

Patricia Regina Zampieri

Caracterização de mulheres alcoolistas atendidas em serviço
ambulatorial

Botucatu – SP

2007

Patricia Regina Zampieri

**Caracterização de mulheres alcoolistas atendidas em serviço
ambulatorial**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Faculdade de
Medicina de Botucatu, UNESP –
Universidade Estadual Paulista,
para obtenção do título de Mestre
em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Ivete Dalben

Co-orientadora: Dra. Maria Odete Simão

Botucatu – SP

2007

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Zampieri, Patrícia Regina.

Caracterização de mulheres alcoolistas atendidas em serviço ambulatorial /
Patrícia Regina Zampieri. – Botucatu : [s.n.], 2007

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de
Medicina de Botucatu, 2007.

Orientadora: Ivete Dalben

Co-orientador: Maria Odete Simão

Assunto CAPES: 40602001

1. Mulheres - Alcoolismo 2. Saúde pública 3. Violência familiar

CDD 614.59861

Palavras-chave: Álcool; Ambulatório; Dependência; Grupo; Mulheres
alcoolistas

Agradecimientos

À Prof^a Dr^a Ivete Dalben, pela orientação precisa, serena, paciente e sábia; pela dedicação, uso da palavra correta, discernimento; pela ajuda nos momentos difíceis, pelas orientações sobre como lidar com meus problemas; pelo incentivo à coragem; pela oportunidade de vivenciar o verdadeiro espírito de quem se dedica à saúde pública e coletiva, livre de preconceitos e apostando no ser humano.

À Dr^a Maria Odete Simão, como co-orientadora, pelo ensino preciso e firme; por me acolher; por estar presente e chamar minha atenção para o cuidado com o outro; pelo amor ao trabalho e pela dedicação; por me atender num momento difícil de sua vida e por ser um exemplo para todos.

Uma referência especial ao Prof. Dr. Antônio Luiz Caldas Jr., pela oportunidade de ingressar na pós-graduação em Saúde Coletiva, pela chance, pelos primeiros ensinamentos.

À Prof^a Dr^a Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira, pela disponibilidade, bom senso, seriedade, pontuações e observações que enriqueceram o trabalho.

À Prof^a Luana Carandina, por me atender, pelo exemplo de dedicação e força, pela juventude.

Ao Prof. Dr. Luiz Roberto de Oliveira, pelo ensino preciso, exemplo e sabedoria.

Às funcionárias da Enfermagem do Ambulatório de Psiquiatria da FMB-UNESP, Maria Aparecida Alvarado Rodrigues, Maria Aparecida Campos e Alayde Isabel dos Santos Garcia, que muito contribuíram para facilitar o contato com as mulheres alcoolistas. À assistente social Mariângela Baldini Levy, pelas orientações, paciência e profissionalismo.

À Denise, funcionária do SAME, pela ajuda na busca dos prontuários. À Márcia e Patrícia, funcionárias do Registro Hospital de Câncer do HC-UNESP, que a pedido de minha orientadora, faziam um primeiro contato com as mulheres alcoolistas e anotavam os endereços, pela dedicação.

Aos funcionários do Departamento de Saúde Pública da FMB-UNESP, pelo profissionalismo e competência.

Aos meus colegas de curso, em especial Ana Paula, Mirian, Fátima, Madalena e Rogério.

Ao amigo Marcelo Araújo, pela serenidade e contribuição.

Agradeço todas as mulheres que participaram dessa pesquisa, pela confiança, por acreditar que algo de bom pode ser realizado com esse trabalho.

E finalmente minha gratidão aos meus pais, meus irmãos e meu filho Rafael, que sempre estiveram presentes, graças a eles foi possível continuar o caminho.

Dedicatória

*A todos que cultivam um
sentido de acolhimento aos seres humanos.*

Epígrafe

“A vida, tal como a encontramos, é árdua demais para nós; proporciona-nos muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis. A fim de suportá-la, não podemos dispensar medidas paliativas”.

Sigmund Freud

Sumário

Artigo I – Mulheres alcoolistas: apresentação dos casos novos atendidos pela Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.....	12
---	-----------

Resumo.....	14
Abstract.....	16
Apresentação	18
Introdução.....	22
Objetivos.....	26
Método.....	27
Resultados.....	33
Discussão.....	47
Referências.....	66

Artigo II – A evolução de mulheres alcoolistas, segundo a gravidade da dependência, atendidas num serviço ambulatorial.....	77
---	-----------

Resumo.....	79
Abstract.....	81
Introdução.....	83
Objetivo.....	87
Método.....	88
Resultados.....	91

Discussão.....	102
Referências.....	113
Anexos.....	120

MULHERES ALCOOLISTAS: APRESENTAÇÃO DOS CASOS NOVOS
ATENDIDOS PELA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP

*Alcoholist women: presentation of new cases assisted by Botucatu School
of Medicine – UNESP*

Patricia Regina Zampieri¹

Ivete Dalben¹

Maria Odete Simão²

(1) Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Departamento de
Saúde Pública/ Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade
Estadual Paulista – UNESP/Brasil

(2) Departamento de Neurologia e Psiquiatria da Faculdade de Medicina
de Botucatu – Universidade Estadual Paulista – UNESP/Brasil

Endereço para correspondência:

Patricia Regina Zampieri

Departamento de Saúde Pública/Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Distrito de Rubião Júnior s/n. Botucatu, SP/Brasil

CEP: 18618-970

e-mail: p.r.zamp@hotmail.com

RESUMO

OBJETIVOS: O estudo descreve as características demográficas, econômicas e sociais das mulheres alcoolistas, identifica a história da dependência alcoólica bem como a presença da violência familiar.

MÉTODO: O trabalho realizado no Ambulatório do Hospital de Clínicas de Botucatu pretendeu entrevistar todos os casos novos de mulheres alcoolistas que participaram do Grupo de Alcoolismo Feminino (GAF), de 1970 a 2005. Utilizou-se, para entrevista, formulário semi-estruturado, composto por 72 questões. O programa para a análise estatística foi o SPSS 11.5.

RESULTADOS: Foram entrevistadas 119 mulheres, que, em sua maioria, residiam em Botucatu (58,8%). O período de ingresso no grupo predominante foi de 2000 a 2005 e o tempo de permanência no grupo, de um ano ou mais. Essas mulheres estavam na faixa etária entre 40 a 49 anos (42%), sem companheiros (56,3%), eram brancas (63,9%), com ensino fundamental (67,2%), católicas (67,2%) e praticantes (58%). Eram prestadoras de serviços (59,7%) e o cônjuge (29,4%) era o responsável pelo orçamento familiar. A renda média era de $2,2 \pm 1,3$ salários mínimos. Compareceram ao grupo sozinhas (48,7%) e foram incentivadas pelos familiares (33,6%) a procurar o serviço. O início da ingestão alcoólica deu-se até os 20 anos (62,2%) e o tempo de instalação da dependência foi de dois a três anos (58%). No momento da entrevista, 68,9% das mulheres declararam-se abstinentes. Informaram que

começaram a beber com amigos (39,5%), que a bebida ingerida era a pinga (49,6%) e o local de ingestão alcoólica foi a própria casa (56,3%). Tinham história positiva de alcoolismo familiar (76,5%) e sofreram algum tipo de acidente enquanto alcoolizadas (42%). A violência familiar esteve presente em 85,7% dos casos antes do grupo, sendo o cônjuge o principal agressor. Problemas com os filhos foram citados por 39,5% das mulheres e o tempo de tratamento no GAF, ininterrupto, foi em média de 4 meses. Mais da metade apresentou ideação suicida em algum momento, quase a metade tentou suicídio e 25% tiveram ideação homicida. Das mulheres, 61% foram internadas e 58% consideraram, no momento da entrevista, estarem melhor ou terem diminuído a ingestão de álcool.

DISCUSSÃO: Para as mulheres que referiram melhora ou que diminuíram a ingestão alcoólica, houve repercussão na vida familiar e social, além de diminuição das brigas e dos problemas com os filhos. Em algum momento essas mulheres estiveram à margem da vida, devido à dependência, buscando o tratamento ambulatorial.

Palavras-chave: ambulatório, alcoolismo, grupo, mulheres alcoolistas.

ABSTRACT

Objectives: The study describes the socio-economic and demographic characteristics of alcoholic women, identifies the alcoholic dependence history, as well as occurrence of family violence. **Method:** The aim of the work held at the Ambulatory of Botucatu Clinical Hospital was to interview all the new cases of alcoholic women who took part of the Female Alcoholism Group (FAG) from 1970 to 2005. A semi-structured form composed of 72 questions was used for the interview and the SPSS 11.5 program was used for the statistics analyzes. **Results:** A total of 119 women were interviewed, mostly living in Botucatu (58,8%). The predominant admission period into the group was from 2000 to 2005, with a permanence time of a year or over. These women were 40 to 49 years old (42%), unmated (56,3%), white (63,9%), had finished Primary School (67,2%), catholic (67,2%) and practitioners (58%), offered housework help (59,7%) having the mate as the responsible for the family budget (29,4%). Their average income was $2,2 \pm 1,3$ minimum salaries. They used to attend to the group sessions alone (48,7%) and were encouraged by family members (33,6%) to look for a job. The alcoholic ingestion started up to 20 years of age (62,2%) and dependence was set in two or three years (58%). At the time they were being interviewed, 68,9% mentioned to be abstinent to alcohol, and the present ingestion pattern was abstinence for 58,8% of women. They started drinking with

friends (39,5%) and aguardente was ingested by 49,6%. The place they used to drink was their own homes (56,3%) and 76,5% had family alcohol problems. These women had some kind of accident under alcohol effect (42%) and family violence was present in 85,7% of cases, before joining the group, having the mate as the main aggressor. Problems with children were common for 39,5%. The continuous treatment period at FAG was, in average, 4 months. More than 50% presented suicidal intention at some time, almost 50% tried to commit suicide and 25% had a homicide ideation. Among interviewees, 61% had been hospitalized and 58% said to feel better or to have decreased alcohol ingestion at the time of the interview. **Discussion:** Women who mentioned to feel better or to have decreased alcohol ingestion also had a positive change in family and social relationships, having fights and problems with children decreased as well. At some time, these women were at life risk and got to an ambulatorial treatment.

Key words: alcoholic women, ambulatory, alcoholism, group

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho é um estudo sobre mulheres alcoolistas.

Como enfermeira e ainda sem experiência na área, antes de iniciar a coleta de dados, minha orientadora, juntamente com a co-orientadora, sugeriram fazer um estágio no Grupo de Alcoolismo Feminino (GAF), da UNESP-Botucatu e participar das entrevistas dos casos novos com os residentes de psiquiatria.

O estágio começou em outubro de 2003 e fui a primeira enfermeira a participar do grupo. Foi uma experiência nova e ao mesmo tempo muito difícil, pelas histórias de vida que as mulheres traziam.

Eram mulheres difíceis de lidar, que sofriam muito, que chegaram ao fundo do poço e que não deviam ser pressionadas, pois podiam não voltar mais ao grupo, principalmente por causa do preconceito.

Meu primeiro caso, em 11 de fevereiro de 2004, não foi fácil, uma vez que a mulher quase não falava.

Minha co-orientadora deu-me liberdade para falar com o grupo e tudo o que não entendia ou não conseguia trabalhar, me explicava ou era levado para a Dr^a Ivete, para as devidas orientações.

Durante esse mestrado, além de aprender a pesquisar, foi possível também participar e viver a dinâmica de um grupo de alcoolismo feminino.

A principal dificuldade foi na coleta de dados, porque as mulheres não compareciam e era necessário buscar meios para atraí-las. Um

instrumento que deu certo foi o uso do telefone, pois o atendimento acontecia no horário melhor e elas ficavam mais à vontade para falar.

Houve colaboração de todo o pessoal da Enfermagem do ambulatório e das funcionárias do Registro de Câncer do HC-UNESP, que a pedido da Dr^a Ivete, anotavam os endereços das mulheres que ligavam para comunicar os endereços. Além de uma funcionária do SAME, que muito auxiliou com os prontuários.

Apesar de muitas mulheres freqüentarem o serviço, principalmente o pronto-socorro, os endereços eram muito raros de serem renovados no prontuário. Os profissionais não possuíam essa preocupação, o que dificultava ainda mais encontrar as mulheres, uma necessidade para quem faz pesquisa.

Para dependência de álcool ou transtorno de comportamento, decorrente do uso do álcool, é válido considerar as palavras da co-orientadora: o início do uso de bebidas ocorre sem grandes problemas e, em alguns casos, com o passar do tempo, uma ingestão que começou como “recreativa” passa a trazer problemas, podendo tornar-se a doença do alcoolismo e assim é necessário analisar cada comportamento e suas repercussões na vida global da pessoa e do grupo social que a cerca. Como colocou a Dr^a. Florence Kerr-Corrêa, dependendo do ponto de vista do interlocutor, o uso de álcool, bem como o alcoolismo, podem ser vistos como doença, xingo, vício ou carma. Neste estudo, o álcool é analisado como doença.

Um aspecto dessa pesquisa, ao se pensar nas mulheres, são os vários papéis que elas assumem e o que se espera é que não se tornem dependentes como os homens.

As mulheres sempre trabalharam, mediante ou não uma compensação econômica. Na atual conjuntura de nossa civilização, as mulheres, na maioria dos casos, têm que contribuir economicamente para a manutenção da unidade familiar.

Conseguir uma remuneração ideal para as mulheres que trabalham é difícil, especialmente nos países em desenvolvimento. Existem muitas ambigüidades, por exemplo: onde acaba o trabalho doméstico não remunerado e começa a atividade econômica? Frequentemente, ao responder questionários, as mulheres se inscrevem como “donas de casa”, embora também trabalhem no mercado ou produzam comida para seu lar. Uma das maiores diferenças entre homens e mulheres é que, em geral, as mulheres aceitam a responsabilidade adicional de dar à luz e criar filhos, continuando, ao mesmo tempo, com suas obrigações. Atualmente, estima-se que em um terço dos lares do mundo, são chefiados por mulheres. Apesar disso, será que elas querem ser discriminadas pelos seus atos, manter um consumo velado e chegar a situação de risco de vida para buscar ajuda?

Outro aspecto foi trabalhar em conjunto com pessoas de áreas diferentes: Saúde Pública e Saúde Mental, o que possibilitou uma dinâmica até transdisciplinar, com muita discussão, formação de

conhecimento, uso do bom senso, profissionalismo e, acima de tudo, preocupação com a ética, pela vulnerabilidade da população estudada.

Há uma transição epidemiológica na agenda de Saúde Pública, com novas propostas e prioridades de atenção à saúde, como o excesso de peso, ingestão de carnes com gordura, inatividade física, tabaco e álcool.

Portanto, ao estudar mulheres alcoolistas, tem-se um tema novo, de interesse para diferentes áreas e profissionais e para a própria comunidade.

INTRODUÇÃO

O alcoolismo é questão fundamental de Saúde Pública¹⁻⁵ e apresenta características próprias ao atingir a população feminina.

Desde os anos sessenta, as mulheres brasileiras vêm processando a ruptura com o clássico e exclusivo papel social que lhes era atribuído pela maternidade, introduzindo-se no mercado de trabalho e ampliando suas aspirações de cidadania⁶. À semelhança do que ocorreu com a população masculina, essa socialização colocou-as em contato com a bebida.

Os levantamentos domiciliares^{7,8} sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil, realizados em 2001 e 2005, chegaram à estimativa da prevalência da dependência de álcool de 11,2% para 12,3%, respectivamente. Ao relacionar o uso na vida e a dependência, mostrou-se que de cada quatro pessoas do sexo masculino que fazem uso, na vida, de álcool, uma delas torna-se dependente e essa proporção para o sexo feminino foi de 10,1%⁸.

Deve-se ressaltar que o número de mulheres dependentes ainda é subestimado, pela omissão de dados, numa cultura em que o alcoolismo feminino não é aceito, juntamente com a limitação de estudos, que provoca a relutância das mulheres em participar do tratamento, pelo consumo velado ou ainda por pensar em prejudicar sua segurança e privacidade. Além disso, estima-se que o sistema de saúde brasileiro leva

cinco anos para diagnosticar a dependência, devido ao despreparo dos profissionais e aos dados ambulatoriais sem registro do diagnóstico de saúde, indicando apenas o procedimento, o que limita o uso de dados para a produção de indicadores úteis e a definição de políticas adequadas para essa população^{1,4,5,9-14}.

O envolvimento familiar no tratamento pode propiciar maior adesão, bem como melhor qualidade de vida aos integrantes do núcleo familiar¹⁵, pelo fato da família encorajar na busca de tratamento e até ajudar no processo de recuperação ou, ao contrário, poder ser conivente com o problema da bebida¹⁶.

As mulheres têm mais antecedentes familiares para o álcool, em relação aos homens. Ao mesmo tempo, ao abordar o papel que os pais possuem sobre o controle ou indução do beber, observa-se tendência de aumento de até três vezes no uso de álcool ou outras drogas pelos filhos, quando a mãe é alcoolista¹⁷. Mães alcoolistas podem ter filhos com desajustamento social, baixa auto-estima, insegurança, traços de personalidade depressivos, problemas cognitivos e também com distúrbios decorrentes do uso de álcool na gravidez^{12,18}.

Para a mulher o beber é mais complicado do que para o homem, nas esferas social e legal. O fato de estar bebendo coloca em risco o cuidado com a prole, sendo necessário, muitas vezes, o acompanhamento pelo Ministério Público. Além do impacto sobre os filhos, de uma embriaguez com agressão verbal ou física, ser muito

deletéria. Algumas mães alcoolistas podem, até mesmo, abandonar seus filhos, o que às leva à maior chance de uso de substâncias¹⁹.

O beber para a mulher é diferente do beber masculino, uma vez que, ao ingerir a mesma dose de álcool, seu corpo absorve cerca de duas vezes mais. Também ajuda na absorção o fato da mulher ter maior quantidade de tecido adiposo, menor massa muscular, menor volume de água corpóreo, menor quantidade de enzimas metabolizadoras do álcool, além de variações do metabolismo e flutuações hormonais próprias da mulher. Pela dependência, pode ocorrer prejuízo de memória, de curto e longo prazo e também de aprendizagem. Como consequência do alcoolismo, a síndrome fetal aparece como a terceira causa mais freqüente de retardo mental em recém-nascidos, além de se verificar aumento do consumo de álcool entre grávidas solteiras do que em casadas. A mulher tem uma progressão mais rápida do alcoolismo, com morbidade até duas vezes maior que os homens e maior comorbidade com transtornos depressivos e ansiosos. Em relação à atividade sexual, pequenas doses de álcool podem inibir a resposta fisiológica aos estímulos e também acarretar atividade sexual não pretendida. Culturalmente, as mulheres alcoolizadas são consideradas mais disponíveis, além de correrem o risco de violência, pelo seu próprio uso de álcool, como pelo do parceiro. O risco piora quando se trata da doença, ou seja, o hábito contínuo, ambiente propício e dependência entre os pares. Raramente a mulher comparece ao tratamento

acompanhada do familiar, por esconder o vício ou pelo receio de fracassar e também pelo preconceito familiar, no qual o beber feminino é inadmissível. O cônjuge não se envolve com o problema da mulher e quando ele também é dependente, geralmente se opõe ao tratamento^{3,5,9,12,13,18-20}.

Estudos específicos, sobre a ação do álcool na saúde da mulher, começaram há duas ou três décadas. Pesquisas indicam tendência de grupos mais jovens de mulheres a se igualarem aos homens, em número e na proporção do beber²¹. Entretanto, há limitação de dados aliados aos modelos de tratamento padronizados para os homens.

A mulher alcoolista já rompeu com as normas e tradições esperadas²², pode ser rotulada como negligente, ser mais agressiva, tender à promiscuidade e falhar ao tentar desempenhar seu papel¹⁰.

Nem sempre é fácil delimitar a quantidade benéfica do álcool, devido à procura do uso pelo prazer, lazer ou por fatores negativos, aliado ao incentivo crescente da indústria de consumo de bebidas, voltada também para o público feminino.

Este trabalho procurou caracterizar mulheres que, em algum momento de sua vida, tiveram problemas com a bebida, vindo a desenvolver a dependência alcoólica e necessitando submeter-se a tratamento ambulatorial num serviço de saúde.

OBJETIVOS

Descrever as características demográficas, econômicas e sociais das mulheres alcoolistas e identificar a história da dependência do álcool, bem como a do relacionamento interpessoal e de violência familiar.

MÉTODO

O trabalho foi realizado no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas (HC-UNESP) da Faculdade de Medicina de Botucatu.

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

As mulheres encaminhadas para o grupo de tratamento de alcoolismo procediam de Botucatu e região, eram referenciadas por serviços de saúde, autoridades legais ou procura espontânea. O agendamento do grupo era semanal, uma manhã por semana. A coordenação do grupo ficava a cargo da assistente social. O grupo conta com a presença de médico psiquiatra, médicos residentes em Psiquiatria, estagiários do Serviço Social e Enfermagem.

O caso novo constava de anamnese clínica e exame físico, para verificar se preenchia os critérios diagnósticos para alcoolismo, segundo o DSM-IV²³ e também era feita avaliação da gravidade da dependência, pelo Short Alcohol Dependence Data (SADD)²⁴.

O grupo era aberto e formado, no máximo, por quinze participantes que tinham como objetivos a abstinência e a melhoria das relações

sociais, e constituía um espaço para discutir as pressões sociais relativas à condição da mulher alcoolista. Eram mulheres que, em algum momento de sua vida, tiveram um problema e um diagnóstico comum de alcoolismo.

Ao término de cada atendimento era feita reunião de equipe para avaliar o próprio grupo e cada pessoa e, assim, direcionar as ações para tratamento mais adequado. Se necessário, as mulheres eram atendidas individualmente pelo médico ou encaminhadas para outro serviço. A alta do grupo ocorria a partir da avaliação da equipe. Em caso de três faltas eram enviadas cartas ou feitas chamadas telefônicas para a convocação ou para obter notícias das clientes.

Apesar de ser grupo para tratamento do alcoolismo, também havia mulheres com outras farmacodependências, como por tranquilizantes, anfetaminas e drogas ilícitas.

Sujeitos

Foram sujeitos desta pesquisa todos os casos novos de mulheres alcoolistas que participaram do grupo de tratamento, entre meados da década de 1970 até 2005.

Contou-se com livro de registro que continha nome, RG-UNESP e data de atendimento, desde o início do serviço, usado para verificar a presença no grupo e também com fichário (com nome, registro e endereço), contendo dados atualizados. Identificado o RG-UNESP foram

acessados os prontuários médicos, sendo que alguns se encontravam no arquivo morto e outros foram destruídos pelos anos, sem a devida renovação. Ao final do processo, foram identificadas 367 mulheres e destas, 34 não eram do grupo de alcoolismo, dezesseis eram familiares de alcoolistas e dezoito, cujo diagnóstico final não foi alcoolismo.

Foram localizadas 333 mulheres que freqüentaram o grupo de alcoolismo feminino durante o período. Foram excluídas 29 mulheres, dezesseis porque nunca freqüentaram o grupo e treze dependentes de medicamentos Quadro 1.

Das 304 mulheres que permaneceram, trinta e nove (12,8%) foram a óbito, quarenta e três (14,1%) recusaram-se a participar, oitenta e seis (28,3%) não foram localizadas após inúmeras tentativas e dezessete (5,6%) foram localizadas, mas não atenderam a convocação por carta e não possuíam telefone. Assim, foram entrevistadas 119 (39,1%) mulheres do grupo inicial.

Quadro 1 - Distribuição percentual de mulheres inscritas no livro de casos novos do ambulatório de psiquiatria, segundo período de ingresso e situação final. HC-UNESP 1976 a 2005

Períodos de ingresso	Situação final														Total	
	entrevistas		excluídas		medicamento		não atendeu		óbito		perdas		recusa			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1976 a 1984	12	26,1	1	2,2	1	2,2	2	4,3	7	15,2	19	41,3	4	8,7	46	100,0
1985 a 1989	13	26,5	-	-	3	6,1	2	4,1	9	18,4	15	30,6	7	14,3	49	100,0
1990 a 1994	17	27,9	-	-	1	1,6	5	8,2	11	18,0	19	31,1	8	13,1	61	100,0
1995 a 1999	32	35,6	4	4,4	2	2,2	2	2,2	10	11,1	25	27,8	15	16,7	90	100,0
2000 a 2005	45	53,6	11	13,1	4	4,8	6	7,1	1	1,2	8	9,5	9	10,7	84	100,0
Total	119	35,7	16	4,8	13	3,9	17	5,1	39	11,7	86	25,8	43	12,9	333	100,0

A percentagem de mulheres entrevistadas variou de 26,1% a 53,6%, apresentando tendência crescente no período.

Procedimentos

A coleta de dados teve início em 17 de novembro de 2004 e terminou em 23 de novembro de 2005.

As mulheres que não participavam mais do grupo foram convidadas por carta ou contato telefônico. As cartas foram enviadas com quinze dias de antecedência, informando o local e o horário da entrevista e continham um número de telefone para esclarecimento de dúvidas, para marcar um outro dia, ou para deixar um novo endereço ou telefone.

A colaboração dos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e também dos agentes de saúde tornou possível encontrar muitas mulheres que não freqüentavam mais o serviço e não retornaram para renovar seus endereços no registro geral ou no prontuário do HC – UNESP.

As entrevistas foram feitas face a face e por telefone, quando esgotadas as possibilidades de encontrar pessoalmente a mulher alcoolista, ou seja, quando enviadas até três cartas e nenhuma resposta era recebida; quando a carta voltava por endereço inexistente, mudança de local, pessoa não encontrada ou qualquer outro motivo que não permitia encontrar o endereço. Em casos que o coordenador da UBS ou os agentes comunitários tinham apenas o telefone da cliente, ou a mesma

não podia comparecer por causa do trabalho e falta de transporte, ou não usava mais o serviço e queria esquecer, não gostara do ambiente porque trazia de volta o passado ou ainda devido a outro problema de saúde, a entrevista era realizada por telefone.

Todas as mulheres, pessoalmente ou por telefone, foram orientadas sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa.

Assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 1), exceto as que fizeram entrevista por telefone e tiveram o consentimento verbal obtido por ocasião desse contato.

As entrevistas foram realizadas individualmente, pelo próprio pesquisador, numa sala separada, no próprio ambulatório onde o grupo funcionava.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNESP, de Botucatu (Anexo 2).

Instrumentos utilizados

Formulário semi-estruturado²², formado por 72 questões fechadas e abertas, contendo dados sociodemográficos e econômicos, história de violência familiar, história do uso de álcool, condição de saúde física e mental e tratamentos anteriores realizados (Anexo 3).

A ocupação, como natureza do trabalho que a pessoa desenvolve, foi agrupada pelos Grupos Profissionais e Ocupacionais, codificados pela

Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), elaborado pelo Ministério do Trabalho e Emprego, disponível no site www.mtecbo.gov.br.

Foi considerada violência familiar, neste estudo, aquela praticada por membro de uma mesma família, por pessoas unidas por laços naturais, afinidade ou por vontade expressa. E também aquela praticada em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independente de coabitação, podendo ser ex-marido, ex-companheiro, namorado, noivo e até entre pessoas do mesmo sexo.

Os tipos de violência relatados freqüentemente são agressões físicas (bater, morder, ferir com objetos), verbais (atentar quanto à moral da mulher) e emocionais (desqualificação, isolamento).

Análise Estatística

O banco de dados foi analisado através do software **SPSS**²⁵, versão 11.5. Os dados foram apresentados em forma de tabelas com as freqüências absolutas e relativas. O Teste do Qui-quadrado de Pearson foi utilizado para estabelecer diferenças entre freqüências e o teste ANOVA para análise da diferença entre médias, sendo o teste de *Tukey* utilizado ad hoc, sempre que necessário. Todos os testes foram bicaudais com nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Das 304 mulheres que configuravam a amostra inicial desse estudo, foram entrevistadas 119 (39,1%). Dessas, 67,2% foram face a face, sendo 19,3% (n=23) mulheres que se encontravam em tratamento e 47,9% (n=57) atendendo a convocação por carta. Tiveram as entrevistas feitas por telefone, 32,8% (n=39) da clientela.

Quanto à procedência, 58,8% (n=70) residiam em Botucatu, 9,2% (n=11) em São Manuel e as demais eram provenientes da DIR de Botucatu (Anexo 4).

Das 17 mulheres que não atenderam a convocação e não possuíam telefone, 82,4% (n=14) eram de Botucatu, assim como as 16 mulheres alcoolistas que nunca freqüentaram o grupo, 37,5% (n=6). Das 86 mulheres com endereço ignorado, 27,9% (n=24) permaneceram como ignorados, 18,6% (n=16) eram de Botucatu, 9,3% (n=8) de São Manuel e 7% (n=6) de Avaré, contudo o local de moradia continuou desconhecido apesar de toda a busca efetuada.

A Tabela 1 apresenta os períodos de ingresso no grupo. Observa-se tendência crescente de casos novos entrevistados.

Tabela 1: Período de ingresso no Grupo de Alcoolismo Feminino (GAF).
HC-UNESP – 1976 a 2005.

Período	N	%	% acumulada
2000 a 2005	45	37.8	37.8
1995 a 1999	32	26.8	64.7
1990 a 1994	17	14.3	79.0
1985 a 1989	13	10.9	89.9
1976 a 1984	12	10.1	100
Total	119	100	

A Tabela 2 apresenta os dados sociodemográficos e de religião. As mulheres, em sua maioria, eram de cor branca (63,9%), na faixa etária de 40 a 49 anos (42%), sem companheiros (56,3%), com ensino fundamental (67,2%), católicas (67,2%) e praticantes (58%).

Tabela 2 - Características sociodemográficas e religião das mulheres alcoolistas do GAF. HC-UNESP – 1976 a 2005.

		N	%
Faixa etária	40-49	50	42,0
	50-59	24	20,2
	30-39	22	18,5
	>=60	19	16,0
	21-29	4	3,4
Estado Civil	sem companheiro	67	56,3
Etnia	branca	76	63,9
Escolaridade	1 ^a a 4 ^a	53	44,5
	5 ^a a 8 ^a	27	22,7
	ensino médio completo	17	14,3
	analfabetas	9	7,6
	ensino médio incompleto	6	5,0
	ensino superior completo	4	3,4
	ensino superior incompleto	3	2,5
Religião	católicas	80	67,2
Praticantes	sim	69	58,0

Quando se relacionou o estado civil com a variável com quem mora, observou-se que das 106 mulheres (89,1%) que moravam com a família, 17% eram solteiras, 15,1% viúvas e 18,9% separadas ou divorciadas. Das que viviam sozinhas (n=9), 22,9% eram solteiras, 66,7% eram viúvas e 11,1%, separadas ou divorciadas. Apenas quatro moravam com amigos ou em pensão, sendo 25% solteiras, 50% viúvas e 25% separadas ou divorciadas. Desta forma, 13 (10,9%) das mulheres não contavam com suporte familiar.

Em relação à ocupação, classificaram-se como prestadoras de serviços 59,7% (n=71), serviços agrícolas 13,4% (n=16), quadro técnico e

científico 8,4% (n=10), grupos industriais 6,7% (n=8), prendas domésticas 5% (n=6), grupos comerciais 3,4% (n=4), proprietárias e supervisoras 2,5% (n=3) e no grupo referente a transportes e comunicações, 0,8% (n=1).

As mulheres apontaram como responsável pela manutenção do orçamento familiar, o cônjuge, em 29,4% (n=35), ela mesma em 28,6% (n=34) e mais do que uma pessoa em 24,4% (n=29). Também citaram outros, como pensão, em 9,2% (n=11), filhos em 5% (n=6) e pais em 3,4% (n=4).

A renda familiar média foi de $2,2 \pm 1,3$ salários mínimos¹, com mediana e moda de dois salários mínimos. Declararam ter renda familiar de dois a três salários mínimos 46,2% (n=55), 30,3% (n=36) renda igual ou menor a um salário mínimo, 11,8% (n=14) renda de quatro a cinco salários, 9,2% (n=11) de seis a dez salários e 1,7% (n=2) informaram ter renda maior ou igual a onze salários mínimos. Apenas uma entrevistada (0,8%) não sabia a renda familiar.

A forma de encaminhamento para tratamento, em 58% das mulheres (n=69), foi através do serviço de saúde. Compareceram sozinhas ao grupo 48,7% (n=58), informaram ser incentivadas pela família 33,6% (n=40) e por iniciativa própria 26,9% (n=32) (Tabela 3).

¹ Salário mínimo vigente durante a pesquisa: R\$ 300,00

Tabela 3 - Distribuição percentual das mulheres segundo tipo de referência ao tratamento, de acompanhante e incentivo ao tratamento. HC-UNESP – 1976 a 2005.

		N	%
Forma de encaminhamento	serviços de saúde	69	58,0
	familiares	17	14,3
	autoridade legal	10	8,4
	amigos	10	8,4
	sozinhas	10	8,4
	empresa	3	2,5
Total		119	100,0
Compareceram ao grupo	sozinhas	58	48,7
	outros	32	26,9
	cônjuge	11	9,2
	filhos	11	9,2
	amigos	7	5,9
Total		119	100,0
Incentivo à procura	família	40	33,6
	outros	36	30,3
	sozinhas	32	26,9
	amigos	8	6,7
	empresa	2	1,7
	religião	1	0,8
Total		119	100,0

O início da ingestão de álcool até os 20 anos ocorreu em 62,2% (n=74) das mulheres, sendo que 58% (n=69) informaram tempo de instalação da dependência entre dois a três anos, 24,4% (n=29) entre quatro a cinco anos e 17,6% (n=21) acima de seis anos (Tabela 4).

Tabela 4 - Idade de início da ingestão alcoólica e tempo da instalação da dependência. HC-UNESP – 1976 a 2005.

		N	%
Idade do início da ingestão	<= 15	35	29,4
	16 a 20	39	32,8
	21 a 25	14	11,8
	26 a 30	15	12,6
	31 a 39	9	7,6
	40 a 49	5	4,2
	>= 50	2	1,7
Total		119	100,0
Tempo de instalação da dependência em anos	2 a 3	69	58,0
	4 a 5	29	24,4
	≥ a 6	21	17,6
Total		119	100,0

No momento da entrevista, observa-se, na Tabela 5, que 68,9% (n=82) das clientes classificaram-se como abstinente. O tempo de abstinência predominante foi maior ou igual a 12 meses em 47,9% (n=57). Quanto ao padrão de ingestão atual, 58,8% (n=70) relataram abstinência, já 15,1% (n=18) informaram ingestão esporádica e apenas 5,9% (n=7), ingestão freqüente, ambos sem embriaguez e sem problemas.

Tabela 5 - Mulheres abstinentes, tempo de abstinência e padrão atual de ingestão alcoólica entre o grupo entrevistado. HC-UNESP – 1976 a 2005.

		N	%
Abstinentes	sim	82	68,9
	não	37	31,1
Total		119	100,0
Tempo de abstinência	>= 12 meses	57	47,9
	não abstinente	38	31,9
	até 3 meses	14	11,8
	4 a 11 meses	10	8,4
Total		119	100,0
Padrão atual de ingestão	abstinência	70	58,8
	ingestão esporádica, s/ embriaguez e s/ problemas	18	15,1
	ingestão esporádica, c/ embriaguez e c/ problemas	14	11,8
	ingestão freqüente, c/ embriaguez e c/ problemas	10	8,4
	ingestão freqüente, s/ embriaguez e s/ problemas	7	5,9
Total		119	100,0

Segundo a Tabela 6, as mulheres começaram a beber com amigos em 39,5% (n=47) dos casos, com o cônjuge em 22,7% (n=27), sozinhas em 21,8% (n=26) e com familiares em 15,9% (n=19). Os motivos alegados para consumir bebidas alcoólicas foram: incentivo de familiares e amigos em 24,4% (n=29), incentivo do cônjuge em 16% (n=19) ou outros em 59,7% (n=71). A bebida ingerida por 49,6% (n=59) foi pinga e por 25,2% (n=30), cerveja. O local mais freqüente de ingestão das bebidas foi na própria casa em 56,3% (n=67) dos casos, seguido de outros lugares, como lanchonetes e casa de amigos, em 21,8%. Quanto a

utilizar terceiros para comprar bebidas, 63,9% (n=76) não o faziam. Das restantes, 36,1% (n=43) recorreram a esse artifício por motivo de vergonha em 14,3% (n=17), por facilidade em 10,1% (n=12) e para esconder da família, 9,2% (n=11). Quem compra a bebida são as mulheres em 62,2% (n=74), seus filhos ou outros em 9,2% (n=11).

Tabela 6 - Caracterização pessoal da ingestão alcoólica das mulheres entrevistadas. HC-UNESP – 1976 a 2005.

		N	%
Pessoas com quem começaram a beber	amigos	47	39,5
	cônjuge	27	22,7
	sozinhas	26	21,8
	pais	16	13,4
	outros	71	59,7
Motivo	incentivo familiares-amigos	29	24,4
	incentivo do cônjuge	19	16,0
	pinga	59	49,6
Bebida ingerida	cerveja	30	25,2
	pinga e cerveja	15	12,6
	outros	10	8,4
	vinho/ licor	5	4,2
	casa	67	56,3
Local costuma beber	outros	26	21,8
	bar	13	10,9
	casa e bar	13	10,9
Terceiros	não	76	63,9
	próprias mulheres	74	62,2
	filhos	11	9,2
Quem compra	outros	11	9,2
	amigos	10	8,4
	cônjuge	8	6,7
	não ocorre	75	63,0
	vergonha	17	14,3
Porque?	facilidade	12	10,1
	esconder da família	11	9,2

Quanto aos antecedentes de alcoolismo familiar, 76,5% (n=91) das mulheres citaram dois ou mais familiares que usaram ou usam álcool. Apenas 5% (n=6) não tinham história de alcoolismo na família.

Com relação a terem sofrido algum tipo de acidente enquanto alcoolizadas 42% (n=50) das entrevistadas confirmaram, sendo 13,4% (n=16) de trânsito, 6,7% (n=8) de trabalho e 27,7% (n=33) acidente doméstico.

Na Tabela 7, quanto ao envolvimento com a polícia, 72 (60,5%) não tinham qualquer implicação antes do tratamento e 102 (85,7%) não relataram envolvimento com a polícia após o grupo (p=0, 00). Todavia, dos oito homicídios relatados ao final do seguimento, seis (75%) ocorreram entre 33 mulheres que relataram brigas como causa de envolvimento com a polícia.

Tabela 7 - Envolvimento com a polícia antes e após tratamento no Grupo de Alcoolismo Feminino (GAF). HC-UNESP – 1976 a 2005.

		N	%
Envolvimento antes do grupo	não ocorreu ¹	72	60,5
	brigas ¹	33	27,7
	outros	6	5,0
	roubo	3	2,5
	tentativa de suicídio	3	2,5
	homicídio	2	1,7
Total		119	100,0
Envolvimento após o grupo	não ocorreu ¹	102	85,7
	brigas ¹	8	6,7
	homicídio	8	6,7
	tentativa de suicídio	1	0,8
Total		119	100,0

¹ p<0,05

Pela Tabela 8, a violência familiar foi mencionada por 85,7% (n=102) das mulheres antes do tratamento, passando para 35,3% (n=42) no momento da entrevista (p= 0,00).

Tabela 8 - Violência familiar referida pelas mulheres antes do GAF e no momento da entrevista. HC-UNESP – 1976 a 2005.

		Antes		Depois	
		N	%	N	%
Violência familiar	sim	102	85,7	42	35,3
	não	17	14,3	77	64,7
Total		119	100,0	119	100,0

Antes do tratamento, 37,8% (n=45) das mulheres agrediram e sofreram agressões físicas, 29,4% (n=35) apenas receberam a agressão, 10,9% (n=13) agrediram e 21,8% (n=26) relataram que nunca ocorreu agressão física. Em 90,8% (n=108) houve agressão verbal. Durante a entrevista, 75,6% (n=90) manifestaram não ter vivenciado agressão física, sendo que 11,8% (n=14) batem e apanham, 8,4% (n=10) apanham e 4,2% (n=5) batem. Referiram-se à presença de agressão verbal 50,4% (n=60). A agressão física antes de ingressar no grupo de alcoolismo e a manifestada no momento da entrevista foi significativa para o lado da não ocorrência da violência. Houve diminuição da violência física (p= 0,02) e da agressão em relação aos outros, com um aumento da não agressão (p=0,00).

Quanto ao agressor, antes do tratamento, 37% (n=44) das mulheres apontaram o cônjuge, 21,8% (n=26) outros, 10,1% (n=12) dois ou mais agressores, 4,2% (n=5) os filhos e 3,4% (n=4) terceiros. Já 23,5% (n=28) nunca sofreram agressão física. Na entrevista, 70,6% (n=84) declararam não sofrer agressão física e quando presente, em 12,6% (n=15) o agressor foi o cônjuge, em 6,7% (n=8) os filhos, em 5% (n=6) outros, em 3,4% (n=4) houve dois agressores ou mais e em 1,7% (n=2) a agressão foi por terceiros.

Quanto à própria mulher ser a agressora, 35,3% (n=42) relataram que nunca agrediram antes do tratamento, 22,7% (n=27) revelaram agressão contra duas ou mais pessoas, 21% (n=25) contra o cônjuge, 10,9% (n=13) contra outros, 5,9% (n=7) contra filhos e 4,2% (n=5) contra terceiros. Na entrevista, 78,2% (n=93) informaram não ter agredido ninguém, enquanto 5,9% (n=7) agrediram duas ou mais pessoas, 5% (n=6) os filhos, 5% (n=6) o cônjuge, 4,2% (n=5) outros e 1,7% (n=2) terceiros.

