



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

VERONICA BATISTA CAMBRAIA FAVACHO

QUALIDADE DE VIDA E CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE OS MORADORES DA
COMUNIDADE LAGOA DOS ÍNDIOS-AP

MACAPÁ

2014

VERONICA BATISTA CAMBRAIA FAVACHO

QUALIDADE DE VIDA E CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE OS MORADORES DA
COMUNIDADE LAGOA DOS ÍNDIOS-AP

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde da Universidade Federal do
Amapá, na área de concentração
epidemiologia e saúde pública para
obtenção do título de Mestre.
Orientadora: Prof^a Dra. Anneli
Mercedes Celis de Cárdenas.

MACAPÁ

2014

VERONICA BATISTA CAMBRAIA FAVACHO

QUALIDADE DE VIDA E CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE OS MORADORES DA
COMUNIDADE LAGOA DOS ÍNDIOS-AP

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde da Universidade Federal do
Amapá, na área de concentração
epidemiologia e saúde pública para
obtenção do título de Mestre.
Orientadora: Prof^a Dra. Anneli
Mercedes Celis de Cárdenas.

DATA DE APROVAÇÃO: ____/____/____

Prof^a Dra. Anneli Mercedes Celis de Cárdenas
Universidade Federal do Amapá

Prof^a Dra. Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco
Universidade Federal do Amapá

Prof^o Dr^a Rosimary Ferreira Andrade
Universidade Federal do Amapá

Prof^a Dr. Alessandro dos Santos Pin
Universidade Federal do Amazonas

Prof^a Dra. Izabel Tentes
Universidade Federal do Amapá

MACAPÁ

2014

DEDICATÓRIA

À minha família, pais (Waldenir Batista Cambraia e Maria Batista Cambraia), irmãos (Pablo Batista Cambraia, Fábio Batista Cambraia e Fabrício Batista Cambraia), sobrinhos (Fábio Bruno, Beatriz, Neto e Alícia) e cunhadas-irmãs (Cidalina e Milene).

Aos meus amores, Fabrício de Aquino Favacho, Valentina e Athina Cambraia.

Aos meus amigos(a). Aos meus mestres, Prof^a Anneli Celis de Cárdenas e Prof^a Francineide Pereira da Silva Pena.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me manter firme em minhas convicções, por me carregar no colo nos momentos mais difíceis, que não foram poucos, pelos quais passei, me dando sabedoria para continuar caminhando e chegar até o final deste mestrado.

A meus queridos pais, Waldenir Cambraia e Maria Cambraia, por terem dedicado grande parte de suas vidas às minhas realizações, e ainda, hoje, pelo precioso apoio na conquista de outras realizações. Também aos meus irmãos, Pablo, Fábio e Fabrício Cambraia, que permaneceram ao meu lado desde a infância, adolescência e vida adulta, e muito contribuíram e contribuem para minhas vitórias.

Aos meus amores, Fabrício Favacho, Valentina e Athina Cambraia, pela compreensão nos momentos de ausência, física e/ou espiritual, pela força, confiança e pelo grande amor a mim ofertado. Ah o amor....

Aos meus sobrinhos, Bruno, Bia, Netinho e Alícia, pelo carinho e travessuras que me dispensaram durante todos esses anos que existem em minha vida. Também às minhas cunhadas (irmãs), pelo apoio, compreensão e paciência nos momentos em que precisei de seus abraços, seus conselhos e seus ombros.

Aos meus mestres, em especial à Prof^a Francineide Pena, que me orientou na vida acadêmica, na vida cotidiana e na vida de caminhada científica e a Prof^a Anneli Cárdenas, a qual me orientou na trilha científica durante todo o Mestrado. Obrigada pelo estímulo, paciência, dedicação e amizade. E ainda, por me instigarem na descoberta apaixonante da importância da pesquisa para a ciência. Aos meus colegas e amigos de turma, em especial: Benedito Medeiros, Janete Ramos e Analísia Silva pela disponibilidade, paciência e companheirismo, momentos de convivência e de *feed-back*.

As pessoas que fazem parte da Comunidade Lagoa dos Índios, pelo acolhimento de sempre e pelo acréscimo de conhecimento que me possibilitaram. Ainda, ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, UNIFAP, em especial à Léia, pelo profissionalismo e colaboração, e aos funcionários da Universidade Federal do Amapá, pela atenção dispensada. Os meus sinceros agradecimentos a todos que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

Um dos grandes deveres da Universidade é implantar suas práticas
profissionais ao seio do povo (Ernesto Che Guevara).

RESUMO

As bebidas alcoólicas são substâncias consumidas desde tempos imemoráveis na América do Sul e em diversas regiões do planeta, estando em nossa sociedade através de festividades, da cultura e da economia. No entanto, o impacto que o uso dessas substâncias infere sobre a saúde pública é alarmante, estando associada a acidentes, a violência, dependência química, co-morbidades, dentre outros fatores. O objetivo deste estudo foi avaliar a Qualidade de vida entre os moradores da Comunidade Lagoa dos Índios, na faixa etária de 18 a 59 anos que consumiam bebidas alcólicas, numa amostra composta por 169 pessoas, cadastradas pela Estratégia de Agentes de Saúde, da Unidade Básica de Saúde do Marabaixo. Os instrumentos utilizados foram referentes às características sociodemográficas, ao consumo de bebida alcóolica, sintomas de dependência alcoólica e a qualidade de vida, validados pela Organização Mundial de Saúde como o Alcohol Use Disorders Identification Teste (AUDIT) o World Health Organization Quality of Life Instrument abreviado (WHOQOL-BREF). Os resultados demonstraram a prevalência do sexo masculino, de escolaridade baixa e idades de início de consumo de álcool ainda na adolescência. Para o AUDIT, 84,6% das pessoas encontravam-se em baixo risco, 6,5% em uso nocivo e provável dependência. Em relação à qualidade de vida, os domínios melhores evidenciados foram relações sociais (75,64) e o psicológico (65,11), o domínio menos evidenciado foi meio ambiente (49,77). Porém, somente entre os homens observou-se melhor escore para avaliação da Qualidade de vida. Os achados presentes neste estudo mostraram uma correlação negativa entre consumo de álcool e qualidade de vida. Constatou-se também que na relação do Whoqol com as variáveis sociodemográficas, quanto maior a idade, menor o escore do domínio físico, quanto maior a escolaridade, maior os escores nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, resultando em melhor qualidade de vida. Nesse sentido, a questão da qualidade de vida e do uso do álcool propõe novas formas de repensar esta condição, considerando o meio ambiente mais favorável para a qualidade de vida e a importância de intervenções efetivas na mudança desse comportamento de risco.

Descritores: Condições de vida. Bebida alcoólica. Meio ambiente.

ABSTRACT

Alcoholic beverages are consumed since time immemorial in South America and in various regions of the planet, being inserted into our society through festivals, culture and economy. However, the impact that the use of this substance infers on public health is alarming and is associated with accidents, family, violence, substance abuse, co-morbidities, among other factors. Therefore, the goal of this study was to evaluate the quality of life in the community of Pond Indians, registered by, the Basic Health Unit Marabaixo Agents Health Strategy, aged 18-59 who consumed alcoholic beverages in a sample consisting of 169 people. The instruments used were the socio-demographic characteristics, consumption of alcoholic beverages, alcohol dependence symptoms and their quality of life, validated by the World Health Organization as the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), the World Health Organization Quality of Life Instrument abbreviated (WHOQOL -BREF). The results showed the prevalence of male sex, low education level and age of onset of alcohol consumption in adolescence. For the AUDIT, 84.6 % of people were at low risk. However, 6.5 % were probable dependence on harmful and use. Regarding quality of life, the best domains assessed were social relations (75.64) and psychological (65.11), the worst area was the environment (49.77). However, only among men was observed best score for assessment of quality of life. The findings presented in this study showed a negative correlation between consumption and quality of life. It was also found that a ratio of Whoqol with socio-demographic variables, the greater the age, the lower the physical domain, the more education, higher scores on the physical, psychological, social relationships and environment, resulting in better quality of life. In this sense, the issue of quality of life and the use of alcohol, proposes new ways to rethink this condition, considering the most favorable for the quality of life and the importance of effective interventions to change this behavior of risk environment.

Descriptors: Living Conditions. Alcoholic beverages. Environment.

LISTA DE SIGLAS

ANOVA	Análise de Variância
AUDIT	Teste de Identificação de Desordens para o uso do álcool
CIDI-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
FCP	Fundação Cultural Palmares
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização PAN-AMERICANA de Saúde
PNPS	Programa Nacional de Promoção de Saúde
QV	Qualidade de Vida.
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
WHO	World Health Organization - Organização Mundial de Saúde
WHOQOL-BREF	Whoqol- abreviado.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Distribuição das pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo, segundo as características sociodemográficas. Macapá-AP, 2014 (n=169). 42
- Tabela 2.** Distribuição das pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo, segundo as Zonas de classificação do AUDIT. Macapá-AP, 2014 (n=169). 53
- Tabela 3.** Distribuição das Medidas descritivas das dimensões do WHOQOL-BREF entre as pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo. Macapá-AP, 2014 (n=169). 55
- Tabela 4.** Distribuição das Medidas descritivas das dimensões do WHOQOL-BREF, percepção geral sobre a qualidade de vida entre as pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo. Macapá-AP, 2014 (n=169). 56
- Tabela 5.** Distribuição das Medidas descritivas das dimensões do WHOQOL-BREF, percepção geral sobre a saúde das pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo. Macapá-AP, 2014 (n=169). 58
- Tabela 6.** Distribuição das Medidas de correlação entre as dimensões do WHOQOL-BREF e a pontuação do AUDIT, das pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo. Macapá-AP, 2014 (n=169). 66
- Tabela 7.** Distribuição das Medidas de relação entre as Pontuações médias dos domínios do WHOQOL-BREF, por classificação do AUDIT, das pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo. Macapá-AP, 2014 (n=169). 67

Tabela 8. Distribuição das Medidas de Correlações dos domínios do WHOQOL-BREF entre si e as pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo. Macapá-AP, 2014 (n=169).	70
Tabela 9. Distribuição das Medidas de Correlações entre os domínios do WHOQOL-BREF e algumas variáveis sociodemográficas, como a idade, a idade de início de bebida, a escolaridade e a renda familiar das pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo. Macapá-AP, 2014 (n=169).	72
Tabela 10. Distribuição das Medidas de Correlações entre os domínios do WHOQOL-BREF e algumas variáveis sociodemográficas, como o gênero, estado civil e situação das pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo. Macapá-AP, 2014 (n=169)	75

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Distribuição das pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo, segundo as características sociodemográficas, gênero. Macapá-AP, 2014 (n=169). 43
- Figura 2.** Distribuição das pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo, segundo as características sociodemográficas, idade. Macapá-AP, 2014 (n=169). 44
- Figura 3.** Distribuição das pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo, segundo as características sociodemográficas, idade de início. Macapá-AP, 2014 (n=169). 46
- Figura 4.** Distribuição das pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo, segundo as características sociodemográficas, estado civil. Macapá-AP, 2014 (n=169). 47
- Figura 5.** Distribuição das pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo, segundo as características sociodemográficas, escolaridade. Macapá-AP, 2014 (n=169). 49
- Figura 6.** Distribuição das pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo, segundo as características sociodemográficas, situação trabalhista. Macapá-AP, 2014 (n=169). 50
- Figura 7.** Distribuição das pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo, segundo as características sociodemográficas, renda familiar. Macapá-AP, 2014 (n=169). 51

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	PANORAMA HISTÓRICO DO ALCOOLISMO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	19
2.2	DESCREVENDO CONCEITOS E ENTENDIMENTOS SOBRE QUALIDADE DE VIDA	20
2.3	INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE INSTRUMENT	24
2.4	LIMITE E POSSIBILIDADE SOBRE QUALIDADE DE VIDA COM O USO DE ÁLCOOL	26
2.5	A IMPORTÂNCIA DO DESENHO DAS CONDIÇÕES DE VIDA DA COMUNIDADE	30
3	MÉTODO	32
3.1	TIPO DE ESTUDO	32
3.2	PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO	32
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	34
3.3.1	CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	35
3.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	35
3.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	37
3.6	ANÁLISE DOS DADOS	38
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
4.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	41
4.2	ANÁLISE DOS RESULTADOS REFERENTES AO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	51
4.3	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS REFERENTES À QUALIDADE DE VIDA	54
4.4	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS REFERENTES À CORRELAÇÃO ENTRE WHOQOL-BREF E AUDIT	64
4.5	CORRELAÇÃO DOS DOMÍNIOS DO WHOQOL-BREF ENTRE SI	68

5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICES	95
	ANEXOS	100

1 INTRODUÇÃO

O abuso e a dependência de drogas ameaçam tanto os valores políticos e econômicos como os sociais, sejam de origem lícita, como as bebidas alcoólicas, ou ilícita. Além de contribuir para o crescimento dos gastos com tratamento médico e internação hospitalar, eleva os índices de acidentes de trânsito, de violência urbana e de mortes prematuras. No mais, o envolvimento com drogas ocorre, frequentemente, com a população jovem.

Desde o começo dos registros escritos, o álcool é parte da cultura do ser humano e quase todas as sociedades que consomem este produto têm problemas sociais e de saúde relacionados à sua utilização.

Dessa maneira, as bebidas alcoólicas tornaram-se um problema com amplas consequências para o sujeito, exercendo uma grande influência sobre a sua Qualidade de Vida (QV), provocando assim muitos prejuízos, os quais ainda não foram bem estudados.

De acordo com Kaplan; Sadok; Grebb (1997), o abuso e a dependência do álcool são, de longe, os transtornos mais comuns relacionados a substâncias psicoativas e levam a uma multiplicidade de consequências negativas para a saúde, além de afetar a produtividade no trabalho, as relações familiares e o desempenho escolar, podendo levar à morte.

Segundo Rehm *et al*; (2009), anualmente cerca de 2 bilhões de pessoas no mundo consomem bebida alcoólica, o que corresponde a aproximadamente 40% da população mundial acima de 15 anos. A industrialização da produção e a globalização do marketing do álcool geraram aumento global no consumo, concomitante ao aumento dos prejuízos relacionados ao seu uso. Estima-se ainda que morrem 2 a 2,5 milhões de pessoas/ano devido às intoxicações agudas, cirrose hepática, violência e colisões de automóvel, correlacionadas a este consumo.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2006), através do Conselho da Primeira Conferência Pan-americana de Políticas Públicas para o álcool acredita que há crescentes evidências científicas que denotam a participação do álcool como agente causador direto e indireto de doenças,

acidentes, violência e prejuízo da saúde de forma global, desse modo, interferindo na qualidade de vida das pessoas.

Atualmente no Brasil esta problemática continua em evidência, onde o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID, 2005) apontou que o uso na vida de álcool foi de 54,3% entre os adolescentes de 12 a 17 anos e de 78,6% entre os jovens de 18 a 24 anos.

Ainda no mesmo estudo, problemas relacionados ao consumo de álcool foram relatados por 5,7% e 12% nas faixas etárias respectivas.

Em consonância com a Pesquisa de Orçamentos Familiares em 2008-2009, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), no quesito aquisição alimentar domiciliar per capita, o consumo de bebidas alcoólicas está muito acima da média nacional sendo o Estado do Amapá o segundo maior da região norte, atrás apenas do Estado de Rondônia.

A investigação dos fatores que levam um indivíduo a fazer uso de álcool já vem de longa data e foi o que atentou para o tema.

Para tanto, é de vital importância tratar de forma séria e com bases em evidências e análises, deixando de lado visões apaixonadas e distantes da realidade a fim de que políticas eficazes de saúde pública sejam colocadas em prática. Em termos gerais, existe uma carência de dados científicos sobre o uso de bebidas alcoólicas pela população, de acordo com Galduróz e Caetano (2004), fazendo-se urgente a necessidade de mais estudos e pesquisas.

Muitos pesquisadores têm examinado a relação entre o volume de álcool consumido e a mortalidade, morbidade ou a combinação de ambos. Estudos que analisam os efeitos do consumo de álcool associados à incapacidade ou dimensões da qualidade de vida são poucos frequentes (MENEZES, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), que, em 1948, definiu saúde como não apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas também a presença de bem-estar físico, mental, social; e qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, conceito multidimensional que envolve diferentes tipos de domínios, sendo o físico, o psicológico, o meio ambiente e as relações sociais.

No que tange o conceito de qualidade de vida as divergências surgem entre os especialistas no tema. Não há ainda uma concordância sobre o que constitui QV; uma tentativa para tanto conglomerava desde estado de saúde, assim como uma variedade de domínios, meio ambiente, recursos econômicos, relacionamentos, tempo para o trabalho e lazer. Um conceito necessário na prática dos cuidados e pesquisa em saúde, por ser uma respeitável medida de impacto em saúde.

Segundo Gianchello (2005), de uma versão inglesa do conceito expõe um conceito similar: “[...] é o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos”.

Não obstante a ausência de uma definição consensual, mas ainda incluso nesta nova concepção é necessário à compreensão de aspectos que são primordiais para a definição de QV. Trata-se de uma abordagem pautada na percepção do indivíduo com funcionamento em diferentes áreas da vida, seja ela física, ocupacional, psicológica, social e sensações psicossomáticas.

A Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) tem como objetivo promover a QV e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados a seus determinantes e condicionantes-modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Conforme dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (2011), através da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), avaliando o trabalho e os indicadores de saúde verificou-se uma peculiaridade nesta comunidade em estudo, foram que os avanços sobre os indicadores de saúde dentro das PNPS e EACS têm sido de forma lenta.

Neste contexto, a experiência na atuação do serviço justificou este estudo, quando apontou que a maioria dos óbitos nesta população acontecem por causas externas (violência, acidentes automobilísticos), suscitando o questionamento de correlação com o uso de álcool, fato que motivou esta pesquisa, considerando que os serviços de atenção básica de saúde apresentam uma das melhores opções para o rastreamento do uso excessivo de álcool, além de ser um campo propício para o desenvolvimento de ações preventivas e

favoráveis à QV. A partir deste enfoque, surgiu a inquietação sobre a temática proposta para se conhecer o real impacto do álcool nos aspectos referentes à QV dos moradores da Comunidade Lagoa dos Índios, em relação aos aspectos globais de sua saúde, que envolve o bem-estar físico, mental e social.

Desta maneira, este estudo questiona se existe ou não a influência da problemática de utilização de álcool na QV das pessoas.

Este trabalho traz para o debate as relações entre QV e o uso de álcool, buscando estabelecer discursos que contribuam para o desfecho desta conexão entre ambos.

A proposta da pesquisa em foco surgiu para colaborar com as políticas públicas já existentes no que tange o consumo de álcool. Num primeiro momento traçar uma caracterização/percepção dessa determinada comunidade, relacionando QV x uso do álcool e, num segundo momento apresentar resultados provocando uma reflexão para a promoção de saúde e prevenção de doenças, intervindo efetivamente na contribuição para a melhoria da QV dessas pessoas.

Como relevância científica, através da observância de seus resultados, busca-se através deste estudo promover a dilação dos conhecimentos e contribuir na melhoria da oferta do serviço de saúde da Atenção Básica no município de Macapá, permitindo novas pesquisas para particularizar e expandir esta assistência. Por esses elementos, anseia-se despertar discussões e proposições de mecanismos de enfrentamento do alcoolismo e prevenção.

A pesquisa tem relevância social com audaciosa importância na proposta de enfrentamento da realidade no que tange a temática, necessitando-se com urgência avançar nas propostas assistenciais realizadas por profissionais capacitados na rede básica das pessoas que se utilizam do serviço de saúde.

Anseia-se através desta avaliação da QV das pessoas que consomem bebida alcoólica, contribuir para a definição do diagnóstico e perfil relacionado à problemática a fim de provocar o surgimento de estratégias de intervenção, interferindo na melhoria das suas condições de vida. Uma convicção é a de que este estudo está pautado no enfoque do consumo de álcool na Comunidade Lagoa dos Índios e na perspectiva de seu impacto na QV avaliada. Concorrendo para um enorme potencial para o conhecimento científico, como fonte de informações que permita ampliar a compreensão das necessidades e problemas

da comunidade e fornecer subsídios para breves ações preventivas com uma abordagem multidimensional.

No tocante ao objetivo geral deste estudo, propõe-se avaliar a QV dos moradores da Comunidade Lagoa dos Índios, acompanhados pela EACS da Unidade Básica de Saúde Marabaixo, na faixa etária de 18 a 59 anos que consomem bebidas alcóolicas, através dos instrumentos Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) e do instrumento World Health Organization Quality of Life Instrument abreviado (WHOQOL-BREF).

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 PANORAMA HISTÓRICO DO ALCOOLISMO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

No século XX o alcoolismo já emergia com um enigma de implicações globais à saúde. Nos territórios de países ocidentais 50% ou mais dos adultos podem ser considerados como consumidores de álcool. Na sua maioria, as pessoas acreditam que beber é seguro, um aprazível experimento com ínfimas consequências à saúde. Entretanto, cerca de 10% dos consumidores do produto experimentarão, em alguma ocasião, severos problemas de saúde (LOWENFELS, 2000).

O alcoolismo é um transtorno desencadeado por um complexo conjunto de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais (SARMENTO, 2010). Os padrões de consumo de álcool e as consequências nocivas se apoiam numa história longa da familiaridade humana com essa forma de uso de droga psicoativa.

Vale salientar, entretanto, que há uma série de estudos epidemiológicos no Brasil, com destaque para os de grande abrangência (I e II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas), os quais criam uma espécie de “mosaico” da ciência na questão abordada, estimando a prevalência do uso de álcool pela primeira vez. Os resultados estão em relatórios de 2001 e 2005 totalizando 11,2% e 12,3%, entre homens e mulheres nos respectivos anos (CEBRID, 2005).

O amplo estudo domiciliar mostrou que no Brasil a prevalência da dependência de álcool chega a 11,2%, sendo mais alta nas regiões Norte e Nordeste, com porcentagens acima de 16%, segundo Galduróz (2004). Estimativas mostram que esse efeito não diminuiu, havendo, no entanto, um aumento nos últimos anos. A investigação epidemiológica desse estudo se fez necessária, já que estatísticas sobre o álcool remetem a uma questão ampla e complexa para a epidemiologia.

