



Universidade Federal de Pernambuco

Centro de Ciências Médicas

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC



MARCIO ROBERTO PINTO SOARES

**APOIO SOCIAL E CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS ILÍCITAS POR
MULHERES**

Recife

2019

MARCIO ROBERTO PINTO SOARES

**APOIO SOCIAL E CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS ILÍCITAS POR
MULHERES**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Bernarda Ludermir.

Recife

2019

Catálogo na Fonte:
Bibliotecário: Mônica Uchôa, CRB4:1010

S676a Soares, Marcio Roberto Pinto.
Apoio social e consumo de álcool e drogas ilícitas por mulheres /
Marcio Roberto Pinto Soares. – 2019.
80 f.; il.; tab.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Ana Bernarda Ludermir.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,
Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva. Recife, 2019.
Inclui referências e apêndices.

1. Apoio Social. 2. Álcool. 3. Drogas. 4. Mulheres. I. Ludermir, Ana
Bernarda (Orientadora). II. Título.

614 CDD (20.ed.)

UFPE (CCS2020-173)

MARCIO ROBERTO PINTO SOARES

**APOIO SOCIAL E CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS ILÍCITAS POR
MULHERES**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Área de concentração: Epidemiologia

Aprovado em: 29/11/2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ana Bernarda Ludermir (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Albanita Gomes da Costa de Ceballos (Examinadora Interna)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Elisabete Pereira Silva (Examinadora Externa)

Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Às mulheres entrevistadas que gentilmente contribuíram com a realização deste estudo, bem como, a toda equipe responsável pela organização do campo, coleta de dados e organização das informações do estudo.

À Prof.^a Dr.^a Ana Bernarda Ludermir, estimada e querida orientadora. Pessoa fundamental nesta produção. Exerceu bastante a paciência, tratou-me com bom humor, sempre que possível. Ademais, compartilhou comigo suas boas histórias. Obrigado, professora!

À Prof.^a Dr.^a Ana Maria de Brito, por todo apoio, aprendizado e oportunidades. Em 2009 puxou-me das Ciências Sociais para atuar em pesquisas de saúde. Muito obrigado, Ana!

Ao estimado e querido Prof. Dr. José Luiz Ratton. Obrigado por toda confiança, apoio, partilha teórica, futebolística, musical etc.

Às professoras e professores do excelente corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva PPGSC – UFPE. Proporcionaram-nos acesso a conhecimento e formação para a vida. Formação norteada pela ética e pelo respeito à dignidade humana. Inesquecíveis aulas da Prof.^a Dr.^a Heloísa Mendonça. Obrigado!

À Prof.^a Dr.^a Sandra Valongueiro, que possui lugar muito especial nesta conquista.

À Prof.^a Dr.^a Elisabete Pereira Silva, por toda contribuição desde a Qualificação.

Ao estimado e querido Prof. Dr. Djalma “Popper”! Por sua enorme capacidade de debulhar a complexidade.

À estimada coordenadora do Programa, a Prof.^a Dr.^a Thália Barreto.

À amiga Camila Abagaro, por todo carinho, escuta e acolhimento.

À Prof.^a Dr.^a Naíde Teodósio Valois Santos, por toda confiança e aprendizado.

Gratidão especial ao nosso ADM! O que seria de nós sem a resolutividade e generosidade do nosso amigo e secretário “São Moreira”? Obrigado, Moreira!

Às amigas e amigos de turma de Mestrado PPGSC/2017. Que turma potente! Imagina passar por todas as fases do golpe na democracia brasileira sem o acolhimento dessa turma? Que alegria encontrar vocês!

Ao “quelle beauté” do Mestrado: minha queridíssima Thayane Pereira, meu amigo Renan Freitas, às amigas Cybelle França, Carol Manta e Daniela Pereira.

À minha irmã de orientação, grande amiga e parceira Jéssica Correia. Gratidão!

Às amigas Anamaria Carneiro, Renata Almeida, Wedna Galindo, Elis Monteiro e Milene Felix. Aos amigos Cristiano Brasil, Guga Oliveira, Rogê Victor, Woly, Saint Clear e Maurício Gonçalves.

Ao amigo Guitinho e ao Bongar. Viva a resistência do povo negro! Salve Nação Xambá!

À presidenta Dilma, ao ex-presidente Lula Livre da Silva e ao Prof. Fernando Haddad. Estes gestores públicos abriram caminhos para a juventude popular (meu caso) acessar a universidade pública.

A minha mãe, Maria do Socorro, a quem devo tudo, com quem aprendi valores inegociáveis. A minha irmã, Cláudia Soares (Tada), minha maior parceira e amiga. A minha namorada Fernanda França, por toda parceria e amor. Ao meu pai, Arnaldo Soares. Aos demais familiares, em especial, aos primos Gilberto, Cíntia e Davvi. Também aos meus amores de patas, Pitanga (memória), Sebá e Dora.

Agradeço a Deus, aos Orixás e demais divindades, toda espiritualidade positiva, todas as forças, energias, naturezas e culturas que trazem luz aos nossos caminhos.

Travessia

Quando você foi embora fez-se noite em meu viver

Forte eu sou, mas não tem jeito

Hoje eu tenho que chorar

Minha casa não é minha e nem é meu este lugar

Estou só e não resisto, muito tenho pra falar

Solto a voz nas estradas, já não quero parar

Meu caminho é de pedra, como posso sonhar

Sonho feito de brisa, vento vem terminar

Vou fechar o meu pranto, vou querer me matar

Vou seguindo pela vida me esquecendo de você

Eu não quero mais a morte, tenho muito o que viver

Vou querer amar de novo e se não der não vou sofrer

Já não sonho, hoje faço com meu braço o meu viver

Solto a voz nas estradas, já não quero parar

Meu caminho é de pedra, como posso sonhar

Sonho feito de brisa, vento vem terminar

Vou fechar o meu pranto, vou querer me matar

Vou seguindo pela vida me esquecendo de você

Eu não quero mais a morte, tenho muito o que viver

Vou querer amar de novo e se não der não vou sofrer

Já não sonho, hoje faço com meu braço o meu viver

(BRANT; NASCIMENTO, 1967)

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi analisar a associação entre apoio social e o consumo de álcool e drogas ilícitas por mulheres. Estudo transversal aninhado em uma coorte iniciada em 2005. A amostra compreendeu 644 mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário II da cidade do Recife – PE. O apoio social foi mensurado pelo *Medical Outcomes Study Questions – Social Support Survey (MOS-SSS)*. As variáveis dependentes foram uso abusivo de álcool e uso de drogas ilícitas nos últimos setes anos. Foram realizadas análises descritivas e obtidas a frequência do apoio social e a frequência do uso do álcool e uso de drogas ilícitas. A associação entre o apoio social e a frequência do uso do álcool e uso de drogas ilícitas foi analisada por regressão logística, estimando-se os *odds ratio* (OR) bruto e ajustado, com avaliação da significância estatística considerando $p \leq 0,05$ e intervalos de confiança a 95% (IC95%). As variáveis que se mostraram associadas à exposição e ao desfecho na análise bivariada, e que haviam sido previamente selecionadas, foram incluídas no modelo para o ajuste. A análise estatística foi realizada no Stata 13.0 para Windows. Os resultados mostraram que 74,8% das mulheres apresentaram alto apoio social; que 56,2% eram usuárias de álcool, com 31% delas apresentando o uso frequente. Apenas 5,1% eram usuárias de drogas ilícitas. O apoio social não se mostrou associado à frequência de uso de álcool (ORajustado=1,31; IC 95% .90 – 1.9), assim como o uso de drogas ilícitas (OR=0.95; IC95% 0,4 – 1.9). Os fatores de proteção descritos na literatura sobre o consumo de álcool e/ou drogas possuem características semelhantes às características contidas nas cinco dimensões do apoio social (suporte afetivo, emocional, material, informação e interação social positiva), porém, o apoio social, neste estudo, não foi evidenciado como fator de proteção ao consumo de álcool e drogas. Recomenda-se a realização de outros estudos que possam melhor elucidar os benefícios do apoio social enquanto fator de proteção aos padrões de risco do consumo de álcool e drogas ilícitas.

Palavras-chave: Apoio Social. Álcool. Drogas. Mulheres.

ABSTRACT

To investigate the association between social support and alcohol and / or other drug use in women. Cross-sectional study nested in a cohort initiated in 2005. The sample comprised 644 women enrolled in the Family Health Strategy of the Sanitary District II of Recife - PE. Social support has been assessed by the Medical Outcomes Study Questions - Social Support Survey (MOS-SSS). The dependent variables were alcohol abuse and use of illicit drugs in the last seven years. Descriptive analyzes were performed and the frequency of social support and the prevalence and frequency of alcohol use and illicit drugs use were obtained. The association between social support and the frequency of alcohol use and illicit drug use was analyzed by logistic regression, estimating the crude and adjusted odds ratios (OR), with statistical significance evaluated considering $p \leq 0.05$ and confidence intervals (95% CI). Variables that were associated with exposure and outcome in the bivariate analysis, and that had been previously selected, were included in the adjustment model. Statistical analysis was performed using Stata 13.0 for Windows. The results showed that 74.8% of women had high social support; that 56.2% were alcohol users, with 31% of them having frequent use. Only 5.1% were illicit drug users. Social support was not associated with alcohol use frequency (OR_{adjusted}=1,31; IC 95% .90 – 1.9) as well as illicit drug use (OR = 0.95; IC95% 0.4 - 1.9). The protective factors described in the alcohol and / or drug literature have characteristics similar to those contained in the five dimensions of social support (affective, emotional, material, information and positive social interaction), but social support in this study was not evidenced as a protective factor against alcohol and drug use. Further studies are recommended to better elucidate the benefits of social support as a protective factor against the risk patterns of alcohol and illicit drug use.

Keywords: Social Support. Alcohol. Drugs. Women.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Avaliação do apoio social recebido pelas mulheres

37

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Distribuição das características socioeconômicas e demográficas das mulheres, do apoio social, do uso de álcool e de drogas ilícitas. Recife, Pernambuco, Brasil, 2013-2014. 50
- Tabela 2 - Análise das características socioeconômicas e demográficas das mulheres com o apoio social. Recife, Pernambuco, Brasil 2013-2014. 51
- Tabela 3 - Análise entre características socioeconômicas e demográficas das mulheres e o consumo de álcool. Recife, Pernambuco, Brasil. 2013-2014. 52
- Tabela 4 - Análise das características socioeconômicas e demográficas das mulheres e o consumo de drogas ilícitas. Recife, Pernambuco, Brasil. 2013-2014. 53
- Tabela 5 - Análise da associação do apoio social com padrão de consumo de álcool e drogas ilícitas em mulheres. Recife, Pernambuco, Brasil. 2013-2014. 53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	Associação Psiquiátrica Americana
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Odds Ratio
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família
ZEIS	Zonas Especiais de Interesse Social
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1	ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS.....	17
2.1.1	Contexto histórico.....	17
2.1.2	Classificações das drogas.....	19
2.1.3	Padrões e tipos de uso.....	21
2.1.4	Pessoas e drogas.....	23
2.2	APOIO SOCIAL.....	24
2.2.1	Apoio social em processos de saúde.....	25
2.2.2	Apoio social e uso de álcool e drogas.....	29
3	OBJETIVOS	31
3.1	OBJETIVO GERAL.....	31
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
4	JUSTIFICATIVA	32
5	PERGUNTA GERADAORA	33
6	MÉTODOS	34
6.1	ÁREA DE ESTUDO.....	34
6.2	DESENHO DO ESTUDO.....	35
6.3	DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	37
6.3.1	Variável independente.....	37
6.3.2	Variáveis dependentes.....	38

6.3.3	Co-variáveis	38
6.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	39
6.4.1	Questionário da mulher (3ª etapa)	39
6.5	ANÁLISE DOS DADOS	39
7	ASPECTOS ÉTICOS	40
8	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	41
9	RESULTADOS	42
9.1	ARTIGO: APOIO SOCIAL E CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS ILÍCITAS POR MULHERES	42
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS	63
	APÊNDICE A – TERMO DE ESCLARECIMENTO LIVRE ESCLARECIDO ..	68
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DA MULHER (3ª ETAPA)	71

1 INTRODUÇÃO

Compreende-se o apoio social na literatura científica como sendo o “apoio acessível a um indivíduo através de laços sociais com outros indivíduos, grupos e com a comunidade maior” (LEVY, 1983). Kaplan e Hartwell (1987) propõem que o apoio social pode ser compreendido em termos da satisfação afetiva/emocional do indivíduo ou pela função instrumental exercida por conexões sociais. Straub (2014, p.126) acrescenta que o apoio social é “o companheirismo de outras pessoas que transmite preocupação emocional, apoio afetivo ou auxílio material a respeito de uma situação”, sendo este percebido como um fator importante para o manejo de situações de estresse.

Existem alguns tipos de apoio social, entre eles: (I) o apoio emocional, que envolve relações em que há diálogo, confiança e partilha de sentimentos; (II) o apoio instrumental, que diz respeito à ajuda material e de recursos; (III) o apoio informacional, que significa o acesso à informação e orientação; (IV) o apoio afetivo, que consiste em atenção e demonstrações de carinho e amor; e (V) o apoio de interação positiva, que se refere à possibilidade de ter a companhia de alguém em atividades de diversão e lazer (SHERBOURNE; STEWART, 1991).

Canesqui e Barsaglini (2010) identificaram diversos estudos sobre a associação do apoio social com processos de saúde e doença na literatura nacional e internacional. De acordo com este levantamento, são pesquisas do campo da saúde em interlocução com as ciências sociais. Nos estudos internacionais de saúde houve maior influência da psicologia social, da sociologia e ciência política. Já nas pesquisas nacionais de saúde, maior intercâmbio com a antropologia e a sociologia.

Dentre tais estudos, alguns se dedicam ao estudo da relação entre apoio social e o uso de álcool e/ou outras drogas (MORAES; REICHENHEIM, 2007; MORRIS, 2012; ROCHA, et al. 2016). De acordo com a OMS (1993), “droga é toda substância natural ou sintética que introduzida no organismo vivo, pode modificar uma ou mais de suas funções”. A Lei Nacional de Drogas, Lei nº 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas – SISNAD traz no seu parágrafo único art.1º que as drogas “são substâncias ou produtos capazes de causar dependência”.

Silveira e Moreira (2006) ampliam esta definição ao considerar que “drogas são aquelas substâncias psicoativas utilizadas para produzir alterações nas sensações, no grau de

consciência ou no estado emocional, de forma intencional ou não”. Segundo os autores, essas alterações variam de acordo com as características do/a usuário/a, o tipo de droga que é utilizada, a quantidade e frequência de uso, efeitos esperados e as circunstâncias do consumo.

Em geral, o termo droga é associado apenas às substâncias ilegais, ainda que existam diversas substâncias danosas à saúde que estão sob a regulação do Estado. Isto ocorre porque temos dois grupos de drogas, as lícitas e as ilícitas. No entanto, em relação aos possíveis agravos à saúde decorrentes do uso de drogas, muitas substâncias legalizadas (como o álcool, por exemplo) podem ser mais prejudiciais que algumas drogas ilícitas (SILVEIRA; MOREIRA, 2006).

O uso de drogas possui diversas finalidades, como prazer, recreação, socialização, transcendência, satisfação de desejos. Trata-se de uma prática presente na história de todas as sociedades (BUCHER; LUCCHINI, 1992). Atividade prazerosa, socializadora, recreativa, capaz de aliviar tensões e sofrimentos, sejam eles físicos mentais ou sociais. Porém, alguns padrões de consumo e a forma de uso de algumas substâncias, podem também ser desorganizadores e geradores de sofrimentos (MELCOP; CAMPOS; FRANCH, 2002).

Dessa forma, a relação dos indivíduos com as drogas, desde a forma de produção, venda e distribuição, efeitos buscados, modo de ingestão, motivações para o uso, sociabilidades modificam-se com os contextos culturais, sociais, políticos e econômicos. Isso traz uma diversidade de usos, motivações, especificidades e múltiplos contextos histórico-socioculturais (LABATE et al. 2008).

O sentido e o significado que os sujeitos dão a essas experiências influenciam os padrões de consumo das substâncias e o lugar que elas ocupam no cotidiano. As diferentes relações construídas com o consumo do álcool e/ou outras drogas estão relacionadas com a história de vida, os repertórios individuais e coletivos disponíveis, as condições sociais e os distintos tipos de usos (MACRAE, 2001; OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Assim, indivíduo, droga e contexto, formam uma espécie de tríade que permite compreender as características específicas das drogas, os sentidos que os sujeitos atribuem a essa prática e as influências do contexto social, geral e local para o uso. Esta compreensão amplia o foco de entendimento, antes restrito às substâncias como forma totalizante de explicar os eventuais problemas decorrentes do uso do álcool e/ou outras drogas, trazendo as diversas contingências, tipos de sociabilidades, culturas, motivações, interesses e valores que

dão sentido às diversas experiências com as substâncias (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014; NERY FILHO, 2010;).

