

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARCELO ABRÃO REZENDE

**ABORDAGEM AO USUÁRIO CRÔNICO DE ÁLCOOL PELA EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA RIO NEGRO DE ANDRADAS – MG**

ANDRADAS / MG
2015

MARCELO ABRÃO REZENDE

**ABORDAGEM AO USUÁRIO CRÔNICO DE ÁLCOOL PELA EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA RIO NEGRO DE ANDRADAS – MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Vanessa Lara de Araújo

ANDRADAS / MG
2015

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho especialmente ao meu pai, Marcos e a minha mãe, Marta.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram e me apoiaram desde os meus primeiros passos e me deram e dão forças para superar os desafios que a vida nos proporciona.

“Nunca é alto o preço a pagar pelo privilégio de pertencer a si mesmo...”

Friedrich Nietzsche

RESUMO

Nos últimos anos, o consumo de drogas tem aumentado no Brasil e os danos decorrentes da dependência das mesmas comprometem a saúde, o arranjo familiar e social do consumidor. O objetivo geral deste estudo foi elaborar um projeto de intervenção visando à redução do consumo de álcool pela população atendida pela equipe de saúde da família Rio Negro, no município de Andradadas-MG. O presente trabalho baseou-se no diagnóstico situacional. Após análise dos dados cadastrados no Sistema da Atenção Básica e observação ativa da área de abrangência, o abuso de álcool foi eleito problema prioritário. Foi elaborado um plano de ação utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional. Além disso, foi feita uma revisão bibliográfica e foram utilizadas produções científicas do período de 2004 a 2014, obtidas através da Biblioteca Virtual em Saúde, do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, da Literatura Internacional em Ciências da Saúde, do *Scientific Electronic Library Online*, do Programa AGORA do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva e das propostas de Campos, Faria e Santos. Foram utilizados os seguintes descritores: alcoolismo, redução do dano e saúde da família. É importante destacar que ações que visem a prevenção e a redução do uso de drogas são importantes para promoção de saúde na comunidade. A abordagem pela saúde da família é fundamental, uma vez que o conhecimento do território e o vínculo criado entre esses profissionais e a comunidade contribuem para um cuidado efetivo.

Palavras-chave: Alcoolismo , Redução do Dano, Saúde da Família.

ABSTRACT

In recent years, drug use has increased in Brazil and the damage arising from the dependence of the same endanger the health, family and social arrangement of the consumer. The aim of this study was to develop an intervention project aimed at reducing alcohol consumption by the population served by the health team of Rio Negro family in the city of Andradas, MG, Brazil. This study was based on the situational diagnosis. After analyzing the data registered in the Basic System of Care and active observation of the coverage area, the abuse of alcohol was elected priority problem. An action plan using the method of Situational Strategic Planning has been prepared. Moreover, a literature review of the scientific papers produced between 2004 and 2014 was done through the search in the Virtual Health Library, the Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information, the International Literature on Health Sciences, the Scientific Electronic Library Online and Program *AGORA* from Education Center for Public Health and the proposals of Campos, Santos and Faria. The following keywords were used: alcohol abuse, harm reduction and family health. It is important to highlight that actions aimed at preventing and reducing drug use are important for health promotion in the community. The approach for the health of the family is fundamental, since the knowledge of the territory and the bond created between these professionals and the community contributes to effective care.

Keywords: Alcoholism, Family Health, Harm Reduction.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CAPS-AD** - Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras drogas
- CEBRID** – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
- DST/AIDS** – Doenças sexualmente transmissíveis/ Síndrome da imunodeficiência adquirida
- DM** – Diabetes Mellitus
- ESF** – Equipe de Saúde da Família
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH** – Índice de Desenvolvimento Humano
- HAS** – Hipertensão Arterial Sistêmica
- HAN** – Hanseníase
- HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana
- LILACS** – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- NASF**– Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
- NESCON** – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
- OBID** - Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PEAD** – Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas
- PES** – Planejamento Estratégico Situacional
- PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica
- SCIELO** – A Scientific Electronic Library Online
- SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica
- SUPERA** - Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TB** – Tuberculose
- UFMG** – Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

QUADRO 1: Distribuição da população por faixa etária no município de Andradas - MG.....	14
QUADRO 2: Distribuição das principais morbidades e condições referidas no município de Andradas - MG.....	15
QUADRO 3: Cadastros de alcoólatras, com mais de 15 anos, no município de Andradas - MG.....	15
QUADRO 4: Distribuição da população da área de abrangência da ESF Rio Negro por faixa etária.....	16
QUADRO 5: Projetos propostos para solução de nós críticos.....	29
QUADRO 6: Desenho de operações relacionadas ao uso nocivo de álcool e outras drogas.....	30
QUADRO 7: Viabilidade dos projetos.....	32
QUADRO 8: Organização do Plano de Ação da ESF Rio Negro.....	33

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
	1.1 Cenário do estudo.....	12
2	JUSTIFICATIVA.....	17
3	OBJETIVOS.....	19
	3.1 Objetivo Geral.....	19
	3.2 Objetivos Específicos.....	19
4	METODOLOGIA.....	20
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	21
	5.1 Contextualização do alcoolismo.....	21
	5.2 Política antidrogas no Brasil e redução de danos.....	23
	5.3 Papel dos profissionais de saúde e da saúde da família.....	25
6	PLANO DE AÇÃO.....	27
	6.1 Identificação e priorização do problema.....	27
	6.2 Nós Críticos.....	28
	6.3 Desenho das operações e viabilidade.....	28
	6.4 Resultados esperados.....	33
	6.5 Elaboração do plano operativo.....	33
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
	REFERÊNCIAS.....	39
	ANEXO 1.....	42
	ANEXO 2.....	43

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas (OBID), o consumo de drogas ilícitas e lícitas por brasileiros tem aumentado nas últimas décadas. Os agravos oriundos da dependência comprometem a saúde, a dinâmica familiar e social do consumidor (PECHANSKY *et al.*, 2004). A abordagem da dependência química tem sido um desafio para a saúde pública, a qual atualmente segue um rumo alternativo, visando à redução de danos ao invés da extinção do uso (PASSOS e SOUZA, 2011).

A prevenção é fundamental, contudo ações que possam minimizar os impactos das drogas nas pessoas, famílias e comunidades devem ser valorizadas. De acordo com o II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, o uso de álcool entre jovens de 12 a 17 anos é de 54,3%, sendo que 7% destes são dependentes (CARLINI, 2007). Esse índice aumenta na faixa etária de 18 a 24 anos, na qual o consumo é de quase 80% e a dependência próxima dos 20% (CARLINI, 2007).

O abuso de drogas interfere na saúde e na qualidade de vida dos usuários, além de atingir toda a sociedade (PECHANSKY *et al.*, 2004). O álcool é a substância mais consumida entre os adultos jovens, com idade de início cada vez menor (PECHANSKY *et al.*, 2004). O consumo deste na adolescência está relacionado à dependência futura e comportamentos de risco, como sexo desprotegido e envolvimento em brigas (SILVA *et al.*, 2010).

O alcoolismo pode trazer consequências ainda piores, devido ao comportamento violento. Foi constatada a presença de álcool no agressor, na vítima ou em ambos em até 66% dos casos de homicídio e agressões severas e em até 50% dos casos de estupro e atentado ao pudor (SCHRAIBER *et al.*, 2006).

Além disso, evidencia-se que o álcool é uma importante porta de entrada para drogas ilícitas. Estudo do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) realizado com estudantes dos ensinos fundamental e médio mostrou que adolescentes que usavam álcool relataram já terem entrado em contato com outras drogas: 26,5% solventes, 17,3% maconha, 14,2% tabaco, 10,5% ansiolíticos, 8,1% anfetamínicos e 7,2% cocaína.

As drogas contribuem na etiologia e manutenção de vários problemas sociais, econômicos e de saúde enfrentados no Brasil devendo, portanto, serem abordadas

por todos os setores. Somado a isto, a ideologia da criminalização da dependência química, sustenta a identidade delinqüente dos usuários e corrobora com a exclusão social e distanciamento destes dos serviços de saúde e das equipes.

Devido à dimensão alcançada por esta doença, podemos considerar a compulsão pelas drogas um problema de saúde pública, especialmente para a Estratégia de Saúde da Família, uma vez que a abordagem familiar na prevenção e tratamento do vício faz-se necessária e é parte integrante da atuação desta equipe. O arranjo familiar protetor é uma das razões para o não uso de drogas por adolescentes de baixa condição socioeconômica, como evidenciou estudo de Sanchez *et al.* (2005).

Considerando a complexidade do tema dependência química, o trabalho na equipe saúde da família (ESF) Rio Negro do município de Andradas - MG possibilitou elaborar o questionamento que norteará este projeto de intervenção: Como a ESF Rio Negro pode contribuir para a redução do uso de álcool?

1.1 Cenário do estudo

O presente projeto volta-se para a problemática do consumo abusivo de álcool pela população da área de abrangência da ESF Rio Negro do município de Andradas – MG. O município de Andradas está situado na microrregião de Poços de Caldas, tem uma população de 37.270 habitantes (IBGE, 2010), sendo 75,2% urbana. Sua área territorial é de 468,7 km² e a densidade demográfica é de 75,36 hab/Km². Pelo Censo de 2010, existem 11.427 famílias e 14.130 domicílios, destes 12.212 ocupados. A cidade também é formada por dois distritos: Gramínea e Campestrinho.

Como aspectos socioeconômicos, o município apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,734; um Índice de Educação de 0,617; o valor do rendimento nominal médio mensal per capita dos domicílios particulares permanentes é do total de R\$654,00; a taxa de fecundidade é igual a 2,66; a taxa de alfabetização das pessoas com idade igual ou maior que 15 anos é de 91,5%; a proporção de domicílios particulares permanentes por tipo de saneamento é adequado em 75%, semi-adequado em 19% e inadequado em 6% (IBGE, Censo 2010).

A economia se baseia no setor terciário, isto é, de serviços (PASTRE, 2012). No setor industrial, destaca-se a produção de louça sanitária, moveleira (empresas de organização familiar que surgiram de um pequeno negócio), confecções (de malhas, vestuário masculino e feminino em tecidos diversos e moda em couro), tecnologia vegetal e laticínios (PASTRE, 2012). Na agropecuária, destaca-se o cultivo de café, que continua, há décadas, sendo o produto agrícola que mais retorna recursos financeiros para produtores e para a cidade (PASTRE, 2012). Segundo a Pesquisa Agrícola Municipal do IBGE (2006), divulgado em outubro de 2007, Andradas é o 19º maior produtor de café beneficiado do Estado (em quantidade) e está entre os 35 maiores produtores nacionais. O plantio de flores tornou-se um dos maiores expoentes da economia local (o maior produtor de Minas Gerais) pela vinda de produtores da cidade de Holambra/SP, haja vista que o clima ameno favorece o desenvolvimento de botões e hastes. A cidade é considerada a segunda maior produtora de rosas do estado (PASTRE, 2012).

No âmbito da saúde, o município de Andradas tem crescido e se fortalecido exponencialmente ao seguir as propostas do Ministério da Saúde para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, mantém 20 estabelecimentos de saúde vinculados aos SUS. Dispõe de quatro ESF que cobrem aproximadamente 60% da população municipal, um Hospital e uma Unidade Básica de Saúde tradicional.

A Estratégia de Saúde da Família foi instituída no SUS, em 1994, como prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. Essa estratégia fundamenta-se na territorialização, no acesso universal, nas relações de vínculo, na longitudinalidade do cuidado, na integralidade da assistência e na autonomia dos usuários sobre sua própria saúde (BRASIL, 2011). O Ministério da Saúde propõe uma equipe multiprofissional composta por: médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os profissionais de saúde bucal, como cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar ou técnico de saúde bucal, podem complementá-la. A ESF pode contar, também, com o Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF) que agrega outras categorias profissionais importantes à gestão compartilhada da atenção (BRASIL, 2011).

Quadro 01: Distribuição da população por faixa etária no município de Andradas - MG.

Idade	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-39	40-59	60 e +	Total
Urbana	1585	1632	2179	2161	2497	6614	7492	3857	28017
Rural	583	798	797	622	711	2386	2235	1122	2162
Total	2168	2430	2976	2782	3209	8999	9727	4979	37270

Fonte: IBGE, Censo demográfico, 2010.

O Quadro 01 apresenta dados demográficos da cidade de Andradas - MG. Observa-se que o município de Andradas apresenta 75% de população urbana. A faixa etária predominante é a de 40 a 59 anos, seguido da faixa etária de 25 a 39 anos, o que mostra que o município segue a tendência nacional de envelhecimento da população (ALVES, 2014).

Em relação às principais morbidades e condições referidas, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais frequente, seguida do diabetes mellitus (DM), dados que se assemelham ao cenário nacional. A prevalência autorelatada da HAS tem aumentado aproximadamente 0,5% ao ano (SCHMIDT *et al.*, 2010) e a do DM aumentou de 3,3% em 1998 para 5,3% em 2008 (VIACAVA, 2010). Essas condições crônicas são frequentes na atenção básica, sendo comumente concomitantes. Entretanto, devido à baixa adesão aos tratamentos, medicamentosos e não medicamentosos, adentram a atenção secundária e terciária (CARVALHO *et al.*, 2012). A descompensação clínica, além de trazer prejuízos à saúde da pessoa, gera altos custos ao SUS, sendo, portanto, um problema de saúde pública.

A ocorrência do alcoolismo na população de Andradas pode parecer pequena, pois está em quarto lugar na classificação decrescente das principais morbidades. Porém, a utilização do álcool pode interferir no tratamento das doenças crônicas, como o diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Doenças estas de grande prevalência na população deste estudo. É importante ressaltar, também, a subnotificação dos casos, tanto de DM e HAS, mas principalmente de alcoolismo.

Quadro 02: Distribuição das principais morbidades no município de Andradas - MG.

Morbidade	Alc.	Chagas	Def. física	Dist. Mental	DM	HAS	HAN	Malária	TB
População	130	9	182	-	542	1465	3	-	-

Fonte: SIAB, dezembro de 2014.

Legenda:

Alc. – Alcoolismo

Dist. Mental – Distúrbio mental

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

TB – Tuberculose

Def. física – Deficiência física

DM – Diabetes Mellitus

HAN – Hanseníase

Quadro 03: Cadastros de alcoolistas com idade superior a 15 anos no município de Andradas - MG.

Ano	2006	2011	2012	2013	2014
Quant. de cadastros	79	163	154	133	130

Fonte: SIAB.

Diante dos dados do município de Andradas - MG, é possível observar que o número de cadastros de alcoolistas maiores de 15 anos aumentou de 79 para 130 em 8 anos. Apresentou seu pico em 2011, com 163 cadastros, e uma redução nos anos de 2012, 2013 e 2014. Acredita-se que haja, ainda, subnotificação destes dados e que a quantidade de alcoolistas seja ainda maior. A deficiência nos registros merece destaque. Assim, mesmo que o alcoolismo não se apresente como a morbidade ou condição referida mais frequente em Andradas–MG, a repercussão do alcoolismo observada na comunidade favorece a suspeita de subnotificação.

A unidade na qual será desenvolvido o projeto de intervenção é a ESF Rio Negro, inaugurada em 2008. Sua área de abrangência apresenta, atualmente, 4.539 pessoas. A área apresenta em sua rede de apoio uma creche, uma escola de educação infantil e uma escola de ensino fundamental e médio. Além disso, possui uma igreja católica e duas evangélicas. A composição demográfica da população atendida pela ESF Rio Negro é apresentada no Quadro 04.

Quadro 04: Distribuição da população da área de abrangência da ESF Rio Negro por faixa etária.

Idade	1-4	5-9	10-14	15-19	20-49	50-59	>60	Total
Homem	94	155	168	188	1023	251	294	2235
Mulher	112	164	163	185	1091	249	338	2304
Total	206	319	331	373	2114	500	632	4539

Fonte: Dados coletados pelas ACS, janeiro 2015.

A ESF é composta por médico, enfermeira, 02 técnicas de enfermagem, 06 agentes comunitários de saúde e auxiliar de serviços gerais. No município, existe o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composto por psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e farmacêutico. O NASF oferece apoio às ESF complementando a assistência dada na ESF Rio Negro.

No ano de 2015, foram realizados 15 atendimentos de usuários de álcool e/ou de drogas ilícitas. O baixo número de atendimentos não reflete com precisão o cenário da dependência química, mas indica que há uma baixa procura dos usuários à ESF. Este público, segundo relatos de integrantes da equipe e de familiares, raramente era atendido por demanda agendada. Os atendimentos aconteciam por meio de visita domiciliar ou de demanda espontânea quando compareciam na unidade de saúde desacompanhados. Os familiares dos usuários procuravam, mais rotineiramente, a unidade de saúde. Na maioria das vezes com agendamento e, geralmente, com queixas de depressão ou ansiedade. Apesar de toda a equipe e comunidade saberem da dependência, poucos atribuíam seu quadro clínico à questão das drogas.

2 JUSTIFICATIVA

O diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Rio Negro foi feito por meio de reuniões com todos seus integrantes e com representantes do NASF e da comunidade local. Também foram utilizados dados sobre alcoolismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas da ficha para cadastramento das famílias (Ficha A) do Sistema de informações da Atenção Básica (SIAB) e, observação sistemática do território. Sendo assim, foi eleito o abuso do álcool como problema prioritário.

O problema situacional com o uso de drogas tem sido cada dia mais desgastante e preocupante na área da ESF Rio Negro. Vários são os fatores que contribuem para esta questão não só local, mas também em toda a cidade. O uso abusivo de drogas tem interferido até no controle de doenças crônicas e agudas.

A maior parte dos moradores da ESF Rio Negro, quase 40% do total, é composta por adultos jovens com idades entre 20 e 39 anos. A população de adultos jovens é a maior consumidora de bebida alcoólica no Brasil (SILVA *et al.*, 2010), sendo este, um facilitador para drogas ilícitas (GALDUROZ e NOTO, 2000 apud GALDUROZ e CARVALHO, 2004). A facilidade de acesso aos entorpecentes e a deficiência da segurança pública, tornam a situação do tráfico bastante complexa.

A falta de planejamento familiar e os conflitos nos arranjos familiares são outros problemas encontrados nesta comunidade, uma vez que o apoio familiar é fator de proteção para o uso de drogas (SANCHEZ *et al.*, 2005). A família é o elo que une as diversas esferas da sociedade e está implicada no desenvolvimento saudável, ou não, de seus membros. Na área de abrangência da ESF Rio Negro, muitas famílias não se consolidam de maneira perene, apresentam graves problemas sociais e relações afetivas conflituosas.

Considerando que as ações de saúde devem ser planejadas de acordo com as particularidades da área e da população assistida, e mediante diagnóstico situacional de uso abusivo de álcool na área de abrangência da unidade, foi elaborado um projeto com vistas à redução do consumo do álcool e a transformação desta comunidade em um ambiente melhor. Além disso, é importante destacar que, apesar do abuso de álcool ser considerado um problema grave por todos os profissionais de saúde e de haver grande demanda na comunidade, não há nenhum projeto em desenvolvimento para o atendimento desta população, em âmbito local ou municipal.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Elaborar um projeto de intervenção visando a redução do consumo de álcool pela população de abrangência da ESF Rio Negro do município de Andradas-MG.

3.2 Objetivos Específicos:

- Sensibilizar a população quanto aos riscos e agravos à saúde provocados pelo uso abusivo de álcool;
- Identificar os usuários de álcool na área de abrangência;
- Identificar usuários que têm interesse em abandonar ou reduzir o uso do álcool e apoiá-los neste processo;
- Apresentar formas de reduzir os agravos à saúde causados pelo uso de álcool.

5 METODOLOGIA

O presente projeto de intervenção baseia-se no Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES), instituído pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e na literatura científica disponível sobre abuso de álcool (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010). Para tanto, foi realizada uma revisão da literatura nas Bases de Dados Biblioteca Virtual em Saúde, Lilacs e Scielo utilizando o cruzamento entre os seguintes descritores em saúde: alcoolismo, redução do dano e saúde da família. O recorte temporal utilizado foi o período de 2004 a 2014.

O diagnóstico situacional da área é uma importante ferramenta para o planejamento das ações e definição de prioridades, uma vez que permite a identificação dos problemas regionais e a elaboração de estratégias para sua resolução em ordem decrescente de gravidade. Deve ser utilizado frequentemente pela ESF com o objetivo de ampliar sua efetividade (RIBEIRO *et al.*, 2008). Compreendendo que os problemas de saúde de uma determinada comunidade são dinâmicos, o diagnóstico situacional não deve, portanto, ser estático. É preciso realizá-lo periodicamente para se verificar a continuidade do problema ou não. Uma equipe que trabalha sem a evolução dos diagnósticos pode estar dispensando esforços em ações que a não trazem benefícios para a população da área.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Contextualização do alcoolismo

O alcoolismo, também conhecido como síndrome da dependência do álcool, é caracterizado pelo consumo compulsivo e crônico do etanol, reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma doença. O indivíduo dependente, em crises de abstinência, apresenta sintomas como ansiedade, tremores, náusea e suor (BRANCO, 2009).

Segundo relatório da OMS, estima-se que indivíduos com idade superior a 15 anos consumiram em torno de 6,2 litros de álcool puro em 2010. No Brasil, o consumo médio é superior à média mundial, estimado em 8,7L por pessoa (OMS, 2014). Estima-se que homens consumam 13,6L por ano, e as mulheres 4,2L por ano (OMS, 2014). Essa média sobe para 15,1L de álcool puro por pessoa, quando são considerados apenas os indivíduos que fazem uso regular de álcool (OMS, 2014). Em relação ao consumo de bebidas no mundo, as destiladas correspondem ao tipo mais consumido (50%), seguido da cerveja (35%) e de bebidas do tipo vinho (8%). Diferentemente desse cenário, nas Américas, a cerveja é o tipo mais consumido (55%), seguido dos destilados (32,6%) e do vinho (11,7%) (OMS, 2014).

Segundo a OMS, a maior parcela da população mundial é abstêmia ou não fez uso de bebidas alcoólicas no último ano, sendo que aproximadamente metade da população mundial (48%) nunca fez uso de álcool (OMS, 2014). No Brasil, cerca de 42% da população não fez uso de bebidas alcoólicas em 2010 (OMS, 2014). Entre os brasileiros que nunca beberam, as mulheres são maioria (mulheres: 30,8%; homens: 12,4%), e ainda, relataram não terem feito uso de álcool nos últimos 12 meses (OMS, 2014).

O risco para prejuízo à saúde causado pelo consumo excessivo de álcool é influenciado pela quantidade de álcool consumida e pelo padrão de consumo (OMS, 2014). O padrão de uso equivalente a 60 gramas ou mais (cerca de 5 doses* ou mais) de álcool puro em uma única ocasião ao menos uma vez no último mês, considerado como uso pesado episódico, está associado a diversos problemas agudos, como acidentes e violência. Em 2010, esse padrão foi constatado no mundo em 16% dos indivíduos que usam álcool. No Brasil, o uso pesado episódico foi constatado em 22% das pessoas que utilizam álcool, sendo 11% em mulheres e 30% em homens (OMS, 2014).

Segundo OMS 2014, o uso excessivo de álcool é responsável por 3,3 milhões de mortes por ano e é considerado um dos fatores de risco de maior impacto para a morbidade, incapacidade e mortalidade, correspondendo a uma taxa de 6% de mortalidade no mundo. Além disso, o uso do álcool foi apontado como a causa de 22% dos casos de câncer no esôfago, 22% dos casos de violência interpessoal, 23% dos casos de câncer na laringe, 25% dos casos de pancreatite e 30% dos casos de cirrose hepática. Durante ano de 2012, no Brasil, o álcool esteve associado a 63% e 60% dos índices de cirrose hepática e a 18% e 5% dos acidentes de trânsito entre homens e mulheres. Especificamente em relação aos transtornos relacionados ao uso do álcool, estima-se que 5,6% (mulheres: 3%; homens: 8%) dos brasileiros preenchem critérios para abuso ou dependência (OMS, 2014).

Noto *et al.* (2002) avaliaram os motivos de internações em hospitais e clínicas psiquiátricas, no período de 1988 a 1999 e concluíram que o álcool foi o responsável por cerca de 90% dessas internações. Nappo *et al.* (1996), em estatísticas levantadas junto ao IML de São Paulo, constataram que no período entre 1987 e 1992, 18.263 laudos cadavéricos foram positivos para a alcoolemia de um total de 120.111 laudos analisados. Um estudo realizado por Duarte e Carlini-Cotrim (2000) verificou que, em 130 casos de homicídios constatados no período de 1990 a 1995 na cidade de Curitiba, 53,6% das vítimas e 58,9% dos autores dos crimes estavam sob o efeito do etanol.

Os prejuízos para a sociedade em razão do uso de álcool são evidentes, onerando os custos no sistema de saúde, judiciário, previdenciário e redução da população economicamente ativa em decorrência de óbitos associados ao consumo do álcool (OMS, 2014). Com relação ao desenvolvimento econômico, o consumo de álcool em países mais desenvolvidos apresenta níveis mais elevados, com maiores taxas do padrão de beber pesado episódico (OMS, 2014). Em países menos desenvolvidos economicamente, as consequências do consumo nocivo de álcool tendem a ser piores, com hepatites virais, cirrose hepática, deficiências nutricionais, entre outros (OMS, 2014).

As medidas de conscientização e regulamentação adotadas por um país são determinantes no controle ao uso nocivo do álcool e seus indesejáveis desdobramentos. A meta mundial estabelecida até 2025 para a redução do consumo nocivo de álcool é de 10%, devendo ser tratada como prioridade (OMS, 2014).

5.2 Políticas antidrogas no Brasil e redução de danos

O usuário de drogas é visto na sociedade ora como uma figura perigosa, ora como um doente. Esses estigmas são fruto do duelo existente entre a criminologia e a psiquiatria. Em 1989, a cidade de Santos – SP, por ser ponto estratégico para o tráfico de drogas, foi a primeira a desenvolver estratégias de redução de danos no Brasil. A saúde municipal oferecia “Kits” individuais com seringas e agulhas para usuários de drogas injetáveis para reduzir a transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (PASSOS e SOUZA, 2011). Nesta época, o Secretário de Saúde e o coordenador do Programa de DST/AIDS sofreram ação judicial devido à adoção desta estratégia, evidenciando o confronto vivido entre forças conservadoras e totalitárias. Essa foi a primeira ação de redução de danos no Brasil e, por focar o crescimento acelerado dos casos de AIDS, se reduziu a uma única ação, a troca de seringas para usuários de drogas injetáveis (PASSOS e SOUZA, 2011).

Contudo, os usuários de drogas injetáveis foram migrando para o uso de crack, sendo então, necessários novos mecanismos para redução dos seus agravos. A descentralização de recursos financeiros da federação para os estados e municípios, em 2003, levou a diminuição dos programas de redução de danos no Brasil (ANDRADE, 2011). Apesar do retrocesso, os esforços para o combate as drogas continuaram caminhando. Houve a criação do curso SUPERA – Sistema para a detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas, destinado a profissional da saúde e da assistência social, hoje em sua quinta edição. Houve, também, a ampliação da rede CAPS-AD – Centro de atenção psicossocial em álcool e outras drogas a partir de 2002; a criação do PEAD – Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e a prevenção em álcool e outras drogas em 2009, (BRASIL, 2009) e do Plano Crack em 2010 (BRASIL, 2010).

Os embates entre justiça e saúde no que diz respeito ao uso de drogas já levou, no passado, à criminalização dos usuários e sua exclusão da sociedade (PASSOS e SOUZA, 2011). Atualmente, ainda existem correntes que defendem a extinção das drogas e da política de redução de danos. Porém, ao se atribuir ao usuário toda a responsabilidade sobre seu vício e estigmatizá-lo, se reduzem as contribuições dos profissionais para a promoção da saúde dos dependentes químicos.

A política de redução de danos caracteriza-se como uma abordagem ao fenômeno das drogas que visa minimizar danos sociais e à saúde associados ao uso de substâncias psicoativas, sem necessariamente reduzir a quantidade e a frequência do uso. Várias são as maneiras de se reduzir danos, como a entrega de kits contendo seringas e preservativos. Porém, a produção do cuidado não se dá tão somente por meio da entrega de kits, pois tal ação isolada tem caráter impessoal e por isso pode não atingir o propósito desejado (DELBON e FERREIRA, 2006).

Estudo realizado em serviços de atendimento a usuários de drogas da Prefeitura de São Paulo avaliou as intervenções com foco na distribuição de kits de redução de danos e observou aumento do acesso aos serviços e de procura por kits pelos usuários de drogas (DELBON e FERREIRA, 2006). Os autores destacaram que implantar um projeto de redução de danos é uma tarefa complexa que exige: integração com líderes comunitários, capacitação de profissionais de saúde, supervisão institucional, equipe coesa, serviço de referência disponível e apoio da gestão municipal (DELBON e FERREIRA, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) traz a autonomia como um de seus princípios (BRASIL, 2011). O usuário do SUS é responsável pela sua saúde e tem o direito de opinar sobre seu tratamento mediante conhecimento de todas as informações necessárias para sua escolha. Isto é, o indivíduo, seguindo os limites legais, tem o direito de se expor aos riscos e é corresponsável por sua condição de saúde.

Assim como o desarmamento, distribuição de preservativos, incentivo a ingestão de água em bares e casas noturnas, proibição do tabaco em ambientes fechados são consideradas ações promotoras de saúde, a política de redução de danos também tem se mostrado uma alternativa promissora para o tratamento do abuso de drogas (PASSOS e SOUZA, 2011).

Além disso, estudo realizado sugere que a participação de jovens em atividades esportivas possa atuar na prevenção de problemas de conduta, entre eles, o uso de álcool e outras drogas. Entretanto, muitos são os fatores interferentes sobre essa relação, como a rede social do jovem, a segregação por idade e o tipo de esporte praticado (WICHSTROM, 2009). Quando nos referimos ao esporte, temos como referência primeiramente a prática do exercício físico, do corpo saudável e esteticamente bem modelado. Porém, a prática do esporte não se limita apenas a uma vida saudável, mas a todo um contexto social mais abrangente, como a

inclusão social, a construção do conceito de cidadania, a socialização com diferentes modos de vivência e a consciência de que o âmbito escolar e núcleos esportivos são locais de aprendizagem, de bem-estar e de construção de valores (FERREIRA, 2007).

A redução de danos vem se consolidando como um importante movimento nacional, impulsionando a construção de uma política anti-drogas democrática em defesa da vida. Tornando-se, ao longo dos anos, uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas na abstinência (PASSOS e SOUZA, 2011).

5.3 Papel dos profissionais de saúde e da saúde da família

A população de usuários de drogas não tem o serviço de saúde como referência. Ficam muitas vezes desassistidos devido a dificuldades no acesso, preconceitos, entre outros empecilhos. A atenção básica, cuja principal estratégia é a saúde da família, deveria promover o vínculo com esta população e atuar em consonância com os demais programas governamentais. Afinal, a ESF veio com o intuito de promover a territorialização, ser porta de entrada e ordenadora dos cuidados em saúde (BRASIL, 2011).

No entanto, muitas são as barreiras que dificultam sua eficiência, tais como: baixa cobertura populacional, principalmente em grandes cidades, nas quais o consumo de drogas e a violência são maiores; despreparo dos profissionais de saúde em lidar com usuários de drogas por desconhecimento dos efeitos biopsicossociais; medo dos profissionais de se expor à violência e ao tráfico; e não incorporação de programas de redução de danos no seu cotidiano devido ao preconceito quanto a legitimidade destas práticas (ANDRADE, 2011).

Estudo com 143 profissionais da Estratégia de Saúde da Família do Distrito Federal mostrou que quase 80% desconhece a política de redução de danos, mais de 65% nunca tiveram contato com os redutores de danos e mais de dois terços não procuram informações sobre esta estratégia (LANDI FILHO *et al.*, 2009). Além disso, pesquisa realizada em Goiás com profissionais da Atenção Básica corrobora tais achados. Ao responderem questionário sobre drogas, 40% dos profissionais acertaram questões relativas a conhecimentos gerais e apenas 18% sobre políticas públicas (SOUZA, 2013). Evidencia-se a necessidade de capacitação dos

profissionais da atenção primária para garantir melhorias na organização da atenção à saúde.

Apesar da falta de capacitação dos profissionais e das dificuldades das ESF em atuar frente ao problema da dependência química, a ESF possui uma gama de possibilidades para cooperar no combate às drogas e conquistar melhores condições de vida aos usuários. Entre as possibilidades da saúde da família para a atuação na questão das drogas está a abordagem baseada na família e na comunidade. Barros e Pillon (2006) ainda citam:

[...] os profissionais da atenção primária podem atuar frente a essa temática... nos três níveis de prevenção. ...primária (promoção à saúde), secundária (diminuição da incidência da doença real) e terciária (redução de comprometimento pela doença); [...] (BARROS e PILLON, 2006, p. 147).

A revisão de literatura sobre dependência química, redução de danos e a atuação da ESF contribuiu para a construção do plano de ação apresentado no item seguinte.

6 PLANO DE AÇÃO

Para realização do plano de ação, foi utilizado como referencial teórico o material do módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da família, do NESCON/UFMG (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010). Após reuniões e discussões, a ESF Rio Negro definiu os maiores problemas da área como: violência, uso indiscriminado de drogas (principalmente o álcool), gravidez na adolescência, grande número de consultas de demanda espontânea, poucas opções de lazer e dificuldades de acesso pelas ACS ao bairro em decorrência da necessidade de atravessar a rodovia.

6.1 Identificação e Priorização do Problema

Segundo discussão e observação ativa da equipe, comunidade e gestores, o uso de drogas, principalmente do álcool, tem sido o ponto mais importante na área, necessitando de intervenções urgentes, pois tem causado um adoecimento de parte significativa da população da área, além dos impactos nas famílias e na comunidade como um todo.

A dependência química, principalmente do álcool, acarreta em grandes prejuízos ao usuário e a comunidade e, por isso, merece atenção especial neste projeto de intervenção.

6.2 Nós Críticos

Nó crítico é a denominação dada a uma complicação existente em um determinado contexto que ao ser desfeita leva a mudanças benéficas no ambiente que está inserida. Nó crítico é algo sobre o qual possamos intervir e temos governabilidade (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

Na ESF Rio Negro, foram identificados no âmbito do abuso de álcool os seguintes nós críticos:

- Alcoolismo;
- Ausência de área de lazer/esportes;
- Conflitos familiares;
- Falta de informações sobre prejuízos do uso de álcool e outras drogas

6.3 Desenhos das operações e viabilidade

O desenho de operações nos permite estabelecer projetos e ações com o intuito de combater os problemas identificados no diagnóstico situacional, executados pela ESF, juntamente com a gestão local, de acordo com sua capacidade potencial de enfrentamento. Esses projetos são, então, analisados segundo a viabilidade de recursos disponíveis, interesse e capacidade da equipe e suporte da gestão política local. O Quadro 05 sistematiza as informações referentes aos nós críticos e os projetos elaborados para solução.

QUADRO 05: Projetos propostos para solução de nós críticos

Nó crítico	Projeto	Objetivos
Alcoolismo	- Aplicar questionário simplificado (ANEXO 1) - Aplicar questionário Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (ANEXO 2)	Identificar os usuários de álcool e outras drogas na área de abrangência
	Redução do uso do álcool e dos danos causados à saúde	- Criar vínculo com usuários de álcool - Implantar ações de redução do uso do álcool e dos danos causados à saúde pelo consumo dessa droga
Ausência de área de lazer/esportes	Sensibilização para construção de área de lazer/esportes no bairro	Expor a necessidade da construção de um centro de lazer para a comunidade
	Parceria com o setor de esporte municipal	Viabilizar a oferta de atividades físicas para todas as faixas etárias, principalmente, adolescentes
Conflitos familiares	Grupos terapêuticos	Promover trocas de experiências e apoio profissional
Falta de informações sobre prejuízos do uso de álcool e outras drogas	Palestras educativas	Sensibilizar os adolescentes sobre os riscos do alcoolismo e do consumo de outras drogas à saúde

Após a identificação dos problemas que necessitam de intervenção e dos problemas que podem ser solucionados, é fundamental traçar o desenho das operações para que a equipe possa se organizar e seguir as etapas traçadas no plano.

Identificar os objetivos, os resultados esperados, os recursos necessários e os atores de cada intervenção permite que esta seja acompanhada e, caso seja necessário, revista. Para tanto, o plano operativo deve sempre ser retomado por toda equipe durante todas as etapas do projeto.

QUADRO 06: Desenho de operações relacionadas ao uso nocivo de álcool.

Operação / Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Questionário ASSIST	Identificar os usuários de álcool e outras drogas na área de abrangência	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitação acerca do assunto das ACS - Motivação da ESF - Aceitação da população local a esta operação 	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitivo: conhecimento sobre o questionário e forma adequada de aplicá-lo - Financeiro: material para impressão do questionário e caneta - Organizacional: organização da agenda das ACS para aplicarem os questionários
Redução do uso e dos danos	<ul style="list-style-type: none"> - Criar vínculo com usuários de álcool - Implantar ações de atenção à saúde dos dependentes químicos focadas na redução do uso do álcool e redução dos danos à saúde causadas pelo uso dessa droga 	Redução do consumo do álcool e dos danos à saúde causados pela droga	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitivo: conhecimento sobre o tema - Financeiro: confecção de folder explicando o que é a política de redução do consumo de álcool e dos danos à saúde causados pelo consumo dessa droga - Organizacional: cadastro dos usuários com alcoolismo no Centro de Saúde pela ACS / atendimento aos usuários de álcool
Sensibilização para construção de área de lazer/esporte	Expor a necessidade da construção de um centro de lazer para a comunidade e aprovação da proposta	- Reunião com representantes políticos, da comunidade e da saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Político: articulação intersectorial com os representantes políticos - Organizacional: agendamento da sala de reuniões

Operação / Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Grupos terapêuticos	Promover trocas de experiências e apoio profissional	<ul style="list-style-type: none"> - Formação de grupos para apoio aos usuários de álcool e seus familiares - Mobilização dos adolescentes para participarem do grupo - Apoio do NASF e CAPS/ad (em fase de implantação) 	<ul style="list-style-type: none"> - Financeiro: material didático e de divulgação; - Organizacional: espaço físico para encontros do grupo e cadeiras para todos participantes - Cognitivo: elaboração de dinâmicas de grupo
Palestras educativas	Sensibilizar os adolescentes sobre os riscos do alcoolismo e do consumo de outras drogas à saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de palestras e com cartazes nas salas de ensino fundamental e médio - Informação, conscientização e sensibilização dos adolescentes quanto ao efeito a curto, médio e longo prazo do uso de álcool e outras drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Financeiro: recursos audiovisuais (<i>Datashow</i>), cartolinas, canetas hidrocor, revistas para recortar - Cognitivo: conhecimento sobre o tema - Político: articulação intersetorial com a escola

A viabilidade do projeto consiste na análise dos recursos necessários, a disponibilidade destes recursos e na organização das ações que devem ser desenvolvidas para a efetivação das intervenções. Além disso, deve-se eleger o ator que irá ser responsável ou monitorar cada projeto e sua motivação para tal tarefa possibilitando, assim, sua exequibilidade.

QUADRO 07: Viabilidade dos projetos

Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Operações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Questionário ASSIST	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitivo: conhecimento sobre o questionário e forma adequada de aplicá-lo - Financeiro: material para impressão do questionário e caneta - Organizacional: organização da agenda das ACS para aplicarem os questionários 	Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Favorável	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitação das ACS para aplicarem os questionário e organização das suas agendas - Impressão do questionário
Redução do consumo de álcool e dos danos à saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitivo: conhecimento sobre o tema - Financeiro: confecção de folder explicando o que é a política de redução do uso de álcool e dos danos causados à saúde pelo consumo abusivo dessa droga 	ESF Rio Negro	Favorável	<ul style="list-style-type: none"> - Organização e confecção de cartazes sobre a política de redução do consumo de álcool e dos danos à saúde. - Abordagem/atendimento aos usuários de álcool
Sensibilização para construção de área de lazer / esportes	<ul style="list-style-type: none"> - Político: articulação intersetorial com os representantes políticos - Organizacional: agendamento sala de reuniões 	<ul style="list-style-type: none"> - ESF Rio Negro - Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social - Prefeitura Municipal 	Razoável	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar o projeto para os representantes políticos - Criação de um centro de lazer para a comunidade
Grupos terapêuticos	<ul style="list-style-type: none"> - Financeiro: material didático e de divulgação; - Organizacional: espaço físico para encontros do grupo e organização de cadeiras - Cognitivo: elaboração de dinâmicas de grupo 	ESF Rio Negro NASF	Favorável	<ul style="list-style-type: none"> - Produção do material didático e de divulgação - Capacitação da equipe e preparação de dinâmicas de grupo
Palestras educativas	<ul style="list-style-type: none"> - Financeiro: recursos audiovisuais, cartolinas, canetas hidrocor e revistas para recortar - Cognitivo: conhecimento sobre o tema - Político: articulação intersetorial com a escola 	<ul style="list-style-type: none"> - Médico e enfermeira da ESF - Secretaria Municipal de Educação e de Saúde 	Favorável	<ul style="list-style-type: none"> - Preparação para realização de palestras nas escolas - Apresentar o projeto na secretaria de educação e escolas

6.4 Resultados esperados

Espera-se, em curto prazo, que a ESF crie um vínculo com os usuários de álcool e familiares e, por meio desta relação amistosa, possa sensibilizá-los a seguir as orientações acerca da redução do consumo do álcool e dos danos causados à saúde, buscando, assim, melhorar a saúde, a atuação nas atividades diárias e a relação dos mesmos com a sociedade. No médio prazo e longo prazo, espera-se que os adolescentes desta comunidade se sensibilizem quanto aos malefícios do consumo de álcool e outras drogas levando, portanto, a prevenção da dependência química.

6.5 Elaboração do Plano Operativo

O plano operativo foi construído para a efetivação e execução das operações definidas pela ESF para agir sobre o diagnóstico situacional da área e contemplar ações que provoquem mudanças no ambiente e na saúde da população local.

QUADRO 8: Organização do Plano de Ação da ESF Rio Negro

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsáveis
Questionário ASSIST	Detecção do envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias	Capacitação acerca do assunto das ACS Mobilização das ACS para aplicarem o questionário.	Conhecer e detectar na área de abrangência aqueles pacientes de risco ou já com envolvimento com álcool, tabaco e outras drogas.	ACS

Opera- ções	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsáveis
Redução do consumo e dos danos à saúde	<p>Conscientização da população alvo e seus familiares sobre os efeitos do uso de álcool e importância da redução do consumo</p> <p>Implantação de ações e estratégias de redução de danos à saúde para os alcoólatras da área adscrita.</p>	<p>Confecção de folder explicando o que é a política de redução do consumo e dos danos à saúde causados pelo consumo abusivo do álcool</p> <p>Criar vínculo com usuários de álcool</p>	<p>- Afixação do material mural de recados da unidade de saúde</p> <p>- Atendimento aos usuários que fazem o uso abusivo do álcool</p>	ESF Rio Negro
Construção de área de lazer / esportes no bairro	<p>Expor a necessidade da construção de um centro de lazer para a comunidade e aprovação da proposta</p>	<p>Reunião com outros setores que podem contribuir com o plano de ação</p>	<p>- Apresentar o projeto</p> <p>- Construção de um centro de lazer para a comunidade.</p>	<p>ESF Rio Negro</p> <p>Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social</p> <p>Prefeitura Municipal</p>
Grupos terapêuticos	<p>População alvo mais consciente sobre os riscos e efeitos do uso de álcool</p> <p>Trocas de experiências</p> <p>Apoio profissional</p>	<p>Formação de grupos para apoio aos usuários de álcool e drogas e seus familiares</p>	<p>- Produção do material didático e educativo.</p> <p>- Capacitação da equipe e preparação de dinâmicas de grupo</p>	<p>ESF Rio Negro</p> <p>NASF</p>
Palestras educativas	<p>Conscientização e sensibilização dos jovens sobre os riscos do alcoolismo e do consumo de outras drogas à saúde</p> <p>Aumento da busca na unidade de saúde sobre informações a respeito do assunto</p>	<p>Preparação de palestras nas escolas</p> <p>Confecção de material didático e de divulgação</p>	<p>- Apresentar o projeto na secretaria de educação e escolas para sua aprovação</p> <p>- Realização de palestras nas escolas de ensino fundamental e médio.</p>	<p>Médico e enfermeira da ESF</p> <p>Secretaria Municipal de Educação</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde</p>

O plano de ação encontra-se em andamento e terá continuidade mesmo com a saída da médico da equipe. A ESF Rio Negro aplicou o questionário criado para essa finalidade (ver modelo no Anexo 1) em parte da população. Esse questionário foi aplicado pelas ACS durante suas visitas domiciliares, sendo que 132 pessoas da área de abrangência já responderam ao questionário. A população entrevistada está aquém da população adscrita pela ESF Rio Negro. Isso se deve ao curto período de tempo para a coleta dos dados e análise dos mesmos, mas para a continuidade do projeto será realizada nova abordagem, mais ampla e duradoura utilizando o questionário proposto pela OMS - ASSIST – OMS (ver modelo no Anexo 2). Além disso, os dados obtidos em relação ao número de usuários não são compatíveis com os dados esperados para a população da área. Após discussão com a Equipe da unidade, chegamos a algumas hipóteses para explicar esse viés: (1) muitos usuários que circulam próximo à unidade para o consumo de drogas não são da área e, assim, eles não participaram do questionário; (2) alguns usuários podem ter omitido informações devido à proximidade da equipe com seus respectivos familiares; (3) os dados encontrados na CEBRID são oriundos de pesquisas realizadas em cidades com mais de 200 mil habitantes, onde se observa um maior acesso às drogas e uma maior prevalência de usuários em comparação com cidades menores, como Andradas, que apresenta 39 mil habitantes.

Os cartazes informativos sobre a política de redução do consumo de álcool e dos danos causados à saúde serão afixados no quadro de recados da unidade de saúde para muitos usuários lerem o material e se informarem, principalmente aqueles com histórico familiar de dependências. Além disso, após aplicação do questionário ASSIST, será possível realizar o cadastro dos usuários com alcoolismo no Centro de Saúde, bem como o atendimento a estes usuários.

Será agendada uma reunião com a Câmara municipal e prefeitura para discutir propostas para construção de áreas de lazer e esportes no bairro.

O primeiro grupo terapêutico será realizado na Unidade assim que possível com a coordenação do médico, enfermeira e psicólogo da unidade. Espera-se que ao final desses grupos seja criada uma rede de apoio, necessária para seguir a caminhada rumo à recuperação do usuário de álcool e de sua família. Essa rede deve ser composta não só por profissionais de saúde, mas, também, por familiares e outras pessoas significativas.

Serão realizadas palestras sobre o assunto em salas de aula do ensino fundamental e médio da escola da área. A finalidade das mesmas é levar aos estudantes, de forma didática informações a respeito dos efeitos fisiológicos e psicológicos do uso de álcool e outras drogas a curto, médio e longo prazo, evidenciando pontos muitas vezes desconhecidos pela juventude que entra neste caminho em momentos de vulnerabilidade.

Ao longo deste projeto de ação, esperamos um aumento na procura da unidade pela população local na busca de informações a respeito do assunto e, ainda, que pacientes usuários de drogas com comorbidades mostrem-se mais preocupados e responsáveis com o tratamento de suas doenças. Sabe-se da importância do desenvolvimento do Plano de Ação na melhoria da qualidade de vida da comunidade local.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a política antidrogas no Brasil sofreu e ainda sofre muitas mudanças. Desde a institucionalização totalitária até o modelo atual, uma política democrática que visa à reinserção social e a redução de danos. O país teve avanços, mas ainda pode avançar no sentido da divulgação e implantação destas práticas no cotidiano dos serviços de saúde, os quais demonstram pouca intimidade com as políticas públicas voltadas à questão do abuso de drogas.

A redução de danos é uma estratégia para o cuidado em saúde de usuários que preza pela saúde e segurança do usuário, levando a preservação da própria comunidade, pois modifica o ambiente propício ao consumo de drogas. Essa estratégia representa uma alternativa promissora para a redução, não só dos agravos à saúde dos usuários, mas também a incidência do vício (OLIVEIRA, 2013).

A prevenção do uso de drogas ainda é a melhor opção. O trabalho de conscientização e sensibilização da população, principalmente dos adolescentes, não pode parar. A dependência pode acontecer, simplesmente, após um primeiro contato com a droga, o qual tem ocorrido em idades cada vez menores. O apoio familiar tem sido demonstrado como fator protetor para o uso de entorpecentes. Assim, a educação em saúde e uma estrutura familiar sólida são recomendadas no combate às drogas.

A ESF enfrenta diversas barreiras para a atuação efetiva no tema abuso de drogas. Essas barreiras permeiam desde o medo da repressão até dificuldades para o trabalho em equipe e para obtenção de apoio institucional. Além dos entraves pertinentes ao tema, falta de serviço de referência, preconceito, entre outros. Apesar da complexidade, a ESF pode contribuir em todos os aspectos para a construção de uma sociedade com mais qualidade de vida.

A elaboração deste plano de intervenção transformou a concepção de cuidado em saúde ao usuário de álcool dos integrantes da ESF Rio Negro. Conhecer o histórico das políticas antidrogas no Brasil e a trajetória da proposta de redução de danos minimizou seus preconceitos com tais práticas. Como médico, inserido no processo de trabalho em equipe da ESF Rio Negro, pude perceber como é importante haver coesão e cumplicidade entre os participantes da equipe para que um determinado projeto tenha sucesso. Cada profissional tem sua potencialidade, que deve ser valorizada e utilizada para efetivação do cuidado em saúde.

Minha atuação na saúde da família ampliou meus conhecimentos sobre os princípios e diretrizes do SUS e da atenção básica. Compreendi que, apesar de não dispor de tecnologias duras, a saúde da família tem alta complexidade, pois lida com as características biopsicossociais do ser humano, e com os determinantes sociais da saúde, no intuito de promover a saúde e a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ALVES JED. **Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. Revista Portal de Divulgação.** Portal do envelhecimento, 40(IV), Mar/Abr/Mai, 2014,2178-3454. Disponível em:<www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista>. Acesso em: 5 out. 2015.
- ANDRADE TM. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil.**Ciência & Saúde Coletiva**, 16(12):4665-4674, 2011.
- BARROS MA, PILLON SC. Programa Saúde da Família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas.**Revista Eletrônica de Enfermagem**[Internet]. 2006;8(1):144-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/revisao_02.htm>. Acesso em: 10 dez. 2015.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.** Diário Oficial da União 2009; 05 jun. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html>. Acesso em: 20 nov. 2015.
- BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.** Diário Oficial da União 2010; 21 maio. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 20 nov. 2015.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).**Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 20 nov. 2015.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Observatório Crack, é possível vencer.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/centro-atencao-psicossocial.html>>. Acesso em: 15 out 2015.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde.** 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.
- CARLINI EA et al. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005.** CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: Páginas & Letras; 2007. p. 1-472. Disponível em: <<file:///C:/Users/Fam%C3%ADlia/Downloads/metodologia.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

CARVALHO ALM et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**. 17(7):1885-1892, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/28.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

PASTRE, Rafael. **Evolução Sócio-Econômica de Andradas-MG. 2012**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Instituto de Economia. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

FERREIRA, Ana Cláudia de Azevedo. **A prática do esporte como prevenção ao vandalismo e formação para cidadania**. Brasília, 2007.

Wichstrøm T, Wichstrøm L. Does sports participation during adolescence prevent later alcohol, tobacco and cannabis use? *Addiction*. 2009;104:138-49.

CASSEB, MS. **Prevenção em diabetes: efeitos do treino de automonitoração na redução de fatores de risco**. 2005, 113f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Belém, 2005. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Disponível em: <<http://ufpa.br/ppgtpc/dmdocuments/Mariene.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2015.

DELBON F, ROS V, FERREIRA EMA. Avaliação da disponibilização de kits de redução de danos. **Saúde e Sociedade**. v.15, n.1, p.37-48, jan-abr 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n1/05.pdf>>. Acesso em 1 set 2015.

GALDURÓZ JCF e CAETANO R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2004;26(Supl I):3-6. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a02v26s1.pdf>>. Acesso em 20 out 2015.

GALDURÓZ JCF et al. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. **Revista Latino-americana Enfermagem**, 2005 setembro-outubro; 13(número especial) p. 888-95.

HENRIQUE IFS et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, 2004; 50(2): 199-206.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>> Acesso em: 10 out 2015.

LANDI FILHO D et al. Redução de danos e saúde da família: conhecimento de profissionais de saúde em três regionais do DF/Brasil. **Comunicação em Ciências da Saúde**. 2009;20(4):299-306. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2009Vol20_4reducaodanos.pdf> Acesso em: 10 nov. 2015.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST 3.0)**. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_portuguese.pdf>. Acesso em 20 out. 2015.

PASSOS, EH e SOUZA, TP. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**; 23 (1):

154-162, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf>> Acesso em: 10 nov. 2015.

MAIA JÚNIOR H, TURRER R. Oxi, uma droga ainda pior. **Revista Época** [Internet] 2011; (678). Disponível em:

<<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI233391-15223,00.html>>.

Acesso em: 10 outubro 2015.

RIBEIRO LCC et al. O diagnóstico administrativo e situacional como instrumento para o planejamento de ações na estratégia saúde da família. **Revista Cogitare enfermagem**: 13(3):448-452, jul-set. 2008. Disponível em:

<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/13044/8823>>. Acesso em 15 nov. 2015.

SANCHEZ et al. Razões para o não uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. **Revista Saúde Pública**. 2005;39(4):599-605. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a12.pdf>>. Acesso em 15 nov 2015.

SCHMIDT MI et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: Mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: BRASIL. Ministério da Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2009: **Uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde**. Brasília: 2010.p.111-37. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2009.pdf>. Acesso em 10 nov. 2015.

SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL, COUTO MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde Pública**, 2006;40(N Esp):112-20. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/32093/34159>>. Acesso em 5 nov. 2015.

SELEGHIM MR e OLIVEIRA MLF. Estrutura, relações e antecedentes do uso de drogas em famílias de usuários de crack. **Revista Eletrônica de Enfermagem**.

[Internet]. 2014 jul/set;16(3):527-34. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i3.21282>. - doi: 10.5216/ree.v16i3.21282> acesso em 5 jan. 2015.

SILVA KL, DIAS FLA, VIEIRA NFC, PINHEIRO PNC. Reflexões acerca do abuso de drogas e da violência na adolescência. **Escola Anna Nery**. 2010 jul-set; 14 (3):605-610. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a24.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

SOUZA, Karoline Lazzarotto de. **Avaliação do conhecimento de profissionais da atenção básica sobre crack, álcool e outras drogas**. 2013. 49 f., il. Monografia (Bacharelado em Terapia Ocupacional). Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em:

<http://bdm.unb.br/bitstream/10483/7698/1/2013_KarolineLazzarottodeSouza.pdf> acesso em 15 set 2015.

VIACAVAL F. **Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros**. 2010.

Disponível em:< http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/96/pdf/radis_96.pdf >. Acesso em:14 out. 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Global sobre Álcool e Saúde – 2014**. Genebra, Suíça, 2014.

Galduróz, J. C. F., and R. Caetano. "**Epidemiologia do uso de álcool no Brasil [Epidemiology of alcohol use in Brazil]**." Rev Bras Psiquiatr 26.Supl I (2004): 3-6.

Branco, Anadergh Barbosa, Flávia Alves Neves Mascarenhas, and Luiz Gustavo Queiroga Pena. "**Alcoolismo como fator de incapacidade para o trabalho: prevalência de benefício auxílio doença no Brasil, 2007.**" Comun. ciênc. saúde 20.2 (2009): 123-133.

Noto AR, Moura YG, Nappo SA, Galduróz JCF, Carlini EA. **Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999**. J Bras Psiquiatr 2002.

ANEXO 1: Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias usado na avaliação da população adscrita pela ESF Rio Negro.

ESF Rio Negro – Andradas MG

Questionário sobre o uso de Drogas Lícitas e Ilícitas

Esse questionário será utilizado para a elaboração de um documento que tem como objetivo conhecer melhor a área da população atendida pela ESF Rio Negro. Não serão divulgados os nomes dos participantes.

Questionário:

Idade: _____

Sexo: _____

Assinale com um “X” no campo correspondente:

Substância	Não faço uso.	Já fiz uso, não faço mais.	Faço uso há menos de 01 ano	Faço uso há mais de 01 ano	Faço uso há mais de 05 anos
Álcool (cerveja, pinga, vodca, conhaque...)					
Tabaco (cigarro industrial, de palha...)					
Solventes (lança, loló, cola de sapateiro...)					
Cannabis (maconha, haxixe)					
Cocaína (pó, “branquinha”...)					

1. Você pretende parar de usar drogas ilícitas? ()Sim ()Não
2. Você já teve alguma complicação de saúde por conta do uso de drogas? ()Sim ()Não
3. Você tem problemas pessoais ou familiares por conta do uso de drogas? ()Sim ()Não

4. Caso você seja usuário de drogas ilícitas, responda:

1. Você era usuário de álcool ou tabaco antes de usar outras drogas? ()Sim ()Não
2. Você faz uso de materiais estéreis para uso? ()Sim ()Não

ANEXO 2: Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias. ASSIST – OMS

Nome: _____ Registro: _____

Entrevistador: _____ Data: ____ / ____ / ____

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

2 – Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essas substâncias que mencionou? (primeira droga, depois a segunda, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

SE "NÃO" em todos os itens investigue:
 Nem mesmo quando estava na escola?

- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista • Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

3 – Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, depois a segunda, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

4 – Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

a. derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga, uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum, tequila)
c. maconha (baseado, erva, liambra, diambra, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga, haxixe, etc)
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
e. anfetaminas ou êxtase (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, lança perfume, etc)
g. hipnóticos/sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, diazepam, etc)
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
i. opióides (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona)
j. outras, especificar

5 – Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda, etc) você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperados por você?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

- FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

6 – Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com o seu uso de (primeira droga, depois a segunda, etc)?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

7 – Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda, etc) e não conseguiu?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante esse período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8 – Alguma vez você já usou drogas por injeção (Apenas uso não-médico)?

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

Guia de intervenção para padrão de uso injetável

1x/semana ou menos Ou menos de 3 dias seguidos	Intervenção breve incluindo cartão “riscos associados com o uso injetável”
Mais de 1X/semana Ou mais de 3 dias seguidos	Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber intervenção breve	Encaminhar para tratamento intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Álcool		0-3	4-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica

Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive). Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui. Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c+Q3c+Q4c+Q5c+Q6c+Q7c. Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a+Q3a+Q4a+Q6a+Q7a