Os dados do Amapá também instigam para o desenvolvimento do estudo em questão. Um levantamento nacional realizado em 2010, pelo Governo Federal

revela que dos 2305 jovens do Estado do Amapá, com mais de dezoito anos, 73,5% já usaram álcool em algum momento da sua vida, 56,8% no último ano e 45,5% nos últimos trinta dias. Dessa maneira se pode observar a propulsão para o desenvolvimento deste estudo, podendo ser importante para a abordagem estratégica deste problema, realizando-se medidas efetivas para precatar o consumo abusivo e o controle das consequências nocivas do uso de álcool, considerando o primórdio da QV (GALDURÓZ, 2004).

Em 2004, 3,8% de todas as mortes no mundo foram atribuídas ao uso de álcool. De acordo com Rehm *et al*; (2009), as implicações na implementação de medidas efetivas são de considerável magnitude, principalmente quando se trata de questões políticas, econômicas e sociais. Entretanto é valioso o resgate da clínica: de *inclinarse* para acolher o paciente e sua história, e o de produzir um viés para produzir outra história, outra possibilidade de existência.

Para a saúde coletiva, seu sentido deve implicar na ponderação da diversidade e especificidade dos grupos populacionais e das individualidades com seus modos próprios de adoecer e/ou representarem tal processo (PAIM, 1980).

2.2DESCREVENDO CONCEITOS E ENTENDIMENTOS SOBRE QUALIDADE DE VIDA

Nos tempos atuais vigora uma crescente preocupação com assuntos relacionados à QV, tendo como trilha a valorização de parâmetros mais amplos que, meramente, os indicadores de saúde como o controle de sintomatologias, de redução da mortalidade ou do aumento da expectativa de vida.

A QV adveio com uma nova abordagem, mais centrada na saúde, para um conceito mais abrangente e subjetivo, onde as condições e estilo de vida estabelecem aspectos a serem ponderados (ALMEIDA; GUTIERREZ, 2004).

A definição de QV, habitualmente, propõe uma forma mais global, realçando a satisfação geral com a vida, como também enfocando componentes específicos que ladeiam o conceito geral. Esta QV atual geralmente envolve grau de satisfação do indivíduo em várias dimensões: estado físico e capacidade funcional, psicológico e bem-estar, interações sociais, fatores econômicos e

espirituais (FERRAZ; CICONELLI, 2003; FORATTINI, 1992). A abordagem que é dada e os indicadores almejados estão diretamente intrincados aos interesses peculiares a cada termo, seja ele geral ou mais específico.

Dependendo da instância o conceito pode ser entendido como sinônimo de saúde, felicidade e satisfação pessoal, condições de vida, estilo de vida, segundo Nahas (2003); havendo uma modificação em seus indicadores, que variam de renda a satisfação com determinados aspectos da vida.

Devido a essa complexidade de conceitos e definições, Gil e Feisntein (1994) afirmam que antes de ser um simples índice de condição de vida, a QV é uma percepção individual que representa a maneira pela qual o indivíduo se sente em relação à sua condição de saúde e/ou aspectos não-médicos relacionados à sua vida.

Dessa maneira, a QV apresenta-se como uma temática de difícil compreensão que necessita de delimitações para sua operacionalização em análises acadêmicas. Importando o conhecimento não só de conceitos, mas também de classificações e/ou modelos relacionados, necessitando-se de uma definição com termo único, claro e universal (FERRAZ; CICONELLI, 2003).

Assim, os estudos de QV dividem-se em quatro abordagens: socioeconômica, biomédica, psicológica e geral. A socioeconômica tem os indicadores sociais como principal elemento, a abordagem biomédica trata da questão de oferecer melhorias nas condições de vida dos enfermos (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000), a abordagem psicológica busca indicadores que tratam das reações subjetivas de um indivíduo às suas vivências.

A conceituação das abordagens gerais, por sua vez, tem como premissa que a QV é multidimensional, possuindo uma organização complexa e dinâmica dos seus componentes, a qual difere de pessoa para pessoa, considerando o contexto/ambiente e imparidade. Particularidades como valores, inteligência e interesses são importantes, sendo a QV um aspecto fundamental para se ter uma boa saúde.

Nesse contexto, é importante fazer uma análise da QV com um olhar mais amplo, afastando-se, principalmente, do reducionismo biomédico, Minayo; Hartz; Buss, 2000, aborda QV como uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer e realização pessoal) e

também objetivos, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e outras criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada comunidade.

Outro contexto de QV, mais complexo, está relacionado à ideia do ser, pertencer e transformar. O ser faz referência às capacidades individuais, inteligência, valores, experiências de vida. O pertencer traz as relações que a pessoa possui, as escolhas. O transformar evidencia a prática de atividades como o voluntariado, programas educacionais, dentre outros. Enfim, dá-se uma organização dinâmica entre si, apreciando-se tanto a pessoa como o ambiente, assim como as oportunidades e os obstáculos.

Diante de uma abordagem mais contemporânea, Almeida e Gutierrez (2010) afirmam ainda que a noção de QV tem, nas relações pessoais, referências como: o desenvolvimento econômico, social e tecnológico da sociedade; valores, necessidades e tradições; estratificações, a ideia de QV relacionada ao bem-estar da camada superior e à passagem de um limiar a outro.

Conforme sugere a OMS (1998), a QV inclui desde fatores relacionados à saúde como bem-estar físico, funcional, emocional e mental, até elementos importantes da vida das pessoas como trabalho, família, amigos, e outras circunstâncias do cotidiano. Assim, faz-se uma reflexão sobre a percepção dos indivíduos quanto à satisfação de suas necessidades, ou ainda, manifestação de oportunidades para alcançar a felicidade e auto-realização, de modo independente.

Na área da saúde, o interesse pelo conceito QV é relativamente recente, desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX e provém de inovadores paradigmas influentes nas políticas e práticas de saúde. Trata-se da avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar para as pessoas acometidas (SEIDL; ZANNON; 2004).

No que concerne à saúde, as noções se juntam numa resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada comunidade estabelece como parâmetros para si. Segundo Auquier; Simeoni; Mendizabal (1997), o conceito fundamental para qualidade de vida relacionada à

saúde (QVRS), seria igualmente à percepção da saúde, às funções sociais, psicológicas e físicas, bem como, os danos a elas relacionados.

Em relação aos instrumentos de avaliação da QVRS focaliza-se no estado funcional e no bem-estar nas dimensões diretamente relacionadas com a saúde ou limitações funcionais devido à doença física ou emocional, opondo-se, por exemplo, às limitações sociais, econômicas e ambientais.

As escalas específicas, geralmente, também são multidimensionais e avaliam ainda a percepção geral da QV, embora a ênfase habitualmente seja sobre sintomas, incapacidades ou limitações relacionados à determinada enfermidade. [...] Avaliam de maneira específica e profunda aspectos de QV, como dor, capacidade funcional e *status* emocional (AGUIAR *et al*, 2008, p. 933).

De acordo com Rehm *et al*; (2000), não existe ainda rotina de registro para incapacidades, que possibilitaria o acesso relativamente simples aos pesquisadores que estudam a relação entre uso de álcool e incapacidades. Estes estudos, porém, apresentam resultados subjetivos de saúde, o que não tem impedido, ainda assim, intervenções sumárias de saúde e grande veemência.

Analisando a importância dada para QV nos tempos atuais e para o uso de álcool na população mundial, sabendo que este uso pode levar a alterações marcantes na saúde física e mental das pessoas, além de alterações nas suas relações sociais e familiares; a mensuração da QV em foco nesse estudo, merece ser apreciada, deduzindo que os achados sejam úteis para melhor orientar nas eleições de prioridades das intervenções adotadas pelas Políticas Públicas de Saúde.

A falta de um consenso conceitual sobre o tema não tem inviabilizado o interesse em transformar a QV numa medida quantitativa. Uma diversidade crescente de instrumentos vem sendo construídos para medi-la. Estes são classificados de acordo com Campos (2008) em genéricos e específicos.

Os genéricos são destinados à população de um modo geral. São instrumentos de base populacional que possuem a característica de avaliar a QV sem especificar patologias. Os mais frequentes são o Nottingham Health Profile

(NHP), o Satisfaction With Life Domain Scalen (SLDS) e o Word Health Organization Quality of Life (WHOQOL).

Os específicos, por sua vez, são capazes de avaliar de maneira mais ímpar e exclusiva uma determinada condição ou patologia, tendo como característica principal a sensibilidade de mensurar alterações específicas relacionadas à QV. Os mais utilizados são Medical Outcomes Study – Short Form (MOS SF 36) e Quality of Life Depression Scale (QLDS).

No momento, nenhum instrumento específico para QV visando esta pesquisa foi visualizado, devido ao fator de não existir instrumentos que abordem a temática em questão, Qualidade de vida e consumo de álcool. Por outro lado, os genéricos, apesar de não admitirem o avanço em aspectos mais reservados para uma definida patologia, oferecem vantagens como possibilidades de comparações dos efeitos de intervenções terapêuticas em diferentes patologias, além de avaliações de modalidades terapêuticas em diversos aspectos da QV das pessoas (FERRAZ; CICONELLI, 2003).

2.3 INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE INSTRUMENT

A OMS definiu QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Após definir QV, a OMS criou em 1991, dois instrumentos gerais de medida de QV: WHOQOL-100 e o WHOQOL-BREF. O primeiro é constituído por seis domínios, sendo: físico, psicológico, de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/ crenças pessoais; o qual é dividido em vinte e quatro facetas que compõe um total de 100 questões. O segundo é uma versão abreviada do WHOQOL-100, o qual é composto por vinte e seis questões divididas em quatro domínios, sendo eles: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Ambos já disponíveis em português, no Grupo de Estudos sobre

QV, do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A seleção das questões para compor a versão abreviada foi tanto psicométrico como conceitual. No nível conceitual, definiu-se que o caráter abrangente original deveria ser preservado. Portanto, cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100 deveria ser representada por uma única questão.

Para o nível psicométrico, definiu-se sobre a questão que mais altamente se correlacionasse ao escore total do WHOQOL-100, calculado pela média do total das facetas. Num segundo momento, especialistas examinaram os itens definidos para estabelecer se representavam conceitualmente o domínio de origem das facetas (THE WHOQOL GROUP, 1998).

Finalmente, realizou-se uma análise fatorial confirmatória para uma solução de quatro domínios. O WHOQOL-BREF, então, passou a ser composto pelos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Este instrumento é classificado por alguns pesquisadores como auto-administráveis devido ao fato de ser composto por questões de múltipla escolha. Entretanto, faz-se necessário a presença de um aplicador para esclarecer as perguntas apresentadas por ele, tendo em vista que os entrevistados podem apresentar algumas dificuldades no momento da aplicação, principalmente relacionadas ao grau de escolaridade ou acuidade visual.

Uma grande vantagem de este instrumento ser conduzido por um aplicador está relacionada à margem de erro dos resultados, podendo ser acentuada de acordo com as dificuldades apresentadas. Outra vantagem é o tempo de duração da entrevista, que pode ser reduzido se aplicado por um entrevistador, diminuindo ou excluindo a interferência que as dificuldades podem exercer nas respostas dos indivíduos.

A versão em português do instrumento apresentou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste (FLECK *et al*; 2000). Este instrumento apresenta a vantagem de permitir a comparação dos resultados entre diferentes populações e apresentar uma abordagem multicultural, sendo este o instrumento utilizado neste estudo para avaliar as questões relacionadas à qualidade de vida das pessoas (ANEXO B)

2.4 LIMITES E POSSIBILIDADES SOBRE QUALIDADE DE VIDA COM O USO DE ÁLCOOL

No intuito de aumentar a expectativa de vida da população, nos últimos anos, tem-se valorizado elementos como satisfação, qualidade dos relacionamentos, realização pessoal, visão de bem-estar, acessibilidade a eventos culturais, lazer, entre outros, como a felicidade, solidariedade e liberdade, os quais estão diretamente ligados à QV do indivíduo.

O conceito ampliado de saúde inscrito na Constituição Federal Brasileira de 1988 relaciona saúde à QV, reconhecendo as determinações políticas, econômicas e sociais dos processos saúde-doença, as quais implicam no suprimento de necessidades sociais complexas da população, das quais um único setor não seria capaz de resolvê-las, dependendo da ação articulada de diversos setores na promoção do desenvolvimento social.

Por outro lado, Bertolote (1997), em breve história sobre a evolução conceitual de alcoolismo.

Por mais que consequências e complicações físicas possam ser descritas em associações com álcool, o fenômeno do alcoolismo ultrapassa os limites de uma nosologia meramente organicista.

Dessa maneira, algumas pesquisas mostram que o indivíduo que consome bebida alcóolica relaciona-a com diversão, significando um modo de não pensar nos problemas.

As literaturas que subsidiaram esta pesquisa, até o momento, apontaram uma contraposição entre consumo de álcool e QV, a qual pode estar relacionada a morbidades, problemas criminais e sociais, bem como as condições de vida do indivíduo que o consome (PAYÁ *et al*; 2002). Entretanto, isto não quer dizer que esta acepção é comungada pelas pessoas em estudo.

É precioso o cuidado com a investigação, a qual objetiva revelar minuciosamente as condições vivenciadas por esta comunidade, suas concepções e também conceituação do que realmente representa a QV para si.

Dessa maneira, questiona-se o porquê da discrepância? O que insurge um olhar diferenciado para esta inquietação sobre QV, partindo do pressuposto que pode ser que as definições de prioridades para QV não sejam únicas e concordantes.

Considerando os tópicos levantados, faz-se um parêntese à indagação da QV das pessoas que utilizam o álcool. Destaca-se com delicada atenção a importância na avaliação que os dependentes de álcool fazem de suas vidas, sendo que a relação com o álcool pode acarretar co-morbididades físicas e/ou psiquiátricas (RIBEIRO *et al.*, 2004). Os estudos, de um modo geral, apontam que o consumo inadequado de álcool acarreta uma série de traumas por causas externas: acidentes de trânsito, episódios de violência e quedas.

Assim, a apreciação do contexto relaciona o uso do álcool com a QV, onde o consumo do álcool inserido no cotidiano dessas pessoas, juntamente com a “visão de mundo” das mesmas, incorporam abordagens baseadas em evidências culturalmente apropriadas de acordo com os achados, podendo estar este vinculado com a caracterização de uma determinada população.

Como considerado por Lima (2002), uma das limitações do conceito de QV é a dificuldade em estabelecer um ponto de corte que distinga qualidade de vida “boa” ou “ruim”, já que este tema é extremamente subjetivo e difícil de ser expresso considerando populações de diferentes gêneses e com peculiaridades adstritas.

Esta forma de pesquisa tem recebido críticas, pois oferece riscos, quando atende o pensamento de que embora o estado de saúde seja bastante importante para a vida das pessoas, nem todos os aspectos da vida humana passam por questões médicas ou sanitárias (ALMEIDA, 2007).

Assim, pode-se observar que o fato da QV possuir significados individuais e diferentes dificulta sua avaliação e utilização em pesquisas.

Dessa maneira, acredita-se ser de suma importância a discussão dessas possibilidades de intervenções na QV por meio de moldes acadêmicos e metodológicos sedimentados, para não incorrer em erros de avaliação e julgamentos.

Dentro deste contexto é preciso conhecer os instrumentos que subsidiam estas pesquisas para a realização de um estudo mais voltado para o objetivo em questão. Podem ser:

✓ *Instrumentos para triagem* – estes são destinados à identificação de indivíduos que provavelmente apresentam problemas relacionados ao uso/abuso

de álcool ou outras drogas. Nesses instrumentos, dá-se mais ênfase àqueles com maior sensibilidade. Para selecionar um instrumento desse tipo, deve-se levar em consideração também a disponibilidade de pessoal para providenciar o *feedback* e encaminhamento dos casos detectados. Há grande variabilidade de tamanho, abrangência e sofisticação nesses instrumentos. Alguns deles foram traduzidos e validados para o português, como o AUDIT, CAGE, POSIT (MANSUR; MONTEIRO, 1983).

✓ *Instrumentos para diagnóstico* – são os que permitem um diagnóstico formal ou quantificação dos sintomas, de acordo com os principais sistemas diagnósticos. A escolha do instrumento dependerá do objetivo: se pesquisa ou acompanhamento clínico. Alguns desses instrumentos foram traduzidos para o português, entre eles o ADS, o SADD e o CIDI (JORGE; MANSUR, 1986, MIRANDA *et al*; 1990).

✓ *Instrumentos para avaliação do consumo de álcool e drogas* – estes instrumentos são destinados a caracterizar e/ou medir a quantidade, frequência, intensidade e padrão do consumo. Podem ser utilizados tanto em pesquisa como na clínica. São eles, QFV (quantidade e frequência – CAHALAN *et al*; 1969), SADD (RAISTRICK; DAVIDSON, 1983) e a ADS (SKINNER, 1984) para avaliar consequências associadas ao uso de álcool.

Para tanto, este estudo no que tange o uso de álcool, destina-se a identificar as pessoas que fazem uso de álcool e avaliar este consumo, surgindo deste modo a necessidade de um instrumento que reporte para este fim.

Segundo Babor *et al*; (1992), a OMS desenvolveu o *Alcohol Use Disorders Identification Test* - AUDIT para rastrear o uso excessivo de álcool e, principalmente, para ajudar profissionais de saúde a identificar pessoas que poderiam se beneficiar com a redução ou a cessação do uso de bebidas alcoólicas, especialmente entre aquelas que são usuárias de serviços de atenção primária à saúde.

Nesse contexto, o AUDIT e sua aplicabilidade, além de propor sua utilização rotineira em serviços de atenção primária à saúde, ressalta a importância dos profissionais da atenção primária utilizarem esse instrumento como um facilitador para ações de prevenção de agravos e promoção da saúde a pessoas

que fazem uso de álcool. Conclui-se que a utilização rotineira do AUDIT pelos serviços desse nível de atenção pode colaborar com práticas preventivas sobre o uso de álcool junto aos usuários facilitando a abordagem deste problema (ABREU; PAIXÃO; JOMAR; 2012).

O AUDIT contém dez perguntas. Os três primeiros itens medem a quantidade e frequência de consumo habitual e ocasional de álcool. As três perguntas seguintes se referem à ocorrência de possíveis sintomas de dependência. Os quatro últimos itens avaliam os problemas recentes e passados associados ao consumo de álcool.

O AUDIT difere dos outros questionários de rastreamento por ter como base dados coletados de ampla amostra multinacional, utilizando explicitamente princípios conceituais e estatísticos para a seleção de itens, enfatizando a identificação do beber de risco e consequências adversas de beber ao invés da dependência, e focando principalmente sintomas que ocorreram nos últimos doze meses, ao invés de sintomas que ocorreram alguma vez na vida.

Segundo Babor e colaboradores (2008), os quatro padrões de uso de álcool propostos pelo AUDIT são: o *uso de baixo risco* que é um padrão de consumo que não representa nenhum aumento no risco de consequências prejudiciais à saúde dos consumidores nem para aqueles que o cercam; o *uso de risco* que já é um padrão de consumo que aumenta o risco de consequências perigosas para quem usa e para os que o cercam, sem ainda presumir danos ao indivíduo; o *uso nocivo* que refere-se ao padrão de consumo que resulta em danos físicos e mentais para a saúde do indivíduo, além de consequências em nível social e a *dependência alcoólica* que refere-se a um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que podem se desenvolver depois do uso repetido do álcool, inclui um desejo muito forte de consumir bebidas alcoólicas, associado à dificuldade de controlar este uso e uma prioridade ao ato de beber sobre outras atividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool e uma reação de abstinência fisiológica quando há interrupção.

No momento, diante das literaturas investigadas, o instrumento que mais identificou o objetivo deste estudo foi o AUDIT porque possui as seguintes vantagens: curto, fácil de utilizar, flexível, proporciona as informações úteis para que seja provida a *realimentação*. É consistente com as informações da

Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10a Revisão (CID-10) de consumo e dependência de álcool, centrado no consumo recente. É um instrumento validado, segundo Segatto *et al*; (2007).

2.5 A IMPORTÂNCIA DE UM DESENHO DAS CONDIÇÕES DE VIDA DA COMUNIDADE LAGOA DOS ÍNDIOS

Para perceber o alcoolismo na totalidade da saúde pública, faz-se necessário saber lidar com as singularidades, diferentes possibilidades e escolhas. É elevar o grau de liberdade e de co-responsabilidade daquele que é cliente.

O EACS valoriza os princípios da territorialidade, de vinculação com a população, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, com ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais, estimulando a participação da comunidade, apostando no estabelecimento de vínculo e na criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população (SHIMIZU *et al.*, 2004).

Para Campos (1997), “o vínculo com os usuários dos serviços de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço”. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes. Não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. Merhy *et al*; (1997, p. 113-150) afirmam que “relação humanizada da assistência, que promove a acolhida dá-se sob dois enfoques: o do usuário e o do trabalhador”.

A equipe da EACS em destaque é aquela que atua na Comunidade Lagoa dos Índios, com aproximadamente 1139 habitantes (IBGE, 2010), com 133 famílias cadastradas no Programa. Situada na zona oeste de Macapá, estado do Amapá, na Rodovia Duca Serra, que dá acesso ao Município de Santana, SIAB (2013).

Uma área de Remanescentes de Quilombos, que assim se autodenomina, porém sofre desde o século XVIII com um processo lento e

gradativo de invisibilidade expropriadora (BANDEIRA, 1998). É um território marcado por uma crescente e desordenada ocupação urbana desde as duas últimas décadas do século XX.

No que diz respeito à *habitação*, o tipo predominante é a de madeira e todos possuem energia elétrica. As condições sanitárias apresentam um *Saneamento* debilitado, o esgoto das casas não tem tratamento adequado, as fossas são em sua maioria negra/ sanitária. A água que chega é vinda de poços amazonas ou artesianos e o *lixo* é coletado pela Prefeitura Municipal de Macapá, de modo precário, por isso é comum o acúmulo ou incineração deste em áreas abertas e pouco habitadas.

Dentre os problemas de *saúde* as patologias mais frequentes são: doenças gastrointestinais, insuficiências respiratórias agudas e doenças tropicais como a malária, devido às condições ambientais decorrentes da intervenção humana. Tem-se um Centro de Saúde de Referência do Estado, construído através de um Termo de ajustamento de conduta que funciona dois dias na semana com um clínico geral e um pediatra no turno da tarde, não abrangendo as necessidades na atenção básica de saúde.