Em contextos de desamparo emocional e social, as drogas podem atuar como suporte para o enfretamento e alívio de situações adversas e de exclusão. As distintas relações com uso de drogas devem ser consideradas a partir das condições sociais e trajetórias de classe dos indivíduos, das estruturas de gênero, recursos culturais, afetivo-morais. Essa é uma das conclusões do estudo realizado por Souza (2016) sobre o uso de crack e exclusão social no Brasil. Outro estudo brasileiro organizado por Bokany (2015) concluiu que 22% dos usuários de drogas que foram entrevistados atribuíam o uso à tentativa de fuga de problemas e situações difíceis do cotidiano.

Ainda que os prejuízos associados ao consumo de álcool e/ou outras drogas chamem bastante atenção, é importante ressaltar que o uso mais frequente de álcool e/ou outras drogas é o uso recreativo, presente nas interações sociais com a finalidade de integração, prazer, sociabilidade, transcendência. O uso prejudicial é o menos frequente (CARNEIRO, 2010; CARNEIRO; VENANCIO, 2005).

Considerando a complexidade do tema e as influências das interações sociais para determinar as relações que os indivíduos estabelecem com as drogas (LABATE et al. 2008; NERY FILHO, 2010) este estudo analisa a associação entre o apoio social – sensação de acolhimento, pertencimento, reconhecimento, solidariedade, integração, apoio emocional, financeiro e material em necessidades cotidianas – e os padrões de consumo de álcool e/ou outras drogas. Trata-se de compreender em que medida este conjunto de ligações afetivas, materiais e sociais representadas pelo apoio recebido e percebido podem influenciar no padrão de consumo de substâncias psicoativas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS

2.1.1 Contexto histórico

O uso de drogas é uma prática presente em todas as sociedades. São identificados ao longo da história diversos tipos de usos e de drogas. O álcool é uma das drogas mais antigas, utilizada em alguns rituais religiosos e, principalmente, em festividades sociais (ALMEIDA, 1999). Porém, o consumo de drogas também causa preocupação por seus efeitos danosos, diretos e indiretos, como os agravos a saúde física e mental, acidentes domésticos e de trânsito e situações de violência (SENAD, 2011; SENAD, 2017).

O consumo de drogas está e sempre esteve presente nas sociedades, com características estritamente relacionadas ao modo de vida, cultura e os valores compartilhados pelos diversos grupos sociais que, em diferentes períodos históricos, produzem distintos tipos de drogas e de relações com as drogas (BUCHER; LUCCHINI, 1992). Povos andinos utilizam a folha da coca (*Erythroxylon coca*) há milhares de anos, como forma de amenizar a fome e o cansaço por conta das grandes altitudes daquela região (ALMEIDA, 1999; ECOHOTADO, 2008).

Também é uma prática antiga de povos indígenas utilizarem alucinógenos em seus rituais com o objetivo de transcenderem, se comunicarem com as divindades (CARNEIRO; VENANCIO, 2005). Manuscritos egípcios apontam que o ópio, em 6.000 A.C., era utilizado para diminuir o choro das crianças e no tratamento de doenças. As anfetaminas, conhecidas como comprimidos da energia foram intensamente consumidas por soldados durante a Primeira e Segunda Guerra Mundial, para combater o cansaço, a fome e o sono (ECOHOTADO, 2008).

A forma de produção, a venda e distribuição, as motivações para o uso, os efeitos buscados, os tipos de consumo, de sociabilidades, experiências buscadas, se modificam com as dinâmicas culturais, sociais, políticas e econômicas (LABATE et al. 2008). Com a chegada do século XIX, o desenvolvimento da química e o aperfeiçoamento de seus métodos de pesquisa, foram isolados os princípios ativos de numerosas plantas psicoativas, possibilitando o desenvolvimento de novas drogas (DOMANICO, 2006; DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008).

Presente na história de todas as sociedades com diversas finalidades (BUCHER; LUCCHINI, 1992), o uso de álcool e/ou outras drogas também constitui um problema de saúde pública, com diversos agravos a saúde mental e física e danos sociais (WHO, 2002; WHO, 2014, WHO, 2017).

Porém, os agravos à saúde, decorrentes do uso ou abuso de drogas, atingem as pessoas de formas diferentes. É necessário considerar as diversas formas como os humanos se relacionam com as drogas, os recursos individuais e coletivos disponíveis, as características e propriedades das substâncias, o padrão e frequência de uso, a quantidade de doses por situação e os determinantes sociais indicadores das distintas formas como as pessoas são atingidas pelas drogas (MALHEIRO, 2010; NERY FILHO, 2010). O que demonstra que a adesão ao consumo abusivo de drogas pode ser determinada por fatores de riscos associados aos contextos de exclusão social que submete uma parcela da população brasileira a péssimas condições de vida (SOUZA, 2016).

São fatores de risco ao uso prejudicial de álcool e/as outras drogas a privação de direitos fundamentais, como: saúde, educação, família, habitação, alimentação, trabalho, renda, família, entre outros direitos básicos. Assim, por não disporem de uma estrutura que lhes permitam a construção de relações mais saudáveis com as drogas, pessoas em situação de exclusão material, social e afetiva, constituem grupos mais vulneráveis aos problemas e agravos decorrentes do uso de drogas. Se por um lado os fatores de risco impulsionam ao uso compulsivo, estabelecer o padrão compulsivo diminui as possibilidades de indivíduos em situações mais desfavoráveis almejarem melhores condições de vida, acessarem direitos básicos (NAPPO, 1996; NAPPO et al. 2004; OLIVEIRA; NAPPO, 2008; RUI, 2014; SOUZA, 2016).

De maneira ambígua, o uso de drogas pode ser desorganizador, provocador de danos e ao mesmo tempo alternativa de prazer, de satisfação de desejos, de sociabilidade, de transcendência (MELCOP; CAMPOS; FRANCH, 2002). O desafio é construir um conjunto de proteção aos danos associados ao uso e garantir acessos e referências que possam parecer tão emocionantes e significativas como as que os usuários/as estabelecem com as drogas. É fundamental considerar o prazer que motiva as pessoas a usarem drogas, bem como, respeitar suas escolhas e lhes permitir acesso a estratégias formativas, instrumentais e afetivas que possam diminuir os prejuízos do consumo (MARLATT; BUENO, 1999; NERY FILHO, 2010).

2.1.2 Classificações das drogas

As drogas podem ser classificadas em dois grupos: as lícitas e as ilícitas. As drogas lícitas são as substâncias regulamentadas, desde a produção, distribuição, comercialização e consumo. São normatizadas e reguladas de forma específica, com algumas restrições de acesso impostas pelo controle do Estado. As ilícitas são as substâncias consideradas proibidas para a produção, distribuição, venda e consumo. Frequentemente o termo “droga” é associado apenas às substâncias ilícitas. Em alguns contextos, para fins ritualísticos, científicos e medicinais, é realizada a autorização, pelo Estado, para a utilização de algumas substâncias consideradas ilícitas para fins recreativos (ARAÚJO, 2017; BAHLS, 2002; BOKANY, 2015; BRASIL, 2006; SILVEIRA; MOREIRA, 2006).

A questão da licitude e ilicitude de algumas substâncias é um tema bastante discutível. A história das drogas, em seus diversos contextos de uso, inclusive o terapêutico e recreativo, demonstra que tais definições não se baseiam em evidências científicas, mas em questões sociais, morais, políticas e econômicas (CARNEIRO; VENANCIO, 2005). Por exemplo, o álcool e o tabaco são substâncias lícitas, controladas pelo Estado, no entanto, existem diversas evidências científicas que indicam que o consumo destas substâncias é causa de muitas doenças e óbitos. Alguns tipos de câncer estão associados ao tabagismo, há algumas doenças associadas ao alcoolismo, com cirrose hepática alcoólica, diabetes e de doenças cardiovasculares. Além de poderem causar dependência química e doenças psiquiátricas (SENAD, 2017; WHO, 2002; WHO, 2014, WHO, 2017).

Reguladas no Brasil com restrições, como proibição da venda para menores de 18 anos e limitações de horários para a publicidade, o álcool e o tabaco são drogas lícitas que possuem boa aceitação social, mesmo com dados científicos que comprovam que o consumo destas substâncias pode provocar efeitos nocivos aos indivíduos e a sociedade, pelos diversos agravos a saúde dos/as usuários/as indivíduo e os danos sociais (LARANJEIRA, et al. 2007; LARANJEIRA et al. 2014). Por outro lado, por um conjunto de construções morais, políticas e econômicas, as drogas ilícitas possuem baixa aceitação social (CARNEIRO; VENANCIO, 2005).

Distribuídas e vendidas em mercados ilegais, às substâncias ilícitas são, por vezes, reguladas por mecanismos violentos de controle, quanto às estratégias utilizadas para o ordenamento da comercialização. Esta condição produz e alimenta ciclos de violência que expõe consumidores e vendedores, sobretudo, na comercialização de algumas substâncias

ilícitas em mercados varejistas, abertos e descobertos, das classes economicamente baixas (DAUDELIN; RATTON, 2017).

Há pesquisas que demonstraram que algumas substâncias ilícitas apresentam percentual de causa de adoecimento até 10 vezes mais baixo, quando comparado com as doenças associadas ao álcool e o tabaco, ainda que as drogas ilícitas também causem problemas de saúde. A maconha, cocaína, crack figuram entre as substâncias mais consumidas no mercado de drogas ilícitas do Brasil. Mas estudos indicam que o consumo de álcool e de tabaco supera o consumo das drogas ilícitas (CARLINI, 2005; CARLINI; GALDURÓZ, 2007; LARANJEIRA, et al. 2014; WHO, 2014; WHO, 2017). Estas informações reforçam a ideia de que os critérios utilizados para definir licitude ou ilicitude das drogas passam por decisões políticas e econômicas, influenciadas também por moralidades religiosas, conflitos de classe e questões étnicas raciais (CARNEIRO; VENANCIO, 2005).

É importante considerar também que, mesmo o consumo de drogas reguladas pelo Estado brasileiro, como o álcool, o tabaco e os medicamentos, pode configurar-se como ilícito, se ocorrer à revelia das regras do controle estatal. Na legislação brasileira, há restrições também ao consumo de substâncias lícitas, referentes à idade, caso do álcool e do tabaco que é proibida a venda a crianças e adolescentes (BRASIL, 1990). Bem como o consumo de alguns medicamentos, cujo acesso só será lícito mediante prescrição médica. E, como já visto, há também os casos em que o uso de substâncias ilícitas específicas pode ser considerado lícito se realizado dentro de contexto autorizado pelo estado brasileiro, por exemplo, para fins religiosos ou medicinais (BRASIL, 1998; BRASIL, 2006).

A portaria 344 de 1998 da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde lista as substâncias que são controladas e reguladas pelo Estado. Cabe a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) o controle da produção, do consumo, bem como, a atualização das listas de substâncias reguladas para uso e as banidas pelo estado brasileiro (BRASIL, 1998) em acordo com as diretrizes e orientações da Lei Nacional sobre Drogas do Brasil, Lei 11.343, de 11 de outubro de 2006.

Em relação aos grupos de drogas observam-se três grupos de classificação quanto à origem: as drogas naturais (plantas usadas para extração e preparo das substâncias); as drogas semissintéticas, que resultam de processos químicos realizados em drogas naturais; as drogas

sintéticas, resultantes de processo de produção, estritamente por agentes químicos em laboratórios (ARAÚJO, 2017; MELCOP; CAMPOS; FRANCH, 2002).

Às ações das drogas no Sistema Nervoso Central (SNC) classificam-se em: 1) grupo das substâncias estimulantes, que são as drogas que aumentam a atividade cerebral; por exemplo, a cocaína e as anfetaminas; 2) grupo das substâncias depressoras, que são as substâncias que diminuem a atividade cerebral, por exemplo, o álcool e os ansiolíticos; 3) grupo das drogas perturbadoras, que são substâncias que alteram a qualidade do funcionamento do SNC, por exemplo, o LSD (MELCOP 2002; CARNEIRO; VENANCIO, 2005).

2.1.3 Padrões e tipos de uso

O padrão de uso é um indicador da frequência com que o usuário consome determinada droga. Há na literatura pequenas variações, mas basicamente existem 04 tipos de usuários: 1) o experimentador, geralmente usa por curiosidade e não repete a experiência; 2) o social/ recreativo, que usa regularmente (no mínimo, uma vez por mês), mas sem prejuízos as atividades do cotidiano; 3) o usuário problema, quando o consumo provoca problemas socioeconômicos, agravos à saúde física e mental decorrentes do uso; 4) o usuário dependente, que mantém o uso apesar dos efeitos adversos, estabelece padrão definido como, por exemplo, consumo de 60 ou mais gramas (cerca de 5-6 doses) de álcool puro em uma única ocasião, ao menos uma vez por mês, além do abandono de outras atividades sociais, alívio de sintomas físicos e mentais após uso. É o indivíduo que atende aos critérios do Manual de Diagnóstico Estatístico (DSM) e aos critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) sobre dependência química. (LARANJEIRA, et al. 2014; OMS, 1993; WHO, 2002; WHO, 2014; WHO, 2017).

A CID-10 é o critério adotado no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que abrange todas as doenças, incluindo os transtornos mentais. Foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A dependência, de acordo com a CID-10 “é um agrupamento de sintomas fisiológicos, comportamentais e cognitivos que indicam o uso contínuo de uma substância, apesar dos riscos a ela associados”. O uso problemático é caracterizado pela presença de problemas físicos, mentais e/ou sociais decorrentes do consumo de drogas, ainda que não seja frequente, mas é um tipo de consumo que é danoso quando ocorre (OMS, 1993; WHO, 2002; WHO, 2014).

Já o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 é específico da classificação dos transtornos mentais. Elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria, o DSM-5 considera alguns aspectos significantes para caracterizar o padrão problemático de uso de substâncias. São eles: 1) Tolerância, definida pela necessidade progressiva do aumento da quantidade de doses, manifestada também pela redução do efeito de determinada substância com o passar do tempo; 2) Síndrome de abstinência, manifestada por um conjunto de sintomas físicos e mentais, quando o uso é interrompido; 3) A manutenção, o uso persiste ou as tentativas de controlá-lo são frustradas, assim como, a substância passa a ser frequentemente consumida e em maiores quantidades, por períodos maiores, com a dedicação de cada vez mais tempo para obter, usar e se recuperar dos efeitos da droga; 4) Problemas sociais relacionados ao uso de substâncias se manifestam com o baixo desempenho nas atividades laborais e educacionais, problemas interpessoais, problemas com a justiça. Neste sentido, há o desinteresse por outras atividades do cotidiano em virtude do uso da substância. De acordo com o DSM-5 esses aspectos do comprometimento devem ser considerados significativos quando ocorridos durante um período de 12 meses (APA, 2014).

Em relação ao álcool, a WHO (2014) considera que sempre há algum nível de risco quanto ao consumo, mesmo que seja feito o uso de forma moderada. O beber moderado é um contraponto ao beber intenso, mas é um termo impreciso. O beber intenso é frequentemente definido em termos de exceder certo volume diário (por exemplo, 3 doses por dia) ou determinadas quantidades por vez (por exemplo, 5 doses por ocasião, pelo menos uma vez por semana). Há diferenciações entre homens e mulheres quanto a este padrão de consumo, por conta das diferenças biológicas. Por exemplo, para adultos saudáveis, em geral, o consumo pesado significa consumir mais do que a dose diária (4 doses para homens e 3 para mulheres) ou semanal indicadas como moderadas (WHO, 2014). Este estudo da WHO recomenda que mulheres gestantes não utilizem o álcool e/ou outras drogas. Ademais, as mulheres usuárias de álcool possuem maior risco de desenvolver transtornos por uso desta substância quando comparadas aos homens consumidores do álcool, e um risco ainda maior quando comparadas a mulheres da população geral (APA, 2014; OMS, 1993).

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas indica que a cerveja/chope é a bebida mais consumida no Brasil. Os não abstêmios homens são 62%, as mulheres são 38%. Quanto à dependência, os dependentes homens são 10%, as mulheres 3,6%. As mulheres apresentam menor percentual de consumo e de problemas com a dependência de álcool e/ou outras drogas quando comparadas aos homens. A faixa etária também constitui fator importante quanto à

frequência de consumo de drogas. O II Levantamento indicou maior frequência de consumo de álcool e/ou outras drogas entre os mais jovens. As condições socioeconômicas também apresentam diferenciações no padrão de consumo: pessoas das classes mais baixas consomem uma quantidade superior de doses (até 1,5 vezes mais) por situação habitual quando comparada a classe A (LARANJEIRA, et al. 2014). Esta informação confirma mais uma vez a influência das condições biopsicossociais no padrão de consumo, uma vez que as condições de vida possibilitam maior ou menor exposição aos fatores de risco e de proteção e maiores opções de lazer e satisfação de desejos (NERY FILHO, 2010).

2.1.4 Pessoas e drogas

Além das características das substâncias, os diversos fatores biopsicossociais vão influenciar nos níveis de riscos e prejuízos do consumo de álcool e/ou outras drogas que as pessoas estarão expostas. Dificuldades pessoais e sociais, como sentimentos de rejeição familiar, exclusão social, relações instáveis, desemprego e falta de acesso a saúde, lazer, o baixo repertório sócio cultural e a dificuldade de acesso aos demais fatores de proteção exercem influências na capacidade das pessoas disporem de estratégias e recursos para construir padrões mais seguros de consumo das drogas (NERY FILHO, 2010; OLIVEIRA, 2007; RAUPP; ADORNO, 2010; SOUZA, 2016).

Estudo etnográfico de Silva (2000) com mulheres usuárias de substâncias psicoativas, em São Paulo, concluiu que, para além do uso da droga, as precárias condições de saúde estavam associadas à falta de informações sobre hábitos saudáveis, a falta de condições materiais necessárias a uma boa qualidade de vida, a não disponibilidade de outras fontes de emoção e satisfação de desejos.

Como visto, os efeitos das substâncias dependem do tipo, da quantidade e da forma de consumo. Indivíduo, droga e contexto formam uma espécie de tríade que demanda compreender as características das substâncias, condições específicas das pessoas, os sentidos que atribuem a essa prática e as influências do contexto social, geral e local. As diversas contingências, tipos de sociabilidades, cultura, motivações, interesses e valores que dão sentido as diversas experiências com as substâncias (CARNEIRO; VENANCIO, 2005; NERY FILHO, 2010). É importante ressaltar que o uso predominante de drogas é o uso social/ recreativo das substâncias, a maior parte das pessoas não se torna dependente ou usuário problema (CARNEIRO; VENANCIO, 2005).

Em contextos de desamparo emocional e social, as drogas podem atuar como suporte para o enfrentamento e alívio de situações adversas e de exclusão. Estudo realizado por Souza (2016) sobre uso de crack e exclusão social no Brasil seguiu nesta direção ao trazer as contradições sociais para o centro do debate sobre uso de drogas. Este estudo observou o consumo do crack a partir da trajetória de classe, das estruturas de gênero, recursos culturais, afetivo-morais, institucionais. Outro estudo brasileiro organizado por Bokany (2015) concluiu que o uso de drogas está presente em todas as classes sociais, porém, com impactos distintos devido às condições sociais. O estudo demonstrou também que para 22% dos entrevistados o uso de drogas foi atribuído a tentativa de fuga de problemas e enfrentamento de situações difíceis do cotidiano.

O lugar que as drogas ocupam no cotidiano e as distintas relações construídas com o uso estão relacionadas com a história de vida, repertórios individuais e coletivos disponíveis, condições sociais e os distintos tipos de drogas e de usos (MACRAE, 2001; OLIVEIRA; NAPPO, 2008). A presença ou ausência de bom repertório individual e social para lidar com o cotidiano ajudam a explicar as relações das pessoas com as drogas (NAPPO, 1996; NAPPO et al. 2004; OLIVEIRA; NAPPO, 2008). A condição de exclusão de numerosos setores jovens da população urbana norte-americanas garantiu o sucesso do crack nas grandes metrópoles, essa condição produziu efeitos análogos no Brasil (DOMANICO, 2006). Neste sentido, algumas pesquisas dedicaram-se a compreender fatores de risco e de proteção ao uso de substâncias psicoativas, entre as quais, alguns estudos que investigaram a relação do apoio social com o uso de álcool e/ou outras drogas (MORAES; REICHENHEIM, 2007; MORRIS, 2012; ROCHA, et al. 2016) .

2.2 APOIO SOCIAL

Embora haja nuances, é possível observar na literatura a presença de conceituações que se complementam ao descreverem as dimensões que compõem o apoio social como compreendido neste estudo. Observando o entendimento de apoio social no curso da produção literária, este foi inicialmente definido enquanto “apoio acessível a um indivíduo através de laços sociais com outros indivíduos, grupos e com a comunidade maior” (LEVY, 1983).

Em seguida, Kaplan e Hartwell (1987) propõem que o apoio social pode ser compreendido em termos da satisfação do indivíduo ou pela função instrumental exercida por conexões sociais. Straub (2014, p.126) acrescenta que o apoio social é “o companheirismo de outras pessoas que transmite preocupação emocional, auxílio material ou retorno honesto a

respeito de uma situação”, sendo o apoio social percebido como um fator importante para o manejo de situações de estresse.

Guedes et al. (2017, p.1187) atentam para a “integração do suporte emocional, financeiro, instrumental e relacionamento social que pessoas ou instituições podem oferecer” como constitutivos do apoio social. Vale ressaltar a distinção entre os conceitos de apoio social, rede social e redes de apoio social, uma vez que são constructos distintos, contudo, têm sido investigados conjuntamente para a compreensão de suas repercussões no comportamento e estilo de vida das pessoas (ARAGÃO, et al. 2017; GUEDES et al. 2017; KAPLAN; HARTWELL, 1987).

Uma rede social pode ser entendida como o conjunto de ligações de um grupo que de alguma maneira explica seu comportamento, envolvendo neste sentido papéis, laços sociais, tamanho, composição, espaço geográfico, entre outros elementos (EIZIRIK, 2013). A rede social desempenha funções como o desenvolvimento da identidade social, suporte emocional, material e instrumental. Já a rede de apoio social compreende o “conjunto de relações sociais próximas e significativas que representam o apoio percebido e recebido pelos indivíduos” (DELL'AGLIO; SIQUEIRA, 2012). Portanto, entende-se que o apoio social advém das redes sociais construídas e, por sua vez, das redes de apoio, vínculos que oferecem um suporte reconhecido pelos indivíduos que o recebem.

É possível encontrar na literatura alguns tipos distintos de apoio social percebido, entre eles: (I) o apoio emocional, que envolve relações em que há diálogo, confiança e partilha de sentimentos; (II) o apoio instrumental, que diz respeito à ajuda material e de recursos; (III) o apoio informacional, que significa o acesso à informação e orientação; (IV) o apoio afetivo, que consiste em atenção e demonstrações de carinho e amor; e (V) o apoio de interação positiva, que se refere à possibilidade de ter a companhia de alguém em atividades de diversão e lazer (SHERBOURNE; STEWART, 1991).

2.2.1 Apoio social em processos de saúde

Uma gama de estudos buscou compreender os benefícios do apoio social, como será discutido a seguir, contudo, Straub (2014) atenta que nem sempre este é benéfico a depender da forma como a pessoa o percebe, do tipo de apoio oferecido e sua pertinência ao momento vivido, e do nível de intensidade deste apoio. Dessa forma, em situações em que a pessoa não deseja receber ajuda ou se sente invadida nas suas relações pessoais pelo excesso de apoio,

pode haver aumento do estresse, assim como quando é preciso um determinado tipo de apoio, por exemplo, o instrumental, e lhe é oferecido apenas o emocional, não atendendo a suas necessidades iminentes.

Já em relação aos efeitos positivos do apoio social à saúde e bem-estar, Straub (2014) salienta duas hipóteses explicativas encontradas na literatura, a *hipótese de proteção* e a *hipótese do efeito direto*. De acordo com Cohen e Wills (1985) a *hipótese de proteção* sugere que o apoio social influi de forma indireta, como um amortecimento (*buffering*) em eventos estressantes da vida, diminuindo o adoecimento em virtude destes. Já a *hipótese do efeito direto*, propõe que o apoio social percebido tem efeitos benéficos sobre o organismo, independente de o indivíduo estar ou não sob uma situação de estresse.

Na busca por evidências quanto a estes modelos explicativos, os autores concluem que ambas as hipóteses se confirmam, embora o apoio social esteja atuando por mecanismos distintos. A *hipótese de proteção* se confirmou quando a medida de apoio social investigada dizia respeito à disponibilidade de recursos interpessoais percebidos e que supriam as necessidades geradas por eventos estressantes. Enquanto o *efeito direto* envolveu a integração do indivíduo em uma rede social ampla (COHEN; WILLS, 1985). Ainda não há consenso na literatura sobre qual das hipóteses melhor explica o funcionamento do apoio social na saúde, no entanto, esta discussão elucida a importância do apoio social para os processos de saúde-doença (STRAUB, 2014).

Nesta discussão, Levy (1983) reuniu uma série de estudos numa revisão da literatura internacional que apontaram para a importância do apoio social na promoção de comportamentos benéficos à saúde e adesão ao tratamento médico. A família demonstrou ser uma fonte importante de apoio social nestes casos, uma vez que esta pode auxiliar através de cuidados diretos ou influenciando as crenças, normas e motivações que acabam por incidir sobre o comportamento das pessoas em relação a sua saúde.

Dentro deste debate, estudos apontam que o apoio social pode ter repercussões na vivência de doenças crônicas, como o câncer e a diabetes. Segundo Straub (2014), pacientes com câncer que se veem cercados de uma rede de relações de afeto têm menor probabilidade de morte.

No que diz respeito à diabetes, Kaplan e Hartwell (1987) encontraram diferenças de gênero em relação à influência do apoio social e do tamanho da rede de apoio social no

controle da doença. O estudo foi realizado com 32 homens e 44 mulheres com diagnóstico confirmado de diabetes tipo mellitus que não dependiam de injeção de insulina convidados a participar de um programa de dieta e exercícios físicos. Ao serem observadas mudanças nos índices de glicose no sangue, colesterol e peso corporal e a frequência de participação nas atividades do programa, foi encontrada uma correlação positiva quanto ao controle da diabetes nas mulheres e sua satisfação com o apoio social, em contraponto a uma correlação negativa para os homens. Apesar da falta de consenso na literatura a este respeito, os autores levantaram a hipótese de que, ao contrário das mulheres que receberiam apoio para este controle, os homens se preocupam menos com a doença ou mesmo se sentem mais a vontade para manter padrões de alimentação e atividades físicas de acordo com seu interesse, quando têm uma rede de apoio satisfatória.

Já no que diz respeito ao tamanho da rede de apoio social, mulheres com grande rede demonstraram menor assiduidade nas atividades do programa, sugerindo, portanto, ser este um fator prejudicial ao controle da diabetes. Apesar da não influência na participação dos homens no programa, este fator apresentou correlação negativa com mudanças fisiológicas no sentido do controle da doença. Os autores sugerem que estes dados podem ser indícios de que o tamanho da rede de apoio repercute no número de atividades que as mulheres se comprometem em seu dia a dia, influenciando negativamente no seu cuidado com a saúde, enquanto que para os homens pode ser difícil a mudança de comportamentos quando cercado de uma rede maior, em especial se esta tem comportamentos opostos a esta mudança (KAPLAN; HARTWELL, 1987).

Num estudo mais recente, desenvolvido com 714 usuários da Rede de Atenção Primária de Petrópolis-RJ, foi identificada uma associação positiva entre apoio social percebido e a presença de hipertensão e diabetes (ARAGÃO, et al. 2017). Tais resultados corroboram com a literatura ao indicar que a família e outros atores da rede de apoio tendem a se aproximar das pessoas adoecidas e contribuem para o enfrentamento da doença. Contudo, no tocante à saúde mental, foram observadas associações invertidas entre a presença de transtornos mentais comuns (depressão e ansiedade) e o apoio social percebido. Portanto, diferentemente dos casos que envolvem adoecimento físico, os usuários com adoecimento mental não costumam perceber-se apoiados em termos de apoio material, emocional, de informação e de interação social positiva.

Outra investigação sobre a associação entre transtornos mentais comuns e o apoio social percebido foi desenvolvida na Zona da Mata de Pernambuco, com moradores da comunidade do Pirauá (COSTA; LUDERMIR, 2005). Os resultados apontam que as pessoas que percebiam baixo apoio social apresentavam duas vezes mais chances de ter transtornos mentais comuns em comparação com as que relataram alto apoio social.

Vale ressaltar que em ambos os estudos mencionados, foi identificada a associação positiva entre a prevalência de transtornos mentais comuns e condições de vida como baixa renda e baixa escolaridade, além disso, evidenciam-se distinções de gênero, sendo tais transtornos predominantes em mulheres. Guedes et al. (2017) atentam para a importância de serem pensadas estratégias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que envolvem a atenção para a rede social e o apoio social, uma vez que constituem os determinantes sociais da saúde e, portanto, elementares para o cuidado integral. De acordo com os autores, isto seria de suma importância, em especial à saúde integral do idoso, e observa-se que redes microsociais em desarranjo constituem um risco continuado a estes, enquanto que redes fortalecidas contribuem para o maior suporte e para a redução das demandas de atenção à saúde no âmbito do SUS.

Neste sentido, destacam, por um lado, a responsabilidade dos profissionais e gestores na realização de estratégias preconizadas pelo SUS, e por outro a corresponsabilidade dos usuários no cuidado a sua saúde e de pessoas próximas, sendo necessárias ações que promovam a autonomia. Neste contexto, são mencionadas algumas estratégias de manejo e ampliação do apoio social, servindo para o fortalecimento das redes microsociais: “o autocuidado apoiado, a gestão de cuidado por pares, os grupos operativos presenciais e não presenciais de idosos e o uso de ferramentas interativas via internet, como as redes sociais e aplicativos de conversas com *smartphones*” (GUEDES et al. 2017, p. 1195). Assim, o apoio social constitui elo de solidariedade, fortalecimento de vínculos afetivos, suporte emocional e material (DELL'AGLIO; SIQUEIRA, 2012).

Um levantamento da produção científica sobre o apoio social associado aos processos de saúde e doença encontrou diversos estudos na literatura nacional e internacional. Havendo nos estudos internacionais de saúde mais influência da psicologia social, da sociologia e ciência política e nas pesquisas nacionais de saúde maior influência da antropologia e da sociologia (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012).

2.2.2 Apoio social e uso de álcool e drogas

Estudo de Morris (2012) sobre a associação entre apoio social e uso de álcool e/ou outras drogas em mulheres observou que mulheres gestantes, com baixa disponibilidade de apoio social, apresentaram maiores chances de terem problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas durante a gravidez.

No estudo realizado por Borges et al. (2016) sobre álcool e/ou drogas, apoio social e autorregulação encontrou que o acesso ao apoio social fortalece a autorregulação, que é uma variável importante no controle dos impulsos para o consumo abusivo de substâncias psicoativas. Este estudo foi realizado com estudantes universitários de Portugal e demonstrou que estudantes com maior acesso ao apoio social consumiam menores quantidades de bebidas alcoólicas. Porém, de forma ambígua, o alto nível de apoio social e de integração, em situações específicas, como momentos de cerimônias, poderia levá-los a um aumento de consumo de álcool.

Outro estudo realizado no Rio de Janeiro (RJ) com mulheres gestantes atendidas na rede pública de saúde observou que o baixo acesso ao apoio social é uma das variáveis associadas ao consumo exagerado de álcool durante a gestação (MORAES; REICHENHEIM, 2007).

Uma revisão da literatura internacional realizada por Pinho et al. (2018) sobre a associação do apoio social, reabilitação psicossocial e problemas decorrentes do uso/ abuso de álcool e/ou drogas, identificou que o apoio social exerce influência positiva na saúde, na motivação e na busca de melhores resultados frente aos problemas decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas (PINHO et al. 2008 apud BOOTH et al. 1992).

Por influência de questões morais e limitações dos instrumentos de coleta de informação, há dificuldades na produção de dados sobre uso de drogas (sobretudo, ilícitas) durante a gestação e puerpério. O medo de sofrer retaliações, como a perda da guarda das crianças, sugere que algumas mulheres omitam informações sobre o uso de drogas ilícitas (MORAES; REICHENHEIM, 2007; ROCHA, et al. 2016).

No estudo de Rocha et al. (2016), realizado no Rio Grande Sul, sobre gestantes e uso de cocaína, identificou-se que apenas 1,7% das gestantes declararam-se usuárias da substância ilícita nas entrevistas. Porém, nas análises por exames toxicológicos, este percentual subiu

para 6%, o que demonstrou dificuldades de obter e produzir dados no Brasil sobre mulheres gestantes e puérperas usuárias de drogas ilícitas.

Há na literatura estudos que indicam a influência do acesso a fatores de proteção com os distintos padrões de consumo de substâncias psicoativas que são estabelecidos pelas pessoas (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014; NERY FILHO, 2010;). As interações sociais, o conjunto de ligações afetivas e materiais também determinam as relações que os indivíduos vão estabelecer com as drogas. (LABATE et al. 2008; NERY FILHO, 2010; SOUZA, 2016).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a associação entre apoio social e consumo de álcool e/ou outra drogas em mulheres.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil demográfico e socioeconômico das mulheres;
- Estimar a prevalência do consumo de álcool e/ou outras drogas entre mulheres;
- Estimar a prevalência do acesso ao apoio social nas mulheres investigadas;
- Investigar a associação entre o acesso ao apoio social e o consumo de álcool e/ou outras drogas.

4 JUSTIFICATIVA

O consumo de álcool e/ou outras drogas possui diversas razões e motivações, dentre elas, a recreação, o alívio dos sofrimentos psíquicos e dos fatores estressores do cotidiano. É possível estabelecer distintas relações com o uso de álcool e/ou outras drogas, entre elas a relação de dependência. Essas condições dependem do tipo de droga, características do usuário e do contexto vivido. A dependência de álcool e/ou outras drogas é um problema de saúde pública (WHO, 2014). Pessoas com menor acesso a fatores de proteção, sem reconhecimento de direitos básicos, em geral, estão mais suscetíveis aos efeitos e agravos decorrentes do uso. Ao considerar as dimensões do apoio social recebido e percebido, que são dimensões próximas aos fatores de proteção descritos na literatura sobre álcool e drogas, podemos pensar que o baixo acesso ao apoio social é fator de vulnerabilidade à saúde de pessoas que usam drogas. Uma vez que usuários/as de álcool e/ou outras drogas, em situação de desamparo emocional e social, podem constituir grupo mais vulnerável aos efeitos indesejados e agravos decorrentes do uso/abuso de substâncias. Compreender fatores de proteção social e bem-estar é de fundamental importância para construção de estratégias de promoção à saúde de pessoas que usam drogas. A literatura apresenta o apoio social como variável importante nos processos de saúde e doença, sendo assim, este estudo busca analisar a associação entre o apoio social e a frequência de consumo de álcool e/ou outras drogas em mulheres.