Em relação aos filhos, tanto antes como depois do tratamento, 39,5% (n=47) das mulheres tiveram algum problema, sendo que 22,7% (n=27) afirmaram ter dois ou mais problemas, como uso de álcool, uso de drogas, agressividade, timidez e outros. Antes do tratamento, 18,5% (n=22) desses problemas ocorreram na família, na escola, na vida social e outros. Das entrevistadas, 23,5% (n=28) relataram problemas na família e 13,4% (n=16) não tinham filhos. Observou-se que durante a entrevista foi

relatada diminuição de problemas com os filhos, em relação ao período anterior ao ingresso no grupo ($p=0,00$).

A associação do alcoolismo com queixas e sintomas foi apontada por 84% ($n=100$) das clientes: 81,5% ($n=97$) foram físicas, 26,1% ($n=31$) sexuais, 77,3% ($n=92$) ansiedade, 76,5% ($n=91$) solidão, 43,7% ($n=52$) tentativas de suicídio e 63% ($n=75$) ideação suicida e 24,4% ($n=29$) ideação homicida. A depressão foi mencionada em 60,5% ($n=72$) das entrevistas, no presente e, em 71,4% ($n=85$), no passado. A síndrome da dependência do álcool apareceu em 78,2% ($n=93$) dos casos.

Quanto às internações hospitalares para tratamento do alcoolismo, 38,7% ($n=46$) das pacientes nunca foram internadas, 27,7% ($n=33$) relataram uma internação, 20,9% ($n=25$) de duas a cinco internações e 12,6% ($n=15$) mais do que cinco internações.

Das mulheres, 74,8% ($n=89$) usavam algum tipo de medicação. Os medicamentos mais citados foram: benzodiazepínicos 40,3% ($n=48$), antidepressivos 31,1% ($n=37$), anti-hipertensivos 26,9% ($n=32$), vitaminas 20,2% ($n=24$), neurolépticos 7,6% ($n=9$) e outros 46,2% ($n=55$).

O tempo de tratamento ininterrupto no grupo foi em média de $4,09 \pm 2,84$ meses, com mediana de 4 meses e moda de 7 meses. Período igual ou maior há um ano foi citado por 32,8% ($n=39$) das entrevistadas, seguido por menor ou igual há um mês, em 19,3% ($n=23$). Apenas 4,2% ($n=5$) referiram abandono.

Quanto aos tratamentos realizados antes do grupo, 67,2% (n=80) não foram expostas a nenhum tratamento; 19,3% (n=23) passaram por pronto-socorro e foram internadas e 13,4% (n=16) apenas passaram pelo pronto-socorro.

No que se refere à evolução do tratamento, 58% (n=69) melhoraram ou diminuíram a ingestão, 22,7% (n=27) não perceberam mudanças, 10,9% (n=13) estavam abstinentes e 8,4% (n=10) sentiram-se pior após o grupo.

DISCUSSÃO

As entrevistas foram feitas face a face e por telefone, com o objetivo de diminuir a perda da amostragem.

Trata-se de estudo de seguimento, retrospectivo, que verificou o que ocorreu com as mulheres alcoolistas que freqüentaram o Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HC – UNESP).

A taxa de óbitos, 12,8% (n=39), foi menor do que o valor de 15% (n=34) encontrado entre alcoolistas masculinos que freqüentaram o Ambulatório de Psiquiatria e Gastroenterologia da Unifesp²⁶.

As mulheres alcoolistas apresentam taxa maior de mortalidade quando comparada à população feminina em geral e aos homens alcoolistas²⁷. Um estudo que acompanhou, durante onze anos, 103 mulheres alcoolistas, encontrou taxa de 31% (n=32)²⁸, quatro vezes maior do que a esperada com perda de quinze anos em sua expectativa de vida. Todavia, mulheres que obtiveram ou chegaram à abstinência apresentaram taxas de mortalidade menores que as esperadas²⁹. Assim, a taxa encontrada neste trabalho encontra-se entre os menores da literatura. Este dado, porém, pode estar subestimado, uma vez que, entre as pacientes perdidas em seguimento, não houve busca ativa nos atestados de óbito.

Apesar do HC–UNESP, serviço terciário, atender a população de vasta região, observou-se, no Grupo de Alcoolismo Feminino, que a clientela é regionalizada, residindo até 18 km da Sede, em 68%.

Das 304 mulheres alcoolistas detectadas, 119 (39,1%) foram entrevistadas, o que este grupo, pode ser considerado um número alto. Num levantamento bibliográfico sobre pesquisa de enfermagem produzida no Brasil, na década de 1980 até 2004, houve relação ao álcool e a outras drogas, com a subcategoria mulheres, em apenas 4 (6,7%) trabalhos³⁰. Notou-se que nos artigos pesquisados, o número de mulheres, em estudo encontrado, variou de duas a vinte e duas^{10,11,31,32}.

Recusou-se a participar do estudo 14,1% (n=43) das mulheres, o que corrobora a literatura sobre a dificuldade de se chegar a essas mulheres, além da relutância em participar dos estudos, por acreditarem prejudicar sua segurança ou privacidade e também para esquecerem que foram alcoolistas ou que já participaram de um grupo para alcoolismo¹⁰. O preconceito, a dificuldade em aceitar a doença, a ausência de serviço específico, passando até pela própria discriminação e o desconhecimento dos profissionais de saúde, constituíram fatores de dificuldade.

O medo de procurar tratamento parece ser fator relevante, sobretudo para as mulheres, por pensarem que a família as desestimularia na busca do tratamento ou que seria um transtorno para esta, além do receio de serem estigmatizadas pelos profissionais de saúde³³. A implementação de programas de tratamento especializado,

relacionados ao consumo de substâncias específicas para subpopulações, tem melhorado a fragmentação dos cuidados, já que programas não estruturados impõem barreiras para o tratamento, como a falta de integração com outros serviços³⁴.

Quanto ao tempo de seguimento, tem sido verificado que mulheres que atendem aos programas específicos aderem mais ao tratamento. O tempo médio de tratamento no grupo foi de $4,09 \pm 2,84$ meses, aparecendo, como maior frequência, os seguimentos de um ano ou mais (32,8%) e o de um mês ou menos (19,3%). Em estudo conduzido pelo Programa de Atendimento à Mulher Dependente Química (PROMUD), verificou-se que 66,9% (n=113) das mulheres alcoolistas permaneciam no grupo após 6 meses e 52,6% (n=89) após 12 meses, enquanto que em tratamento misto, após 6 meses 34,8% (n=115) e após 12 meses apenas 19,1% (n=63) das mulheres permaneciam no grupo⁵. Os achados deste estudo são compatíveis com aqueles cujas mulheres são expostas aos tratamentos mistos.

Em relação ao perfil das mulheres alcoolistas atendidas no Ambulatório (HC-UNESP), tem-se idade entre 40 a 49 anos (42%), sem companheiros (56,3%), brancas (63,9%), escolaridade de 1ª a 4ª série (44,5%), católicas (67,2%) e praticantes (58%). Apenas 10,9% (n=13) delas não contavam com suporte familiar, 59,7% eram prestadoras de serviço, tinham como responsável pelo sustento familiar o cônjuge (29,4%) e a renda familiar média era de 2,2 salários mínimos. Num estudo

qualitativo, do qual participaram 13 mulheres, a média de idade foi de 43 anos, 84,6% eram católicas, 76,9% brancas, 46,1% tinham ocupação, 84,6% residiam com familiares e 53,8% eram casadas¹¹. Em outro estudo realizado no mesmo serviço, (Ambulatório, HC-UNESP) com 57 mulheres atendidas de 1990 a 1994 e com seguimento de um ano, a média de idade encontrada foi de 22,9 anos, com predominância de solteiras (66,7%), escolaridade inferior a 8 anos (77,2%), baixo nível econômico (85,2%) ou um salário mínimo e 51,2% das mulheres referiram ser donas de casa¹³.

Mulheres acima dos 40 anos estariam expostas ao risco de aumento do consumo alcoólico, associado à falta de estrutura familiar³⁵. Um estudo transversal para indicar a prevalência de abuso e dependência de álcool na área urbana de Rio Grande (RS), com amostra de 1044 pessoas de ambos os sexos, encontrou predominância de brancos, que moravam com companheiro, do sexo feminino, da classe social C. Dessas pessoas um terço superaram o 1º grau e 20,4% estavam desempregados³⁶. Em um grupo de pacientes psiquiátricos ambulatoriais, não alcoolistas, com oito mulheres, encontraram-se características semelhantes: idade entre 29 a 65 anos, a maioria casada, 1º grau completo e que trabalhava em serviços domésticos³⁷. Num estudo sobre os efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto, 150 mulheres foram entrevistadas, tinham idade entre 15 a 41 anos, com média de 23 anos e seis meses, das quais 50,7% (n=76) eram casadas ou com união

consensual. Contudo, entre as 74 mulheres solteiras, o consumo de bebida alcoólica foi significativamente maior do que entre as casadas¹⁸. Existem poucos trabalhos caracterizando as mulheres alcoolistas e geralmente são amostras pequenas, sem estudos populacionais. Não se pode afirmar que o perfil da mulher alcoolista na população é igual ao das que freqüentam o serviço do HC-UNESP, provavelmente porque a população estudada é de maior gravidade, com dependência severa e com mais complicações.

Neste estudo, as mulheres foram encaminhadas principalmente por serviços de saúde (58%), tiveram ligação com outros serviços por terem um atendimento específico e fazerem parte do Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação ao comparecimento ao grupo, 48,7% (n=58) vieram sozinhas, confirmando outro estudo feito no próprio serviço, o qual 45,5% das mulheres compareciam sozinhas¹³. O principal incentivador a procurar tratamento foi a família (33,6%), um número um pouco diferente, se comparado com o mesmo estudo citado acima, em que a família foi o principal incentivador com 63,2%¹³. Os familiares podem se apresentar como rede de apoio, como colocado num outro estudo, em que as mulheres podem contar com o incentivo de pais e filhos na busca de ajuda, mas estes não fazem o seguimento familiar, atendem apenas quando solicitados⁹.

Na América Latina, o início do uso da bebida alcoólica ocorre por volta dos 15 anos de idade, enquanto nos EUA, a partir dos 21 anos³⁸.

Dados americanos, fornecidos pelo SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2000), dividindo as mulheres por idade, encontraram que 71,5% das mulheres entre 26 e 34 anos e 59,7% acima de 34 anos usavam álcool²¹. Num estudo sobre antecedentes familiares com ambos os sexos, a idade predominante de início à bebida foi de 12 a 20 anos³⁹. Em outro estudo, avaliando apenas homens, 57,2% iniciaram a ingestão entre 16 e 20 anos e 56,20% com tempo de alcoolismo problemático, entre 2 a 5 anos⁴⁰. No estudo sobre drogas e gênero, do mesmo serviço (GAF), o início da ingestão alcoólica em mulheres foi a partir dos 20 anos e a instalação da dependência deu-se em dois anos¹². Neste estudo, 62,2% (n=74) das mulheres iniciaram a ingestão até os 20 anos e 58% (n=69) citaram tempo de instalação da dependência entre dois a três anos. Há dificuldade em se encontrar estudos que especifiquem o início da ingestão e o tempo de instalação da dependência apenas na população feminina, pois os estudos são em ambos os sexos ou em população masculina. Entretanto, em estudo epidemiológico, verificou-se que os achados desta pesquisa estão de acordo com os da América Latina³⁸.

Neste estudo, 68,9% referiram abstinência, no momento da entrevista, com tempo predominante de 12 meses (48%). Todavia, quanto ao padrão de ingestão atual, em 58,8% houve abstinência, em 15,1% ingestão esporádica e em 5,9% ingestão freqüente, ambos sem embriaguez e sem problemas. Essa divergência entre as respostas

obtidas nas questões sobre abstinência e padrão de ingestão pode significar que algumas clientes não estão prontas para assumir a abstinência como meta no início do tratamento. Para algumas diminuir a quantidade de bebidas pode ser entendido como estar abstinente.

Alguns autores consideram que apenas a abstinência, como ponto final de estudos de avaliação de serviços ou tratamentos, pode subestimar a efetividade dos tratamentos⁴¹. Outros desfechos, como a diminuição da frequência e o número de dias abstinentes podem ser usados como indicadores de melhorias devidas ao tratamento.

Artigos disponíveis na literatura nacional indicam taxas de abstinência que variam de 12% a 25%, em seis meses de seguimento⁴². Em relação à diminuição da ingestão, um estudo avaliando o quão efetivo é o tratamento do alcoolismo nos Estados Unidos, encontrou que 75% dos pacientes continuavam a beber esporadicamente, 87% apresentaram diminuição da ingestão e 60% tinham problemas relacionados ao álcool⁴³. Assim, embora a maioria dos pacientes não tenha atingido a abstinência, os não abstinentes experimentaram redução significativa dos problemas relacionados ao álcool. A redução do beber embriagando-se pode ser considerada significativa clinicamente e relevante para os participantes dos programas.

O padrão de consumo encontrado neste estudo, como começar a beber com amigos ou cônjuge, incentivo a beber por familiares e amigos, beber em casa e consumir bebida barata, como a pinga, está de acordo

com o padrão feminino de ingestão, já descrito em diversos trabalhos^{5,9,11-13,20,21,35}. Trata-se de donas de casas e mulheres empregadas, mas com pouca qualificação profissional, baixa renda familiar e pouca escolaridade. Como o orçamento doméstico é limitado, a compra de bebidas baratas, com alto teor alcoólico, acarreta danos a diversos órgãos e sistemas, principalmente gástrico e neurológico. Bebendo em casa e recebendo o apoio de familiares e amigos, o vício é escondido por longos períodos, favorecendo a dependência e dificultando o início do tratamento, até da percepção do problema, pois se trata de ingestão escondida, sem monitoramento.

Além disso, a alta prevalência encontrada para história familiar de alcoolismo (76,5%) predispõe ao aparecimento de quadros de dependência mais graves, de evolução mais rápida e com primeiros sintomas em idade mais precoce^{17,39}.

Das mulheres entrevistadas, 42% sofreram algum tipo de acidente enquanto alcoolizadas, sendo o doméstico o mais citado (27,7%), seguido do de trânsito (13,4%) e do de trabalho (6,7%).

Não são raros os acidentes domésticos, mas muitas vezes eles podem ser disfarces das agressões conjugais⁴⁴. Neste trabalho não houve estudo mais profundo para saber o que realmente aconteceu.

O uso de álcool está associado ao aumento de acidentes de forma geral, em especial de trânsito. Pesquisa realizada pela Associação Brasileira de Medicina do Tráfego (ABRAMET), em 2006, em quatro

grandes capitais brasileiras (Curitiba, Brasília, Salvador e Recife), apontou que 61% dos acidentados haviam ingerido bebida alcoólica antes do acidente⁴⁵.

No presente estudo, 13,4% das mulheres foram vítimas de acidentes de trânsito, enquanto alcoolizadas, por atropelamento ou como passageiras. Considerando-se que pertenciam à classe social de até dois salários mínimos ($2,20 \pm 1,3$) e que provavelmente não possuíam automóvel, o número pode ser considerado expressivo.

No Brasil, a concentração de álcool no sangue (CAS), permitida pelo Código Nacional de Trânsito, está estabelecida em 0,06% ou 0,6 g/l e, segundo o Detran-SP, 50% dos acidentes automobilísticos fatais estão relacionados ao consumo de álcool⁴⁶. Estudos sobre mulheres relatam risco maior para as que bebem e dirigem, podendo ser, em parte, por metabolizarem o álcool diferentemente dos homens e apresentarem CAS mais alta para dado volume consumido de álcool e também por serem mais sensíveis aos efeitos do álcool, o que influencia o desempenho ao dirigir²⁰.

O alcoolismo é a terceira causa mais freqüente de absenteísmo ao trabalho no Brasil e a oitava causa de requerimento para concessão de auxílio-doença. Além disso, está em primeiro lugar na ordem dos problemas sociais previstos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que abrangem desempenho no trabalho (assiduidade e produtividade) e acidentes de trabalho⁴⁷. Neste estudo, a relação é com os acidentes.

Entre as orientações dadas pela assistente social do grupo de alcoolismo está a permanência no trabalho, evitando que a pessoa fique desocupada e tenha mais tempo para beber. Só após rigorosa avaliação de equipe é que se pode pedir afastamento, o que condiz com a política do governo brasileiro, que incentiva a inclusão social através do trabalho⁴⁸.

Quanto ao envolvimento com a polícia, 60,5% das mulheres negaram, antes de chegarem ao tratamento e 85,7% não tinham se envolvido até o momento da entrevista. Chama a atenção, entretanto, as 33 mulheres que se envolveram com a polícia por causa de brigas, pelo número de seis (75%) dos oito homicídios relatados no final do seguimento.

Este é um indicador que deve ser discriminado tanto pelo envolvimento com a polícia, por embriaguez em via pública, ou por agressões físicas, como por problemas causados por dirigir embriagado e por problemas jurídicos⁴⁷. A partir da década de 1980, observou-se aumento da criminalidade, do número de delitos relacionados com drogas e crimes violentos, como roubos, seqüestro e homicídio. O número de homicídios é considerado o melhor indicador para dimensionar a violência em qualquer parte do planeta. Em 2000, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os assassinatos representaram 38,3% dos óbitos por causas externas⁴⁹. Num estudo colombiano, 35,9% dos homicidas estavam sob efeito do álcool⁵⁰. Outro estudo sobre prevalência de doença mental em homicidas, na Inglaterra e

País de Gales, mostrou que o abuso de álcool é comum em homicidas de todas as idades, mas mais provável na população acima de 50 anos⁵¹.

Num outro estudo sobre dependentes de álcool que procuram tratamento em diferentes ambulatórios, no setor especializado em alcoolismo, apesar do índice de mortalidade ter sido inferior, foi um dado preocupante, devido aos óbitos por acidentes e assassinatos, pois indivíduos alcoolizados têm maior chance de se envolver em brigas ou situações violentas²³. Também se explica o número de homicídios pelo aumento da violência urbana, que pode estar envolvida com o tráfico de drogas, miséria, violência e álcool⁵².

O Brasil é dos poucos países que trata o tema Violência no âmbito do setor Saúde. Os acidentes e as situações de violência ocupam o segundo lugar em causa de mortalidade geral e o primeiro lugar em causas de óbitos entre 10 a 49 anos⁵³.

As mulheres alcoolistas têm quatro vezes mais história de abuso sexual na infância do que os homens alcoolistas⁵⁴. A frequência de histórias de abuso na infância entre mulheres em tratamento para dependência de álcool foi maior que a relatada pelos homens com o mesmo diagnóstico⁵⁵.

Um estudo americano apontou que 4% a 24% das mulheres que cometeram violência contra seus parceiros estavam alcoolizadas no momento da ocorrência⁵⁵. Em estudos feitos com homens ingressando no tratamento, tanto de violência doméstica como de alcoolismo, a chance de

violência por parte do parceiro era de 8 a 11 vezes mais alta nos dias em que bebiam, em comparação aos dias em que permaneciam abstinentes¹⁹.

Neste estudo, a violência familiar apresentou redução de 50,4% após o tratamento e diminuição da agressão física em 53,8% e também no bater e apanhar (26%) e em relação à agressão verbal (40,4).

Em estudo realizado na UNIFESP, em 2005, comparando três grupos de pacientes dependentes de álcool, drogas, deprimidos e controle, que não se encontravam em tratamento psiquiátrico, verificou-se que no relacionamento familiar de mulheres alcoolistas predominaram relações insatisfatórias, conflituosas e de emoções hostis⁵⁶. A agressão verbal no contexto familiar pode ser comprometimento social decorrente do consumo de álcool¹¹.

Num trabalho do HC-UNESP, sobre homens e mulheres alcoolistas, a maioria relatou agressão física e verbal anterior ao tratamento. Não houve redução da violência familiar após o tratamento entre as mulheres, sendo que 71,9% destas citaram como agressor, antes do tratamento, o cônjuge. Também foi colocado que para o grupo de mulheres alcoolistas foi mais difícil deixar um relacionamento violento devido à dependência econômica e responsabilidade com os filhos²².

Tanto antes como depois do tratamento, 39,5% das mulheres entrevistadas apontaram problemas com os filhos e destas, 22,7% tinham dois ou mais problemas, como uso de álcool e outras drogas,

agressividade e timidez. Os problemas se manifestavam na família, escola e vida social antes do tratamento (18,5%) e apenas na família, no momento da entrevista (23,5%). Mães alcoolistas, provenientes de lares desajustados, podem apresentar filhos com desajustamento social, baixa auto-estima, insegurança e traços de personalidade depressivos²².

A extensão dos danos nos filhos depende da própria personalidade, do apoio emocional oferecido pela mãe ou pelo pai, de outros apoios sociais e emocionais existentes e da idade da criança, quando o progenitor desenvolveu o problema. O impacto é muito mais adverso quando associado à agressão verbal ou física. Não se sabe ao certo se o impacto é maior quando o alcoolista é o pai ou a mãe e também há diferenças entre meninos e meninas. Nos filhos, há aumento geral da ansiedade, em meninas pode ocorrer depressão e em ambos os sexos a auto-estima tende a ser baixa. No ambiente escolar, pode-se ter desempenho acadêmico ruim e entre os meninos comportamento anti-social. O conflito emocional em casa pode tornar-se risco latente para um alcoolismo posterior. A ausência de ligação emocional e um lar perturbado pode deixar os filhos vulneráveis a grupos ligados ao consumo de drogas e delinquência, ao risco de agressão e também ao abuso sexual. Na vida adulta, os filhos tendem a apresentar baixa auto-estima, depressão, ansiedade, comportamento anti-social e maneiras inadequadas de lidar com a vida²⁰. Por outro lado, pode acontecer um filho muito envolvido com a casa e preocupado em proteger o progenitor que não bebe.

No presente estudo houve associação entre problemas clínicos, psicológicos e mentais, em relação ao alcoolismo, pois 84% das entrevistadas tinham algum tipo de queixa, sendo na ordem crescente: físicas, presença da síndrome de dependência alcoólica, ansiedade, solidão, depressão, ideação suicida e homicida, tentativa de suicídio e queixas sexuais. Os profissionais da saúde podem não reconhecer essa associação, acabando por tratar apenas as complicações orgânicas, sem perceber o real problema causador: o álcool.

Quanto aos critérios diagnósticos da síndrome da dependência do álcool, há a interação de fatores biológicos e culturais, como se o uso do álcool fosse um aprendizado⁵⁷. As mulheres entrevistadas reconheceram essa síndrome, principalmente em função da presença dos sintomas de abstinência que funcionam como alimentador do uso do álcool para conseguir seu alívio.

Os sintomas depressivos são prevalentes entre mulheres alcoolistas, assim como a associações entre tentativa de suicídio e álcool. Assim, cerca de 23% das mulheres usaram álcool antes do uso de venenos e o suicídio; nesta população, a associação é 50 vezes mais comum do que na população geral⁵⁸. Outro estudo verificou que das mulheres dependentes de álcool e outras substâncias, 19% tiveram depressão em algum momento da vida, enquanto na população feminina essa prevalência é de 7%⁵⁹.

Em relação aos problemas sexuais, sabe-se que pequenas doses de álcool inibem a resposta fisiológica da mulher dependente a estímulos sexuais⁵. O álcool gera a falsa ilusão de se estabelecer um relacionamento com outras pessoas e de sentir mais confiança no trato com estas, mas na verdade o uso crônico torna as pessoas mais retraídas, com menos autoconfiança e até mais deprimidas e ansiosas³⁰.

Sobre as internações hospitalares para tratamento do alcoolismo, 38,7% das entrevistadas negaram internação, 27,7% mencionaram uma internação e 20,9%, de duas a cinco internações. Num estudo que avaliou 99 pacientes masculinos internados, 45% apresentaram de uma a cinco re-internações, 36,3%, apenas uma internação e 8,7%, mais de dez internações⁶⁰. Esse tópico, em relação à internação feminina, ainda é pouco estudado.

Das mulheres entrevistadas, 74,8% disseram usar algum tipo de medicação, sendo outros (analgésicos e antiinflamatórios) citados em 46,2%, benzodiazepínicos em 40,3% e antidepressivos em 31,1%. Sabe-se que entre mulheres ocorre o abuso freqüente de mais de uma substância psicoativa, principalmente analgésicos e tranqüilizantes⁶¹.

Apenas 4,2% das mulheres citaram abandono ao tratamento.

Homens e mulheres têm igual probabilidade de completar o tratamento, mas as mulheres que o fazem, apresentam nove vezes mais chances de se tornarem abstinentes que as demais. Já, os homens que

terminam o tratamento têm apenas três vezes mais chance de se manterem abstinentes do que os que abandonam⁶².

Os fatores que podem determinar o desfecho do tratamento para o alcoolismo foram: maior renda, nível educacional, ter emprego, concentração de álcool nas bebidas, não ser portador de sintomas e/ou desordens psiquiátricos, ser casada, ter auto-estima, não ter história de abuso sexual e ter filhos⁶².

Em grupos mistos, cerca de 50% das pacientes abandonaram o tratamento nos três primeiros meses de seguimento, enquanto no grupo de mulheres com um ano de tratamento cerca de 65% continuaram freqüentando a psicoterapia⁶³.

As mulheres alcoolistas procuram tratamento quando bastante comprometidas, necessitando de seguimento ampliado para dar conta das questões, pois elas perderam suas referências. Em algumas situações, a mulher fica sozinha e não possui ou não consegue manter o vínculo, o que torna a sua perspectiva de reabilitação social limitada. Em alguns casos, a manutenção do problema acaba se tornando seu arrimo, pois o grupo pode ser um substituto de sua família e o único local em que recebe apoio. Há que se considerar também as recidivas, pelo alcoolismo ser doença crônica, o que pode acarretar o aumento do seguimento. Portanto, não se pode associar à recaída a falha irreversível, mesmo se o proposto no grupo seja a abstinência.

Programas de tratamento para dependentes de álcool apresentam sucesso modesto, com baixos índices de abstinência e altos indicadores de abandono do tratamento. A principal razão para o abandono é a recaída logo após as primeiras consultas²⁶.

De acordo com o preconizado, a abstinência é o não uso de bebida alcoólica. Entretanto, pode-se considerar a diminuição do beber, resultando numa melhora da qualidade de vida, com retorno às atividades diárias, melhora do relacionamento familiar e convívio social. Uma das características da dependência é a presença da abstinência e seus sintomas mais comuns os tremores, irritabilidade, náusea e vômitos. No Brasil, são raros os serviços de saúde que fazem testes de rotina para monitorar se a pessoa está abstinente ou não¹², assim como é raro o diagnóstico da dependência alcoólica, cuja avaliação e reconhecimento são complexos, devido aos sinais e sintomas muitas vezes insidiosos e pouco específicos^{15,16}. O tratamento, que propõe como meta a abstinência do álcool, enfrenta dificuldades, pois a motivação do beber pode se relacionar com o alívio dos sintomas de abstinência¹¹. Além disso, outras características do alcoolismo consistem em alternar períodos de abstinência e consumo pesado, ou períodos em que se pode permanecer por vários anos usando baixas quantidades de etílicos, dificultando o diagnóstico e influenciando negativamente no tratamento¹⁷.

Nesse estudo, 67,2% das mulheres não foram expostas a tratamento anterior para alcoolismo. O pronto-socorro serviu como porta

de entrada para outros encaminhamentos ou para tratamento emergencial suficiente apenas para as mulheres poderem retornar para suas casas. O problema é que a maioria dos alcoolistas procura o serviço hospitalar em períodos de crise, retornando ao serviço apenas para novas internações³⁸.

Observou-se, pela análise dos prontuários, que elas buscaram várias vezes o pronto-socorro do HC-UNESP para aliviar os sinais e sintomas da dependência. Dessa forma, o alcoolismo pode passar despercebido e as mulheres não serem encaminhadas para tratamento, mesmo havendo anotações anteriores sobre a dependência.

Essa realidade confirma a necessidade de profissionais qualificados e a presença de serviços interligados, desde a rede primária até o setor terciário, que não promova tratamentos apenas focados em sintomas.

Mesmo sem treinamento, os profissionais da saúde atendem número considerável de pessoas dependentes ou com problemas ligados ao uso do álcool e nesse contexto, a cliente é a maior prejudicada. Se o tratamento não oferece o necessário a adesão e a aderência são baixas e o resultado, ruim. A reeducação dos profissionais é que pode acarretar mudanças a longo prazo⁶⁴.

Num estudo sobre pessoas alcoolizadas, atendidas na emergência, as principais barreiras colocadas pelos profissionais para fazerem a triagem e uma intervenção breve foram: falta de tempo, formação

acadêmica insuficiente, medo de incomodar a pessoa e o fato do álcool não ser assunto a ser abordado nesse tipo de serviço⁶⁵.

Quanto à evolução do tratamento, 58% das entrevistadas referiram-se melhor ou diminuíram a ingestão alcoólica, 22,7% não perceberam mudanças, 10,9% consideraram-se apenas abstinentes e 8,4% sentiram-se pior após o grupo. Avaliações de como “o paciente ficou melhor”, “pior” ou “está do mesmo jeito” necessitam cuidados de segurança quanto às suas definições e por isso lança-se mão da avaliação como um procedimento a ser alcançado num serviço, juntamente com objetivos predeterminados⁴⁰.

Em relação à evolução, não se pretende colocar um valor de “bom ou mau” sobre o grupo, mas sim levar em consideração outras questões que podem levar as mulheres alcoolistas a desfecho mais favorável

É agravante para a dependência não ter casa, trabalho, estrutura social ou até mesmo cidadania. A ausência de Políticas Públicas atuantes pode ser o fator mantenedor do alcoolismo, principalmente quando se trata de um grupo tão vulnerável como a população feminina.

Referências Bibliográficas

1. Silveira C, Doneda D, Gandolfi D, Hoffmann MC, Macedo P, Delgado PG, et al. Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. J Bras Psiquiatr. 2003; 52(5): 349 – 54.
 2. Cavalieri AL, Egypso AC. Drogas e prevenção: a cena e a reflexão. São Paulo: Saraiva; 2003. p. 22, 30–6.
 3. Figlie NB, Pillon SC, Castro AL, Laranjeira R. Organização de serviço para alcoolismo: uma proposta ambulatorial. J Bras Psiquiatr. 2001;50(5-6): 169 – 79.
 4. Morgado AF, Cardim MS, Assis SG, Sberze M, Iguchi T. Epidemiologia descritiva do alcoolismo em grupos populacionais do Brasil. Cad Saúde Pública. 1986;2(2): 191-211.
 5. Hochgraf PB, Andrade AG. A questão do gênero nas farmacodependências. In: Cordás TA, Salzano FT. Saúde mental da mulher. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 85-103.
 6. Costa AM, Guilhem D, Silver LD. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2006;6(1): 75-84.
 7. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. Rev Latino-Am Enfermagem. 2005;13(n esp): 888-95.
-

8. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. II Levantamento sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país [monografia da internet]. Brasília, 2005 [acesso 15 dez 2006]. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br>.
 9. Hochgraf PB. Mulheres farmacodependentes. J Bras Dep Quím. 2001;2 Supl 1: 34 –7.
 10. Galera SAF, Roldán MCB, O'Brien B. Mulheres vivendo no contexto de drogas (e violência) - papel maternal. Rev Latino-Am Enfermag. 2005;13(n esp 2): 1142-7.
 11. Nóbrega MPSS, Oliveira EM. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. Rev Saúde Pública. 2005;39(5): 816 – 23.
 12. Simão MO, Kerr-Corrêa F, Dalben I. Uso de drogas e gênero: estudo comparativo [periódico da internet]. Botucatu: UNESP; 2004 [acesso 18 ago 2005]. Disponível em: <http://www.viverbem.fmb.unesp.br/docs/>.
 13. Simão MO, Kerr-Corrêa F, Dalben I, Smaira SI. Alcoholic women and men: a comparative study of social and familial aspects and outcome. Rev Bras Psiquiatr. 2002;24(3): 121 – 9.
 14. Epidemiologia nas políticas, programas e serviços de saúde. Rev Bras Epidemiol. 2005;8 Supl 1: 28-39.
 15. Maciel C, Kerr-Corrêa F. Complicações psiquiátricas do uso crônico do álcool: síndrome de abstinência e outras doenças psiquiátricas. Rev Bras Psiquiatr. 2004; 26 Supl 1: 47-50.
-

16. Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. O alcoolismo e a família. In: O tratamento do alcoolismo. Um guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artes Médicas;1999. p. 59-67.
 17. Natera-Rey G, Borges G, Medina-Moura IME, Rojas LS, Sainz MT. La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol em hombres y mujeres. Salud Pública de México. 2001;43(1): 17-25.
 18. Freire TM, Machado JC, Melo EV, Melo DG. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005;27(7): 376-81.
 19. Zilberman ML, Blume SB. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. Rev Bras Psiquiatr. 2005;27 Supl 2: 51-5.
 20. Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. Problemas com bebida na mulher. In: O tratamento do alcoolismo. Um guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p. 133-41.
 21. Cook LJ. Educating women about the hidden dangers of alcohol. J Psychosoc Nurs. 2004;42(6): 24-31.
 22. Simão MO. Mulheres e homens alcoolistas: estudo comparativo de fatores sociais, familiares e de evolução [Dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.
 23. DSM-IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
-

24. 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.
 25. SPSS for Windows. Chicago: SPSS, 2001.
 26. Fontes A, Figlie NB, Laranjeira R. O comportamento de beber entre dependentes de álcool: estudo de seguimento. Rev Psiquiatr. 2006;33(6): 304-12.
 27. Hill SY. Physiological effects of alcohol in women. In: Women and alcohol: health-related issues. Publication (ADM) 86-1139. US: Dept of Health and Human Services; 1986. p. 199-214.
 28. Smith EM, Cloninger CR, Bradord S. Predictors of mortality in alcoholic women: a prospective follow-up study. Alcohol. 1983;7: 237-43.
 29. Wilsnack RW, Cheloha R. Women's roles and problem drinking across the lifespan. In: 35th Annual meeting of the society for the study of social problems; 1985 Aug; Washington(DC); 1985.
 30. Luis MAV, Lunetta ACF. Álcool e outras drogas: levantamento preliminar sobre a pesquisa produzida no Brasil pela Enfermagem. Rev Latino-am Enfermag. 2003; 13 (n esp): 1229-30.
 31. Mendes DL, Vaz CE. Tolerância à frustração e o alcoolismo feminino. Aletheia. 2002; 16: 33-45.
-

32. Roldán MCB, Galera SAF, O'Brien B. Percepção do papel materno das mulheres que vivem no contexto da droga e da violência. *Rev Latino-am Enfermag*. 2005; 13 (n esp 2): 1118-26.
33. Fontanella BJB, Turato ER. Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36 (4): 439-47.
34. Figlie NB, Laranjeira R. Gerenciamento de caso aplicado ao tratamento da dependência do álcool. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004; 26 Supl 1: 63-7.
35. Neve RJ, Drop MJ, Lemmens PH, Swinkels H. Gender differences in drinking behaviour in the Netherlands: convergence or stability? *Addiction*. 1996; 91(3): 357-73.
36. Primo NLNP, Stein AT. Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): um estudo transversal de base populacional. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2004; 26(3): 280-6.
37. Guanaes C, Japur M. Fatores terapêuticos em um grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(3): 134-40.
38. Cardim MS, Assis SG, Sberze M, Iguchi T, Morgado AF. Epidemiologia descritiva do alcoolismo em grupos populacionais do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1986;2(2): 191-211.
39. Cardim MS, Azevedo B A. Antecedentes familiares na determinação da gravidade do alcoolismo. *Inform Psiquiatr*. 1995;14(1): 5-12.
-

40. Andrade AG, Hirata ES, Silveira MM, Bernik MA. Proposição de metodologia para avaliação da eficácia terapêutica em alcoólatras. *J Bras Psiquiatr.* 1985;34(1): 47-54.
41. Gastfriend DR, Garbutt JC, Pettinati HM, Forman RF. Reduction in heavy drinking as a treatment outcome in alcohol dependence. *J Subst Abuse Treat.* 2007;33(1): 71-80.
42. Ramos SP, Woitowitz AB. Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26 Supl 1: 18-22.
43. Miller WR, Walters ST, Bennett ME. How effective is alcoholism treatment in the United States? *J Stud Alcohol.* 2001;62: 211-20.
44. Edwards G. O tratamento do alcoolismo. São Paulo: Martins Fontes; 1987. p. 109-16.
45. Ministério da Saúde. Política Nacional sobre Bebidas Alcoólicas. [homepage da internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2007. [acesso 24 mai 2007]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias>
46. Laranjeira R, Romano M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004; 26 Supl 1: 68-77.
47. Bertolote J M. Problemas sociais relacionados ao consumo de álcool. In: Ramos SP, Bertolote J M. *Alcoolismo Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 131-8.
-

48. Ministério da Saúde. Portaria nº 1169, de 07 jul. 2005, que destina incentivo financeiro para os municípios que desenvolvem propostas de Inclusão Social pelo Trabalho, para pessoas com transtornos mentais e ou com transtornos decorrentes do uso do álcool e outras drogas [homepage da internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. [acesso 21 set 2006]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/>
49. Chalub M, Telles LEB. Álcool, drogas e crime. Rev Bras Psiquiatr. 2006;28 Supl 2: 69-73.
50. Chabur JE, Escobar-Cordoba F, Martinez JW, Garzon A, Gomez D. Trastorno de personalidad antisocial em condenados por homicídio em Pereira, Colômbia. Investig Salud. [periódico da internet]. 2002 [acesso 29 abr 2007]; 4(2):89-94. Disponível em: <http://www.cucs.udg.mx/revistas/in.php>
51. Hunt IM, Ashim B, Swinson N, Appleyby I, Shaw J. Homicides in different age groups: a national clinical survey. In: Abstracts of 6th annual IAFMHS Conference; 2006. Amsterdam; 2006.
52. Schneider DR, Coordenadora. Caracterização dos serviços de atenção à dependência química da região da grande Florianópolis - Relatório Final. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia – Núcleo de Pesquisas em Psicologia Clínica; 2004.
53. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. A política do Ministério da Saúde para atenção integral de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
-

54. Cesar BAL. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. *J Bras Psiquiatr.* 2006;55(3): 208-11.
55. Caetano R, Cunradi CB, Clark CL, Schafer J. Intimate partner violence and drinking patterns among white, black, and Hispanic couples in the U. S. *J Subst Abuse.* 2000;11(2): 123-38.
56. Tucci A M. Fatores associados ao uso abusivo de substâncias psicoativas: história de abuso e negligência na infância, história familiar e co-morbidades psiquiátricas [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2005.
57. Gigliotti A, Bessa MA. Síndrome de dependência do álcool: critérios diagnósticos. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26 Supl 1: 11-3.
58. Scivoletto S, Andrade AG. Complicações psiquiátricas pelo uso de álcool. In: Ramos SP, Bertolote JM. *Alcoolismo hoje.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p.111-29.
59. Zaleski M, Laranjeira RR, Marques ACPR, Ratto L, Romano M, Alves HNP et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(2): 142-8.
60. Simão MO, Andrade AG, Rezende CB. Avaliação do programa de atendimento a alcoolistas no hospital Prof. Cantídio de Moura Campos: janeiro de 1986 a janeiro de 1988. *Rev ABP-APAL.* 1989;11(4): 133-40.
-

61. Kubička L, Csémy L, Koženy J, Nešpor K. The substance specificity of psychosocial correlates of alcohol, tobacco, coffee and drug use by Czech women. *Addict*. 1993;88(6): 813-20.
62. Green CA. Gender and Use of Substance Abuse Treatment Services. *Alcohol Research Health*. 2006;29(1): 55-62.
63. Brasiliano S, Hochgraf PB. Drogadicção feminina: a experiência de um percurso. In: Silveira DX, Moura FG; Organizadores. *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 289-95.
64. Silva CJ. Impacto de um curso em diagnóstico e tratamento do uso nocivo e dependência do álcool sobre a atitude e conhecimento de profissionais da rede de atenção primária à saúde [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2005.
65. Segatto ML, Pinsky TR, Laranjeira R, Rezende FF, Vilela TR. Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(8): 1753-62.
-

Epígrafe

*“É exatamente na água lamacenta
que a flor de lótus brota e floresce”*

Thich Nhat Hanh

A EVOLUÇÃO DE MULHERES ALCOOLISTAS, SEGUNDO A
GRAVIDADE DA DEPENDÊNCIA, ATENDIDAS NUM SERVIÇO
AMBULATORIAL

*The evolution of alcoholic women, according to dependence severity,
assisted by an ambulatorial service.*

Patricia Regina Zampieri¹

Ivete Dalben¹

Maria Odete Simão²

(1) Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Departamento de
Saúde Pública/ Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade
Estadual Paulista – UNESP/Brasil

(2) Departamento de Neurologia e Psiquiatria da Faculdade de Medicina
de Botucatu – Universidade Estadual Paulista – UNESP/Brasil

Endereço para correspondência:

Patricia Regina Zampieri

Departamento de Saúde Pública/Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Distrito de Rubião Júnior s/n., Botucatu, SP/Brasil

CEP: 18618-970

e-mail: p.r.zamp@hotmail.com

RESUMO

OBJETIVO: Descrever a evolução de mulheres alcoolistas em relação à gravidade da dependência. **MÉTODO:** O trabalho foi realizado com o Grupo de Alcoolismo Feminino (GAF), que freqüentou o Ambulatório de Psiquiatria do HC-UNESP desde a década de setenta até 2005. Foi aplicada a escala Short Alcohol Dependence Data (SADD) para as 119 mulheres entrevistadas. Foram considerados o SADD do caso novo caso novo e o dia da entrevista. Também foi perguntado sobre a utilização de outras drogas e o principal motivo do uso do álcool pela primeira vez. **RESULTADOS:** Houve predominância da dependência grave entre os casos novos (90%), de mulheres que permaneceram no grupo menos de seis meses (53%) e mais que um ano (34,5%). Na entrevista, a maioria tinha dependência leve (59,7%) e freqüentou o grupo durante cinco meses (46,5%) e um ano ou mais (36,6%). Das mulheres que disseram estar melhor ou ter diminuído a ingestão, 53,8% tinham SADD grave no caso novo e 41,8%, SADD final leve. A substância lícita mais usada no mês anterior à entrevista foi o tabaco (43,7%) e a maioria afirmou não ter usado álcool (56,3%). Entre as mulheres, 74,8% faziam uso de alguma medicação e o principal motivo de terem usado álcool pela primeira vez foi enfrentamento de situação desagradável (53,8%). **DISCUSSÃO:** Entre os casos novos, o grau de severidade predominante foi o grave, enquanto a escala aplicada durante a entrevista mostrou

dependência leve. O tempo de permanência no grupo foi independente do SADD. Observou-se relação positiva com SADD inicial e final e as repostas sobre a evolução do tratamento. Trata-se de um grupo no qual o problema está diretamente relacionado com o álcool, excluindo o tabaco. No qual a abstinência pode ser entendida como uso moderado ou diminuição da bebida. Verificou-se que as mulheres bebem sozinhas e um fator estressante foi desencadeante para o problema do beber.

Palavras-chave: caso novo, entrevista, evolução, gravidade da dependência, mulheres alcoolistas, SADD.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to describe the evolution of alcoholic women in relation to dependence severity. **Method:** The work was held with the Female Alcoholism Group (FAG), which was assisted by the Psychiatry Ambulatory of Botucatu Clinical Hospital – UNESP, from the seventies to 2005. The Short Alcohol Dependence scale (SADD) was used for the 119 women interviewed. The initial, new case and final SADD were considered. Questions about the use of other drugs and the main reason for the first alcohol consumption were asked. **Results:** Severe dependence was predominant among new cases (90%), attending to the group for less than six months (53%) and more than a year (34,5%). Most of interviewees had low dependence (59,7%), attending to the group for five months (46,5%) and a year or more (36,6%). Among women who said to feel better or had decreased alcohol ingestion, 53,8% presented severe SADD at new case and 41,8% showed low final SADD. One month before the interview, tobacco was the most used licit drug (43,7%) and 56,3% referred not to have ingested alcohol. Among the interviewees, 74,8% was using some kind of medication. The main reason for having ingested alcohol for the first time was facing an unpleasant situation (53,8%). **Discussion:** Among new cases, the predominant severity level was severe, while the scale used during the interview showed low dependence. The permanence time at the group was independent on the

SADD. It was possible to observe the positive relationship between initial and final SADD and the answers about the treatment evolution. That was a group in which the problem is directly related to alcohol, except tobacco. Abstinence may be taken as moderate use or drinking decrease. It was also clear that women drink alone and are led to drinking by stressing factors.

Key words: alcoholic women, dependence severity, evolution, SADD, new case, interview.

INTRODUÇÃO

“Não há praticamente nenhum grupo humano contemporâneo que desconheça o álcool ou etanol”¹.

Na atualidade, o consumo de álcool é dos mais graves problemas de Saúde Pública, determinando mais de 10% de toda morbidade e mortalidade no Brasil²⁻⁴.

A estimativa da prevalência da dependência alcoólica para o país foi de 12,3%, em 2005, sendo de 19,5% para homens e 6,9% para mulheres⁵.

As mulheres alcoolistas formam um grupo vulnerável em crescimento⁶⁻⁸, apesar da identificação do alcoolismo ser subestimada, por esbarrar na falta de treinamento das equipes de saúde, na falta de centros especializados e no próprio estigma dos profissionais, que preferem fazer outros diagnósticos. Além do preconceito social que as mulheres enfrentam impedindo-as de procurar tratamento, aliado à culpabilidade, perante o costume de beber⁸⁻¹². Até o alcoolismo na gravidez é subdiagnosticado⁹.

Particularmente, no alcoolismo feminino, é importante considerar o que levou ao uso do álcool, que podem ser fatores adversos, prazer e lazer. Daí a importância da participação e diálogo com o público alvo nos serviços de saúde, procurando o conhecimento mais amplo da realidade em que se pretende intervir¹³.

Na década de noventa, 23% dos municípios existentes no Brasil passaram a oferecer os serviços de atenção básica e ambulatorial, e houve aumento do número de profissionais com nível superior atuando nesses setores¹⁴. Concomitante ocorreu queda das internações por alcoolismo, provavelmente pela ênfase dada ao tratamento ambulatorial⁶.

Contudo, na prática cotidiana desses serviços de saúde, a avaliação não é feita rotineiramente e enfrenta dificuldades metodológicas e operacionais, como insuficiente qualificação dos profissionais e poucos estudos epidemiológicos para avaliação do impacto das intervenções^{15,16}.

Os estudos epidemiológicos podem ser utilizados para avaliações na área da saúde, devendo levar em consideração os objetivos do serviço, tipo de serviço, a população-alvo, bem como as características sociodemográficas^{15, 17}.

Existem poucos estudos sobre a real eficiência terapêutica dos programas voltados para mulheres⁹. Num trabalho de pesquisa foi verificada a melhora da adesão ao tratamento por ser um serviço específico para o grupo, com resultados semelhantes aos dos homens e com tendência a melhor evolução. Os fatores relacionados ao melhor prognóstico foram: renda maior, não ser negra, não estar empregada, ser casada e ter problemas psiquiátricos menos graves. Como fatores de adesão ao tratamento, estão a gravidade da dependência e os problemas a ela associados, ou seja, em casos de dependência leve e moderada, há chance de evoluir melhor^{11,18}.

Entre os Alcoólicos Anônimos (AA) tem-se como meta taxa de sobriedade de 75%, contudo, estima-se que 50% dos participantes abandonem o tratamento nos três primeiros meses, ou que apenas 25% das pessoas encaminhadas ao AA freqüentem a reunião regularmente¹⁹.

A quantificação do grau de severidade da dependência do álcool tornou-se possível pela evolução do conceito de alcoolismo, fundamentado nos elementos que compõem a síndrome da dependência alcoólica. Para chegar na da gravidade do uso, pesquisa-se o padrão de consumo do álcool, que varia conforme a cultura, o país, o gênero, a faixa etária e as normas sociais. Fatores até mais importantes que a própria substância, para causar a dependência, seriam: uso, quantidade, freqüência, conseqüências negativas, tempo entre um episódio e outro, o contexto em que se bebe e a bebida utilizada^{2,4,11,20-22}.

As mulheres possuem particularidades, em seu padrão de ingestão alcoólica, muitas vezes velada. Sofrem as influências socioculturais, como menor pressão para começar a beber e maior para parar. Quando dona de casa, consome mais em casa do que no bar e se preocupa com a ausência do companheiro e dos filhos e quando profissional, pode ter padrão próximo do masculino. O início da ingestão é mais tardio por incentivo de familiares e amigos, havendo aumento do consumo após o casamento, por influência do cônjuge alcoolista. Mulheres acima dos quarenta anos têm maior chance de aumentar o consumo, associado à falta de estrutura familiar e utilizam outras pessoas para comprar a

bebida, em geral amigos e filhos. Recorrem ao álcool para enfrentar as adversidades, podendo ser percebidas como tendo abandonado os papéis de esposa e mãe e até estarem mais disponíveis sexualmente^{8,9,10,22,23}. Estar abstinente ou sóbria, para a mulher, pode significar estar livre do consumo em um determinado momento⁷.

A mulher traz sua psicobiologia e sua posição socioeconômica para a dependência, não devendo ser transformada num fetiche, pois as conseqüências de seu alcoolismo repercutem nas pessoas mais próximas e principalmente na própria mulher²⁴.

A presença de profissionais preparados para recebê-las e a integração com outros serviços, amenizando as barreiras para chegarem ao tratamento, são algumas ações propostas por estudiosos do alcoolismo feminino.

Portanto, pelos poucos trabalhos, sobretudo àqueles direcionados às mulheres, que são raros, foi proposto esse estudo, já que os achados masculinos não podem ser aplicados a esse grupo específico.

OBJETIVO

Descrever a evolução de mulheres alcoolistas, em relação à gravidade da dependência.

MÉTODO

O trabalho foi realizado no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas (HC-UNESP) da Faculdade de Medicina de Botucatu.

A metodologia encontra-se descrita no artigo 1, páginas 27 a 28.

Sujeitos

Foram sujeitos desta pesquisa todos os 119 casos novos de mulheres alcoolistas que participaram do grupo, entre meados da década de 1970 até 2005. O método de captação, os critérios de inclusão e exclusão são os mesmos do artigo 1, descritos nas páginas 28 a 30.

Procedimentos

A coleta de dados teve início em 17 de novembro de 2004 e terminou em 23 de novembro de 2005. Os procedimentos encontram-se descritos no artigo 1, páginas 30 a 31.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNESP, de Botucatu (Anexo 2).

Instrumentos utilizados

Foi utilizada a escala de avaliação, Short Alcohol Dependence Data (SADD) desenvolvida por Raistrick e colaboradores (1983), na Inglaterra e traduzida e validada para o Brasil por Jorge e Masur (1986)^{25,26} (Anexo 5). Trata-se de instrumento que quantifica a dependência naquele momento e serve de subsídio no acompanhamento da evolução do alcoolismo²⁶, 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, definida como: nunca – 0 ponto; poucas vezes – 1 ponto; muitas vezes – 2 pontos e sempre – 3 pontos. A soma do total de pontos pode classificar a cliente: 1 a 9 pontos, dependência leve; 10 a 19 pontos, dependência moderada e 20 a 45 pontos, dependência grave.

O SADD foi considerado em dois momentos: o inicial aplicado na rotina do caso novo e o final aplicado, neste estudo, no momento da entrevista.

No questionário utilizado para o álcool, perguntou-se sobre substâncias lícitas e ilícitas usadas no último mês, antes da entrevista e também o motivo principal de ter usado álcool pela primeira vez.

Análise estatística

O banco de dados foi analisado através do software **SPSS**²⁷, versão 11.5. Os dados foram apresentados em forma de tabelas com as frequências absolutas e relativas. O Teste do Qui-quadrado de Pearson foi utilizado para estabelecer diferenças entre frequências e o teste ANOVA para análise da diferença entre médias, sendo o teste de *Tukey* utilizado ad hoc, sempre que necessário. Todos os testes foram bi-caudal com nível de significância de 5%.

Resultados

Entre os casos novos estudados, observou-se a predominância da dependência grave em 90% (n=107) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição percentual do SADD do caso novo. HC-UNESP, 1976 a 2005.

	N	%	% acumulada
Grave	107	90,0	90,0
Moderado	9	7,6	97,6
Leve	3	2,4	100,0
Total	119	100,0	

Durante o período de estudo, houve predomínio de dependência grave. Observaram-se, nas primeiras décadas (1976 a 1989) de funcionamento, apenas casos graves, enquanto nos anos intermediários, entre 1990 a 1999 e nos últimos 5 anos (2000 a 2005), houve a presença de casos novos leves e moderados (Tabela 2).

Tabela 2 - Aplicação do SADD caso novo e o ano de ingresso no grupo. HC-UNESP, 1976 a 2005.

Período de ingresso no grupo	SADD caso novo							
	Leve		Moderado		Grave		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1976 a 1984	—	—	—	—	12	10,1	12	10,1
1985 a 1989	—	—	—	—	13	10,9	13	10,9
1990 a 1994	1	0,8	1	0,8	15	14,3	17	14,3
1995 a 1999	1	0,8	1	0,8	28	25,2	30	25,2
2000 a 2005	1	0,8	7	5,9	39	39,5	47	39,5
Total	3	2,5	9	7,6	107	90,0	119	100,0

Na Tabela 3, a idade na inscrição do caso novo variou de 22 a 77 anos, com idade média de 48 anos, sem diferença entre as classificações do SADD ($p=0,37$).

Tabela 3 – Variação da idade segundo o Grau de Severidade da Dependência nos casos novos. HC – UNESP, 1976 a 2005.

SADD caso novo	N	Média	DP	95% IC		Mínimo	Máximo
				Lim Inf	Lim Sup		
leve	3	54	12,49	22,97	85,02	44,00	68,00
moderado	9	43,88	6,54	38,85	48,92	35,00	56,00
grave	107	47,93	11,63	45,70	50,16	22,00	77,00
Total	119	47,78	11,37	45,71	49,84	22,00	77,00

Enquanto que, no momento da entrevista, Tabela 4, não houve diferença de idade entre as dependências moderada e grave e as mulheres com dependência leve eram as mais idosas ($p=0,00$).

Tabela 4 – Variação da idade segundo o Grau de Severidade da Dependência no momento da entrevista. HC – UNESP, 1976 a 2005.

SADD na entrevista	N	Média	DP	95% IC		Mínimo	Máximo
				Lim Inf	Lim Sup		
leve	71	51,2	11,3	48,5	53,9	26,00	77,00
moderado	18	42,8	10,7	37,5	48,2	22,00	68,00
grave	30	42,6	9,0	39,3	46,0	24,00	69,00
Total	119	47,8	11,3	45,7	49,8	22,00	77,00

A Tabela 5 mostra que 53% das clientes permaneceram no grupo menos de seis meses e 34,5%, mais de um ano. Destas, a maior

freqüência encontrada 32,9% (n=39) eram portadoras de dependência grave e permaneceram mais do que um ano em tratamento no grupo.

Tabela 5 - Tempo no grupo, em relação ao SADD no caso novo. HC-UNESP, 1976 a 2005

Tempo de Tratamento	SADD caso novo							
	Leve		Moderado		Grave		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<= 1 mês	2	1,7	3	2,5	29	24,4	34	28,6
2 a 5 meses	-	-	3	2,5	26	21,9	29	24,4
6 a 11 meses	-	-	2	1,7	13	10,9	15	12,6
>=12 meses	1	0,8	1	0,8	39	32,9	41	34,5
Total	3	2,5	9	7,6	107	89,9	119	100,0

Em relação ao tempo de permanência no grupo e o SADD aplicado durante a entrevista (Tabela 6), observou-se que das 119 clientes, 71 (59,7%) classificaram sua dependência como leve. Neste momento de, observa-se que 27,7 % (n=33) freqüentaram o GAF durante menos do que seis meses e 22% (n=26) durante mais do que um ano e pontuaram como portadoras de dependência leve neste ponto avaliativo.

Tabela 6 - Tempo no grupo e a relação com SADD aplicado na entrevista. HC-UNESP, 1976 a 2005

Tempo de Tratamento no grupo	SADD caso novo							
	Leve		Moderado		Grave		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<= 1 mês	19	16,0	8	6,7	7	5,9	34	28,6
2 a 5 meses	14	11,8	3	2,5	12	10,1	29	24,4
6 a 11 meses	12	10,1	3	2,5	-	-	15	12,6
>=12 meses	26	21,9	4	3,4	11	9,3	41	34,5
Total	71	59,7	18	15,1	30	25,2	119	100,0

Na Tabela 7, das 119 clientes 58% (n=69) informaram melhora com o tratamento, 53,8% (n=64) apresentavam dependência grave no caso novo e apenas 9,2% (n=11) mantiveram tal pontuação no momento da entrevista. Nota-se que houve migração para as formas menos graves em todas as categorias de evolução do tratamento.

Tabela 7 - Evolução do tratamento e relação com o SADD no caso novo e no momento da entrevista. HC – UNESP, 1976 a 2005

Evolução do Tratamento	SADD caso novo								SADD Atual								Total	
	leve		moderado		grave		Total		leve		moderado		grave					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
melhorou/diminuiu	1	0,8	4	3,4	64	53,8	69	58,0	49	41,2	9	7,6	11	9,2	69	58,0		
igual	-	-	4	3,4	23	19,3	27	22,7	9	7,6	5	4,2	13	10,9	27	22,7		
pior	2	1,7	1	0,8	7	5,9	10	8,4	4	3,4	2	1,7	4	3,4	10	8,4		
abstinente	-	-	-	-	13	10,9	13	10,9	9	7,6	2	1,7	2	1,7	13	10,9		
Total	3	2,5	9	7,6	107	89,9	119	100,0	71	59,7	18	15,1	30	25,2	119	100,0		

Segundo a Tabela 8, das 107 mulheres com dependência grave no caso novo 59,8% (n=64) melhoraram ou diminuíram a ingestão e 12,2% (n=13) estavam abstinentes. Permaneceram durante 12 meses ou meses 28% (n=30). Neste grupo 6,5% (n=7) declararam que tinham piorado da doença.

Tabela 8 - Tempo de tratamento no grupo e evolução segundo SADD caso novo. HC-UNESP, 1976 a 2005.

SADD caso novo		Tempo de Tratamento no Grupo									
		<= 1 mês		2 a 5 meses		6 a 11 meses		>=12 meses		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Leve	melhorou/diminuiu	1	33,3	-	-	-	-	-	-	1	33,3
	pior	1	33,3	-	-	-	-	1	33,3	2	66,7
	Total	2	66,7	-	-	-	-	1	33,3	3	100,0
Moderado	melhorou/diminuiu	2	22,2	2	22,2	-	-	-	-	4	44,4
	igual	1	11,1	1	11,1	2	22,2	-	-	4	44,4
	pior	-	-	-	-	-	-	1	11,1	1	11,1
	Total	3	33,3	3	33,3	2	22,2	1	11,1	9	100,0
Grave	melhorou/diminuiu	9	8,4	15	14,0	10	9,4	30	28,0	64	59,8
	igual	9	8,4	7	6,5	3	2,8	4	3,8	23	21,5
	pior	4	3,8	2	1,9	-	-	1	0,9	7	6,5
	abstinente	7	6,5	2	1,9	-	-	4	3,8	13	12,2
	Total	29	27,1	26	24,3	13	12,2	39	36,5	107	100,0

Na Tabela 9, pela aplicação do SADD, no momento da entrevista, das 71 mulheres com dependência leve, quarenta e nove (69%) diminuíram a ingestão ou estavam melhores, sendo que vinte (28,2%) freqüentaram o grupo um ano ou mais. Nove (12,7%) afirmaram abstinência. Das 18 mulheres com dependência moderada, nove (50,0%) tinham diminuído a ingestão, sendo que três (16,7%) freqüentaram o grupo por um mês ou menos e três (16,7%), por um ano ou mais. Trinta mulheres alcoolistas apresentaram dependência grave e das treze (43,3%) que disseram estar igual, sete (23,3%) freqüentaram o GAF de dois a cinco meses. Onze mulheres (36,7%) disseram que melhoraram, sendo que 23,3% ficaram um ano ou mais no grupo e das quatro (13,3%) que manifestaram piora, a metade freqüentou o grupo um mês ou menos.

Observa-se que o número de clientes que informaram melhora é aproximadamente cinco vezes maior dos que declaram abstinência, para todas as pontuações do SADD na entrevista.

Tabela 9 - Tempo de tratamento no grupo e evolução das mulheres alcoolistas segundo o tempo de permanência no GAF na aplicação do SADD atual.

SADD Atual		Tempo de Tratamento no Grupo									
		<= 1 mês		2 a 5 meses		6 a 11 meses		>=12 meses		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Leve	melhorou/diminuiu	9	12,7	11	15,5	9	12,7	20	28,2	49	69,0
	igual	4	5,6	1	1,4	3	4,2	1	1,4	9	12,7
	pior	2	2,8	-	-	-	-	2	2,8	4	5,6
	abstinente	4	5,6	2	2,8	-	-	3	4,2	9	12,7
	Total	19	26,8	14	19,7	12	16,9	26	36,6	71	100,0
moderado	melhorou/diminuiu	3	16,7	2	11,1	1	5,6	3	16,7	9	50,0
	igual	2	11,1	-	-	2	11,1	1	5,6	5	27,8
	pior	1	5,6	1	5,6	-	-	-	-	2	11,1
	abstinente	2	11,1	-	-	-	-	-	-	2	11,1
	Total	8	44,4	3	16,7	3	16,7	4	22,2	18	100,0
Grave	melhorou/diminuiu	-	-	4	13,3	-	-	7	23,3	11	36,7
	igual	4	13,3	7	23,3	-	-	2	6,7	13	43,3
	pior	2	6,7	1	3,3	-	-	1	3,3	4	13,3
	abstinente	1	3,3	-	-	-	-	1	3,3	2	6,7
	Total	7	23,3	12	40,0	-	-	11	36,7	30	100,0

A Tabela 10 mostra a associação entre os dois SADD, o do caso novo e o da entrevista. Das 107 (89,9%) mulheres dependentes graves no caso novo, passaram a: 66 (55,5%) dependentes leves, 14 (11,8%) moderadas e 27 (22,7%) mantiveram-se graves, na avaliação da entrevista.

Tabela 10 – Relação SADD caso novo e atual. HC – UNESP, 1976 a 2005.

SADD caso novo	SADD entrevista	N	%	N%
Leve	leve	2	1,7	66,7
	moderado	1	0,8	33,3
	Total	3	2,5	100,0
Moderado	leve	3	2,5	33,3
	moderado	3	2,5	33,3
	grave	3	2,5	33,3
	Total	9	7,6	100,0
Grave	leve	66	55,5	61,7
	moderado	14	11,8	13,1
	grave	27	22,7	25,2
	Total	107	89,9	100,0

A Tabela 11 mostra a evolução das mulheres em relação ao ano de entrada no serviço de alcoolismo. Observa-se que a maioria informa melhora da doença, com exceção ao período de 2000 a 2005 ($p=0,01$).

Tabela 11 – Período de ingresso no grupo em relação à evolução do tratamento. HC – UNESP, 1976 a 2005.

Período de ingresso no grupo	Evolução						Total	
	igual		piorou		melhorou			
	N	%	N	%	N	%	N	%
1976 a 1984	2	16,7	-	-	10	83,3	12	100,0
1985 a 1989	-	-	-	-	13	100,0	13	100,0
1990 a 1994	2	11,8	1	5,9	14	82,4	17	100,0
1995 a 1999	4	13,3	-	-	26	86,7	30	100,0
2000 a 2005	23	48,9	3	6,4	21	44,7	47	100,0
Total	31	26,1	4	3,4	84	70,6	119	100,0

A Tabela 12 apresenta a comparação entre o SADD aplicado no caso novo e o número de internações. Das 119 mulheres, 44 (37%)

tinham SADD grave no caso novo e nenhuma internação e 13 (10,9%) cinco ou mais internações. Das 3 classificadas como leves, todas tiveram cinco ou mais internações. Dependência leve tiveram cinco ou mais internações.

Tabela 12 – Comparação entre SADD caso novo e número de internações. HC – UNESP, 1976 a 2005.

SADD caso novo	Internações													
	nenhuma		uma		duas		três		quatro		≥ cinco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
leve	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2,5	3	2,5
moderado	2	1,7	5	4,2	-	-	-	-	-	-	2	1,7	9	7,6
grave	44	37,0	28	23,5	11	9,2	5	4,2	6	5,0	13	10,9	107	89,9
Total	46	38,7	33	27,7	11	9,2	5	4,2	6	5,0	18	15,1	119	100,0

Correlacionando, na Tabela 13, o número de internações com o SADD aplicado durante a entrevista, das 119 clientes, 38,7% (n=46) não passaram por internação. Neste momento de avaliação as observa-se que 23,5% (n=28) das clientes pontuavam para dependência leve e não sofreram nenhuma internação e 11% (n=13) tinham sido internadas mais do que cinco vezes.

Tabela 13 – Comparação do SADD na entrevista e número de internações. HC – UNESP, 1976 a 2005.

SADD Atual	Internações													
	nenhuma		uma		duas		três		quatro		≥ cinco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
leve	28	23,5	13	10,9	8	6,7	3	2,5	6	5,0	13	10,9	71	59,7
moderado	8	6,7	9	7,6	-	-	-	-	-	-	1	0,8	18	15,1
grave	10	8,4	11	9,3	3	2,5	2	1,7	-	-	4	3,7	30	25,2
Total	46	38,7	33	27,7	11	9,3	5	4,2	6	5,0	18	12,6	119	100,0

Ao serem indagadas sobre o uso de outras substâncias no mês anterior à entrevista, 43,7% (n=52) das mulheres relataram usar tabaco mais que 20 vezes, 16% (n=19) disseram ser o tabaco a droga predileta e 27% (n=32) declararam não usar. O álcool não foi usado por 56,3% (n=67) das mulheres, porém 16% (n=19) usaram de uma a duas vezes, 10,9% (n=13), de três a nove vezes, 2,5% (n=3), de 10 a 20 vezes e 6,7% (n=8), mais que 20 vezes, sendo que, nesse item, apenas 7,6% (n=9) não souberam responder. Quanto aos analgésicos sem prescrição, 17,6% (n=21) utilizaram-nos de três a nove vezes, 15,1% (n=18), de uma a duas vezes, 6,7% (n=8), de 10 a 20 vezes e 6% (n=7), mais que 20 vezes. Quatro (3,4%) mulheres disseram ter usado tranqüilizantes mais que 20 vezes e 2,5% (n=3) apontaram esses medicamentos como as drogas prediletas. A respeito de outras drogas, como antiinflamatórios, 5% (n=6) das mulheres usaram de uma a nove vezes. Enquanto que a maconha foi usada por três (2,5%) mulheres mais de 20 vezes. Anfetaminas e estimulantes foram utilizados, no mês anterior à entrevista, por 3,4% (n=4) das entrevistadas, sendo que uma usou de uma a duas vezes, outra de três a nove vezes, uma referiu-se a problemas pelo uso e outra os citou como suas drogas prediletas. Cocaína e crack foram citados por 2,5% (n=3) das mulheres, que os usaram de uma a duas vezes, 0,8% (n=1) citou uso de 10 a 20 vezes e uma (0,8%) revelou que eram suas drogas prediletas. Êxtase e anabolizantes foram citados, cada um, por 0,8% (n=1) das entrevistadas e foram usados de uma a duas vezes. Nenhuma

entrevistada usou inalantes, solventes, opiáceos, alucinógenos ou fenilciclídina (Tabela 14).

Tabela 14 – Uso de álcool e de outras substâncias pelas mulheres, no último mês antes da entrevista. HC – UNESP, 1976 a 2005.

		tabaco	álcool	Analgésicos	Tranquilizante	outras	maconha	Anfetaminas estimulantes	Cocaína crack	êxtase	anabolizante
Nenhuma vez	N	32	67	65	109	110	112	115	114	118	118
	%	27	56,3	54,6	91,6	92,4	94,1	96,6	95,8	99,2	99,2
1-2 x	N	1	19	18	2	3	2	1	3	1	1
	%	0,8	16	15,1	1,7	2,5	1,7	0,8	2,5	0,8	0,8
3-9 x	N	1	13	21	-	3	1	1	-	-	-
	%	0,8	10,9	17,6	-	2,5	0,8	0,8	-	-	-
10-20 x	N	6	3	8	-	1	1	-	1	-	-
	%	5,0	2,5	6,7	-	0,8	0,8	-	0,8	-	-
Mais que 20 x	N	52	8	7	4	1	3	-	-	-	-
	%	43,7	6,7	6,0	3,4	0,8	2,5	-	-	-	-
Problema pelo uso	N	8	-	-	1	-	-	1	-	-	-
	%	6,7	-	-	0,8	-	-	0,8	-	-	-
Droga predileta	N	19	-	-	3	1	-	1	1	-	-
	%	16	-	-	2,5	0,8	-	0,8	0,8	-	-
Ignorado	N	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-
	%	-	7,6	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	N	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Entre as entrevistadas, 74,8% faziam uso de alguma medicação. As mais citadas foram outras, como 46,2%, como analgésicos e antiinflamatórios, 40,3% usaram benzodiazepínicos e 31,1% antidepressivos. Os anti-hipertensivos foram citados por 26,9% das mulheres (Tabela 15).

Tabela 15 – Medicamentos utilizados pelas mulheres alcoolistas. HC – UNESP, 1976 a 2005.

	N	%
Medicações em uso	89	74,8
Outros	55	46,2
BZD	48	40,3
Antidepressivos	37	31,1
Anti-hipertensivos	32	26,9
Vitaminas	24	20,2
Neurolépticos	9	7,6
Total	119	100,0

De acordo com a Tabela 16, ao serem interrogadas sobre o principal motivo de terem usado o álcool pela primeira vez, 53,8% das mulheres responderam enfrentamento de situação desagradável, 52,1% solidão, 39,5% procura de prazer, 38,7% curiosidade e 37,8% influência de amigos. Apenas 4,2% das entrevistadas não sabiam o motivo.

Tabela 16 – Motivo de ter usado álcool pela primeira vez. HC – Unesp, 1976 a 2005.

	N	%
Enfrentamento de situação desagradável	64	53,8
Solidão	62	52,1
Procura de prazer	47	39,5
Curiosidade	46	38,7
Influência de amigos	45	37,8
Conflitos familiares	44	37,0
Outros	41	34,5
Influência do cônjuge	35	29,4
Pressão ambiental	26	21,8
Não sabe	5	4,2
Total	119	100,0

Discussão

Observou-se que houve padrão aumento progressivo da demanda de mulheres alcoolistas no serviço. Nos casos novos, o grau da severidade predominante foi o grave.

Ao chegarem para o tratamento ambulatorial, as mulheres estavam num grau de dependência severa (SADD acima de 19 pontos), em que a dependência geralmente colocou suas vidas em risco. Um estudo realizado na década de noventa, no mesmo local, mostrou que, ao ingressarem no tratamento, 94,2% das mulheres apresentavam dependência grave²⁸.

Importante colocar que a dependente grave, ao entrar para o tratamento, acha que nunca irá melhorar, porém ela tem um incentivo a mais, que é dado pelo grupo.

Os casos novos tinham idade média de 48 anos e o SADD grave, mas sem significância estatística. Pela escala aplicada durante a entrevista, após seguimento médio de 15 meses, obteve-se mais dependência leve para as mulheres mais velhas, com 51 anos ou mais.

Num programa de tratamento para alcoolismo, 56,1% das mulheres tinham, ao entrar no programa, entre 30 e 44 anos e 93% possuíam dependência grave. Já pelo SADD final, após seguimento médio de um ano, 56,1% das mulheres continuaram com dependência grave, 12,3% moderada e 26,3% dependência leve²⁸.

Quanto à adesão ao grupo, perceberam-se dois extremos: as mulheres que ficaram menos do que seis meses e as que ficaram um ano ou mais. Esse padrão manteve-se tanto para os casos novos como para as mulheres entrevistadas, ao relacioná-lo com a severidade da dependência. O tempo de permanência independe do SADD.

Num estudo sobre estágios motivacionais em dependentes de álcool, verificou-se que dois terços dos alcoolistas abandonam o tratamento antes da décima sessão e que o número médio é de quatro sessões ou um mês²⁹.

Outro estudo sobre avaliação de tratamento de alcoolistas considerou a dificuldade em manter esses pacientes em tratamento, a pouca aderência aos programas oferecidos, constatando que em países avançados e com serviços especializados, o número de clientes perdidos chega a 50% e que esse abandono não implica em melhora ou piora na evolução³⁰.

Em geral, para avaliar o tratamento de alcoolistas, considera-se a lei do terço: 1/3 se recupera, 1/3 não apresenta alteração e 1/3 segue piorando³¹.

Há relação positiva entre o SADD, tanto do caso novo como com o aplicado durante a entrevista e as respostas sobre a evolução do tratamento. A maioria das mulheres melhorou ou diminuiu a ingestão e a dependência mudou de grave para leve. As entrevistadas que não notaram mudanças com o tratamento mantiveram-se no grau de

severidade grave. As que manifestaram piora, em sua maioria, continuaram com dependência grave. As mulheres que se consideraram abstinentes tinham SADD grave ou leve. Com relação aos casos graves, a maioria afirmou ter melhorado ou diminuído a ingestão.

O sistema de avaliação aplicado serve para melhor visualizar o custo-benefício do tratamento, assim como a reestruturação de um programa montado. Foi colocado que as avaliações que fazem uso de “o paciente ficou melhor”, “pior” ou “está do mesmo jeito”, devem ser abordadas com maior cuidado quanto às definições, dado que o uso de parâmetros objetivos é viável³².

O SADD pode ser importante adjuvante no processo de avaliação, de realimentação e para delinear estratégias a serem definidas ao longo do tratamento³⁰. Por isso, as respostas dadas sobre a evolução do tratamento não foram consideradas separadamente.

Ao se relacionar o SADD inicial com o tempo de permanência no grupo e a evolução, verificou-se que entre as mulheres dependentes leves, mais da metade declarou estar pior e o tempo no grupo foi de um mês ou menos. As mulheres com dependência moderada, em sua maioria, afirmaram ter melhorado ou estarem igual e o tempo no grupo não chegou a um ano. Já as 107 mulheres que tinham dependência grave, em sua maioria, melhoraram ou diminuíram a ingestão e o tempo de permanência no grupo foi de um ano ou mais. As mulheres que se

nomearam como abstinentes, eram dependentes graves, sendo o tempo no grupo de um mês ou menos.

A literatura demonstra que o não reconhecimento da co-morbidade psiquiátrica, presente nos alcoolistas, parece se associar à menor adesão e ao pior resultado no tratamento. Portanto, a identificação da co-morbidade psiquiátrica contribui para estratégia mais objetiva e adequada, para melhor adesão e prognóstico dos mesmos³³.

Quanto às alcoolistas com SADD grave, por terem maiores prejuízos, podem apresentar maior prontidão às mudanças, indo contra os preconceitos de certos profissionais que as consideram mais difíceis de tratar e com pior prognóstico.

Na relação do SADD, no momento da entrevista, com a evolução e tempo de tratamento no grupo, das 71 mulheres com dependência leve, a maioria sentiu que melhorou e o tempo foi de um mês ou menos e um ano ou mais. As mulheres com dependência moderada, em sua maioria, disseram ter melhorado e o tempo mais citado foi de um mês ou menos. Com SADD grave, a maioria considerou estar igual e o tempo de permanência foi de dois a cinco meses e de um ano ou mais. Em todos os tipos de dependências houve mulheres que se manifestaram abstinentes, com tempo predominante de um mês ou menos.

Num estudo anterior, o SADD final já apontou que as mulheres que iniciaram o tratamento com dependência leve e moderada tiveram 5,59 vezes mais chances de melhorar do que quem iniciou com dependência

grave. Os clientes que melhoraram tinham menor tempo de seguimento, pois a melhora dependeu mais da gravidade do quadro do que de outros fatores. Cerca de 48,2% das mulheres tiveram a possibilidade de evoluir bem²⁸.

Alguns autores propõem alternativas para a abstinência, como a redução do beber pesado e sua efetividade nos comportamentos saudáveis, por ser uma medida insuficiente, imposta como resultado de melhora para alcoolistas, podendo levar à perda do progresso do padrão de ingestão ou deteriorar o tratamento. O padrão de ingestão (frequência e intensidade do beber) pode ser mais importante do que a abstinência em si. Beber após a abstinência é considerado recaída e pode obscurecer o fato de alguns beberem menos após o tratamento e terem melhora clínica. Vários estudos têm relatado a redução das taxas do beber como efeito do tratamento, indicando ser um resultado esquecido no método tradicional de abstinência³⁴.

Numa análise sobre o padrão de ingestão alcoólica, 75% dos participantes mantiveram os episódios do beber de risco, enquanto o consumo de álcool foi reduzido em 87% entre aqueles que continuaram a beber, com uma diminuição correspondente a 60% nos problemas relacionados ao álcool³⁵.

Desmistificando o fato das mulheres evoluírem pior do que os homens, um estudo relatou que as alcoolistas que chegaram ao tratamento e encontraram facilidades (condução, disponibilidade de

horários, com quem deixar os filhos, etc.) tiveram possibilidade de melhora até maior do que a dos homens³⁶.

Sobre gênero e serviços de tratamento, as mulheres são igualmente prováveis a completar o tratamento e as que o fazem apresentam nove vezes mais chances de se abster do que as demais. Também foi sugerido que os resultados são tão bons ou até melhores que os dos homens³⁷.

Sobre a gravidade da dependência, esta ser preditiva para a obtenção da moderação do beber e da abstinência³⁸.

Outra questão foi a confiabilidade do relato favorecida pelo respondente não estar sob efeito de álcool ou outras drogas por ocasião da entrevista³⁹. Também o sigilo da resposta, ambiente adequado (algumas recusas do estudo foram pelo fato de voltar ao local de tratamento), clareza das questões, além da memória (mais anos passados, menos lembranças) dos fatos que influenciam na coleta dos dados⁴⁰.

O estudo sobre avaliação em saúde relatou a satisfação do usuário, relacionando-a à percepção subjetiva que o indivíduo tem com o cuidado que recebe, o que também pode decorrer das relações pessoais entre o profissional e o paciente, com os aspectos da infra-estrutura, com as amenidades (ventilação, conforto) e com as representações do usuário com o processo saúde-doença. Assim, a avaliação do usuário vem como um dos componentes da qualidade dos serviços¹⁵.

No estudo sobre gerenciamento de caso, em dependentes de álcool, colocou-se que mais do que coletar informações, há necessidade de estar com o cliente, escutá-lo e buscar a compreensão, sem julgamentos ou emissão de juízos de valor, visando a continuidade de tratamento futuro¹⁷.

Ao comparar o SADD do caso novo com o número de internações, observaram-se várias internações relatadas pelas mulheres dependentes leves, o que pode estar relacionado com a co-morbidade psiquiátrica, como a depressão que seria secundária ao álcool. Homens e mulheres alcoolistas diferem em seu padrão de co-morbidade, as mulheres tendo taxas mais altas de ansiedade e desordens afetivas e os homens com o abuso de outras drogas, desordem de conduta e personalidade anti-social⁴¹. O SADD atual não mostrou correlação com o número de internações.

Apesar de o tratamento ambulatorial ser incentivado pelo sistema público de saúde, a internação hospitalar pode ser uma escolha para a desintoxicação⁴². Num estudo com 95 mulheres tratadas entre 1978 e 1982, no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, para verificar o surgimento de doenças orgânicas associadas ao alcoolismo, o tempo entre o início da ingestão e o tratamento foi de $14,1 \pm 8,5$ anos e as principais complicações foram hemorragia digestiva, desnutrição, esteatose hepática, anemia e hipertensão arterial. Mesmo não tendo

consumido álcool em grandes quantidades, a gravidade da hepatite alcoólica foi maior entre as mulheres⁴³.

A principal razão para o alcoolista buscar ajuda é a complicação física. Existe, porém, a dificuldade em associar os problemas clínicos ao alcoolismo e apenas 1% dos casos é registrado nos prontuários, ou seja, há falta de registro, associada à não identificação do uso do álcool⁴⁴. A maioria dos profissionais não recebeu nenhum treinamento durante a graduação e nem depois de formados na área de dependência química, o que é agravado pela falta de suporte de serviços especializados⁴⁵. Embora existam políticas públicas em relação aos dependentes, ainda percebe-se a falta de conexão entre os serviços de saúde.

Foi relatada a necessidade de treinamento dos profissionais de saúde no diagnóstico da dependência, pois as mulheres com dependência geralmente buscam ajuda em serviços primários e de saúde mental em geral, para depois seguirem um tratamento mais especializado³⁸.

No mês anterior à entrevista, as mulheres fizeram uso de algumas substâncias e as mais citadas foram tabaco, álcool e analgésicos. Em menor quantidade, aparece os tranquilizantes, entre outros (antiinflamatórios), maconha, anfetaminas e estimulantes, cocaína e crack, êxtase e anabolizantes. Notou-se que era um grupo no qual o problema estava diretamente relacionado com o álcool e não a outras

drogas, com exceção do tabaco. Novamente o significado da abstinência pode ser entendido como uso moderado ou diminuição da bebida.

Os achados da Pesquisa Nacional de Morbidade Psiquiátrica (2000)⁴⁶, na Inglaterra, mostraram que a nicotina é a droga mais comum de dependência, usada pela população em geral, seguida do álcool. Os fumantes têm duas vezes mais chance de usar drogas, quando comparados a não fumantes. Há uma tendência de aumento do uso do cigarro entre as mulheres mais jovens. Em relação ao beber, quase metade da população (48%) bebeu mais que duas vezes na semana e 21% de homens e 12% de mulheres beberam quatro ou mais vezes na semana. Os casos classificados como dependência severa eram de pessoas entre 30 e 65 anos. Um entre 4 respondentes (25%) relatou usar maconha. A outra droga mais comum foi anfetamina, usada por 7% da população em algum momento. A prevalência na vida de êxtase, cocaína ou LSD foi de 4%. Crack, heroína e metadona foram usados por pelo menos 1% da população. Os homens apresentam as maiores chances de usar ou a se tornarem dependentes de todos os tipos de drogas, com exceção dos tranqüilizantes⁴⁶.

Outro estudo apontou o aumento do uso de tranqüilizantes pelas mulheres com a idade e devido aos problemas causados pelo álcool, como depressão, ansiedade e saúde física, verificando-se uma relação mediada, mesmo que modesta, por esses fatores e um aumento na

proporção do uso. Também houve um aumento do uso de 4,2% (1981) para 10,1% (1991), sugerindo-se precaução na prescrição dessa droga⁴⁷.

A maioria das mulheres (74,8%) fazia uso de alguma medicação prescrita, no momento da entrevista, sendo os analgésicos, antiinflamatórios, benzodiazepínicos, antidepressivos e antihipertensivos os mais citados.

Outro estudo ressaltou as características que são freqüentes em mulheres alcoolistas como depressão, baixa auto-estima, raiva, problemas de controle de impulso, insônia e nervosismo. Sendo que apresentam a maior chance de desenvolver esses tipos de problemas as pobres, as mais jovens, as chefas do lar e aquelas com filhos pequenos. Em relação aos problemas físicos, as mulheres que chegam ao tratamento acima dos 35 anos, geralmente já desenvolveram alterações hepáticas³⁶.

Foram identificados fatores que interferem no tratamento, como sintomas e desordens psiquiátricas (ansiedade e depressão), que tendem a ser mais prevalentes e severos entre as mulheres, podendo evitar que elas procurem ajuda³⁸. É importante ressaltar que uma das conseqüências do álcool é a depressão tanto em homens como em mulheres.

Finalizando com a questão sobre a causa principal do uso de álcool, as entrevistadas colocaram o enfrentamento de situação

desagradável, seguido de solidão, busca pelo prazer, curiosidade e influência de amigos.

As mulheres, mais freqüentemente que os homens, bebem sozinhas e mais do que eles, citam um evento estressante como precipitante para o problema do beber, em especial o grupo de divorciadas ou separadas, acima de 35 anos. Se não bebem sozinhas, o fazem com grupos primários (família, companheiro). O uso do álcool pode ser uma forma de quebrar as tensões ou encontrar uma saída para os conflitos, minimizando certos desconfortos impostos pela sociedade, como as relações de trabalho, de gênero, com os parentes e de cidadã. As donas de casa constituem o primeiro grupo de alcoólicas³⁶. As mulheres podem usar o álcool como uma forma de medicar sintomas de depressão, irritabilidade e ansiedade. No estresse, como um meio de enfrentamento, o álcool pode se tornar uma fonte de alívio⁴⁸.

Compreender os caminhos que levam ao alcoolismo e as conseqüências da dependência feminina em sua vida e em relação às outras pessoas é preocupação de muitos autores^{7-11,18,19,22-23,28,36,37,41,43,47,48} e este trabalho pode ser uma contribuição para o estudo de grupo tão específico como as mulheres alcoolistas.

Referências Bibliográficas

1. Bertolote JM. Problemas sociais relacionados ao consume de álcool. In: Ramos SP, Bertolote JM, Organizadores. Alcoolismo hoje. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 131-8.
 2. Meloni JN, Laranjeira R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26 Supl 1: 07 – 10.
 3. Laranjeira R, Surjan J. Conceitos básicos e diagnóstico. J Bras Dep Quím. 2001; 2 Supl 1: 2 – 6.
 4. Laranjeira R, Romano M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26 Supl 1: 68 – 77.
 5. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo AS, Carlini EA. II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país [monografia da internet]. Brasília: SENAD; 2006 [acesso 15 mar 2007]. Disponível em: [http:// www.obid.senad.gov.br](http://www.obid.senad.gov.br).
 6. Galduróz JCF, Caetano R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26 Supl 1: 3 – 6.
-

7. Bernal MCR, Galera SAF, O'Brien B. Percepção do papel materno das mulheres que vivem no contexto da droga e da violência. *Rev Latino-Am Enfermag*. 2005;13(n esp 2): 1118-26.
 8. Novaes C, Melo NR, Bronstein MD, Zilberman ML. Impacto do alcoolismo em mulheres: repercussões clínicas. *Rev Psiquiatr Clín*. 2000;27(1): 16 – 21.
 9. Freire TM, Machado JC, Melo EV, Melo DG. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(7): 376-81.
 10. Hochgraf PB. Mulheres farmacodependentes. *J Bras Dep Quím*. 2001;2 Supl 1: 34 – 7.
 11. Simão MO, Kerr-Corrêa F, Dalben I. Uso de drogas e gênero: estudo comparativo [periódico da internet]. Botucatu: Unesp; 2004 [acesso 18 ago 2005] Disponível em: <http://www.viverbem.fmb.unesp.br/docs/>.
 12. Figlie NB, Pillon SC, Castro AL, Laranjeira R. Organização de serviço para alcoolismo: uma proposta ambulatorial. *J Bras Psiquiatr*. 2001;50(5-6): 169 – 79.
 13. Clajus TEG, Queiroz MS. Prevenção contra o uso e o abuso de drogas: abordagens em debate. *J Bras Psiquiatr*. 2004;53(2): 90 – 9.
-

14. Costa NR, Pinto LF. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4): 907-23.
 15. Silva LM, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 1994;10(1): 80-91.
 16. Epidemiologia nas políticas, programas e serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8 Supl 1: 28-39.
 17. Figlie NB, Laranjeira R. Gerenciamento de caso aplicado ao tratamento da dependência do álcool. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26 Supl 1: 63-7.
 18. Simão MO, Kerr-Corrêa F, Dalben I, Smaira SI. Alcoholic women and men: a comparative study of social and familial aspects and outcome. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(3): 121 – 9.
 19. Terra MB. Fobia social e alcoolismo: um estudo da comorbidade. [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2005.
 20. Gigliotti A, Bessa MA. Síndrome de dependência do álcool: critérios diagnósticos. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26 Supl 1: 11 – 3.
 21. Ham LS, Hope DA. College students and problematic drinking: a review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2003;23: 719 – 59.
-

22. Mendes DL, Vaz CE. Tolerância à frustração e o alcoolismo feminino. *Aletheia*. 2002; 16: 33-45.
23. Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. Problemas com bebida na mulher. In: *O tratamento do alcoolismo. Um guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p. 133-141.
24. Edwards G. Problemas de bebida na mulher. In: *O tratamento do alcoolismo*. São Paulo: Martins Fontes; 1987. p. 109-16.
25. 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.
26. Resende GLO, Amaral VLAR, Bandeira M, Gomide ATS, Andrade EMR. Análise de prontidão para o tratamento em alcoolistas em um centro de tratamento. *Rev Psiquiatr Clín*. 2005;32(4): 211 –7.
27. SPSS for Windows. Chicago: SPSS, 2001.
28. Simão MO. Mulheres e homens alcoolistas: estudo comparativo de fatores sociais, familiares e de evolução [Dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.
29. Oliveira MS, Laranjeira R, Araújo RB, Camilo RL, Schneider DD. Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. *Psicol: Reflex Crít*. 2003;16(2): 265-70.
-

30. Andrade AG, Brunfentrinker P. Avaliação de tratamentos de alcoolistas. Rev ABP-APAL. 1987; 9(3): 94-98.
31. Ramos SP, Woitowitz AB. Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. Rev Bras Psiquiatr. 2004; 26 Supl 1: 18-22.
32. Andrade AG, Hirata ES, Silveira MM, Bernik MA. Proposição de metodologia para avaliação da eficácia terapêutica em alcoólatras. J Bras Psiquiatr. 1985;34(1): 47-54.
33. Ribeiro MS, Alves MJM, Guirro UBP, Baldi BG. Alcoolismo: a influência do reconhecimento da co-morbidade na adesão de pacientes ao programa terapêutico. J Bras Psiquiatr. 2004;53(2): 124-32.
34. Gastfriend DR, Garbutt JC, Pettinati HM, Forman RF. Reduction in heavy drinking as a treatment outcome in alcohol dependence. J Subst Abuse Treat. 2007;33(1): 71-80.
35. Miller WR, Walters ST, Bennett, ME. How effective is alcoholism treatment in the United States? J Stud Alcohol. 2001;62: 211-20.
36. Gomberg ESL. Women, sex roles, and alcohol problems. Professional Psychol. 1981;12(1): 146-55.
-

37. Green CA. Gender and use of substance abuse treatment services. *Alcohol Res Health*. 2006;29(1): 55-62.
38. Edwards G. The alcohol dependence syndrome: a concept as stimulus to enquiry. *Addiction*. 1986;81(2): 171-83.
39. Formigoni MLOS, Castel S. Escalas de avaliação de dependência de drogas: aspectos gerais. *Rev Psiquiatr Clín*. [periódico da internet] 1999. [acesso 20 abr 2007]; 26(1). Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r261/index.htm>.
40. Castel S, Formigoni MLOS. Escalas para avaliação de tratamentos de dependência de álcool e outras drogas. *Rev Psiquiatr Clín*. [periódico da internet] 1999. [acesso 20 abr 2007]; 26(1). Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r261/index.htm>.
41. Prescott CA. Sex differences in the genetic risk for alcoholism. *Alcohol Res Health*. 2002;26(4): 264-73.
42. Araújo RB, Oliveira MS, Nunes MLT, Piccoloto LB, Melo WV. A avaliação do craving em alcoolistas na síndrome da abstinência. *PsicoUSF*. 2004;9(1): 71-6.
43. Dantas RO. Tempo de alcoolismo no desenvolvimento de doenças orgânicas em mulheres tratadas no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, SP, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1985;19: 304-10.
-

44. Piccoloto BL, Oliveira MS, Araújo RB, Melo WV, Bicca MG, Souza MAM. Os estágios motivacionais de alcoolistas internados devido a doenças clínicas em hospitais gerais. *Rev Psiquiatr Clín.* 2006;33(4): 195-203.
45. Silva CJ. Impacto de um curso em diagnóstico e tratamento do uso nocivo e dependência do álcool sobre a atitude e conhecimento de profissionais da rede de atenção primária à saúde [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2005.
46. Farrell M, Marshall EJ. Epidemiology of tobacco, alcohol and drug use. *Psychiatry.* 2006;5(12): 427-30.
47. Graham K, Wilksch SC. The relationship between alcohol problems and use of tranquilizing drugs: longitudinal patterns among American women. *Addict Behav.* 2000;25(1): 13-28.
48. Brasiliano S, Hochgraf PB. Drogadicção feminina: a experiência de um percurso. In: Silveira DX, Moura FG; Organizadores. *Panorama atual de drogas e dependências.* São Paulo: Atheneu; 2006. p. 289-95.
-

Anexos



FMB UNESP

Departamento de Saúde Pública

Caixa Postal 549 CEP 18618-970 Botucatu SP Brasil

Fone: (14) 3811-6552

<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 – “ESTUDO SOBRE MULHERES ALCOOLISTAS
NUMA UNIDADE DE ENSINO EM BOTUCATU”
RESPONSÁVEL – PATRICIA REGINA ZAMPIERI**

TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

EU, _____,
abaixo assinado, paciente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, tendo sido satisfatoriamente informada a respeito, concordo em participar de livre e espontânea vontade, da pesquisa **“ESTUDO SOBRE MULHERES ALCOOLISTAS NUMA UNIDADE DE ENSINO EM BOTUCATU”**, realizada pela Enfermeira Patricia Regina Zampieri, que é composta de entrevista e aplicação de escalas.

Estando com a Saúde Mental comprometida, o termo de Consentimento será assinado pelo meu responsável.

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

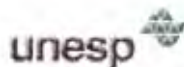
Botucatu, ____ de _____ de 200__.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

PESQUISADOR(A)

PESQUISADORA: PATRÍCIA REGINA ZAMPIERI
Rua 29 de outubro, 5-60
17044-050 – Bauru-SP
Tel.: (0xx14) 3234-5793 e-mail: p.r.zamp@bol.com.br

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



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-8143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997

Botucatu, 01 de março de 2.004

OF.50/2004-CEP
MACAH/asc

Ilustríssima Senhora
Profª. Drª. Ivete Dalben
Departamento de Saúde Pública da
Faculdade de Medicina de Botucatu.

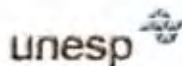
Prezada Profª. Ivete,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa *"Exatidão sobre mulheres alcoolistas numa Unidade de Ensino de Botucatu"*, de autoria de Patrícia Regina Zampieri, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator *parecer favorável*, aprovado em reunião do CEP de 01/03/2004.

Situação do Projeto: Aprovado.

Sendo só para o momento, aproveito o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e distinta consideração.

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP



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



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997

Botucatu, 03 de julho de 2.006

OF.328/2006-CEP

*Ilustríssima Senhora
Profª Drª Ivete Dalben
Departamento de Saúde Pública da
Faculdade de Medicina de Botucatu*

Prezada Drª Ivete,

De ordem da Senhora Coordenadora informo que em reunião de 03/07/2006 foi autorizada a solicitação de Vossa Senhoria para aplicação dos questionários por telefone, referente ao Projeto de Pesquisa: "Estudo sobre mulheres alcoolistas numa Unidade de Ensino de Botucatu", aprovado por este CEP em 01/03/2004.

Atenciosamente

*Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP*

DEPENDÊNCIA DO PADRÃO DE USO DE ÁLCOOL EM RELAÇÃO AO SEXO

PROGRAMA DE ALCOOLISMO - AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA – UNESP

SEGUNDO: Assistente Social *MARIA ODETE SIMÃO*

Entrevistador _____

Data ____/____/____

Data de ingresso no Programa ____/____/____ Protocolo

Nome _____ RG.H.C. _____

Endereço _____

Cidade _____ Telefone para contato _____

Usar

9. sem informação
* mais que uma alternativa

Paciente compareceu através de: []

1. convocação 2. convocação + visita domiciliar 3. tratamento 4. visita domiciliar 5. telefone

A - DADOS DEMOGRÁFICOS																																									
1. TEMPO DE SEGUIMENTO NO SERVIÇO EM ANOS _____ 2. IDADE(em anos) [] <table><tr><td>1. ≤ 20</td><td>4. 40 a 49</td></tr><tr><td>2. 21 a 29</td><td>5. 50 a 59</td></tr><tr><td>3. 30 a 39</td><td>6. ≥ 60</td></tr></table> 3. SEXO [] <table><tr><td>1. Masculino</td><td>2. Feminino</td></tr></table> 4. ESTADO CIVIL [] <table><tr><td>1. Solteiro</td><td>3. Viúvo</td></tr><tr><td>2. Casado/Amasiado</td><td>4. Separado/Divorciado</td></tr></table> 5. PROCEDÊNCIA [] <table><tr><td>1. Botucatu</td><td>3. Outros Dirs</td></tr><tr><td>2. Dir XI</td><td></td></tr></table> 6. COR [] <table><tr><td>1. Branco</td><td>2. Não branco</td></tr></table> 7. RELIGIÃO [] <table><tr><td>1. Católico</td><td>2. Não católico</td></tr></table>	1. ≤ 20	4. 40 a 49	2. 21 a 29	5. 50 a 59	3. 30 a 39	6. ≥ 60	1. Masculino	2. Feminino	1. Solteiro	3. Viúvo	2. Casado/Amasiado	4. Separado/Divorciado	1. Botucatu	3. Outros Dirs	2. Dir XI		1. Branco	2. Não branco	1. Católico	2. Não católico	8. PRATICANTE [] <table><tr><td>1. Sim</td><td>2. Não</td></tr></table> 9. ESCOLARIDADE [] <table><tr><td>1. Analfabeto</td><td>3. 5ª a 8ª Série</td></tr><tr><td>2. 1ª a 4ª Série</td><td>5. Ensino médio Incompleto</td></tr><tr><td>4. Ensino médio completo</td><td>7. Superior Incompleto</td></tr><tr><td>6. Superior completo</td><td></td></tr></table> 10. COM QUEM MORA ATUALMENTE? [] <table><tr><td>1. Vive Sozinho</td><td>2. Com a Família</td></tr><tr><td colspan="2">3. Outros (Amigos, Pensão) _____</td></tr></table> 11. RELACIONAMENTO FAMILIAR [] atual <table><tr><td>0. Óbito</td></tr><tr><td>1. Bons Vínculos</td></tr><tr><td>2. Vínculos Familiares Perturbados</td></tr><tr><td>3. Dificuldade para prover subsistência</td></tr><tr><td>4. Ausência de vínculos familiares</td></tr><tr><td>5. Sem residência fixa</td></tr></table> 12. RELACIONAMENTO FAMILIAR [] antes 13. PROFISSÃO _____	1. Sim	2. Não	1. Analfabeto	3. 5ª a 8ª Série	2. 1ª a 4ª Série	5. Ensino médio Incompleto	4. Ensino médio completo	7. Superior Incompleto	6. Superior completo		1. Vive Sozinho	2. Com a Família	3. Outros (Amigos, Pensão) _____		0. Óbito	1. Bons Vínculos	2. Vínculos Familiares Perturbados	3. Dificuldade para prover subsistência	4. Ausência de vínculos familiares	5. Sem residência fixa
1. ≤ 20	4. 40 a 49																																								
2. 21 a 29	5. 50 a 59																																								
3. 30 a 39	6. ≥ 60																																								
1. Masculino	2. Feminino																																								
1. Solteiro	3. Viúvo																																								
2. Casado/Amasiado	4. Separado/Divorciado																																								
1. Botucatu	3. Outros Dirs																																								
2. Dir XI																																									
1. Branco	2. Não branco																																								
1. Católico	2. Não católico																																								
1. Sim	2. Não																																								
1. Analfabeto	3. 5ª a 8ª Série																																								
2. 1ª a 4ª Série	5. Ensino médio Incompleto																																								
4. Ensino médio completo	7. Superior Incompleto																																								
6. Superior completo																																									
1. Vive Sozinho	2. Com a Família																																								
3. Outros (Amigos, Pensão) _____																																									
0. Óbito																																									
1. Bons Vínculos																																									
2. Vínculos Familiares Perturbados																																									
3. Dificuldade para prover subsistência																																									
4. Ausência de vínculos familiares																																									
5. Sem residência fixa																																									

14. TRABALHA ATUALMENTE? ☐ 1. Sim, exercendo atividade regular com direitos trabalhistas 2. Sim, sem direitos trabalhistas(bicos) 3. Sim, afastado há mais de 15 dias 4. Sim, com ameaças de perda de emprego 5. Aposentado 6. Desempregado, com direitos previdenciários 7. Desempregado, sem direitos previdenciários 8. Dona de casa 15. QUEM É O RESPONSÁVEL PELO ORÇAMENTO FAMILIAR (Arrimo familiar) ☐ <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Cônjuge</td> <td style="width: 50%;">5. Dois ou mais acima</td> </tr> <tr> <td>2. Filhos</td> <td>6. Outros</td> </tr> <tr> <td>3. Paciente</td> <td>7. Sem rendimentos</td> </tr> <tr> <td>4. Pais</td> <td>8. Recebe doação</td> </tr> </table> 16. RENDA FAMILIAR ☐ (salário mínimo) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. ≤ 1</td> <td style="width: 50%;">5. 6 a 10</td> </tr> <tr> <td>2. 2 a 3</td> <td>6. ≥ 11</td> </tr> <tr> <td>3. 4 a 5</td> <td>7. Não sabe</td> </tr> <tr> <td colspan="2">4. Não tem (caridade pública)</td> </tr> </table> 17. PROCUROU O SERVIÇO ☐ ENCAMINHADO POR <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Serviços de Saúde</td> <td style="width: 50%;">4. Amigos</td> </tr> <tr> <td>2. Empresa</td> <td>5. Familiares</td> </tr> <tr> <td>3. Autoridade Legal</td> <td>6. Sozinho(a)</td> </tr> </table> 18. COMPARECEU AO GRUPO ☐ ACOMPANHADO POR <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Cônjuge</td> <td style="width: 50%;">4. Sozinho(a)</td> </tr> <tr> <td>2. Filhos</td> <td>5. Outros</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3. Amigos</td> </tr> </table> 19. O QUE INCENTIVOU PROCURAR ☐ TRATAMENTO <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Família</td> <td style="width: 50%;">4. Empresa</td> </tr> <tr> <td>2. Amigos</td> <td>5. Outros</td> </tr> <tr> <td>3. Religião</td> <td>6. Sozinho</td> </tr> </table>	1. Cônjuge	5. Dois ou mais acima	2. Filhos	6. Outros	3. Paciente	7. Sem rendimentos	4. Pais	8. Recebe doação	1. ≤ 1	5. 6 a 10	2. 2 a 3	6. ≥ 11	3. 4 a 5	7. Não sabe	4. Não tem (caridade pública)		1. Serviços de Saúde	4. Amigos	2. Empresa	5. Familiares	3. Autoridade Legal	6. Sozinho(a)	1. Cônjuge	4. Sozinho(a)	2. Filhos	5. Outros	3. Amigos		1. Família	4. Empresa	2. Amigos	5. Outros	3. Religião	6. Sozinho	22. PADRÃO DE INGESTÃO ☐ 1. Abstinência 2. Ingestão esporádica (1x/mês) s/ embriagues e sem problemas 3. Ingestão esporádica c/ embriagues ou c/ problemas 4. Ingestão freqüente, s/ embriagues e s/ problemas 5. Ingestão freqüente c/ embriagues e c/ problemas 6. Óbito 23. IDADE INÍCIO DA INGESTÃO (em anos) ☐ <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. ≤ 15</td> <td style="width: 50%;">5. 31 a 39</td> </tr> <tr> <td>2. 16 a 20</td> <td>6. 40 a 49</td> </tr> <tr> <td>3. 21 a 25</td> <td>7. ≥ 50</td> </tr> <tr> <td colspan="2">4. 26 a 30</td> </tr> </table> 24. TEMPO DE INSTALAÇÃO DA DEPENDÊNCIA SINTOMAS ☐ 1. 2 a 3 anos 2. 4 a 5 anos 3. acima de 6 anos 25. PESSOA COM QUEM COMEÇOU A BEBER ☐ <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Pais</td> <td style="width: 50%;">5. Tios</td> </tr> <tr> <td>2. Cônjuge</td> <td>6. Primos</td> </tr> <tr> <td>3. Amigos</td> <td>7. Sozinho</td> </tr> <tr> <td colspan="2">4. Irmãos</td> </tr> </table> 26. MOTIVO ☐ 1. Incentivo do cônjuge 2. Incentivo de familiares/amigos 3. Outros (solidão, desespero, vontade, curiosidade, fazer amigos, etc) 27. BEBIDA INGERIDA ☐ <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Pinga</td> <td style="width: 50%;">3. Vinho/Licor</td> </tr> <tr> <td>2. Cerveja</td> <td>4. Pinga + Cerveja</td> </tr> <tr> <td colspan="2">5. Outros _____</td> </tr> </table> 28. LOCAL QUE COSTUMA BEBER ☐ <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Casa</td> <td style="width: 50%;">3. Casa + Bar</td> </tr> <tr> <td>2. Bar</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">4. Outros _____</td> </tr> </table> 29. UTILIZA TERCEIROS PARA COMPRAR BEBIDA? ☐ <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Sim</td> <td style="width: 50%;">2. Não</td> </tr> </table>	1. ≤ 15	5. 31 a 39	2. 16 a 20	6. 40 a 49	3. 21 a 25	7. ≥ 50	4. 26 a 30		1. Pais	5. Tios	2. Cônjuge	6. Primos	3. Amigos	7. Sozinho	4. Irmãos		1. Pinga	3. Vinho/Licor	2. Cerveja	4. Pinga + Cerveja	5. Outros _____		1. Casa	3. Casa + Bar	2. Bar		4. Outros _____		1. Sim	2. Não
1. Cônjuge	5. Dois ou mais acima																																																																
2. Filhos	6. Outros																																																																
3. Paciente	7. Sem rendimentos																																																																
4. Pais	8. Recebe doação																																																																
1. ≤ 1	5. 6 a 10																																																																
2. 2 a 3	6. ≥ 11																																																																
3. 4 a 5	7. Não sabe																																																																
4. Não tem (caridade pública)																																																																	
1. Serviços de Saúde	4. Amigos																																																																
2. Empresa	5. Familiares																																																																
3. Autoridade Legal	6. Sozinho(a)																																																																
1. Cônjuge	4. Sozinho(a)																																																																
2. Filhos	5. Outros																																																																
3. Amigos																																																																	
1. Família	4. Empresa																																																																
2. Amigos	5. Outros																																																																
3. Religião	6. Sozinho																																																																
1. ≤ 15	5. 31 a 39																																																																
2. 16 a 20	6. 40 a 49																																																																
3. 21 a 25	7. ≥ 50																																																																
4. 26 a 30																																																																	
1. Pais	5. Tios																																																																
2. Cônjuge	6. Primos																																																																
3. Amigos	7. Sozinho																																																																
4. Irmãos																																																																	
1. Pinga	3. Vinho/Licor																																																																
2. Cerveja	4. Pinga + Cerveja																																																																
5. Outros _____																																																																	
1. Casa	3. Casa + Bar																																																																
2. Bar																																																																	
4. Outros _____																																																																	
1. Sim	2. Não																																																																
B - HISTÓRIA DE USO DE ÁLCOOL																																																																	
20. ATUALMENTE ENCONTRA-SE ☐ ABSTINENTE 1. Sim 2. Não 3. Óbito 21. HÁ QUANTO TEMPO ABSTINENTE ☐ <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. até 3 meses</td> <td style="width: 50%;">2. 4 a 11 meses</td> </tr> <tr> <td>3. ≥ 12 meses</td> <td>4. Não abstinente</td> </tr> </table>	1. até 3 meses	2. 4 a 11 meses	3. ≥ 12 meses	4. Não abstinente																																																													
1. até 3 meses	2. 4 a 11 meses																																																																
3. ≥ 12 meses	4. Não abstinente																																																																

30. QUEM COMPRA A BEBIDA ☐

- | | |
|-------------|-----------------|
| 1. Vizinhos | 4. Cônjuge |
| 2. Filhos | 5. Outros _____ |
| 3. Amigos | 6. Não ocorre |

31. POR QUE? (seguindo a resp. 30) ☐

- | | |
|---------------|-----------------------|
| 1. Vergonha | 3. Esconde da família |
| 2. Facilidade | 5. Outros _____ |
| 3. Não ocorre | |

32. HISTÓRIA DE ALCOOLISMO FAMILIAR ☐

- | | |
|-----------|--------------------|
| 1. Não | 5. Cônjuge |
| 2. Pais | 6. Irmãos |
| 3. Tios | 7. 2 ou mais acima |
| 4. Filhos | 8. Outros _____ |

C- Problemas Sociais E Familiares Associados

33. Já Sofreu Algum Tipo De Acidente Quando Alcoolizado ☐

- | | |
|--------|--------|
| 1. Sim | 2. Não |
|--------|--------|

34. TRÂNSITO ☐

35. TRABALHO ☐

36. DOMÉSTICO ☐

37. JÁ SE ENVOLVEU COM A POLÍCIA ☐

- | | |
|--------|--------|
| 1. Sim | 2. Não |
|--------|--------|

38. TIPO DE ENVOLVIMENTO

☐ antes ☐ atual

- | | |
|--------------|--------------------------|
| 1. Brigas | 4. Tentativa de Suicídio |
| 2. Homicídio | 5. Outros _____ |
| 3. Roubo | 6. Não ocorreu |

39. OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA FAMILIAR

☐ atual 0. Óbito 1. Sim 2. Não

40. OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA FAMILIAR

☐ antes 0. Óbito 1. Sim 2. Não

41. AGRESSÕES FÍSICAS ☐ atual

- | | |
|-----------|------------------|
| 1. Bate | 3. Bate e apanha |
| 2. Apanha | 4. Não ocorre |

42. AGRESSÕES FÍSICAS ☐ antes

43. AGRESSÕES VERBAIS ☐ atual

- | | |
|--------|--------|
| 1. Sim | 2. Não |
|--------|--------|

44. AGRESSÕES VERBAIS ☐ antes

- | | |
|--------|--------|
| 1. Sim | 2. Não |
|--------|--------|

45. AGRESSÕES SOFRIDAS POR ☐ atual

- | | |
|---------------|--------------------|
| 0. Óbito | 4. Terceiros |
| 1. Filhos | 5. 2 ou mais acima |
| 2. Cônjuge | 6. Outros _____ |
| 3. Não ocorre | |

46. AGRESSÕES SOFRIDAS POR ☐ antes

- | | |
|---------------|--------------------|
| 0. Óbito | 4. Terceiros |
| 1. Filhos | 5. 2 ou mais acima |
| 2. Cônjuge | 6. Outros _____ |
| 3. Não ocorre | |

47. AGRESSÕES CONTRA ☐ atual

- | | |
|---------------|--------------------|
| 0. Óbito | 4. Terceiros |
| 1. Filhos | 5. 2 ou mais acima |
| 2. Cônjuge | 6. Outros _____ |
| 3. Não ocorre | |

48. AGRESSÕES CONTRA ☐ antes

- | | |
|------------|------------------------------|
| 0. Óbito | 3. Não ocorre |
| 1. Filhos | 4. Terceiros |
| 2. Cônjuge | 5. 2 ou mais 6. Outros _____ |

49. TEM PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO DOS FILHOS ☐ atual

- | | | |
|--------|--------|------------------|
| 1. Sim | 2. Não | 3. Não se aplica |
|--------|--------|------------------|

50. TEM PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO DOS FILHOS ☐ antes

- | | | |
|--------|--------|------------------|
| 1. Sim | 2. Não | 3. Não se aplica |
|--------|--------|------------------|

51. TIPO DE PROBLEMA APRESENTADO ☐ atual

- | | |
|------------------|-----------------------------|
| 1. Agressividade | 5. Não ocorre/não se aplica |
| 2. Uso de álcool | 6. Sem filhos |
| 3. Uso de drogas | 7. Outros _____ |
| 4. Timidez | 8. 2 ou mais acima |

52. TIPO DE PROBLEMA APRESENTADO ☐ antes

- | | |
|------------------|-----------------------------|
| 1. Agressividade | 5. Não ocorre/não se aplica |
| 2. Uso de álcool | 6. Sem filhos |
| 3. Uso de drogas | 7. Outros _____ |
| 4. Timidez | 8. 2 ou mais acima |

53. CASO TENHA PROBLEMAS, ONDE SE MANIFESTA ☐ atual

- | | |
|------------|--------------------|
| 1. Família | 4. Não ocorre |
| 2. Escola | 5. Outros |
| 3. Social | 6. 2 ou mais acima |

54- CASO TENHA PROBLEMAS, ONDE SE MANIFESTA*

☐ antes (igual a anterior)

D - PROBLEMAS FÍSICOS/PSÍQUICOS ASSOCIADOS																																																											
<table border="0"> <tr> <td>1. Sim</td> <td>2. não</td> <td></td> </tr> <tr> <td>55. QUEIXAS ASSOCIADAS</td> <td></td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>56. FÍSICAS</td> <td></td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>57. SEXUAIS</td> <td></td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>58. DEPRESSÃO NO PASSADO</td> <td></td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>59. DEPRESSÃO NO PRESENTE</td> <td></td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>60. ANSIEDADE</td> <td></td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>61. SOLIDÃO</td> <td></td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>62. TENTATIVA DE SUICÍDIO</td> <td></td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>63. PENSAMENTO SUICÍDA</td> <td></td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>64. PENSAMENTO HOMICIDA</td> <td></td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>65. SÍNDROME DE DEP. ALCOOL.</td> <td></td> <td>☐</td> </tr> </table>	1. Sim	2. não		55. QUEIXAS ASSOCIADAS		☐	56. FÍSICAS		☐	57. SEXUAIS		☐	58. DEPRESSÃO NO PASSADO		☐	59. DEPRESSÃO NO PRESENTE		☐	60. ANSIEDADE		☐	61. SOLIDÃO		☐	62. TENTATIVA DE SUICÍDIO		☐	63. PENSAMENTO SUICÍDA		☐	64. PENSAMENTO HOMICIDA		☐	65. SÍNDROME DE DEP. ALCOOL.		☐	69. MEDICAÇÕES EM USO* ☐ <table border="0"> <tr> <td>1. Vitaminas</td> <td>5. Antiparkinsoniano</td> </tr> <tr> <td>2. BZD</td> <td>6. Anti-Hipertensivos</td> </tr> <tr> <td>3. Neurolépticos</td> <td>7. Outros _____</td> </tr> <tr> <td>4. Antidepressivos</td> <td>8. Não utiliza</td> </tr> </table> 70. TEMPO DE TRATAMENTO NO GRUPO ☐ <table border="0"> <tr> <td>0. ≤ 1 mês</td> <td>5. 6 meses</td> </tr> <tr> <td>1. 1 mês</td> <td>6. 7 a 11 meses</td> </tr> <tr> <td>2. 2 meses</td> <td>7. ≥ 12 meses</td> </tr> <tr> <td>3. 3 meses</td> <td>8. Abandono</td> </tr> <tr> <td>4. 4 a 5 meses</td> <td></td> </tr> </table> 71. TRATAMENTOS ANTERIORES REALIZADOS ☐ <table border="0"> <tr> <td>1. Nenhum</td> <td>2. Ambulatorial</td> </tr> <tr> <td>3. Ambulatório + internação</td> <td></td> </tr> </table>	1. Vitaminas	5. Antiparkinsoniano	2. BZD	6. Anti-Hipertensivos	3. Neurolépticos	7. Outros _____	4. Antidepressivos	8. Não utiliza	0. ≤ 1 mês	5. 6 meses	1. 1 mês	6. 7 a 11 meses	2. 2 meses	7. ≥ 12 meses	3. 3 meses	8. Abandono	4. 4 a 5 meses		1. Nenhum	2. Ambulatorial	3. Ambulatório + internação	
1. Sim	2. não																																																										
55. QUEIXAS ASSOCIADAS		☐																																																									
56. FÍSICAS		☐																																																									
57. SEXUAIS		☐																																																									
58. DEPRESSÃO NO PASSADO		☐																																																									
59. DEPRESSÃO NO PRESENTE		☐																																																									
60. ANSIEDADE		☐																																																									
61. SOLIDÃO		☐																																																									
62. TENTATIVA DE SUICÍDIO		☐																																																									
63. PENSAMENTO SUICÍDA		☐																																																									
64. PENSAMENTO HOMICIDA		☐																																																									
65. SÍNDROME DE DEP. ALCOOL.		☐																																																									
1. Vitaminas	5. Antiparkinsoniano																																																										
2. BZD	6. Anti-Hipertensivos																																																										
3. Neurolépticos	7. Outros _____																																																										
4. Antidepressivos	8. Não utiliza																																																										
0. ≤ 1 mês	5. 6 meses																																																										
1. 1 mês	6. 7 a 11 meses																																																										
2. 2 meses	7. ≥ 12 meses																																																										
3. 3 meses	8. Abandono																																																										
4. 4 a 5 meses																																																											
1. Nenhum	2. Ambulatorial																																																										
3. Ambulatório + internação																																																											
AVALIAÇÃO DO GRAU DE SEVERIDADE DA SADD																																																											
66. SADD - ANTERIOR ☐ 1. Leve 2. Moderado 3. Grave 67. SADD - ATUAL ☐ 1. Leve 2. Moderado 3. Grave. 68. QUANTAS INTERNAÇÕES ☐	72. EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO ☐ <table border="0"> <tr> <td>1. Melhorou/diminuiu a ingestão</td> <td>4. Abstinente</td> </tr> <tr> <td>2. Igual</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Pior</td> <td></td> </tr> </table>	1. Melhorou/diminuiu a ingestão	4. Abstinente	2. Igual		3. Pior																																																					
1. Melhorou/diminuiu a ingestão	4. Abstinente																																																										
2. Igual																																																											
3. Pior																																																											

Município de procedência das participantes da pesquisa.

Município	N	Porcentagem	% acumulada
Botucatu	133	43,8	43,8
Ignorado	25	8,2	52,0
São Manuel	25	8,2	60,2
Itatinga	14	4,6	64,8
Avaré	12	3,9	68,8
Taquarituba	11	3,6	72,4
Areiópolis	11	3,6	76,0
Conchas	8	2,6	78,6
Porangaba	6	2,0	80,6
Cerqueira César	6	2,0	82,6
Pardinho	5	1,6	84,2
Piraju	5	1,6	85,9
Anhembi	5	1,6	87,5
Bofete	3	1,0	88,5
Agudos	3	1,0	89,5
Pereiras	3	1,0	90,5
Águas de Santa Bárbara	2	,7	91,1
Paranapanema	2	,7	91,8
Lençóis Paulista	2	,7	92,4
Laranjal Paulista	2	,7	93,1
Barra Bonita	2	,7	93,8
Itaí	2	,7	94,4
Osasco	1	,3	94,7
Sta Cruz Rio Pardo	1	,3	95,1
Itaporanga	1	,3	95,4
Avaí	1	,3	95,7
Dois Córregos	1	,3	96,1
Pederneiras	1	,3	96,4
Brotas	1	,3	96,7
Santos	1	,3	97,0
Cerquillo	1	,3	97,4
Manduri	1	,3	97,7
Capivari	1	,3	98,0
Torre de Pedra	1	,3	98,4
Riversul	1	,3	98,7
Coronel Macedo	1	,3	99,0
São Paulo	1	,3	99,3
Taguaí	1	,3	99,7
Barão de Antonina	1	,3	100,0
Total	304	100,0	

**UNESP – HOSPITAL DAS CLÍNICAS – FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU**

**PSIQUIATRIA – AMBULATÓRIO DE DEPENDENTES DE ÁLCOOL E
DROGAS**

Nome: _____ RG HC _____

ESCALA DE AVALIAÇÃO

1 – SADD (Short Alcohol Dependence Data)

Atenção – Aplicar esta escala na 1ª consulta e de 6 em 6 meses até 24 meses.

1) Você acha difícil tirar o pensamento de usar drogas e álcool da cabeça: 0. Nunca () 1. Poucas vezes () 6 2. Muitas vezes () 12 3. Sempre () 18 9. S.I. () 24	6) Acontece de você beber ou usar drogas sem levar em conta os compromissos que tenha depois: 0. Nunca () 1. Poucas vezes () 6 2. Muitas vezes () 12 3. Sempre () 18 9. S.I. () 24
2) Acontece de você deixar de comer por causa do álcool ou drogas: 0. Nunca () 1. Poucas vezes () 6 2. Muitas vezes () 12 3. Sempre () 18 9. S.I. () 24	7) Você acha que o quanto você bebe ou usa drogas chega a lhe prejudicar: 0. Nunca () 1. Poucas vezes () 6 2. Muitas vezes () 12 3. Sempre () 18 9. S.I. () 24
3) Você planeja seu dia em função da bebida ou drogas: 0. Nunca () 1. Poucas vezes () 6 2. Muitas vezes () 12 3. Sempre () 18 9. S.I. () 24	8) No momento em que você começa a usar álcool e/ou drogas é difícil de parar: 0. Nunca () 1. Poucas vezes () 6 2. Muitas vezes () 12 3. Sempre () 18 9. S.I. () 24
4) Você bebe ou usa droga em qualquer horário (manhã, tarde e/ou noite): 0. Nunca () 1. Poucas vezes () 6 2. Muitas vezes () 12 3. Sempre () 18 9. S.I. () 24	9) Você tenta se controlar (tenta deixar de usar drogas ou álcool) e não consegue: 0. Nunca () 1. Poucas vezes () 6 2. Muitas vezes () 12 3. Sempre () 18 9. S.I. () 24

5) Na falta de sua bebida ou droga preferida, usa qualquer outra: 0. Nunca () 1. Poucas vezes () 6 2. Muitas vezes () 12 3. Sempre () 18 9. S.I. () 24	10) Na manhã seguinte à uma noite em que você tenha usado muito, você precisa de uma dose de drogas e ou de álcool para se sentir melhor: 0. Nunca () 1. Poucas vezes () 6 2. Muitas vezes () 12 3. Sempre () 18 9. S.I. () 24
11. Você acorda com tremores nas mãos, na manhã seguinte a uma noite em que tenha usado muito droga ou álcool: 0. Nunca () 1. Poucas vezes () 6 2. Muitas vezes () 12 3. Sempre () 18 9. S.I. () 24	14. Depois de ter usado muito droga e álcool, você vê coisas que mais tarde percebe que eram imaginação sua: 0. Nunca () 1. Poucas vezes () 6 2. Muitas vezes () 12 3. Sempre () 18 9. S.I. () 24
12. Depois de ter usado muita droga e ou álcool, você levanta com náuseas ou vômitos e/ou fissura: 0. Nunca () 1. Poucas vezes () 6 2. Muitas vezes () 12 3. Sempre () 18 9. S.I. () 24	15. Você se esquece do que aconteceu enquanto esteve bebendo ou usando drogas: 0. Nunca () 1. Poucas vezes () 6 2. Muitas vezes () 12 3. Sempre () 18 9. S.I. () 24
13. Na manhã seguinte a uma noite em que tenha usado muita droga ou álcool, você levanta não querendo ver ninguém: 0. Nunca () 1. Poucas vezes () 6 2. Muitas vezes () 12 3. Sempre () 18 9. S.I. () 24	
Dorme ou come demais, sente-se pesado ("tipo ressaca") ou outros sintomas (como muita fissura) que já não tenha mencionado? Anotar.	

Diagnóstico: SADD

inicial /__/_/_/_/ Data __/_/_/_/

6 m /__/_/_/_/ Data __/_/_/_/

12 m /__/_/_/_/ Data __/_/_/_/

18 m /__/_/_/_/ Data __/_/_/_/