. Significados do feminino no discurso de alcoolistas e a interface com a saúde mental. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis.* 2010;19(3):496-503.
  62. Mendes MC, Cunha JRF, Nogueira AA. A mulher e o uso de álcool. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011;33(11):323-7.
-

63. Berenzon S, Robles R, Reed GM, Medina-Mora ME. Questões relacionadas ao gênero no diagnóstico e classificação de transtornos por uso de álcool entre pacientes mexicanos que buscam serviços especializados. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011;33(Supl I):109-16.
  64. Álvarez AMA. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. *Bras Psiquiatr.* 2007;56(3):188-193.
  65. Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2005.
  66. Donato M, Zeitouné RCG. Reinserção do trabalhador alcoolista: percepção, limites e possibilidades de intervenção do enfermeiro do trabalho. *Esc Anna Nery R Enferm.* 2006;10 (3): 399-407.
  67. Chan AM, Mühlen D, Kritz-Silverstein D, Barrett-Connor E. Regular alcohol consumption is associated with increasing quality of life and mood in older men and women: The Rancho Bernardo Study. *Maturitas.* 2009; 62 (3): 294-300.
  68. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL. Brasil, 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF): 2010.
  69. Menezes C. A qualidade de vida de dependentes de álcool. [Dissertação]. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2006.
  70. Laudet AB. The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. *Addiction Science & Clinical Practice*, 2011: 44-55.
  71. Zanei SSV. Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidades de Terapia Intensiva e seus familiares. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.
-

72. Payá R, Figlie NB, Turisco JL, Laranjeira R. Como é a qualidade de vida dos dependentes de álcool? *J Bras Psiquiatr.* 2002;51(1):39-45.
  73. Rijken M, Van Kerkhof M, Dekker J, Schellevis FG. Comorbidity of chronic diseases. *Quality of Life Research.* 2005;14(1):45-55.
  74. Oliveira-Campos M et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2013;18(3):873-882.
  75. Galvão LLLF et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação da qualidade de vida no climatério. *Rev Assoc Med Bras.* 2007; 53(5): 414-20.
  76. Castro M et al. Qualidade de vida em pacientes em hemodiálise. *Rev Assoc Med Bras.* 2003;49(3):245-9.
  77. Daeppen JB, Krieg MA, Burnand B, Yersin B. MOS-SF-36 in evaluating health-related quality of Life in alcohol-dependent patients. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse.* 1998; 24(4):685-94.
-



---

**ANEXOS****Anexo 1 – Dados Sociodemográficos****Dados Sociodemográficos**

Nome: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

**1. DATA DA ENTREVISTA:** |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |

dia mês ano

**2. INÍCIO DO TRATAMENTO:** |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |

dia mês ano

**3. DATA DE NASCIMENTO:** |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |

dia mês ano

**4. ESTADO CIVIL:**

Solteiro

2. União livre

4. Viúvo

0.

1. Casado

3. Separado/divorciado

5. Outro

**6. PREVIDÊNCIA SOCIAL:** 1. Sim 2. Não 9. Prejudicado**7. ESCOLARIDADE:**

0. Analfabeto

4. Ensino médio completo

1. Fundamental incompleto

5. Universitário

2. Fundamental completo

6. Pós-graduação

3. Ensino médio incompleto

**8. OCUPAÇÃO:** \_\_\_\_\_

**9. SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA:**

Número de pessoas na família: \_\_\_\_\_ Quantos trabalham: \_\_\_\_\_

Renda total mensal: \_\_\_\_\_

**10. COM QUE IDADE COMEÇOU A BEBER? \_\_\_\_\_****11. QUAL É SUA BEBIDA FAVORITA? [\_\_\_]**

1. Pinga
2. Cerveja
3. Vinho/Licor
4. Pinga + Cerveja
5. Outros \_\_\_\_\_

**12. LOCAL QUE COSTUMA BEBER [\_\_\_]**

1. Casa
2. Bar
3. Casa + Bar
4. Outros \_\_\_\_\_

**13. PADRÃO DE INGESTÃO [\_\_\_]**

1. Abstinência
2. Ingestão esporádica (1x/mês) s/ embriaguês e sem problemas
3. Ingestão esporádica c/ embriaguês ou c/ problemas
4. Ingestão frequente s/ embriaguês e s/ problemas
5. Ingestão frequente c/ embriaguês e c/ problemas

**14. ATUALMENTE VOCÊ ESTÁ [\_\_\_]**

1. Abstinente há menos de 03 meses
2. Abstinente há 03 meses ou mais
3. Abstinente há 06 meses ou mais
4. Bebendo menos que antes, mas controladamente.
5. Bebendo menos que antes, mas o controle é por problemas físicos ou outros, que não por si mesmo (controle próprio)
6. Bebendo como ou mais que antes
7. Bebendo em ocasiões especiais

## Anexo 2 – Short Alcohol Dependence Data (SADD)

Assinale para cada questão:

**0 = Nunca 1 = poucas vezes 2 = muitas vezes 3 = sempre**

1. Você acha difícil tirar o pensamento de beber da cabeça?			
2. Acontece de você deixar de comer por causa da bebida?			
3. Você planeja o seu dia em função da bebida?			
4. Você bebe em qualquer horário (manhã, tarde e/ou noite)?			
5. Na falta de sua bebida preferida, você bebe qualquer outra?			
6. Acontece de você beber sem levar em conta os compromissos que tenha depois?			
7. Você acha que o quanto você bebe chega a prejudicá-la?			
8. No momento em que você começa a beber, é difícil parar?			
9. Você tenta se controlar (tenta deixar de beber e não consegue)?			
10. Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha bebido muito, você precisa beber para se sentir melhor?			
11. Você acorda com tremores nas mãos na manhã seguinte a uma noite em que tenha bebido muito?			
12. Depois de ter bebido muito, você levanta com náuseas e vômitos?			
13. Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha bebido muito, você levanta não querendo ver ninguém na sua frente?			
14. Depois de ter bebido muito, você vê coisas que mais tarde percebe que eram imaginação sua?			
15. Você se esquece do que aconteceu enquanto esteve bebendo?			

01 – 09 PONTOS = LEVE

10 – 19 PONTOS = MODERADA

20 – 45 PONTOS = GRAVE



---

**Anexo 3 – Medical Outcomes Study 36-item Short-form Health Survey (SF-36)****1. Em geral, você diria que sua saúde é:**

(circule uma)

- Excelente..... 1 (5.0)
- Muito boa..... 2 (4.4)
- Boa..... 3 (3.4)
- Ruim..... 4 (2.0)
- Muito ruim..... 5 (1.0)

**2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?**

(circule uma)

- Muito melhor agora do que há um ano atrás..... 1
- Um pouco melhor agora do que há um ano atrás..... 2
- Quase a mesma coisa do que há um ano atrás..... 3
- Um pouco pior agora do que há um ano atrás..... 4
- Muito pior agora do que há um ano atrás..... 5

**3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?**

(Soma Normal)

(circule um número em cada linha)

<b>Atividades</b>	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta pouco	Não. Não dificulta de modo algum
<b>Atividades vigorosas</b> , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos	1	2	3
<b>Atividades moderadas</b> , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa	1	2	3
C) <b>Levantar</b> ou <b>carregar</b> mantimentos	1	2	3
D) Subir <b>vários lances</b> de escada	1	2	3
E) Subir <b>um lance</b> de escadas	1	2	3
F) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
G) Andar <b>mais de 1 Km</b>	1	2	3
H) Andar <b>vários quarteirões</b>	1	2	3
I) Andar <b>um</b> quarteirão	1	2	3
J) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

**4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguinte problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?**

(Soma Normal)

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
A) Você diminuiu <b>a quantidade de tempo</b> que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B) Realizou <b>menos tarefas</b> do que gostaria?	1	2
C) Esteve <b>limitado</b> no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
D) Teve <b>dificuldade</b> para fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

**5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?**

(Soma Normal)

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
A) Você diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B) Realizou <b>menos tarefas</b> do que gostaria?	1	2
C) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto <b>cuidado</b> como geralmente faz?	1	2

**6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferem nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?**

(Soma Normal)

(circule uma)

De forma nenhuma.....	5
Ligeiramente.....	4
Moderadamente.....	3
Bastante.....	2
Extremamente.....	1

**7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?**

(circule uma)

Nenhuma.....	1 (6.0)
Muito leve.....	2 (5.4)
Leve.....	3 (4.2)
Moderada.....	4 (3.1)
Grave.....	5 (2.2)
Muito grave.....	6 (1.0)

**8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho fora ou dentro de casa)?**

(circule uma)

De maneira alguma..... 1 (6 se 7=1; 5 se 7= 2 a 6)

Um pouco..... 2 (4 se 7= 2 a 6)

Moderadamente..... 3 (3 se 7= 2 a 6)

Bastante..... 4 (2 se 7= 2 a 6)

Extremamente..... 5 (1 se 7= 2 a 6)

**9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente.**

(circule um número para cada linha)

Vitalidade: ____ Saúde Mental: ____	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
A) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	6	5	4	3	2	1
B) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
C) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
D) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	6	5	4	3	2	1
E) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	6	5	4	3	2	1
F) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
G) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
H) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	6	5	4	3	2	1
I) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

**10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parente, etc.)?**

(Soma Normal)	(circule uma)
Todo o tempo.....	1
A maior parte do tempo.....	2
Alguma parte do tempo.....	3
Uma pequena parte do tempo.....	4
Nenhuma parte do tempo.....	5

**11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?**

(Soma Normal)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falso
A) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
B) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	5	4	3	2	1
C) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D) Minha saúde é excelente	5	4	3	2	1

**Anexo 4 – Carta de convocação**

**UNESP BOTUCATU  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CAPSad BAURU**

**BAURU, SP – CENTRO - RUA ANTÔNIO ALVES, 17-58 – TEL. (14) 3227-3287**

Bauru, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011

Prezada Senhora:

Vimos por meio deste, solicitar o seu comparecimento no CAPS ad de Bauru, na próxima \_\_\_\_\_, no horário \_\_\_\_\_, para dar continuidade à entrevista feita para acompanhamento de seu tratamento. Favor trazer esta carta e o cartão de consulta.

Esperando contar com sua presença, agradecemos antecipadamente.

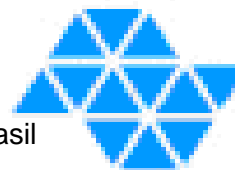
Atenciosamente

Enfermeira Patricia da UNESP-Botucatu

OBS: Caso necessite de maiores informações, favor entrar em contato através do telefone: (14) 9789-4648, falar com a Patricia.

**Anexo 5 – Termo de consentimento para Bauru.**

**FMB – UNESP**  
**Departamento de Saúde Pública**  
 Caixa Postal 549 CEP 18618-970 Botucatu SP Brasil  
 Fone: (14) 3811-6200  
<http://www.saudepublica.fmb.unesp.br>

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UNESP**

Universidade Estadual Paulista  
 Faculdade de Medicina  
 Departamento de Saúde Pública  
 Departamento de Neurologia e Psiquiatria

**PROJETO DE PESQUISA – “QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES ALCOOLISTAS ATENDIDAS EM SERVIÇO AMBULATORIAL”****RESPONSÁVEL – PATRICIA REGINA ZAMPIERI****TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO**

EU, \_\_\_\_\_,

abaixo assinado, usuária do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, CAPSad de Bauru, tendo sido satisfatoriamente informada a respeito, concordo em participar de livre e espontânea vontade, da pesquisa **“QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES ALCOOLISTAS ATENDIDAS EM SERVIÇO AMBULATORIAL”**, realizada pela Enfermeira Patricia Regina Zampieri, que é composta de entrevista e aplicação de escalas.

Caso julgue necessário e sem quaisquer prejuízos de minha parte, poderei cancelar o presente termo de Consentimento.

A Secretaria Municipal de Saúde e a Prefeitura de Bauru estão isentas de qualquer responsabilidade sobre a pesquisa.

Bauru, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

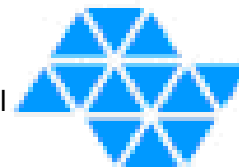
\_\_\_\_\_  
PACIENTE OU USUÁRIA\_\_\_\_\_  
PESQUISADOR (A)

**Pesquisadora: PATRÍCIA REGINA ZAMPIERI**  
 Rua 29 de outubro, 5-60  
 Tel.: (14) 3234-5793 - Bauru  
 e-mail: [patricia\\_zampieri@hotmail.com](mailto:patricia_zampieri@hotmail.com)

**ORIENTADORA: IVETE DALBEN**  
 Rua Manoel R. Antunes, 365  
 Tel.: (14) 3882-3360 – Botucatu  
 e-mail: [idalben@fmb.unesp.br](mailto:idalben@fmb.unesp.br)

**Anexo 6 – Termo de consentimento para Botucatu.**

**FMB UNESP**  
**Departamento de Saúde Pública**  
 Caixa Postal 549 CEP 18618-970 Botucatu SP Brasil  
 Fone: (14) 3811-6200  
<http://www.saudepublica.fmb.unesp.br>

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UNESP**

Universidade Estadual Paulista  
 Faculdade de Medicina  
 Departamento de Saúde Pública  
 Departamento de Neurologia e Psiquiatria

**PROJETO DE PESQUISA – “QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES ALCOOLISTAS ATENDIDAS EM SERVIÇO AMBULATORIAL”**

**RESPONSÁVEL – PATRÍCIA REGINA ZAMPIERI**

**TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO**

EU, \_\_\_\_\_,

abaixo assinado, usuária do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, tendo sido satisfatoriamente informada a respeito, concordo em participar de livre e espontânea vontade, da pesquisa **“QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES ALCOOLISTAS ATENDIDAS EM SERVIÇO AMBULATORIAL”**, realizada pela Enfermeira Patricia Regina Zampieri, que é composta de entrevista e aplicação de escalas.

Caso julgue necessário e sem quaisquer prejuízos de minha parte, poderei cancelar o presente termo de Consentimento.

Botucatu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
 PACIENTE OU USUÁRIA

\_\_\_\_\_  
 PESQUISADOR (A)

**Pesquisadora: PATRÍCIA REGINA ZAMPIERI**  
 Rua 29 de outubro, 5-60  
 Tel.: (14) 3234-5793 - Bauru  
 e-mail: patricia\_zampieri@hotmail.com

**ORIENTADORA: IVETE DALBEN**  
 Rua Manoel R. Antunes, 365  
 Tel.: (14) 3882-3360-Botucatu  
 e-mail: idalben@fmb.unesp.br



**Anexo 7 – Aprovação do Comitê de Ética, UNESP, Botucatu.**



**Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Medicina de Botucatu**

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.  
CEP: 18.618-970  
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143  
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br  
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde  
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 05 de outubro de 2.009

OF. 372/2009-CEP

Ilustríssima Senhora  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ivete Dalben  
Departamento de Saúde Pública da  
Faculdade de Medicina de Botucatu.

Prezada Dr<sup>a</sup> Ivete,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa, (Protocolo CEP 3335-2009) "Qualidade de vida de mulheres alcoolistas atendidas em serviço ambulatorial" que será conduzido por Patrícia Regina Zampieri, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 05/10/09.

Situação do Projeto: APROVADO. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi  
Secretário do CEP.

**Anexo 8 – Declaração para realização da pesquisa em Bauru**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Fone: (014) 3235-1455 / Fax(014) 3235-1481

Email: saude@bauru.sp.gov.br

Bauru, 30 de agosto de 2010.

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins que o Projeto de Pesquisa intitulado: **“Qualidade de vida de mulheres alcoolistas atendidas em serviço ambulatorial”** de autoria de Patrícia Regina Zampieri, sob orientação da Profª. Drª. Ivete Dalben foi analisado pela Comissão de Ética em Estudo e Pesquisas desta Secretaria Municipal de Saúde sendo autorizada a sua realização.

Além disso, ressaltamos que os resultados deste trabalho deverão ser apresentados à Secretaria Municipal de Saúde.

**Drª Maria Ligia Gerdullo Pin**  
Presidente da Comissão de Ética  
em Estudo e Pesquisas da SMS

**Dr José Fernando Casquel Monti**  
Secretário Municipal de Saúde