5 PERGUNTA CONDUTORA

O baixo apoio social é fator de risco para o uso de álcool e drogas ilícitas?

6 MÉTODOS

6.1 ÁREA DE ESTUDO

A cidade do Recife é dividida em 06 regiões político-administrativas (RPA), sendo cada uma subdividida em três microrregiões (MR). As RPA agregam bairros com maiores semelhanças territoriais. Dentre as 06 RPA estão distribuídos 08 Distritos Sanitários (RECIFE, 2014). Este estudo foi realizado no Distrito Sanitário II, entre julho de 2013 e dezembro 2014, por melhor se adequar às necessidades operacionais e logísticas da pesquisa de campo. As características socioeconômicas e demográficas da população cadastrada na Estratégia da Saúde da Família (ESF) são semelhantes (RECIFE, 2006). Isto facilitou a decisão de realizar a pesquisa num único distrito sanitário. O DS II é composto por 19 bairros, que estão distribuídos em três microrregiões: Água Fria, Alto do Pascoal, Alto Santa Terezinha, Arruda, Beberibe, Bomba do Hemetério, Cajueiro, Campina do Barreto, Campo Grande, Dois Unidos, Encruzilhada, Fundão, Hipódromo, Linha do Tiro, Peixinhos, Ponto de Parada, Porto da Madeira, Rosarinho e Torreão. Apresenta uma extensão territorial de 1.430 hectares, que corresponde a 6,5% da área do município. As densidades domiciliar e demográfica são de 3,8 hab/domicílio e 144 hab/hectare, respectivamente (RECIFE, 2006).

A ocupação do DS II é predominantemente residencial unifamiliar, voltada para o seguimento de média e baixa renda. Apresenta cinco Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS), nas quais residem em média 60% de toda sua população, sendo um dos distritos que apresenta maior proporção de habitantes em ZEIS. Conseqüentemente apresentam piores indicadores socioeconômicos e de saúde e são consideradas prioritárias e estratégicas para o desenvolvimento de ações setoriais específicas e de políticas públicas de caráter mais amplo que permitam a inclusão social da população. No setor saúde estas áreas são consideradas prioritárias para a implantação da ESF (RECIFE, 2006). O número de habitantes do DS II é de 236.662 (RECIFE, 2010), representando 14,5% da população recifense, sendo 53,5% mulheres e 46,5% homens. No que diz respeito à infraestrutura, apresenta 95,4% dos domicílios com abastecimento de água e 96,9% com coleta de lixo. Além disso, 51,6% dos domicílios possuem fossa rudimentar, no entanto, apenas 31,3% estão ligados à rede de esgoto (RECIFE, 2006).

A rede de atenção à saúde é composta por 46 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), 23 equipes de saúde bucal, quatro equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e três equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Essa rede

representa uma cobertura em torno de 78% da população do DS II (RECIFE, 2006; RECIFE, 2014). Ainda compõem a rede de saúde municipal no DS II, uma Upinha/USF, uma Unidade Básica de Saúde Tradicional, duas Policlínicas, três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – sendo um infantil, um de transtorno mental e outro de álcool e/ou outras drogas, quatro Residências Terapêuticas, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), três farmácias da família, dois serviços de apoio diagnóstico, um Serviço de Pronto Atendimento (SPA), uma unidade especializada em práticas integrativas e sete polos da academia da cidade (RECIFE, 2014).

6.2 DESENHO DO ESTUDO

Estudo transversal aninhado em um estudo de coorte sobre os determinantes e consequências da exposição à violência pelo parceiro íntimo para a saúde reprodutiva, saúde mental e resultados perinatais, realizada desde 2005.

Na primeira etapa da coorte (gestantes) foram realizadas entrevistas com 1.120 gestantes, a partir da 31^a semana, no período de julho de 2005 a outubro de 2006. O contato com as gestantes foi feito durante a consulta do pré-natal das mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Distrito Sanitário II da cidade do Recife - PE. A entrevista foi realizada antes ou imediatamente após a consulta, em uma sala reservada na própria USF, no carro da pesquisa ou agendada para a data e o local mais conveniente, visando mais conforto e segurança para as gestantes. Os contatos com as gestantes de alto risco, que não faziam o pré-natal na USF, e com aquelas que não frequentavam o pré-natal com regularidade, foram feitos no domicílio. Essas foram identificadas a partir dos registros dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Na segunda etapa da coorte (puérperas) foram realizadas entrevistas com 1.057 mulheres depois do parto, no período de maio a dezembro de 2006. Nessa etapa, as puérperas foram contatadas a partir do agendamento para as consultas de puericultura, seguindo o mesmo padrão estipulado para a realização das entrevistas da primeira etapa. O contato com as puérperas que não haviam agendado consulta para a puericultura foi feito no domicílio, sendo a entrevista realizada em data e local mais conveniente para elas. Em razão da cobertura ainda insuficiente dos ambulatórios de puericultura e da inconveniência de

entrevistá-las em companhia do bebê, a maioria das entrevistas foi realizada na residência das mulheres.

A terceira etapa da coorte (mães e crianças) foi realizada entre julho de 2013 e abril de 2014, quando as crianças que nasceram em 2005 e 2006 estavam com idade entre sete e nove anos. As mulheres que participaram da segunda etapa foram identificadas para uma nova entrevista. Entretanto, seis delas haviam ido a óbito, 369 não foram encontradas por mudança de endereço, 14 estavam morando em outro município, cinco em outro Estado, uma estava presa, uma estava morando na rua, além de ter havido 17 recusas de continuar participando da pesquisa. Foram entrevistadas nessa etapa, 644 mulheres, sobre suas condições socioeconômicas e demográficas, uso de álcool e/ou outras drogas, eventos de vida produtores de estresse, apoio social, saúde mental, e situação de violência, entre outros temas.

Na operacionalização da pesquisa (Seleção, Treinamento das Entrevistadoras e Estudo Piloto) foram selecionadas entrevistadoras com experiência em pesquisa sobre saúde da mulher e da criança e/ou violência para uma semana de treinamento. O treinamento constou de exposições dialogadas sobre violência contra a mulher e contra a criança, incluindo apresentação de vídeos. As principais ideias do estudo foram discutidas e o conteúdo do questionário apresentado, com leitura coletiva do questionário e do manual “questão a questão”. Foram enfatizadas as questões éticas do estudo e a necessidade de se coletar informações precisas. Tendo em vista que a violência é subestimada, pela dificuldade de indagá-la e de relatá-la, este tópico foi bastante trabalhado durante o treinamento. As treinandas foram submetidas a entrevistas simuladas, com discussões durante e depois de cada uma delas, com o objetivo de clarear o conteúdo dos instrumentos de coleta de dados.

À semelhança dos treinamentos anteriores, um estudo piloto foi realizado numa USF do DS VI para testar a adequação do questionário à pesquisa, bem como selecionar as entrevistadoras. Depois deste período, as entrevistadoras e a coordenadora de campo foram contratadas e as mudanças necessárias no questionário foram realizadas.

6.3 DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS

6.3.1 Variável independente:

Apoio social: referente a medidas subjetivas e objetivas de apoio, como a percepção de sentimentos de afeto, amparo, segurança, demonstrações de cuidado, valorização e apoio material, por parte de familiares e/ou amigos (COMMUNITIES COUNT, 2000). É o acesso e a percepção do suporte prático recebido a partir das cinco dimensões do apoio social: interação positiva, apoio emocional, apoio afetivo, apoio informacional e apoio material (SHERBOURNE; STEWART, 1991). O apoio social foi investigado pelo *Medical Outcomes Study Questions – Social Support Survey (MOS-SSS)*, instrumento desenvolvido por Sherbourne & Stewart em 1985, validado no Brasil por Griep et al. (2005). Segundo Costa e Ludermitz (2005, p. 74), este é "rápido, multidimensional, de fácil administração e compreensão. [...] Compreendendo cinco dimensões funcionais de apoio social: apoio emocional, afetivo, tangível (provisão de recursos práticos e ajuda material), de informação e de companhia ou interação social." Possui 19 questões com cinco tipos de repostas, sendo elas: nunca, raramente, às vezes, quase sempre ou sempre; é um instrumento de autorrelato, mas devido ao baixo nível de escolaridade da população estudada, foi feita a opção pela aplicação de entrevistas. A pontuação foi atribuída por escores, com variação de 1 a 5. Para a resposta “nunca” se atribuiu a pontuação 1, para a resposta “sempre” a pontuação 5. Posteriormente foi realizada a soma da pontuação. As perguntas sem respostas receberam o valor de 0. A partir do escore global da soma das cinco dimensões de apoio social foram calculadas as médias das mulheres, em seguida, foram divididas em dois grupos: mulheres com baixo apoio social (19 a 67 pontos) e mulheres com alto apoio social (68 pontos ao máximo).

Quadro 1 - Avaliação do apoio social recebido pelas mulheres

Variável	Descrição	Categorização
Apoio social	Com que frequência a mulher conta com alguém diante de dificuldades nas seguintes dimensões funcionais: material, afetiva, emocional, de informação e interação social positiva	Nunca. Raramente. Algumas vezes. Muitas vezes. Sempre

6.3.2 Variáveis dependentes:

- **Uso abusivo de álcool:** uso de bebida alcoólica nos últimos sete anos (sim/não) mais a frequência de consumo: uso frequente (diário ou de 1 a 2 dias por semana) e uso não frequente (1 vez por mês ou raramente), de acordo com a classificação da OMS (1993).
- **Uso de drogas ilícitas:** Uso de drogas ilícitas nos últimos sete anos (sim/não).

6.3.3 Co-variáveis:

Características socioeconômicas e demográficas da mulher foram avaliadas pelas seguintes co-variáveis:

- Idade da mulher (< 30 anos e ≥ 30 anos);
- Raça/cor da mulher (branca e não-branca);
- Escolaridade da mulher em anos completos de estudo e agrupada em duas categorias: ≤ 9 anos de estudo e > 9 anos de estudo);
- Situação conjugal: parceiro (sim ou não) para a pergunta: “Você tem um marido/companheiro ou namorado?”;
- Renda: sem renda/menos de 01 salário mínimo (R\$ 678,00) e ≥ 1 salário mínimo (R\$ 678,00);
- Inserção produtiva (ativa ou inativa por estar, no momento da entrevista, inserida ou não no mercado formal de trabalho);
- Chefe de domicílio (sim ou não).
- Moradia (própria e não própria);

6.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

6.4.1 Questionário das mulheres (3ª etapa)

SEÇÃO 1 - Características socioeconômicas e demográficas da mulher

SEÇÃO 3 - Apoio social– *Medical Outcomes Study Questions – Social Support Survey (MOS-SSS)*.

6.5 ANÁLISE DOS DADOS

A entrada de dados foi realizada no Programa Epi-Info versão 3.5.4, através de entrada dupla de dados e por digitadores diferentes. Posteriormente, o aplicativo *Validate* foi utilizado para checar os erros de digitação, sendo realizadas a limpeza e verificação da consistência dos dados. A análise estatística foi realizada no programa Stata versão 13.1 para Windows. As variáveis foram descritas e analisadas, estimando-se os *odds ratio* (OR) bruto e ajustado, com avaliação da significância estatística considerando $p \leq 0,05$ e intervalos de confiança a 95% (IC95%). Para a análise dos possíveis fatores de confusão foi avaliada a associação entre as co-variáveis e o uso e frequência de consumo de álcool e drogas ilícitas e entre as co-variáveis e o apoio social. As variáveis que se mostraram associadas à exposição e ao desfecho na análise bivariada, e que haviam sido previamente selecionadas, foram incluídas no modelo para o ajuste. A independência da associação do apoio social, com o uso e frequência de consumo de álcool e drogas ilícitas, foi analisada por regressão logística. Foram incluídas no modelo as co-variáveis associadas ao apoio social e o uso de álcool e/ou outras drogas com valor de $p < 0,10$.

7 ASPECTOS ÉTICOS

Considerando a natureza desta pesquisa, a confidencialidade e a privacidade foram garantidas durante e após a entrevista, tentando assegurar proteção às entrevistadas de uma violência adicional seja por seus parceiros, familiares ou vizinhos. Os questionários da pesquisa foram identificados por um número e guardados imediatamente após a entrevista. Constam de um termo de consentimento livre e esclarecido, lido no início da entrevista, momento em que as mulheres foram informadas sobre o local e a coordenação da pesquisa, o seu caráter voluntário e sigiloso e a natureza delicada e pessoal de algumas questões.

Foram elaborados miniguias de serviços em formato de bolso contendo informações sobre os serviços sociais, de saúde e jurídico-policiais especializados no atendimento a mulheres em situação de violência disponíveis na cidade do Recife. Todas as mulheres, independentemente de vivenciarem situações de violência, receberam os miniguias após o encerramento da entrevista. Em situações de violência severa atual, as gestantes foram orientadas a procurar os serviços especializados em atendimento às mulheres em situação de violência.

Este estudo transversal está aninhado à terceira etapa do estudo de coorte “Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006”, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (Parecer nº 194.672, emitido em 06/02/2013).

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Um ponto importante na discussão sobre validade nos estudos epidemiológicos diz respeito à importância das informações obtidas. Nesse sentido, um aspecto fundamental nesta investigação referente ao uso de álcool e/ou outras drogas por mulheres, é reconhecer que tratar-se de tema sensível, sobre o qual a mulher pode sentir-se constrangida em relatar ou receosa das consequências de admitir o uso, sobretudo, das drogas ilícitas. Por ser tema sensível e controverso, cercado de moralidades, não admitir o uso de drogas pode ser recurso utilizado por mulheres que temam sofrer julgamentos morais e até implicações referentes da guarda da criança.

9 RESULTADOS

9.1 ARTIGO: APOIO SOCIAL E CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS ILÍCITAS POR MULHERES

RESUMO

OBJETIVO: analisar a associação entre apoio social e o consumo de álcool e drogas ilícitas por mulheres.

MÉTODOS: Estudo transversal aninhado em uma coorte iniciada em 2005. A amostra compreendeu 644 mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário II da cidade do Recife – PE. O apoio social foi mensurado pelo *Medical Outcomes Study Questions – Social Support Survey (MOS-SSS)*. As variáveis dependentes foram uso abusivo de álcool e uso de drogas ilícitas nos últimos setes anos. Foram realizadas análises descritivas e obtidas a frequência do apoio social e a frequência do uso do álcool e uso de drogas ilícitas. A associação entre o apoio social e a frequência do uso do álcool e uso de drogas ilícitas foi analisada por regressão logística, estimando-se os *odds ratio* (OR) bruto e ajustado, com avaliação da significância estatística considerando $p \leq 0,05$ e intervalos de confiança a 95% (IC95%). As variáveis que se mostraram associadas à exposição e ao desfecho na análise bivariada, e que haviam sido previamente selecionadas, foram incluídas no modelo para o ajuste. A análise estatística foi realizada no Stata 13.0 para Windows.

RESULTADOS: Os resultados mostraram que 74,8% das mulheres apresentaram alto apoio social; que 56,2% eram usuárias de álcool, com 31% delas apresentando o uso frequente. Apenas 5,1% eram usuárias de drogas ilícitas. O apoio social não se mostrou associado à frequência de uso de álcool (ORajustado=1,31; IC 95% .90 – 1.9), assim como o uso de drogas ilícitas (OR=0.95; IC95% 0,4 – 1.9).

CONCLUSÕES: Os fatores de proteção descritos na literatura sobre o consumo de álcool e/ou drogas possuem características semelhantes às características contidas nas cinco dimensões do apoio social (suporte afetivo, emocional, material, informação e interação social positiva), porém, o apoio social, neste estudo, não foi evidenciado como fator de proteção ao consumo de álcool e drogas. Recomenda-se a realização de outros estudos que possam melhor elucidar os benefícios do apoio social enquanto fator de proteção aos padrões de risco do consumo de álcool e drogas ilícitas.

DESCRITORES: Apoio Social. Álcool. Drogas. Mulheres.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To investigate the association between social support and alcohol and / or other drug use in women.

METHODOS: Cross-sectional study nested in a cohort initiated in 2005. The sample comprised 644 women enrolled in the Family Health Strategy of the Sanitary District II of Recife - PE. Social support has been assessed by the Medical Outcomes Study Questions - Social Support Survey (MOS-SSS). The dependent variables were alcohol abuse and use of illicit drugs in the last seven years. Descriptive analyzes were performed and the frequency of social support and the prevalence and frequency of alcohol use and illicit drugs use were obtained. The association between social support and the frequency of alcohol use and illicit drug use was analyzed by logistic regression, estimating the crude and adjusted odds ratios (OR), with statistical significance evaluated considering $p \leq 0.05$ and confidence intervals (95% CI). Variables that were associated with exposure and outcome in the bivariate analysis, and that had been previously selected, were included in the adjustment model. Statistical analysis was performed using Stata 13.0 for Windows.

RESULTS: The results showed that 74.8% of women had high social support; that 56.2% were alcohol users, with 31% of them having frequent use. Only 5.1% were illicit drug users. Social support was not associated with alcohol use frequency (OR_{adjusted}=1,31; IC 95% .90 – 1.9) as well as illicit drug use (OR = 0.95; IC95% 0.4 - 1.9).

CONCLUSION: The protective factors described in the alcohol and / or drug literature have characteristics similar to those contained in the five dimensions of social support (affective, emotional, material, information and positive social interaction), but social support in this study was not evidenced as a protective factor against alcohol and drug use. Further studies are recommended to better elucidate the benefits of social support as a protective factor against the risk patterns of alcohol and illicit drug use.

KEYWORDS: Social Support. Alcohol. Drugs. Women.

Introdução

Compreende-se o apoio social na literatura científica como o “apoio acessível a um indivíduo através de laços sociais com outros indivíduos, grupos e com a comunidade maior”.¹ Kaplan e Hartwell propõem que o apoio social pode ser compreendido em termos da satisfação do indivíduo ou pela função instrumental exercida por conexões sociais.²

O apoio social pode ser dividido em cinco dimensões: (I) o apoio emocional, que envolve relações em que há diálogo, confiança e partilha de sentimentos; (II) o apoio instrumental, que diz respeito à ajuda material e de recursos; (III) o apoio informacional, que significa o acesso à informação e orientação; (IV) o apoio afetivo, que consiste em atenção e demonstrações de carinho e amor; e (V) o apoio de interação positiva, que se refere à possibilidade de ter a companhia de alguém em atividades de diversão e lazer.³⁻⁴

Os recursos práticos e subjetivos disponibilizados pelo apoio social a partir das relações interpessoais com familiares e/ou amigos tendem a proporcionar aos indivíduos com alto nível de apoio social recebido e percebido melhores condições de bem-estar, como também pode ser uma variável fundamental para a prevenção de danos a saúde mental.⁵⁻⁶

Um levantamento na literatura nacional e internacional realizado por Canesqui e Barsaglini⁷ identificou diversos estudos sobre a associação do apoio social com processos de saúde e doença. Alguns estudos dedicaram-se a investigar a associação entre apoio social e o consumo de álcool e/ou outras drogas.⁸⁻⁹⁻¹⁰

O uso de álcool e/ou outras drogas se constitui como um problema de saúde pública.¹¹ Porém, existem fatores de proteção que podem minimizar os efeitos adversos do consumo.¹²⁻¹³ Por mais que o uso danoso de drogas chame mais atenção da sociedade, Carneiro¹⁴ ressalta que este é o tipo de uso menos frequente. O autor traz a ressalva necessária devido às questões controversas e moralizantes que estão relacionadas ao de substâncias psicoativas, pois, o maior consumo de drogas é realizado de forma recreativa, nas diversas interações sociais com a finalidade de integração, prazer, transcendência, satisfação de desejos.

Usar drogas é uma prática presente na história de todas as sociedades com diversas finalidades. É uma prática capaz de aliviar tensões e sofrimentos, sejam físicos, mentais ou sociais. No entanto, dependendo da forma como se dá o uso de algumas substâncias, o uso reconhecido como prazeroso, socializador, recreativo, pode também tornar-se prejudicial.¹⁵

Labate¹⁶ apresenta que as relações dos indivíduos com as substâncias, desde a forma de produção, a venda e distribuição, efeitos buscados, modo de ingestão, motivações para o uso, sua sociabilidade, acompanham os contextos culturais, sociais, políticos, econômicos. Essas relações trazem uma diversidade de usos, motivações, especificidades e múltiplos contextos histórico-socioculturais.

Assim, indivíduo, droga e contexto formam uma espécie de tríade que nos permite compreender as características específicas das drogas, os sentidos que os sujeitos atribuem a essa prática e as influências do contexto social, geral e local. As diversas contingências, tipos de sociabilidades, culturas, motivações, interesses, valores que dão sentido às diversas experiências com as drogas.¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶

Em relação à associação entre apoio social e uso de álcool e/ou outras drogas, o estudo realizado por Moraes e Reichenheim¹⁰ no Rio de Janeiro (RJ) com mulheres gestantes atendidas na rede pública de saúde observou que o baixo acesso ao apoio social é uma das variáveis associadas ao consumo exagerado de álcool durante a gestação. Morris⁸ corrobora que mulheres gestantes, com baixa disponibilidade de apoio social, apresentaram maiores chances de terem problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas durante a gravidez.

Rocha⁹ apresentou dificuldades na produção de dados sobre uso de drogas (sobretudo, ilícitas) durante a gestação e puerpério. A influência de questões morais, as limitações dos instrumentos de coleta de informação e o medo de sofrer retaliações ao assumir o uso de drogas foram algumas das dificuldades apontadas.

Investigação de Borges¹⁷ demonstrou que o acesso ao apoio social fortalece a autorregulação, uma variável importante no controle dos impulsos para o consumo abusivo de substâncias psicoativas. Este estudo foi realizado com estudantes universitários de Portugal e demonstrou que estudantes com maior acesso ao apoio social consumiam menores quantidades de bebidas alcoólicas. Porém, de forma ambígua, o alto nível de apoio social e de integração, em situações específicas, como momentos de cerimônias, poderia levá-los a um aumento de consumo de álcool.

Um estudo realizado por Souza¹⁸ sobre uso de crack e exclusão social no Brasil trouxe as contradições sociais para a discussão sobre o consumo da droga, apontando a exclusão social como importante fator de risco para o uso abusivo. Além de considerar as

peculiaridades individuais, analisou o problema do crack a partir das trajetórias de classe, estruturas de gênero, recursos culturais, afetivo-morais e institucionais.

Bokany¹⁹ concluiu que o uso de drogas lícitas e ilícitas está presente em todas as classes sociais, porém, com impactos distintos devido às condições sociais. Sua investigação demonstrou que para 22% dos entrevistados o uso de drogas é atribuído à tentativa de fuga de problemas e enfrentamento de situações difíceis do cotidiano.

Neste sentido, as condições biopsicossociais exercem influência no padrão de consumo, pois as questões relacionadas à tríade indivíduo, substância e contexto possibilitam maior ou menor exposição aos fatores de risco e de proteção.²⁰ Assim, este estudo analisa a associação entre o apoio social (sensação de acolhimento, pertencimento, reconhecimento, solidariedade, integração, suporte emocional, financeiro e material em necessidades cotidianas) e os padrões de consumo de álcool e drogas ilícitas.³⁻⁴ Objetiva-se compreender em que medida este conjunto de ligações afetivas, materiais e sociais representadas pelo apoio recebido e percebido podem influenciar no padrão de consumo de substâncias psicoativas.

Métodos

Este estudo transversal foi realizado na cidade do Recife-PE aninhado à terceira etapa de uma pesquisa de coorte (iniciada em 2005) sobre os determinantes e consequências da exposição à violência pelo parceiro íntimo para a saúde reprodutiva, saúde mental e resultados perinatais de mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Distrito Sanitário II da cidade do Recife - PE. Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram questionários estruturados. Na primeira etapa da coorte (gestantes) foram realizadas entrevistas com 1.120 gestantes, a partir da 31ª semana, no período de julho de 2005 a outubro de 2006. Essas foram identificadas a partir dos registros dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Na segunda etapa da coorte (puérperas) foram realizadas entrevistas com 1.057 mulheres depois do parto, no período de maio a dezembro de 2006. Nesta etapa, as puérperas foram contatadas a partir do agendamento para as consultas de puericultura, seguindo o mesmo padrão estipulado para a realização das entrevistas da primeira etapa. A terceira etapa da coorte (mães e crianças) foi realizada entre julho de 2013 e abril de 2014, quando as crianças que nasceram em 2005 e 2006 estavam entre sete e nove anos de idade. Dentre as mulheres que participaram da segunda etapa, 644 (61,0%) foram entrevistadas na terceira fase da coorte. Entre a segunda e a terceira fase, seis delas haviam ido a óbito, 369 não foram encontradas por mudança de endereço, 14 estavam morando em outro município, cinco em

outro Estado, uma estava encarcerada, uma estava morando na rua, além de ter havido 17 recusas de continuar participando da pesquisa. As mulheres foram entrevistadas sobre suas condições socioeconômicas e demográficas, eventos de vida produtores de estresse, apoio social, saúde mental, e situação de violência, entre outros temas.

Este estudo utilizou o questionário da terceira etapa da coorte. A variável independente, apoio social, refere-se a medidas subjetivas e objetivas de apoio, como a percepção de sentimentos de afeto, amparo, segurança, demonstrações de cuidado, valorização e apoio material, por parte de familiares e/ou amigos.²⁰ É o acesso e a percepção do suporte prático recebido a partir das cinco dimensões do apoio social: interação positiva, apoio emocional, apoio afetivo, apoio informacional e apoio material.³⁻⁴ Foi investigado pelo *Medical Outcomes Study Questions – Social Support Survey (MOS-SSS)*. O MOS-SSS foi desenvolvido por Sherbourne & Stewart.¹⁷ Este instrumento foi validado no Brasil.²¹ De acordo com Costa e Ludermir,²² este é "rápido, multidimensional, de fácil administração e compreensão. [...] Compreendendo cinco dimensões funcionais de apoio social: apoio emocional, afetivo, tangível (provisão de recursos práticos e ajuda material), de informação e de companhia ou interação social." Possui 19 questões com cinco tipos de repostas, sendo elas: nunca, raramente, às vezes, quase sempre ou sempre; é um instrumento de autorrelato, mas devido ao baixo nível de escolaridade da população estudada, foi feita a opção pela aplicação de entrevistas. A pontuação foi atribuída por escores, com variação de 1 a 5. Para a resposta "nunca" se atribuiu a pontuação 1, para a resposta "sempre" a pontuação 5. Posteriormente foi realizada a soma da pontuação. As perguntas sem respostas receberam o valor de 0. A partir do escore global da soma das cinco dimensões de apoio social as mulheres foram divididas em dois grupos: mulheres com baixo apoio social (19 a 67 pontos) e mulheres com alto apoio social (68 pontos ao máximo). As variáveis dependentes foram uso de bebida alcoólica nos últimos sete anos (sim/não) e frequência de consumo, divididas em duas categorias: uso frequente de álcool (consumo diário ou de 1 a 2 vezes por semana) e uso não frequente de álcool (1 vez por mês ou raramente); e uso de drogas ilícitas nos últimos setes anos (sim/não). As co-variáveis foram às características socioeconômicas e demográficas da mulher: idade (<30/≥30), raça (branca/não-branca), anos de estudo (0-9/≥10), situação conjugal (com parceiro/sem parceiro); renda (Sem renda/<R\$678,00/≥R\$678,00); inserção produtiva (sim/não); chefe do domicílio (sim/não), moradia própria (sim não).

Análise dos dados

A entrada de dados foi realizada no Programa Epi-Info versão 3.5.4, através de entrada dupla de dados e por digitadores diferentes. Posteriormente, o aplicativo *Validate* foi utilizado para checar os erros de digitação, sendo realizadas a limpeza e verificação da consistência dos dados. A análise estatística foi realizada no programa Stata versão 13.1 para Windows. Inicialmente foi feita a descrição das variáveis socioeconômicas e demográficas da mulher, além de estimadas as prevalências do uso e frequência de consumo de álcool e uso de drogas ilícitas e do apoio social. A significância estatística foi avaliada pelo teste do Qui-quadrado, considerando o intervalo de confiança a 95% e o valor do $p \leq 0,05$. A associação entre o apoio social e o uso e frequência do consumo de álcool e uso de drogas ilícitas foi analisada por regressão logística, estimando-se os *odds ratio* (OR) bruto e ajustado e os intervalos de confiança a 95% (IC95%). Para a análise dos possíveis fatores de confusão foi avaliada a associação entre as co-variáveis descritas na literatura com a frequência e o consumo de álcool e drogas ilícitas, também entre as co-variáveis e o apoio social. A independência da associação do apoio social com uso de álcool e drogas ilícitas foi analisada por regressão logística. Foram incluídas no modelo as co-variáveis associadas ao apoio social e o uso de álcool e drogas ilícitas com valor de $p < 0,10$.

Este estudo transversal está aninhado à terceira etapa do estudo de coorte “Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006”, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (Parecer nº 194.672, emitido em 06/02/2013).

Resultados

Observam-se os seguintes resultados (Tabela 1) quanto às características sociodemográficas e socioeconômicas, apoio social e uso de substâncias: 74,8% das mulheres apresentaram alto apoio social; 56,2% das mulheres eram usuárias de álcool e 5,1% usuárias de drogas ilícitas. A frequência e os tipos de bebidas alcoólicas apresentaram os seguintes resultados: uso frequente de álcool (diário ou de 1 a 2 dias por semana) teve percentual de 31% das mulheres, a cerveja foi a bebida mais consumida (51%).

As características socioeconômicas e demográficas (Tabela1) apresentaram os seguintes resultados: 73,6% das mulheres com idade igual ou maior que 30 anos; 82,3%, não-brancas; 50,4% das entrevistadas com 0-9 anos de estudos. Relataram ter parceiro 80,7%, com

renda mensal inexistente ou abaixo de um salário mínimo 66,6%, e estavam inseridas no mercado de trabalho 48,4%, declararam ser chefe do domicílio 29% e 68,5% residiam em moradia própria.

Foram encontradas na análise bivariada (Tabela 2) as seguintes associações do apoio social com as seguintes características socioeconômicas e demográficas da mulher: anos de estudo ≥ 10 anos de estudos (OR=1,72; IC95% 1,20–2,48); situação conjugal (OR=0,58; IC95% 0,38 – 0,89); sem renda ou ≥ 1 salário mínimo (OR=1,47; IC95% 1,06 – 2,06); sem inserção produtiva (OR=1,56; IC95% 1,08 – 2,24) não para chefe de domicílio (OR=0,56; IC95% 0,38 – 0,82); com moradia própria (OR=1,78; IC95% 1,23 – 2,59).

Ao analisar características socioeconômicas e demográficas da mulher em associação com uso frequente de álcool (Tabela 3) identifica-se associação estatisticamente significativa para as co-variáveis idade e anos de estudo. Para mulheres com idade ≥ 30 (OR=1,53; IC95% 1,05 – 2,21); para mulheres com 0-9 anos de estudos (OR=1,54; IC95% 1,10–2,16).

A análise entre características socioeconômicas e demográficas da mulher em associação ao uso de drogas ilícitas (Tabela 4) demonstra associação estatisticamente significativa para mulheres com idade ≥ 30 (OR=2,78; IC95% 1,37 – 5,64).

A variável de confundimento, anos de estudos, entrou na análise multivariada da associação entre apoio social e uso frequente de álcool por apresentar associação com a exposição e o desfecho. Os *odds ratio* bruto e ajustado da associação entre uso frequente do álcool e apoio social com o apoio social não apresentaram significância estatística.

A Tabela 5 apresenta a associação entre o apoio social e o uso frequente de álcool e uso de drogas ilícitas, foram encontrados os seguintes resultados (OR_{ajustado}=1,31; IC 95% .90 – 1.9) para associação do apoio social com uso frequente do álcool e (OR=0.95; IC95% 0,4 – 1.9) para uso de drogas ilícitas.

Tabela 1: Distribuição das características socioeconômicas e demográficas das mulheres do apoio social, do uso de álcool e do uso drogas ilícitas. Recife, Pernambuco, Brasil, 2013-2014.

Variável	n = 644	%
Idade (anos)		
<30	170	26,4
≥30	474	73,6
Raça		
Branca	114	17,7
Não-branca	530	82,3
Anos de estudo		
0-9	324	50,4
≥10	319	49,6
Situação conjugal		
Com parceiro	520	80,7
Sem parceiro	124	19,2
Renda		
Sem renda/< R\$678,00	429	66,6
≥R\$678,00	215	33,4
Inserção produtiva		
Sim	311	48,4
Não	332	51,6
Chefe do domicílio		
Sim	187	29,0
Não	457	71,0
Moradia própria^a		
Sim	440	68,5
Não	202	31,5
Apoio social		
Alto	482	74,8
Baixo	162	25,2
Uso de álcool		
Sim	362	56,2
Não	282	43,8
Frequência de álcool^b		
Uso frequente	199	31,0
Não uso/ uso não – frequente	444	69,0
Bebida mais consumidas^c		
Cerveja	329	51,2
Cachaça, rum, whisky, outras	33	5,1
Sem consumo de bebidas alcoólicas	281	43,7
Uso de drogas^d		
Sim	33	5,1
Não	610	94,9

Valores perdidos:^(a)2, valores perdidos: ^(b)1 valores perdidos: ^(c)1 valores perdidos: ^(d)1

Tabela 2: Análise das características socioeconômicas e demográficas das mulheres com o apoio social. Recife, Pernambuco, Brasil 2013-2014.

Variável	N	%	Apoio Social				OR (IC%)	P
			Baixo	%	Alto	%		
Idade (anos)								
<30	170	26,4	46	28,4	124	25,7	1,0	
≥30	474	73,6	116	71,6	358	74,3	1,14 (0,76 – 1,70)	0,505
Raça								
Branca	114	17,7	22	13,6	92	19,1	1,0	
Não-branca	530	82,3	140	86,4	390	80,9	1,50 (0,90 – 2,48)	0,114
Anos de estudo								
0-9	324	50,4	98	60,5	226	47,0	1,72 (1,20 – 2,48)	0,003
≥10	319	49,6	64	39,5	255	53,0	1,0	
Situação conjugal								
Com parceiro	520	80,7	120	74,7	400	83,0	0,58 (0,38 – 0,89)	0,013
Sem parceiro	124	19,2	42	25,3	82	17,0	1,0	
Renda								
Sem renda/< R\$678,00	429	66,6	118	72,8	311	64,5	1,47 (1,06 – 2,06)	0,052
≥R\$678,00	215	33,4	44	27,1	171	35,5	1,0	
Inserção produtiva								
Sim	311	48,4	65	40,0	246	52,0	1,0	
Não	332	51,6	97	60,0	235	48,0	1,56 (1,08 – 2,24)	0,016
Chefe do domicílio								
Sim	187	29,0	62	38,0	125	26,0	1,0	
Não	457	71,0	100	62,0	357	74,0	0,56 (0,38 – 0,82)	0,003
Moradia própria^a								
Sim	440	68,5	95	58,6	345	72,0	1,78 (1,23 – 2,59)	0,002
Não	202	31,5	67	41,4	135	28,0	1,0	

Valores perdidos: ^(a)2

Tabela 3: Análise das características socioeconômicas e demográficas das mulheres com o consumo de álcool. Recife, Pernambuco, Brasil. 2013-2014.

Variável	N	%	Frequência álcool				OR (IC%)	P
			Não	%	Sim	%		
Idade^a								
<30	169	26,3	64	32,0	105	23,7	1,0	
≥30	474	73,7	135	68,0	339	76,3	1,53 (1,05 – 2,21)	0,024
Raça^b								
Branca	114	17,7	32	16,1	82	18,5	1,0	
Não-branca	529	82,3	167	83,9	362	81,5	1,18 (0,75 – 1,84)	0,464
Anos de estudo^c								
0-9	323	50,3	115	57,8	208	47,0	1,54 (1,10 – 2,16)	0,011
≥10	319	49,7	84	42,2	235	53,0	1,0	
Situação conjugal^d								
Com parceiro	519	80,7	358	80,6	161	80,9	1,01 (0,66 – 1,55)	0,935
Sem parceiro	124	19,3	86	19,4	38	19,1	1,0	
Renda^e								
Sem renda/< R\$678,00	428	66,6	296	66,7	132	66,3	0,98 (0,69 – 1,40)	0,934
≥R\$678,00	215	33,4	148	33,3	67	33,7	1,0	
Inserção produtiva^f								
Sim	310	48,3	222	50,0	88	48,3	1,0	
Não	332	51,7	222	50,0	110	51,7	1,25 (0,89 – 1,74)	0,194
Chefe do domicílio^g								
Sim	187	29,0	120	27,0	67	33,7	1,0	
Não	456	71,0	324	73,0	132	66,3	0,72 (0,50 – 1,04)	0,087
Moradia própria^h								
Sim	440	68,5	311	70,2	129	65,0	1,30 (0,91 – 1,86)	0,139
Não	202	31,5	132	29,8	70	35,0	1,0	

Valores perdidos:^(a)1 valores perdidos: ^(b)1 valores perdidos: ^(c)1 valores perdidos: ^(d)2 valores perdidos: ^(e)1 valores perdidos: ^(f)2 valores perdidos: ^(g)1 valores perdidos: ^(h)2.

Tabela 4: Análise das características socioeconômicas e demográficas das mulheres com o consumo de drogas ilícitas. Recife, Pernambuco, Brasil. 2013-2014.

Variável	n	%	Drogas ilícitas				OR (IC%)	P
			Não	%	Sim	%		
Idade^a								
<30	170	26,4	154	25,0	16	48,5	1,0	
≥30	473	73,6	456	75,0	17	51,5	2,78 (1,37 – 5,64)	0,004
Raça^b								
Branca	114	17,7	109	17,9	05	15,0	1,0	
Não-branca	529	82,3	501	82,1	28	85,0	1,21 (0,46 – 3,22)	0,691
Anos de estudo^c								
0-9	323	49,6	302	49,6	21	63,6	1,77 (0,86 – 3,67)	0,120
≥10	319	50,4	307	50,4	12	36,4	1,0	
Situação conjugal^d								
Com parceiro	519	80,7	491	80,5	28	85,0	1,35 (0,51 – 3,58)	0,538
Sem parceiro	124	19,3	119	19,5	05	15,0	1,0	
Renda^e								
Sem renda/< R\$678,00	428	66,5	407	66,7	21	36,3	0,87 (0,42 – 1,80)	0,715
≥R\$678,00	215	33,5	203	33,3	12	63,7	1,0	
Inserção produtiva^f								
Sim	310	48,3	293	48,1	17	51,5	1,0	
Não	332	51,7	316	51,9	16	48,5	0,87 (0,43 – 1,75)	0,703
Chefe do domicílio^g								
Sim	187	29,0	174	28,5	13	39,4	1,0	
Não	456	71,0	436	71,5	20	60,6	0,61 (0,30 – 1,26)	0,181
Moradia própria^h								
Sim	440	68,5	418	68,7	22	66,7	1,09 (0,52 – 2,30)	0,812
Não	201	31,5	190	31,3	11	33,3	1,0	

Valores perdidos: ^(a)1 valores perdidos: ^(b)1 valores perdidos: ^(c)2 valores perdidos: ^(d)1 valores perdidos: ^(e)1 valores perdidos: ^(f)2 valores perdidos: ^(g)1 valores perdidos: ^(h)3

Tabela 5: Análise da associação do apoio social com o consumo de álcool e drogas ilícitas em mulheres. Recife, Pernambuco, Brasil. 2013-2014.

Apoio Social	N=644	Uso abusivo de álcool					Drogas ilícitas					
		Não		Sim		OR (IC 95%)	OR ajustado †	Não		Sim		OR (IC 95%)
		N	%	N	%			n	%	n	%	
Alto	482	341	71,0	140	29,0	1,00		327	53,6	18	54,5	
Baixo	162	103	63,6	59	36,4	1,39* (0,95-2,0)	0,31** (0,09-1,9)	283	46,4	15	45,5	0,95*** (0,4-1,9)

†ajustado pela variável anos de estudo

* p = 0,082

** p = 0,152

*** p = 0,090

Discussão

Quanto ao consumo do álcool (droga lícita) as mulheres apresentaram percentuais semelhantes: 56,2% para o uso e 43,8% para o não uso. Já em relação às drogas ilícitas, as mulheres não usuárias representaram 94,9% da amostra. Esta informação chama atenção para a importância de considerar a licitude e a ilicitude das drogas, ampliando o olhar sobre o uso de substâncias.

O Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 sinaliza que mulheres usuárias de álcool possuem maior risco de desenvolver transtornos de comportamento decorrentes do abuso de substâncias quando comparadas aos homens consumidores do álcool, e um risco ainda maior quando comparadas a mulheres da população geral.²³ O que demonstra pertinência em estabelecer este marcador social para o desenvolvimento de estudos sobre consumo de álcool e/ou outras drogas.

Em relação ao apoio social, 74,8% das mulheres apresentaram alto apoio social e 25,2% baixo apoio. A investigação das características socioeconômicas e demográficas das mulheres com baixos escores de apoio social demonstrou associação significativa para escolaridade (0-9 anos de estudos), situação conjugal (com parceiro), renda mensal (sem renda < R\$678,00 salário mínimo), não está inserida no mercado de trabalho, não ser chefe de domicílio e ter moradia própria. Foi encontrada a probabilidade de risco de ter baixo apoio social as mulheres que apresentaram com menos anos de estudo e baixa renda. Ter parceiro foi um fator protetor para o baixo apoio social.

A relação entre apoio social e as características socioeconômicas e demográficas também foi encontrada em estudo realizado por Griep.²¹ No estudo mencionado, realizado no Rio de Janeiro, buscou-se mostrar os fatores que contribuíam para a percepção do alto apoio social. Assim, dentre as pessoas com maiores chances de perceberem apoio social mais elevado estavam as que: apresentavam mais anos de estudo, eram casadas, possuíam renda mais alta e participavam de atividades sociais. Já nos achados deste estudo, as mulheres com características opostas (menos anos de estudo e baixa renda, sem inserção produtiva) apresentaram baixa percepção de apoio social. E, em convergência, com o estudo de Griep,²¹ ter parceiro aumentou a percepção do alto apoio social.

Houve associação significativa para as co-variáveis idade e anos de estudos quanto à adesão ao uso e maior frequência de consumo de álcool. Mulheres com idade ≥ 30 (OR=1,53;

IC95% 1,05 – 2,21) e com 0-9 anos de estudos (OR=1,54; IC95% 1,10 – 2,16) possuem mais chances de estabelecer padrões mais frequentes de uso de álcool. Em relação às drogas ilícitas, a idade também demonstrou que mulheres com idade ≥ 30 (OR=2,78; IC95% 1,37 – 5,64), possuem três vezes mais chances de adesão ao uso de drogas ilícitas. Este dado, referente à associação entre idade, anos de estudos e adesão ao consumo de drogas está de acordo com os resultados encontrados no II Levantamento Nacional sobre uso de Álcool e Drogas.²⁴

Assim como no II Levantamento Nacional a cerveja foi o tipo de bebida mais consumida entre as mulheres desta amostra (51,2 %).²⁴ O padrão de consumo do álcool, uso frequente (consumo todos os dias ou de 1 a 2 dias por semana) representou 31% da amostra. A frequência de uso é um critério importante, mas, para mensurar o tipo de consumo (moderado ou pesado) estabelecido, deve-se considerar a quantidade de doses consumidas por situação. Com base na classificação da CID-10 há diferenciações entre homens e mulheres quanto ao padrão de consumo por conta das diferenças biológicas.²⁵ Por exemplo, para adultos saudáveis, em geral, o consumo pesado significa consumir mais do que a dose diária (4 doses para homens e 3 para mulheres).

Todavia, em relação ao álcool, a OMS considera que sempre há algum nível de risco quanto ao consumo, mesmo que seja feito o uso de forma moderada e em menor frequência.¹¹⁻
²⁵ O beber moderado é um contraponto ao beber intenso, mas é um termo impreciso. A CID-10 define o/a usuário/a dependente como o perfil que estabelece padrão definido de consumo, de 60 ou mais gramas (cerca de 5-6 doses) de álcool puro em uma única ocasião, ao menos uma vez por mês.²⁵ Mas outras variáveis sociais devem ser consideradas, para além das substâncias.¹⁶⁻²⁶

De acordo com estas classificações, quanto ao perfil de usuários/as, existem pelo menos quatro tipos: experimentador/a, recreativo/a, problema e dependente.¹¹⁻²⁵ Neste sentido, este estudo identificou que em relação à frequência de uso de álcool, 68% das mulheres não consumiam ou se apresentaram com perfil de uso menos frequente quanto à regularidade (no mínimo, uma vez por mês ou raramente). Ainda que, em geral, este perfil de consumo possa ser considerado sem prejuízos as atividades do cotidiano²⁵ outras características devem ser consideradas para poder compreender a existência ou não de possíveis agravos à saúde física e mental e danos sociais decorrentes do uso.¹³

Sendo o consumo de drogas um tema sensível, cercado por questões éticas e morais, sobretudo, as drogas ilícitas algumas medidas, como investimentos em treinamentos de equipe e acompanhamento estratégico do processo de trabalho, foram adotadas neste estudo, buscando assim, evitar que as participantes se sentissem constrangidas em relatar suas experiências e minimizar prejuízos à produção de dados.^{14-26.-27} Contudo, a amostra ainda se mostrou reduzida quanto ao uso de drogas ilícitas (5,1%) e a associação entre alto apoio social e menor frequência de consumo de álcool em mulheres não se mostrou significativa para esta amostra.

O apoio social é variável ambígua, que pode atuar enquanto fator de proteção e pode também atuar como fator de risco aos padrões mais elevados de consumo de álcool. Essa relação ambígua do apoio social foi um dos achados de estudo de Borges¹⁷, onde o apoio social favoreceu padrões mais elevados de uso de álcool.

É possível que os receios frente às questões éticas e morais tenham interferido na investigação da relação entre o apoio social e o uso de álcool e drogas, sobretudo, quando se trata das drogas ilícitas. Como visto na literatura as moralidades podem inibir as pessoas de falarem abertamente sobre o tema.⁹⁻¹⁰

Sabe-se que o apoio social é um conjunto de suportes que promovem ao indivíduo medidas subjetivas e objetivas de apoio, como a percepção de sentimentos de afeto, amparo, segurança, demonstrações de cuidado, valorização e apoio material, por parte de familiares e/ou amigos.¹⁻²⁻³⁻⁴⁻²⁰ Os fatores de proteção descritos na literatura sobre drogas são semelhantes aos aspectos que constituem os constructos analisados no apoio social. Foram realizados diversos esforços de análises na busca de confirmar a associação significativa, uma vez que há similaridade entre os fatores de proteção descritos na literatura sobre uso de álcool e drogas ilícitas e as dimensões do apoio social.¹⁵⁻²³

Um estudo realizado por Rocha⁹ com gestantes, no Rio Grande Sul, utilizando instrumento de autorrelato demonstrou as limitações deste recurso metodológico. Os resultados identificaram percentual de 1,7% de gestantes usuárias de substâncias psicoativas com o uso do instrumento, no entanto, exames toxicológicos mostraram que o percentual de mulheres usuárias era na verdade de 6%. Esses dados sugerem que algumas mulheres omitem informações sobre o uso de drogas devido ao medo da mulher de sofrer julgamentos, retaliações e até a perda da guarda da criança.

Identifica-se nos estudos sobre uso de álcool e/ou outras drogas que pessoas com dificuldades pessoais e sociais, como sentimento de rejeição familiar, desamparo emocional, relações instáveis, falta de acesso ao lazer, baixo repertório de informações, interações sociais negativas, situações de exclusão social, desemprego estariam mais expostas ao uso prejudicial de drogas.^{13-18- 28- 29-30-31-32} Sendo muitas vezes o uso do álcool e/ou outras drogas suporte para o enfretamento do desprazer, alívio do sofrimento e tentativas de fuga de situações difíceis do cotidiano. Como evidencia a literatura o consumo de drogas é multidimensional, sendo importante considerar a intersecção entre o indivíduo, a substância e o contexto, que possibilitam diferentes sentidos e significados para o uso, como, por exemplo, a recreação e a transcendência.¹⁰⁻¹⁵

Visto que o apoio social é variável complexa, constituída por cinco dimensões e, em alguns pontos, assemelhasse aos fatores de proteção biopsicossociais descritos na literatura sobre substâncias psicoativas;³⁻⁴⁻¹³⁻²⁷⁻³² uma revisão da literatura internacional realizada por Pinho³³ sobre a associação do apoio social, reabilitação psicossocial e problemas decorrentes do uso ou abuso de álcool e/ou drogas, identificou associação positiva entre as variáveis.

Estudo realizado por Moon³⁴ demonstrou associação significativa do alto apoio social e a diminuição do padrão de consumo do álcool por motoristas com problemas decorrentes do consumo. Os resultados do estudo de Cano³⁵ desenvolvido com imigrantes hispânicos adultos indicaram que quanto maior coesão nas relações interpessoais com familiares e/ou amigos, maior o apoio social e, como resultante, maior chance de desenvolver padrões mais seguros de uso de álcool. Outro estudo desenvolvido por Mavandadi³⁶ também demonstrou redução na frequência de uso a partir do acesso ao apoio social.

Estudo de Brick³⁷ concluiu que o enfraquecimento da associação do apoio social com a frequência de uso de álcool ocorreu a partir da influência de outras variáveis associadas a desvantagens socioeconômicas. Já no estudo de Thompson³⁸, o enfraquecimento da variável apoio social em associação a frequência do consumo de álcool se deu pela variável “envolvimento religioso”.

Este estudo realizou variados testes estatísticos, a partir do apoio social global, do apoio social subdividido em dimensões e os possíveis pontos de cortes respaldados na literatura. Pode-se concluir que a literatura demonstra que os recursos disponibilizados por familiares e/ou amigos nas relações interpessoais é fator de proteção à saúde, portanto, recomenda-se que outros estudos que possam ser realizados para melhor evidenciar os

benefícios do acesso ao apoio social como fator de proteção aos padrões de risco ao consumo de álcool e drogas ilícitas.¹³⁻²⁶⁻³¹⁻³²⁻³⁵⁻³²

REFERÊNCIAS

1. LEVY, R. L. Social support and compliance: A selective review and critique of treatment integrity and outcome measurement. *Social Science & Medicine*, v. 17, n. 18, p. 1329-1338, 1983.
2. KAPLAN, R. M.; HARTWELL, S. L. Differential effects of social support and social network on physiological and social outcomes in men and women with Type II diabetes mellitus. *Health Psychology*, v. 6., n. 5, p. 387, 1987.
3. SHERBOURNE C.D., STEWART A.L. The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*. v. 32, p.705-14, 1991.
4. DELL'AGLIO, D. D.; SIQUEIRA, A. C. Avaliação da rede de apoio familiar: a utilização do Mapa dos Cinco Campos. In: Baptista. Makilim N. & Teodoro, Maycoln L. M. (org). *Psicologia de família: teoria, avaliação e intervenção*. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 225-239.
5. LOVE, T. M., et al. Oxytocin Genotype Moderates the Impact of Social Support on Psychiatric Distress in Alcohol-Dependent Patients. *Alcohol and Alcoholism*, 2017, 53.1: 57-63.
6. LAMIS, D. A., et al. Depressive symptoms and suicidal ideation in college students: the mediating and moderating roles of hopelessness, alcohol problems, and social support. *Journal of clinical psychology*, 2016, 72.9: 919-932.
7. CANESQUI, A. M.; BARSAGLINI, R. A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 1103-1114, 2012.
8. MORRIS, T. Economic status and substance abuse during pregnancy. Beckley: School of Graduate Nursing, Mountain State University, 2012.
9. ROCHA, P. C. et al. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. *Cadernos de Saúde Pública* (Online), v. 32, p. 10.1590/0102-31, 2016.
10. MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Rastreamento de Uso de álcool por gestantes de serviços públicos de Saúde do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública*, 41(5), p 695-703, 2007.
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global status report on alcohol and health 2014. Genebra: WHO, 2014.
12. MARLATT, G. A.; BUENO, D. Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Artes Médicas, 1999.
13. MEDINA, M. G.; NERY FILHO, A.; FLACH, P. M. Políticas de prevenção e cuidado do usuário de substâncias psicoativas. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs). *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: MedBooks, 2014. p. 479-497.
14. CARNEIRO, H. Bebida, abstinência e temperança na história antiga e moderna. São Paulo: Senac, 2010.

15. BUCHER, R. Drogas e Drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
16. LABATE, B. C. et al. Drogas e cultura: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008.
17. BORGES, J. M.; GARCIA DEL CASTILLO, J. A.; MARZO, J. C.; GARCIA DEL CASTILLO-LÓPEZ, Á. As relações entre apoio social, auto-regulação e consumo de drogas entre adultos portugueses. *Actualidades en Psicología*, 30 (121), 67-75, 2016.
18. SOUZA, J. Crack e Exclusão Social. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2016.
19. BOKANY, V. Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015.
20. COMMUNITIES COUNT. Basic needs and social determinants of well being: social support. 2002 <https://www.communitiescount.org/archive> (acessado em 23/out/2019).
21. GRIEP, R. H.; CHOR, D; FAERSTEIN E; WERNECK, G. L.; LOPES, C. S. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. v.21, n.3, p.703-714, 2005.
22. COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 73-79, 2005.
23. ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA). DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5. ed rev. Porto Alegre: Artes Médicas, 2014.
24. LARANJEIRA, R. et al. (supervisor). II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD). São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.
25. ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artmed, 1993.
26. NERY FILHO, A. Por que os humanos usam drogas? In: NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A.L.R. (Org.). *Modulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua*. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, p. 11, 2010.
27. SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu, 2006.
28. NAPPO, S. A. et al. Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS. In: Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/Aids, 2004.
29. NAPPO, S. A. Baquêros e Craquêros: Um estudo etnográfico sobre o consumo de cocaína na cidade de São Paulo. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 1996.
30. OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 4, p. 664-671, 2008.
31. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: MS, 2012.
32. SILVA, S. L. Mulheres da Luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack. 2000. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

33. PINHO, P. H.; OLIVEIRA, M. A.; ALMEIDA, M. M. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível?, *Revista Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 35, supl. 1, p. 82-88, 2008.
34. MOON, Tae-Joon, et al. The Role of Social Support in Motivating Reductions in Alcohol Use: A Test of Three Models of Social Support in Alcohol-Impaired Drivers. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 2019, 43.1: 123-134.
35. CANO, Miguel Ángel, et al. Alcohol Use Severity Among Adult Hispanic Immigrants: Examining the Roles of Family Cohesion, Social Support, and Gender. *Substance use & misuse*, 2018, 53.4: 668-676.
36. MAVANDADI, Shahrzad, et al. The moderating role of perceived social support on alcohol treatment outcomes. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 2015, 76.5: 818-822.
37. BRICK, Leslie Ann D., et al. Interaction effects of neighborhood disadvantage and individual social support on frequency of alcohol use in youth living with HIV. *American journal of community psychology*, 2018, 61.3-4: 276-284.
38. THOMPSON, Wendy. Social support, religious involvement and alcohol use among students at a conservative religious university. *Behavioral Sciences*, 2017, 7.2: 34.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos esforços deste estudo foi buscar considerar as condições sociais e as relações interpessoais como sendo mais importantes do que as drogas para determinar as relações que as pessoas estabelecem como uso. Isto porque devido a interesses morais, políticos e econômicos, muitas vezes, o assunto é tratado com o esvaziamento dos indivíduos que consomem drogas. Como se as propriedades das substâncias fossem capazes de inserir exterioridades nas pessoas e submetê-las a experiências alheias ao seu escopo de possibilidades materiais, afetivas, emocionais, valorativas e racionais. Como se todas as pessoas estivessem fadadas a uma única experiência com as drogas, em geral, apresentada como uma experiência negativa e autoexplicada pela própria substância.

As evidências científicas sinalizam que as condições objetivas de vida, o reconhecimento e acesso aos direitos definem quem, de forma geral, sofre com os efeitos mais adversos do consumo de drogas. Sendo o acesso ao apoio social um fator de proteção a saúde, gerador bem-estar, com ampliação de repertórios individuais e sociais, faz sentido o desenvolvimento de outros estudos que possam medir a associação do apoio social como estratégia de redução de danos aos efeitos adversos do consumo de álcool e/ou outras drogas. A sensação de acolhimento, pertencimento, reconhecimento, interação positiva, ajuda material, dentre outros aspectos de proteção, são características semelhantes as que se encontram descritas na literatura sobre drogas e que atuam como mecanismos de cuidado e proteção aos prejuízos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas.

A linha divisória entre o consumo de baixo risco e consumo nocivo não deve ser mediada apenas pela substância, mas pelas estruturas e trajetórias de classes e demais relações sociais em que as pessoas se encontram, também pelas subjetividades e, sendo elas, as pessoas, sempre mais importantes que as drogas. Embora esta amostra não tenha comprovado o apoio social enquanto fator de proteção ao consumo de álcool e/ou outras drogas, as relações mais protegidas com o consumo de álcool e/ou outras drogas decorrem do acesso a fatores de proteção constituídos nas relações sociais e interpessoais, com dimensões afetivas, emocionais, materiais, informacionais e interações sociais positivas.

Provavelmente, algumas limitações podem ter sido geradas por tratar-se de uma amostra que não tinha o uso de álcool e/ou outras drogas como o desfecho principal do estudo de corte ao qual esta pesquisa está aninhada. Todavia, quanto aos temas sensíveis, foram adotadas medidas necessárias para evitar eventuais dificuldades na produção de dados, como

a garantia de sigilo, o direito de opção quanto ao local da entrevista e a seleção de entrevistadoras do sexo feminino e com experiência de pesquisa sobre saúde da mulher.

A associação entre apoio social e consumo de álcool e drogas ilícitas, pela complexidade do tema, podem ser mais bem investigada em outros estudos com ampliação dos instrumentos de coleta que foram utilizados. A literatura apresenta que para a coleta de informações sobre uso drogas, sobretudo drogas ilícitas, há vantagens e limites em utilizar apenas do autorrelato. Há estudos que recomendam a utilização de exames biológicos complementares, devido às questões morais que sugerem a omissão do uso de drogas. Não há consenso quanto ao uso de exames biológicos, uma vez que estes recursos são caros e pouco práticos, além da dificuldade de sincronizar os resultados com experiências mais amplas da cultura de uso.

A recomendação, então, é pensar em mecanismos complementares que possam aumentar a confiabilidade e qualidade das informações em pesquisas sobre drogas, como medida de aprimoramento dos construtos para a realização de outros estudos que possam colaborar para a identificação de fatores de proteção e redução de danos aos padrões de risco do consumo de álcool e/ou drogas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. R. S. **Drogas: uma abordagem educacional**. Olho d'água, 1999.
- ARAGÃO, E. I. S. et al. Distintos padrões de apoio social percebido e sua associação com doenças físicas (hipertensão, diabetes) ou mentais no contexto da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2367-2374, 2017.
- ARAÚJO, T. **Guia sobre Drogas para Jornalistas** – 1a ed. – São Paulo: IBCCRIM-PBPD-CATALIZE - SSRC, 2017.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA). **DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artes Médicas, 2014.
- BAHLS, F. C.; BAHLS, S. Cocaína: origens, passado e presente. **Interação em Psicologia**, v. 6, n. 2, 2002.
- BOKANY, V. **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015.
- BORGES, J. M.; GARCIA DEL CASTILLO, J. A.; MARZO, J. C.; GARCIA DEL CASTILLO-LÓPEZ, Á. As relações entre apoio social, auto-regulação e consumo de drogas entre adultos portugueses. **Actualidades en Psicología**, 30 (121), 67-75, 2016.
- BRASIL. **Portaria 344 de 12 de maio de 1998**. Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html Acesso em: 21 de abril, 2018.
- BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Art. 1º- Esta Lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF, 2006c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm Acesso em: 22 de janeiro, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: MS, 2012.
- BRASIL. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266>. Acesso em: 11 dez. 2018.
- BUCHER, R.; LUCCHINI, R. **Drogas e Drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- CANESQUI, A. M.; BARSAGLINI, R. A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 1103-1114, 2012.

CARLINI, E. A. **II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas CEBRID. **Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo**, 2005.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F. (Coord.). **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas CEBRID/SENAD, 2007.

CARNEIRO, H.; VENANCIO, R. P. **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: PUCMinas, 2005.

CARNEIRO, H. **Bebida, abstinência e temperança na história antiga e moderna**. São Paulo: SENAC, 2010.

COHEN, S.; WILLS, T. A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. **Psychological bulletin**, 1985, 98.2: 310.

COMMUNITIES COUNT. Basic needs and social determinants of well being: social support. 2002 <https://www.communitiescount.org/archive>(acessado em 23/Out/2019).

COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. **Transtornos mentais comuns e apoio social**: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 73-79, 2005.

DAUDELIN, J.; RATTON, J. L. Mercados de drogas, guerra e paz no Recife. **Tempo Social**. 2017, vol.29, n.2, pp.115-134.

DELL'AGLIO, D. D.; SIQUEIRA, A. C. **Avaliação da rede de apoio familiar**: a utilização do Mapa dos Cinco Campos. *In*: Baptista, M. N. & Teodoro, M. L. M. (org). *Psicologia de família: teoria, avaliação e intervenção*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

DOMANICO, A. **“Craqueiros e Cracados: bem vindo ao mundo dos nórias!”** Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. Tese de doutorado em Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2006.

DUAILIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil**. Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) – Depto de Psiquiatria – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) Boletim eletrônico ABEAD 41ª edição 2008 Acesso em 30 de outubro de 2017.

ESCOHOTADO, A. **Historia General de las Drogas**: incluyendo el apêndice Fenomenologia de las Drogas. Madrid: Espasa Calpe, 2008.

EIZIRIK, C. L. A velhice. *In*: EIZIRIK, C. L.; BASSOLS, A. M. S. **O Ciclo da Vida Humana**: Uma Perspectiva Psicodinâmica. Artmed, 2013.

GUEDES, M. B. O. G. et al. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, v. 27, p. 1185-1204, 2017.

GRIEP, R. H.; CHOR, D; FAERSTEIN E; WERNECK, G. L.; LOPES, C. S. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 21, n.3, p.703-714, 2005.

KAPLAN, R. M.; HARTWELL, S. L. Differential effects of social support and social network on physiological and social outcomes in men and women with Type II diabetes mellitus. **Health Psychology**, 1987, 6.5: 387.

LABATE, B. C. et al. **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. SENAD, 2007.

LARANJEIRA, R. et al. (supervisor). **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.

LEVY, Rona L. Social support and compliance: A selective review and critique of treatment integrity and outcome measurement. **Social Science & Medicine**, v. 17, n. 18, p. 1329-1338, 1983.

MACRAE, Edward. **Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos**. In: Dependência de drogas. São Paulo: Atheneu, 2001.

MALHEIRO, L. S. B. “Entre Sacizeiro, usuário e patrão”: Um estudo etnográfico sobre consumidores de crack no Centro Histórico de Salvador. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) – **Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia**, Salvador. 2010.

MARLATT, G. A.; BUENO, D. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Artes Médicas, 1999.

MEDINA, M. G.; NERY FILHO, A.; FLACH, P. M. Políticas de prevenção e cuidado do usuário de substâncias psicoativas. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs). **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: MedBooks, 2014. p. 479-497.

MELCOP, A. G.; CAMPOS, A. R.; FRANCH, M. Sem preconceitos. Um guia sobre o consumo de drogas para profissionais, usuários e curiosos. **Recife: Centro de Prevenção às Dependências**, 2002.

MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Rastreamento de Uso de álcool por gestantes de serviços públicos de Saúde do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, 41(5), p 695-703, 2007.

MORRIS, T. **Economic status and substance abuse during pregnancy**. Beckley: School of Graduate Nursing, Mountain State University, 2012.

NAPPO, S. A. et al. Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS. In: **Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/Aids**, 2004.

NAPPO, S. A. **Baquêros e Craquêros: Um estudo etnográfico sobre o consumo de cocaína na cidade de São Paulo**. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 1996.

NERY FILHO, A. Por que os humanos usam drogas?. In: NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R. (Org.). **Modulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua**. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, p. 11, 2010.

- OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 664-671, 2008.
- OLIVEIRA, L. G. Avaliação da cultura do uso de crack após uma década de introdução da droga na cidade de São Paulo. Tese (Doutorado em Psicobiologia) – **Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo**, São Paulo. 2007.
- ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artmed, 1993.
- PINHO, P. H.; OLIVEIRA, M. A.; ALMEIDA, M. M. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível?, **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, supl. 1, p. 82-88, 2008.
- RAUPP, L.; ADORNO, R. C. F. Uso de crack na cidade de São Paulo / Brasil. **Revista Toxicodpendência**, v. 16, n. 2, pp. 29-37, 2010.
- RECIFE, 2006. **Plano municipal de saúde 2006-2009**. Disponível em: Acesso em: 28 de julho de 2018.
- RECIFE, 2010. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Disponível em: Acesso em: 28 de julho de 2018.
- RECIFE, 2014. **Plano municipal de saúde 2014-2017**. Disponível em: Acesso em: 28 de julho de 2018.
- ROCHA, P. C. et al. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. **Cadernos de Saúde Pública** (Online), v. 32, p. 10.1590/0102-31, 2016.
- RUI, T. **Nas tramas do crack: etnografia da abjeção**. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.
- SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1**. – 11. ed. Brasília, Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017.
- SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil**. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.
- SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS social support survey. **Social Science & Medicine**. v. 32, p.705-14, 1991.
- SILVA, S. L. **Mulheres da Luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack**. 2000. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- SOUZA, J. Crack e Exclusão Social. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2016.
- STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial**. Artmed Editora, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International guide for monitoring alcohol consumption and related harm.** Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on alcohol and health 2014.** Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO): **World Health Statistics:** monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: WHO, 2017.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido a Sr.^a para participar, como voluntária, da pesquisa “Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Prof.^a Dr.^a Ana Bernarda Ludermir. Endereço: Av. Professor Moraes Rego, s/n, Hospital das Clínicas, 4º andar. Departamento de Medicina Social / PPGISC. Telefone: (81) 2126-3766. E-mail: abl@ufpe.br.

Também participam também desta pesquisa os pesquisadores: (Marília de Carvalho Lima, Sophie Helena Eickmann, Elisabete Pereira Silva). Telefone para contato: (81) 2126-8514.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa a Sr.^a não será penalizada de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Essa pesquisa vem sendo desenvolvida desde 2005. A Sr.^a já foi entrevistada quando estava grávida e depois do parto em 2005 e 2006. O presente projeto representa a terceira etapa do estudo e tem como objetivo investigar a saúde das mulheres e suas experiências de vida nos últimos seis anos e avaliar o desenvolvimento do seu filho (a) fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006. Todas as mulheres que participaram das entrevistas anteriores estão sendo convidadas a participar dessa nova fase da pesquisa. Repetiremos as mesmas perguntas que fizemos na entrevista da gravidez e depois do parto, com referência aos últimos 6 anos.

Nesta pesquisa não existem respostas certas ou erradas. Alguns dos assuntos são muito pessoais ou difíceis de conversar e podem trazer lembranças difíceis e delicadas e você poderá sentir-se constrangida, mas você só participa se quiser.

Em pesquisas semelhantes, muitas mulheres acharam que foi importante ter tido a oportunidade de falar e refletir sobre alguns dos seus problemas. Suas experiências podem ser

muito úteis para ajudar outras mulheres e também para desenvolver serviços melhores para a assistência à saúde da mulher.

Estamos trazendo algumas informações por escrito sobre os serviços sociais e de saúde disponíveis no Recife. Caso você necessite de assistência adicional estamos disponíveis para orientá-la.

Cada entrevista dura mais ou menos 60 minutos. Posso garantir para você que tudo o que você responder vai ser guardado em segredo total. Você tem o direito de parar a entrevista na hora em que quiser, ou de pular alguma pergunta se não quiser respondê-la. Você tem toda a liberdade para recusar sua participação ou retirar o seu consentimento, sem punição ou prejuízo.

Os questionários da pesquisa serão guardados imediatamente após a entrevista, nas instalações físicas do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGISC), por um período de 5 (cinco) anos, sob a responsabilidade de Ana Bernarda Ludermir.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – email:cepccs@ufpe.br).**

Assinatura da pesquisadora

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____
 _____, RG: _____ / CPF: _____, abaixo assinada,
 concordo em participar do estudo “*Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006*”, como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento / assistência / tratamento.

Recife, ____ / ____ / ____.

 Nome e Assinatura do participante ou responsável

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DA MULHER

IDENTIFICAÇÃO				
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA USF NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA MUDOU DE ENDEREÇO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
VISITAS DA ENTREVISTADORA				
	1	2	3	VISITA FINAL
DATA	_____	_____	_____	DIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NOME DA ENTREVISTADORA	_____	_____	_____	MÊS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANO[2][0][1][]
RESULTADO***	_____	_____	_____	ENTREVISTADORA[] RESULTADO[] []
PRÓXIMA VISITA	_____	_____	_____	NÚMERO TOTAL DE VISITAS[]
HORA	_____	_____	_____	
DATA LOCAL	_____	_____	_____	
Questionário completado?	*** CÓDIGOS DOS RESULTADOS A mulher recusou-se01 Especificar: _____ A mulher não estava em casa .02 A mulher adiou a entrevista ...03 A mulher está incapacitada04 Especificar: _____		⇒ Retornar ⇒ Retornar ⇒ Retornar	
Questionário parcialmente completo ⇒	Não quer continuar 05 Especificar: _____ Questionário concluído06		⇒ Retornar	

REGISTRE A HORA		Hora.....[][]
		Minutos.....[][]
SEÇÃO 1 – CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DA MULHER		
Nós gostaríamos de conversar sobre sua vida atual e sobre seu filho ou filha que nasceu em 2005 ou 2006		
	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO
10	Como é o nome do seu filho ou filha que nasceu em 2005 ou 2006, quando foram feitas a primeira e segunda entrevistas dessa pesquisa?	_____
10	Além de você, quantas pessoas vivem na casa em que você mora? <i>CERTIFIQUE-SE QUE O TOTAL DE PESSOAS NÃO INCLUI HOSPEDES E VISITANTES TEMPORÁRIOS E INCLUI A ENTREVISTADA</i>	NÚMERO TOTAL DE PESSOAS NA RESIDÊNCIA.....[][]
10	Você poderia me dizer quem são as outras pessoas que vivem na casa em que você mora?	01. Vive Sozinha 02. Marido / companheiro 03. Pai (da entrevistada) 04. Mãe (da entrevistada) 05. Filhos 06. Nora 07. Genro 08. Neto 09. Neta 10. Irmão 11. Irmã 12. Tio 13. Tia 14. Avó (da entrevistada) 15. Avô (da entrevistada) 16. Sobrinho 17. Sobrinha 18. Enteadado 19. Enteadada 20. Sogra 21. Sogro 22. Cunhado 23. Cunhada 24. Outra Pessoa: _____ 89. Não quis Responder
10	Quando você sai de casa para trabalhar ou para fazer qualquer outra atividade _____ (nome da criança) fica com alguma dessas pessoas citadas na questão anterior?	00. Não ⇒ passar para Q.107 01. Sim

1 0 5	Qual delas?	01. Vive Sozinha 02. Marido / companheiro 03. Pai (da entrevistada) 04. Mãe (da entrevistada) 05. Filhos 06. Nora 07. Genro 08. Neto 09. Neta 10. Irmão 11. Irmã 12. Tio 13. Tia 14. Avó (da entrevistada) 15. Avô (da entrevistada) 16. Sobrinho 17. Sobrinha 18. Enteadado 19. Enteadada 20. Sogra 21. Sogro 22. Cunhado 23. Cunjhada 24. Outra Pessoa: _____ 89. Não quis Responder
1 0 6	Quanto tempo _____(nome da) criança fica com essa pessoa?	01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1– 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável
1 0 7	Quem é o chefe do domicílio?	01. A entrevistada 02. Marido / companheiro 03. Ambos 04. Pai / Mãe 05. Outro: _____ 06. Não tem chefe 99. Não sabe
1 0 8	Agora, eu vou fazer algumas perguntas sobre sua casa. A sua casa é: <i>ESPECIFICAR SE O DONO FOR MÃE, IRMÃ, ETC. NO N° 05 (OUTROS)</i>	01. PRÓPRIA 02. INVADIDA 03. ALUGADA 04. CEDIDA / EMPRESTADA 05. OUTROS : _____ 89. Não quis Responder
1 0 9	Quantos cômodos tem a sua casa?	N° DE CÔMODOS [][]
1 1 0	Aonde você obtém a água utilizada em sua casa para beber e cozinhar? <i>(ACEITAR MAIS DE UMA OPÇÃO)</i>	01. TORNEIRA DENTRO DE CASA 02. TORNEIRA DO LADO DE FORA DA CASA 03. NÃO TEM ACESSO A ÁGUA ENCANADA 04. OUTRO: _____
1 1 1	Que tipo de banheiro você tem na sua casa?	01. INDIVIDUAL INTERNO 02. INDIVIDUAL EXTERNO 03. COLETIVO 04. NÃO TEM BANHEIRO 89. Não quis responder

1 1 2	Em sua casa, que tipo de ligação elétrica existe?	00. NÃO TEM LUZ ELÉTRICA 01. LIGACAO INDIVIDUAL COM CONTADOR PRÓPRIO 02. NÃO TEM LIGAÇÃO PRÓPRIA 03. OUTRO: _____ 89. Não quis responder		
1 1 3	Nesta casa existem quantos destes itens?		<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>
		[] TELEVISÃO COLORIDA	00	01
		[] VÍDEO-CASSETE E/OU DVD	00	01
		[] RÁDIO	00	01
		[] AUTOMÓVEL DE PASSEIO	00	01
		[] TELEFONE	00	01
		[] ASPIRADOR DE PÓ	00	01
		[] MÁQUINA. DE LAVAR ROUPA	00	01
		[] GELADEIRA	00	01
		[] FREEZER	00	01
		[] COMPUTADOR	00	01
		[] BANHEIRO	00	01
1 1 4	Você tem alguma pessoa que trabalha em sua casa como:		<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>
		[] EMPREGADA DIARISTA	000	01
		[] EMPREGADA MENSALISTA	0	01
1 1 5	Alguma pessoa que mora na sua casa possui:		<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>
		[] TERRENO	00	01
		[] CASA	00	01
		[] APARTAMENTO	00	01
		[] EMPRESA OU NEGÓCIO	00	01
		[] TERRA	00	01
1 1 6	Nas <u>últimas 4 semanas</u> alguém de sua casa foi vítima de um crime nesta vizinhança, tais como roubo, assalto, violência física ou sexual? Se SIM, pergunte: Qual?	a) 00. NÃO 01. SIM b) Qual? 01. Roubo 02. Assalto 03. Violência física 04. Violência sexual 05. Homicídio 88. Não aplicável		
1 1 7	Quando você nasceu (dia, mês e ano) ?	Dia [] [] Mês [] [] Ano [] [] [] [] Não sabe o ano 9999		
1 1 8	Quantos anos você fez no seu último aniversário?	Anos completos [] []		
1 1 9	Em que religião você foi criada?	00. NÃO TEM RELIGIÃO 01. CATÓLICA 02. PROTESTANTE 03. ESPÍRITA 04. UMBANDA / CANDOBLÉ 05. OUTRA..... (Especificar)		

1 2 0	Atualmente, você frequenta alguma religião ou culto?	00. NÃO TEM RELIGIÃO ⇒ passa para Q.122 01. CATÓLICA 02. PROTESTANTE 03. ESPÍRITA 04. UMBANDA / CANDOBLÉ 05. OUTRA..... (Especificar) 88. Não Aplicável
1 2 1	Com que frequência você frequentou culto religioso nas duas últimas semanas?	Nº DEVEZES [] [] Não aplicável '88'
1 2 2	Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para identificar a sua cor ou raça?	01. BRANCA 02. PRETA 03. PARDA 04. AMARELA 05. INDÍGENA 89. Não quis responder 99. Não sabe
1 2 3	Você tem livros em casa?	00. Não 01. Sim
1 2 4	Você sabe ler e escrever?	00. Não ⇒ passa para Q.126 01. Sim
1 2 5	Você lê para seu(s) filho(s)?	00. Não 01. Sim
1 2 6	Você já frequentou a escola?	00. Não ⇒ passa para Q.129 01. Sim
1 2 7	Você está estudando?	00. Não 01. Sim 89. Não quis responder 88. Não aplicável
1 2 8	Qual a última série e grau que você concluiu com aprovação? MARQUE O GRAU MAIS ELEVADO. <i>(CONVERTA OS ANOS DE ESCOLARIDADE DE ACORDO COM OS CÓDIGOS DA TABELA NO FINAL DO QUESTIONÁRIO).</i>	01. Ensino Infantil _____ 02. Ensino Fundamental _____ 03. Ensino Médio _____ 04. Ensino Técnico _____ 05. Universitário Incompleto _____ 06. Universitário Completo _____ Nº DE ANOS DE INSTRUÇÃO [] [] 88. Não aplicável 99. Não sabe
1 2 9	Você tem alguma fonte de renda? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. SALÁRIO 02. PENSÃO 03. BENEFÍCIO 04. BOLSA ESCOLA / BOLSA FAMÍLIA 05. APOSENTADORIA 06. ALUGUEL 07. OUTRA: 08. Não 89. Não quis responder
1 3 0	Qual a sua renda mensal?	00. Nenhuma 01. Menos de R\$ 678,00 02. De R\$ 678,00 a R\$ 1.017,00 03. De R\$ 1.017,01 a R\$ 2.034,00 04. De R\$ 2.034,01 a R\$ 3.390,00 05. De R\$ 3.390,01 a mais

1 3 1	Atualmente, você:	01. EMPREGADA ⇒ passa para Q.133 02. TRABALHA POR CONTA PRÓPRIA 03. EMPREGADA DOMÉSTICA DIARISTA: NÚMERO DE DIAS TRABALHADOS POR SEMANA: [] [] dias ⇒ passa para Q.133 04. EMPREGADA DOMÉSTICA MENSALISTA ⇒ passa para Q.133 05. EMPREGADORA ⇒ passa para Q.133 06. APOSENTADA 07. DONA DE CASA 08. DESEMPREGADA 09. SEM OCUPAÇÃO 10. Outro:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável
1 3 2	Você tem procurado emprego?	00. Não 01. Sim 89. Não quis responder 88. Não aplicável
1 3 3	Quantas vezes você foi casada ou viveu junto com um companheiro do sexo masculino? <i>(INCLUIR O COMPANHEIRO ATUAL, QUANDO EXISTENTE)</i>	NÚMERO DE MARIDOS / COMPANHEIROS [] [] ⇒ 00 passa para Q.135 Não aplicável '88'
1 3 4	Quando você casou / foi viver junto pela primeira vez, quantos anos você tinha?	ANOS (idade aproximada) [] [] Não aplicável '88'
1 3 5	Atualmente você está casada ou vive com alguém ou tem algum parceiro? <i>(MARQUE NO BOX B)</i>	00. NÃO ESTÁ CASADA OU VIVENDO COM ALGUÉM (SEM RELACIONAMENTO SEXUAL). 01. ATUALMENTE CASADA COM UM HOMEM 02. VIVE / MORA JUNTO COM UM HOMEM 03. TEM UM PARCEIRO (MANTENDO RELAÇÃO SEXUAL), MAS NÃO VIVE JUNTO. 04. OUTRO: _____ 89. Não quis responder
1 3 6	Seu companheiro atual ou mais recente é o pai de _____ (nome da criança)?	01. Não 02. Sim 88. Não aplicável
1 3 7	Esse companheiro é o mesmo da gravidez estudada?	00. Não 01. Sim 88. Não aplicável
1 3 8	Esse companheiro é o mesmo de até 01 ano depois do parto de _____ (nome da criança)?	00. Não 01. Sim 88. Não aplicável
1 3 9	O último casamento ou vida em comum com um companheiro terminou em divórcio / separação, ou você ficou viúva?	01. DIVORCIADA 02. SEPARADA 03. VIÚVA ⇒ passa para Q.142 88. Não aplicável (quando a Q.133 tiver resposta 01 ou 00)

1 4 0	Qual o motivo que levou este seu último casamento ou relacionamento a terminar? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01 VOCÊ NÃO SENTIA MAIS AMOR POR ELE 02 VOCÊ NÃO TINHA MAIS ATRAÇÃO SEXUAL POR ELE 03 VOCÊ ENCONTROU OUTRA PESSOA 04 INFIDELIDADE DO PARCEIRO 05 INCOMPATIBILIDADES / NÃO SE ENTENDIAM 06 COMPANHEIRO FAZIA USO DE ÁLCOOL E/OU DROGAS 07 COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS DO PARCEIRO 08 OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder
1 4 1	Quem tomou a iniciativa da separação?	01. VOCÊ 02. SEU PARCEIRO 03. AMBOS, VOCÊE SEU PARCEIRO 04. OUTRO: _____ 88. Nãoaplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe / Não lembra
1 4 2	Pensando no seu relacionamento atual / mais recente, quando vocês casaram / foram viver juntos:	01. VOCÊ SE MUDOU PARA CASA DO PARCEIRO 02. VOCÊ SE MUDOU PARA CASA DA FAMÍLIA DO PARCEIRO 03. O PARCEIRO SE MUDOU PARA SUACASA 04. O PARCEIRO SE MUDOU PARA CASA DE SUA FAMÍLIA 05. VOCÊS FORAM MORAR SOZINHOS 06. OUTRO: _____ 88. Nãoaplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe / Não lembra
1 4 3	Quanto tempo você está ou ficou com o pai de _____ (nome da criança)?	Nº DE ANOS [][] OU Nº DE MESES [][] OU Nº DE DIAS [][]
1 4 4	Você fuma ou já fumou cigarro nos últimos 7 anos?	00. Nunca fumou⇒ passe para Q.147 01. Sim, fuma 03. Atualmente não fuma mais 89. Não quis responder⇒ passe para Q.147
1 4 5	Com que frequência você fuma ou fumava? Você diria que:	01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1– 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável
1 4 6	Quantos cigarros você costuma fumar por dia?	Número de cigarros por dia [][] Não aplicável.....88 Não quis responder89
1 4 7	Você bebe ou bebeu nos últimos 7 anos?	00. Nunca bebeu⇒ passe para Q.151 01. Sim, bebe. 02. Atualmente não bebe mais 89. Não quis responder⇒ passe para Q.151

1 4 8	O que você bebe ou bebia mais? (APENAS UMA RESPOSTA)	01. CERVEJA 02. CACHAÇA 03. RUM 04. WHISKY 05. Outra:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável
1 4 9	Com que frequência você bebe ou bebia? Você diria que:	01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1- 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável
1 5 0	Nos dias em que você toma bebida alcoólica, você costuma tomar quantas doses ou copos?	Número de doses / copos /dia [] [] Não aplicável.....88 Não quis responder89
1 5 1	Você usa ou usou algum tipo de droga nos últimos 7 anos?	00. Nunca usou ⇒ passa para a SEÇÃO 2 01. Sim, usa. 02. Atualmente não usa mais 89. Não quis responder ⇒ passa para a SEÇÃO 2
1 5 2	Qual tipo de droga você usa ou usou? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. MACONHA 02. CRACK 03. COCAINA 04. LOLÓ 05. COLA 06. XAROPE 07. ARTANE 08. ALGAFAN 09. Outra:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável
1 5 3	Com que frequência você usa ou usou droga? Você diria que:	01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1- 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável

SEÇÃO 3 – APOIO SOCIAL						
Se você precisar, com que frequência conta com alguém...						
		NUNCA	RARA- MENTE	ALGUMAS VEZES	MUITAS VEZES	SEMP RE
3 0 1	Que a ajude, se ficar de cama?	01	02	03	04	05
3 0 0	Para levá-la ao médico?	01	02	03	04	05
3 0 3	Para ajudá-la nas tarefas diárias, se ficar doente?	01	02	03	04	05
3 0 4	Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?	01	02	03	04	05
3 0 5	Que demonstre amor e afeto por você?	01	02	03	04	05
3 0 6	Que lhe dê um abraço?	01	02	03	04	05
3 0 7	Que você ame e faça você se sentir querida?	01	02	03	04	05
3 0 8	Para ouvi-la, quando você precisar falar?	01	02	03	04	05
3 0 9	Em quem confiar, ou para falar de você ou sobre seus problemas?	01	02	03	04	05
3 1 0	Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	01	02	03	04	05

3 1 1	Que compreenda seus problemas?	01	02	03	04	05
3 1 2	Para dar bons conselhos em situações de crise?	01	02	03	04	05
3 1 3	Para dar informações que a ajude a compreender determinada situação?	01	02	03	04	05
3 1 4	De quem você gostaria de receber conselhos?	01	02	03	04	05
3 1 5	Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?	01	02	03	04	05
3 1 6	Com quem fazer coisas agradáveis?	01	02	03	04	05
3 1 7	Com quem distrair a cabeça?	01	02	03	04	05
3 1 8	Com quem relaxar?	01	02	03	04	05
3 1 9	Para se divertir juntos	01	02	03	04	05