Na composição familiar encontram-se 439 crianças de 0 a 17 anos, adultos na faixa etária de 18 a 59 anos e idosos, com 60 anos ou mais totalizam 49. Em média residem de 5 a 10 pessoas num domicílio. A economia de *subsistência* destas famílias ainda encontra-se presente na pesca e colheita do açaí. Quanto aos trabalhadores, na sua maioria são informais (ajudante de pedreiro, diarista, babá).

Avista-se na comunidade uma *escola* que oferece educação com ensino fundamental e um *centro comunitário*. No que concerne ao *lazer*, não existe nenhuma praça, clube, balneário, campo de futebol, cinema (sala de filme).

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é avaliar a QV em relação ao consumo de álcool na comunidade para apresentar um diagnóstico de algumas condições de saúde e vida. Os resultados deverão contribuir para o reconhecimento destas situações para subsidiar políticas públicas voltadas para este fim.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo do tipo descritivo-exploratório, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, no qual causa e efeito são observados e quantificados num mesmo momento histórico e, atualmente, tem sido o mais empregado, (ROUQUAYROL, 2003).

De acordo com Cervo e Bervian (2002), “trata-se do estudo e da descrição das características, propriedades ou relações existentes na comunidade, grupo ou realidade pesquisada [...]. Trabalha dados ou fatos colhidos da própria realidade”.

No delineamento transversal “causa” e “efeito” é demonstrado por Pineda, Alvarado e Canales (1994) como um estudo de variáveis simultaneamente em determinado momento, havendo um corte no tempo. Sendo que, neste tipo de estudo, o tempo não é importante em relação à forma com que se dão os fenômenos.

A abordagem quantitativa utiliza a descrição matemática como uma linguagem que descreve as causas de um fenômeno, tendo como característica uma abordagem focalizada, pontual e estruturada. Desse modo, Teixeira (2007), discorre que a pesquisa quantitativa utiliza a descrição matemática como uma linguagem, ou seja, a linguagem matemática é utilizada para descrever as causas de um fenômeno e as relações entre variáveis.

3.2 PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO

Este estudo realizou-se no período de novembro de 2012 a julho de 2013, na Comunidade Lagoa dos Índios situada no município de Macapá. A comunidade conta com uma população de 1139 habitantes (IBGE, 2010), considerada remanescente de quilombos pela Fundação Cultural Palmares (FCP) desde 2004, segundo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA, 2012).

Esta comunidade é caracterizada por um crescimento urbano desordenado, em área úmida conhecida como ressaca. Este local comporta uma exuberante paisagem natural dentro do território urbano. Os habitantes afrodescendentes deste território têm convivido com um mundo, até bem pouco tempo, desconhecido para eles, pois as mudanças na área vem ocorrendo de maneira intensa (BASTOS, 2006).

O local representa, hoje, uma das áreas mais cobiçadas pela especulação imobiliária e outros empreendimentos, os quais estão relacionados aos recursos naturais e a sua localização.

No que se refere à saúde, vale ressaltar que há neste território o enfrentamento entre a cultura tradicional e vetores da modernidade que tem implicado em danos para o meio ambiente. O uso dos recursos naturais modificou seu objetivo com o avançar dos tempos, transitou da sobrevivência da comunidade, para bem de usufruto econômico privado, demonstrando um processo camuflado de expropriação e aculturação desta comunidade.

A população de Lagoa dos Índios é assistida por uma equipe de EACS, onde possui como base de trabalho as Políticas de atenção ao idoso, materno infantil (pré-natal, crescimento e desenvolvimento infantil), planejamento familiar, prevenção do câncer de colo uterino, tuberculose, hanseníase, saúde do homem, imunização. Além de contar com uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social e fonoaudiólogo).

A unidade básica de saúde referência para a EACS é a do Marabaixo, comportando serviços de pediatria, clínica geral, ginecologia, obstetrícia, odontologia, fisioterapia, nutrição, prevenção à malária e serviço de ultrassonografia obstétrica e transvaginal.

As ações preventivas de saúde em relação ao consumo de álcool necessitam ser desenvolvidas, reconhecendo a oportunidade de educação formal e a responsabilização da saúde da população territorializada, as equipes deste âmbito assistencial devem ampliar suas práticas, visando a promoção da QV.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

No que se refere à definição de população, Vieira e Hossne (2001), definem como “conjunto de elementos sobre o qual queremos obter informações”. Dessa maneira, nesta pesquisa trabalhou-se com indivíduos de ambos os sexos, na faixa de 18 a 59 anos, residentes na Comunidade da Lagoa dos Índios, município de Macapá, estado do Amapá, cadastrados na EACS-048, perfazendo um total de 133 famílias, comportando 300 pessoas, conforma ficha A - cadastros de famílias, conforme SIAB (2013), destas 169 pessoas usuárias de álcool, integrantes do estudo.

O tamanho da amostra foi calculado utilizando-se a equação para população finita em termos proporcionais (LEVINE, 2000), a seguir:

$$\text{Onde: } n = \frac{Z^2 \alpha / 2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

n = Número de indivíduos na amostra

$Z\alpha/2$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado.

p = Proporção populacional de indivíduos que pertence à categoria que se está interessado em estudar.

q = Proporção populacional de indivíduos que NÃO pertence à categoria que se está interessado em estudar.

E = Margem de erro ou erro máximo de estimativa que identifica a diferença máxima entre a proporção amostral e a verdadeira proporção populacional (p).

De acordo com os cálculos, considerando a população que estava de acordo com os critérios de inclusão, faixa etária e cadastros na EACS, do Marabaixo, que é de 300 indivíduos, o tamanho mínimo da amostra, com uma margem de erro de 5% para mais e para menos resultou em 168,70 indivíduos, que arredondado resulta em 169.

3.3.1 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Quanto à determinação dos participantes do estudo, Gil (2002) descreve que: "Para que se efetive um experimento, torna-se necessário selecionar sujeitos. Essa tarefa é de fundamental importância [...]".

Assim sendo, cinco critérios de seleção foram utilizados para nortear a participação das pessoas neste estudo, sendo eles:

- ✓ Ser residente da Comunidade Lagoa dos Índios, município de Macapá, estado do Amapá;
- ✓ Ser cadastrado no EACS-048 da UBS Marabaixo;
- ✓ Pertencer a uma faixa etária de 18 a 59;
- ✓ Ser usuário de álcool;
- ✓ Aceitar participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C).

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos de coleta de dados utilizados neste estudo foram compostos por três tipos: o primeiro questionário elaborado pela autora contendo questões referentes às características sociodemográficas (APÊNDICE B); o segundo está relacionado a questões que possam avaliar o consumo de bebida alcoólica e os sintomas de dependência causados pelo seu consumo através do instrumento Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT (ANEXO A); e o terceiro foi o questionário World Health Organization Quality of Life Instrument abreviado – WHOQOL-BREF para avaliar a QV dessas pessoas que consomem bebidas alcólicas (ANEXO B).

3.4.1 Variáveis do estudo

A coleta de dados foi realizada conforme as variáveis que apresentam-se a seguir, que funcionam como uma propriedade que determina a maneira pela qual os elementos de qualquer conjunto são diferentes entre si (ROUQUARYOL; ALMEIDA;FILHO, 2003).

3.4.1.1 Variáveis sociodemográficas

- ✓ Sexo: foram considerados os sexos masculino e feminino.
- ✓ Idade: foi considerada a faixa etária de 18 a 59.

- ✓ Estado Civil: foi considerada a pessoa que estivesse solteiro (a), casado (a), viúvo (a) e união estável (IBGE, 2011).
- ✓ Escolaridade: foi classificada quanto ao grau educacional não-alfabetizado, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo (IBGE, 2011).
- ✓ Situação trabalhista: foi considerada conforme a informação relatada pela pessoa que faz uso de álcool: trabalha no mercado formal, trabalha no mercado informal, do lar, aposentado, desempregado (IBGE, 2011).
- ✓ Renda familiar: foi classificada em termos de salários mínimos, em classes de inferior a 1 salário mínimo, de 1 a 3 salários mínimos, 4 a 6 salários mínimos e superior a 7 salários mínimos.
- ✓ Hábitos de vida: foram consideradas as pessoas que ingerem bebidas alcoólicas e as idades que começaram a consumir esta substância.

3.4.1.2 Variáveis relacionadas ao consumo de bebida alcoólica e aos sintomas de dependência relacionados, de acordo com o AUDIT

- ✓ Frequência de consumo de álcool: foram consideradas as vezes que se consome bebidas que contém álcool no mês; o uso de seis ou mais tipos de bebida em uma única ocasião; quantas vezes tentou parar o consumo nos últimos 12 meses e não conseguiu depois de começar; quantas vezes deixou de realizar outras atividades que lhe exigem por ter bebido; as vezes que precisou beber logo pela manhã.
- ✓ Quantidade de consumo de bebida alcoólica: quantas bebidas consome que contém álcool num dia normal.

3.4.1.3 Variáveis relacionadas à qualidade de vida de acordo com os domínios WHOQOL- BREF

- ✓ Questões Gerais: Como o entrevistado avalia sua QV (Questão 1) e o grau de satisfação com a sua saúde (Questão 2).

- ✓ Domínio 1- Físico: constituído pelas facetas: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho.
- ✓ Domínio 2 - Psicológico: constituído pelas facetas: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/crenças pessoais.
- ✓ Domínio 3 - Relações Sociais: constituído pelas facetas: relações pessoais; suporte (Apoio) social; atividade sexual.
- ✓ Domínio 4 - Meio Ambiente: constituído pelas facetas: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte.

3.5 PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS

A coleta de dados comportou-se de três momentos:

- ✓ 1º momento: foi realizado um treinamento na UBS do Marabaixo para o aplicador, com grau de escolaridade 3º grau cursando (Agente comunitário de saúde), antes da coleta de dados, sobre como aplicar os mesmos.
- ✓ 2º momento: houve a aplicação dos primeiros instrumentos para cada fim, com o acompanhamento do responsável pelo estudo, com a finalidade de testar a aplicabilidade. Esse momento ocorreu em cinco domicílios aleatórios da comunidade.
- ✓ 3º momento: ocorreu a aplicação dos questionários pertinentes ao estudo, no domicílio de cada participante, mediante leitura, explanação e assinatura do TCLE. Vale ressaltar, que somente prosseguia-se com a entrevista quando o entrevistado respondia afirmativamente a penúltima questão do questionário sociodemográfico, que refere-se ao consumo ou não de bebida alcoólica.

Para tanto, foi solicitado à Coordenação da EACS autorização para realização deste estudo (APÊNCICE A).

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a apresentação e análise dos resultados obtidos neste estudo foi elaborada uma base de dados no programa Excel 2007, para efeito de organização e registros dos mesmos, com codificação de todas as categorias de respostas.

Os dados foram trabalhados conforme as variáveis, sendo as qualitativas apresentadas por meio de distribuição de frequências. As quantitativas foram apresentadas por meio de teste de Spearman, alfa de Cronbach para confiabilidade, Teste T de Student, ANOVA, seguido dos testes de comparações múltiplas HSD Tukey.

Para determinar a avaliação da QV e a atribuição dos escores dos domínios, seguiu-se os passos descritos pela OMS (WHOQOL GROUP, 1995):

- Verificou-se cada uma das 26 questões.
- Foram realizadas as inversões dos valores das questões 3.4 e 26 por serem negativamente orientadas (1=5), (2=4), (3=3), (4=2), (5=1).
- Fez-se o cálculo dos escores dos domínios e das questões da qualidade de vida geral numa escala de 4 a 20 pontos, da seguinte forma: 1=4; 2=8; 3=12; 4=16; 5=20.
- Transformou-se os escores de cada domínio para a escala original, de 0 a 100, subtraindo cada valor de 4 e multiplicando pelo fator (100/16), para que os escores pudessem ser diretamente comparáveis com a escala original do Whoqol- 100.
- Para cada item existem cinco alternativas de resposta apresentadas numa escala de Likert de 1 a 5 pontos. A pontuação de cada domínio foi obtida calculando a média dos seus itens, podendo variar entre 1 e 5 pontos, correspondendo valores elevados a uma melhor qualidade de vida.

A consistência interna do questionário, avaliada pelo Alfa de Cronbach, indica uma boa confiabilidade, com um valor de Alfa igual a 0,819. Esse teste é muitas vezes referido como o principal estimador de confiabilidade, o mesmo

não é o único. O estimador de confiabilidade a ser utilizado depende dos fatores particulares geradores de erros que o pesquisador busca identificar (CRONBACH et al., 1972).

Quanto à análise do AUDIT, como instrumento de rastreamento para uso problemático de álcool. É composto por 10 itens em escala de Likert de 0 a 4 pontos, sendo o total da escala obtido pela soma das pontuações de cada item, podendo variar entre 0 e 40 pontos. A pontuação do AUDIT permite a classificação do uso da substância da seguinte forma (PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011):

- Zona I (baixo risco) – 0 a 7 pontos;
- Zona II (uso de risco) – 8 a 15 pontos;
- Zona III (uso nocivo) – 16 a 19 pontos;
- Zona IV (provável dependência) – 20 a 40 pontos.

O questionário apresentou um bom nível de consistência interna, com o Alfa de Cronbach igual a 0,859.

Para a correlação entre os domínios do WHOQOL-BREF usou-se os coeficientes de correlação de Spearman e também para a relação entre os domínios do WHOQOL-BREF com quatro das oito variáveis sociodemográficas (idade, idade de início de bebida, escolaridade e renda familiar) fez-se do mesmo modo, coeficientes de correlação de Spearman. A análise de Correlação de Spearman é uma medida de associação que exige que as duas variáveis tenham mensuração a nível pelo menos ordinal, a fim de determinar seus postos (LEVIN, 1985).

Para a correlação do WHOQOL-BREF e o AUDIT utilizou-se ANOVA e testes de comparações múltiplas HSD e Tukey. De acordo com Campos (2010), o nome análise de variância é comumente chamado de ANOVA do inglês – analysis Of variance, serve para comparar várias médias ao mesmo tempo.

Segundo Duarte (2010), os testes de comparação de média servem como um complemento para o estudo da análise de variância, como o teste de Tukey. É um dos mais utilizados, por ser bastante rigoroso e de fácil aplicação.

Para estudar as demais variáveis sociodemográficas, como por exemplo, a relação do gênero e do estado civil com os domínios do WHOQOL-BREF, foi utilizado o Teste T de Student, que permite testar a significância das diferenças

das médias entre dois grupos. A distribuição t de Student é utilizada quando a população original tem distribuição essencialmente normal (TRIOLA, 1999).

Quanto à relação dos domínios do WHOQOL-BREF com a situação trabalhista, foi utilizada também a ANOVA para comparar as pontuações dos domínios do WHOQOL-BREF entre as diferentes situações de trabalho. Algumas categorias foram agrupadas devido ao número reduzido de casos.

O tratamento estatístico foi realizado no software SPSS versão 19.0. Os resultados analisados foram apresentados em tabelas e figuras que expressassem os valores estatísticos de forma que a visualização e o entendimento das mesmas se desse de maneira coerente e didática.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Por ser pesquisa que envolve pessoas, usam-se as recomendações descritas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que no caráter textual descreve:

[...] sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal do Amapá, através da Plataforma Brasil para avaliação e parecer consubstanciado, com o CCAE 13708414.7.0000.0003.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão apresentados os resultados, conforme a ordem dos objetivos deste estudo, à luz das evidências de outros estudos e o referencial teórico utilizado. Em função das características sociodemográficas, dos resultados pertinentes ao AUDIT e os que se referem ao WHOQOL- BREF.

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Tabela 1. Distribuição das pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo, segundo as características sociodemográficas. Macapá-AP, 2014 (n=169).

VARIÁVEIS		Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
IDADE Mínimo = 18 Máximo = 60 Média = 33,98 Desvio-padrão = 10,40	18 - 28 anos	61	36,1
	29 - 39 anos	52	30,8
	40 - 50 anos	44	26,0
	51 - 61 anos	12	7,1
IDADE DE INÍCIO DE BEBIDA Mínimo = 10 Máximo = 22 Média = 15,95 Desvio-padrão = 1,91	10 - 12 anos	4	2,4
	13 - 15 anos	57	33,7
	16 - 18 anos	95	56,2
	19 - 22 anos	13	7,7
SEXO	Masculino	104	61,5
	Feminino	65	38,5
ESTADO CIVIL	Solteiro	66	39,1
	Casado	4	2,4
	União estável	99	58,6
ESCOLARIDADE	Não alfabetizado	8	4,7
	1º grau incompleto	76	45,0
	1º grau completo	19	11,2
	2º grau incompleto	43	25,4
	2º grau completo	21	12,4
	3º grau incompleto	2	1,2
SITUAÇÃO TRABALHISTA	Mercado formal	74	43,8
	Mercado informal	60	35,5
	Aposentado	3	1,8
	Do lar	25	14,8
	Desempregado	7	4,1
RENDA FAMILIAR	<1 salário mínimo	16	9,5
	De 1 a 3 salários mínimos	149	88,7
	De 4 a 6 salários mínimos	3	1,8
HÁBITOS DE BEBIDA	Sim	169	100
	Não	0	0

Fonte: Questionário sociodemográfico.

Dos 169 participantes, 61,5% eram do sexo masculino, com idades que variaram de 18 a 59 anos com uma idade média de 15,95 e 38,5% do sexo feminino.

A maioria dos moradores entrevistados tem pouco estudo, visto que 45% têm até o 1º grau incompleto e apenas 12,4% até o ensino médio e 1,2% ensino superior.

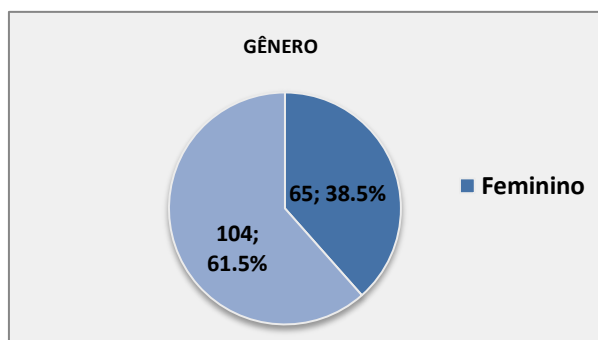
No que se refere ao estado civil, entre casados e união estável foram 61% e os que se declararam solteiros foram 39,1%.

Concernente à situação trabalhista e renda familiar, foram 78,3% trabalhando (mercado formal, 43,8% e informal, 35,5%). Onde desses, 88,7% tinham renda de 1 a 3 salários mínimos.

4.1.1 Sexo

A amostra é constituída por 104 (61,5%) indivíduos do sexo masculino e 65 (38,5%) de sexo feminino (Figura 1).

Figura 1 – Distribuição das pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo, segundo as características sociodemográficas, gênero. Macapá-AP, 2014 (n=169).



Fonte: Questionário sociodemográfico.

Esta diferença significativa para o sexo masculino corrobora com outros estudos que vem apresentando que os homens estão bebendo mais do que as mulheres. O uso de álcool na vida, nas 108 maiores cidades do país, foi de 74,6%, porcentagem inferior a de outros países (Chile com 86,5% e EUA com 82,4%). O menor uso de álcool ocorreu na Região Norte (53,9%) e o maior no Sudeste (80,4%). A estimativa de dependentes de álcool foi de 12,3% para o Brasil. Em todas as regiões observaram-se mais dependentes de álcool para o sexo masculino. (BRASIL, 2009, p. 55).

Um estudo realizado na Suíça desde o ano de 1994 a 2002 mostrou que em 1994, 52,5% e em 2004 esse número aumentou para 54,1% no sexo masculino com alto consumo de álcool. Já para as mulheres, no mesmo período verificou-se uma redução de 47,5% para 45,9% (KUNTSCHE;GMEL, 2006).

Dos 383 escolares investigados numa análise da qualidade de vida e consumo de bebida alcoólica, em 2009 também demonstrou que 49,6% são do sexo masculino e 50,4% do sexo feminino (FILHO, 2009).

De acordo com Abreu (2012), o consumo nocivo de álcool entre homens pode ser parcialmente explicado pelo reforço do consumo pelos grupos e suas formas de diversão, bem como, uma maneira de interações sociais, devendo-se ainda ressaltar a liberdade que o meio lhes outorga pelo fato de serem homens.

Diante disso, sabe-se que o gênero masculino apresenta-se ainda, em nossa sociedade com mais prerrogativas em relação a determinados comportamentos em relação às mulheres, como por exemplo, o ato de beber.

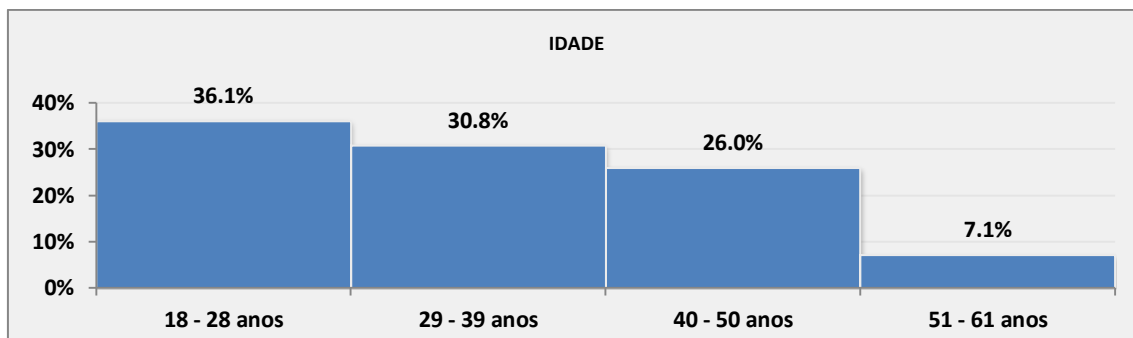
A história do consumo de álcool também nos remonta para a prevalência de homens com este hábito, como já vimos, é cultural que isso aconteça dentro deste gênero.

Estes resultados podem ser justificados como a presença da reflexão de apenas refletirem o *status* histórico e cultural do consumo do álcool.

4.1.2 Idade

As idades variam entre 18 e 60 anos ($M = 33,98$; $DP = 10,40$), predominando a faixa etária dos 18 aos 28 anos (36,1%), seguindo-se a faixa dos 29 aos 39 anos (30,8%), da faixa dos 40 aos 50 anos (26,0%) e dos 51 aos 61 anos (7,1%) (Figura 2).

Figura 2 – Distribuição das pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo, segundo as características sociodemográficas, idade. Macapá-AP, 2014 (n=169).



Fonte: Questionário sociodemográfico.

Destaca-se através destes dados a elevada prevalência desse consumo entre os indivíduos mais jovens participantes do presente estudo.

Dados semelhantes foram encontrados em 2005 e 2007, respectivamente. Os jovens beberam álcool pela primeira vez em média aos 17 anos, passando ao uso regular a partir dos 24 anos, entre cinco a seis doses diárias em média (BASTOS; BERTONI; HACKER, 2008).

Constatou-se que o início do consumo de álcool ocorreu a partir dos 13 anos, passando para o consumo regular a partir dos 14 anos (BRASIL, 2009).

São várias as consequências do consumo precoce de álcool, conforme afirmam pesquisas sobre os efeitos fisiológicos: “causa modificações neuroquímicas, com prejuízos na memória, aprendizado e controle dos impulsos” (PECHANESKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004, p. 14) e estes efeitos são intensificados nos adolescentes por ainda estarem em fase de desenvolvimento, ou seja, são neurologicamente imaturos (Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, 2007).

Segundo a OMS (2001) citado por Galassi *et al*; (2008), 5,5% das vinte doenças na idade de 15 a 45 anos trazem sequelas causadas pelo consumo de álcool. Em relação à idade e consumo de bebidas alcoólicas, sabe-se que indivíduos mais jovens tendem a consumir álcool em níveis mais elevados ou de maior risco (ABREU, 2012).

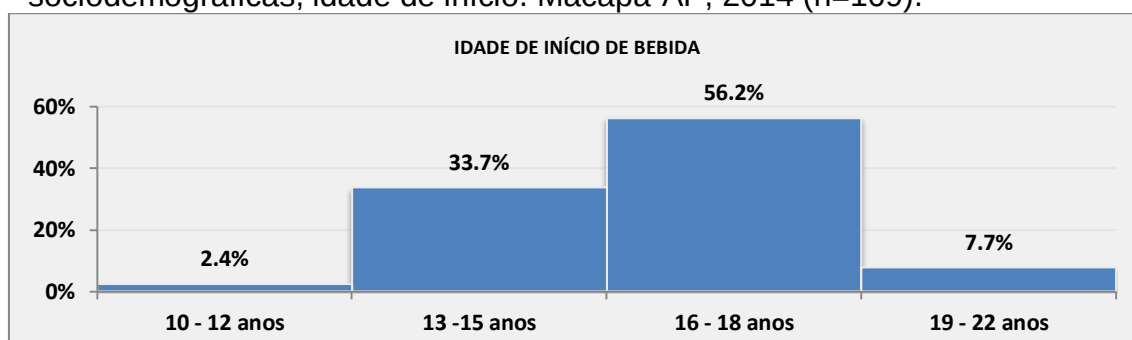
No geral, uma preocupação relevante com estes achados, é que hábitos de consumo perigosos e nocivos, tais como beber até se embriagar e consumo excessivo de álcool, parecem estar em ascensão entre os adolescentes e jovens adultos. Uma razão pode ser o uso de bebidas alcoólicas justamente na idade mais jovem, proporcionando, em relação à saúde e força produtiva econômica, problemas e sequelas mais cedo.

Outro enfoque que colabora com essas preocupações, vem ser o tema da dependência alcoólica em si, acarretando concomitantemente outros problemas ditos como causas externas: violência, acidente de trânsito, suicídio, etc.

4.1.3 Idade de início de bebida

Quanto à idade de início de bebida, a maior parte começou a beber entre os 16 e os 18 anos (56,2%), seguindo-se os que começaram entre os 13 e 15 anos (33,7%), existindo 7,7% que começaram entre os 19 e os 22 anos e 2,4% entre os 10 e os 12 anos (Figura 3). A idade média de início de bebida é de 15,95 anos e o desvio-padrão 1,91 anos.

Figura 3 – Distribuição das pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo, segundo as características sociodemográficas, idade de início. Macapá-AP, 2014 (n=169).



Fonte: Questionário sociodemográfico.

De acordo com os dados revelados neste estudo, a idade de início para o consumo de bebida alcoólica tem sua prevalência na população adulta, mas também esse comportamento está presente igualmente entre adolescentes.

O II levantamento sobre drogas psicotrópicas no Brasil apontou que beber precocemente está realmente acontecendo entre os jovens, a primeira vez de uso tem ocorrido aos 13,9 anos; enquanto que o consumo regular é realizado aos 14,6 anos (BRASIL,2009).

Segundo os dados de uma pesquisa sobre comportamento de consumo de álcool na adolescência, a faixa etária dos participantes foi de 14 a 19 anos, apresentando 69,3% de consumo, em ocasiões especiais (TRINDADE, 1999).

Ainda foi verificado em achados de estudo de Laranjeira *et al*; (2007), que cerca de 16% da amostra de adolescentes relataram um comportamento de beber

intenso em um curto espaço de tempo, o que predispõe o adolescente a uma série de problemas sociais e de saúde.

O consumo de álcool por adolescentes, pode ser advindo do estilo de vida atual, dos elevados níveis de estresse, de ansiedade, de baixa autoestima, sentimentos depressivos, susceptibilidade à pressão dos pais e problemas relacionados à escola (SOUZA; ARECO; FILHO, 2005).

Os jovens começam a consumir álcool e outras drogas na infância, no ambiente familiar associados a fatores sócio-econômicos e culturais (PAIVA; RODRIGUES, 2008).

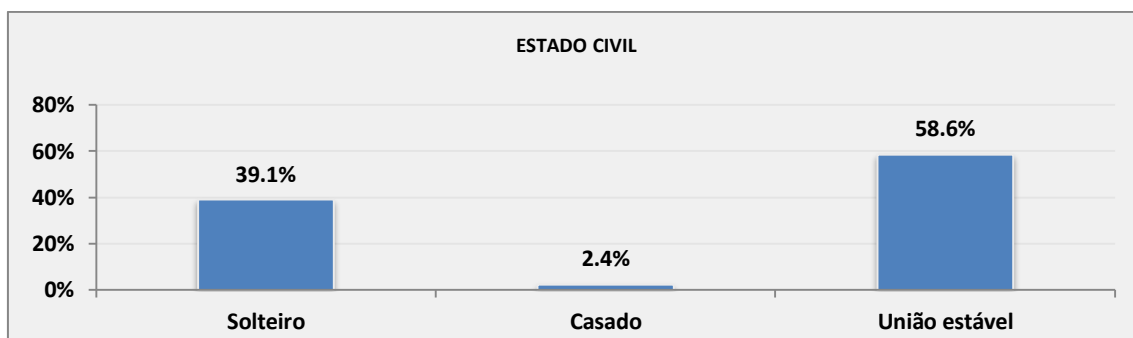
O resultado aqui encontrado traz o uso problemático de álcool por adolescentes. O que pode ser justificado por acreditar-se ser a adolescência um período de desenvolvimento em todos os aspectos - físico, emocional, psicológico, social e espiritual. Tornando-os de tal modo, mais vulneráveis a situações influentes na qualidade de vida, como exploração sexual, uso e abuso de drogas, exploração do trabalho, violência.

Os adolescentes bebem por diversas razões e este beber pode ter consequências desastrosas, por vezes, pode induzir ao abuso e à dependência de álcool. Podendo influenciar de forma direta, a curto (violência, acidente automobilístico, reprodução indesejada), médio (hepatopatologias) e a longo (transtornos psiquiátricos, doenças malignas) prazos a saúde e a QV.

4.1.4 Estado civil

A maioria está numa união estável (99 indivíduos – 58,6%), existindo 66 (39,1%) solteiros e 4 (2,4%) casados.

Figura 4 – Distribuição das pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo, segundo as características sociodemográficas, estado civil. Macapá-AP, 2014 (n=169).



Fonte: Questionário sociodemográfico.

Borini *et al*; (2000) investigaram as características sociodemográficas, de cem alcoolistas do sexo feminino, houve o predomínio de casadas e amasiadas com baixo tempo de vida conjugal.

Quando comparado o resultado aqui encontrado com outros estudos epidemiológicos, verifica-se consonância. Em relação ao estado civil dos sujeitos, a maior parte dos homens, 60% (n=42) encontram-se na categoria casados, em estudo que abordou a qualidade de vida de dependentes de álcool, em Botucatu (MENEZES, 2006).

Abreu (2012) em seu estudo que considerou o consumo nocivo de bebidas alcoólicas entre usuários de uma Unidade de Saúde da Família, encontrou uma associação positiva com os dados aqui achados. A maioria de seus entrevistados (65,6%) eram do sexo feminino e casadas (57%).

Diferentes estudos explicam por outro lado, Campos (2004), que a dependência do álcool impede o indivíduo de assumir suas “responsabilidades”, notadamente em relação à família e ao trabalho.

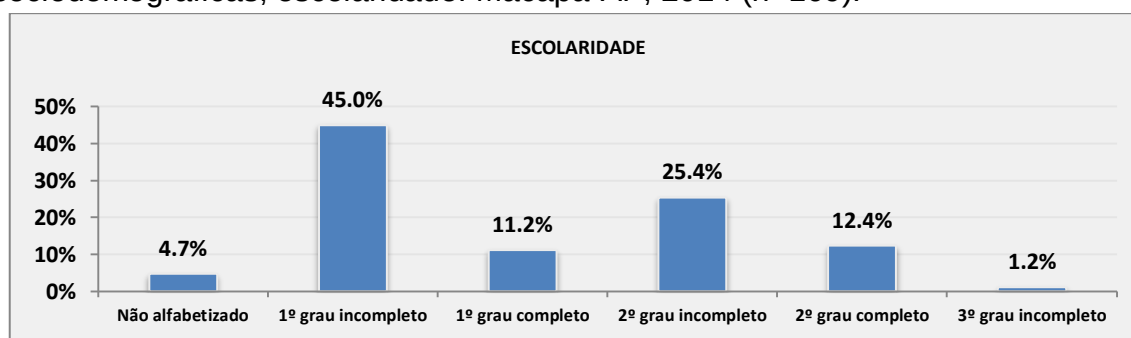
Houve um estudo sobre o perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos, onde Nery (2013) aponta 39,4% eram solteiros, evidenciando uma inversão de valores que emergem à medida que a dependência se instala. Divergindo, de tal modo, com os atuais dados em questão sendo a maioria de participantes em união estável. O que pode estar vinculado à condição de não serem dependentes de álcool, facilitando a vida e responsabilidades de cônjuge. Acredita-se também que a menor frequência de dependentes neste estudo deve-se à condição de não-solteiros já possuírem um projeto de vida em conjunto e que se envolver em eventos dessa natureza levaria a perdas maiores inclusive para a família.

No que concerne às características da Comunidade, a união estável é bem apreciada por ser uma prática consequente de relações sociais frequentes e intensas na rotina de festejos, como uma das poucas opções de lazer.

4.1.5 Escolaridade

Quanto à escolaridade, são mais frequentes os indivíduos com o 1º grau incompleto (76 indivíduos – 45,0%), seguindo-se os que têm o 2º grau incompleto (43 indivíduos – 25,4%), o 2º grau completo (21 indivíduos – 12,4%), o 1º grau completo (19 indivíduos – 11,2%), existindo 8 (4,7%) não-alfabetizados e 2 (1,2%) com o 3º grau incompleto (Figura 5).

Figura 5 – Distribuição das pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo, segundo as características sociodemográficas, escolaridade. Macapá-AP, 2014 (n=169).



Fonte: Questionário sociodemográfico.

Destaca-se ainda que a amostra estudada apresentou baixos níveis de escolaridade, já que pouco menos da metade dela possuía o ensino fundamental incompleto ou era não-letrada.

Neves *et al*; (1990) na descrição dos resultados de um programa de tratamento de alcoolistas desenvolvido num ambulatório previdenciário ao longo de 12 anos, caracterizaram a população atendida como preponderantemente com grau de instrução primária (60% do total).

Borini *et al*; (2000) investigaram cem alcoolistas do sexo feminino internadas consecutivamente em hospital psiquiátrico. A predominância também aconteceu na variável baixo nível de escolaridade.

Um estudo realizado por Vargas (2002) com 214 mulheres que ingressaram no Programa de Atendimento ao Alcoolismo do Hospital Universitário de Brasília, mostrou que, em geral, a mulher atendida no Programa, tinha baixa escolaridade. Esses dados confirmam o estudo de consumo nocivo de bebidas alcoólicas entre usuários de uma Unidade de Saúde da Família (ABREU, 2012). Nesse sentido, a literatura demonstra tendência de maiores taxas de dependência alcoólica em grupos sociais com baixa escolaridade, cursaram até o ensino fundamental a maior parte dos homens, 68,6% (n=48), e das mulheres, 81,3% (n=13).

De acordo com Patel e Kleinman (2003), o nível de escolaridade influencia nos aspectos relacionados à vida pessoal, tendo um efeito direto na saúde psicológica, pois aumenta a possibilidade de escolhas na vida e influencia aspirações, motivações, autoestima e aquisição de novos conhecimentos que podem motivar atitudes e comportamentos mais saudáveis.

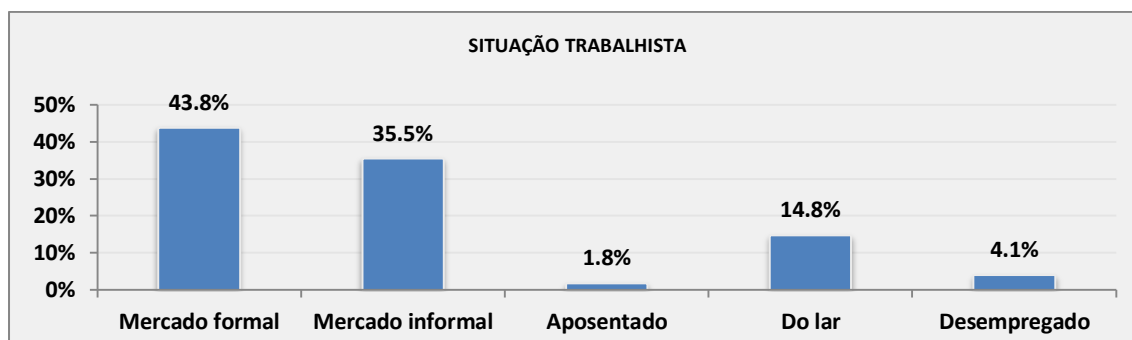
Esse panorama de baixa escolaridade pode inclusive refletir na alta taxa de consumo de álcool, o que possivelmente tem como consequência o aumento do consumo nocivo e de risco. Tal fato, pode ser compreendido também como característica da Comunidade em estudo, como uma condição que se perpetua entre as gerações.

Nesse contexto, é importante considerar que a oportunidade de educação formal é um fator determinante de saúde, enquanto que a baixa escolaridade pode ser fator importante no envolvimento de pessoas com o uso abusivo de álcool. As limitações do conhecimento impedem o ser humano de ampliar seu contexto de vida e aprimorar suas condições e/ou qualidade de vida.

4.1.6 Situação trabalhista

Predominam os que trabalham no mercado formal (74 indivíduos – 43,8%) ou informal (60 indivíduos – 55,5%), existindo 25 (14,8%) que trabalham no lar, 7 (4,1%) desempregados e 3 (1,8%) aposentados (Figura 6).

Figura 6 – Distribuição das pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo, segundo as características sociodemográficas, situação trabalhista. Macapá-AP, 2014 (n=169).



Fonte: Questionário sociodemográfico.

Quanto à atividade laboral, no presente estudo, observou-se elevada taxa de indivíduos com ocupação, isso é válido para o mercado formal e informal.

Um aspecto crucial para o aumento do consumo de álcool no Brasil e o uso nocivo e de risco é, sem dúvida, a existência da atividade produtiva.

Outro estudo com resultados similares foi sobre a QV de trabalhadores da construção civil, em 2011. Com relação aos hábitos de vida, a maioria consumia bebida alcoólica (54,9%), e encontrava-se no mercado produtivo (VALINOTE, 2011).

O alto percentual de jovens na sua população e o fato de que a situação político-econômica do país é relativamente favorável. Desta forma, o Brasil representa um mercado promissor [...] (PINSKY; LARANJEIRA, 2003, p. 18, tradução da autora).

Diante do atual contexto, estudos divergem demonstrando que a situação empregatícia dos sujeitos de um estudo de perfil sociodemográfico de dependentes químicos, 2013 era de 45,1% desempregados (CAPISTRANO et al., 2013). Explicando como sendo um fator de risco relacionado à dependência, devido à vulnerabilidade social.

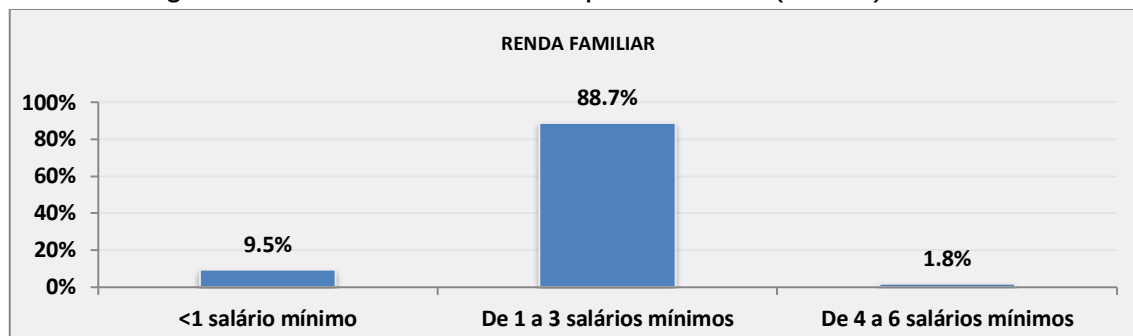
Esse fato pode ser compreendido como um dos diferenciais deste estudo, pois a maioria está no mercado formal e em segundo lugar, o mercado informal. Dificultando sobremaneira, a vulnerabilidade para a dependência e propiciando a manutenção e/ou melhoria da QV.

4.1.7 Renda familiar

‘ Dos 169 indivíduos da amostra, 149 (88,7%) tem uma renda familiar maior ou igual a 1 e menor ou igual a 3 salários mínimos, existindo 16 (9,5%) com renda

inferior a 1 salário mínimo e apenas 3 (1,8%) com renda superior a 3 salários mínimos (Figura 7).

Figura 7 – Distribuição das pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo, segundo as características sociodemográficas, renda familiar. Macapá-AP, 2014 (n=169).



Fonte: Questionário sociodemográfico.

Outra característica marcante deste estudo é em relação à renda familiar, onde o maior resultado concentrou-se na mediana, de 1 a 3 salários mínimos.

A maior parte das pessoas de 10 ou mais anos de idade que estão ocupadas, 57,2%, tem rendimento de até três salários mínimos (MENEZES, 2006).

Num estudo sobre consumo nocivo de bebida alcoólica teve-se resultado similar para a variável renda familiar, onde 75,4% ganhavam de 1 a 3 salários mínimos. Todos referiram que têm hábitos de consumo de ingestão de bebidas alcoólicas (ABREU, 2012).

De acordo com Costa *et al*; (2004), demonstrou-se através de outro estudo com resultados similares sobre consumo abusivo de álcool e fatores associados que, com relação aos hábitos de vida, a maioria consumia bebida alcoólica (61,1%), e a população encontrava-se predominantemente na classe econômica “C” (37%). Analisando a renda do estudo, observa-se que não existe nestes resultados percentuais significativos de extrema pobreza e nem de riqueza. Uma condição econômica favorável às condições de vida e QV, garantindo a menor vulnerabilidade ao consumo nocivo e de risco para o álcool.

4.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS REFERENTES AO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS.

4.2.1 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

É composto por 10 itens em escala de Likert de 0 a 4 pontos, sendo o total da escala obtido pela soma das pontuações de cada item, podendo variar entre zero e 40 pontos. A pontuação do AUDIT permite a classificação do uso da substância da seguinte forma (PIRES E CORRADI-WEBSTER, 2011):

- Zona I (baixo risco) – 0 a 7 pontos;
- Zona II (uso de risco) – 8 a 15 pontos;
- Zona III (uso nocivo) – 16 a 19 pontos;
- Zona IV (provável dependência) – 20 a 40 pontos.

O questionário apresenta um bom nível de consistência interna, com o Alfa de Cronbach igual a 0,859, esse é um teste de confiabilidade.

A aplicação do questionário AUDIT leva a concluir que existem 143 (84,6%) indivíduos na Zona I (baixo risco), 15 (8,9%) na Zona II (uso de risco), 3 (1,8%) na Zona III (uso nocivo) e 8 (4,7%) na Zona IV (provável dependência) (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo, segundo as Zonas de classificação do AUDIT. Macapá-AP, 2014 (n=169).

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Zona I (baixo risco)	143	84,6
Zona II (uso de risco)	15	8,9
Zona III (uso nocivo)	3	1,8
Zona IV (provável dependência)	8	4,7

Fonte: Questionário AUDIT.

Embora os indicadores para risco alcoólico não tenham apresentado associação estatisticamente significativa em relação ao consumo nocivo de álcool, esse grupo é considerado aquele sob os maiores riscos de dependência, pois já consomem bebida alcóolica, de forma que as prevalências dos padrões de consumo nesse segmento precisam ser especialmente monitoradas. Ainda assim, 6,5% apresentaram uso nocivo e provável dependência.

Quanto à análise com Agentes de saúde, num estudo que constatou fatores associados à qualidade de vida verificou-se que 61,5% consumiam bebida alcoólica (MASCARENHAS, 2011).

Outros dados de um estudo, no Rio de Janeiro, entre usuários do serviço de saúde sobre consumo nocivo, apontam que 31% dos entrevistados, como consumidores nocivos de álcool (ABREU, 2012).

Tanto no Brasil como em outros países, é mostrado que o álcool é a droga mais amplamente utilizada. Pesquisas indicam que esse uso tem início precoce, uma vez que quase metade dos estudantes entre 10 a 12 anos já fizeram uso de álcool. Embora as taxas de uso tenham sido crescentes com a idade, isto não acontece em relação ao uso nocivo de álcool que possa gerar dependência (TAVARES;BÉRIA;LIMA, 2004).

Num estudo epidemiológico de violência por arma branca no município de Porto Grande, Amapá, chama a atenção o fato de 18% das vítimas terem referido como principal motivo da agressão o uso de bebida alcoólica ou de drogas (GUIMARÃES *et al*; 2005).

Conforme Barbor *et al*; (2008) foi encontrada a maioria dos colaboradores (80%) de ocorrência que relatou sobre apresentar nível de consumo de risco baixo ou abstinência. Entretanto, 14% da amostra afirmaram realizar o consumo de álcool em nível médio de risco. Já 6% da amostra apresentaram um dado alarmante, o uso nocivo e a provável dependência de álcool.

O II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas da quantidade ingerida, o padrão de consumo pode levar a diversos problemas de saúde devidos ao uso de altas doses numa mesma ocasião-padrão *Binge* (MAGNABOSCO *et al*; 2007).

De acordo com Barbor *et al*; (2008) entre a Zona II e a Zona IV de risco no AUDIT já existe a necessidade de intervenção, desde o uso de medidas educativas até o tratamento especializado,

Algumas informações epidemiológicas sobre o uso de álcool sugerem que esse comportamento não se limite ao problema da dependência em si, mas a outros problemas como violência, problemas crônicos e agudos de saúde associados, acidente de trânsito, etc. (LARANJEIRA *et al*; 2007;GALDUROZ *et al*; 2005).

De acordo com Minayo; Deslandes (1998), é bastante complexo o fenômeno da violência e sua ligação com álcool e drogas, exigindo que o assunto seja tratado com instrumentos, conhecimentos e ações que ultrapassem a mera

representação e moralismo simplista. Neste contexto, os autores advogam que o uso deliberado de álcool mesmo apresentando resultado de 84,6% para baixo risco é preocupante, conforme Tabela 2. Pois existe uma curva vertiginosa, onde consumidores de baixo risco progridem sucessivamente para dependentes. E ainda, mesmo que permaneçam na Zona de baixo risco, podem desenvolver comportamentos de risco como, situação de beber muito num único episódio, beber progressivamente num curto espaço cronológico.

Neste estudo, vale ressaltar que o consumo de álcool, mesmo que em baixo risco, pode acarretar problemas que reflitam diretamente na QV dos indivíduos. Como por exemplo, violência doméstica, acidentes de trânsito, transtornos comportamentais, acidentes de trabalho, homicídios e suicídios.

4.3 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS REFERENTES À QUALIDADE DE VIDA

4.3.1 World Health Organization Quality of Life Instrument abreviado (WHOQOL-BREF)

O questionário Whoqol Bref permite analisar a QV de duas maneiras diferentes: através das duas questões globais de QV e dos domínios. Os dados dos quatro domínios (físico, psicológico, ambiental e social) juntos, explicam a média da QV de cada indivíduo estudado. Para cada item existem cinco alternativas de resposta apresentadas numa escala de Likert de 1 a 5 pontos. A pontuação de cada domínio foi obtida calculando a média dos seus itens, podendo variar entre 0 a 100 pontos, correspondendo valores elevados a uma melhor qualidade de vida. A consistência interna do questionário, avaliada pelo Alfa de Cronbach, indica uma boa confiabilidade, com um valor de Alfa igual a 0,819.

Tabela 3 – Distribuição das Medidas descritivas das dimensões do WHOQOL-BREF entre as pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo. Macapá-AP, 2014 (n=169).

	Mínimo	Mediana	Máximo	Média	DP
Percepção geral sobre a qualidade de vida	25,00	50,00	100,00	51,77	7,99
Percepção geral sobre a saúde	0,00	50,00	75,00	50,74	9,62
Domínio Físico	39,29	57,74	82,14	60,02	7,47
Domínio Psicológico	37,50	66,67	100,00	65,11	7,95
Domínio Relações Sociais	41,67	75,00	100,00	75,64	8,38
Domínio Meio Ambiente	25,00	50,00	84,38	49,77	6,43

Fonte: questionário WHOQOL-BREF.

Na tabela 3 apresentam-se os valores mínimo, máximo, mediana, média e desvio-padrão das duas questões gerais de QV e dos domínios do WHOQOL-BREF. Quanto à percepção geral sobre a qualidade de vida, a média foi $\pm 51,77$ e desvio padrão $\pm 7,99$ e sobre a saúde $\pm 50,74$; $\pm 9,62$, os valores apresentados são próximos do meio da escala, indicando valores nem ruins nem bons nesses domínios.

Os indivíduos da amostra apresentam níveis de qualidade de vida mais elevados no domínio relações sociais ($M = 75,64$; $DP = 8,38$), no domínio psicológico ($M = 65,11$; $DP = 7,95$) e domínio físico ($M = 60,02$; $DP = 7,47$). O domínio meio ambiente ($M = 49,77$; $DP = 6,43$) é onde apresentam menor qualidade de vida.

4.3.1.1 Avaliação dos resultados referentes à Qualidade de vida em sua questão global, percepção geral sobre a qualidade de vida

A percepção geral sobre a qualidade de vida é avaliada pelo item 1 do WHOQOL-BREF: “Como você avalia a sua qualidade de vida?”. Os resultados apresentados na Tabela 4 permitem concluir que a grande maioria das pessoas avalia a sua qualidade de vida como nem ruim nem boa (154 indivíduos – 91,1%), existindo 12 (7,1%) que classificam como boa, 2 (1,2%) como ruim, 1 (0,6%) como muito boa, não existindo nenhum que considere a sua qualidade de vida muito ruim.

Tabela 4 – Distribuição das Medidas descritivas das dimensões do WHOQOL-BREF, percepção geral sobre a qualidade de vida entre as pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo. Macapá-AP, 2014 (n=169).

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Muito Ruim	0	0,0
Ruim	2	1,2
Nem ruim nem boa	154	91,1
Boa	12	7,1
Muito boa	1	0,6

Fonte: Questionário WHOQOL-BREF.

A qualidade vida é uma importante medida de impacto à saúde. Porém, é importante ressaltar, no que concerne à subjetividade, trata-se de considerar a auto-percepção sobre estado de saúde e sobre aspectos não-médicos e do contexto de vida. Este estudo reflete uma avaliação da QV como nem ruim e nem boa através do escore 51,77. Sendo que seu escore representa uma média de qualidade de vida razoável.

A partir de um estudo de avaliação da qualidade de vida de idosos na atenção básica, também verificou-se uma maioria para avaliação da QV nem boa e nem ruim, 39,7% auto-avaliaram sua saúde como nem ruim nem boa (BELEZA, 2014).

Numa população de Caiana dos Crioulos (Comunidade quilombola) foi feito um estudo que apresentou resultados similares a este, uma qualidade de vida com escore médio variando em 50,00. Ainda neste estudo, os dados, com base no Sistema de Informação da Atenção Básica, SIAB (2013), acerca das doenças que atingem a comunidade, mostraram que 0,39% das mulheres e 4,23% dos homens são alcoolistas (SILVA, 2007).

Como considerado por Lima (2002), uma das limitações do conceito de QV é a dificuldade em estabelecer um ponto de corte que distinga QV “boa” de “ruim”. Tendo em vista os dados sociodemográficos e avaliação do AUDIT apresentados e sabendo o impacto que estes podem ter como condicionantes e determinantes para a QV, é importante entender que a causa de um resultado de QV com média 51,77 está relacionado com a subjetividade do conceito QV. Abrangendo significados, conhecimentos, experiências, valores peculiares às épocas, espaços e vivências diferenciadas. Portanto, sendo, um conceito social caracterizado pela relatividade cultural.

A média que se apresentou para o escore de QV geral, 51,77, revelou um desvio padrão, com dispersão de 7,99.

Verifica-se que as respostas dos participantes deste estudo considerarem ser nem boa e nem ruim sua QV, apesar dessas respostas, estes dados reforçam a ideia de que uma acentuada vulnerabilidade se apresenta levando-se em conta os diferentes fatores que entrariam nas condições de saúde. Observou-se, de tal modo, em razão da amostra definir-se como adultos jovens, do sexo masculino, em sua maioria, com baixa escolaridade, idade de início para o consumo de álcool ainda na adolescência e AUDIT com proporção de 10,7% para consumo de uso de risco e uso nocivo de álcool.

Observando os resultados, pode-se dizer, que esses demonstram uma avaliação tolerável, já que a média do domínio variou para 50,00, os entrevistados não estão tendo uma ruim QV, mas também não é uma boa.

4.3.1.2 Avaliação dos resultados referentes à Qualidade de vida em sua questão global, percepção geral sobre a saúde

A percepção geral sobre a saúde é avaliada pelo item 2 do WHOQOL-BREF: “Qual satisfeito você está com a sua saúde?” Observa-se que 150 (88,8%) dos indivíduos da amostra não estão satisfeitos nem insatisfeitos com a sua saúde. Existem 13 (7,7%) que referiram estar satisfeitos, 4 (2,4%) insatisfeitos, 2 (1,2%) muito insatisfeitos, não existindo nenhum que tenha referido estar muito satisfeito com a sua saúde (Tabela 5). Num escore médio de 50,04.

Tabela 5 – Distribuição das Medidas descritivas das dimensões do WHOQOL-BREF, percepção geral sobre a saúde entre as pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo. Macapá-AP, 2014 (n=169).

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Muito Insatisfeito	2	1,2
Insatisfeito	4	2,4
Nem satisfeito nem insatisfeito	150	88,8
Satisfeito	13	7,7
Muito satisfeito	0	0,0

Fonte: Questionário WHOQOL-BREF.

Nos dados coletados para a percepção geral de saúde, também foram observados escores variando próximos da média da QV geral, onde os indivíduos

não estão nem satisfeitos e nem insatisfeitos com sua saúde, com um escore um pouco menor do que na avaliação geral da QV, 50,74. A média que se apresentou para o escore de percepção de saúde revelou um desvio padrão, com dispersão de 9,62.

Em relação a sua saúde, observou-se, num estudo em 2009, que 56,8% dos trabalhadores da área da Enfermagem, apresentam-se satisfeitos, sendo que 20,1% respondeu não estar satisfeito e nem insatisfeito (NIQUERITO, 2009).

Comparando estes dois estudos, o grupo de Enfermeiros avaliados, mostrou melhor avaliação da saúde do que os moradores da Lagoa dos índios, em questões claramente percentuais. Positivamente considerando diferentes grupos, portanto, diferentes perfis sociodemográficos e comportamentos de risco (hábito de beber) e, claro, distintos condicionantes e determinantes indicadores de auto-percepção de saúde.

Os trabalhos de Johansson; Sundquist; Segovia *et al*; (1999), mostraram que a percepção do nível de saúde está associada à adoção de comportamentos de saúde e as evidências indicam que a prevalência de comportamentos de risco é maior entre sujeitos com percepção negativa de saúde (aqueles que consideram sua saúde atual como regular ou ruim).

Quanto à análise subjetiva da saúde, foi observado que os agentes de saúde com satisfação negativa/indefinida, apresentaram associação estatisticamente significativa com o comprometimento do domínio físico (MASCARENHAS, 2011).

Assemelhando-se com os resultados desse estudo, onde seus escores médios para as questões gerais sobre saúde e QV variaram de modo linear, 51,77 e 50,04, respectivamente.

Várias pesquisas demonstram a associação entre a ausência de infraestrutura básica com os agravos à saúde (COSTA et al; 2005) relacionados à falta de saneamento, de esgoto e de água tratada e do acúmulo de resíduos sólidos (HELLER, 1998; TEIXEIRA e HELLER, 2005).

A percepção de saúde, como vimos, aparece neste estudo com escore próximo ao da QV. Podendo significar, que além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade de vida são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas (BUSS, 2000; CAMPOS, 2008; SEIDL, 2004).

A satisfação de saúde num escore médio, pode ser reflexo do acometimento das questões relacionadas justamente aos escores médios da avaliação sobre QV, pois, aqui neste estudo se tem as duas questões de percepções gerais mostrando similaridade entre os indicadores, ou seja, avaliação na média de 50,00. Isso implica dizer que convergem para uma mesma visão.

A recente compreensão de saúde resume-se num contexto afirmativo, que a reconhece como bem-estar e qualidade de vida e não meramente como negativa de doença. A saúde deve ser compreendida como um estado em movimento, socialmente ressignificado.

4.3.1.3 Domínio Físico

Referente ao domínio físico, a amostra estudada apresentou um escore médio geral de 60,02, dessa forma, as ditas pessoas avaliam sua percepção de QV como moderada na área física (Tabela 3). O escore médio do domínio físico é maior que os escores médios das questões gerais, percepção geral da QV (51,77) e a percepção geral da saúde (50,74). E, quanto aos domínios, é maior que o domínio meio ambiente (49,77), muito próximo dos escores médio do domínio psicológico (65,11) e menor que o domínio de relações sociais (75,64).

Menezes (2006), analisando a qualidade de vida de dependentes de álcool, observou que o domínio mais prejudicado foi o aspecto físico.

Resultados semelhantes foram encontrados por Payá *et al*; (2002) na avaliação da qualidade de vida entre dependentes de álcool. Os pacientes da pesquisa citada pontuaram, em média, 51,00 na dimensão aspecto físico.

Em outro estudo, que avaliou fatores associados à qualidade de vida de agentes comunitários de saúde, obteve-se, quanto à associação do grupo de ACS com idade superior a 38 anos e o comprometimento do domínio físico (MASCARENHAS, 2011). Quanto à análise subjetiva da saúde, foi observado que os Agentes de saúde com satisfação entre escores médios para as questões gerais, apresentaram associação estatisticamente significativa com o comprometimento do domínio físico.

O resultado dos escores em relação ao domínio físico, 60,02 foi avaliado como um resultado mais satisfatório do que as questões gerais. Mas é importante

considerar que ainda não é um escore desejado, o que leva a inferir que a satisfação moderada da saúde pode ser reflexo do acometimento das questões correlacionadas.

4.3.1.4 Domínio Psicológico

Quanto ao domínio psicológico do WHOQOL-BREF, obteve-se o escore médio de 65,11. Diante dos escores anteriores, um escore médio relativamente alto em comparação aos domínios físico e meio ambiente. Associado ao domínio relações sociais, apresenta os maiores escores médios do Whoqol Bref.

Castro (2013), avaliou a qualidade de vida em gestantes, dessa forma, a pesquisa obteve um escore de QV boa, nos domínios psicológico, relações sociais, além de um escore de QV nem boa e nem ruim, ou seja, inferiores nos domínios físico e meio ambiente.

Beleza (2014), estudou a avaliação da qualidade de vida de idosos, obtendo maior escore no domínio psicológico (70,2). Já no estudo de Conceição (2012) para o domínio psicológico, 56,6% referiram estarem bastante/muito satisfeitos, e completamente, num estudo que avaliou a qualidade de vida do enfermeiro no trabalho docente.

Martins (2002), num estudo com qualidade de vida e consumo de alcoólicos em hepatopatas revelou pontuações médias no WHOQOL-Bref, por domínio, como: psicológico (68,71), social (67,54), físico (60,96) e ambiental (57,02).

O bem-estar subjetivo é um importante componente da psicologia positiva. É um aspecto que pode favorecer a maneira como vê a si mesmo e as outras pessoas, o que pode resultar em maior prazer em vivenciar as situações cotidianas e o relacionamento com nossos pares. Torna-se importante, cada vez mais, conhecer os aspectos relacionados a esse tema (PASSARELI; SILVA, 2007, p.2).

O enfoque para o domínio psicológico é importante, porque mesmo os escores das questões gerais apresentando-se menores em média razoável, determinando uma QV e percepção geral de saúde com avaliação menor, este domínio foi avaliado como bom. A inferência segue no sentido de que mesmo uma maior parte identificando-se nos demais domínios como QV moderada, o

psicológico revela-se bom. Por ausência de doença, de transtornos psíquicos, por estarem no mercado (formal e/ou informal) e com renda de 1 a 3 salários mínimos, por terem parceiros (casados ou em união estável), por serem adultos jovens e por estarem numa escala de consumo para o álcool como baixo risco. Pode ser o perfil sociodemográfico positivo revelando-se como determinante e/ou condicionante da satisfação com o psicológico, um bem-estar subjetivo com a presença de um sentimento positivo num determinado domínio da vida, o domínio psicológico. É um aspecto que pode favorecer a maneira de administrar as dificuldades para os demais campos que englobam a QV.

4.3.1.5 Domínio Relações Sociais

Segundo os dados da Tabela 3, o escore médio geral do domínio relações sociais foi de 75,64, apresentando dessa forma entre todos os domínios do Whoqol bref e da QV geral, o escore médio mais alto.

Observa-se como algo significativo e de caráter prático, quando para o domínio das relações sociais o escore é positivo..

No que diz respeito à avaliação desse domínio, num trabalho desenvolvido por Kluthcovsky (2007), com agentes de saúde, no Paraná, foi encontrado maior escore médio no domínio relações sociais (75,8).

Gessner (2006), ao estudar a qualidade de vida de 93 trabalhadores de equipes de saúde da família em Santa Catarina, também observou maior escore médio no domínio relações sociais (75,00).

A descrição dos resultados num estudo de 2011 que avaliou fatores associados à qualidade de vida de agentes de saúde observou que o domínio relações sociais obteve o escore médio mais alto (76,90) (MASCARENHAS, 2011).

Num estudo entre estudantes universitários sobre QV, em 2012, observou-se como um ponto favorável o evento dos estudantes apresentarem satisfação com as relações sociais, apresentou-se os maiores resultados médios 72,60 (SILVA, 2012).

Segundo Nunes; Freire; Leles (2008), o relacionamento do indivíduo consigo mesmo e com as pessoas à sua volta constitui um dos componentes fundamentais para o bem-estar e para a qualidade de vida. Além de ser socialmente aceito na maioria dos países, há uma crença difundida de que é um facilitador das relações sociais (CUNHA, 2007).

Segundo Fonseca e Moura (2008), o ser humano se constitui a partir da estruturação de sua relação com o outro, sendo que a inter-relação social e a vida em sociedade permitem a criação de apoio social nos diferentes ambientes onde o ser humano se encontra.

A satisfação com as relações pessoais, como amigos, parentes, conhecidos e colegas influencia a qualidade de vida das pessoas, o quanto o indivíduo está satisfeito com o apoio que recebe dos amigos e a vida sexual (MASSOLE, 2007).

De acordo com Brough; Pears (2004), as relações entre indivíduos contribuem para a vida de cada um, seja na área comportamental, na saúde física ou mental.

Esses dados do estudo em questão se mostram favoráveis, indicando que o construto relações sociais foi satisfatório nesta comunidade da Lagoa dos Índios, o que acaba produzindo benefícios, pois, diante do contexto sociodemográfico, no que diz respeito à escolaridade, situação trabalhista (mercado informal) e comportamento de risco (consumo de álcool) demonstrado neste estudo, o domínio relações sociais revela ser um ponto favorável para a QV. É um fator que influencia na dinâmica das pessoas, também podendo influir em suas crenças, comportamentos, estrutura familiar.

Paralelamente a isso, foi visto que multivariáveis determinam padrões locais de relações sociais, inferindo para esta comunidade em questão, um fenômeno significativo, onde a avaliação da QV para relações sociais foi boa e maior do que nos demais domínios.

4.3.1.6 Domínio Meio Ambiente

O menor escore médio encontrado no Whoqol-bref foi no domínio meio ambiente (49,77) em comparação com os outros domínios (Tabela 3).

Divergindo dos escores anteriores, a caracterização do domínio em estudo, a média revelou-se baixa. Predominando nesse domínio uma avaliação menos favorável da QV.

No caso de um estudo realizado com militares do corpo de bombeiros da cidade Fortaleza, também detectou-se menor média (57,6%) para o Domínio meio ambiente quando comparado aos outros domínios (SOUZA *et al*; 2007).

No que diz respeito à avaliação desse domínio, num trabalho desenvolvido por Kluthcovsky (2007), com agentes de saúde, no Paraná, foi encontrado menor escore no domínio meio ambiente (54,1).

Gessner (2006), ao estudar a qualidade de vida de 93 trabalhadores de equipes de saúde da família do município em Santa Catarina, também achou menor média no domínio meio ambiente (63,00).

Outros estudos também reportam uma preocupação com a faceta Meio Ambiente (PENTEADO e PEREIRA, 2007; CASTRO; FRACOLLI, 2007; GORDIA *et al*; 2006). Esta tendência a baixos valores para o domínio ambiental é preocupante, pois está diretamente vinculada à falta de investimento em políticas públicas municipais, estaduais e federais.

Gordia (2008), analisando a QV de adolescentes da cidade da Lapa, encontrou uma média de 55,6 para o Domínio meio ambiente, sendo a mais baixa entre as outras facetas.

De acordo com Silva; Heleno (2012), no estudo Qualidade de Vida e Bem-Estar Subjetivo de Estudantes Universitários, os menores valores percentuais foram encontrados para o Domínio IV – Meio ambiente (52,0), sendo este o aspecto mais vulnerável e mais interferente na diminuição da QV da amostra estudada.

Em outro estudo sobre fatores associados à QV de agentes de saúde, os resultados referentes a cada domínio do whoqol-Bref, observou-se que também foi avaliado com menos evidência o domínio meio ambiente 47,45 (MASCARENHAS, 2011).

A maioria dos estudos que utilizaram o WHOQOL no Brasil tem demonstrado que o Domínio Meio Ambiente tem a pior faceta da QV de nossa população.

De acordo com Eurich e Kluthcovsky (2008), o lazer está associado a um cuidar de si, o que gera conforto, alívio, alegria e tranquilidade, sendo essencial para o bem-estar e melhora da qualidade de vida.

A preocupação com os efeitos na saúde provocados pelas condições ambientais esteve presente desde a Antiguidade. Já no tratado de *Ares, águas e Lugares*, de Hipócrates, informa-se o médico sobre a influência da relação entre o ambiente e a saúde, particularmente do clima, da topografia, da qualidade da água e, inclusive da organização política (ROSEN,1983).

As complexas relações entre os ambientes onde a vida cotidiana acontece e os padrões de saúde decorrentes da estrutura social, econômica, política e da organização do setor saúde, precisam ser recodificadas, dando outros enfoques tais como a forma de organização dos espaços urbanos, o modo de vida de suas populações e os seus reflexos no ambiente, criando melhores condições de vivência, dia-a-dia, conseqüentemente, melhores e maiores avaliações das percepções de QV e saúde e seus domínios, físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

4.4 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS REFERENTES À CORRELAÇÃO ENTRE WHOQOL-BREF E AUDIT.

4.4.1 Avaliação dos resultados do AUDIT, de um modo geral, com as dimensões do WHOQOL.

Para estudar a relação entre as dimensões da QV avaliadas pelo WHOQOL-BREF e o consumo de álcool avaliado pelo AUDIT, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (Tabela 6).

Os valores dos coeficientes de correlação obtidos (todos próximos de zero) indicam a inexistência de uma relação entre o consumo de álcool, avaliado pelo AUDIT, e todas as dimensões da qualidade de vida, avaliadas pelo WHOQOL-BREF. A única correlação significativa ($r=0,240$) foi com a percepção geral sobre a QV.

Tabela 6– Distribuição das Medidas de Correlação entre as dimensões do WHOQOL-BREF e a pontuação do AUDIT, entre as pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo. Macapá-AP, 2014 (n=169).

	AUDIT
Percepção geral sobre a qualidade de vida	$r = 0,240; p = 0,002$
Percepção geral sobre a saúde	$r = 0,039; p = 0,616$
Domínio Físico	$r = 0,153; p = 0,047$
Domínio Psicológico	$r = -0,001; p = 0,992$
Domínio Relações Sociais	$r = -0,128; p = 0,096$
Domínio Meio Ambiente	$*r = -0,047; p = 0,548$

Fonte: Questionários WHOQOL-BREF e AUDIT.

* r - coeficiente de correlação de Spearman; p - valor de significância.

De modo geral, a correlação dos resultados do AUDIT com o WHOQOL não resultou em diferenças significantes quanto aos níveis de qualidade de vida dos sujeitos. Todavia, os resultados sugerem que a percepção da qualidade de vida por parte dos participantes aqui estudados se correlaciona para as modificações no padrão de consumo de bebidas alcoólicas, como se vê a seguir.

4.4.2 Avaliação dos resultados do AUDIT, por Zonas de risco, com as dimensões do WHOQOL.

Para comparar as pontuações das dimensões do WHOQOL-BREF entre os diferentes grupos classificados de acordo com o AUDIT, foi realizada a ANOVA, seguida dos testes de comparações múltiplas HSD Tukey, para identificar entre que grupos existem diferenças (Tabela 7). A ANOVA revelou a existência de diferenças significativas na percepção geral sobre a qualidade de vida ($p = 0,002$), na percepção geral sobre a saúde ($p = 0,001$), no domínio físico ($p = 0,001$), nas relações sociais ($p = 0,001$) e no meio ambiente ($p = 0,003$). Não existem diferenças significativas quanto ao domínio psicológico ($p = 0,310$)

Tabela 7 – Distribuição das Medidas de relação entre as Pontuações médias dos domínios do WHOQOL-BREF, por classificação do AUDIT, entre as pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo. Macapá-AP, 2014 (n=169).

AUDIT	Percepção geral sobre a QV	Percepção geral sobre a saúde	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Meio Ambiente
Zona I (n = 143)	50,87 ^b	50,87 ^a	59,32 ^a	64,76 ^a	76,11 ^a	49,44 ^{ab}
Zona II (n = 15)	58,33 ^a	51,67 ^a	67,38 ^b	67,78 ^a	77,22 ^a	53,33 ^a
Zona III (n = 3)	58,33 ^a	66,67 ^b	60,71 ^{ab}	70,83 ^a	77,78 ^a	58,33 ^a
Zona IV (n = 8)	53,13 ^{ab}	40,63 ^c	58,48 ^a	64,29 ^a	63,54 ^b	45,70 ^b
<i>P</i>	0,002	0,001	0,001	0,310	0,001	0,003

Fonte: Questionários WHOQOL-BREF e AUDIT.

p – valor de significância da ANOVA; a, b – não existem diferenças significativas entre os valores com a mesma letra: *p* > 0,05 nos Testes HSD Tukey.

Resultados semelhantes foram encontrados por Daeppen *et al.*, (1998). No estudo, os autores observaram correlação significativa das oito dimensões do SF-36 com o SADD, especialmente em *estado geral de saúde*. Outro instrumento utilizado por Daeppen *et al.* (1998) na relação da qualidade de vida e gravidade da dependência do álcool foi o *Addiction Severity Index* (ASI), que tem por objetivo diagnosticar e medir a gravidade de problemas relacionados ao vício e as áreas mais afetadas na vida dos dependentes. A pontuação no SF-36 foi 10% (dimensão *dor*) a 141% (dimensão *aspecto emocional*) mais baixa em pacientes com pontuação alta no *ASI Alcohol* em relação aos com pontuação baixa, indicando pior qualidade de vida relacionada à saúde em indivíduos com maior gravidade de dependência alcoólica.

De acordo com Menezes (2006), os resultados encontrados num estudo com dependência e QV, dependentes moderados e/ou graves apresentaram qualidade vida inferior aos dependentes leves.

Corte-Real (2008), refere ter observado uma associação negativa forte entre o consumo de tabaco e de álcool e a percepção positiva da saúde, quando fez um estudo sobre Percepção e comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes portugueses.

Em relação ao padrão de uso de alcoólicos no último ano, observou-se que os hepatopatas incluídos na categoria “bebedores de alto risco ou com provável dependência” apresentaram os menores escores em todos os domínios do

whoqol-bref, em Belo Horizonte. Foi encontrado que a percepção de saúde como excelente é significativamente maior para os indivíduos da amostra que não consomem bebida alcoólica (ALVES *et al*; 2012).

A correlação do AUDIT com o whoqol, percepção geral sobre a saúde ($p=0,002$) e domínio físico ($p=0,047$) são correlações significativas.

Na tabela 5 para a Percepção geral sobre a qualidade de vida há diferença significativa na zona I com média 3,03 e zonas II e III com média 3,33. Ou seja, os indivíduos da zona I de baixo risco tem menor escore médio que os indivíduos das zonas II e III de uso de risco e uso nocivo. Poderia esperar-se o contrário, mas os resultados apontam de forma diferenciada essa questão, onde os escores são crescentes para quem mais consome álcool.

Realizou-se um estudo com estudantes de nutrição, onde 48% apresentou consumo abusivo de álcool, mas seus domínios foram melhores avaliados do que nesse presente estudo, onde para consumo de risco e abusivo foram 9,7% (LEITE, 2011).

Conforme Ashton (1995), o prazer é o motivo principal para o uso de álcool e outras drogas ilícitas, seguido por ansiedade e pressões dos exames como razões do consumo.

Gonçalves; Vilarta (2004) abordam qualidade de vida pela maneira como as pessoas vivem, sentem e compreendem seu cotidiano, envolvendo, portanto, saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito.

A consciência dos prejuízos quanto ao consumo do álcool, pode não ser bem concebida nesse cenário, partindo do pressuposto do prazer imediato ocasionado pelo uso, do comportamento cultural que faz presente nas relações sociais essa substância.

Nesse intrincado de inferições é fundamental destacar o entendimento de qualidade de vida, que normalmente se dá considerando as vivências, experiências, o dia-a-dia, enfim, um contexto bem amplo e intrincado de peculiaridades. Por ser um campo de estudos recente, encontra-se em processo de afirmação de fronteiras e conceitos; por isso, definições sobre o termo são comuns, mas nem sempre concordantes.

Como viu-se anteriormente, a correlação entre o WHOQOL e o AUDIT apresentou-se inexistente, ou seja, neste estudo não foi possível confirmar uma correlação entre QV e consumo de bebida alcoólica. Entretanto, percebe-se que em associação com demais dados epidemiológicos, quanto maior o consumo, menor a avaliação da QV, menor a percepção geral de saúde, e seus domínios físico, relações sociais e meio ambiente, que apresentaram-se significantes, com decréscimo para o aumento do consumo.

A questão levantada não é tão somente com a dependência em si, mas quanto se vulnerabiliza esta amostra para o aumento gradativo do consumo de álcool e comprometimento total do processo de condições de vida e existência no cotidiano. Isto não quer dizer que, quem está na Zona I permanecerá, sem poder evoluir para as demais Zonas. O uso gradativo e contínuo pode levar a uma progressão dentro destas Zonas.

Resta referir que a inquietude para estes resultados, de acordo com a tabela 5, é que para a amostra estudada, apesar de não delinear-se como uso de risco e/ou nocivo, a QV é diretamente percebida com variações para a frequência do consumo de álcool.

4.5 CORRELAÇÃO DOS DOMÍNIOS DO WHOQOL-BREF ENTRE SI.

Na Tabela 8 apresentam-se os coeficientes de correlação de Spearman entre os domínios do WHOQOL-BREF. Observa-se que todas as correlações são positivas, indicando que os domínios variam no mesmo sentido, de intensidade fraca a moderada, mas nem todas são significativas. As correlações mais fortes verificam-se entre as relações sociais e meio ambiente ($r = 0,447$; $p < 0,01$), o domínio físico e o domínio psicológico ($r = 0,418$; $p < 0,01$) e entre o domínio psicológico e o meio ambiente ($r = 0,406$; $p < 0,01$).

A percepção geral sobre a qualidade de vida apresenta correlações significativas com todos os outros domínios, exceto com o domínio relações sociais. Quanto à percepção geral sobre a saúde, apenas se encontra correlacionada com a percepção geral sobre a qualidade de vida ($r = 0,158$; $p < 0,05$) e com o meio ambiente ($r = 0,170$; $p < 0,05$), mas as correlações são de fraca intensidade em ambos os casos.

Os domínios físico e psicológico têm correlações significativas com todas as outras dimensões exceto com a percepção geral sobre a saúde. O meio ambiente é o único domínio que tem correlações significativas com todos os outros domínios.

Tabela 8 – Distribuição das Medidas de Correlações dos domínios do WHOQOL-BREF entre si e as pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo. Macapá-AP, 2014 (n=169).

	Percepção geral sobre a saúde	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Meio Ambiente
Percepção geral sobre a QV	$r = 0,158^*$	$r = 0,290^{**}$	$r = 0,301^{**}$	$r = 0,129$	$r = ,242^{**}$
Percepção geral sobre a saúde		$r = 0,083$	$r = 0,079$	$r = 0,039$	$r = 0,170^*$
Domínio Físico			$r = 0,418^{**}$	$r = 0,300^{**}$	$r = 0,293^{**}$
Domínio Psicológico				$r = 0,303^{**}$	$r = 0,406^{**}$
Domínio Relações Sociais					$r = 0,447^{**}$

Fonte: Questionários WHOQOL-BREF.

r – coeficiente de correlação de Spearman; $*p < 0,05$; $**p < 0,01$

Igualmente ao estudo de Pereira *et al*; (2006) que demonstraram que há associação entre os domínios avaliados pela escala e o escore global de qualidade de vida, demonstrando que alterações em um ou mais domínios podem implicar alterações na qualidade de vida global.

Inicialmente, não houveram correlações significativas entre o escore total da amostra para o WHOQOL e o AUDIT.

O escore médio dos domínios físico, psicológico, meio ambiente e a percepção geral sobre a QV relacionaram-se entre si. Contudo, foi possível registrar que o domínio meio ambiente teve as maiores correlações com os outros domínios, inclusive com a percepção geral de QV e da saúde.

Embora as magnitudes das correlações tenham variado no mesmo sentido, nesse conjunto de dados, é coerente e apoiam pelo menos cinco conclusões:

- Por um lado, infere-se que houve correlações associadas em pares, meio ambiente e relações sociais. Fichter (1968) apresenta as relações sociais dentro de um contexto ambiental amplo, que envolve uma organização de indivíduos, biótica, processos de trabalho, intervenções da natureza, interações políticas e econômicas;

- Meio ambiente e psicológico. Ainda seguindo o raciocínio de que o meio ambiente é construção e interação humana, considera-se o domínio psicológico intrinsicamente vinculado a esta dinâmica. Onde, as funções psicológicas do indivíduo necessitam de avaliação coerente com o meio ambiente, já que englobam questões como, o quanto aproveita a vida, sentido da vida, presença de sentimentos negativos, não restrito apenas à dimensão física ou natural, mas também enfatizando as dimensões social, econômica, política e cultural. Assim, refere-se aos espaços em que as pessoas vivem: a comunidade, suas casas, seu trabalho e os espaços de lazer e engloba também as estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para ter maior poder de decisão.
- Psicológico e físico. O domínio psicológico abrange também, questões como, nível de concentração, auto-aceitação física e satisfação consigo. Tais questionamentos fazem conexão direta com o domínio físico, onde se verificam questões de dor, terapias, energia produtiva, mobilidade física.
- A questão geral de QV apresenta-se relacionada com quase todos estes domínios já relacionados em pares, com exceção do domínio relações sociais. O que pode se afirmar uma exceção pouco significativa, já que é relevante a afirmação de que todos os demais domínios são interdependentes, realçando sobremaneira na visão e auto-avaliação da QV entre os entrevistados.
- Assim, um dos resultados mais significantes, neste contexto, foi a abordagem concernente ao meio ambiente relacionando-se com todos os domínios do WHOQOL e mais com as duas questões independentes.

A invenção de ambientes adequados à saúde e a QV implica na consideração da complexidade das nossas sociedades e das afinidades de interdependência entre diversos setores. A proteção do meio ambiente e a manutenção e/ou a criação de comportamentos de preservação dos recursos naturais, o acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde, bem como a conquista de ambientes que facilitem e favoreçam a saúde, como o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade, passam a compor centralmente as questões levantadas sobre a avaliação de QV.

A **III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**, realizada em Sundsvall, na Suécia, em 1991, foi a primeira conferência global a focar diretamente a interdependência entre saúde e ambiente em todos os seus aspectos (WHO, 1998).

4.6 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS REFERENTES À CORRELAÇÃO ENTRE WHOQOL-BREF E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.

4.6.1 Avaliação dos resultados do WHOQOL com as variáveis sociodemográficas idade, idade de início de bebida, escolaridade e renda familiar

Na tabela 9 apresentam-se as correlações dos domínios do WHOQOL-BREF com a idade, a idade de início de bebida, a escolaridade e a renda familiar.

Quanto à idade, apenas se observa uma correlação significativa com o domínio físico ($r = -0,175$; $p < 0,05$), indicando uma leve tendência de diminuição do domínio físico com o aumento da idade. Não existe correlação significativa entre a idade de início de bebida e nenhum dos domínios do WHOQOL-BREF. A escolaridade encontra-se positivamente correlacionada com os domínios físico ($r = 0,287$; $p < 0,01$), psicológico ($r = 0,254$; $p < 0,01$), relações sociais ($r = 0,172$; $p < 0,05$) e meio ambiente ($r = 0,256$; $p < 0,01$), indicando uma melhoria desses domínios com o aumento da escolaridade. Quanto à renda familiar, está negativamente correlacionada com a percepção sobre a qualidade de vida ($r = -0,208$; $p < 0,01$), domínio físico ($r = -0,165$; $p < 0,05$) e domínio psicológico ($r = -0,193$; $p < 0,05$), indicando que indivíduos com maiores rendas têm pontuações mais baixas nestes domínios. Verifica-se o contrário na correlação com as relações sociais ($r = 0,183$; $p < 0,05$), indicando que indivíduos com maiores rendas têm melhores relações sociais.

Tabela 9 – Distribuição das Medidas de Correlações entre os domínios do WHOQOL-BREF e algumas variáveis sociodemográficas, como a idade, a idade de início de bebida, a escolaridade e a renda familiar entre as pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo. Macapá-AP, 2014 (n=169).

	Percepção geral sobre a QV	Percepção geral sobre a saúde	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Meio Ambiente
Idade	$r = -0,046$	$r = 0,022$	$r = -0,175^*$	$r = -0,113$	$r = -0,078$	$r = -0,049$
Idade de início de bebida	$r = 0,108$	$r = 0,061$	$r = 0,032$	$r = 0,122$	$r = -0,011$	$r = 0,032$
Escolaridade	$r = 0,046$	$r = -0,016$	$r = 0,287^{**}$	$r = 0,254^{**}$	$r = 0,172^*$	$r = 0,256^{**}$
Renda familiar	$r = -0,208^{**}$	$r = 0,017$	$r = -0,165^*$	$r = -0,193^*$	$r = 0,183^*$	$r = -0,007$

Fonte: Questionários WHOQOL-BREF e sociodemográfico.

r – coeficiente de correlação de Spearman; $^*p < 0,05$; $^{**}p < 0,01$

4.6.1.1 A Idade

No presente estudo, as análises estatísticas revelaram que quanto à curva crescente da idade, é inversamente proporcional à avaliação positiva do domínio físico.

Martins (2002), num estudo com qualidade de vida e consumo de alcoólicos em hepatopatas revelou pontuações médias no WHOQOL-Bref, por domínio, como: psicológico (68,71), social (67,54), físico (60,96), e ambiental (57,02), as pontuações no domínio físico diminuiram progressivamente na medida em que aumentava a faixa etária. Afirma ainda que quanto mais elevada é a idade do indivíduo, maior é a chance de perda da capacidade para o trabalho, sendo que as características normais do envelhecimento podem ser aceleradas e/ou agravadas pelas condições adversas do trabalho, influenciando assim, na capacidade desses indivíduos.

Em outro estudo, que avaliou fatores associados à qualidade de vida de agentes de saúde, quanto à associação do grupo de Agentes com idade superior a 38 anos e o comprometimento do domínio físico, pode-se inferir que com o avançar da idade há um conseqüente decréscimo nas condições físicas (MASCARENHAS, 2011).

Paschoa; Zanei; Whitaker, (2007) demonstrou a influência das variáveis sociodemográficas e condições de trabalho, revelando que a idade tem correlação positiva (0,229) com o domínio físico.

De acordo com a literatura, quanto maior a idade, maior a possibilidade para o surgimento da dor musculoesquelética, limitação da mobilidade física e da disposição para as atividades diárias e para o trabalho, e dependência de medicação e tratamentos (SALLES, 2005; DELLAROZA; PIMENTA; MATSUO, 2007).

Em consonância com os estudos explicitados, acredita-se que as análises realizadas também convergem para a afirmação de que, quanto mais elevada a idade mais comprometida a avaliação da QV para este domínio. No presente estudo, escore 60,02 (Tabela 3). É válido induzir ao entendimento de que deu-se devido ao processo de envelhecimento natural, pelo surgimento de vícios posturais e esforços exacerbados acumulados ao longo do processo de vida do cotidiano.

4.6.1.2 A escolaridade

Como já observado no decorrer da discussão dos resultados encontrados, as variáveis escolaridade e renda familiar podem influenciar na avaliação da QV pelos entrevistados.

E estudo com idosos, a escolaridade da idosa esteve significativa e diretamente associada com maiores escores em nove domínios da qualidade de vida: Geral, Físico, Psicológico, Relações Sociais, Meio Ambiente, Escore Geral do WHOQOL-OLD, Funcionamento do Sensório, Autonomia e Intimidade. Nesses domínios, as idosas de maior escolaridade tiveram melhores escores de qualidade de vida (VAGETT, 2013).

Num outro estudo, com adolescentes, dentre as variáveis sociodemográficas investigadas, como a escolaridade foi estatisticamente significativa indicando que quanto maior a escolaridade maior a qualidade de vida para esse aspecto da vida.

A maioria (79,2%) percebeu a importância da instrução formal, identificando-a como necessária para ocupar uma posição no mercado de trabalho e melhorar a sua condição econômica (FERREIRA, 2013).

Relacionando os escores da QV dos domínios e mais as duas questões independentes, percepção geral sobre qualidade de vida e percepção geral sobre a saúde, percebeu-se que cresciam linearmente e paralelas. Observa-se com estes achados que o empoderamento dos indivíduos para a educação melhora consideravelmente sua QV, este dado é um forte indicativo do peso do grau de instrução nas condições de vida e saúde das pessoas, no tocante aos comportamentos de risco, como o consumo de bebidas alcoólicas.

4.6.2 Avaliação dos resultados do WHOQOL com as variáveis sociodemográficas gênero e do estado civil e situação trabalhista.

Para estudar a relação do gênero e do estado civil com os domínios do WHOQOL-BREF, foi utilizado o Teste T de Student, que permite testar a significância das diferenças das médias entre dois grupos. Quanto à relação dos domínios do WHOQOL-BREF com a situação trabalhista, foi utilizada a ANOVA para comparar as pontuações dos domínios do WHOQOL-BREF entre as diferentes situações de trabalho. Algumas categorias foram agrupadas devido ao número reduzido de casos. Os resultados são apresentados na Tabela 10.

Não se observaram diferenças significativas entre os homens e as mulheres, nem nas pontuações da percepção geral sobre a qualidade de vida, nem na percepção geral sobre a saúde. Relativamente aos restantes domínios, observaram-se diferenças significativas, com os homens, apresentaram pontuações médias superiores a das mulheres nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Quanto ao estado civil, não existem diferenças significativas entre os solteiros e os casados ou numa união estável em nenhum dos domínios do WHOQOL-BREF. Observou-se a mesma ausência de significância estatística na situação trabalhista, não existindo diferenças entre os indivíduos do mercado formal, do mercado informal, do lar e os aposentados ou desempregados em nenhum dos domínios do WHOQOL-BREF.

Tabela 10 – Distribuição das Medidas de Correlações entre os domínios do WHOQOL-BREF e algumas variáveis sociodemográficas, como o gênero, estado civil e situação trabalhista entre as pessoas que consomem álcool da Comunidade Lagoa dos Índios, da EACS, do Marabaixo. Macapá-AP, 2014 (n=169).

	Percepção geral sobre a QV	Percepção geral sobre a saúde	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Meio Ambiente
Masculino (n = 104)	52,16	50,96	61,16	66,66	77,48	51,08
Feminino (n = 65)	51,15	50,38	58,21	62,60	72,69	47,67
$p^{(1)}$	0,426	0,706	0,012	0,001	0,001	0,001
Solteiro (n = 66)	52,65	50,38	60,17	65,71	75,00	50,22
Casado/união estável (n = 103)	52,21	50,97	59,93	64,73	76,05	49,48
$p^{(2)}$	0,255	0,697	0,836	0,439	0,428	0,463
Mercado formal (n = 74)	51,69	49,32	61,39	66,08	75,45	49,70
Mercado informal (n = 60)	52,08	51,67	59,58	66,04	76,67	50,62
Do lar (n = 25)	52,00	53,00	58,05	61,27	75,33	48,21
Aposentado/Desempregado (n = 10)	50,00	50,00	57,50	62,08	71,67	49,02
$p^{(2)}$	0,896	0,310	0,133	0,055	0,362	0,453

Fonte: Questionários WHOQOL-BREF e sociodemográfico

(1) – valor de significância do Teste T de Student; (2) – valor de significância da ANOVA.

4.6.2.1 O sexo

Por meio das análises dessas representações, visualiza-se a presença de relações fortes entre a variável sociodemográfica sexo e os quatro domínios do WHOQOL, excetuando as duas questões independentes.

Um estudo realizado por Aquino; Menezes; Amoedo (1992), em 10 estados brasileiros mostrou que as mulheres apresentaram maior prevalência de problemas de saúde, maior demanda e maior utilização de serviços de saúde, apresentando pior qualidade de vida.

Thomé; Dykes; Hallberg, (2004) encontraram num estudo sobre a QV em idosos que estes, do sexo masculino apresentaram melhores escores no domínio físico da qualidade de vida do que os do feminino. Observou-se num estudo que

avaliou os quatro domínios de QV em idosos, e houve diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos domínios, sendo os escores médios de qualidade de vida desses domínios maiores entre os homens (PEREIRA, 2006).

E segundo Jakobsson *et al*; (2004), as mulheres estão mais expostas do que os homens aos problemas físicos e mentais, o que poderia explicar menores escores para a QV. No caso desta variável sociodemográfica, alguns aspectos merecem ser considerados, como as diferenças entre sexos no que se refere à saúde geral. Além disso, vários autores relatam que as consequências clínicas do abuso e dependência do álcool aparecem de maneira mais precoce e agressiva nas mulheres que nos homens (SIMÃO *et al*; 2002; NÓBREGA e OLIVEIRA, 2005; FOSTER; PETERS; MARSHALL, 2000) devido às diferenças orgânicas.

Outro aspecto pode ser justificado pelo acúmulo de tarefas consequente à inserção crescente das mulheres no mercado de trabalho com jornadas duplas de trabalho, agravadas ainda pela insuficiência de equipamentos sociais como creches e escolas, gerando maior estresse físico e mental.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstraram a prevalência do sexo masculino, de escolaridade baixa e idades de início de consumo de álcool ainda na adolescência. Corroborando a literatura sobre o tema.

Para o AUDIT, 84,6% das pessoas encontravam-se em baixo risco. Os dados sobre consumo de bebidas alcoólicas, evidenciados nesse estudo, a priori, indicam positividade, mesmo assim, o beber excessivo, ainda que não se enquadre na concepção de dependência, sobretudo se precoce, como é o caso do estudo, pode direcionar os indivíduos para essa problemática. Além do que, o consumo mesmo de baixo risco, não deixa de ser classificado como comportamento de vulnerabilidade e exposição a riscos (malefícios e dependência).

Outra situação de similar importância são os consumidores de álcool de uso de risco, nocivo e dependência, que já necessitam de intervenção. Ações de saúde e educativas, como forma de prevenção do consumo de bebida alcoólica seria de grande utilidade, não só pela prevenção do uso, mas como forma de melhorar o meio ambiente que vivem e interagem.

Os achados presentes neste estudo mostraram uma correlação negativa entre consumo de álcool e qualidade de vida. Entretanto, para as pessoas que se encontravam na Zona I, uso de baixo risco, apresentaram qualidade de vida inferior aos da Zona III, uso nocivo. Os comportamentos habituais que causam deleite imediato, como o ato de beber, podem ser mascarados, dificultando a percepção da susceptibilidade para os riscos, confundindo o entendimento de qualidade de vida.

A relação da avaliação da qualidade de vida e Zona IV, provável dependência, do AUDIT, mostrou um resultado comum e frequente aos estudos. Todos os escores foram com médias inferiores aos da Zona I, consumo de baixo risco.

Por essas razões, um entendimento mais vasto e cauteloso sobre o consumo de álcool deve ser repensado, dando especial atenção às políticas públicas adequadas e voltadas para qualidade de vida mais propícia.

Quanto ao índice geral do WHOQOL-Bref e os escores dos domínios, inexistente na literatura científica um ponto de corte que aponte quais valores representam uma boa ou má percepção da qualidade de vida. No entanto, observando as médias apresentadas, pode-se dizer que esses resultados se mostram inquietantes e desafiadores, indicam que esses indivíduos não estão tendo uma qualidade de vida desejada, principalmente no que se refere ao meio ambiente.

Em relação à qualidade de vida dos domínios, os escores melhores avaliados foram relações sociais (75,64) e o psicológico (65,11), o pior domínio foi meio ambiente (49,77). Os resultados deste estudo demonstram que o domínio que foi mais bem avaliado pelos indivíduos, foi o de relações sociais, indicando maior satisfação com suas relações sociais e o suporte social recebido. Pode ser pelo fato, de serem comunidade e/ou se compreenderem dessa forma.

Em outro contexto, o domínio com escore mais baixo foi na faceta meio ambiente, que corresponde às questões referentes à segurança, poluição, situação econômica, aquisição de bens e serviços e lazer. Revelando sobremaneira, o intrínseco poder das condições de vida dessas pessoas na comunidade, no panorama global.

A qualidade de vida está intrinsecamente associada às experiências cotidianas, por conceber fatores determinantes nas relações humanas e no bem-estar do indivíduo. Concreta e primordial, esta se apresenta como resultante das perspectivas, estimativas e inquietações do sujeito frente a seus anseios e necessidades diante das relações e interações sociais. Tais atuações orientam as mudanças de elementos vitais como o espaço moral, profissional e pessoal, e quando são positivas e apropriadas, revelam a satisfação do indivíduo.

Constatou-se também, que numa relação do Whoqol-bref com as variáveis sociodemográficas, quanto maior a idade, menor o escore do domínio físico, quanto maior a escolaridade, maior os escores nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, resultando em melhor qualidade de vida na maior parte dos domínios. E ainda, somente entre os homens observou-se melhor escore para avaliação da QV.

A maioria dos achados também determinam uma relação direta da idade com o domínio físico. De tal modo, justifica-se, através do processo de envelhecimento natural do ser humano.

É preciso salientar o reforço que esse estudo trouxe para a temática escolaridade e melhor QV. Corroborando o histórico literário a esse respeito. O acesso ao conhecimento reflete de modo transformador para a melhoria da QV das pessoas.

Na amostra estudada, as mulheres têm qualidade de vida inferior às dos homens em todas as dimensões, com o que pode estar ligado às diferenças orgânicas e a sobrecarga de atividades inerentes à dupla jornada.

Considerando esses resultados, faz-se necessário a busca de estratégias que admitam a construção de soluções de enfrentamento para as novas situações vivenciadas.

No presente estudo, com base nestes dados, pode-se afirmar que identificar o padrão de consumo de álcool dos indivíduos, sobretudo nos serviços de Atenção Básica, é fundamental, a fim de oferecer-lhes, já nesse nível de assistência à saúde, informações sobre os malefícios do uso excessivo de álcool, auxiliando na prevenção de agravos e comportamentos de risco.

O esboço da qualidade de vida consente investigar quais fatores estão sendo notados pelos indivíduos como positivos ou negativos, e isto ocasiona acréscimos, pois, avaliando a qualidade de vida de um determinado indivíduo ou comunidade é possível agir nos aspectos que não estão propiciando uma melhor qualidade de vida, como o meio ambiente.

Perante essa análise dos fatores positivos que melhoram a qualidade de vida, faz-se necessário criar estratégias para manutenção ou promoção dos mesmos. Já para os fatores que se mostraram negativos, pode se efetuar estratégias para subtraí-los ou pormenorizá-los.

A avaliação da QV provoca transformações do conhecimento, permitindo apoiar e aperfeiçoar métodos, e isto demanda que a dinâmica do processo transformador aconteça, abrangendo maior reflexão sobre a natureza da organização social e sobre os determinantes e/ou condicionantes de saúde.

Com base neste trabalho conclui-se a importância da qualidade de vida dos moradores da comunidade lagoa dos índios, a dita qualidade de vida, é crucial para a autoestima, a qual, por sua vez, determina o bem-estar, a eficiência e o comportamento das pessoas.

Estes valores atentam para a necessidade de uma proposta de atenção e promoção da saúde sob a perspectiva da integralidade que relaciona a saúde e qualidade de vida, intervindo na prevenção de doenças, bem como na promoção da saúde, promovendo a conscientização destes moradores sobre a importância de um estilo de vida ativo e sadio, intervindo na qualidade de vida de cada pessoa dentro e fora do seu ambiente.

REFERÊNCIAS

ABREU, A.M.M.; JOMAR, R.T.; SOUZA, M.H.N.; GUIMARÃES, R.M.. Consumo nocivo de bebidas alcoólicas entre usuários de uma Unidade de Saúde da Família- RJ. Acta Paulista de Enfermagem, v.25,n.2, p.5-291, 2012.

ANDRADE, A.G; ANTHONY, J.C. e SILVEIRA, C.M. “Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconteitual”. SP: Minha Editora, 2009.

ALMEIDA, M.; GUTIERREZ, G. Políticas públicas de lazer e qualidade de vida: a contribuição do conceito de cultura para pensar as políticas de lazer. (67-84). IN:VILARTA, R. Qualidade de vida e políticas públicas: saúde lazer e atividade física. Campinas, SP: IPES EDITORIAL,2004.

ALMEIDA, M.A.B.. Inovação Tecnológica e Desenvolvimento Humano: Aspectos Importantes Para a Análise da Qualidade de Vida. IN: VILARTA, R. (ORG). Qualidade de vida e novas tecnologias. CAMPINAS, SP: IPES EDITORIAL, p. 51-58, 2007.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, Gustavo . Qualidade de Vida discussões contemporâneas. In: Roberto Vilarta; Gustavo Luis Gutierrez; Maria Inês Monteiro. (Org.). Qualidade de Vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI. 1 ed. Campinas: Ipes, 2010, v. 1, p. 151-160.

ALVES, H; KESSLER, F; RATTO,L.R.C. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.26, Mai, 2004.

ALVES, N.C.W.; DUARTE, P.P.D.; RODRIGUES, H.W.G.; JÚNIOR, M.B., ANDRADE, A.G.P. Associação da percepção de saúde em relação ao nível de atividade física e consumo de bebidas alcoólicas. E-Scientia, Belo Horizonte, v. 5, n.1, p. 54-57, 2012.

AQUINO, E.M.L.; MENEZES, G.M.S.; AMOEDO, M.B. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.26, n.3, Jun. 1992.

ASHTON CH, KAMALI F. Personality, lifestyles, alcohol and drug consumption in a sample of British medical students. Med Educ 1995; 29: 187-92.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. Resumo. NBR-6028. São Paulo, 2003.

_____. Citação de texto. NBR-10520. São Paulo, 2001.

_____. Trabalhos acadêmicos. NBR 14724. São Paulo, 2001b.

_____. Referências: elaboração. NBR-6023. São Paulo, 2000.

_____. Numeração progressiva das seções de um documento. NBR-6024. São Paulo, 1989a.

_____. Preparação da folha de rosto de livro. NBR 10524. São Paulo, 1989b.

_____. Sumário: procedimentos. NBR-6027. São Paulo, 1989c.

AUQUIER, P; SIMEONI; M.C; MENDIZABAL; H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. *Revue Prevenir* 33: 77-86, 1997.

AYRES, M.C.C.; BRANDÃO, M.S.; VIEIRA, J.G.M.; MENOR, J.C.A.S.; SILVA, H.B.; SOARES, M.J.S.; Atividade antibacteriana de plantas úteis e constituintes químicos da raiz de *Copernicia prunifera*. *Revista Brasileira de Farmacognosia*; 18(1):90-7, 2008.

BANDEIRA, Maria de Lourdes. Terras Negras: Invisibilidade Expropriadora. In: Congresso Internacional da Escravidão. Anais. São Paulo: s.n., 1998.

BARBOR, T.F.; HIGGINS-BIDDLE, J.C.; SAUNDERS, J.B.; MONTEIRO, M.G. AUDIT. The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care. PAHO, 1992.

BABOR T, HIGGINS-BIDDLE JC. Intervenções breves: para o uso de risco e nocivo de álcool – manual para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: PAI-PAD; 2003

BABOR, T.H.; HIGGINS-BIDDLE JC.; SAUNDERS, J.B.; MONTEIRO, M.G. AUDIT. Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool: roteiro para uso em atenção primária. Ribeirão Preto, SP: PAI-PAD; 2008.

BABOR, et al. Geneva, Switzerland: World Health, 2011.

BASTOS, F.I.; BERTONI, N.; HACKER, M.A.; Grupo de Estudos em população, sexualidade e Aids. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.42, suplemento 1, Jun 2008.

BASTOS, C.M.B.C. Conflitos Ambientais em área de Ressaca: um estudo de comunidade negra da Lagoa dos Índios em Macapá/AP. 2006. p.188 (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

BELEZA, C.M.F.. Avaliação da Qualidade de Vida de Idosos na Atenção Básica. 2014. 98p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí. Piauí, 2014.

BERTOLETE, J.M. Problemas relacionados ao consumo de álcool em S.P.Ramos(org.), Alcoolismo hoje.3ª Ed.p.131-138.Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BETTI, M. Esporte e sociologia. In: TAMBUCCI, Pascoal. Luiz; OLIVEIRA, José Guilmar Mariz de; SOBRINHO, José Coelho. Esporte e Jornalismo. São Paulo: CEPEUSP, 1997, p.39-49.

BORINI, P; SOI, E.A.; RUBIRA, K.P.; ISHIKAWA, R.H.; JUNIOR, A.F. Alcoolismo feminino: características demográficas, sociais e epidemiológicas de pacientes de baixa renda internadas em hospital psiquiátrico. Jornal brasileiro de psiquiatria, v..49, n.1/2, p.13-9, jan.-fev. 2000.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional Antidrogas.I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Brasília : 2007. 76p.

BRASIL, SENAD: Secretaria Nacional Antidrogas. Relatório Brasileiro sobre drogas. Impacto do uso de drogas na população brasileira. Brasília: 2009.

BRITO, Cecília M. C. Índios das “Corporações”: trabalho compulsório no Grão-Pará no SéculoXVIII. In: ACEVEDO MARIN, R. E. A Escrita da História Paraense. Belém: Universidade Federal do Pará, 1998.

BROUGH, P.; PEARS, J. Evaluating the influence of the type of social support on job satisfaction and work related psychological well-being. International Journal of Organisational Behaviour, v. 8, n. 2, p. 472-485, 2004.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, v.5, n.1, p.163-77, 2000.

CABRAL, L.R.. Alcoolismo Juvenil. Escola superior de enfermagem de Viseu - 30 anos. p.172-188, s/d.

CAMPOS, E.A. As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.5, Set/Out 2004.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R.; organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público São Paulo: Editora Hucitec. p.66-299,1997.

CAMPOS, M.O.; NETO, J.F.R. Qualidade de vida: Um instrumento para promoção de saúde. Revista Baiana de Saúde Pública, v.32, n.2, p.232-40, 2008.

CAMPOS, V. Introdução ao Delineamento Experimental. Centro de desenvolvimento tecnológico. Universidade Federal de Pelotas. 2010. Disponível em: <http://www2.ufpel.edu.br/biotecnologia/gbiotec>.

CAHALAN, D.; CISIN, I.H.; CROSSLEY, H.M. American Drinking Practices. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies, 1969.

CAPISTRANO, F.C.; FERREIRA, A.C.Z; SILVA, T.L; KALINKE, L.P; MAFTUM, M.A. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. Escola Anna Nery, v.17 n.2 Rio de Janeiro Abr./Jun. 2013.

CARVALHO, F.N. Hábitos Alcoólicos dos Estudantes do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade da Beira Interior. Tese (Dissertação). Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade da Beira Interior. Covilhã, Jan., 2010.

CASTRO, D.F.A.; FRACOLLI, L.A. Qualidade de vida e promoção da saúde: em foco as gestantes. O Mundo da Saúde, São Paulo, v.37, n.2, p.159-165, 2013.
CASTRO, M. G. et al. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 34, n. 2, p. 61-67, 2007.

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, CEBRID, Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), 2005.

CERVO, A.L; BERVIAN, P.A. Metodologia científica. 5 ed. São Paulo:Prentice Hall, 2002

CONCEIÇÃO, M.R.; COSTA, M.S.; ALMEIDA, M.I; SOUZA, A.M.A.; CAVALCANTE, M.B.P.T.; ALVES, M.D.S. Qualidade de vida do enfermeiro no trabalho docente: estudo com o Whoqol-bref. Escola Anna Nery, v.16 n.2, Rio de Janeiro. 2012.

CORTE-REAL, N.; BALANGUER, I.; DIAS, D.; CORREDEIRA, R.;FONSECA A.M. Percepção e comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes portugueses – Uma análise em função do sexo e da idade. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v.21, n.3, p.209-18, 2008.

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

COSTA, S. S. et al. Indicadores epidemiológicos aplicáveis a estudos sobre a associação entre saneamento e saúde de base municipal. Engenharia Sanitária e Ambiental, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p.119-127, 2005.

CRONBACH, L. J.; GLEESER, G. C.; NANDA, H.; RAJARATNAM, N. The dependability of behavioral measurements: Theory for generalizability of scores and profiles. New York: John Wiley. 1972.

CUNHA, S.M.; CARVALHO, J.C.N.; KOLOLING, N.M.; DA SILVA, C.R.; KRISTENSEN, C.H. Habilidades sociais em alcoolista: um estudo exploratório. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, v.3, p.28-41, 2007.

DAEPPEM JB, KRIEG MA, BURNAND B, YERSIN B. Mos-SF-36 in evaluating health-related quality of life in alcohol-dependent patients. Am J Drug Alcohol Abuse, v.24, v.4, p.94-685, Nov.1998.

DELLAROZA, M. S. G.; PIMENTA, C. A. M.; MATSUO, T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1151-1160, maio, 2007.

DUARTE,M.;FREITAS, S.M.S Revisão sobre posturografia baseada em plataforma de força para avaliação do equilíbrio. Revista Brasileira de Fisioterapia, v.14,n.3, p.92-183, 2010.

EURICH, R.B.; KLUTHCOVSKY, A.C.G.C. Avaliação da qualidade de vida de acadêmicos de graduação em Enfermagem do primeiro e quarto anos: influência das variáveis sociodemográficas. Revista Psiquiátrica. Rio Grande do Sul, 2008.

FERREIRA, F.M.; HAAS, V.J.; PEDROSA, L.A.K. Qualidade de vida de adolescentes após a maternidade. Acta paulista de Enfermagem. São Paulo, v.26, n.3 2013.

FERRAZ, M.B.; CICONELLI, R.M. Avaliação da Qualidade de vida. In: LEVY, FERRAZ,J.A.; OLIVEIRA, A.S.B Reabilitação em doenças neurológicas-guia terapêutico prático. São Paulo: Atheneu, p.231-237, 2003.

FICHTER, J. H., Sociologia. Editora Herder, 1969.

FLECK, M.P.A.et al; Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (NHOQD-100). Revista Brasileira de Psiquiatria.v.21.p.19-28, 1999.

FLECK, M.P. et al;; Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF. Revista de Saúde Pública; 34: 6-350,2000.

FONSECA, I.S.S. MOURA, S.B. Apoio social, saúde e trabalho? Uma breve revisão. Psicologia para América Latina, n.15, s.v, Dez.2008.

FORATTINI, O.P. Qualidade de vida. In:_____.Ecologia, epidemiologia e sociedade. São Paulo: Artes Médicas. P.353-365, 1992.

FOSTER, J.H; PETERS T.J.; MARSHALL, E.L. Quality of life measures and outcome in Alcohol- dependet men and women. Alcohol 2000, 22:45-52.

FREIRE, C.A.; MASSOLE, S.E. A assistência de enfermagem às pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Centro Universitário Claretiano, Batatais (SP), 2000.

GALASSI, A. D., ALVARENGA, P. G., ANDRADE, A. G., & COUTTOLLENC, B.F. Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.35, (Supl. 1), p.25-30, 2008.

GALDURÓZ, J.C e CAETANO, R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*.v.26(supl I), 2004

GALDURÓZ, J.C.F. et al. V levantamento sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio nas 27 capitais brasileiras. Brasília: SENAD, 2005.

GESSNER, C.L.S. Qualidade de vida das equipes de saúde da família do município de Timbó-SC. 2006. Tese [dissertação]. Universidade Vale do Itajaí, Itajaí (SC), 2006.

GONÇALVES, Aguinaldo. Em busca do diálogo do controle social sobre o estilo de vida. In: VILARTA, Roberto (org.) e políticas públicas: saúde, lazer e atividade física. Campinas, IPES, 2004, p. 17-26.

GONÇALVES, Aguinaldo; VILARTA, Roberto Qualidade de Vida: identidades e indicadores. In: GONÇALVES, Aguinaldo e VILARTA, Roberto (orgs.). Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e práticas. Barueri: Manole, 2004, p.03-25.

GORDIA, A. P.; QUADROS, T. M. B.; VILELA JUNIOR, G. B.; CAMPOS, W.; QUADROS JUNIOR, P. K.; PASSONI, J.; SANTOS, I. C.; CIESLAK, F. Qualidade de vida de soldados do exército brasileiro e estudantes universitários. *Revista Científica JOPEF*, v.1 n.5 p. 5-10, 2006.

GORDIA, A.P.; QUADROS, T.M.B.; CAMPOS, W. Variáveis sociodemográficas como determinantes do domínio meio ambiente da qualidade de vida de adolescentes. *Ciências e saúde coletiva*, vol.14 no.6 Rio de Janeiro. 2009.

GORDIA, A.P.; QUADROS, T.M.B de; VILELA JÚNIOR, G.B.; SOUZA, E.A. de; CABRAL, C.; MORAIS, T.B. de; CAMPOS, W. Comparação da Qualidade de Vida de mulheres idosas praticantes e não praticantes de exercício físico. *Lecturas Educación Física y Deportes*, v.106, p.1-8, 2000.

GIANCHELLO. A.L. Health outcomes research in Hispaniccs Latinos. *J. Med. Systems*21(5):p. 54-235, 1996. Apud MINAYO, M.C.X.; HARTZ, Z.M.A.;BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva* 5(1):p.7-18; 2005.

GILL, A.C. Como Elaborar Projeto de Pesquisa. Ed. Atlas, 4ª edição. São Paulo, 2002.

GILL, T.M.; FEINSTEIN, A.R. A critical appraisal of the quality of life measurements. *JAMA*. V 272, n.8, p.619-626, 1994.

GUIMARÃES, J.M.X; VASCONCELOS, E.E.; CUNHA, R.S.C.; MELO, R.D.; PINTO, L.F. Estudo epidemiológico da violência por arma branca no município de Porto Grande, Amapá. *Ciência e saúde coletiva*, v.10, n.2, p. 441-451, 2005.

HELLer-1998 e 2005 saneamento e esgoto

HERNANI, C.. Ambiente de trabalho e qualidade de vida dos trabalhadores da construção civil de uma construtora de Goiânia. Goiânia: Valinote, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2000 e 2010. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2002 a 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009 : análise do consumo alimentar pessoal no Brasil / IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. IBGE, Rio de Janeiro :, p.150. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção da População do Brasil: 1980-2050. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/default.shtm>. Acesso em: 7/11/2013.

JACOBSON J.L et al. Effects of pre natal alcohol exposure on attention and working memory at 7.5 years of age. *Alcohol Clin Exp. Res* 2005; 29(3):443-52.

JOHANSSON, S., SUNDQUIST, J. Change in lifestyle factors and their influence on health status and all-cause mortality. *International Journal Epidemiol*, v.28, p.80-173, 1999.

JORGE, M. R.; MANSUR, J.. Questionários padronizados para Avaliação do grau de Severidade da Síndrome de Dependência do Álcool. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.5, n.35, p.287-292, 1986.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, J.B. GREBB, J.A. Transtornos relacionados a substâncias. In: _____. *Compêndio de Psiquiatria-Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 369-438, 1997.

KILSZTAJN, SAMUEL. Programa de Saúde da Família. *Revista da Associação Médica Brasileira*. [online], vol 47. P.285-286, 2001

KUNTSCHKE, E.; GMEL, G. Changes in Adolescents' Reasons for Drinking in Switzerland and Associations with Alcohol Use from 1994 to 2002. *Journal of Adolescent Health*, v. 39 p. 705-711, 2006.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C. e TAKAYANAGUI, M.M. Qualidade de vida – Aspectos conceituais. *Revista Salus-Guarapuava*. v.1. jan/jun. p. 13-15, 2007.

LARANJEIRA, R. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília : Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. 76p.

LEITE A.C.B; GRILLO L.P, CALEFFI F, MARIATH A.B, STUKER. H. Qualidade de vida e condições de saúde de acadêmicos de nutrição. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 13, n. 1, p. 82-90, dez. 2011

LEVIN, J. Estatística aplicada a ciências humanas. Tradução e adaptação Sérgio Francisco Costa, São Paulo: Harbra, Harper e Row do Brasil, p.392, 1985.

LEVINE, D. M. / BERENSON, M. L. / STEPHAN, David. Estatística: Teoria e Aplicações usando Microsoft Excel em Português. Rio de Janeiro: LTC, 2000.

LIMA,A.F.B.S.Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool. 2002. Tese, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

LOWENFELS, A.B. Epidemiologic studies of alcohol-related disease in the 20th century. Journal of Epidemiology and Biostatics, v.5,n.1, p.61-66, 2000.

I LEVANTAMENTO DOMICILIAR SOBRE O USO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS NO BRASIL: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país.CEBRID (Centro Brasileiro investigação de álcool e drogas).Departamento de psicologia-UNIFESP, 2001.

II LEVANTAMENTO DOMICILIAR SOBRE O USO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS NO BRASIL.CEBRID (Centro Brasileiro investigação de álcool e drogas).Departamento de psicologia-UNIFESP, 2005.

I LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE OS PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL NA POPULAÇÃO BRASILEIRA. OBID, Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Acesso em: ago. 2013.

MAGNABOSCO, M.B.; FORMIGONI, M.L.O.S., RONZANI, T.M. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária a Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). Revista Brasileira de Epidemiologia, v.10, n.4,.p.47-637, 2007.

MARIA EVANGELISTA MARTINS M.E.; RIBEIRO, L.C.; BARACHO, R.A.; FEITAL, T.J.; RIBEIRO, M.S. Qualidade de vida e consumo de alcoólicos em hepatopatas do sexo masculino. Revista de psiquiatria clínica. 2002.

MARSHALL, E.J.;FOSTER, J.H.; PETERS, T.J. Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women. Alcohol. V.22, p.45-52, 2000.

MARTINS M. E. Qualidade de vida e consumo de alcoólicos em hepatopatas do sexo masculino. Revista de Psiquiatria clínica. Juiz de Fora, MG, 2011.

MASCARENHAS, C.H.M. Fatores associados à qualidade de vida de agentes comunitários de saúde do município de jequié-BA. *Revista de Saúde Pública* 2011.

MASUR, J.; MONTEIRO, M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian Psychiatry inpatient hospital setting. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 16: 8-215, 1983.

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

MENEZES, C. A qualidade de vida de dependentes de álcool. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2006.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. Saúde em Debate, n.108. São Paulo: Hucitec, p.113-150, 1997.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cadernos de Saúde Pública*, v.14, n.1, p.35-42.1998.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MIRANDA, C.T.; MARI, J.J.; RICCIARDI, A.; ARRUDA, M.E. Patient Reactions to the CIDI in Brazil, In: STEFANIS, C.N. *et al*; (eds) *Psychiatry: a World Perspective*, vol I, Elsevier Science Publishers B.V, 1990.

NAHAS, M.V.; *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugetões para um estilo de vida ativo*. Ed. Londrina: Midiograf, 2003.

NERY, M.J.G. Codependência(2) disponível em psiqueweb, internet [www. Psiqueweb. Med.br](http://www.Psiqueweb.Med.br), 2013. Nery Filho A, Valério ALR (Org.). *Módulo de capacitação dos profissionais do Projeto Consultório de Rua*. Brasília; 2010.

NEVES, A.M.L.S; MUYLAERT, E.; LOUREIRO, M.A.C.; CHEDIAN, O.L.D, ARAÚJO, F.A. Tratamento do alcoolismo, resultados de uma experiência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.39, n.3, p.113-117, 1990.

NEVES, E.A.S.; SEGATTO, M.L. Drogas licitas e ilícitas: uma temática contemporânea. Faculdade Católica de Uberlândia. *Revista da Católica*, v.3,n.5, 2005.

NIQUERITO, A.V. Avaliação da sintomatologia do estresse, níveis de resiliência e qualidade de vida dos trabalhadores da área da enfermagem da rede pública de

saúde do município de Bauru/SP. 2009. Tese (Dissertação).Universidade do Sagrado Coração. Baurú, 2009.

NÓBREGA, M.P.S.S.S;OLIVEIRA, E.M. Mulheres usuárias de álcool: uma análise qualitativa. Revista de Saúde Pública, 2005.

NUNES, M.F.; FREIRE, M.C.; LELES, C.R. Quality of life of public health service dental hygienists in Goiania, Brazil. Int J Dent Hyg, v.24, p.6-19, 2008.

OLIVEIRA, E.M.; NÓBREGA, M.P.S.S.S. Mulheres usuárias de álcool: uma análise qualitativa. Revista de Saúde Pública, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). 1ª Conferência Pan-Americana de Políticas Públicas para o Álcool. OPAS, 2006 .

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Enfoque de habilidades para a vida para um desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes. Washington, OPS, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra: OMS; 1998.

PAIM, J.S.. "La Salud Colectiva y los Desafios de la práctica". In: Organización Panamericana de la Salud (org.). La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el Debate. Washington. D.C. O.P.S.; p.540,1992

PAIVA, F. S.; RODRIGUES, M. C. Habilidades de vida: uma estratégia preventiva ao consumo de substâncias psicoativas no contexto educativo. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2008.

PASCHOA, S.; ZANEI, S.S.V.; WHITAKER, I.Y.. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. Acta Paulista de Enfermagem, v.20, n.3, São Paulo Jul/Set. 2007.

PASSARELI, P.M.; SILVA, J.A. Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. Estudo de Psicologia, Campinas, v.24, n.4, Out./Dez., 2007.

PATEL,V.; KLEINMAN,A. A Pobreza e transtorno mentais comuns em países em desenvolvimento. Boletim da Organização Mundial da Saúde, v.81, n.8, p.606-615, 2003.

PAYÁ, R.; FIGLIE, N.B.; TURISCO, J.L.; RONALDO, L. Como é a qualidade de vida dos dependentes de álcool. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v.51, n.1, p.39-45, 2002.

PECHANISKY, F; CLAUDIA MACIEL SZOBOT, C.M; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores

etiopatogênicos. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.26, suppl.1, May, 2004.

PENTEADO, R. Z.; PEREIRA, I. M. T. B. Qualidade de vida e saúde vocal de professores. Revista de Saúde Pública, v. 41, n. 2, p. 236-243, 2007.

PEREIRA, R.J.; COTTA, R.M.M; FRANCESCHINI, S.C.C.; RIBEIRO, R.C.L.; SAMPAIO, R.F.; PRIORE, S.E. ET AL. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Revista de psiquiatria, Rio Grande do Sul, v.28, p.27-38, 2006.

PETERS, R. H., GREENBAUM, P. E., STEINBERG, M. L., CARTER, C. R., ORTIZ, M. M., FRY, B. C., & VALLE, S. K. Effectiveness of screening instruments in detecting substance use disorders among prisoners. Journal of Substance Abuse Treatment, 18(4),349-58, 2000.

PINSKY, I; LARANJEIRA, R. Alcohol consumption in Brazil: recent public health aspects. The Globe Issue. London, 2003. ISSN 1460-9142.

PINEDA, E. de ALVARADO y de CANALES. Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo de la salud. (2a-ed).1994.

PIRES, R.O.M; WEBSTER, C.M.C. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. Cad. Saúde Pública vol.27 no.3 Rio de Janeiro Mar. 201.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; Brasília: SENAD, 2009, 364 p.

RAISTRICK, D.; DAVIDSON, D.G. Development of a Questionnaire to Measure Alcohol Dependence. British Journal of Addiction, v.78, p.89-95,1983.

REHM, J. et al.; Carga global de doenças, injúrias e custos econômicos atribuíveis ao consumo de álcool e transtornos relacionados ao uso de álcool. Revista Lancet. v.373: 2223-33; 2009.

REHM, J. Re: Alcohol intake assessment: The sober facts. American Journal of Epidemiology 151: 436-438, 2000.

REHM, J. et al; Carga global de doenças, injúrias e custos econômicos atribuíveis ao consumo de álcool e transtornos relacionados ao uso de álcool. Revista Lancet, v. 373: 2223-33, 2009.

RIBEIRO P.C.P. Características biológicas, sociais, demográficas e hábitos de vida de adolescentes em Belo Horizonte: ao primeiro atendimento por equipe interdisciplinar. Tese, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2004.

ROUQUAYROL, M.Z e FILHO, N.A. Epidemiologia e saúde. 6ed.Rio de Janeiro:MEDSI, 2003.

ROSEN, G. A Evolução da Medicina Social. In: Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983.

SALLES, E. P. Qualidade de vida do auxiliar e técnico de enfermagem em UTIs. 2005. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005.

SARMENTO, A.S.L.; SCHOEN-FERREIRA, T.H., MEDEIROS, E.H.; CINTRA, I.P. Avaliação dos sintomas emocionais e comportamentais em adolescentes obesos. Revista, Estudos e Pesquisas em Psicologia, v.10, n.3, 2010.

SEGOVIA J, BARTLETT RF, EDWARDS AC. The association between self-assessed health status and individual health practices. Can J Public Health, v.80, s.n, p. 7-32, 1989.

SEGOVIA, J.; BARTLETT, R.F.; EDWARDS, A.C. The association between self-assessed health status and individual health practices. Can J Public Health, v.80, s.n, p.32-7, 1989.

SEGATTO, M. L.; PINSKY, I.; LARANJEIRA, R.; REZENDE, F.F.; VILELA, T.R. Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados na emergência: perspectivas e desafios. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(8): p.1753-1762, ago, 2007.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Caderno de Saúde Pública, v.20, n.2, p.8-580, 2004.

SHIMIZU, H.E.; DYTZ, J.L.; LIMA, M.G.; MOURA, A.S. Enfocando o desempenho do auxiliar de enfermagem do Programa de Saúde da Família. Revista Latino-americana Enfermagem, v.12, n.5, p.713-720, 2004.

SHOOSHTARI, S. E SHIELDS, M. Determinants of Self-Perceived Health. Health Reports Canada, v.13, n.1, p.35-51, 2001.

SILVA, É.C; HELENO, M.G.V. Qualidade de Vida e Bem-Estar Subjetivo de Estudantes Universitários. Revista Psicologia e Saúde, v.4, n.1, p.69-79, jan. - jun. 2012.

SILVA, J.A.N. Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos, uma Comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, v.16, n.2, p.111-124, 2007.

SIMÃO, M.O. et al . Mulheres e homens alcoolistas: um estudo comparativo de fatores sociais, familiares e de evolução.Rev. Bras. Psiquiatria, São Paulo, v. 24, n. 3, 2002.

SKINNER, H.A. Computerized Lifestyle Assessment. Multi-Health Systems: Toronto, 1984.

SKINNER, H. A.; ALLEN, B. Alcohol Dependence Syndrome: Measurement and Validation. *Journal of Abnormal Psychology* 91: p.199-209, 1982.

SOUZA, D.P,O; ARECO, K,N; FILHO, D.X. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.39, n.4, Ago, 2005.

SOUZA, E.A.; MORAIS, T.B.; QUADROS, T.M.B.; GORDIA, A.P. CAMPOS, W.; CABRAL,C.; QUADROS,P.F.B.; VILELLA JÚNIOR,G.B. Análise da Qualidade de vida de militares do corpo de bombeiros da cidade de Fortaleza, Ceará. *Revista de Educação Física V*, v.18, p. 243-246, 2007.

TAVARES, BF, BÉRIA, JU, & LIMA, MS. Fatores Associados ao uso de Drogas Entre adolescentes Escolares. *Revista de Saúde Pública*, v.38, s.n, p. 787-796, 2004.

TEIXEIRA, J. C.; HELLER, L. Fatores ambientais associados à diarreia infantil em áreas de assentamento subnormal em Juiz de Fora, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v.5, n.4, p. 449-455, 2005.

THE FIRST PAN AMERICAN CONFERENCE ou Alcohol Public Policies and it significance for the region – Editorial, *Addiction*, 101.p.765-767, 2006.

THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESEMENT: position paper from the health organization, *Soc Sci Med*; 41: p.9-1403, 1995.

THOME B, DYKES AK, HALLBERG IR. Qualidade de vida em idosos com e sem câncer. *Revista Qualidade de vida*, v.13, n.6, p.80-167, 2004.

TRINDADE, I.; CORREIA, R. Adolescentes e álcool. Estudo do comportamento de consumo de álcool na adolescência. *Aná. Psicológica* v.17 n.3 Lisboa set. 1999.

TRIOLA, M. F. Introdução à estatística. Rio de Janeiro: JC, p.410.1999.

VAGETTI, G.C.; FILHO, V.C.B.; MOREIRA, N.B.; OLIVEIRA, V.; CAMPOS, O.M.W.C. Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosas de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro v.29, n.5, Mai, 2013.

VARGAS, C.R.M; Semelhanças na vida de mulheres em situação de abuso ou dependência de álcool. 2002.154p. Tese (dissertação). Universidade de Brasília. Brasília, 2002.

VALINOTE, H.C; Qualidade de vida de trabalhadores da construção civil. 2011. 95p.Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2011.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W.S. Metodologia científica para a área de saúde. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

ZANNON, C.M.L.C.; SEIDL, E.M.F. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (2): p.580-588, mar/abr, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Declaração de Sundsvall, pp. 31-40. In. Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION .WHOQOL User Manual. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. , 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Solicitação de Autorização

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO – PROGRAD
SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Macapá, ____ de Dezembro de 2012.

Á

Coordenação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde- PMM.

NESTA,

Solicitamos a V. S^a autorização para realizarmos a coleta de dados sociodemográficos, de consumo de álcool e das características da qualidade de vida das pessoas que consomem álcool, cadastrados na Equipe EACS 048 Município de Macapá/AP. Este trabalho tem como finalidade obter dados para a realização da Dissertação para obtenção de Título de Mestre do Programa de Pós- Graduação Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá, na área de concentração Epidemiologia e saúde pública, que tem como tema Qualidade de vida: o consumo de álcool entre pessoas que são assistidas por uma equipe de Agentes Comunitários de Saúde, o qual será desenvolvido pela mestrandia Veronica Batista Cambraia Favacho sob orientação da Prof^a. Dr^a Anneli Mercedes Cárdenas.

A referida coleta de dados será efetuada mediante a aplicação de questionários as pessoas que participam da referida Estratégia e que se classificam de acordo com os critérios de seleção do trabalho. Informamos que será assegurado o sigilo no que concerne à identidade dos participantes do estudo e os dados coletados serão utilizados para fins científicos como: Dissertação para obtenção de Título de Mestre, elaboração de artigos para publicação, apresentação em congressos e outros.

Diante deste documento assumimos o compromisso de disponibilizar os resultados oriundos deste estudo à Coordenação na pessoa do Coordenador, bem como disponibilizá-los a quem possa interessar a referida temática no campo científico.

Sem mais para o momento colocamo-nos a disposição para qualquer esclarecimento referente ao estudo ora proposto.

Atenciosamente,

Mestrandia Veronica Batista Cambraia Favacho

Prof^a Dr^a Anneli Mercedes Cárdenas

Dados dos Pesquisadores:

Prof^a Dr^a Anneli Mercedes Cárdenas.
Mestrandia Veronica Batista Cambraia Favacho

Fone: (096) 8112-1834
Fone: (096) 9112-8066

APÊNDICE B: Instrumento de Coleta de Dados

Universidade Federal do Amapá

Instrumento de Coleta de Dados de Dissertação para obtenção de Título de Mestre sobre
QV nas pessoas que consomem álcool.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
Qual a sua idade? _____
Qual o seu estado civil: ☐ Solteiro (a) ☐ Casado (a) ☐ União estável ☐ Viúvo (a)
Escolaridade: ☐ Não alfabetizado ☐ 2º grau completo ☐ 3º grau incompleto ☐ 1º grau completo ☐ 2º grau incompleto ☐ 3º grau completo ☐ 1º grau incompleto
Qual a sua situação trabalhista: ☐ Trabalha no mercado formal ☐ Aposentado ☐ Desempregado ☐ Trabalha no mercado informal ☐ Do lar
Qual a sua renda familiar: ☐ < 1 salário mínimo ☐ 4 a 6 salários mínimos ☐ 1 a 3 salários mínimos ☐ > 7 salários mínimos
Hábitos de vida: Ingere bebidas alcoólicas ☐ Sim ☐ Não Com que idade começou a beber? _____

APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ (UNIFAP)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Através deste termo solicitamos a sua autorização para participar da pesquisa **intitulada**: “Qualidade de vida e consumo de álcool entre os moradores da Comunidade Lagoa dos Índios-AP”, que tem como **objetivo geral**: avaliar a Qualidade de vida na Comunidade Lagoa dos Índios e o consumo de álcool, numa amostra de 169 pessoas, de 18 a 59 anos. A pesquisa consistirá num estudo do tipo descritivo exploratório, com delineamento transversal e abordagem quantitativa. Este estudo realizar-se-á no período de novembro de 2012 a julho de 2013. A coleta de dados ocorrerá da seguinte forma: a aplicação dos questionários será nos domicílios de cada participante, mediante leitura, explanação e assinatura do TCLE. Vale ressaltar, que somente prosseguia-se com a entrevista quando o entrevistado responder afirmativamente a penúltima questão do questionário sociodemográfico, que refere-se ao consumo ou não de bebida alcóolica.

As informações serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, a privacidade será assegurada uma vez que o nome de seu (sua) será substituído de forma aleatória.

Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. A participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento o Sr(a) poderá **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

A sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevistas e/ou em grupos focais.

O Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. **Haverá riscos** de relacionada a sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de participar de um estudo que mostrará a realidade dessa Comunidade e oferecerá argumentos e métodos para melhorar os resultados que não forem satisfatórios para a Comunidade em estudo.

O Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Nome do Orientador
 Dr^a Anneli Mercedes Célis de Cárdenas
 Universidade Federal do Amapá/UNIFAP
 Cel: (96)8112-1824
 e-mail: celismontoya@gmail.com

Nome da Orientanda
 Veronica Batista Cambraia Favacho
 Universidade Federal do Amapá/UNIFAP
 Cel: (96)9112-8066
 email: vc.favacho@bol.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá
 Rodovia JK, s/n – Bairro Marco Zero do Equador - Macapá/AP
 Fones (96) 4009-2804/2805

Macapá-Ap, ____ de _____ de 2013.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em autorizar a participação do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito _____ da _____ Pesquisa:

(Assinatura)

ANEXOS

ANEXO A: Instrumento de Coleta de Dados AUDIT

[Escreva o número que melhor corresponde à sua situação.]

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semanas

4 = quatro ou mais vezes por semana

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

0 = uma ou duas

1 = três ou quatro

2 = cinco ou seis

3 = de sete a nove

4 = dez ou mais

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

0 = nunca

1 = menos de um vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

0 = nunca

1 = menos de um vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

0 = nunca

1 = menos de um vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

0 = nunca

1 = menos de um vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

0 = nunca

1 = menos de um vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

0 = nunca

1 = menos de um vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

0 = não

1 = sim, mas não nos últimos 12 meses

2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

0 = não

1 = sim, mas não nos últimos 12 meses

2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

ANEXO B: Instrumento de Coleta de Dados WHOQOL- bref**INSTRUÇÕES**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS À QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-BREF)					
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1. Como você avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2. Qual satisfeito você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

	Nada	Muito Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o	1	2	3	4	5

que você precisa?					
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5. O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa	1	2	3	4	5

no seu dia-a-dia?					
14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5

21. Quanto satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22. Quanto satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23. Quanto satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24. Quanto satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25. Quanto satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

	Nunca	Algumas Veze	Frequente mente	Muito Frequentemente	Sempre
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO