

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

MAÍRA LEMOS DE CASTRO TAUFICK

**PADRÕES DE CONSUMO ALCOÓLICO EM PACIENTES DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE E DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS MÉDICOS
PARA SEU RECONHECIMENTO**

Uberlândia

2013

MAÍRA LEMOS DE CASTRO TAUFICK

**PADRÕES DE CONSUMO ALCOÓLICO EM PACIENTES DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE E DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS MÉDICOS
PARA SEU RECONHECIMENTO**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Marques de Oliveira.

Uberlândia

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

T224p Taufick, Maíra Lemos de Castro, 1982-
2013 Padrões de consumo alcoólico em pacientes da atenção primária à saúde e dificuldades encontradas pelos médicos para seu reconhecimento / Maíra Lemos de Castro Taufick. -- 2013.
120 f. : il.

Orientador: Luiz Carlos Marques de Oliveira.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
Inclui bibliografia.

1. Ciências médicas - Teses. 2. Alcoolismo - Teses. 3. Alcoolismo - Diagnóstico - Teses. 4. Programa Saúde da Família (Brasil) - Teses. I. Oliveira, Luiz Carlos Marques de. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 61

MAÍRA LEMOS DE CASTRO TAUFICK

**PADRÕES DE CONSUMO ALCOÓLICO EM PACIENTES DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE E DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS MÉDICOS
PARA SEU RECONHECIMENTO**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Ciências da Saúde.

Uberlândia, 28 de fevereiro de 2013

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Luiz Carlos Marques de Oliveira - UFU

Prof. Dr. Carlos Henrique Alves de Rezende – UFU

Profa. Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa – UFTM

Aos meus pais **José Maria** e **Lilia**, meus exemplos de doação e generosidade, por nunca pouparem esforços para que eu pudesse acreditar e realizar meus sonhos. Aos meus irmãos queridos, **Tays, Neto e João Paulo**, pelo cuidado e incentivo, a vocês meu eterno agradecimento e amor.

Ao meu esposo **Rodrigo**, meu companheiro de todas as horas, tradução do amor, incentivo e apoio incondicional, que pelo simples olhar me transmitia a força e confiança que por vezes me faltava.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela benção da vida, por me dar força nos momentos de dificuldades e por sempre guiar meus passos.

Ao meu orientador, Prof. Dr. **Luiz Carlos Marques de Oliveira**, pela confiança em mim depositada, dedicação e disposição em sempre auxiliar-me. Agradeço também pelos momentos de aprendizagem e amizade. Sua dedicação à docência é realmente uma fonte de inspiração.

A todos os **professores** do Programa de **Pós-graduação em Ciências da Saúde FAMED/UFU** por serem fundamentais neste processo de aprendizagem e crescimento.

Às secretárias do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, **Gisele de Melo Rodrigues e Viviane G. P. Gonçalves** por toda atenção oferecida.

Aos **professores** da área de **Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia**, que despertaram em mim a vocação pela saúde pública.

À **professora Dra. Rosuíta Fratari Bonito**, pelo incentivo, apoio e disponibilidade.

À **Lays Aparecida Evangelista e Michelle da Silva**, pela ajuda na execução deste projeto e visitas às unidades. O grande esforço valeu a pena!

Aos **pacientes e médicos** que participaram deste estudo e aos **funcionários** das unidades de Atenção Primária à Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, que gentilmente colaboraram para sua realização.

Aos Superintendentes Regionais de Saúde, **Daltro Catani Filho** (Uberlândia) e **Lindomar Marques Babilônia** (Patos de Minas), pela compreensão e apoio.

Às colegas do **Núcleo de Atenção Primária à Saúde e Núcleo de Redes e Atenção à Saúde** da Superintendência de Patos de Minas, em especial à **Denise Fonseca** e **Maria José Lima**, pela acolhida e generosidade.

A todos os meus **amigos** da Superintendência Regional de Saúde de Uberlândia pela amizade, compreensão e presteza, em especial à **Ana Luísa Porto Nogueira, Fernanda Naves Dias, Floriza Pereira da Silva, Juliana Mendonça Guerra, Patrícia Renata Couto, Patrícia Nishioka, Joana D'Arc Astolphi, Maria Lúcia dos Reis, Nilcéia Fagundes Santos, Suzi Lázara Dias e Zeneide de Oliveira Ellera. Maria Lúcia**, obrigada também por permitir que eu fizesse de sua casa, a minha casa.

Ao meu amado sobrinho, **Otávio de Castro Melo** e às minhas afilhadas **Mariana de Castro Melo** e **Marina Rodrigues Myaki**, pelos momentos de descontração e alegria, que me ajudaram a aliviar meu cansaço e ansiedade.

Aos pais do meu esposo, **Valter Taufick Miguel** e **Maria do Carmo Domingos Taufick**, que compreenderam os períodos de distanciamento e concentração, mesmo nos momentos de confraternização. Obrigada pelo apoio e incentivo.

Às minhas **amigas** de Mestrado, em especial à **Andréa Carvalho Maia Vieira Castro, Tatiana Gonçalves dos Reis, Vanessa Custódio Afonso e Milena Dionízio Moreira** pelos momentos de muita concentração e outros tantos de muita diversão. Sou muito grata por tudo que fizeram por mim. Com vocês, esta jornada foi mais suave! Agradeço também ao **Thiago Humberto Silva** pelo suporte ao longo do curso.

Às minhas queridas amigas, **Andréa Faria Oliveira, Carolina Ribeiro de Alvarenga, Cláudia Fonseca Rodrigues Myaki, Flaviane Alves Maciel Rosa, Gisele Rodrigues da Silva, Juliana dos Santos Neves e Leandra Valadares Moreira** que de perto ou de longe, torceram por esta conquista. *“Um amigo fiel é uma poderosa proteção: quem o achou descobriu um tesouro”* (Eclesiástico 6,14)

*“Sou invisível, compreendam,
simplesmente porque as pessoas se recusam a
me ver”*

(Ralph Ellison)

RESUMO

Introdução: Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) atendem parcela significativa da população brasileira, na qual o abuso do álcool pode ser uma condição frequente. Profissionais da APS estão em posição favorável na identificação e abordagem de pacientes com problemas relacionados a esse consumo. **Objetivos:** Verificar, em uma cidade da região sudeste do Brasil, os padrões de consumo alcoólico entre pacientes atendidos na APS, as frequências com que são questionados sobre esse consumo e reconhecidos como usuários de risco, as características dessa abordagem pelos médicos, o nível de conhecimento e as barreiras percebidas pelos médicos no rastreamento do uso do álcool. **Materiais e Métodos:** Esse estudo transversal foi realizado nas 41 Equipes de Saúde da Família (ESF) do município, no período de novembro/2010 a novembro/2011. Entrevistamos os pacientes para coleta de dados sociodemográficos, avaliamos o consumo alcoólico através dos questionários *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) e *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty, Eye-opener* (CAGE) e analisamos seus prontuários para verificar as frequências de reconhecimento do abuso do álcool, e as condutas adotadas em relação a ele. Posteriormente, os 41 médicos das ESF responderam um questionário a respeito da abordagem dos pacientes em relação ao consumo alcoólico e as suas dificuldades quanto a essa abordagem. **Resultados:** Entrevistamos, consecutivamente, 932 pacientes adultos (576 mulheres e 356 homens). Entre todos, 17,5% apresentaram $AUDIT \geq 8$ e 10,5% apresentaram CAGE positivo; entre eles apenas 12,6% foram reconhecidos como alcoolistas e em aproximadamente 50% dos seus prontuários não havia registro da conduta adotada pelo profissional. Homens mais frequentemente apresentaram uso de risco ($AUDIT \geq 8$), CAGE positivo, foram questionados sobre consumo alcoólico e reconhecidos como alcoolistas. $AUDIT \geq 8$ foi mais frequente entre homens que não coabitavam com companheira, sem religião, com maior renda, que trabalhavam e sem doença crônica; e entre as mulheres da cor negra, sem religião e não portadora de doença crônica. CAGE positivo foi mais frequente entre homens de 35 a 54 anos, que não coabitavam com companheira, e entre mulheres sem religião. Questionamentos sobre o consumo alcoólico foi mais frequente entre homens de 35 a 54 anos e/ou com doenças crônicas, e entre mulheres de cor negra e/ou com doenças crônicas. Entre os médicos, 85,4% se auto avaliaram como pouco seguros na abordagem do consumo alcoólico, e não utilizam instrumentos de rastreamento desse consumo. As principais barreiras apontadas para o rastreamento do uso do álcool foram a falta de treinamento, que os pacientes não aceitam o

diagnóstico, falta de tempo e que os pacientes não querem ser perguntados sobre isso. A maioria considera grande a sua responsabilidade no rastreamento, aconselhamento e encaminhamento, mas não no tratamento. **Conclusões:** O uso do álcool é frequente entre pacientes atendidos na ESF, no entanto é pouco reconhecido pelos profissionais e a minoria dos alcoolistas é orientada quanto aos riscos deste consumo. Os relatos médicos sugerem que existe grande dificuldade na abordagem deste tema com o paciente e a necessidade de implementação de estratégias de capacitação e de motivação para essa abordagem.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Consumo de Bebidas Alcoólicas, Questionários, Rastreamento, Diagnóstico, Programa de Saúde da Família

ABSTRACT

Introduction: The services of Primary Health Care attend significant part of the Brazilian population, in which alcohol abuse may be a common condition. Primary Health Care professionals are in a favorable position for identifying and managing patients with problems related to alcohol consumption. **Objectives:** To determine the patterns of alcohol consumption among patients attended in Primary Health Care in a city in Southeastern Brazil. Also, the frequency of questioning patients about their alcohol consumption and recognition of them as risk drinkers, the characteristics of this approach by physicians, the level of knowledge and barriers observed by physicians in screening the alcohol consumption were also investigated. **Materials and Methods:** This cross-sectional study was conducted in 41 Family Health Units in the city, from November 2010 to November 2011. We interviewed the patients to collect sociodemographic data, assessed the alcohol consumption through questionnaires Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and Cut down, Annoyed by criticism, Guilty, Eye-opener (CAGE), and analyzed their medical records to check the frequencies of recognition of alcohol abuse by physicians, and the conduct adopted towards it. Afterward, the 41 Family Health physicians answered a questionnaire about the management of patients in relation to alcohol consumption and their difficulties with this approach. **Results:** A total of 932 adult patients (576 women and 356 men) were interviewed. Overall, 17.5% had $AUDIT \geq 8$ and 10.5% had positive CAGE; among them only 12.6% were recognized as alcoholics, and in approximately 50% of their medical records there was no notes on the conduct adopted by the professional. Men showed risk use ($AUDIT \geq 8$), positive CAGE, were asked about alcohol consumption and recognized as alcoholics more often than women. $AUDIT \geq 8$ was more common among men who did not cohabit with a partner, with no religion, with higher income, working and without chronic disease; and among black women, $AUDIT \geq 8$ was more often in those with no religion and without chronic disease. Positive CAGE was more frequent among men 35-54 years who did not cohabit with a partner, and among women with no religion. Questions about alcohol consumption were more frequent among men aged 35 to 54 years and/or with chronic diseases, and among black women and/or with chronic illnesses. Among the physicians, 85.4% evaluated themselves as unsafe in addressing alcohol consumption, and the use of screening instruments for alcohol consumption was not reported. The main barriers mentioned for screening alcohol

consumption were lack of training and lack of time by physicians, and refusal to accept the diagnosis and to answer questions about it by patients. A large majority of physicians considered their responsibility in screening, advising and referencing, but not in treating alcohol consumption. **Conclusions:** Alcohol use is common among patients attended in the Family Health Units, but it is poorly recognized by professionals and a minority of alcoholics is advised about the risk of alcohol consumption. The medical reports suggest that there is a great difficulty in approaching this issue with the patient and emphasize the need to implement strategies of training and motivation for screening the alcohol consumption.

Key-words: Primary Health Care, Alcohol drinking, Questionnaires, Screening, Diagnosis, Family Health Program

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Localização do município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. 32
- Figura 2** - Rede de Atenção à Saúde do município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil..... 33

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Frequência de médicos da Atenção Primária à Saúde que relataram ter participado de cursos de capacitação sobre o tema álcool e sua opinião sobre a necessidade de cursos de capacitação na área (N=41). Uberlândia, MG, Brasil. 2011. 64
- Gráfico 2** - Responsabilidade percebida pelos médicos em relação ao rastreamento, aconselhamento, tratamento e referenciamento uso do álcool entre pacientes na Atenção Primária à Saúde (N=41). Uberlândia, MG, Brasil. 2011. 77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes entrevistados. Uberlândia, MG, Brasil. 2010-2011.	42
Tabela 2. Frequência dos resultados do questionário AUDIT e CAGE em relação ao sexo. Uberlândia, MG, Brasil. 2010-2011.	43
Tabela 3. Frequência de pacientes com resultados dos questionários AUDIT \geq 8, CAGE positivo, que foram questionados sobre o consumo alcoólico durante a consulta médica e com anotações em prontuário sobre esse consumo alcoólico, de acordo com o sexo. Uberlândia, MG, Brasil. 2010 - 2011.	44
Tabela 4. Distribuição dos pacientes do sexo masculino com AUDIT \geq 8 e/ou CAGE positivo de acordo com os dados sociodemográficos. Uberlândia, MG, Brasil. 2010-2011. ..	46
Tabela 5. Distribuição dos pacientes do sexo feminino com AUDIT \geq 8 ou CAGE positivo, de acordo com os dados sociodemográficos. Uberlândia, MG, Brasil. 2010 - 2011.	48
Tabela 6. Distribuição dos pacientes do sexo masculino que afirmaram terem sido questionados sobre o consumo alcoólico durante a consulta médica (N= 201) de acordo com as variáveis avaliadas. Uberlândia, MG, Brasil. 2010- 2011.	50
Tabela 7. Distribuição dos pacientes do sexo feminino que afirmaram terem sido questionadas sobre o consumo alcoólico durante a consulta médica (N= 237), de acordo as variáveis avaliadas. Uberlândia, MG, Brasil. 2010- 2011.	53
Tabela 8. Características das anotações do consumo alcoólico no prontuário dos pacientes reconhecidos como alcoolistas (N=22). Uberlândia, MG, Brasil. 2010-2011.	56
Tabela 9. Frequência de reconhecimento do consumo de álcool (N=21), entre pacientes do sexo masculino com AUDIT \geq 8 e/ou CAGE positivo (N=112), de acordo as variáveis avaliadas. Uberlândia, MG, Brasil. 2010- 2011.	58
Tabela 10. Frequências e características das orientações médicas sobre o risco do consumo alcoólico entre pacientes com AUDIT \geq 8 ou CAGE positivo (N=175), segundo relato dos	

pacientes que disseram ter recibo tais orientações (N=61). Uberlândia, MG, Brasil. 2010-2011.	60
Tabela 11. Características sociodemográficas e profissionais dos médicos entrevistados. Uberlândia, MG, Brasil. 2011.	62
Tabela 12. Percepção dos médicos em relação à abordagem sobre o consumo alcoólico do paciente (N=41). Uberlândia, MG, Brasil. 2011.	65
Tabela 13. Frequência de médicos que tem conhecimento do que é abuso ou dependência alcoólica (N=41). Uberlândia, MG, Brasil. 2011.	66
Tabela 14. Características referentes ao diagnóstico do consumo alcoólico realizado pelo médico da Atenção Primária à Saúde (N=41). Uberlândia, MG, Brasil. 2011.	68
Tabela 15. Características da abordagem médica em relação ao consumo do álcool, instrumentos de rastreamento conhecidos ou utilizados por eles (N=41). Uberlândia, MG, Brasil. 2011.	70
Tabela 16. Condutas consideradas adequadas pelos médicos da Atenção Primária à Saúde para cada padrão de consumo alcoólico e aspectos relacionados ao encaminhamento do paciente (N=41). Uberlândia, MG, Brasil. 2011.	72
Tabela 17. Frequência com que os médicos perguntam sobre o consumo do álcool, que consideram importante realizar anotações em prontuário, que anotam em prontuário o consumo e desenvolvem atividades de promoção e prevenção do uso do álcool na Atenção Primária à Saúde (N=41). Uberlândia, MG, Brasil. 2011.	73
Tabela 18. Barreiras citadas pelos médicos para o rastreamento do uso do álcool entre pacientes da Atenção Primária à Saúde (N=41). Uberlândia, MG, Brasil. 2011.	74
Tabela 19. Razões identificadas pelos médicos para não oferecer aconselhamento, tratamento ou encaminhamento do uso do álcool entre pacientes na Atenção Primária à Saúde (N=41). Uberlândia, MG, Brasil. 2011.	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

AUDIT - *Alcohol Use Disorders Identification Test*

CAGE - *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty, Eye-opener*

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-ad - Centro de Atenção Psicossocial - álcool e outras drogas

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças - 10ª revisão

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DP - Desvio Padrão

DSM-IV - Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais - 4ª revisão

ESF - Equipe de Saúde da Família

GAP - Grupos de Aperfeiçoamento Profissional

GGT - Gama glutamil transferase

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC95% - Intervalo de Confiança 95%

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

OR - *Odds Ratio*

PEP - Programa de Educação Permanente

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
1.1 Epidemiologia do consumo do álcool	21
1.2 Consequências do uso do álcool.....	21
1.3 Consumo alcoólico - um problema negligenciado	23
1.4 Rastreamento do consumo alcoólico	24
1.5 Importância do reconhecimento do consumo alcoólico	25
1.6. Atenção ao paciente com consumo alcoólico problemático.....	26
1.7 Relevância do estudo	27
2 OBJETIVOS	28
2.1Objetivos gerais:	29
2.2 Objetivos específicos:.....	29
3 CASUÍSTICA E MÉTODO	31
4 RESULTADOS	39
4.1.Dados coletados entre pacientes da ESF	41
4.1.1 Distribuição sociodemográfica dos participantes	41
4.1.2 Uso do álcool.....	45
4.1.4 Reconhecimento do consumo alcoólico	55
4.2 Dados coletados entre os médicos da ESF	61
5 DISCUSSÃO	78

5.1 Entrevista aos pacientes.....	79
5.1.1 Sexo	80
5.1.2 Faixa etária	80
5.1.3 Cor da pele.....	81
5.1.4 Coabitar com companheiro.....	81
5.1.5 Religião.....	82
5.1.6 Escolaridade.....	82
5.1.7 Renda familiar	82
5.1.8 Trabalho.....	83
5.1.9 Doença crônica	84
5.1.10 Padrão de consumo alcoólico	84
5.2 Questionário aplicado aos médicos	85
5.2.1 Capacitação sobre o tema álcool	85
5.2.2 Motivação e segurança para abordagem do paciente sobre o uso do álcool	85
5.2.3 Conhecimento sobre abuso e dependência do álcool	86
5.2.4 Características da abordagem médica em relação ao consumo do álcool	88
5.2.5 Barreiras observadas no rastreamento, aconselhamento, encaminhamento e tratamento do consumo alcoólico	91
5.2.6 Percepção da responsabilidade médica no rastreamento, aconselhamento, encaminhamento	92
5.3 Limitações deste estudo.....	93

6 CONCLUSÕES	95
7 REFERÊNCIAS	98
APÊNDICES	106
APÊNDICE A - Questionário para coleta de dados dos pacientes.....	107
APÊNDICE B - Questionário para coleta de dados nos prontuários	108
APÊNDICE C - Questionário para coleta de dados dos médicos	109
ANEXOS	113
ANEXO A - Questionário AUDIT	114
ANEXO B - Questionário CAGE.....	116
ANEXO C - Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia	117
ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ^{PACIENTE}	118
ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ^{MÉDICO}	119
ANEXO F – Aprovação do Comitê de ética em Pesquisa	120

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Epidemiologia do consumo do álcool

O álcool é a droga mais consumida no mundo todo, sendo que dois bilhões de pessoas fazem algum tipo de consumo dessa substância. Estima-se que, em todo o mundo, 76,3 milhões de pessoas possuem transtornos relacionados ao uso do álcool e que 3,2% das mortes estão associadas ao seu uso (WHO, 2004). As Américas são as regiões de maior consumo no mundo, com valor de 8,7 litros por adulto enquanto a região do Mediterrâneo corresponde à menor média, de 0,7 litro por adulto (REHM et al., 2009). No Brasil são consumidos, anualmente, em média seis litros de álcool por pessoa (RONZANI, 2008). A região sul apresenta os maiores índices de padrão do consumo alcoólico frequente e muito frequente, enquanto que na região nordeste as pessoas geralmente consomem bebidas alcoólicas em maiores quantidades em uma ocasião; a bebida mais consumida pelos brasileiros é a cerveja ou o chope (LARANJEIRA et al., 2007).

Em 2005, em um levantamento sobre uso de drogas psicotrópicas nas 108 maiores cidades brasileiras observou-se que 12,3% da população com idade igual ou superior a 13 anos eram dependentes do álcool (CARLINI et al., 2006). De acordo com um levantamento sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira com idade igual ou maior a 14 anos, realizado entre novembro de 2005 a abril de 2006, 3% faziam uso nocivo e 9% eram dependentes do álcool. Ainda de acordo com este levantamento, 24% da população foram considerados bebedores frequentes (bebe uma vez por semana ou mais e pode ou não consumir cinco ou mais doses por ocasião, pelo menos uma vez por semana, e mais de uma vez por ano) ou frequente e pesado (bebe uma vez ou mais por semana e consome cinco ou mais doses por ocasião, uma vez na semana ou mais) (LARANJEIRA et al., 2007).

1.2 Consequências do uso do álcool

O consumo alcoólico contribui substancialmente para a carga global de doença, sendo responsável por 4% do total da mortalidade e entre 4% a 5% dos anos de vida ajustados por incapacidade (REHM et al., 2009). No Brasil, o consumo do álcool é o responsável por mais de 10% da morbidade e mortalidade que ocorrem no país (MELONI e LARANJEIRA, 2004).

O consumo abusivo do álcool é uma causa modificável de várias doenças crônicas, incluindo vários tipos de cânceres, doenças cardiovasculares, gastrointestinais, desordens neuropsiquiátricas, dentre outras. Além disso, pode predispor às lesões por causas externas e a problemas familiares e sociais, resultando em importantes custos humanos e econômicos para os países (REHM et al., 2009).

Apesar de que uma causalidade direta não possa ser estabelecida, o álcool pode ser considerado um fator adicional ou mediador para contribuir com a ocorrência de diversos problemas sociais, tais como o vandalismo, desordem pública, problemas familiares, como conflitos conjugais e divórcio, abuso de menores, problemas interpessoais, problemas financeiros, problemas ocupacionais, que não os de saúde ocupacional, e dificuldades educacionais (MELONI E LARANJEIRA, 2004). Em estudo realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia aproximadamente um terço das vítimas de causas externas ingeriu bebidas alcoólicas previamente ao trauma (FREITAS et al., 2008). Os resultados de um estudo realizado no estado de São Paulo mostraram que cerca de um terço dos suicídios na amostra foram cometidos subsequentemente ao consumo de álcool (PONCE et al., 2007). Segundo o levantamento sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira, apenas 17,6% relatou que nunca dirigiu alcoolizado e daqueles que declararam ter dirigido sob o efeito do álcool, a maioria bebeu mais do que o limite legal permitido no Brasil, aumentando assim o risco de acidentes (LARANJEIRA et al., 2007).

Além dos problemas de saúde relacionados e do notório custo social, as condições relacionadas ao uso do álcool acarretam também enormes gastos econômicos. No Brasil, de acordo com dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), nos últimos dois anos, o valor gasto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) referente às internações relacionadas somente aos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso do álcool, somou um montante de mais de 130 milhões de reais. Devemos considerar que este gasto é ainda maior, considerando que há outras doenças decorrentes do abuso do álcool que podem levar às internações hospitalares, como as doenças orgânicas (cirrose hepática, miocardiopatias, pancreatite crônicas, entre outras) e as lesões por causas externas, assim como o gasto ambulatorial decorrente de outras condições relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas.

Sendo o consumo do álcool um fator de risco evitável ou modificável, ações para reduzir a carga de doença e os custos associados ao álcool devem ser urgentemente ampliadas (REHM et al., 2009).

Apesar da expressiva parcela de pessoas com problemas relacionados ao consumo alcoólico, a ingestão de bebidas alcoólicas é aceita pela sociedade, sendo considerado um facilitador de relações interpessoais e estreitamento de vínculos sociais, além de fazer parte de um código de polidez, em que o abstinentes é socialmente constrangido (NEVES, 2004).

1.3 Consumo alcoólico - um problema negligenciado

Apesar de o consumo alcoólico representar um grave problema de saúde pública, este fato tem sido negligenciado nos serviços de atenção à saúde. Em um estudo realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia observou-se que durante os atendimentos médicos ambulatoriais e de enfermarias o abuso do álcool pelos pacientes foi subdiagnosticado e que os pacientes pareciam ser poucos orientados para o abandono da substância (OLIVEIRA e OLIVEIRA, 2006). Habitualmente, a abordagem do consumo do álcool não é vista pelo médico como prioridade (HAPKE et al., 1998; ROWLAND et al., 1987). Em estudo realizado no Hospital John Hopkins, em Nova Iorque, foi observado que apenas a minoria dos médicos considera grande sua responsabilidade no rastreamento, referenciamento e acompanhamento do paciente (GELLER et al., 1989). O aconselhamento de pacientes com problemas relacionados ao uso do álcool raramente é dado e frequentemente o referenciamento não é oferecido (AARVOLD e CROFTS, 2002).

A rede de Atenção Primária à saúde (APS) é a porta de entrada do indivíduo no sistema de saúde, em que se preconiza que o atendimento seja universal e o cuidado contínuo e integral. Uma rede de atenção primária à saúde organizada seria responsável pela resolutividade de aproximadamente 85% dos problemas de saúde de uma população (BRASIL, 2007; HARZHEIM, 2009). No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família é a forma prioritária para organização da atenção primária de saúde no país (BRASIL, 2011). O processo de trabalho das equipes de saúde da APS favorece o desenvolvimento do vínculo e da responsabilização entre a equipe de saúde e a comunidade atendida (BRASIL, 2011). Assim, os serviços da APS são locais favoráveis para se desenvolver estratégias para diagnóstico, prevenção e tratamento do consumo alcoólico. O uso problemático de álcool foi escolhido pelo Ministério da Saúde para compor a lista dos dez problemas de saúde a serem priorizados pela Estratégia Saúde da Família (MINTO et al., 2007). Neste contexto, os profissionais da atenção primária – médicos, enfermeiras, assistentes sociais ou agentes comunitários de saúde – ocupam uma posição relevante na identificação e abordagem daqueles pacientes cujo padrão de beber traz riscos ou danos à saúde (MINTO et al., 2007).

Em especial, o médico da APS pode desempenhar um papel importante no reconhecimento do consumo alcoólico, desenvolver ações educativas e intervir quando oportuno (BRADLEY, 1992; FLEMING, 2005; FRIEDMANN et al., 1997; MERSY, 2003; RIBEIRO, 2011, WHITLOCK et al., 2004). Uma percepção de atitudes favoráveis ou desfavoráveis destes profissionais frente ao consumo alcoólico do paciente pode ser decisiva na maneira de se realizar a abordagem, a avaliação, assim como atividades preventivas. Em um recente estudo observou-se que uma atitude médica positiva pode influenciar na redução ou interrupção do consumo alcoólico pelo paciente (RIBEIRO, 2011).

No Brasil, observou-se que uma significativa parcela dos pacientes atendidos nos serviços da APS eram alcoolistas (AMATO et al., 2008; CORDEIRO et al., 2006; IACOPONI et al., 1989; MAGNABOSCO et al., 2007; RONZANI, 2008; VARGAS et al., 2009). Apesar de em alguns estudos ter sido observado que pacientes da APS se mostram receptivos aos questionamentos sobre consumo do álcool e que não se sentiriam ofendidos com a abordagem sobre o tema (AMATO et al., 2008; MAKELA et al., 2011), a minoria é questionada sobre seu consumo alcoólico (AALTO et al., 2002; AALTO et al., 2004; AMATO et al., 2008). Durante nossa pesquisa bibliográfica não nos foi possível localizar estudo brasileiro em que se avaliou a frequência de reconhecimento do consumo alcoólico pelos profissionais de saúde da APS. Em estudos realizados no exterior, observaram-se que o consumo alcoólico entre pacientes dos serviços primários à saúde é subdiagnosticado pelos médicos (BUCHSBAUM et al., 1992; BERNER et al., 2007; CHEETA et al., 2008; MCQUADE et al., 2000; RUMPF et al., 2001), o tema raramente é discutido na rotina dos serviços de saúde e que a maioria dos pacientes não é orientada a respeito do risco desse consumo (AALTO et al., 2002; AALTO et al., 2004, FOULDS et al., 2012). Assim, existe a possibilidade que grande número de pacientes com consumo abusivo do álcool não sejam diagnosticados até que consequências mais graves, decorrentes deste consumo, comecem a aparecer (MAGNABOSCO et al., 2007). Por isso, o rastreamento do consumo alcoólico é justificado no âmbito da APS e representa uma possibilidade de se identificar o consumo alcoólico problemático, iniciando assim uma abordagem adequada para cada paciente.

1.4 Rastreamento do consumo alcoólico

O rastreamento ajuda a reconhecer os indivíduos com consumo alcoólico que apresente riscos, possibilita que se tome medidas de prevenção (FOULDS et al., 2012) e pode aumentar o nível de preocupação do paciente com problemas relacionados ao álcool e

encorajá-lo em realizar um automonitoramento e controle de ingestão da substância (ALLEN et al., 1995).

A triagem e o reconhecimento do consumo do álcool entre pacientes da APS fornece uma oportunidade de educar os pacientes em relação ao consumo do álcool, adotando medidas preventivas para a redução deste consumo (BARBOR et al., 2001). O rastreamento do consumo alcoólico pode ser realizado por meio de instrumentos padronizados, validados, de fácil utilização e interpretação, e adequados para se utilizar nas populações da APS (GRUCZA et al., 2008; WHITLOCK et al., 2004). Estes instrumentos têm se mostrado com boa sensibilidade e especificidade, e os mais frequentemente utilizados são os questionários AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) e o CAGE (*Cut- down, Annoyed, Guilty e Eye-opener*). O uso regular de instrumentos de triagem em serviços de atenção primária pode facilitar a comunicação entre médico-paciente, considerando os problemas relacionados ao álcool, melhorando assim a detecção do seu uso, o que possibilita lidar melhor com a utilização de tratamento médico apropriado (GRUCZA et al., 2008). Apesar de dados na literatura comprovarem a eficácia dos instrumentos de triagem na atenção primária, os médicos raramente os utilizam durante suas investigações (FIELLIN et al., 2000; FLEMING, 2005; FRIEDMANN et al., 2000; NYGAARD et al., 2010). Aalto e Seppa (2007) observaram que médicos relataram terem usado mais frequentemente marcadores laboratoriais do que o instrumento AUDIT, para detectar o abuso alcoólico do paciente. No entanto, os métodos laboratoriais para detectar problemas com o álcool, tais como volume corpuscular médio das hemácias (VCM), a gama glutamiltransferase (GGT), o aspartato e a alanina aminotransferases, demonstraram um fraco desempenho como instrumento de triagem (ESCOBAR et al., 1995).

1.5 Importância do reconhecimento do consumo alcoólico

O reconhecimento do consumo alcoólico do paciente possibilita intervir no consumo alcoólico problemático, tratando-o e evitando que este abuso desencadeie situações mais graves (AARVOLD e CROFTS, 2002; MCQUADE et al., 2000; WHITLOCK et al., 2004). O reconhecimento do abuso do álcool pode assegurar medidas de prevenção voltadas para doenças decorrentes de seu uso, como doenças orgânicas e lesões por causas externas, minimizando também o custo social e econômico atribuído a ele. Há benefícios na redução ou interrupção do consumo alcoólico e quando isso é feito precocemente, há redução significativa do risco de danos relacionados a este abuso (TOUMBOUROW et al., 1999). O

nível de intervenção necessária depende da gravidade do consumo alcoólico do paciente, como também de comorbidades existentes (FLEMING et al., 2005). A intervenção para a maioria dos pacientes com consumo alcoólico problemático requer menos de cinco minutos; caso seja necessário um aconselhamento breve, de até 15 minutos, recomenda-se utilizar material didático adequado e também desenvolver um plano de monitoramento ou de referência do paciente (BARBOR et al., 2001). Estas práticas podem ser incorporadas no atendimento médico rotineiro, ocupando um tempo mínimo, permitindo coletar mais informações sobre o paciente e motivá-lo à mudança de comportamento (MARQUES e FURTADO, 2004). Além disso, em vários estudos têm-se observado que pacientes que receberam aconselhamento apresentaram significativa redução do consumo alcoólico (MINTO et al., 2007).

1.6. Atenção ao paciente com consumo alcoólico problemático

As unidades de Atenção Primária à Saúde são os pontos de atenção responsáveis pela entrada do indivíduo no sistema de saúde, promoção de atividades coletivas e intersetoriais, assim como encaminhamento dos casos mais graves para tratamento especializado (MINAS GERAIS, 2006). Também é um local importante para se fazer a prevenção do uso abusivo do álcool e a identificação dos alcoolistas, que deverão ser aconselhados, tratados ou encaminhados para tratamentos específicos. Em alguns municípios, as equipes de Saúde da Família contam com o apoio matricial dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de uso abusivo de álcool. Os NASFs podem ter em sua composição profissionais ligados à saúde mental, como psicólogo e médico psiquiatra (BRASIL, 2008). Há ainda núcleos de apoio com prioridade para a atenção integral de usuários de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2010).

A rede de saúde mental também é constituída de outros pontos de atenção que possibilitam o atendimento do paciente alcoolista, tais como os Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS-ad), os serviços residenciais terapêuticos (SRT), Centros de Convivência e Hospitais Gerais. Esta rede deve funcionar de forma integrada e articulada, tendo o CAPS-ad como serviço estratégico na organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país, fundamental para o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2012).

1.7 Relevância do estudo

No Brasil, poucos estudos foram realizados para avaliar a frequência do consumo alcoólico entre pacientes atendidos na Atenção Primária à Saúde. Durante nossa pesquisa bibliográfica não nos foi possível localizar estudo brasileiro em que se avaliou a frequência de reconhecimento do consumo alcoólico pelos profissionais de saúde da APS, as características da abordagem médica frente a este consumo, assim como as barreiras encontradas por estes profissionais que atuam na APS para esta abordagem.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais:

Identificar os padrões de consumo alcoólico entre pacientes das ESF e à abordagem médica frente a este consumo.

2.2 Objetivos específicos:

➤ Verificar entre os pacientes atendidos na ESF:

- a relação entre consumo alcoólico e variáveis sociodemográficas;
- a frequência de questionamento sobre o consumo alcoólico durante a consulta médica e como ele é feito, conforme relato dos pacientes;
- a relação entre ser questionado sobre o consumo do álcool durante consulta médica e as suas variáveis sociodemográficas;
- a frequência de reconhecimento do consumo alcoólico do paciente por meio do registro no prontuário, e como foi reconhecido;
- as condutas adotadas para pacientes com consumo alcoólico reconhecido;
- as frequências e os tipos de orientações recebidas dos médicos sobre os riscos do consumo alcoólico, relatadas pelos pacientes;

➤ Verificar em relação aos médicos que atendem na ESF:

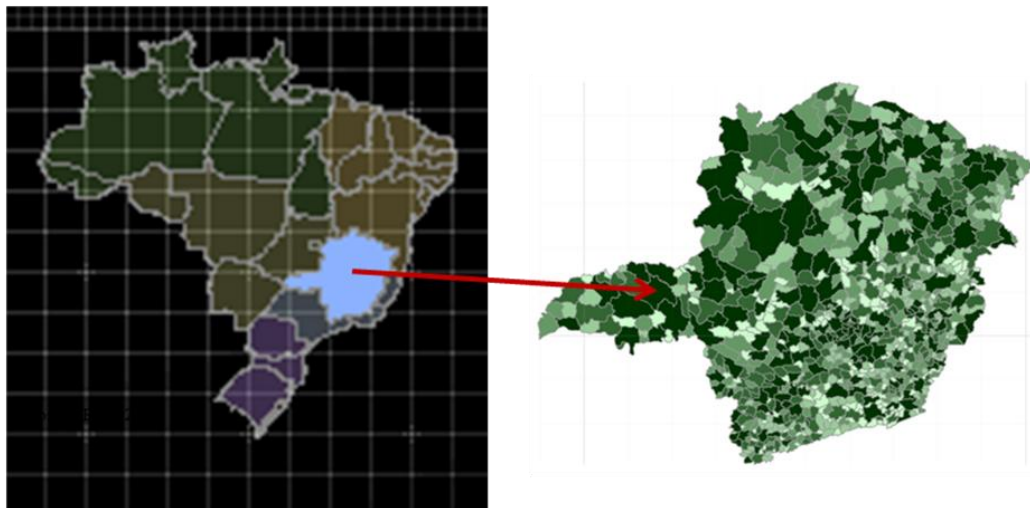
- as características da abordagem médica em relação ao consumo do álcool;
- a frequência de conhecimento em relação aos termos abuso e dependência alcoólica e as condutas que consideram adequadas para cada tipo de consumo;
- as frequências de conhecimento e de utilização de instrumentos de rastreamento do consumo alcoólico;
- a frequência que perguntam sobre o uso do álcool, que anotam este consumo em prontuário e que desenvolvem atividades de promoção e prevenção do uso do álcool;
- as barreiras percebidas pelos médicos para o rastreamento do consumo alcoólico e para o aconselhamento, tratamento ou encaminhamento;

- a sua percepção quanto à sua responsabilidade no rastreamento, aconselhamento, tratamento e referenciamento.

CASUÍSTICA E MÉTODO

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

Este estudo transversal foi realizado no período de novembro de 2010 a novembro de 2011, nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) do município de Uberlândia, estado de Minas Gerais. A população estimada do município, pelo Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (2010), é de 604.013 habitantes. Durante a elaboração deste estudo, estavam implantadas no município 41 Equipes de Saúde da Família (40 na zona urbana e uma na zona rural), lotadas em 39 UBSFs, com cobertura populacional de 23,42%, assistindo 141.450 habitantes (BRASIL, 2010). Todas as 39 unidades básicas com equipe de saúde da família foram incluídas neste estudo.



Fonte: IBGE, 2012

Figura 1 - Localização do município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.



Figura 2 - Rede de Atenção à Saúde do município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

Cada ESF é composta, no mínimo, por médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que trabalham em um território definido e possui população adscrita sob sua responsabilidade. O Ministério da Saúde recomenda que cada ESF acompanhe em média 3.000 pessoas (BRASIL, 2011). As unidades de saúde funcionam de segunda a sexta-feira, em dois turnos de atendimento (manhã/tarde), oferecendo consultas médicas, atividades em grupos e outras ações de saúde que tem por objetivo a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, no âmbito individual e coletivo (BRASIL, 2011).

O presente estudo foi composto por duas etapas. A primeira constituída de entrevista aos pacientes atendidos na ESF e análise dos respectivos prontuários e a segunda da aplicação de questionários aos médicos da ESF.

Inicialmente, na primeira etapa, realizamos um estudo piloto em uma das UBSF para treinamento e padronizações nas abordagens e na aplicação de instrumentos utilizados nesta pesquisa, sendo os pacientes abordados individualmente pelo grupo de pesquisadoras. Nas outras unidades, as entrevistas foram realizadas por cada uma das pesquisadoras. Para a realização deste estudo, convidamos no mínimo 20 pacientes em cada equipe de saúde, de modo consecutivo, conforme chegavam à UBSF, de forma aleatória. Entre todos os pacientes

convidados, sete recusaram-se em participar. Foram incluídos pacientes com idade mínima de 18 anos, de ambos os sexos, que estivessem presentes na unidade de saúde no dia da coleta de dados, e que já tivessem realizado pelo menos uma consulta médica na ESF, seja no dia da entrevista ou no último ano. Os pacientes analfabetos também foram incluídos neste estudo uma vez que todos os dados foram coletados por meio de entrevistas, que foram sempre realizadas em ambiente reservado para assegurar a privacidade do paciente.

O primeiro instrumento aplicado foi um questionário para coleta de dados sociodemográficos, que incluíam sexo, faixa etária, cor da pele autorreferida, se coabitava com companheiro, se tinha religião, escolaridade, renda familiar em salários mínimos e se trabalhava. Também solicitamos de cada paciente, informações a respeito da abordagem médica durante a consulta em relação ao uso de bebidas alcoólicas, tais como se já havia sido questionado sobre este consumo alguma vez pelo seu médico da ESF, que perguntas foram feitas pelo profissional a esse respeito, se foi orientado sobre o risco deste consumo e quais orientações recebeu (Apêndice A).

Em seguida, para rastreamento do consumo do álcool, cada paciente respondeu os questionários AUDIT (Anexo A) e o CAGE (Anexo B). O AUDIT foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (BABOR et al., 2001) e validado no Brasil por LIMA et al. (2005). Ele é composto por 10 questões de fácil interpretação, que avaliam o consumo alcoólico nos últimos 12 meses. Neste instrumento, os pacientes devem escolher apenas uma alternativa em cada pergunta, sendo a soma das respostas relacionada ao nível de risco do consumo alcoólico apresentado, ou seja, de 0 a 7 pontos, baixo risco; de 8 a 15 pontos, uso de risco; de 16 a 19 pontos, uso nocivo e 20 ou mais pontos caracteriza provável dependência. É recomendado que todo indivíduo com escore de AUDIT ≥ 8 seja considerado como um consumidor alcoólico de risco (BABOR et al., 2001). O CAGE consiste em um instrumento com quatro breves perguntas sobre o uso de bebidas alcoólicas, elaborado especificamente para detecção de abuso ou dependência alcoólica. O instrumento é considerado positivo quando há duas ou mais respostas positivas (EWING, 1984).

Posteriormente, os prontuários dos pacientes que participaram das entrevistas foram analisados utilizando-se um instrumento elaborado pelos autores desse estudo. Nesta análise, verificamos as frequências de reconhecimento do consumo do álcool pelos profissionais de saúde, por meio das anotações em prontuário (Apêndice B). Consideramos as anotações referentes ao ano anterior à entrevista com o paciente e que o consumo alcoólico foi reconhecido se havia anotações no prontuário, tais como, “alcoholismo”, “alcoólatra”, “etilismo”, “etilista”, “etilista crônico/pesado” ou a descrição da quantidade e período de

ingestão. Nos pacientes com escore AUDIT entre 8 a 15 pontos e CAGE negativo também consideramos o consumo do álcool como reconhecido se houvesse a descrição “etilista de fim de semana” ou “uso de bebida alcoólica no fim de semana”. O etilismo não foi reconhecido se nos prontuários dos pacientes com AUDIT \geq 8 e/ou CAGE positivo, havia anotações vagas como “nega etilismo”, “etilismo social”, “bebe às vezes” e outras anotações similares. Também investigamos sobre o motivo da consulta quando o consumo alcoólico foi reconhecido e a existência ou não de doença crônica. Os pacientes cujos prontuários não foram encontrados ou quando não havia registro da consulta no prontuário foram excluídos do estudo.

Na segunda etapa, todos os 41 médicos vinculados às ESFs foram convidados a participar deste estudo. O convite foi feito durante as reuniões do Programa de Educação Permanente (PEP), que é uma ação educacional da Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais, voltada para capacitação de médicos que atuam na ESF. No PEP, os médicos são organizados em Grupos de Aperfeiçoamento Profissional (GAP), compostos de oito a doze participantes, que se reúnem regularmente. Em Uberlândia, existem quatro GAP, com reuniões mensais, no Campus Umuarama da Universidade Federal de Uberlândia. Visitamos os GAP para realizar a aplicação dos questionários aos médicos, no período de agosto a novembro de 2011. Os médicos que não compareceram às reuniões do PEP, foram convidados a participar da pesquisa na própria unidade de saúde em que trabalhavam, durante seu horário de funcionamento. Foi entregue a todos os médicos que concordaram em participar da pesquisa, um questionário não estruturado, elaborado pelos autores, composto por 28 itens (Apêndice C). Neste questionário se incluíam questões como sexo, idade, estado civil, especialidade, tempo de exercício profissional, questões referentes à capacitação específica sobre o tema álcool, opinião sobre a necessidade de realização de cursos de capacitação e aperfeiçoamento na área, sua motivação para realizar atividades de promoção e prevenção do consumo alcoólico e a auto-avaliação na abordagem do paciente em relação ao consumo do álcool. Esse questionário também continha perguntas abertas, questionando sobre em que situação acha importante coletar uma história sobre o consumo do álcool, sobre seu conhecimento sobre as definições termos abuso e dependência alcoólica, qual a conduta considerada adequada para cada um desses tipos de uso, qual paciente que precisa ser encaminhado para tratamento do álcool, se o aspecto do paciente é importante para se questionar sobre o consumo do álcool e como ele faz o diagnóstico deste consumo.

Entre os médicos, também investigamos se ele conhece e utiliza instrumentos de rastreamento do consumo alcoólico, se ele considera importante fazer anotações no prontuário

sobre o consumo alcoólico do paciente e com que frequência pergunta, anota e desenvolve atividades de promoção e prevenção do consumo alcoólico. Por fim, o questionário continha perguntas relativas às barreiras percebidas por eles no rastreamento do consumo alcoólico, as razões para não oferecer aconselhamento, tratamento ou encaminhamento e qual a percepção quanto à sua responsabilidade no rastreamento, aconselhamento, tratamento e encaminhamento. Após a entrega do questionário ao médico, ele era imediatamente preenchido e devolvido para as pesquisadoras. Nenhum médico se recusou em participar deste estudo.

Nas questões abertas, as respostas foram agrupadas em categorias segundo a similaridade. As respostas sobre o conhecimento dos termos abuso e dependência, foram distribuídas em três grupos: conhece, conhece parcialmente e desconhece. Para isto, consideramos as definições contidas na Classificação Internacional de Doenças - 10ª versão - CID - 10 (OMS, 1997) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais - 4ª versão - DSM - IV (APA, 2000):

- Abuso do álcool:
 - ✓ Modo de consumo de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde. As complicações podem ser físicas (por exemplo, hepatite consequente a injeções de droga pela própria pessoa) ou psíquicas (por exemplo, episódios depressivos secundários a grande consumo de álcool). Abuso de uma substância psicoativa (CID-10).
 - ✓ Os desempenhos escolar e ocupacional podem sofrer tanto pelos efeitos posteriores do consumo alcoólico quanto pela intoxicação durante o trabalho ou na escola; as responsabilidades envolvidas em cuidar dos filhos ou da casa podem ser negligenciadas, e ausências relacionadas ao álcool podem ocorrer na escola ou no trabalho. O indivíduo pode usar o álcool em circunstâncias fisicamente contra-indicadas (por ex., dirigir um veículo ou operar máquinas estando embriagado). Dificuldades legais podem decorrer do uso de álcool (por ex., detenções por comportamento intoxicado ou por dirigir alcoolizado). Finalmente, os indivíduos com Abuso de Álcool podem continuar consumindo-o, apesar de saberem que o consumo continuado lhes traz problemas sociais ou interpessoais significativos (por ex., discussões violentas com o cônjuge enquanto intoxicado, abuso dos filhos). Quando esses problemas são acompanhados por evidências de tolerância, abstinência ou comportamento compulsivo relacionado ao uso de álcool, um diagnóstico de Dependência de Álcool, ao invés de Abuso de Álcool, deve ser considerado (DSM-IV).
- Dependência alcoólica:
 - ✓ Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente

associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física. A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o diazepam), a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes. Alcoolismo crônico. Dipsomania. Toxicomania (CID-10).

- ✓ A dependência fisiológica de álcool é indicada por evidências de tolerância ou sintomas de Abstinência. A Abstinência de álcool é caracterizada pelo desenvolvimento de sintomas de abstinência, mais ou menos 12 horas após a redução do consumo pesado e prolongado de álcool. Uma vez que a abstinência do álcool pode ser desagradável e intensa, os indivíduos com Dependência de Álcool podem continuar consumindo álcool, apesar das consequências adversas, muitas vezes para evitar ou aliviar os sintomas de abstinência. Uma minoria substancial dos indivíduos com Dependência de Álcool jamais experimenta níveis clinicamente relevantes de Abstinência de Álcool, e apenas cerca de 5% dos indivíduos com Dependência de Álcool chegam a experimentar severas complicações da abstinência (por ex., Delirium, convulsões de grande mal). Uma vez que se desenvolva um padrão de uso compulsivo, os indivíduos com Dependência podem dedicar um tempo substancial à obtenção e ao consumo de bebidas alcoólicas. Esses indivíduos freqüentemente continuam usando o álcool, apesar das evidências de consequências psicológicas ou físicas adversas (por ex., depressão, apagamentos, doença hepática ou outras sequelas (DSM-IV).

A amostra mínima calculada de pacientes para este estudo foi de 280 pacientes, considerando-se que a população atendida nas ESFs de Uberlândia é de 141.450 habitantes (BRASIL, 2010), uma prevalência de consumo alcoólico abusivo de 24% (LARANJEIRA et al., 2009), erro de 5% e um intervalo de confiança de 95%. Para armazenamento e análise dos resultados utilizamos o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 17.0, IBM Inc., Chicago, IL, EUA, 2008). As variáveis consumo de risco (AUDIT \geq 8), CAGE positivo, ser questionado durante consulta médica e ter anotações em prontuário sobre o consumo alcoólico foram consideradas como variáveis dicotômicas (sim ou não), sendo analisadas em relação aos dados sociodemográficos e à presença de doença crônica. Também analisamos as frequências de questionamentos sobre o uso do álcool durante consulta médica

e de reconhecimento do consumo alcoólico nos prontuários em relação aos padrões de consumo alcoólico detectado pelo AUDIT ou CAGE. Para estes cálculos utilizamos o teste estatístico razões de chances (*Odds Ratio* - *OR*) e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Utilizamos o teste qui-quadrado para analisar as frequências dos resultados AUDIT (baixo risco, uso de risco, uso nocivo e provável dependência) e CAGE (negativo e positivo), em relação ao sexo. Na segunda etapa, foi realizada análise descritiva dos dados coletados, obtendo as frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. O valor de $p \leq 0,05$ foi considerado significativo.

Para a realização deste estudo, foi obtida a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia (Anexo C). Todos os pacientes que concordaram em participar deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ^{PACIENTE} (Anexo D), que incluía a autorização para consulta de seus respectivos prontuários para coleta adicional de informações. Os médicos que participaram também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ^{MÉDICO} (Anexo E). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia, parecer final nº. 776/10 (Anexo F) e foi conduzido dentro dos padrões da declaração de Helsinki e suas atualizações.

Este estudo foi elaborado de acordo com as normas técnicas nº. 6023/2002 e 14724/2011 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

RESULTADOS

4 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em tabelas, gráficos ou de forma textual. As diferenças estatisticamente significantes serão assinaladas com asterisco ou com letra minúscula sobrescrita, e o teste estatístico utilizado descrito abaixo da tabela.

4.1.Dados coletados entre pacientes da ESF

4.1.1 Distribuição sociodemográfica dos participantes

No presente estudo, foram entrevistados 932 indivíduos, sendo 576 (61,8%) do sexo feminino e 356 (38,2%) do sexo masculino, com idades variando de 18 a 89 anos.

Entre os pacientes entrevistados, houve predomínio de indivíduos do sexo feminino, com 55 anos ou mais, de cor parda, que coabitavam com companheiro(a), que tinham religião, com ensino fundamental completo ou incompleto, com renda familiar menor ou igual a três salários mínimos e que não trabalhavam. Entre os homens, a maioria dos indivíduos trabalhava (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes entrevistados. Uberlândia, MG, Brasil. 2010-2011.

Variáveis	Homens (n=356)		Mulheres (n=576)		Total (N=932)	
	n	%	n	%	N	%
Faixa etária (anos) †	51,6 ± 14,8		43 ± 14,5		46,3 ± 15,2	
18 I—I 24	19	5,3	61	10,6	80	8,6
25 I—I 34	36	10,1	125	21,7	161	17,3
35 I—I 44	56	15,7	134	23,3	190	20,4
45 I—I 54	75	21,1	137	23,8	212	22,7
≥ 55	170	47,8	119	20,7	289	31,0
Cor da pele						
Parda	152	42,7	253	43,9	405	43,4
Branca	150	42,1	226	39,2	376	40,3
Negra	50	14,0	91	15,8	141	15,1
Outras‡	4	1,1	6	1,0	10	1,1
Coabitar com companheiro						
Sim	245	68,8	363	63,0	608	65,2
Não	111	31,2	213	37,0	324	34,8
Ter religião						
Sim	315	88,5	520	90,3	835	89,6
Não	41	11,5	56	9,7	97	10,4
Escolaridade §						
≤ Fundamental	263	73,9	382	66,3	645	69,2
≥ Médio	93	26,1	194	33,7	287	30,8
Renda familiar						
≤ 3	312	87,6	546	94,8	858	92,1
> 3	44	12,4	30	5,2	74	7,9
Trabalho						
Sim	192	53,9	241	41,8	433	46,4
Não	164	46,1	335	58,2	499	53,5

† Média ± desvio-padrão ; ‡ Amarelo (n=9) ou indígena (n=1); § completo ou incompleto; || Em salários mínimos vigentes na época da coleta de dados

Entre todos os pacientes, 164 (17,6%) eram consumidores de risco (AUDIT \geq 8) e 98 (10,5%) dos pacientes apresentaram resultados positivos do questionário CAGE, que foi mais frequentemente em homens (Tabela 2).

Tabela 2. Frequência dos resultados do questionário AUDIT e CAGE em relação ao sexo. Uberlândia, MG, Brasil. 2010-2011.

Variáveis	Homens (n=356)		Mulheres (n=576)		p	Total (N=932)	
	n	%	n	%		N	%
AUDIT							
Baixo Risco (0 - 7 pontos)	248	69,7 ^a	520	90,3 ^b	0,00	768	82,4
Uso de risco (8 - 15 pontos)	73	20,5 ^c	43	7,5 ^d	0,00	116	12,4
Uso nocivo (16 - 19 pontos)	21	5,9 ^e	6	1,0 ^f	0,00	27	2,9
Provável Dependência (\geq 20 pontos)	14	3,9 ^g	7	1,2 ^h	0,00	21	2,2
CAGE							
Negativo	292	82,0 ^j	542	94,1 ⁱ	0,00	834	89,5
Positivo	64	18,0 ^l	34	5,9 ^m	0,00	98	10,5

AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test*

CAGE: *Cut- down, Annoyed, Guilty e Eye-opener*

b > a; c > d; e > f; g > h; i > j; l > m. Teste qui-quadrado.

Homens mais frequentemente do que as mulheres apresentaram AUDIT ≥ 8 , CAGE positivo e foram mais frequentemente questionados sobre o consumo alcoólico durante consulta médica e identificados como etilistas (Tabela 3).

Tabela 3. Frequência de pacientes com resultados dos questionários AUDIT ≥ 8 , CAGE positivo, que foram questionados sobre o consumo alcoólico durante a consulta médica e com anotações em prontuário sobre esse consumo alcoólico, de acordo com o sexo. Uberlândia, MG, Brasil. 2010 - 2011.

Variáveis	n	%	OR	IC 95%
AUDIT ≥ 8				
Feminino (n=576)	56	9,7	1	
Masculino (n=356)	108	30,3	4**	2,8 - 5,8
CAGE positivo				
Feminino (n=576)	34	5,9	1	
Masculino (n=356)	64	18	3,5**	2,2 - 5,4
Questionado durante consulta[†]				
Feminino (n=567)	237	41,8	1	
Masculino (n=350)	201	57,4	1,9**	1,4 - 2,4
Anotações em prontuário sobre o consumo alcoólico[‡]				
Feminino (n=63)	1	1,6	1	
Masculino (n=112)	21	18,8	14,3**	1,9 - 109,1

AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test*

CAGE: *Cut- down, Annoyed, Guilty e Eye-opener*

[†] segundo relato do paciente; [‡] pacientes com AUDIT ≥ 8 ou CAGE ≥ 2 . * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$.

OR: *Odds Ratio*; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%. Nota: Porcentagens calculadas sobre o número de respostas válidas de cada item.

4.1.2 Uso do álcool

Entre os homens, pontuação no AUDIT ≥ 8 foi mais frequente em indivíduos nas faixas etárias de 18 a 34 anos e 35 a 54 anos, que não coabitam com companheira, que não tem religião, com renda familiar maior que três salários mínimos, que trabalham e que não são portadores de doença crônica. CAGE positivo foi mais frequente em homens na faixa etária de 35 a 54 anos e que não coabitam com companheira. Não houve diferença significativa entre AUDIT ≥ 8 ou CAGE positivo e as outras variáveis avaliadas (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos pacientes do sexo masculino com AUDIT ≥ 8 e/ou CAGE positivo de acordo com os dados sociodemográficos. Uberlândia, MG, Brasil. 2010-2011.

Variáveis	AUDIT ≥ 8 (N=108)				CAGE positivo (N=64)			
	n	%	OR	IC 95%	n	%	OR	IC 95%
Faixa etária								
18 I—I 34 (n=55)	23	41,8	3,1**	1,6 - 6,0	10	18,2	1,7	0,7 - 3,8
35 I—I 54 (n=131)	53	40,4	2,9**	1,7 - 4,9	34	26	2,6**	1,4 - 4,8
≥ 55 (n=170)	32	18,8	1		20	11,8	1	
Cor da pele								
Parda (n=152)	42	27,6	1		27	17,8	1	
Branca (n=150)	44	29,3	1,1	0,6 - 1,8	27	18	1	0,6 - 1,8
Negra (n=50)	21	42	1,9	1 - 3,7	10	20	1,2	0,5 - 2,6
Coabitar com companheira								
Sim (n=245)	66	26,9	1		37	15,1	1	
Não (n=111)	42	37,8	1,6*	1 - 2,6	27	24,3	1,8*	1 - 3,2
Ter religião								
Sim (n=315)	88	27,9	1		53	16,8	1	
Não (n=41)	20	48,8	2,4**	1,3 - 4,8	11	26,8	1,8	0,8 - 3,8
Escolaridade[†]								
\leq Fundamental (n=263)	79	30,0	1		49	18,6	1,2	0,6 - 2,2
\geq Médio (n=93)	29	31,2	1,0	0,6 - 1,8	15	16,1	1	
Renda familiar[‡]								
≤ 3 (n=312)	86	27,6	1		57	18,3	1,2	0,5 - 2,8
> 3 (n=44)	22	50,0	2,6**	1,4 - 5,0	7	15,9	1	
Trabalho								
Não (n=164)	35	21,3	1		24	14,6	1	
Sim (n=192)	73	38,0	2,3**	1,4 - 3,6	40	20,8	1,5	0,9 - 2,7
Doença crônica								
Sim (n=233)	60	25,8	1		38	16,3	1	
Não (n=123)	48	39,0	1,8**	1,2 - 2,9	26	21,1	1,4	0,8 - 2,4

AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test*

CAGE: *Cut- down, Annoyed, Guilty e Eye-opener*

[†] completo ou incompleto; [‡] Em salários mínimos vigentes na época da coleta de dados. * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$.

OR: *Odds Ratio*; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%. Nota: Porcentagens calculadas sobre o número de respostas válidas de cada item.

Entre as mulheres, a pontuação no AUDIT ≥ 8 foi mais frequente nas faixas etárias de 18 a 34 anos e 35 a 54 anos, entre aquelas de cor negra, que não tem religião e que não são portadoras de doença crônica. CAGE positivo foi mais frequente em mulheres que não tem religião. Não houve diferença significativa entre AUDIT ≥ 8 ou CAGE positivo e as outras variáveis avaliadas (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição dos pacientes do sexo feminino com AUDIT ≥ 8 ou CAGE positivo, de acordo com os dados sociodemográficos. Uberlândia, MG, Brasil. 2010 - 2011.

Variáveis	AUDIT ≥ 8 (N=56)				CAGE positivo (N=34)			
	n	%	OR	IC 95%	n	%	OR	IC 95%
Faixa etária								
18 I—I 34 (n=186)	32	17,2	24,5**	3,3 - 182	14	7,5	3,1	0,9 - 11,2
35 I—I 54 (n=271)	23	8,5	11**	1,5 - 82	17	6,3	2,6	0,7 - 9,0
≥ 55 (n=119)	1	0,8	1		3	2,5	1	
Cor da pele								
Branca (n=226)	16	7,1	1		10	4,4	1	
Parda (n=253)	23	9,1	1,3	0,7 - 2,6	15	5,9	1,4	0,6 - 3,1
Negra (n=91)	16	17,6	2,8**	1,3 - 5,9	8	8,8	2,1	0,8 - 5,4
Coabitar com companheiro								
Não (n=213)	20	9,4	1		13	6,1	1	0,5 - 2,2
Sim (n=363)	36	9,9	1,1	0,6 - 1,9	21	5,8	1	
Religião								
Sim (n=520)	42	8,1	1		26	5	1	
Não (n=56)	14	25	3,8**	1,9 - 7,5	8	14,3	3,2**	1,4 - 7,4
Escolaridade[†]								
\geq Médio (n=194)	15	7,7	1		7	3,6	1	
\leq Fundamental (n=382)	41	10,7	1,4	0,8 - 2,7	27	7,1	2	0,9 - 4,8
Renda familiar[‡]								
> 3 (n=30)	2	6,7	1		1	3,3	1	
≤ 3 (n=546)	54	9,9	1,5	0,4 - 6,6	33	6	1,9	0,2 - 14,1
Trabalho								
Sim (n=241)	22	9,1	1		11	4,6	1	
Não (n=335)	34	10,1	1,1	0,6 - 2,0	23	6,9	1,5	0,7 - 3,2
Doença crônica								
Sim (n=297)	17	5,7	1		15	5	1	
Não (n=279)	39	14	2,7**	1,5 - 4,8	19	6,8	1,4	0,7 - 2,8

AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test*

CAGE: *Cut- down, Annoyed, Guilty e Eye-opener*

[†] completo ou incompleto; [‡] Em salários mínimos vigentes na época da coleta de dados. * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$.

OR: *Odds Ratio*; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%. Nota: Porcentagens calculadas sobre o número de respostas válidas de cada item.

4.1.3 Questionamento pelo médico durante a consulta sobre o uso do álcool

Entre os 438 (47,8%) pacientes, que afirmaram terem sido questionados pelo médico a respeito do uso do álcool, 407(92,9%) relataram que apenas foi realizada a pergunta “*Você bebe?*” ou “*Você usa bebida alcoólica?*”, cinco (1,1%) relataram que foram questionados sobre o tipo de bebida utilizada, quatro (0,9%) sobre o tipo de bebida consumida e a frequência de consumo, três (0,7%) sobre a frequência do consumo e um (0,2%) sobre o tempo de consumo.

Entre os homens, a frequência de pacientes que afirmaram terem sido questionados sobre o consumo alcoólico durante a consulta médica foi maior em indivíduos na faixa etária de 35 a 54 anos e entre aqueles portadores de doença crônica. Não houve diferença significativa entre ser questionado sobre o consumo do álcool durante consulta médica e as outras variáveis avaliadas (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição dos pacientes do sexo masculino que afirmaram terem sido questionados sobre o consumo alcoólico durante a consulta médica (N= 201) de acordo com as variáveis avaliadas. Uberlândia, MG, Brasil. 2010- 2011.

Variáveis	Questionado durante consulta [†]			
	n	%	OR	IC 95%
Faixa etária				
18 I-I 34 (n=55)	24	43,6	1	
35 I-I 54 (n=129)	82	63,6	2,2*	1,2 - 4,3
≥ 55 (n=166)	95	57,2	1,7	0,9 - 3,2
Cor da pele				
Negra (n=49)	25	51,0	1	
Parda (n=149)	87	58,4	1,3	0,7 - 2,6
Branca (n=148)	87	58,8	1,4	0,7 - 2,6
Coabitar com companheiro(a)				
Sim (n=239)	135	56,5	1	
Não (n=111)	66	59,4	1,1	0,7 - 1,8
Religião				
Não (n=41)	20	48,8	1	
Sim (n=309)	181	58,6	1,5	0,8 - 2,8
Escolaridade[‡]				
≥ Médio (n=91)	50	54,9	1	
≤ Fundamental (n=259)	151	58,3	1,1	0,7 - 1,8
Renda familiar[§]				
> 3 (n=44)	20	45,4	1	
≤ 3 (n=306)	181	59,2	1,7	0,9 - 3,3
Trabalho				
Sim (n=189)	108	57,1	1	
Não (n=161)	93	57,8	1	0,7 - 1,6
Doença crônica				
Não (n=122)	55	45,1	1	
Sim (n=228)	146	64,0	2,2**	1,4 - 3,4

Tabela 6. Distribuição dos pacientes do sexo masculino que afirmaram terem sido questionados sobre o consumo alcoólico durante a consulta médica (N= 201), de acordo com as variáveis avaliadas. Uberlândia, MG, Brasil. 2010- 2011.

Variáveis	(continuação)			
	Questionado durante consulta [†]			
	n	%	OR	IC 95%
Padrão de consumo alcoólico				
<i>Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)</i>				
Baixo Risco (n=243)	133	54,7	1	
Uso de Risco (n=73)	44	60,3	1,2	0,7 - 2,1
Uso Nocivo+ PD (n=34)	24	70,6	2	0,9 - 4,3
<i>Cut- down, Annoyed, Guilty e Eye-opener (CAGE)</i>				
Negativo (n=287)	158	55,0	1	
Positivo (n=63)	43	68,2	1,8	1 - 3,1

[†] segundo relato do paciente; [‡] completo ou incompleto; [§] Em salários mínimos vigentes. PD = Provável Dependência. * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$. OR: *Odds Ratio*; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%. Nota: Porcentagens calculadas sobre o número de respostas válidas de cada item.

Entre as mulheres, a frequência de pacientes que afirmaram terem sido questionadas sobre o consumo alcoólico durante a consulta médica foi maior entre aquelas de cor negra e entre as portadoras de doença crônica. Não houve diferença significativa entre ser questionada sobre o consumo do álcool durante consulta médica e as outras variáveis avaliadas (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição dos pacientes do sexo feminino que afirmaram terem sido questionadas sobre o consumo alcoólico durante a consulta médica (N= 237), de acordo as variáveis avaliadas. Uberlândia, MG, Brasil. 2010- 2011.

Variáveis	Questionado durante consulta [†]			
	n	%	OR	IC 95%
Faixa etária				
18 I-I 34 (n=184)	73	39,7	1	
35 I-I 54 (n=267)	110	41,2	1,1	0,7 - 1,6
≥ 55 (n=116)	54	46,6	1,3	0,8 - 2,1
Cor da pele				
Branca (n=221)	86	38,9	1	
Parda (n=250)	98	39,2	1	0,7 - 1,5
Negra (n=90)	50	55,6	2**	1,2 - 3,2
Coabitar com companheiro				
Não (n=209)	85	40,7	1	
Sim (n=358)	152	42,4	1,1	0,8 - 1,5
Religião				
Não (n=56)	18	32,1	1	
Sim (n=511)	219	42,8	1,6	0,9 - 2,8
Escolaridade[‡]				
≤ Fundamental (n=375)	156	41,6	1	
≥ Médio (n=192)	81	42,2	1	0,7 - 1,4
Renda familiar[§]				
> 3 (n=29)	11	37,9	1	
≤ 3 (n=538)	226	42	1,2	0,5 - 2,6
Trabalho				
Sim (n=238)	98	41,2	1	
Não (n=329)	139	42,2	1	0,7 - 1,5
Doença crônica				
Não (n=275)	100	36,4	1	
Sim (n=292)	137	46,9	1,5**	1,1 - 2,2

Tabela 7. Distribuição dos pacientes do sexo feminino que afirmaram terem sido questionadas sobre o consumo alcoólico durante a consulta médica (N= 237), de acordo as variáveis avaliadas. Uberlândia, MG, Brasil. 2010- 2011.

Variáveis	(continuação)			
	Questionado durante consulta [†]			
	n	%	OR	IC 95%
Padrão de consumo alcoólico				
<i>Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)</i>				
Baixo Risco (n=511)	213	41,7	1	
Uso de Risco (n=43)	18	41,9	1	0,5 - 1,9
Uso Nocivo+ PD (n=13)	6	46,2	1,2	0,4 - 3,6
<i>Cut- down, Annoyed, Guilty e Eye-opener (CAGE)</i>				
Negativo (n=533)	225	42,2	1,3	0,6 - 2,8
Positivo (n=34)	12	35,3	1	

[†] segundo relato do paciente; [‡] completo ou incompleto; [§] Em salários mínimos vigentes. PD = Provável Dependência. * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$. OR: *Odds Ratio*; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%. Nota: Porcentagens calculadas sobre o número de respostas válidas de cada item.

4.1.4 Reconhecimento do consumo alcoólico

Entre todos os pacientes, 175 (18,8%) tiveram AUDIT \geq 8 e/ou CAGE positivo [63 mulheres (10,9%) e 112 homens (31,5%)]. Considerando estes pacientes, anotações sobre o consumo alcoólico foram encontradas em 22 (12,6%) prontuários, sendo caracterizado reconhecimento do alcoolismo.

Entre todos os pacientes, a maioria das anotações sobre consumo alcoólico nos prontuários dos pacientes do sexo masculino foi registrada por médicos, houve predomínio de anotações de apenas termos descritivos do consumo alcoólico e em aproximadamente 50% dos prontuários dos pacientes reconhecidos não havia registro quanto à conduta adotada em relação ao uso do álcool. Entre todos os pacientes que foram reconhecidos como alcoolistas, um terço procurou a ESF devido ao alcoolismo (Tabela 8).

Tabela 8. Características das anotações do consumo alcoólico no prontuário dos pacientes reconhecidos como alcoolistas (N=22). Uberlândia, MG, Brasil. 2010-2011.

Conduitas adotadas e motivos das consultas	n	%
Profissional responsável pelo reconhecimento do consumo		
Médico	21	95,4
Nutricionista	1	4,5
Descrição no prontuário		
Etilista/etilismo/etilista crônico/etilista pesado/alcoolismo/ alcoólatra/etilista de fim de semana	16	74,7
Etilista ou etilismo + número de doses consumidas/dia	4	18,2
Número de doses/dia	2	9,1
Conduta adotada em relação ao alcoolismo		
Sem registro no prontuário	10	45,4
Encaminhamento para tratamento especializado	7	31,8
Aconselhamento para reduzir ou interromper o consumo	5	22,7
Motivo da consulta em que ocorreu o reconhecimento		
Alcoolismo	7	31,8
Doenças cardiovasculares	7	31,8
Doenças cardiovasculares + Diabetes mellitus	2	9,1
Gota	1	4,5
Dislipidemia	2	9,1
Outros [†]	3	13,6

[†] Edema no joelho e dor torácica (n=1); Consulta nutricionista (n=1); Tontura frequente no local de trabalho (n=1).

Entre os homens, não houve relação entre ser reconhecido como alcoolista e as variáveis avaliadas. Houve uma tendência ($p=0,06$) de que pacientes com consumo alcoólico nocivo ou prováveis dependentes serem mais frequentemente identificados que os pacientes com uso alcoólico de risco. (Tabela 9).

Tabela 9. Frequência de reconhecimento do consumo de álcool (N=21), entre pacientes do sexo masculino com AUDIT ≥ 8 e/ou CAGE positivo (N=112), de acordo as variáveis avaliadas. Uberlândia, MG, Brasil. 2010- 2011.

Variáveis	Anotações em prontuário sobre o consumo alcoólico			
	n	%	OR	IC 95%
Faixa etária				
18 I-I 34 (n=23)	2	8,7	1	
35 I-I 54 (n=55)	13	23,6	3,2	0,7 - 15,8
≥ 55 (n=34)	6	17,6	2,2	0,4 - 12,3
Cor da pele				
Branca (n=47)	6	12,8	1	
Parda (n=43)	11	25,6	2,3	0,8 - 7
Negra (n=21)	3	14,3	1,1	0,2 - 5,1
Coabitar com companheira				
Sim (n=69)	11	15,9	1	
Não (n=43)	10	23,2	1,6	0,6 - 4,2
Ter religião				
Não (n=20)	3	15	1	
Sim (n=92)	18	19,6	1,4	0,4 - 5,2
Escolaridade[†]				
\geq Médio (n=29)	3	10,3	1	
\leq Fundamental (n=83)	18	21,7	2,4	0,6 - 8,8
Renda familiar[‡]				
> 3 (n=23)	3	13	1	
≤ 3 (n=89)	18	20,2	1,7	0,4 - 6,3
Trabalho				
Não (n=37)	5	13,5	1	
Sim (n=75)	16	21,3	1,7	0,6 - 5,2
Doença crônica				
Não (n=49)	9	18,4	1	
Sim (n=63)	12	19,0	1	0,4 - 2,7

Tabela 9. Frequência de reconhecimento do consumo de álcool (N=21), entre pacientes do sexo masculino com AUDIT ≥ 8 e/ou CAGE positivo (N=112), de acordo as variáveis avaliadas. Uberlândia, MG, Brasil. 2010- 2011.

Variáveis	(continuação)			
	Anotações em prontuário sobre o consumo alcoólico			
	n	%	OR	IC 95%
Padrão de consumo alcoólico				
<i>Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)</i>				
Uso de Risco (n=73)	10	13,7	1	
Uso Nocivo/PD (n=35)	11	31,4	2,9	1,1 - 7,7

† completo ou incompleto; ‡ Em salários mínimos vigentes. PD = Provável Dependência. * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$. OR: *Odds Ratio*; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%. Nota: Porcentagens calculadas sobre o número de respostas válidas de cada item.

Entre as 63 mulheres com AUDIT ≥ 8 ou CAGE positivo, apenas uma (1,6%) foi reconhecida como alcoolista. A única paciente que foi reconhecida como etilista, era branca, na faixa etária de 35 a 54 anos, coabitava com companheiro, tinha religião, com fundamental completo ou incompleto, renda maior que três salários mínimos, trabalhava, era portadora de doença crônica, com provável dependência alcoólica, CAGE positivo e procurou a ESF devido alcoolismo.

Entre os 175 pacientes com AUDIT ≥ 8 e/ou CAGE positivo, 61 (34,8%) afirmaram terem sido orientados sobre o risco do consumo do álcool, entre eles, a maioria relatou que a informação recebida foi que “o álcool faz mal à saúde e/ou causa problemas de saúde” ou que foram orientados a não ingerir bebida alcoólica devido à uma doença preexistente (Tabela 10).

Tabela 10. Frequências e características das orientações médicas sobre o risco do consumo alcoólico entre pacientes com AUDIT ≥ 8 ou CAGE positivo (N=175), segundo relato dos pacientes que disseram ter recebido tais orientações (N=61). Uberlândia, MG, Brasil. 2010-2011.

Orientação recebida	n	%
Não beber porque o álcool faz mal à saúde	18	29,5
Não beber devido à uma doença preexistente	15	24,6
Reduzir ou interromper o consumo	11	18,0
Não beber devido à interação com os medicamentos utilizados	9	14,8
O álcool pode alterar a pressão arterial e/ou o colesterol	3	4,9
Não beber por causa da gravidez	2	3,3
Outros [†]	3	4,9

AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test*

CAGE: *Cut- down, Annoyed, Guilty e Eye-opener*

[†] Não exagerar na bebida (n=1); Está correndo risco pois está bebendo demais (n=1); Não me lembro (n=1).

4.2 Dados coletados entre os médicos da ESF

Entre os médicos que participaram da pesquisa, a maioria era do sexo feminino, na faixa etária de 24 a 34 anos, casados, com até 10 anos de exercício profissional, com especialidade médica, com predomínio de especializações em Saúde da Família e/ou Saúde Pública e/ou Medicina da Família e Comunidade (Tabela 11).

Tabela 11. Características sociodemográficas e profissionais dos médicos entrevistados. Uberlândia, MG, Brasil. 2011.

Variáveis	Homens (n=16)		Mulheres (n=25)		Total (N=41)	
	n	%	n	%	n	%
Faixa etária (anos)						
24 I—I 34	7	43,8	16	64,0	23	56,1
35 I—I 44	5	31,2	5	20,0	10	24,4
45 I—I 54	2	12,5	2	8,0	4	9,8
≥ 55	2	12,5	2	8,0	4	9,8
Estado Civil						
Casado	11	68,8	15	60,0	26	63,4
Separado ou Divorciado (a)	3	18,8	0	0,0	3	7,3
Solteiro	2	12,5	8	32,0	10	24,4
União Estável	0	0,0	2	8,0	2	4,9
Anos de exercício profissional						
Até 5 anos	4	25,0	11	44,0	15	36,6
6 a 10 anos	7	43,8	7	28,0	14	34,1
11 a 15 anos	0	0,0	4	16,0	4	9,8
16 a 20 anos	1	6,2	0	0,0	1	2,4
Mais de 20 anos	4	25,0	3	12,0	7	17,1
Especialidade médica						
Sim	10	62,5	16	64,0	26	63,4
Não	5	31,25	9	36,0	14	34,1
Não respondeu	1	6,25	0	0,0	1	2,4
Especializações						
Saúde da Família/ Saúde Pública/ Medicina da Família e Comunidade	5	41,7	8	50,0	13	46,4
Pediatria	2	16,6	1	6,2	3	10,7
Medicina Ocupacional/ do trabalho	2	16,6	1	6,2	3	10,7
Geriatrics	1	8,3	1	6,2	2	7,1
Dermatologia	1	8,3	0	0,0	1	3,6

Tabela 11. Características sociodemográficas e profissionais dos médicos entrevistados. Uberlândia, MG, Brasil. 2011.

(continuação)

Variáveis	Homens (n=16)		Mulheres (n=25)		Total (N=41)	
	n	%	n	%	N	%
Especializações						
Gestão Hospitalar	1	8,3	0	0,0	1	3,6
Ginecologia	0	0,0	1	6,2	1	3,6
Clínica Médica	0	0,0	2	12,5	2	7,1
Cirurgia Geral	0	0,0	1	6,2	1	3,6
Alergia	0	0,0	1	6,2	1	3,6

Nota: Porcentagens calculadas sobre o número de respostas válidas de cada item.

Aproximadamente dois terços dos médicos relataram que participaram de capacitação específica sobre o tema álcool alguma vez e aproximadamente um terço relatou que participou no último ano; todos eles consideram que existe necessidade de curso de capacitação na área (Gráfico 1).

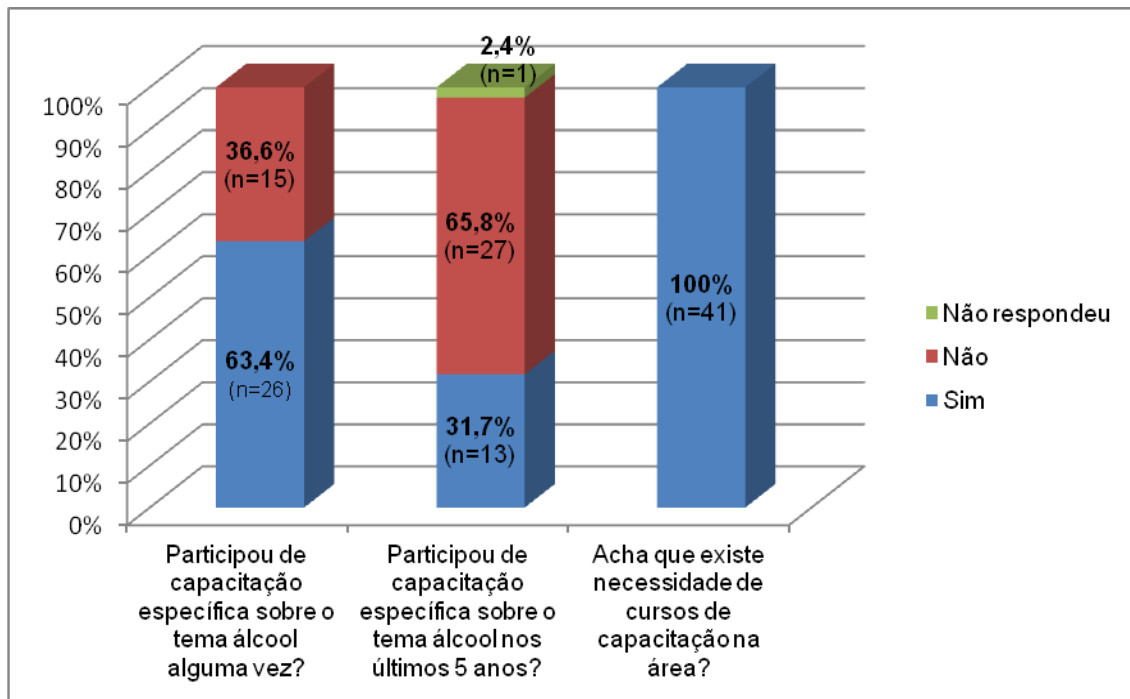


Gráfico 1 - Frequência de médicos das Equipes de Saúde da Família que relataram ter participado de cursos de capacitação sobre o tema álcool e sua opinião sobre a necessidade de cursos de capacitação na área (N=41). Uberlândia, MG, Brasil. 2011.

Entre os médicos, 22% sentem-se desmotivados ou são indiferentes para realizar atividades de promoção e prevenção do uso do álcool e a maioria se auto-avalia como pouco seguro na abordagem do paciente em relação ao consumo alcoólico (Tabela 12).

Tabela 12. Percepção dos médicos em relação à abordagem sobre o consumo alcoólico do paciente (N=41). Uberlândia, MG, Brasil. 2011.

Variáveis	n	%
Sente-se motivado para realizar atividades de promoção e prevenção do uso do álcool?		
Totalmente motivado	4	9,8
Motivado	28	68,3
Indiferente	4	9,8
Desmotivado	4	9,8
Totalmente desmotivado	1	2,4
Como se auto-avalia na abordagem do paciente em relação ao consumo do álcool		
Não se sente seguro	2	4,9
Pouco seguro	35	85,4
Muito seguro	3	7,3
Não respondeu	1	2,4

Entre os médicos que responderam, a maioria desconhece a definição de abuso do álcool, no entanto, a maioria sabe o que é dependência alcoólica (Tabela 13).

Tabela 13. Frequência de médicos que tem conhecimento do que é abuso ou dependência alcoólica (N=41). Uberlândia, MG, Brasil. 2011.

Variáveis	n	%
O que é abuso do álcool		
Conhece	8	19,5
Conhece parcialmente	8	19,5
Desconhece	14	34,1
Não respondeu	11	26,8
O que é dependência alcoólica		
Conhece	25	61,0
Conhece parcialmente	4	9,8
Desconhece	3	7,3
Não respondeu	9	22,0

Entre as situações que os médicos das ESFs acreditam ser importantes para se coletar uma história sobre o consumo do álcool, as respostas mais frequentes foram sempre coletar ou quando o paciente ou a família relata consumo abusivo do álcool. A maioria dos médicos considerou que o aspecto do paciente é importante para se questionar sobre o uso do álcool, principalmente o hálito etílico ou referência ao alcoolismo e o desleixo do paciente. Aproximadamente um quarto dos médicos que acham que o aspecto do paciente é importante para se questionar sobre o consumo alcoólico, não respondeu como deveria ser esse aspecto (Tabela 14).

Tabela 14. Características referentes ao diagnóstico do consumo alcoólico realizado pelo médico da Atenção Primária à Saúde (N=41). Uberlândia, MG, Brasil. 2011.

Variáveis	n	%
Em que situação acha importante colher uma história sobre o consumo do álcool?[†]		
Sempre	16	37,2
Quando o paciente ou a família relata consumo abusivo do álcool	14	32,6
Paciente com sintomas psiquiátricos	3	7,0
Paciente com doenças orgânicas, como doenças hepáticas ou pancreáticas	4	9,3
Problemas familiares, sociais, trabalhistas	2	4,6
Outros [‡]	2	4,6
Não respondeu	2	4,6
O aspecto do paciente é importante para se questionar sobre o uso do álcool?		
Sim	21	51,2
Não	19	46,3
Não respondeu	1	2,4
Se a resposta acima for positiva, qual aspecto considerado? (N=21)		
Hálito etílico ou referência ao alcoolismo	4	19,0
Desleixo	3	14,3
Doenças fortemente relacionadas ao alcoolismo	2	9,5
Doenças psicológicas ou psiquiátricas	2	9,5
Todos devem ser questionados	2	9,5
Outros [§]	3	14,3
Não respondeu	5	23,8

[†]a soma das respostas foi maior que 41, pois mais de uma situação poderia ser descrita pelo médico

[‡]Prejuízo físico e social (n=1); Com antecedentes de violência (n=1) [§]Abuso ou dependência de outras drogas (n=1); Paciente gravemente doente (n=1); Paciente com problemas socioeconômicos (n=1).

A maioria dos médicos disse que faz o diagnóstico do consumo do álcool durante a anamnese e que não conhece nem utiliza instrumentos de rastreamento do consumo alcoólico. O instrumento de rastreamento mais citado pelos médicos foi o CAGE, e apenas um médico relatou utilizar este instrumento para rastreamento do uso do álcool (Tabela 15).

Tabela 15. Características da abordagem médica em relação ao consumo do álcool, instrumentos de rastreamento conhecidos ou utilizados por eles (N=41). Uberlândia, MG, Brasil. 2011.

Variáveis	n	%
Como você faz o diagnóstico do consumo alcoólico do paciente		
Anamnese	37	90,2
Anamnese e exame físico	2	4,9
Questionário	1	2,4
Não respondeu	1	2,4
Conhece algum instrumento de rastreamento do uso do álcool?		
Não	23	56,1
Sim	13	31,7
Não respondeu	5	12,2
Qual (is)[†]		
<i>Cut down, annoyed by criticism, guilty, eye-opener (CAGE)</i>	4	9,8
<i>Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)</i>	2	4,9
AUDIT e CAGE	1	2,4
Gama glutamil transferase (GGT)	3	7,3
Outros métodos [‡]	2	4,9
Não respondeu	1	2,4
Utiliza algum instrumento de rastreamento do uso do álcool?		
Não	29	70,7
Sim	12	29,2
Qual (is)		
CAGE	1	2,4
Gama glutamil transferase (GGT)	2	4,9
Outros métodos [§]	9	22,0

[†] mais de um instrumento poderia ser citado pelo médico. [‡] Exames laboratoriais sangue/urina/ não especificados (n=2). [§] Agente Comunitário de Saúde (n=4), Anamnese (n=2), Exames laboratoriais (n=1), Informação familiares (n=1), Aparência (n=1).

A maioria dos médicos indicou como conduta para paciente com abuso do álcool o aconselhamento juntamente com encaminhamento para tratamento especializado. Em relação à conduta para paciente com dependência alcoólica, a resposta mais frequente foi encaminhamento para tratamento especializado. A maioria dos médicos relatou que pacientes com abuso ou dependência do álcool devem ser encaminhados e citou o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Centro de Atenção Psicossocial - álcool e outras drogas (CAPS-ad) como o local para onde encaminham seus pacientes (Tabela 16).

Tabela 16. Condutas consideradas adequadas pelos médicos da Atenção Primária à Saúde para cada padrão de consumo alcoólico e aspectos relacionados ao encaminhamento do paciente (N=41). Uberlândia, MG, Brasil. 2011.

Variáveis	n	%
Conduta para paciente com diagnóstico de abuso do álcool		
Aconselhamento	11	26,8
Aconselhamento + Encaminhamento para tratamento especializado	13	31,7
Aconselhamento + Avaliação Clínica	3	7,3
Encaminhamento para tratamento especializado	6	14,6
Aconselhamento + Avaliação clínica + Encaminhamento	2	4,9
Outros [†]	2	4,9
Não respondeu	4	9,8
Conduta para paciente com diagnóstico de dependência alcoólica		
Encaminhamento para tratamento especializado	16	39,0
Aconselhamento + Encaminhamento para tratamento especializado	14	34,1
Outros [‡]	8	19,5
Não respondeu	3	7,3
Qual paciente que precisa ser encaminhado para tratamento?		
Pacientes com abuso e dependentes	23	56,1
Dependentes	10	24,4
Pacientes com abuso	1	2,4
Todos	4	9,8
O que ele ou a família pedem ajuda	1	2,4
Sim	2	4,9
Para onde encaminha o paciente quando este precisa de tratamento[§]		
CAPS/CAPS-ad	38	92,7
Alcoólicos Anônimos	4	9,8
Psicólogo	4	9,8
Outros	3	7,3

[†] Avaliação clínica (n=1); Espera que o paciente solicite ajuda (n=1). [‡] Aconselhamento (n=1); Aconselhamento + Encaminhamento para tratamento especializado + tratamento (n=1); Aconselhamento + Avaliação Clínica (n=1); Aconselhamento + Encaminhamento para tratamento especializado + Avaliação clínica (n=1); Encaminhamento para tratamento especializado + Tratamento (n=1); Encaminhamento para tratamento especializado + Avaliação Clínica (n=1); Terapia medicamentosa (n=1); Espera que paciente solicite ajuda (n=1). [§]a soma das respostas foi maior que 41, pois mais de um local poderia ser citado pelo médico. CAPS = Centro de Atenção Psicossocial. CAPS-ad = Centro de Atenção Psicossocial - álcool e outras drogas. ^{||} Outros: Assistente Social (n=1); Gastroenterologia UFU (n=1); Igreja (n=1).

A maioria dos médicos relatou que sempre ou quase sempre pergunta sobre o consumo do álcool e todos consideram importante anotar esses dados no prontuário do paciente. Aproximadamente um terço dos médicos relatou que anotam o consumo alcoólico do paciente no prontuário eventualmente ou que depende do diagnóstico clínico do paciente. A maioria relatou que eventualmente ou raramente desenvolvem atividades de promoção e prevenção do uso do álcool (Tabela 17).

Tabela 17. Frequência com que os médicos perguntam sobre o consumo do álcool, que consideram importante realizar anotações em prontuário, que anotam em prontuário o consumo e desenvolvem atividades de promoção e prevenção do uso do álcool na Atenção Primária à Saúde (N=41). Uberlândia, MG, Brasil. 2011.

Variáveis	n	%
Frequência que pergunta o paciente sobre o consumo do álcool		
Sempre/ Quase sempre	34	82,9
Eventualmente	5	12,2
Depende do diagnóstico clínico do paciente	2	4,9
Acha importante anotar no prontuário o uso do álcool		
Sim	41	100
Não	0	0,0
Frequência que anota sobre o consumo do álcool do paciente		
Sempre/ quase sempre	28	68,3
Eventualmente	10	24,4
Depende do diagnóstico clínico do paciente	3	7,3
Desenvolve atividades de promoção e prevenção do uso do álcool		
Raramente	16	39,0
Eventualmente	13	31,7
Nunca	11	26,8
Sempre	1	2,4

As principais barreiras apontadas pelos médicos no rastreamento do uso do álcool foram que os pacientes não aceitam o diagnóstico, falta de treinamento próprio para lidar com problemas relacionados ao álcool, falta de tempo durante as consultas e que pacientes não querem ser perguntados sobre o consumo do álcool (Tabela 18).

Tabela 18. Barreiras citadas pelos médicos para o rastreamento do uso do álcool entre pacientes da Atenção Primária à Saúde (N=41). Uberlândia, MG, Brasil. 2011.

Variáveis	n	%
Barreiras para o rastreamento do uso do álcool[†]		
Pacientes não aceitam o diagnóstico	29	26,4
Falta de treinamento para lidar com problemas relacionados ao álcool	26	23,6
Falta de tempo durante a consulta	22	20,0
Os pacientes não querem ser perguntados sobre o consumo do álcool	18	16,4
Longa espera para o paciente conseguir tratamento	8	7,3
Não há referência para encaminhamento dos pacientes diagnosticados	3	2,7
Inutilidade da abordagem	2	1,8
Não existem barreiras	2	1,8

[†] a soma das respostas foi maior que 41, pois mais de uma barreira poderia ser indicada pelo médico.

A falta de treinamento para lidar com problemas relacionados ao consumo de bebida alcoólica foi a razão mais citada pelos médicos para não oferecer aconselhamento e tratamento. Entre as razões mais citadas para não oferecer referenciamento estão a falta de conhecimento do protocolo de referência e que os pacientes não estão dispostos a se ajudar. No entanto, aproximadamente 28% consideraram que não existem razões para não dar referenciamento (Tabela 19).

Tabela 19. Razões identificadas pelos médicos para não oferecer aconselhamento, tratamento ou encaminhamento do uso do álcool entre pacientes na Atenção Primária à Saúde (N=41). Uberlândia, MG, Brasil. 2011.

Variáveis	n	%
Razões para não dar aconselhamento[†]		
Falta de treinamento para lidar com problemas relacionados ao álcool	26	40,6
Falta de tempo durante a consulta	15	23,4
Os pacientes não estão dispostos a se ajudar	14	21,9
É inútil, porque aos pacientes etilistas falta força de vontade	4	6,2
Paciente e/ou família não aceitam o diagnóstico	1	1,6
Não existem razões	4	6,2
Razões para não dar tratamento[†]		
Falta de treinamento para lidar com problemas relacionados ao álcool	27	49,1
Os pacientes não estão dispostos a se ajudar	11	20,0
Falta de tempo durante a consulta	5	9,1
É inútil, porque aos pacientes etilistas falta força de vontade	3	5,4
Encaminhamento para tratamento especializado	3	5,4
O tratamento raramente ajuda	2	3,6
Acessibilidade difícil ao CAPS	1	1,8
Não existem razões	3	5,4
Razões para não dar encaminhamento[†]		
Falta de conhecimento do protocolo de referência	14	30,4
Os pacientes não estão dispostos a se ajudar	12	26,1
É inútil, porque aos pacientes etilistas falta força de vontade	4	8,7
Dificuldade de acesso ao serviço especializado	2	4,3
Não há local para encaminhar o paciente	1	2,2
Não existem razões	13	28,3

[†] a soma das respostas foi maior que 41, pois mais de uma razão poderia ser indicada pelo médico.
CAPS = Centro de Atenção Psicossocial.

A maioria dos médicos considera grande a sua responsabilidade no rastreamento, aconselhamento e referenciamento, e mais de 50% consideram que têm pouca responsabilidade no tratamento (Gráfico 2).

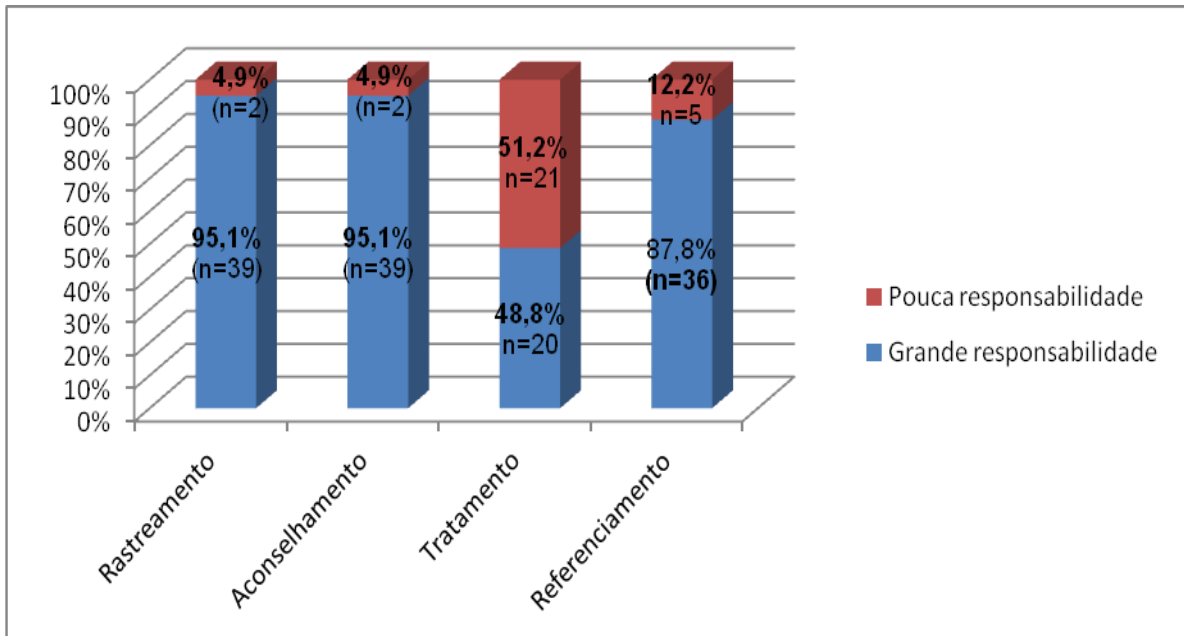


Gráfico 2 - Responsabilidade percebida pelos médicos em relação ao rastreamento, aconselhamento, tratamento e referenciamento uso do álcool entre pacientes na Atenção Primária à Saúde (N=41). Uberlândia, MG, Brasil. 2011.

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

5.1 Entrevista aos pacientes

No presente estudo, a frequência de pacientes atendidos nas ESFs com pontuação do AUDIT ≥ 8 (17,5%) foi semelhante às aquelas observadas entre pacientes da APS das cidades de Juiz de Fora (18,1%) e Rio Pomba (17,6%), também localizadas no estado de Minas Gerais, no ano de 2007 (RONZANI, 2008; AMATO et al., 2008). No entanto, a frequência de pacientes com CAGE positivo (10,5%) foi o dobro daquela observada em um estudo realizado em 1987 na APS da cidade de São Paulo/SP (5%) (IACOPONI et al., 1989), o que pode ser devido tanto às diferenças socioculturais quanto a um aumento do consumo alcoólico pela população brasileira ao longo dos anos.

Entre todos os pacientes, aproximadamente 50% relataram que foram questionados sobre o consumo do álcool alguma vez pelo médico da sua ESF. No entanto, a maioria relatou que foi questionada com uma simples pergunta “Você bebe?”, mostrando que a abordagem sobre o consumo alcoólico, quando existe, é realizada sem a utilização de instrumentos de rastreamento.

Entre os pacientes com AUDIT ≥ 8 e/ou CAGE positivo, apenas 12,6% tinham anotações sobre o uso de álcool em seus prontuários, e em aproximadamente 50% desses prontuários não constava a conduta que foi adotada em relação a esse consumo. Durante nossa pesquisa bibliográfica não nos foi possível localizar estudo brasileiro em que se avaliou a frequência de reconhecimento do consumo alcoólico pelos profissionais de saúde da APS. Em estudos internacionais também se observou um índice de reconhecimento do consumo alcoólico entre pacientes dos serviços primários à saúde tão baixo quanto à do presente estudo, ou seja, 11% na Alemanha (RUMPF et al., 2001) e 17% no nordeste dos Estados Unidos da América (MACQUADE et al., 2000). Quando não se identifica o alcoolismo, perde-se a oportunidade de intervenção sobre o consumo do álcool.

Apesar de somente 12,6% dos pacientes alcoolistas terem sido reconhecidos como tal, 34,8% dos pacientes com AUDIT ≥ 8 ou CAGE positivo afirmaram que foram orientados sobre o risco do consumo do álcool durante alguma consulta com seu médico da ESF. Isso pode significar que não houve preocupação em realizar o registro do diagnóstico no prontuário do paciente ou que não houve o reconhecimento deste consumo e as orientações

foram dadas devido às possíveis interações do álcool com o uso de medicamento ou devido à influência do álcool com uma doença preexistente.

Em todo o mundo, observa-se que a abordagem do consumo do álcool pelo paciente não é vista pelo médico como prioridade (HAPKE et al., 1998; ROWLAND et al., 1987). Os motivos apontados pelos médicos para não realizarem a abordagem sobre o consumo alcoólico são falta de tempo, falta de motivação por não estarem convencidos da importância de se detectarem casos menos óbvios de pacientes dependentes do álcool, e por considerarem que as possibilidades de tratamento são escassas e sem comprovada efetividade (JORGE e MASUR, 1985). O pouco conhecimento do médico sobre como fazer o diagnóstico de alcoolismo e seu tratamento também é apontado como um dos motivos para não se realizar essa abordagem, no entanto, observou-se em um estudo que o nível de conhecimento sozinho não se correlaciona com o grau de responsabilidade percebido pelo médico no seu diagnóstico, encaminhamento ou tratamento (GELLER et al., 1989). Chama a atenção no presente estudo, que um terço dos pacientes identificados como alcoolistas buscou atendimento médico tendo como queixa principal o alcoolismo, situação que não exige do profissional anamnese cuidadosa ou o uso de instrumentos para esse diagnóstico.

5.1.1 Sexo

Apesar de estar havendo aumento do consumo alcoólico entre as mulheres (MENDES et al., 2011), nós observamos que AUDIT ≥ 8 e/ou CAGE positivo ainda é mais frequente entre os homens, resultados semelhantes aos encontrados em outros estudos realizados na APS no Brasil (IACOPONI et al., 1989; MAGNABOSCO et al. 2008, AMATO et al., 2008) e no exterior (FOULDS et al., 2012). Também semelhante ao observado em outros estudos (AALTO e SEEPA, 2004; AMATO et al., 2008; MAKELA et al., 2011), os homens foram mais frequentemente questionados pelos médicos sobre o consumo do álcool e, provavelmente por isso, mais identificados como alcoolistas; esse comportamento pode acarretar negligência com o diagnóstico de abuso de álcool pelas mulheres.

5.1.2 Faixa etária

Entre homens e mulheres, AUDIT ≥ 8 foi menos frequente entre pacientes com 55 anos ou mais. Indivíduos nesta faixa etária podem apresentar limitação de consumo alcoólico

devido aos problemas orgânicos, interação com medicamentos utilizados ou mesmo devido a menor atividade social. Entre os homens, CAGE positivo foi mais frequente na faixa etária de 35 a 54 anos e esses indivíduos foram mais frequentemente questionados sobre o consumo do álcool durante consulta médica. Os médicos podem considerar que este é um grupo de maior risco e provavelmente por isto sejam mais abordados. No presente estudo, 85% dos pacientes que buscaram a unidade devido ao alcoolismo tinham idades entre 35 a 54 anos. É nessa faixa etária que mais frequentemente começam a parecer os problemas de saúde devido ao abuso do álcool, que geralmente se inicia na adolescência. Entre as mulheres, também não houve relação entre faixa etária e as variáveis CAGE positivo ou ser questionada sobre o consumo do álcool durante consulta médica. Entre homens e mulheres, não houve relação entre faixa etária e ser reconhecido como alcoolista.

5.1.3 Cor da pele

Em estudos realizados com a população geral no Brasil observou-se a associação positiva entre alcoolismo e indivíduos de pele não branca (BASTOS et al., 2009; COSTA et al., 2004). No presente estudo, entre as mulheres, ter uma pontuação de AUDIT ≥ 8 e ser questionada sobre o consumo alcoólico durante a consulta médica foi mais frequente naquelas de cor negra, no entanto não houve relação entre cor da pele e ser reconhecida como alcoolista; CAGE positivo não se relacionou com a cor da pele. Entre os homens, não houve relação entre cor da pele e AUDIT ≥ 8 , CAGE positivo, ser questionado sobre o consumo alcoólico durante a consulta médica ou ser reconhecido como alcoolista.

5.1.4 Coabitar com companheiro

Entre as mulheres, não observamos relação entre coabitar ou não com companheiro e ter pontuação de AUDIT ≥ 8 ou CAGE positivo, ser questionada sobre o consumo do álcool durante consulta médica ou ser reconhecida como alcoolista. No entanto, entre os homens, AUDIT ≥ 8 e CAGE positivo foram mais frequentes entre aqueles que não coabitavam com companheira. Em um estudo com a população geral de outro município do sudeste brasileiro, observou-se que AUDIT ≥ 8 foi mais frequente em indivíduos que moravam sozinhos ou com outros parentes/amigos (BARROS et al., 2007). Pessoas que não coabitam com companheiros podem participar de mais atividades sociais, ocasiões em que a bebida alcoólica pode ser

utilizada como forma de inclusão social. Além disso, a solidão provavelmente possa levar ao consumo de bebida alcoólica. Entre os homens, não houve relação entre coabitar ou não com companheira e ser questionado sobre o consumo do álcool durante consulta médica ou ser reconhecido como alcoologista.

5.1.5 Religião

Entre homens e mulheres, a pontuação do AUDIT ≥ 8 foi mais frequente em indivíduos que não tinham religião. É descrito que pessoas que não têm uma religião mais frequentemente bebem, o que mostra um efeito inibitório da religião quanto ao consumo do álcool (BARROS et al., 2007; BASTOS et al., 2009), o que também poderia servir como fator de proteção frente ao uso indevido do álcool (BASTOS et al., 2009). Não houve associação entre ter religião e CAGE positivo, ser questionado sobre o consumo alcoólico ou ser reconhecido como alcoologista.

5.1.6 Escolaridade

Entre homens e mulheres, não houve relação entre escolaridade e AUDIT ≥ 8 ou CAGE positivo, ser questionado sobre o consumo alcoólico durante consulta médica ou ser reconhecido como alcoologista. Na APS de Bebedouro/SP, pacientes com dependência alcoólica mais frequentemente possuíam maior escolaridade (VARGAS et al., 2009). Em estudo realizado na Zona da Mata, no estado de Minas Gerais, observou-se relação positiva entre ser questionado e possuir menor escolaridade (AMATO et al., 2008). Como no presente estudo, em outros estudos internacionais não houve diferença significativa entre reconhecimento do consumo alcoólico e escolaridade (BERNER et al., 2007; RUMPF et al., 2001).

5.1.7 Renda familiar

Entre os homens, não houve relação entre renda familiar e ter CAGE positivo, ser questionado sobre o consumo do álcool durante consulta médica ou ser reconhecido como alcoologista, no entanto, AUDIT ≥ 8 foi mais frequente em indivíduos com maior renda familiar. Em estudo realizado com a população geral de outro município do sudeste brasileiro (BARROS et al., 2007) observou-se que o AUDIT ≥ 8 foi mais frequente entre indivíduos

com maiores rendas. Em Salvador/BA, observou-se entre a população geral, uma associação positiva entre consumo alcoólico de alto risco e classe social mais alta (ALMEIDA-FILHO et al., 2004). Renda familiar mais alta, aliada à facilidade na compra e maiores atividades sociais, podem ser responsáveis por esse maior consumo. No entanto, em estudos com a população geral em cidades no sul do Brasil, verificou-se que o abuso e/ou dependência do álcool foram mais frequentes entre indivíduos da classe E (COSTA et al., 2004; PRIMO e STEIN, 2004). Resultados do levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool, realizado em 143 municípios brasileiros, entre novembro de 2005 e abril de 2006, mostraram que embora a Classe A tivesse uma maior frequência de consumo de bebidas alcoólicas, ela apresentou a menor taxa de quantidade (até 2 doses por situação habitual, que equivale a 24 gramas de álcool), enquanto que os indivíduos Classe E, apesar de beberem com menor frequência, mais frequentemente consumiam 5 ou mais doses por situação habitual (LARANJEIRA et al., 2007).

Entre as mulheres, não houve relação entre renda familiar e $AUDIT \geq 8$, CAGE positivo, ser questionada sobre o consumo alcoólico durante consulta médica ou ser reconhecida como alcoolista.

5.1.8 Trabalho

Entre os homens, $AUDIT \geq 8$ foi mais frequente em indivíduos que trabalhavam. Em estudo realizado com a população geral em um município no sul do Brasil, observou-se uma associação positiva entre consumo alcoólico regular e o fato de trabalhar (BORTOLUZZI et al., 2010). O trabalho pode oferecer suporte financeiro para o consumo de álcool, favorecer atividades sociais entre colegas, quando bebidas alcoólicas são consumidas, e os constantes e crescentes momentos de estresse e sobrecarga no trabalho também podem levar ao consumo de bebidas alcoólicas. Não observamos relação entre trabalhar e CAGE positivo, no entanto, em um estudo realizado na APS do município de São Paulo/SP observou-se que indivíduos desempregados mais frequentemente apresentaram um resultado positivo para o questionário CAGE (IACOPONI et al, 1989). Entre homens e mulheres também não houve relação entre trabalhar ou não e ser questionado sobre o consumo alcoólico durante consulta médica ou ser reconhecido como alcoolista.

5.1.9 Doença crônica

Entre homens e mulheres, não houve relação entre ser portador de doença crônica e CAGE positivo, mas pessoas com doenças crônicas menos frequentemente tiveram pontuação do AUDIT ≥ 8 . Portadores de doenças crônicas podem apresentar restrição quanto à ingestão de bebida alcoólica, seja pela condição de saúde ou por interação com os medicamentos utilizados. No entanto, estes pacientes foram mais frequentemente questionados, sugerindo que a presença de doença crônica é considerada pelo médico como um sinal de alerta na abordagem do diagnóstico do alcoolismo. Isso pode ocorrer pela condição de saúde do paciente ou, ainda, devido à interação do uso do álcool com os medicamentos prescritos. Apesar de mais frequentemente questionados, não observamos associação entre ser portador de doença crônica e ter seu consumo alcoólico reconhecido. O presente estudo não foi desenhado para se investigar o uso de álcool na vida e, por isso, não se pôde verificar se a doença crônica era ou não decorrente do abuso do álcool.

5.1.10 Padrão de consumo alcoólico

Entre os homens, não observamos diferença significativa entre ser questionado sobre o consumo alcoólico e o padrão desse consumo. No entanto, houve uma tendência ($p=0,06$) de que homens que faziam uso nocivo ou eram prováveis dependentes foram mais frequentemente identificados como alcoolistas. Em estudos internacionais observou-se, entre homens e mulheres, que indivíduos com pontuação do AUDIT ≥ 16 foram mais frequentemente reconhecidos como alcoolistas (CHEETA et al., 2008, BERNER et al., 2007). Esses resultados mostram que, em geral, os casos mais evidentes de alcoolismos são diagnosticados (DEEHAN et al., 1998). Além disso, estes pacientes podem procurar a consulta médica devido ao uso do álcool, sendo essa sua queixa principal ou mesmo apresentar doença fortemente relacionada ao alcoolismo, fato que leva o profissional a realizar o diagnóstico deste consumo.

Entre as mulheres, não houve relação entre os seus padrões de consumo alcoólico e serem questionadas sobre o consumo do álcool durante consulta médica ou serem reconhecidas como alcoolistas.

5.2 Questionário aplicado aos médicos

5.2.1 Capacitação sobre o tema álcool

Entre os médicos que participaram deste estudo, houve predomínio do sexo feminino, da faixa etária de 24 a 34 anos, casados, com até 10 anos de exercício profissional, com especialidade médica na área afim (Saúde da Família/ Saúde Pública). Entre eles, a maioria relatou que participou de capacitação específica sobre o tema álcool alguma vez. Este número foi menor quando referente à participação em capacitações específicas sobre álcool no último ano (31,7%), e todos os médicos consideraram que existe a necessidade de cursos de capacitação nesta área. Em Lisboa, médicos também relataram a necessidade de treinamento e de maior competência para a abordagem dos problemas relacionados ao uso do álcool durante a consulta (RIBEIRO, 2011). Em estudo realizado nos serviços primários à saúde do Reino Unido, 58% dos médicos relataram que a abordagem para auxiliar pacientes a reduzirem o consumo alcoólico seria mais efetiva se recebessem treinamento e informações adequadas (KANER et al., 1999).

Sem um bom conhecimento e habilidade, não se pode esperar que os médicos realizem intervenções frente ao consumo do álcool, e para isso é necessário aperfeiçoamento profissional (NYGAARD et al., 2010). A capacitação pode motivar o profissional e fornecer apoio para a abordagem de problemas relacionados ao álcool em sua rotina de trabalho, além disso, estratégias para a mudança de atitudes, conhecimento e habilidade dos profissionais devem ser consideradas como estímulo às ações preventivas frente ao uso abusivo do álcool (RONZANI et al., 2005). Em estudo realizado em três municípios da Zona da Mata, região do estado de Minas Gerais, com vários profissionais atuantes na APS (enfermeiro, auxiliar de enfermagem, médico e outras categorias) observou-se houve um aumento significativo na frequência de práticas de prevenção do uso do álcool, após seis meses da realização de capacitação específica (RONZANI et al., 2009).

5.2.2 Motivação e segurança para abordagem do paciente sobre o uso do álcool

A maioria dos médicos que participaram deste estudo relatou que se sentiam motivados para realizar atividades de promoção e prevenção do uso do álcool. No entanto, é preocupante o fato de que 22% sintam-se desmotivados ou indiferentes para realizar essas

atividades, e que 90,3% se sentem pouco seguros ou não se sente seguro na abordagem do paciente em relação ao consumo do álcool. Isto pode ser reflexo de uma deficiência relacionada ao currículo da escola médica, que pouco aborda esse tema, à efetiva participação em treinamentos específicos, ou mesmo de dificuldades pessoais vivenciadas por esses profissionais na abordagem do consumo do álcool. Em estudos realizados na APS de municípios da Zona da Mata, Minas Gerais sugeriu-se que a baixa motivação dos profissionais de saúde poderia estar relacionada aos obstáculos relacionados à implementação de estratégias de prevenção ao uso do álcool, atuação isolada dos ACS, assim como a falta de apoio dos gestores (RONZANI et al, 2009).

Estar motivado e seguro na abordagem do paciente em relação ao consumo do álcool pode levar a uma atuação médica mais proativa neste problema. Médicos provavelmente tratam mais problemas relacionados ao álcool quando se sentem apoiados no trabalho, recebem mais educação sobre esse tema e se sentem seguros nesta função (ANDERSON, 2003). Em estudo realizado nos serviços primários à saúde de Lisboa, observou-se que médicos com maior auto-estima e satisfação em trabalhar com alcoolistas davam maior importância aos problemas ligados ao álcool (RIBEIRO, 2011). Médicos mais confiantes em conversar com pacientes sobre uso do álcool apresentaram uma maior probabilidade de realizar intervenções, ao contrário de médicos que pensam que iniciar esta discussão com seus pacientes pode ter um impacto negativo no relacionamento médico-paciente (NYGAARD et al., 2010).

Em estudo realizado no Hospital John Hopkins em Nova Iorque, a maioria dos médicos que se mostraram confiantes na abordagem do uso do álcool pelos pacientes reportaram uma maior frequência de rastreamento desse consumo, médicos com auto-confiança elevada em relação ao encaminhamento do paciente alcoolista tiveram a percepção de uma maior responsabilidade no rastreamento e encaminhamento de seus pacientes (GELLER et al., 1989). Os resultados encontrados nos nosso estudo são diferentes dos observados em estudo realizado nos serviços primários à saúde do Reino Unido, em que 83% dos médicos relataram que se sentiam preparados ou muito preparados para o aconselhamento do paciente (KANER et al., 1999).

5.2.3 Conhecimento sobre abuso e dependência do álcool

Enquanto a maioria dos médicos conhecia o termo dependência alcoólica, apenas um quarto sabia o que era abuso do álcool. Provavelmente, formas mais graves desse problema, com sintomas mais severos ou aparentes, são mais conhecidas pelos profissionais. Em estudo realizado nos serviços primários à saúde do Reino Unido, a maioria dos médicos soube indicar entre dois casos previamente definidos qual era o mais severo (KANER, et al., 1999). O conhecimento do médico sobre o tema é fundamental, no entanto, o nível de conhecimento sozinho não se correlaciona com o grau de responsabilidade percebido pelo médico no rastreamento, encaminhamento ou acompanhamento (GELLER et al., 1989). No nosso estudo, o aconselhamento juntamente com o encaminhamento para tratamento especializado, foi a resposta mais frequente (31,7%) para a conduta frente a um paciente com diagnóstico de uso nocivo. Já nos serviços primários à saúde do Reino Unido, a maioria dos médicos relatou que aconselharia um paciente a reduzir o consumo de bebida alcoólica e perguntaria algumas outras questões sobre o consumo alcoólico; apenas 15% relataram que encaminhariam para tratamento especializado caso o paciente apresentasse consumo nocivo (KANER et al., 1999). Já em relação ao dependente do álcool, assim como em nosso estudo, no estudo realizado nos serviços primários à saúde do Reino Unido, a maioria dos médicos encaminharia o paciente para tratamento especializado (KANER et al., 1999).

O nível de intervenção a ser realizado com o paciente dependerá do nível de consumo observado e, obviamente, da avaliação clínica do profissional. Barbor et al. (2001) recomenda que seja realizada educação sobre o álcool em pacientes com baixo risco; aconselhamento simples em pacientes com consumo de risco, uma combinação de aconselhamento breve e monitoramento para pacientes com consumo nocivo e encaminhamento para serviço especializado nos casos de provável dependência. No entanto, aqueles autores reforçam que o julgamento clínico deve ser exercido para interpretar resultados de rastreamento, modificando as linhas-guias, em especial quando o escore do AUDIT se encontra entre 15-20 pontos. Assim, a conduta dependerá da singularidade de cada caso.

No presente estudo, observamos que 56,1% dos médicos relataram que os pacientes com abuso ou dependência alcoólica precisam ser encaminhados para tratamento específico e 92,7% encaminham seus pacientes que necessitam de tratamento para o CAPS/CAPS-ad. O município de Uberlândia conta com seis Centros de Atenção Psicossocial, sendo dois específicos para álcool e outras drogas (CAPS-ad). Apesar disso, observamos na primeira etapa deste estudo que apenas 5,8% (6/103) dos pacientes com AUDIT \geq 16 ou CAGE positivo foram encaminhados para tratamento especializado e que mesmo aqueles que foram reconhecidos como alcoolistas, em aproximadamente um terço dos prontuários não constava

registros de condutas adotadas pelos profissionais. Isso pode significar que a anotação da conduta é negligenciada pelo médico ou que existe paradoxo entre o que se considera necessário fazer e o que realmente é feito na abordagem do paciente em relação ao consumo alcoólico.

5.2.4 Características da abordagem médica em relação ao consumo do álcool

Apenas um terço dos médicos relatou que acha importante sempre coletar uma história sobre o consumo do álcool de seus pacientes. Outros um terço acha importante se coletar uma história sobre consumo alcoólico quando o paciente ou a família relata consumo abusivo do álcool. Em consonância com estes resultados, observamos que a maioria dos médicos relatou que o aspecto do paciente é importante para se questionar sobre o uso do álcool. Isso mostra que para a maioria dos médicos das ESFs a abordagem sobre o consumo alcoólico não é realizada de forma universal, que somente seria explorada caso houvesse iniciativa do paciente ou que algumas características que comporiam um estereótipo são consideradas pelo médico para se questionar o paciente. Estes resultados estão de acordo com o que foi observado na primeira etapa deste estudo, ou seja, que nem todos os pacientes foram questionados sobre o uso do álcool e que algumas características puderam ser identificadas como importantes para se realizar a abordagem sobre o consumo alcoólico, tais como sexo, faixa etária, presença de doença crônica, dentre outros fatores. Os aspectos mais citados, a serem considerados na abordagem do paciente, foram presença de hálito etílico ou referência ao alcoolismo e desleixo do paciente. Estes resultados também vêm ao encontro aos observados na primeira etapa deste estudo, em que um terço dos pacientes reconhecidos tinha como queixa principal o alcoolismo e possivelmente por isto essa identificação ocorreu. Nota-se que a abordagem preferencialmente é feita em pacientes com sinais claros ou fortemente relacionados ao alcoolismo.

Cenário semelhante também foi observado em estudos realizados nos serviços primários à saúde da Noruega, do Reino Unido e da Suécia, onde os médicos relatam não realizar a abordagem sobre o consumo alcoólico em todos os pacientes e que esta abordagem é realizada naqueles pacientes com sintomas relacionados ao álcool ou aqueles com algumas condições físicas e psicológicas específicas ou diagnósticos específicos (KANER et al., 1999, JOHANSSON et al., 2005; NYGAARD e AASLAND, 2011; WILSON et al., 2011). Em estudo realizado nos serviços primários à saúde do Reino Unido, a maioria dos médicos

(58%) relatou questionar o paciente apenas se sintomas indicassem que isso é necessário (KANER et al., 1999). Na Noruega, observou-se que médicos são mais propensos a agir em problemas de álcool depois que esses problemas estão visíveis em vez de realizar uma triagem proativa (NYGAARD et al., 2010). Na Suécia, médicos relataram que além dos sinais apresentados pelos pacientes, o tempo disponível durante consulta, a idade do paciente e a relação médico-paciente são fatores determinantes na frequência de questionamento sobre o consumo alcoólico (JOHANSSON et al., 2005).

No presente estudo, mais de 90% dos médicos relataram que fazem o diagnóstico do consumo alcoólico do paciente durante a anamnese e 56,1% não conhecem instrumentos para o seu rastreamento. Podemos considerar que este número é ainda maior, pois 2,4% dos médicos não responderam a esta pergunta e 4,9% citaram outros métodos que não são ferramentas de rastreamento do consumo alcoólico. Poucos médicos relataram conhecer o AUDIT (9,8%) ou o CAGE (4,9%) e apenas um médico relatou conhecer estes dois instrumentos. No nosso estudo, como em outro realizado nos serviços primários à saúde da Noruega (NYGAARD et al., 2010), mais de 70% dos médicos relataram que não utilizam nenhum instrumento de rastreamento do consumo alcoólico. O número de médicos que não usam instrumentos de rastreamento é ainda maior considerando-se que apenas um médico citou utilizar o questionário CAGE e dois citaram o exame laboratorial GGT; os restantes citaram outros métodos que não são considerados como ferramentas de rastreamento do consumo alcoólico.

Estes resultados vem ao encontro dos observados na primeira etapa deste estudo, ou seja, que a abordagem sobre o consumo alcoólico é realizado por meio de perguntas diretas e que instrumentos de rastreamento não são utilizados. Em estudo realizado na Noruega, entre os instrumentos mais citados pelos médicos estão o AUDIT (8,3%) e o CAGE (5,3%) (NYGAARD et al., 2010). Resultados diferentes foram observados na Finlândia, onde aproximadamente 70% dos médicos entrevistados relataram que usam AUDIT regularmente ou ocasionalmente em sua rotina de trabalho, e ainda, que marcadores laboratoriais foram mais utilizados do que o instrumento AUDIT (AALTO e SEEPA, 2005). Nos serviços primários à saúde na Noruega, aproximadamente 50% dos médicos relataram que nunca usavam instrumentos de rastreamento mesmo quando suspeitavam que existia um problema de consumo alcoólico no paciente (NYGAARD et al., 2010).

Embora seja lógico que os médicos não irão utilizar ferramentas de rastreio do consumo alcoólico a menos que eles saibam sobre elas, não é possível afirmar que médicos usariam definitivamente instrumentos de rastreamento simplesmente por que ele os conhecem (NYGAARD et al., 2010). Foi observado que apenas conhecimento do profissional sobre os

métodos de rastreamentos não é suficiente para sua utilização, e que o médico deve acreditar na importância de perguntar ao paciente sobre o consumo alcoólico (JOHANSSON et al., 2005).

Instrumentos de rastreamento do consumo alcoólico são ferramentas gratuitas, de fácil aplicação e podem ser incorporados na rotina de trabalho. Em um estudo norueguês sugeriu-se que médicos que estão mais familiarizados com instrumentos de rastreamento tendem a realizar intervenções em seus pacientes com problemas relacionados ao uso do álcool mais frequentemente do que aqueles com menos familiaridade com esses instrumentos (NYGAARD et al., 2010). Naquele estudo também se observou uma relação que sugeria que quanto mais o médico converse com seus pacientes sobre questões relacionadas ao álcool, mais provavelmente eles irão utilizar um instrumento de rastreamento do uso do álcool e realizar intervenções.

Apesar de a maioria dos médicos terem relatado que o aspecto do paciente é importante para se questionar sobre o uso do álcool, e de termos observado na primeira etapa deste estudo que a minoria dos pacientes foi questionada sobre seu consumo alcoólico durante a consulta médica, 82,9% dos médicos relataram que sempre ou quase sempre perguntam ao paciente sobre o consumo do álcool. Resultados diferentes foram observados em estudos nos serviços primários à saúde do Reino Unido em que a minoria dos médicos relatou sempre questionar o paciente sobre seu consumo alcoólico (KANER et al., 1999; WILSON et al., 2011).

No nosso estudo, todos os médicos disseram que consideram importante anotar no prontuário informações sobre o uso do álcool, no entanto um terço relatou que fazem essa anotação. Mais de 70 % dos médicos relataram que raramente ou eventualmente desenvolvem ações de promoção ou prevenção do abuso do álcool. O fato de terem relatado que sempre questionam o paciente sobre o consumo alcoólico pode mostrar que sabem o risco que o consumo alcoólico pode trazer, no entanto, esta preocupação não é observada quanto ao seu registro no prontuário e no desenvolvimento de ações de prevenção e promoção contra o abuso do álcool. Médicos não veem necessariamente uma relação entre o rastreamento do consumo alcoólico e a necessidade de conduzir intervenções (NYGAARD et al., 2010). Talvez a preocupação quanto à abordagem do consumo alcoólico tenha se perdido durante os anos de exercício profissional, como observado em estudo realizado no Hospital John Hopkins, em Nova Iorque, em que os médicos, mais frequentemente do que os alunos de medicina, perceberam uma menor responsabilidade no rastreamento, apresentaram mais atitudes negativas frente ao alcoolismo e mais frequentemente acreditavam que pacientes

alcoolistas não tinham força de vontade, que eles tendem a ser desempregados e que a reabilitação não funciona (GELLER et. al., 1998).

5.2.5 Barreiras observadas no rastreamento, aconselhamento, referenciamento e tratamento do consumo alcoólico

As principais barreiras apontadas pelos médicos no rastreamento do uso do álcool foram que os pacientes não aceitam o diagnóstico, que falta treinamento próprio para lidar com problemas relacionados ao álcool, falta de tempo durante as consultas para que esse assunto seja abordado e que pacientes não querem ser perguntados sobre o consumo do álcool. A responsabilização do paciente pelo abuso no consumo alcoólico é um obstáculo para as práticas de prevenção do uso do álcool (ROCHE et al., 1995). Em estudo realizado com vários profissionais de saúde na região da Zona da Mata no estado de Minas Gerais, observou-se na abordagem do paciente alcoolista a predominância de um modelo moral, no qual se atribui alta responsabilidade ao paciente pela causa e pela solução do alcoolismo, o que dificulta essa abordagem e a aproximação entre equipe e usuário (RONZANI et al., 2009). Por outro lado, uma percepção de atitudes favoráveis pode ser determinante para realização de atividades preventivas, rastreamento, reconhecimento e tratamento desses pacientes. Atitudes positivas frente à detecção e intervenção pode influenciar a redução do consumo alcoólico pelos pacientes (RIBEIRO, 2010).

Médicos são resistentes em realizar o rastreamento do uso do álcool de todos os pacientes. Em estudo realizado na Suíça, médicos relataram que a falta de indicações dos sintomas do paciente, o esquecimento, a falta de tempo durante a consulta, falta de conhecimentos, o medo de romper a relação com o paciente e ferramentas de rastreio insuficientes são os motivos para não perguntarem para seus pacientes sobre o uso do álcool com maior frequência (JOHANSSON et al, 2005). A falta de tempo durante as consultas também foi citada em outros estudos realizados no exterior (NYGAARD e AASLAND, 2011, RUSH et al., 1995). Em Londres, médicos citaram como barreiras para o diagnóstico do abuso do álcool, além das limitações de tempo, a falta de incentivo financeiro para promoção da saúde, a sensação de que o uso de álcool é um tema delicado e que muitos pacientes ficariam incomodados e desconfortáveis se esse assunto fosse levantado.

Assim, verifica-se que médicos se preocupam sobre a o momento apropriado para se questionar sobre o uso do álcool por ser um tópico delicado (RUSH et al., 1995). Nos serviços

primários à saúde da Noruega, a maioria dos médicos compartilhou a opinião de que perguntas sobre consumo alcoólico poderia influenciar na confiança do paciente no seu médico, caso o questionamento ocorra no momento errado, por exemplo, quando os pacientes não têm sintomas evidentes de alto consumo de álcool (JOHANSSON et al, 2005). No entanto, no Brasil, em estudo realizado com pacientes da APS na região da Zona da Mata, Minas Gerais, observou-se que 99,2% dos pacientes responderam que não se sentiriam ofendidos caso o médico perguntasse sobre o consumo de álcool e que 97% afirmaram que o médico deveria perguntar sobre o uso do álcool durante as consultas (AMATO et al., 2008).

A falta de treinamento para lidar com problemas relacionados ao consumo de bebida alcoólica foi a razão mais citada pelos médicos para não oferecer aconselhamento e tratamento. Entre as razões mais citadas para não oferecer encaminhamento estão a falta de conhecimento do protocolo de referência e que os pacientes não estão dispostos a se ajudar. Em Lisboa, observou-se que o fato dos resultados serem frustrantes e a falta de tempo durante as consultas foram as dificuldades mais citadas pelos médicos em lidar com alcoolistas (RIBEIRO, 2011). Nos serviços primários à saúde do Reino Unido as barreiras percebidas pelos médicos quanto às intervenções breves foram falta de tempo, falta de treinamento, falta de apoio do governo para a medicina preventiva e que eles não estão suficientemente encorajados para trabalhar com problemas relacionados ao álcool (KANER et al., 1999; WILSON et al., 2011). Em estudo realizado com médicos da família de Londres observou-se que eles se mostraram pessimistas quanto às suas habilidades para ajudar os pacientes a reduzir o consumo alcoólico (RUSH et al., 1995).

5.2.6 Percepção da responsabilidade médica no rastreamento, aconselhamento, encaminhamento e tratamento

A maioria dos médicos incluídos neste estudo considera grande a sua responsabilidade no rastreamento (95,1%), no aconselhamento (95,1%) e no encaminhamento (87,8%), no entanto, 51,2% consideraram que tem pouca responsabilidade no tratamento. Esses resultados diferem dos observados em estudo realizado no Hospital John Hopkins, em que a minoria dos médicos considerou grande sua responsabilidade no rastreamento (49%), encaminhamento (42%) e acompanhamento (7%) (GELLER et al., 1989). Neste estudo dos Estados Unidos da América, observou-se uma associação positiva entre perceber uma responsabilidade no rastreamento e encaminhamento e realizá-los e também se observou considerável negatividade

nas atitudes frente ao alcoolismo e em relação a aceitar a função primária no tratamento e acompanhamento do paciente alcoolista (GELLER et al., 1989).

Em um estudo realizado no sudeste brasileiro, observou-se que profissionais da APS tem a percepção de que pacientes dependentes de álcool e outras drogas são mais difíceis de tratar, quando comparados aos pacientes com AIDS, obesidade, depressão, entre outras (RONZANI et al., 2009). Na Noruega, os médicos não se sentem como as pessoas certas para realizar a detecção precoce dos problemas relacionados ao consumo alcoólico; eles viram sua função mais como o tratamento de uma doença já existente do que detectando problemas em potencial (NYGAARD et al., 2010; NYGAARD e AASLAND, 2011).

5.3 Limitações deste estudo

Este estudo apresenta várias limitações. Quanto à etapa dos pacientes, uma das limitações deste estudo se refere à composição da amostra, que a exemplos de outros estudos realizados na APS do Brasil (MAGNABOSCO et al., 2007; VARGAS et al., 2009) foi realizada segundo critérios de conveniência, com coleta em unidades básicas de saúde. Na coleta de alguns dados, como ter sido questionado pelo médico sobre o uso do álcool ou ter sido orientado a respeito do risco deste consumo pode ter ocorrido viés de memória por parte do paciente. Para se evitar viés de memória em relação à avaliação do consumo alcoólico pelo paciente utilizamos questionários validados para esse fim. Os resultados obtidos foram coletados em amostra específica, ou seja, pacientes atendidos na APS, e por isso não podem ser generalizados para a população geral. Na etapa dos médicos, também não é possível generalizar os resultados obtidos, também por se tratar de amostra específica.

Nosso estudo permite conhecer os padrões de consumo alcoólico entre pacientes atendidos na APS, especificamente entre pacientes das Equipes de Saúde da Família (ESF), os aspectos relacionados à abordagem médica frente ao consumo do álcool e também do reconhecimento deste consumo pelos profissionais de saúde. Estes resultados podem contribuir para a implementação de políticas públicas de saúde em relação ao abuso do álcool assim como para a organização da atenção à saúde, além de serem usados como ferramenta de gestão. Nossos resultados também poderão subsidiar o aprimoramento dos currículos dos cursos de graduação, pós-graduação e de educação médica continuada na formação de

profissionais conscientes da necessidade da abordagem do consumo alcoólico de seus paciente

CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

➤ Observamos que em relação aos pacientes das ESFs:

- o consumo alcoólico de risco é frequente;
- AUDIT ≥ 8 é mais frequente em homens na faixa etária de 18 a 54 anos, que não coabitam com companheira, com renda familiar mensal maior de três salários mínimos, que trabalham e que não são portadores de doenças crônicas; CAGE positivo é mais frequente entre aqueles na faixa etária de 35 a 54 anos e que não coabitavam com companheira;
- AUDIT ≥ 8 é mais frequente em mulheres na faixa etária de 18 a 54 anos, naquelas de cor negra, que não têm religião e que não são portadores de doenças crônicas; CAGE positivo é mais frequente entre aquelas que não tem religião;
- a minoria dos pacientes foi questionada sobre o consumo do álcool durante a consulta médica e quando o questionamento ocorreu, foi feito por meio de perguntas diretas, mostrando que instrumentos de rastreamento não são utilizados;
- homens na faixa etária de 34 a 54 anos e aqueles que eram portadores de doenças crônicas foram mais frequentemente questionados sobre o consumo do álcool durante a consulta médica;
- mulheres de cor negra e aquelas portadoras de doença crônica foram mais frequentemente questionadas sobre o consumo do álcool durante a consulta médica;
- o consumo alcoólico foi subdiagnosticado pelos profissionais da APS;
- mesmo quando o consumo alcoólico foi reconhecido, não havia registro de conduta adotada em aproximadamente 50% dos prontuários;
- homens mais frequentemente apresentam AUDIT ≥ 8 , CAGE positivo e são questionados sobre o consumo alcoólico e identificados como alcoolista;
- apenas a minoria dos pacientes com AUDIT ≥ 8 ou CAGE positivo receberam orientações sobre o consumo do álcool, e quando elas ocorreram, muitas eram vinculadas à interação com medicamento ou devido à influência do álcool em doença preexistente.

➤ Observamos que em relação aos médicos das ESFs:

- a maioria se auto avalia como pouco seguro na abordagem do consumo alcoólico pelo paciente;
- a maioria sabe o que é dependência alcoólica, desconhece o que é abuso do álcool e encaminharia o paciente com dependência alcoólica para tratamento especializado;
- a maioria relatou que sempre ou quase sempre pergunta e anota no prontuário sobre o consumo alcoólico do paciente, no entanto raramente desenvolve atividade de prevenção do uso do álcool;
- eles acreditam que o aspecto do paciente é importante para se questionar sobre o uso do álcool, sendo que um terço relatou que o hálito etílico, referência do paciente ou da família ao alcoolismo ou o desleixo do paciente são os aspectos considerados;
- o diagnóstico do consumo alcoólico é feito durante a anamnese;
- a maioria não conhece e não utiliza instrumentos de rastreamento do consumo alcoólico;
- as principais barreiras no rastreamento do uso do álcool são: os pacientes não aceitam o diagnóstico, falta de treinamento para lidar com este problema, falta de tempo durante as consultas e que pacientes não querem ser perguntados sobre o consumo do álcool;
- a falta de treinamento para lidar com problemas relacionados ao álcool foi a razão mais citada para não oferecer aconselhamento e tratamento;
- a falta de conhecimento do protocolo de referência e que os pacientes não estão dispostos a se ajudar foram as principais razões citadas para não se oferecer referenciamento;
- a maioria dos médicos considera grande a sua responsabilidade no rastreamento, aconselhamento e referenciamento, no entanto considera que tem pouca responsabilidade no tratamento.

REFERÊNCIAS

7 REFERÊNCIAS

AALTO M.; SEPPÄ K. Primary health care physicians' definitions on when to advise a patient about weekly and binge drinking. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 32, p. 1321–1330, 2007.

AALTO M.; SEPPÄ K. Use of laboratory markers and the audit questionnaire by primary care physicians to detect alcohol abuse by patients. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 40, p. 520-523, sep. 2005.

AALTO M.; SEPPÄ K. Usefulness, length and content of alcohol-related discussions in primary health care: the exit poll survey. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 39, n. 6, p. 532–535, sep. 2004.

AALTO, M.; PETTERI, P; SEPPÄ K. Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking: a patient perspective. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v. 66, p. 39-43, 2002.

AARVOLD, A.; CROFTS T. Missed opportunities? Management of patients with alcohol problems in a surgical ward. **Health Bulletin**, Edinburgh, v. 60, n.1, p. 55-61, 2002.

AGABIO, R. et al. Alcohol use disorders in primary care patients in Cagliari, Italy. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 41, n. 3, p. 341–344, feb. 2006.

AIRA, M. et al. Factors influencing on inquiry of patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study. **Family Practice**, Oxford, v. 20, n.3, p. 270-275, jan. 2003.

ALLEN, J.P.; MAISTO, S.A.; CONNORS, G.J. Self-report screening tests for alcohol problems in primary care. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 155, p. 1726–1730, sep. 1995.

ALMEIDA-FILHO, N. et al. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n.1, p.45-54, 2004.

AMATO, C.A. et al. Crenças e comportamentos sobre práticas de prevenção ao uso de álcool entre pacientes da Atenção Primária à Saúde. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 744-758, 2008.

AMATO, T.C. et al. Uso de bebida alcoólica, religião e outras características sociodemográficas em pacientes da atenção primária à saúde - Juiz de Fora, MG, Brasil - 2006. SMAD, **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV**. Coord. MIGUEL JORGE, Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 845, 2000.

ANDERSON, P. et al. Attitudes and management of alcohol problems in general practice: Descriptive analysis based on findings of a World Health Organization international collaborative survey. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 38, n.6, p. 597–601, jul. 2003.

ANDERSON, P. et al. Attitudes and managing alcohol problems in general practice: an interaction analysis based on findings from a WHO collaborative study. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford v. 39, n. 4, p. 351–356, jan. 2004.

BABOR, T.F.; HIGGINS-BIDDLE, J.C. **Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care**. World Health Organization, p. 52, 2001. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6b.pdf>. Acesso em 07 de julho de 2012.

BABOR, T.F. et al. **The alcohol use disorders identification test - Guidelines for use in primary care**. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence. 2ªed. Geneva, 2001. 38p. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2010.

BALLESTEROS, J. et al. Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. **Addiction**, Oxford, v. 99, p.103-108, 2004.

BARROS, M.B et al. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n.4, p. 502-509, 2007.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N.; HACKER, M. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, p. 109-117, 2008.

BERNER, M.M. et al. Detection and management of alcohol use disorders in German primary care influenced by non-clinical factors. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 42, n. 4, p. 308–316, may 2007.

BORTOLUZZI, M.C. et al. Prevalência e perfil dos usuários de álcool de população adulta em cidade do sul do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p. 679-685, may 2010.

BRADLEY, K.A. Screening and diagnosis of alcoholism in the primary care setting. **West Journal of Medicine**, San Francisco, v. 156, p. 166-171,feb. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**. Brasília: Gabinete do Ministro, 2008. Seção 1, p.47-50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura Saúde da Família**, Brasília, 2010. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em 07 de julho de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, n. 14, p. 72, 2007. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saudefamilia/revista_saude_familia14.pdf>. Acesso em 26 de julho de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.843, de 20 de setembro de 2010. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de informática do SUS. **Informações de Saúde**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 25 de novembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 23 de maio de 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde Mental**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925> Acesso em: 25 de janeiro de 2013.

BUCHSBAUM, D. G. et al. Physician detection of drinking problems in patients attending a general medicine practice. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, p. 517-521, set. 1992.

CARLINI, E. A. et al. **II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.ippad.com.br/ippad/site/principal/material.asp?var_chavereg=193>. Acesso em: 06 jun. 2010.

CHEETA, S. et al. Low identification of alcohol use disorders in general practice in England. **Addiction**, Oxford, v. 103, p. 766–773, feb. 2008.

CORDEIRO, Q. et al. Triagem para a identificação de uso nocivo de álcool na atenção primária à saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 4, Ago 2006.

COSTA, J. S. D. et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.2, p. 284-291, apr. 2004.

DEEHAN, A. et al. Low detection rates, negative attitudes and the failure to meet the "Health of the Nation" alcohol targets: findings from a national survey of GPs in England and Wales. **Drug and Alcohol Review**, Abingdon, v. 17, p. 249-258, 1998.

ESCOBAR, F.; ESPI, F.; CANTERAS, M. Diagnostic tests for alcoholism in primary health care: compared efficacy of different instruments. **Drug Alcohol Dependence**, Limerick, v. 40, p 151-158, 1995.

EWING, J.A. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. **JAMA The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 252, n. 14, p. 1905-1907, 1984.

FIELLIN, D.A.; REID, M.C.; O'CONNOR, P.G. Screening for alcohol problems in primary care: A systematic review. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 160, n. 13, p. 1977-1989, 2000.

FLEMING, M.F. Screening and Brief Intervention in Primary Care Settings. **Alcohol Research and Health**, Rockville, v. 28, n 2., p.57-62, 2004/2005.

FOULDS, J. et al. Harmful drinking and talking about alcohol in primary care: New Zealand population survey findings. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 126 , p. 434-439, mar. 2012.

FREITAS, E.A.M.; MENDES, I.D; OLIVEIRA, L.C.M. Ingestão alcoólica em vítimas de causas externas atendidas em um hospital geral universitário. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 813-821, 2008.

FRIEDMANN, P.D et al. Screening and intervention for alcohol problems: a national survey of primary care physicians and psychiatrists. **Journal General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 15, p. 84-91, feb. 2000.

GELLER, G. et al. Knowledge, attitudes, and reported practices of medical students and house staff regarding the diagnosis and treatment of alcoholism. **Journal of American Medical Association**, Chicago, v. 261, n.21, p. 3115-3120, 1989.

GRUCZA, R.A.; PRZYBECK, T.R.; CLONINGER, C.R. Screening for alcohol problems: an epidemiological perspective and implications for primary care. **Missouri Medicine**, St Louis, p. 105-167, jul. 2008.

HAPKE, U.; RUMPF, H.J; JOHN, U. Differences between hospital patients with alcohol problems referred for counseling by physicians' routine clinical practice versus screening questionnaires. **British Journal of Addiction**, Oxford, v.93, p. 1777-1785, 1998.

HARZHEIM, E. **Ciclo de Debates sobre Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde : Desafios do SUS**. Brasília, mar. 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/ciclo_debates_redes_regionalizadas_sus> Acesso em: 19 jun. 2010.

IACOPONI, E.; LARANJEIRA, R.; JORGE, M.R. At-risk drinking in primary care: report from a survey in São Paulo, Brazil. **British Journal of Addiction**, Oxford, p.653-658, 1989.

JOHANSSON, K.; BENDTSEN, A.; ÅKERLINDA, I. Factors influencing GPs' decisions regarding screening for high alcohol consumption: a focus group study in Swedish primary care. **Journal of Royal Institute of Public Health**, Amsterdam, v.119, p. 781-788, apr. 2005.

JORGE, M.R.; MASUR, J. An attempt to improve the identification of alcoholdependent patients in a teaching general hospital. **Drug and alcohol dependence**, Limerick, v. 16, p. 67-73, 1985.

KANER, E.F. et al. Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 34, n.4, p. 559-566, 1999.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. Brasília: SENAD- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 76 p., 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2010.

LIMA, C.T et al. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 40, n. 6, p. 584-589, 2005.

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

MÄKELÄ, P.; HAVIO, M.L; SEPPÄ, K. Alcohol-related discussions in health care – a population view. Local, **British Journal of Addiction**, Oxford, v. 106, p.1239-1248, 2011.

MARQUES, A.C.P.R.; FURTADO, E.F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, p. 28-32, mai 2004.

MCQUADE, W.H. et al. Detecting symptoms of alcohol abuse in primary care settings. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 9, p. 814-821, sep./oct. 2000.

MELONI, J.N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo de álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, p. 7-10, mai 2004.

MENDES, M. C.; CUNHA, J. R. F.; NOGUEIRA, A. A. A mulher e o uso de álcool. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 33, n.11, p. 323-327, nov. 2011.

MERSY, D. J. Recognition Of Alcohol And Substance Abuse. **American Family Physician**, Kansas City, v. 67, n. 7, apr. 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**.Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006. 238 p

MINTO, E.C. et al. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 3, set. 2007.

NEVES, D. P. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 7-14, fev. 2004.

NYGAARD, P. et al. Use and Barriers to Use of Screening and Brief Interventions for Alcohol Problems Among Norwegian General Practitioners. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 45, n. 2, p. 207-212, jan. 2010.

NYGAARD, P.; AASLAND, O.G. Barriers to implementing screening and brief interventions in general practice: findings from a qualitative study in Norway. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 46, n. 1, p. 52-60, 2011.

OLIVEIRA, V.R.; OLIVEIRA, L.C.M. Reconhecimento de Alcoolismo em um Hospital Geral Universitário. **Revista Médica de Minas Gerais**. Belo Horizonte, v.16, n. 2, p. 92-95, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID-10: **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: décima revisão**. Tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. São Paulo: EDUSP, 7. ed, 2004.

PONCE, J.C. et al. Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, sup. 1, p. 13-16, 2008.

PRIMO, N. L. N. P.; STEIN, A. T. Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): um estudo transversal de base populacional. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 26, n.3, p. 280-286, sep./dec. 2004.

UBERLÂNDIA. Secretaria Municipal de Saúde. Rede de atenção à saúde. Uberlândia: 2010.

REHM, J. et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. **The Lancet**, London, v. 373, p. 2223-2233, jun. 2009.

RIBEIRO, C. A medicina geral e familiar e a abordagem do consumo de álcool detecção e intervenções breves no âmbito dos cuidados de saúde primários. **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 24, p. 355-368, 2011.

RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 69, p. 1080-1084, 2009.

RONZANI, T. M.; MOTA, D.C.B.; SOUZA, I.C.W. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p.51-61, aug. 2009.

RONZANI, T.M. et al. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 852-861, mai/jun. 2005.

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

ROWLAND, N. et al. Doctors have no time for alcohol screening. **British Medical Journal**, London, v.295, p. 95-96, 1987.

RUMPF, H.J et al. Physicians' low detection rates of alcohol dependence or abuse: a matter of methodological shortcomings? **General Hospital Psychiatry**, New York, v. 23, p. 133 - 137, 2001.

RUSH, B.R. et al. Early intervention for alcohol use: family physicians' motivations and perceived barriers. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v.152, p.863-869, 1995.

TOUMBOUROW, J.W. et al. Prediction of alcohol-related harm from controlled drinking strategies and alcohol consumption trajectories. **Addiction**, Abingdon, v. 99, p.498-508, 2004.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F.; ARAUJO, E.C. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1711-1720, aug. 2009.

WHITLOCK,E.P.; POLEN, M.R.; GREEN, C.A. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. **Annals Internal Medicine**, Philadelphia, v. 140, n. 7, p. 557-568, 2004.

WILSON, G.B et al. Intervention against excessive alcohol consumption in primary health care: a survey of GPs' attitudes and practices in England 10 years on. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 46, n.5, p.570-577, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Status Report: Alcohol Policy**, Department of Mental Health and Substance Abuse, Geneva, 2004 Disponível em: <http://www.who.int/entity/substance_abuse/publications/en/Alcohol%20Policy%20Report.pdf> . Acesso em: 06 maio 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Management of Substance Dependence. Screening and Brief Intervention**, Geneva, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/SBIFactSheet.pdf>. Acesso em: 06 maio 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care. Report of the International Conference of Primary Health Care**, Alma-Ata, U.S.S.R, p. 6-12. 1989. Geneva, 1989.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário para coleta de dados dos pacientes

Questionário N°: _____

1. **Sexo:** Feminino () Masculino ()

2. **Idade:** _____ anos

3. **Cor autorreferida:** Branco/a () Negro/a () Pardo/a ()
Amarelo/a () Mulato/a () Indígena ()

4. **Estado civil:** Solteiro/a () Casado/a () União Estável ()
Separado/a ou Divorciado/a () Viúvo/a ()

5. **Religião:** Sim () Não ()

6. **Escolaridade:** Fundamental: completo () incompleto ()

Médio: () completo () incompleto

Universitário: () completo () incompleto Qual curso? _____

Pós-Graduação: Especialização em : _____

() Mestrado () Doutorado

7. **Condição socioeconômica (em salários mínimos):** Até 01 ()

01 a 03 () 04 a 06 () acima de 06 ()

8. **Você trabalha?** Sim () Não ()

9. **O que costuma tomar?**

() Cerveja () Cachaça/Aguardente () Vinho

() Cidra () Whisky/vodka/gin () Ice () Outro _____

10. **Com qual frequência procura a Unidade Básica de Saúde da Família?**

() 1 vez por semana () 1 vez por mês () 1 vez por ano

() Outros _____

11. **Durante a consulta médica, foi questionado sobre o uso de bebidas alcoólicas?** Sim () Não ()

12. **Que perguntas foram feitas?** _____

12.1. Qual foi sua resposta? _____

13. **Recebeu orientação sobre o risco do consumo do álcool?**

Sim () Qual (is) ? _____

Não ()

APÊNDICE B - Questionário para coleta de dados nos prontuários

N.º _____	
1. Registro no prontuário do consumo do álcool?	<p>Sim (✓)</p> <p>O que foi descrito: _____</p> <p>_____</p> <p>Qual a conduta adotada? _____</p> <p>_____</p>
2. Registro no prontuário do número de doses/tempo ingeridas?	<p>Sim (✓)</p> <p>Quantidade _____</p>
3. E portador de doença crônica?	<p>Sim (✓)</p> <p>Qual(is)? _____</p> <p>_____</p>
4. Doença que motivou a consulta:	
5. Especialidade do Médico que atendeu:	

APÊNDICE C - Questionário para coleta de dados dos médicos

Questionário N°: _____

1. **Sexo:** Feminino () Masculino ()
2. **Idade:** _____ anos
3. **Estado civil:** Solteiro/a () Casado/a () União estável ()
Separado/a ou Divorciado/a () Viúvo/a ()
4. **Especialidade:** Sim () _____ Não ()

Pós-Graduação: Especialização em : _____

Mestrado () Doutorado ()

5. **Anos de exercício profissional:** Até 5 anos () De 6 a 10 anos () De 11 a 15 anos () De 16 a 20 anos () Mais de 20 anos ()
6. **Participou de alguma capacitação específica abordando o tema álcool nos últimos 05 anos?** () Sim () Não
7. **Participou de alguma capacitação específica abordando o tema álcool alguma vez?** () Sim () Não
8. **O (A) Sr. (a) acha que existe necessidade de realização de cursos de capacitação e aperfeiçoamento na área?** () Sim () Não
9. **O Sr(a) se sente motivado para realizar atividades de promoção e prevenção do consumo do álcool?**

() Totalmente desmotivado () Desmotivado () Indiferente

() Motivado () Totalmente motivado

10. **Como o (a) Sr(a) se auto-avalia na abordagem do paciente em relação ao consumo do álcool:**

() Muito seguro () Pouco seguro () Não se sente seguro

11. **Em que situação o(a) Sr(a) acha que é importante colher uma história sobre consumo do álcool?**

12. **O (A) Sr. (a) sabe o que é uso, abuso ou dependência do álcool?**

() Conheço todos os termos () Conheço um () Não conheço nenhum dos termos

Abuso _____

Dependência _____

13. Qual sua conduta para o paciente com diagnóstico de:

13.1. Abuso do álcool? _____

13.2. Dependência alcoólica? _____

14. Para o(a) Sr(a) qual o paciente que precisa ser encaminhado para tratamento?

15. Para onde o(a) Sr(a) encaminha o paciente quando este precisa de tratamento? _____

16. O aspecto do paciente é importante para se questionar sobre o consumo do álcool? () Sim. Qual paciente é questionado?

() Não.

17. Como o(a) Sr(a) faz o diagnóstico de consumo alcoólico do paciente?

18. Utiliza algum instrumento para rastreamento do consumo do álcool nos pacientes atendidos? () Sim. Quais _____

() Não

19. Conhece algum instrumento de rastreamento?

() Sim. Quais _____

() Não

20. Qual a frequência que o Sr(a) pergunta o paciente sobre o consumo do álcool?

() Sempre () Quase sempre () Eventualmente () Raramente

() Nunca () Depende do diagnóstico clínico do paciente

() Outros _____

21. Acha importante anotar no prontuário o consumo do álcool?

() Sim () Não

22. Qual a frequência que o Sr(a) anota uma história sobre o consumo do álcool no prontuário?

() Sempre () Quase sempre () Eventualmente () Raramente

Nunca Depende do diagnóstico clínico do paciente

Outros _____

23. O Sr(a) desenvolve atividades de promoção e prevenção do consumo do álcool?

Sempre Quase sempre Eventualmente

Raramente Nunca

Outros _____

Nas questões 24 a 27 podem ser assinaladas mais de uma opção

24. Para o Sr(a), quais as barreiras para o rastreamento do consumo do álcool?

Falta de tempo

Os pacientes não querem ser perguntados sobre o consumo do álcool

Os pacientes atendidos não possuem estes problemas

Os problemas relacionados ao consumo do álcool não são de responsabilidade dos médicos. Não é minha função

Não há referência para encaminhamento dos pacientes diagnosticados

Longa espera para o paciente conseguir o tratamento

Pacientes não aceitam o diagnóstico

Falta de treinamento para lidar com problemas relacionados ao álcool

Outros _____

25. Quais são as razões para não dar aconselhamento?

Falta de tempo

Os pacientes não estão dispostos a se ajudar

É inútil, porque aos pacientes etilistas falta força de vontade

Falta de treinamento para lidar com problemas relacionados ao álcool

Outros _____

26. Quais são as razões para não oferecer tratamento?

Falta de tempo

Os pacientes não estão dispostos a se ajudar

É inútil, porque aos pacientes etilistas falta força de vontade

Falta de treinamento para lidar com problemas relacionados ao álcool

O tratamento raramente ajuda

Outros _____

27. Quais são as razões para não oferecer referenciamento?

- Os pacientes não estão dispostos a se ajudar
- Falta de conhecimento do protocolo de referência
- É inútil, porque aos pacientes etilistas falta força de vontade
- Não há local para encaminhar o paciente
- Outros _____

28. Considera sua responsabilidade no:

- a) **Rastreamento** Grande Pouca Nenhuma
- b) **Aconselhamento** Grande Pouca Nenhuma
- c) **Tratamento** Grande Pouca Nenhuma
- d) **Referenciamento** () Grande () Pouca () Nenhum

ANEXOS

ANEXO A - Questionário AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*)**1- Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?**

- (0) Nunca (Ir para as questões 9-10)
- (1) Uma vez por mês ou menos
- (2) 2 a 4 vezes por mês
- (3) 2 a 3 vezes por semana
- (4) 4 ou mais vezes por semana

2- Quantas doses de álcool você consome num dia normal?

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

3- Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez por mês
- (2) Uma vez por mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Quase todos os dias

Passar às perguntas 9 e 10 se a pontuação total para as perguntas 2 e 3 for igual a zero.

4- Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez por mês
- (2) Uma vez por mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Quase todos os dias

5- Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez por mês
- (2) Uma vez por mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Quase todos os dias

6- Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você precisou beber pela manhã para

poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez por mês
- (2) Uma vez por mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Quase todos os dias

7- Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez por mês
- (2) Uma vez por mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Quase todos os dias

8- Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez por mês
- (2) Uma vez por mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Quase todos os dias

9- Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

- (0) Não
- (2) Sim, mas não no último ano
- (4) Sim, durante o último ano

10- Alguém ou algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

- (0) Não
- (2) Sim, mas não no último ano
- (4) Sim, durante o último ano

ANEXO B - Questionário CAGE (*cut down, annoyed by criticism, guilty, eye-opener*)

1- Alguma vez o (a) senhor(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou de parar de beber?

Sim Não

2- As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?

Sim Não

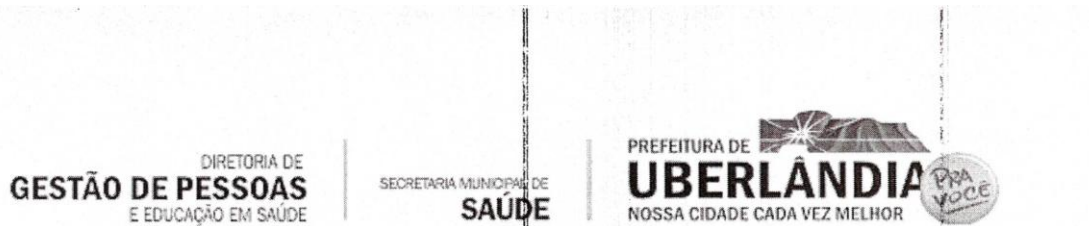
3- O (A) senhor(a) se sente chateado(a) consigo(a) mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebida alcoólica?

Sim Não

4- Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?

Sim Não

ANEXO C - Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia



PROJETO DE PESQUISA NA REDE DA SMS

Formulário de Solicitação

Nome do Projeto: Padrões de consumo de bebidas alcoólicas em pacientes da Atenção Primária à Saúde: Prevalência, reconhecimento e condutas.

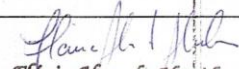
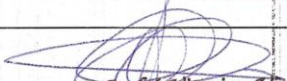
Área da Pesquisa: Ciências da Saúde

Instituição Responsável: UFU

Orientador: Prof. Luiz Carlos Marques de Oliveira

Pesquisadores: Máira Lemos de Castro Taufick
Lays Aparecida Evangelista

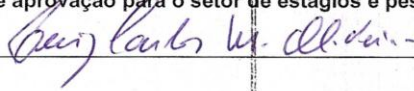
Órgão(s) da Secretaria Municipal de Saúde onde será realizada a Pesquisa: UBSFs da rede municipal de Saúde

Aprovado pelo Setor de Estágio e Pesquisas	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Data: <u>03/09/2010</u>	 Flávia Alves de Almeida PSICÓLOGA Diretoria de Gestão de Pessoas, do Trabalho e Educação em Saúde / SMS - Uberlândia - MG.
Aprovado pela Coordenação da Atenção Primária	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Data: <u>03/09/2010</u>	 André Vitorino Vieira GERÊNCIA DE ESTÁGIOS Diretoria de Gestão de Pessoas, do Trabalho e Educação em Saúde / SMS - Uberlândia - MG.

A liberação da realização do projeto nas Unidades do Serviço Municipal de Saúde está condicionada:

- Doação de um exemplar do trabalho finalizado para o Centro de Documentação - SMS;
- Participação na Mostra de Projetos de Pesquisa realizados na rede SUS Municipal.
- Ao término do projeto, informar à Diretoria de Gestão de Pessoas a conclusão do mesmo.

OBS: Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, o pesquisador deverá trazer uma cópia do protocolo de aprovação para o setor de estágios e pesquisa da Secretaria de Saúde.

Assinatura do pesquisador: 

Data: 03/09/2010

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PACIENTE

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada “Padrões de consumo de bebidas alcoólicas em pacientes da Atenção Primária à Saúde: prevalência, reconhecimento e condutas”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Maíra Lemos de Castro Taufick, Lays Aparecida Evangelista e Prof. Dr. Luiz Carlos Marques de Oliveira

Nesta pesquisa nós estamos buscando conhecer a frequência do consumo de bebidas alcoólicas em pacientes atendidos nas unidades de saúde e sua relação com as doenças orgânicas.

Na sua participação você responderá a dois questionários a respeito de consumo de bebidas alcoólicas e outro que irá traçar o seu perfil (sexo, idade, etc.). Também será necessário que o Sr(a) nos permita ter acesso ao seu prontuário médico para verificar seus dados a respeito do seu diagnóstico.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadoras.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

De nenhuma forma haverá possibilidade de saber por quem o questionário foi respondido, e por isso poderá sentir-se à vontade para dizer a verdade sem qualquer medo ou constrangimento.

Você não terá nenhum gasto ou ganho financeiro por participar desta pesquisa.

Não há nenhum tipo de risco físico ou psicológico e os resultados podem contribuir para o atendimento oferecido na rede de saúde.

Você é livre para parar de participar a qualquer momento sem nenhum prejuízo para você. Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com:

Pesquisadores: Maíra Lemos de Castro Taufick (3214-4600), Lays Aparecida Evangelista (34 3218-2246) e Prof. Dr. Luiz Carlos Marques de Oliveira (34 3218-2246)

Endereço profissional: Faculdade de Medicina-UFU. Av. Pará, 1720, Bloco 2H. Campus Umuarama. 38400-902 Uberlândia MG.

Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos (CEP) – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco J, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; telefone: 34-32394131

Eu _____ aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO MÉDICO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada “Padrões de consumo de bebidas alcoólicas em pacientes da Atenção Primária à Saúde: prevalência, reconhecimento e condutas”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Maíra Lemos de Castro Taufick, Lays Aparecida Evangelista e Prof. Dr. Luiz Carlos Marques de Oliveira

Nesta pesquisa nós estamos buscando dados sobre o conhecimento adquirido durante o curso de graduação ou cursos complementares a respeito da abordagem dos pacientes que fazem uso de bebidas alcoólicas.

Na sua participação você responderá a um questionário que irá traçar o seu perfil (sexo, idade, anos de exercício profissional, etc) e obter dados a respeito da abordagem médica frente ao consumo do álcool.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelas pesquisadoras.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

De nenhuma forma haverá possibilidade de saber qual questionário foi preenchido por você, e por isso poderá sentir-se à vontade para dizer a verdade sem qualquer constrangimento, uma vez que o seu depoimento sincero será fundamental para melhor estruturação do currículo médico.

Você não terá nenhum gasto ou ganho financeiro por participar na pesquisa.

Não há nenhum tipo de risco físico ou psicológico e os resultados podem colaborar no sentido subsidiar a elaboração de propostas para aprimorar o currículo das escolas médicas e a educação médica continuada.

Você é livre para parar de participar a qualquer momento sem nenhum prejuízo para você. Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com os pesquisadores: Pesquisadores: Maíra Lemos de Castro Taufick (3214-4600), Lays Aparecida Evangelista (34 3218-2246) e Prof. Dr. Luiz Carlos Marques de Oliveira (34 3218-2246)
Endereço profissional: Faculdade de Medicina-UFU. Av. Pará, 1720, Bloco 2H. Campus Umuarama. 38400-902 Uberlândia MG.

Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos (CEP) – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco J, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131
Os pesquisadores agradecem sua valiosa colaboração.

Eu Dr(a). _____ aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

ANEXO F – Aprovação do Comitê de ética em Pesquisa



Universidade Federal de Uberlândia
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
 Avenida João Naves de Ávila, nº. 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –
 CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4131; e-mail: cep@propp.ufu.br; www.comissoes.propp.ufu.br

ANÁLISE FNAL Nº.776/10 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO CEP/UFU 406/10

Projeto Pesquisa: Padrões de consumo de bebidas alcoólicas em pacientes de atenção primária à saúde: Prevalência, reconhecimento e condutas.

Pesquisador Responsável: Luiz Carlos Marques de Oliveira

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo proposto.

O protocolo de pesquisa não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

DATA DE ENTREGA DO RELATÓRIO FINAL: ABRIL DE 2012.

SITUAÇÃO: PROTOCOLO DE PESQUISA APROVADO

OBS: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Uberlândia, 15 de Outubro de 2010.

Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
 Coordenadora CEP/UFU

Orientações ao pesquisador

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto.