



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM  
ENFERMAGEM**

**IVONETE ARNAUTS**

**PERCEPÇÃO DO RISCO E PERFIL SOCIOECONÔMICO DE JOVENS  
VÍTIMAS DE TRAUMA E USUÁRIOS DE ÁLCOOL**

**MARINGÁ  
2009**

**IVONETE ARNAUTS**

**PERCEPÇÃO DO RISCO E PERFIL SOCIOECONÔMICO DE JOVENS VÍTIMAS  
DE TRAUMA E USUÁRIOS DE ÁLCOOL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Magda Lúcia Félix de Oliveira.

**MARINGÁ  
2009**

Arnauts, Ivonete

A745 Percepção do risco e perfil socioeconômico de jovens vítimas de trauma e usuários de álcool. / Ivonete Arnauts. – Cascavel, 2009. 109 f.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Magda Lúcia Félix de Oliveira. Dissertação(Mestrado) – Universidade Estadual de Maringá.

1. Enfermagem – Ações Assistenciais. 2. Enfermagem – Prevenção – Consumo de Álcool. 3. Juventude – Álcool - Trauma. 4. Jovens – Trauma – Álcool. I. Oliveira, Magda Lúcia Félix de. II. Título.

CDD – 610.7369  
610.7367  
610.734

**IVONETE ARNAUTS**

**PERCEPÇÃO DO RISCO E PERFIL SOCIOECONÔMICO DE JOVENS VÍTIMAS  
DE TRAUMA E USUÁRIOS DE ÁLCOOL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestrado em Enfermagem.

Aprovado em

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Magda Lúcia Félix de Oliveira  
Universidade Estadual de Maringá

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sonia Silva Marcon  
Universidade Estadual de Maringá

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Lucia Frizon Rizzotto  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

*A Deus, pela força para que eu pudesse chegar até o fim, e pelo seu maior presente: a vida.*

*Aos meus pais Stanislau Arnauts e Lúcia Werncke Arnauts por dedicarem todo amor do mundo, ensinando-me que a vida vale a pena e incentivando-me em todos os momentos de dificuldades.*

*Ao meu marido, Davi Alexandre Pacheco Broca, pelo amor, paciência, incentivo, amizade e atenção prestada nos momentos de dificuldades e desabafos.*

*À minha filha, pelo carinho e amor.*

*“Há homens que lutam um dia e são bons.  
Há homens que lutam um ano e são melhores.  
Há aqueles que lutam muitos anos e são muito bons.  
Há, porém, os que lutam toda a vida.  
Esses são imprescindíveis”.*  
*(Bertold Brecht).*

## AGRADECIMENTOS

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Magda Lúcia Félix de Oliveira, orientadora, pelo apoio, paciência, dedicação e disponibilidade para o crescimento pessoal, profissional e como pesquisadora.

Aos membros da banca examinadora, pelas sugestões, dedicação e disponibilidade.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem, por aproximarmos da formação qualificada para o magistério superior e atividades de pesquisa, propiciando condições para que houvesse crescimento pessoal e profissional.

À Maria de Ganzer e Lana Karina Oliveira, que pela amizade e dedicação ajudaram na coleta de dados desse trabalho.

Aos amigos dessa longa caminhada.

Aos funcionários do Pronto Socorro do Hospital Universitário do Oeste do Paraná da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, pelo apoio e colaboração.

Ao Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), por ter autorizado o acesso aos dados para desenvolvimento da pesquisa.

Aos colegas da Unidade de Suporte Avançado de Vida, que contribuíram facilitando-me na flexibilidade de horários de trabalho.

A todos os jovens que fizeram parte desse estudo.

Muito Obrigada!

ARNAUTS, Ivonete. *Percepção do risco e perfil socioeconômico de jovens vítimas de trauma e usuários de álcool*. 2009. 109 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2009.

## RESUMO

O abuso do álcool constitui fator de risco para o trauma e um problema social e sanitário de grande magnitude, em especial, para a população juvenil. O presente estudo teve como objetivo analisar a percepção do risco para o trauma, investigar o padrão de consumo de álcool e verificar a opinião dos jovens vítimas de trauma em relação as políticas públicas, por meio de estudo exploratório e transversal, em jovens com diagnóstico médico de trauma por diversas etiologias na faixa etária de 10 a 24 anos, residentes em Cascavel - PR, atendidos no Pronto Socorro (PS) de um hospital de ensino do Oeste do Paraná. Como fontes de dados foram utilizados a listagem de pacientes atendidos no PS, o prontuário do paciente e a ficha de atendimento do PS. Os instrumentos de coleta de dados foram um roteiro de entrevista, adaptado do *Questionário Hablas*, e uma planilha para compilação de dados. A entrevista foi realizada com o jovem ou seu responsável, se o mesmo não tinha 14 anos completos. Os dados foram inseridos no Programa Excel, para posterior análise, a partir do Programa de Computação Estatística 8.0. A análise de dados foi realizada por meio de estatística descritiva, teste qui-quadrado e regressão logística. O projeto foi aprovado pelo Parecer n.º 070/2009 do Comitê Permanente de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá. Foram entrevistados 112 jovens, classificados em três grupos de padrão de consumo de álcool: 22 (19,7%) que tiveram trauma associado ao consumo de bebida alcoólica, denominados trauma com consumo; 65 (58%) que eram consumidores de álcool, mas nas seis horas anteriores ao trauma não referiram consumo, designados trauma sem consumo; e 25 (22,3%) que nunca consumiram bebida alcoólica, identificados como trauma em abstinentes na vida. O trauma predominou nos jovens do sexo masculino, com ensino fundamental completo, com renda mensal familiar entre 901,00 e 1500,00 reais, sem renda pessoal e com trabalho formal. Constatou-se que a ingestão de álcool anteriormente ao trauma aumentou em 50 vezes as chances de quadros clínicos com maior gravidade. A maior ocorrência de trauma aconteceu na faixa etária dos 15 aos 20 anos independente do padrão de consumo de bebida alcoólica, porém, os jovens na faixa dos 21 aos 24 anos tiveram 21,7 vezes mais chances de terem trauma relacionado ao consumo de álcool, quando comparados aos jovens na faixa etária dos 10 aos 14 anos. Identificou-se o início precoce do consumo de bebida alcoólica, e que a maioria dos jovens iniciaram o consumo regular entre os 15 e 20 anos. A frequência de consumo de bebida alcoólica mais citada pelos jovens foi de uma a duas vezes por semana, sendo o consumo abusivo maior para os jovens na faixa etária dos 21 aos 24 anos, os quais fazem uso em forma de *binge*. Os locais onde habitualmente os jovens consumiram bebida alcoólica nos últimos 12 meses foram as festas e bares, sendo os amigos as companhias preferenciais para o consumo. A maioria dos jovens considera que os impostos e as campanhas alertando para os riscos de consumo de álcool, e direção automotiva deveriam ser aumentados, e que a idade de 18 anos para a venda de bebida alcoólica deveria permanecer como está atualmente. Os jovens, em sua maioria, consideram que as penalidades referentes ao abuso de álcool e condução de veículo automotor deveriam ser aplicadas sempre, sendo menos favoráveis à essas medidas os jovens que tiveram trauma relacionado ao consumo de bebida. Maior frequência de direção automotiva, após o consumo de bebida alcoólica, e capacidade de direção com maior número de doses foi relatada pelos jovens que tiveram trauma associado ao consumo de bebida alcoólica e pelos que estavam na faixa etária dos 21 aos 24 anos. Os jovens que dirigiram mais vezes alcoolizados tiveram mais chances de terem trauma associado ao consumo de bebida alcoólica. Quase totalidade (96,4%) dos jovens



concordou que pegar carona com motorista alcoolizado oferece risco, porém, 61,6% já tiveram essa conduta, sendo maior para os jovens que tiveram trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica. A maioria dos jovens considera que a bebida alcoólica traz algum prejuízo para a vida e para a saúde. Os resultados apontaram que os jovens apresentaram percepção de risco distorcida ou falsa percepção de segurança referente ao consumo de álcool, falta de credibilidade em políticas públicas e instituições, e forte influência de amigos e familiares para a construção da percepção de risco. Portanto, o enfermeiro deve estar instrumentalizado para a execução de programas de educação em saúde voltados para o jovem e a família, traçando estratégias e metas com vistas a estimular o comportamento seguro após o consumo de álcool.

**Palavras-chave:** percepção, intoxicação alcoólica, assistência de enfermagem.

ARNAUTS, Ivonete. *Risk perception and the socioeconomic profile of young victims of trauma and alcohol users*. 2009. 109 p. Report (Masters in Nursing), Maringá State University, Maringá, 2009.

### ABSTRACT

The abuse of alcohol constitute a risk factor to the trauma and a social and sanitary problem of considerable magnitude, in special, to the juvenile population. The present study had as a purpose to analyze the perception of the risk to the trauma, to investigate the pattern of alcohol consumption and to verify the opinion of young people victim of trauma according to the public politics, through a transversal and exploratory study of young people with medical diagnosis of trauma by several aetiologies between 10 to 24 years old, residents in Cascavel – PR, seen at the Emergency Room (ER) of an academic hospital of west of Paraná. As data sources we used a list of patients seen in the PS, the patient's chart and the patient chart from the PS. The instruments of data collection were a structured interview, adapted from the Hablas Questionnaire, and a spreadsheet for data collection. The interview was conducted with the youngster or the guardian, in case he or she was under 14 years old. The data were inserted into the Excel program for further analysis from the computer program “Estatística”, version 8.0. Data analysis was performed using descriptive statistics, chi-square test and logistic regression. The project was approved by the resolution N° 070/2009 of the Committee of Ethics and Research Involving Human Beings of Maringá State University. We interviewed 112 people, classified into three groups of alcohol consumption pattern: 22 who had trauma associated with alcohol consumption, denominated trauma with consumption, 65 who were alcohol consumers, but did not report consumption during the six hours prior to the trauma, designated trauma without consumption, and 25 who never consumed alcohol, identified as trauma in abstinent life. The trauma was predominant in young males, that had completed elementary education, with a monthly family income between 901 and 1500 reais, with no personal income and with formal employment. It was noted that the intake of alcohol prior to trauma increases by 50 times the chances of clinical illness with greater severity. The higher incidence of trauma occurred in the age group 15 to 20 years regardless of the alcohol consumption patterns, however, young people aged from 21 to 24 years were 21.7 times more likely to have trauma related to drinking alcohol while compared to young people aged from 10 to 14 years. We identified early initiation of alcohol consumption, and that most young people started a regular consumption between 15 and 20 years old. The frequency of alcohol consumption most often quoted by young people was one to two times per week, with the consume abuse being higher for the youngsters aged between 21 and 24, which use it in the form of *binge*. The places where the youngsters consumed alcohol in the last 12 months were the parties and bars, being their friends the preferred companies for drinking. Most of them consider that taxes and campaigns warning against the risks of alcohol consumption and automobile direction should be increased, and the age of 18 years old for the sale of liquor should remain as it is. Young people mostly believe that the penalties related to alcohol abuse and driving a motor vehicle should always be applied, and the less favorable to such measures were the young people who have had trauma related to beverage consumption. Higher frequency of automotive driving after consuming alcohol and driving ability with larger number of doses was reported by the youngsters who have had trauma associated with alcohol consumption and those who were aged from 21 to 24 years. Young people who drove drunk more often were more likely to have trauma associated with the consumption of alcohol. Almost all (96.4 %) young people agreed that taking a ride with a drunk driver offers risk, however, 61.6% had such conduct, being higher for young people who have had trauma related to alcohol consumption. Most younsters consider that the alcohol brings some damage

to life and health. The results showed that the young people presented a distorted perception of the risk or a false security perception referring to the alcohol consumption, the lack of credibility in public politics and institutions, and the strong influence of family and friends toward the construction of the risk perception. Thus, the nurse must be equipped to the execution of health education programs aimed at the young people and their family, projecting strategies and goals aiming to stimulate the safe behavior after the alcohol consumption.

**Key-word:** Perception, alcoholic intoxication, nursing care

ARNAUTS, Ivonete. *Percepción del riesgo y perfil socioeconômico de jóvenes víctimas de trauma y usuario del alcohol*. 2009. 109 p. Disertación (Maestría en Enfermería) – Universidad Estatal de Maringá, Maringá, 2009.

## RESUMEN

El abuso del alcohol constituye factor de riesgo para el trauma y un problema social y sanitario de gran magnitud, especialmente, para la población juvenil. El presente estudio tuvo como objetivo analizar la percepción del riesgo para el trauma, investigar el estándar de consumo del alcohol y verificar la opinión de los jóvenes víctimas de trauma con relación a las políticas públicas, a través de estudio exploratorio y transversal, en jóvenes con diagnóstico médico de trauma por diversas etiologías en grupo etario de 10 a 24 años, que viven en Cascavel – PR, atendidos en las urgencias de un hospital de enseñanza del Oeste del Paraná. Como fuentes de datos fueron utilizados la lista de pacientes atendidos en el PS, el prontuario de pacientes y la ficha de atendimento del PS. Los instrumentos de recolección de datos fueron un esquema de entrevista, adaptado del *Questionário Hablas*, y una planilla para compilación de datos. La entrevista fue realizada con el joven o su responsable, si el mismo no poseía 14 años cumplidos. Los datos fueron inseridos en el Programa Excel, para posterior análisis a partir del Programa de Computación Estadística, versión 8.0. El análisis de datos fue realizado por medio de estadística descriptiva, teste qui-quadrado y regresión logística. El Proyecto fue aprobado por el parecer n.º 070/2009 del Comité de Ética y Pesquisa Envolviendo Seres Humanos de la Universidad Estadual de Maringá. Fueron entrevistados 112 jóvenes, clasificados en tres grupos de padrón de consumo de alcohol: 22 que tuvieron trauma asociado al consumo de bebida alcohólica, denominados trauma con consumo; 65 que eran consumidores de alcohol, mas em las seis horas anteriores al trauma no refirieron consumo, designado trauma sin consumo; y 25 que nunca consumieron bebida alcohólica, identificados como trauma en abstemios durante la vida. El trauma predominó en los jóvenes del sexo masculino, con escolaridad primaria completa, con renda mensual familiar entre 901 e 1500 reais, sin ingresos personales y com trabajo formal. Se Constató que la ingestión de alcohol anteriormente al trauma aumenta en 50 veces la posibilidad de acontecer cuadros clínicos con mayor gravedad. La mayor ocurrencia de trauma aconteció entre jóvenes de 15 a 20 años independiente del padrón de consumo de bebida alcohólica, no obstante, los jóvenes entre los 21 a los 24 años tuvieron 21,7 veces más posibilidades de tener trauma relacionado al consumo de alcohol cuando comparado a los jóvenes entre la edad de los 10 a los 14 años. Se identificó el inicio precoz del consumo de bebida alcohólica, y que la mayoría de los jóvenes iniciaron el consumo regular entre los 15 y 20 años. La frecuencia de consumo de bebida alcohólica más citada por los jóvenes fue de una a dos veces por semana, siendo el consumo abusivo mayor para los jóvenes entre los 21 a los 24 años, los cuales hacen uso en forma de *binge*. Los locales donde habitualmente los jóvenes consumieron bebida alcohólica en los últimos 12 meses fueron las fiestas y bares, siendo los amigos las compañías preferenciales para el consumo. La mayoría de los jóvenes considera que los impuestos y las campañas alertando para los riesgos de consumo de alcohol y dirección de vehículos deberían ser aumentados, y que la edad de 18 años para la venta de bebida alcohólica debería permanecer como está. Los jóvenes, en su mayoría, consideran que las penalidades referentes al abuso de alcohol y dirección de vehículo automotor deberían ser aplicadas siempre, siendo los menos favorables a esas medidas los jóvenes que tuvieron trauma relacionado al consumo de bebida. Mayor frecuencia de dirección automovilística después del consumo de bebida alcohólica y capacidad de dirección con mayor número de dosis fue relatada por los jóvenes que tuvieron trauma asociado al consumo de bebida alcohólica y por los que estaban entre la edad de los 21 a los 24 años. Los jóvenes que dirigieron más veces alcoholizados

tuvieron más oportunidades de tener trauma asociado con el consumo de bebida alcoholica. Casi la totalidad (96,4%) de los jóvenes concordó que andar con motorista alcoholizado ofrece riesgo, no obstante, 61,6% ya tuvieron esa conducta, siendo mayor para los jóvenes que tuvieron trauma relacionado al consumo de bebida alcoholica. La mayoría de los jóvenes considera que la bebida alcohólica trae algún problema para la vida y la salud. Los resultados apuntaron que los jóvenes presentaron percepción de riesgo distorsionada o falsa percepción de seguridad con relación al consumo del alcohol, falta de credibilidad en políticas públicas e instituciones, y fuerte influencia de amigos y de familiares para la construcción de la percepción de riesgo. Así, el enfermero debe estar instrumentalizado para la ejecución de programas de educación de la salud direccionado al joven y a la familia, plantear estrategias y metas con el objetivo de estimular el comportamiento seguro tras el consumo del alcohol.

**Palabras claves:** Percepción, Intoxicación Alcohólica , Atención de Enfermería

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	GRÁFICO 1 – Distribuição percentual de jovens vítimas de trauma segundo padrão de consumo de álcool. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.....	47
-----------	---	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição absoluta e percentual de jovens vítimas de trauma segundo variáveis sexo, escolaridade, renda mensal familiar, renda mensal pessoal e situação de trabalho. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.....	49
Tabela 2	Distribuição absoluta e percentual de jovens vítimas de trauma segundo grau de instrução e renda mensal pessoal. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.....	52
Tabela 3	Distribuição absoluta e percentual e razão de chance de jovens vítimas de trauma segundo renda pessoal e situação de trabalho. Cascavel-PR, maio a julho, 2009. ....	53
Tabela 4	Distribuição absoluta e percentual e razão de chance de jovens vítimas de trauma segundo grau de instrução e situação de trabalho. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.....	54
Tabela 5	Distribuição absoluta e percentual e razão de chance de trauma do padrão de consumo de álcool dos jovens vítimas de trauma segundo sexo, faixa etária e escolaridade. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.....	56
Tabela 6	Padrão de consumo de álcool de jovens vítimas de trauma segundo frequência, quantidade, bebida mais consumida, idade de início, idade de consumo regular, local de maior consumo e acompanhantes. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.....	60
Tabela 7	Distribuição absoluta e percentual de jovens vítimas de trauma quanto à opinião sobre políticas públicas para controle do álcool. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.....	67
Tabela 8	Distribuição absoluta e percentual de jovens vítimas de trauma quanto à opinião sobre penalidades para dirigir embriagado. Cascave-PR, maio a julho, 2009.....	72
Tabela 9	Distribuição absoluta e percentual de jovens vítimas de trauma segundo variáveis frequência, quantidade, idade de início e número de doses que afeta a capacidade de dirigir. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.....	75
Tabela 10	Distribuição absoluta e percentual de jovens vítimas de trauma segundo número de vezes em que dirigiram após consumirem bebida alcoólica. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.....	79
Tabela 11	Distribuição absoluta e percentual de jovens vítimas de trauma quanto às experiências indesejadas em relação ao beber. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.....	83
Tabela 12	Distribuição absoluta e percentual de jovens vítimas de trauma segundo carona com motorista alcoolizado. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.....	86
Tabela 13	Distribuição absoluta e percentual de jovens vítimas de trauma segundo comportamentos preventivos em relação às bebidas alcoólicas. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.....	87

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>16</b>
1.1	Consumo do Álcool, Juventude e Risco	17
1.2	Consumo do Álcool e Trauma	24
1.3	O Álcool e Ações de Enfermagem	29
<b>2.</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>35</b>
2.1	Objetivo Geral	35
2.2	Objetivos Específicos	35
<b>3.</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>36</b>
3.1	Tipo de Estudo	36
3.2	Local de Estudo	36
3.3	População em Estudo	37
3.4	Fontes de Dados	40
3.5	Instrumento de Coleta de Dados	41
3.6	Procedimentos de Coleta de Dados	42
3.7	Tratamento e Apresentação dos Dados	44
3.8	Procedimentos Éticos	45
<b>4.</b>	<b>RESULTADOS e DISCUSSÃO</b>	<b>46</b>
4.1	Caracterização Socioeconômica dos Jovens	48
4.2	Padrão de Consumo do Álcool pelos Jovens	55
4.3	Opinião sobre Políticas Públicas Relacionadas às Bebidas Alcoólicas	65
4.4	Percepção do Risco para o Trauma nos Jovens Investigados	74
4.5	Reflexão sobre as Ações de Enfermagem na Atenção aos Usuários de Álcool	91
<b>5.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>96</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>102</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>110</b>
	<b>ANEXOS</b>	



## 1. INTRODUÇÃO

Na função de enfermeira da Unidade de Suporte Avançado de Vida (USAV), do Sistema Integrado de Emergências da Secretaria Estadual de Saúde do Estado Paraná, em Cascavel – PR, realizo assistência de enfermagem e transferência inter-hospitalar de pacientes graves, com risco de morte. Durante os atendimentos e transportes na USAV, assisto jovens acometidos por vários agravos evitáveis, principalmente, causados pelo abuso do álcool, ocasionando aumento da taxa de ocupação de leitos hospitalares e dos índices de anos de vida perdidos ou incapacitados.

As consequências do uso do álcool vão além daquelas relacionadas ao prejuízo à saúde dos indivíduos que abusam; também referem-se às consequências de impacto público, como, por exemplo, “[...] o uso dos impostos pagos pela sociedade para financiar as ações de tratamento e prevenção ao abuso do álcool e, também, a perda de produtividade”. Sabe-se, também, que a tendência a comportamentos violentos e impulsivos aumenta após o consumo de drogas de abuso, consideradas como substâncias ou preparações, com pouco uso médico, usadas primariamente pelos seus efeitos prazerosos, exóticos ou estimulantes. Dessa forma, o trauma aparece como uma consequência decorrente do comportamento alterado pelo consumo de álcool (GALLASSI et al., 2008, p. 30).

O I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, realizado em 2007, apontou que os jovens são os que apresentam maiores riscos em relação ao consumo de álcool, com consequências negativas diversas como “[...] problemas nos estudos, problemas sociais, (prática de) sexo sem proteção e/ou sem aconselhamento, maior risco de suicídio ou homicídio, e acidentes [...]” (LARANJEIRA et al., 2007, p. 42).

Para Fonseca et al. (2007), o risco não existe independente de nossas mentes e culturas; ele pode ser observado e mensurado dentro de um contexto. Os fatores de risco também são criações sociais definidas em termos de graus de crença, podendo existir discrepância entre a percepção do risco e o comportamento do indivíduo ou coletividade.

Para Iriart et al. (2008), a compreensão de emoções, sentimentos, valores e atitudes diante da experiência cotidiana são amplamente reconhecidas como fundamentais para mudanças de percepção e comportamento, requeridas nos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

No trabalho educativo realizado pelo enfermeiro à população jovem deve abranger o reconhecimento do modo de pensar e agir da comunidade, identificando seus valores e crenças. Segundo Wagner, Wagner e Talbot (2004, p. 32), a “comunidade que se percebe, identificada e valorizada, estabelece parcerias duradouras e isto gera um impacto evidente no resultado do trabalho desenvolvido”.

A presente pesquisa justifica-se, então, pela relevância científica e social dos estudos sobre o abuso de álcool e de outras drogas, e pela estreita ligação entre o aumento do consumo de álcool e o risco para o trauma, principalmente, no grupo populacional dos jovens. As reflexões sobre a temática conduziram-me a abordar a percepção do risco para o trauma associado ao consumo de álcool como pertencente a uma dimensão culturalmente construída e interpretada.

### **1.1 Consumo do Álcool, Juventude e Risco**

O consumo de drogas existe ao longo da história da humanidade. Segundo Ruiz e Andrade (2005), o consumo dessas substâncias psicoativas expandiu-se consideravelmente a

partir da segunda guerra mundial, configurando-se um verdadeiro fenômeno de massa e um grave problema de saúde pública.

Essa afirmação é corroborada por Zanoti-Jeronymo e Carvalho (2005), ao afirmarem que, nos últimos trinta anos, o consumo de álcool sofreu um aumento significativo e associa-se ao crescimento da indústria de bebidas alcoólicas, ao desenvolvimento do turismo em massa e ao desemprego. Cerca de 84% da população brasileira faz uso ocasional de álcool e os índices de dependência variam de 3 a 15%.

O consumo de bebida alcoólica faz parte da cultura da humanidade. Não há cultura conhecida que não a utilize como uma forma associada aos rituais de celebração. O álcool está presente na maioria das ocasiões sociais, festas e comemorações (STAMM, BRESSAN, 2007; STAMM, 2005).

O uso prejudicial do álcool é associado a mais de 60 tipos de doenças, como desordens mentais, suicídio, câncer, cirrose, danos intencionais e não intencionais, como beber e dirigir, perturbações familiares, comportamento agressivo, produtividade diminuída e acidentes no trabalho. Também associa-se a comportamentos de risco, como sexo inseguro, doenças sexualmente transmissíveis e uso de outras drogas psicoativas. Os problemas relacionados ao álcool não só afetam o consumidor individual, mas também toda a comunidade, incluindo a família e vítimas de violências e acidentes associados ao uso de bebidas alcoólicas. Adolescentes e adultos jovens têm maiores riscos de sofrer acidentes de trânsito, violências e rompimentos familiares relacionados ao uso prejudicial do álcool (DUAILIBI, LARANJEIRA, 2007).

Os danos causados pelo abuso do álcool podem ser calculados por meio do indicador DALY – Disability Adjusted Life Years, por 1.000 habitantes. Esse indicador refere-se ao percentual de anos perdidos em razão de doenças ou mortalidade precoce atribuível à ingestão de álcool. Em 2002, o consumo abusivo de bebida alcoólica foi responsável por 4% da carga global

de doenças e 3,2% de todas as mortes prematuras mundiais. Isso corresponde a 58,3 milhões de anos perdidos por razão de inaptidão e 1,8 milhões de mortes por doenças atribuíveis à ingestão de álcool (DUAILIBI, LARANJEIRA, 2007).

O álcool aparece como o terceiro fator de risco para a morbi-mortalidade nos países desenvolvidos, sendo responsável por 9,5% dos anos de vida perdidos ou incapacitados - DALYs, e nos países em desenvolvimento, como o Brasil, dentre as substâncias psicoativas, o álcool surge como o principal fator de risco para a morbi-mortalidade, com 6,2% do DALYs. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que as drogas lícitas, como álcool e tabaco, pelo impacto que provocam à sociedade em termos de mortalidade e incapacidade, continuarão como importantes fatores de risco nas projeções para as décadas de 2010 e 2020 (LUIZ, LUNETTA, 2005).

O consumo de álcool no continente americano é 50% maior que o nível de consumo global. Países como Brasil, Chile e México têm proporções de abstêmios mais elevadas, mas o consumo *per capita* dos que bebem é consideravelmente mais alto do que a média da população mundial. Fato este significativo, pois quanto mais alta a média de consumo em uma população, maior será a prevalência de danos relacionados ao consumo (DUAILIBI, LARANJEIRA, 2007).

A OMS calcula que, em 2002, o custo total relacionado ao consumo nocivo de álcool pode ter chegado a US\$ 665 bilhões, o que equivaleria a 2% do Produto Interno Bruto (PIB) mundial. Cada vez mais a produção e comércio de álcool implicam novos desafios para combater o problema (WHO, 2007).

A quantidade de bebida consumida é mensurada por meio da quantidade de doses ingeridas. Cardoso, Malbergier e Figueiredo (2008), afirmam que uma dose corresponde à presença de 8 a 13 gramas de etanol, o que equivale a uma lata de cerveja, um cálice de vinho ou 30 mililitros de bebida destilada.

O consumo moderado é caracterizado pela ingestão de 15 doses semanais para os homens e 10 doses semanais para as mulheres, e o consumo pesado corresponde ao consumo diário e excessivo da substância. Para avaliar esses parâmetros deve-se considerar o tempo que o sujeito levou para consumir cada dose e o peso corporal do indivíduo (CARDOSO, MALBERGIER, FIGUEIREDO, 2008).

O I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira mostrou que, na faixa etária de 18 a 34 anos, 40% dos investigados bebiam em forma de *binge*, ou seja, bebiam com maior risco, em curto espaço de tempo. De acordo com a Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, a forma *binge* é a prática que mais expõe o jovem a uma série de problemas de saúde e sociais, sendo o acidente de trânsito o mais comum, além de envolvimento em brigas, vandalismo e prática de sexo sem segurança (LARANJEIRA et al., 2007; BRASIL, 2008a).

Ocorrem durante esses episódios, importantes modificações neurofisiológicas nos bebedores, com desinibição comportamental, diminuição da atenção, comprometimento cognitivo, piora da capacidade de julgamento e diminuição da coordenação motora. O mesmo levantamento revelou, ainda, que metade dos que beberam em forma *binge*, o fizeram pelo menos uma vez por semana (LARANJEIRA et al., 2007; BRASIL, 2008a).

A juventude é descrita por Nugent (2006), como o período compreendido na faixa etária entre 10 e 24 anos, com três fases de transição: prévia - entre 10 e 14 anos, intermediária - entre 15 e 20 anos, e posterior - entre 21 e 24 anos. Nessas três fases os jovens enfrentam situações que afetam seu futuro e bem estar. No período de 10 a 14 anos são crianças em muitos aspectos, na segunda fase estão passando pelo período da puberdade. Dos 21 aos 24 anos são jovens adultos, descobrindo seus interesses e talentos e adquirindo responsabilidades relativas ao trabalho, ao cônjuge e, com frequência, a constituição de uma família independente.

Ao construírem a própria identidade, os jovens buscam ter um referencial que dê sentido ao seu existir, constituindo um dos grupos mais sensíveis a situações indesejadas, inoportunas e de difícil solução, como o uso de drogas, a gravidez indesejada e a infecção pelo HIV/Aids. Os jovens são população vulnerável por estarem passando por profundas mudanças físicas e psíquicas, podendo ocasionar comportamentos socialmente indesejáveis (AVANCI, 2004; PRATTA, SANTOS, 2006).

Stamm e Bressan (2007), ao compararem o consumo de álcool entre jovens brasileiros, ingleses e norte-americanos, apontaram que 25% dos adolescentes brasileiros e ingleses bebem de maneira perigosa, porém, a prevalência de consumo de álcool entre os jovens norte-americanos é maior, sendo de 30%.

Estudo sobre a extensão e as consequências do álcool e de outras drogas usadas por adolescentes de três locais sentinela na África do Sul (Cape Town, Durban e Província de Gauteng), apontou, também, níveis altos de abuso de álcool entre estudantes de escola secundária, sendo o álcool a substância mais comum de abuso (PARRY et al., 2004).

Na América Latina, estudos sobre o uso de drogas por adolescentes, indicaram que o álcool é a substância psicoativa mais consumida e entre os jovens, com taxas mais elevadas no sexo masculino, sendo a idade de início cada vez mais precoce, aumentando o risco de dependência no futuro (FARIAS, FUREGATO, 2005; MESQUITA, NUNES, COHEN, 2008).

O jovem sofre forte influência para o consumo de bebidas alcoólicas pela propaganda, pela ação direta da família ou pelos grupos de amigos. O hábito adquirido pode ser mantido por toda a sua vida adulta, gerando problemas decorrentes do alcoolismo, como elevado custo social por estar associado a mortes no trânsito, desentendimentos familiares e afetivos, separação de casais, homicídios, espancamento de crianças e mulheres, e prejuízo no trabalho e na escola (WESSELOVICZ et al., 2008).

As causas do consumo exagerado de bebida alcoólica podem estar relacionadas a um conjunto de fatores biopsicosociais. A predisposição ambiental e a hereditariedade são fatores biológicos relacionados com a dependência e o consumo do álcool. Como aspectos psicológicos, o consumo de álcool pode funcionar como um mecanismo de fuga, pois é consumido principalmente, por indivíduos tímidos, com medo de tomar iniciativas ou assumir responsabilidades. Como determinantes sociais, o desemprego, a privação social, a cultura e o lugar que o indivíduo está inserido podem ser fatores que influenciam o indivíduo quanto ao hábito de consumir ou não bebida alcoólica (WESSELOVICZ et al., 2008).

Ocorre influência do social e cultural sobre a adoção de comportamentos de prevenção do risco. Esta influência determina a maneira pela qual os indivíduos percebem o risco, podendo levá-los a ações específicas, entre as quais a de ignorar a probabilidade de ocorrência de agravo à saúde. Os comportamentos são associados às percepções, as quais se formam-se na interação entre pessoas, diferindo de uma simples perspectiva cognitiva (FONSECA et al., 2007).

O risco adquire significado a partir da sua relação com o contexto cultural. O mais importante, então, seria conhecer as percepções da situação de risco. O conceito de risco aproxima-se a um perigo mais ou menos definido ou à probabilidade de perigo, geralmente com ameaça física para o homem e/ou para o ambiente (FONSECA et al., 2007).

A percepção de risco, fenômeno culturalmente construído e interpretado, revela-se permeada por crenças e representações, que constituem o eixo organizador das reações e comportamentos dos indivíduos na sociedade (FONSECA et al., 2007).

A crença é qualquer proposição, consciente ou inconsciente, do que a pessoa diz ou faz. O conteúdo de uma crença pode descrever o objeto de crenças como verdadeiro ou falso, correto ou incorreto, bom ou ruim, ou como desejável ou indesejável. Funciona como predisposição que induz a uma atitude em resposta a um objeto ou situação (PENA et al., 2008).

Para Coelho (2007), quando há sentimento social construído sobre a natureza do risco, as pessoas percebem o risco e preocupam-se com ele. As crenças provenientes da cultura são construídas e internalizadas pelas pessoas, passando a fazer parte integral de sua visão de mundo e influenciando na interpretação dos eventos que ocorrerão.

Slovic (1999) estabelece uma distinção entre a probabilidade de risco e a percepção de risco, considerando o risco real e o risco percebido como duas dimensões diferentes, mediadas por valores, os quais são importantes para a compreensão de como as pessoas percebem e respondem aos riscos.

Considerando a naturalização e a familiarização do consumo de álcool pela sociedade, os jovens muitas vezes deixam de adotar medidas preventivas e colocam-se, individual ou coletivamente, em perigo. A “[...] naturalidade e familiaridade conferem valor positivo a certos comportamentos potencialmente danosos, impedindo mudanças que poderiam ser benéficas para a saúde da população”. Agir diferentemente, adotando novos comportamentos e seguindo normas de proteção estabelecidas por especialistas, “[...] poderia estar para este grupo em desacordo com o senso comum que postula que há que se aceitar a fatalidade [...]” (FONCECA et al., 2007, p. 48).

Estudos relacionados à percepção de risco são fundamentais para a criação de indicadores utilizados em vários campos do conhecimento, “[...] em especial no campo da saúde pública, visando a construção de instrumentos capazes de subsidiar estratégias direcionadas a formulação de prioridades políticas e institucionais” (NAVARRO; CARDOSO, 2005, p. 2). O conhecimento prévio dos riscos e como são percebidos torna-se fundamental para o sucesso das ações que visam a prevenção e o controle de acidentes (FISCHER, GUIMARÃES, 2002).



## 1.2 Consumo do Álcool e Trauma

O trauma aparece como uma das consequências decorrentes do comportamento alterado pelo consumo de álcool. Segundo Mattos Júnior (2001), o trauma físico é definido como um conjunto de perturbações causadas por um agente físico, de etiologia, natureza e extensão muito variadas. Conceituou-se trauma como uma doença que exige atitudes e procedimentos terapêuticos específicos. Está relacionada à violência urbana, sendo uma doença multi-sistêmica, com caráter endêmico na sociedade e situa-se no campo da saúde como um dos agravos impostos pela violência aos indivíduos em seus mais variados tipos e manifestações, dentre os quais a relação com o consumo de álcool.

Pessoas que bebem têm tendência a ferimentos acidentais em decorrência da diminuição da concentração, percepção e avaliação da situação. Segundo levantamento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), há correlação entre a bebida e vários tipos de acidentes traumáticos, causados por acidentes de carro, quedas, incêndios, afogamentos ou ferimentos, além de acidentes de trabalho. O consumo exagerado do álcool pode provocar comportamentos violentos acima do que considera-se acidental, geralmente, não só o agressor como também a vítima pode ter consumido álcool antes ou durante a agressão.

Os traumas causados por álcool são considerados problemas de saúde e sociais sérios, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. As estatísticas nos países ocidentais mostram que os traumas são a quarta causa de morte, depois de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e câncer. Para a população com menos de 40 anos, os traumas causados pelo consumo de álcool são a causa mais frequente de morte (BRASIL, 2004a).

O consumo de álcool está associado a envolvimento em acidentes e ocorrências violentas, dificuldade de aprendizagem, podendo comprometer a atenção, a memória, as funções

executivas, visuais e espaciais, ocasionando intercorrências indesejáveis como crises familiares, atos violentos e internações hospitalares, sendo considerado um problema de saúde pública no Brasil (MESQUITA, NUNES, COHEN, 2008; BALLANI, OLIVEIRA, 2007).

Uma pesquisa de revisão, realizada com dados sobre o uso de álcool e ferimentos entre adolescentes de 13 a 19 anos, apontou que o dano físico é uma das consequências negativas do uso de álcool. Os dados indicam que adolescentes que usam álcool têm mais probabilidade ao trauma e de utilização de serviços de emergência que aqueles que não consomem. Concluiu-se que o uso de álcool por adolescentes está associado com o aumento da gravidade da lesão e ao custo do tratamento médico (SINDELAR, BARNETT, SPIRITO, 2004).

O uso de drogas de abuso ocasiona atos violentos e internações hospitalares. As internações decorrentes de violência podem ser trauma por acidente e agressão. Pesquisa realizada com jovens de idade até 18 anos, que foram cadastrados em um centro de informação e assistência toxicológica do Paraná, com diagnóstico de intoxicação alcoólica e história de violência, apontou aqueles que sofreram agressão tinham 10,8 vezes mais chances de necessitarem de internação em relação aos que não sofreram violência. Para as crianças e adolescentes com intoxicação alcoólica e acidentes por causas diversas, a chance de necessitarem de internação foi 14,2 vezes maior (ARNAUTS, OLIVEIRA, 2009).

No Brasil, dentre as demais drogas, o álcool é responsável por 41% dos homicídios e por 47% dos acidentes de trânsito, considerado a principal causa de morte entre os jovens. Sendo assim, as consequências que o álcool traz para a família e para a sociedade são vistas como as mais prejudiciais (STAMM; BRESSAN, 2007).

O uso prejudicial de drogas e a violência no trânsito são fenômenos complexos e dinâmicos na vida em comunidade, permeados por questões sociais, econômicas e políticas. Um dos problemas mais importantes do consumo prejudicial do álcool é a incidência de acidentes de

trânsito, envolvendo os usuários dessas drogas. Beber e dirigir, tanto como beber e colocar-se em situações de risco, trazendo resultados danosos para a coletividade. A bebida é parte da civilização, no entanto, é necessário civilizar o seu uso; bebida e outras drogas são incompatíveis com o trânsito (BRASIL, 2004a).

Os acidentes de transporte terrestre matam anualmente mais de um milhão de pessoas em todo o mundo, resultando em um grande número de feridos e sequelados. Podem gerar perdas de vidas humanas, incapacidades físicas devido às lesões cerebrais e na medula espinhal, e ao aumento da ocupação de leitos hospitalares. O custo anual dos acidentes de transporte nas rodovias brasileiras alcança em torno de 22 bilhões de reais, o que equivale a 1,2% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro. A maior parte refere-se à perda de produção associada à morte das pessoas ou interrupção de suas atividades, seguido dos custos de cuidados em saúde, além daqueles associados aos veículos (FARIAS et al., 2009).

Pesquisa realizada em Londrina – PR, na qual analisou-se mortes causadas por fatores externos em jovens entre 15 e 24 anos, com dados coletados de laudos do Instituto Médico Legal – IML, boletins de ocorrência e de resultados de testes toxicológicos, constatou que 22% dos jovens estavam sob o efeito do álcool e, entre os óbitos por acidentes de trânsito, o percentual foi 40% (PEIXOTO, 2004).

Dados do Departamento Nacional de Trânsito - DENATRAN, referentes ao ano de 2005, demonstram que do total de óbitos por acidentes de transporte, 27% referiam-se a jovens que tinham entre 18 e 29 anos, totalizando 26.409 óbitos. Quanto aos motoristas que envolveram-se em acidentes de trânsito, 45,4% estavam na mesma faixa etária, correspondendo a 526.421 acidentes (REZENDE, 2005).

Diversos trabalhos desenvolvidos no Brasil têm enfatizado o crescimento dos acidentes de trânsito entre os problemas de saúde pública de maior magnitude, pelo “[...] forte impacto na

morbidade e na mortalidade da população, especialmente do segmento jovem e/ou economicamente ativo e na qualidade de vida do conjunto da população” (SOARES, BARROS, 2006, p. 77). Observa-se no Brasil as mais elevadas taxas de mortalidade por acidentes de transporte do mundo, 18,9 para cada 100 mil habitantes (TELLES, 2008).

Isso deve-se, também, à condição inadequada das estradas e dos veículos nos países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos têm havido uma considerável diminuição no número de vítimas fatais nas ocorrências de trânsito. A melhoria na conservação das estradas, equipes de atendimento pré-hospitalar com boa qualificação, leis mais severas e novas tecnologias nos veículos - cintos multipontos, *air-bags*, carrocerias que absorvem impacto - , foram fatores determinantes nesta diminuição (ADURA et al., 2008).

Para Bridi (2010), em outros países as melhorias foram conquistadas. Na Itália e na França, embora o limite máximo de velocidade seja 130 km/h, os índices de acidentes e mortalidade estão em queda. Nos últimos seis anos, o número de mortos nas rodovias italianas caiu 46%: foram instaladas câmeras especiais nas rodovias, que medem a velocidade média dos carros, asfalto anti-chuva, que evita a derrapagem. Na França, o número de óbitos diminuiu 44%, pois, além das câmeras que flagram o excesso de velocidade, foi realizada uma grande campanha popular de conscientização.

Na Alemanha, país que não tem limite máximo de velocidade em 45% das rodovias, o número de mortes nas estradas em 2009 foi o mais baixo desde 1950, pela excelente qualidade das pistas e o extremo respeito dos alemães pela sinalização. Em Tóquio, os japoneses não arriscam dirigir após o consumo de álcool, pois a legislação é extremamente rigorosa. Quem dirigir depois de “alguns goles” pode ficar cinco anos na prisão e os acompanhantes podem ficar presos até três anos. Como resultado, as mortes no trânsito no Japão caem há nove anos seguidos (BRIDI, 1010).

Nos Estados Unidos, o número de mortes no trânsito, em 2009, ficou abaixo de 40 mil. O principal motivo é o rigor contra os motoristas alcoolizados. A cada ano, cerca de 1,5 milhão de americanos são presos por dirigirem embriagados, perdem a licença para a direção automotiva e, se tiverem antecedentes, são presos. No Estado de Nova York, a pena de prisão é automática se houver alguma criança no veículo. Desde 1980, quando as primeiras leis contra os motoristas embriagados foram adotadas, o número de mortes no trânsito caiu pela metade (BRIDI, 2010).

Reconhecendo os danos físicos, emocionais e materiais provocados pelo uso nocivo de álcool, são lavradas leis e estratégias preventivas. No Brasil, a venda de drogas lícitas como o álcool e o tabaco são proibidas para menores de 18 anos por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei 8.069/90, art. 243 (BRASIL, 1990). O Código de Trânsito Brasileiro sofreu alterações no que refere-se aos níveis de álcool no sangue e nas penalidades ao desrespeitar a lei. O artigo 165 da Lei 9.503/97 do Código Brasileiro de Trânsito considerava como infração gravíssima dirigir alcoolizado, com níveis de álcool superiores a 0,06 gramas por decilitros (g/dl) de sangue (BRASIL, 1997).

A Lei 11.705/08, denominada Lei Seca, e a Lei 6.488/08, alteram o Código Brasileiro de Trânsito e impõem penalidades mais coercivas para o condutor que dirigir sob a influência de álcool, como pagar multa, perder a carteira de motorista por 12 meses e ser detido em flagrante aos condutores que ingerirem qualquer quantidade de álcool antes de dirigir. A legislação proíbe, também, a venda de bebidas alcoólicas em estabelecimentos comerciais instalados nas rodovias, no perímetro urbano das cidades, sujeita à multa de R\$ 1,5 mil e, em caso de reincidência, ela é aplicada em dobro, e o estabelecimento pode ser fechado até por um ano (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2008c).

A Lei Seca poderia modificar o comportamento dos brasileiros, tornando-os mais responsáveis com o tema bebida e direção automotiva. Pesquisa do Sistema de Monitoramento de

Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis, realizada nos meses de julho e agosto de 2008, permitiu ao Ministério da Saúde prever que 32% dos condutores deixaram de ingerir bebidas alcoólicas antes de dirigir (BRASIL, 2008a).

Para Ruiz e Andrade (2005), medidas legais adotadas por governos são importantes para impedir o acesso dos adolescentes às drogas, porém, a legislação nem sempre é cumprida, o que predispõe a aquisição de drogas pelos jovens. Nesse contexto, propostas preventivas direcionadas às comunidade e às famílias devem ser enfocadas, visando prevenir o uso indevido de drogas e resgatar os valores humanos e sociais, tendo os jovens como foco principal (RUIZ; ANDRADE, 2005).

As intervenções em saúde devem ser realizadas, enfocando a dimensão social mediante políticas públicas saudáveis e a participação mais efetiva da sociedade nas questões de vida, saúde, sofrimento e morte, oferecendo oportunidade para efetivamente incorporar-se o conteúdo dos processos de promoção à saúde, doença e cuidado em uma nova perspectiva paradigmática, e a favor da emancipação (PAIM; FILHO, 2000).

Dessa forma, propostas preventivas devem ser direcionadas à comunidade, a família e a juventude, considerando-se os determinantes sociais e culturais relacionados ao uso de bebida alcoólica, visando reduzir o risco de morbi-mortalidade e resgatar valores humanos e sociais.

### **1.3. Álcool e Ações de Enfermagem**

O uso do álcool desperta a atenção do poder público e dos profissionais da saúde pelo seu potencial patogênico e alta prevalência de casos que podem culminar em internações, seja em leitos psiquiátricos ou gerais. Todavia, deve-se considerar que, em grande parte dos casos de internação, as equipes de saúde não estão devidamente capacitadas para identificar e tratar a

doença, para a prevenção das complicações de saúde dela advindas, e por ser considerada uma síndrome com natureza progressiva (DUAILIBI, LARANJEIRA, 2007; LUIZ, LUNETTA, 2005).

Na área da saúde, um dos maiores grupos profissionais é o da equipe de enfermagem. Os enfermeiros são profissionais que mantêm maior contato com os usuários dos serviços de saúde e, por isso, têm grande potencial para reconhecer os problemas relacionados ao uso de drogas e desenvolver ações assistenciais. Para tanto, o resgate da história de consumo de substâncias psicoativas deve ser uma rotina nas avaliações dos enfermeiros em qualquer instituição de saúde, com vistas à atuação na promoção e no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas (ROSA; TAVARES, 2008).

Seja na assistência primária à saúde, na estratégia de saúde da família, nas unidades de atenção às urgências, no ambiente hospitalar ou em qualquer unidade de saúde, o enfermeiro pode deparar-se com pacientes que apresentam problemas relacionados ao uso abusivo de drogas e deve estar preparado para prestar assistência aos mesmos. O papel do enfermeiro diante do fenômeno das drogas pode ser entendido como essencial, uma vez que esse profissional pode desenvolver atividades para prevenir o uso de drogas, atuar sobre os fatores de risco para o uso/abuso de drogas e promover a integração da família e dos demais seguimentos sociais (ACAUAN, DONATO, DOMINGOS, 2008).

O conhecimento em álcool e drogas teve um avanço significativo na enfermagem a partir da década de 1990, acompanhando a produção científica da Enfermagem como um todo, em função de influências sociais favoráveis, como ocorreu em outras áreas do conhecimento (LUIZ, LUNETTA, 2005).

No Brasil, a partir, principalmente, da década de 1990, processaram-se mudanças significativas nas práticas de prevenção ao uso de substâncias psicoativas, e teve início o

interesse de pesquisa nesta área entre os enfermeiros. Embora o uso abusivo de álcool e outras drogas tenha aparecido nos resultados de estudos com outros focos - hipertensão arterial, acidentes de trabalho-, o afastamento desse tema não constitui uma característica da enfermagem (CANOLETTI, SOARES, 2005; LUIS; LUNETTA, 2005).

Levantamento bibliográfico realizado por pesquisadores da Fiocruz, referente à produção de pesquisas sobre causas externas no Brasil e no mundo, abrangendo o período de 1990 a 2000, identificou o consumo de álcool e de outras substâncias como fatores de risco predominantes nos acidentes de transporte, mas revelou que a produção brasileira no período foi de apenas 165 trabalhos de caráter epidemiológico, oriundos de todas as áreas da saúde. Outro levantamento, realizado no mesmo período, obteve 145 estudos, realizados através de metodologias diversas e em diferentes áreas de conhecimento, nas quais o alcoolismo predominou como tema nos trabalhos. No tocante à Enfermagem, os conteúdos direcionavam-se à conscientização dos enfermeiros, no sentido de mostrar o caráter de doença da dependência do álcool ou outras drogas psicoativas e, também, relatos sobre experiências de tratamento e seguimento de alcoolistas, na perspectiva deles (LUIS, LUNETTA, 2005).

Existe, no entanto, carência de investigações sobre o comportamento de uso e dependência de álcool e outras drogas de abuso na população em geral - nas diferentes faixas etárias, nas populações internadas, nas encarceradas, nos acidentados, dentre outros - assim, como estudos relativos ao papel que as drogas representam nas vidas dos diversos grupos populacionais, buscando identificar o padrão de uso, tema esse bastante esquecido pelos pesquisadores em geral. Também, observa-se uma lacuna no que diz respeito às estratégias de prevenção e promoção da saúde dos usuários, pois existem poucos trabalhos realizados por enfermeiros para a redução do consumo de drogas (ACAUAN, DONATO, DOMINGOS, 2008; ROSA, TAVARES, 2008; CANOLETTI, SOARES, 2005; LUIS, LUNETTA, 2005).



Talvez, a escassa produção de enfermagem, abordando a temática “drogas”, esteja relacionada ao pouco conhecimento dos profissionais desta área a respeito de um assunto que, embora não seja novo, ainda gera um comportamento ambíguo no profissional que atende o usuário de álcool e outras drogas, o que certamente prejudica a sua atuação por não permitir que tenha uma percepção mais abrangente sobre a gravidade do problema (LARANJEIRA et al., 2007).

Rosa e Tavares (2008), ao analisarem a inserção do enfermeiro na prática de atenção ao usuário de álcool e outras drogas, através da revisão sistemática de artigos em periódicos científicos do período de 2001 a 2006, apontaram três grupos de análise para a compreensão da temática, intitulados: dificuldades encontradas pelos enfermeiros na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, formação do enfermeiro para lidar com usuários de álcool e outras drogas, e estratégias para promoção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas.

A assistência a pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas traz alguns desafios para os profissionais que irão realizá-la. Alguns fatores dificultam essa assistência e outros podem até impedir que se estabeleça uma relação eficiente entre profissional e paciente. Entre os principais problemas citados pelos autores que abordam a temática estão os mitos, os estereótipos e o preconceito dos próprios profissionais em atender essa clientela. A maioria dos enfermeiros não sente-se à vontade ou está insatisfeita em trabalhar com pacientes dependentes de álcool e tende a ser moralista com relação aos pacientes (ROSA, TAVARES, 2008).

Quanto ao papel da equipe de enfermagem junto à essa clientela, no Brasil, a partir da criação da Lei nº 775/1949, os currículos de graduação em enfermagem indicaram a formação de profissionais voltados para atuar na área de psiquiatria, cuja prática assistencial sempre foi influenciada diretamente pelo saber médico construído sobre o doente mental. Após sessenta anos, a procura pela capacitação profissional nesse campo de atuação ainda é incipiente,

principalmente quando relacionada à dependência alcoólica e de outras drogas, o que prejudica a formação dos enfermeiros, alguns dos quais não sentem-se preparados para enfrentar uma clientela com problemas tão específicos (ROSA, TAVARES, 2008).

Em pesquisa realizada com enfermeiros que trabalham na atenção a dependentes químicos, a opinião dos entrevistados foi unânime: a graduação fornece pouca ou nenhuma condição para atuar com a dependência química, seja para a orientação ou para o encaminhamento. A formação acadêmica do enfermeiro deveria contemplar conteúdos mais abrangentes sobre a temática nos currículos, criando grupos de discussão e pesquisa, para conduzir os alunos a pensarem criticamente e a desenvolverem formas de assistir essas pessoas de maneira criativa (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008).

Ressalta-se que, na atualidade, os currículos dos cursos de graduação em Enfermagem estão fornecendo ao enfermeiro ensino teórico e prático, tanto na área de psiquiatria quanto na de saúde mental. Espera-se que, a inserção da temática nas disciplinas da graduação e a atuação profissional junto ao usuário de álcool e outras drogas, possa aumentar a produção científica em função da proximidade com o problema. Como qualquer outro campo de atuação da enfermagem, a atenção ao usuário de álcool e outras drogas requer qualificação e capacitação dos profissionais, para que sejam capazes de identificar os problemas e realizarem a intervenção de modo a otimizar a recuperação do paciente (ROSA, TAVARES, 2008).

É característica dos enfermeiros a capacidade de planejamento de cuidados, realização de atividades de prevenção de doenças e promoção à saúde dos indivíduos, visando não apenas a recuperação dos pacientes, mas, também, a reinserção dos mesmos em seu contexto social. Especificamente na assistência aos usuários de álcool e outras drogas, o poder de observação do enfermeiro permite a esse profissional a identificação dos problemas, o desenvolvimento de um plano de assistência e a realização de intervenções, tais como educação, aconselhamento e

atendimentos individualizados e personalizados para pacientes que apresentam uso abusivo ou a dependência de alguma substância psicoativa (ROSA, TAVARES, 2008).

Para tanto, o enfermeiro deve atuar articulado a outras profissões da saúde e instâncias sociais, praticando a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, num entendimento biopsicossocial. O desafio desse profissional reside em desenvolver atividades educativas e de conscientização, principalmente, para a valorização do sentido da vida por esses clientes (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008).

Reafirmando a necessidade de uma política adequada para o atendimento a essa clientela, cabe destacar que já existem documentos que preconizam a assistência aos usuários de álcool e outras drogas, como a Portaria 336/02 do Ministério da Saúde e a Política Nacional Antidrogas, para utilização como referências na formação, capacitação e ações da enfermagem (LARANJEIRA et al., 2007).

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

- Analisar a percepção do risco para o trauma em jovens usuários de álcool.

### **Objetivos Específicos**

- Estabelecer o perfil socioeconômico dos jovens vítimas de trauma.
- Investigar diferenças no padrão de consumo do álcool entre os jovens vítimas de trauma.
- Verificar o apoio às políticas públicas de controle do uso de álcool entre os jovens vítimas de trauma.
- Caracterizar as situações e ocorrências de trauma relacionadas ao consumo de álcool.
- Propor formas de atuação do enfermeiro para a prevenção do uso de álcool entre os jovens.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de Estudo**

O presente estudo foi do tipo exploratório e transversal. Segundo Gil (1994), a pesquisa exploratória tem como objetivo tornar o trabalho mais explícito ou construir hipóteses, proporcionando maior familiaridade com o problema. O autor descreve que a utilidade dessa pesquisa está no aprimoramento de idéias e na maioria dos casos envolve levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas que tiveram experiência prática com o problema pesquisado.

A pesquisa é considerada transversal quando “[...] os dados são coletados em um ponto no tempo, com base em uma amostra selecionada para descrever uma população nesse determinado momento” (RICHARDSON et al., 1999, p. 148).

O estudo seguiu os parâmetros metodológicos do I Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, realizado pela Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, em 2007 (LARANJEIRA et al., 2007).

#### **3.2 Local de Estudo**

O estudo foi realizado em Cascavel - PR, município sede da 10<sup>a</sup> Regional de Saúde (RS), no Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HUOP.

A 10<sup>a</sup> Regional de Saúde é composta por 25 municípios, sendo 24 com população entre 1.970 a 23.794 habitantes, com exceção de Cascavel, que possui 296.254 habitantes. A

população de 10 a 29 anos dessa Regional, segundo estimativas do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, para o ano de 2007, corresponde a 111.738 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

O Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP constitui-se no principal hospital público de referência para os municípios da 10ª Regional de Saúde. É o maior hospital público das Regiões Oeste e Sudoeste do Paraná, com 173 leitos, e atende a uma população de, aproximadamente, dois milhões de habitantes. É porta de entrada para as urgências em saúde desses municípios e para cirurgias ortopédicas de alta complexidade. Possui, também, um centro de informação e assistência toxicológica, que é referência para os atendimentos de ocorrências toxicológicas da Região (UNIOESTE, 2008).

No Pronto Socorro (PS), local do hospital onde foi desenvolvida a pesquisa, são atendidos, em média, 3100 pacientes/mês, encaminhados dos serviços de Pronto Atendimento Continuado - PACs, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, do Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência - SIATE, do Serviço da Concessionária de Pedágio da Rodovia das Cataratas e da Central de Leitos Hospitalares (UNIOESTE, 2008).

Muitas vezes, a capacidade de atendimento do PS é inferior à demanda. Assim, infelizmente, uma cena que tornou-se frequente são pacientes permanecerem em macas no corredor, pois necessitam de observação por um período maior ou aguardam vaga para internação hospitalar.

### **3.3 População em Estudo**

A população em estudo compreendeu jovens de ambos os sexos, com idade de 10 a 24 anos, residentes em Cascavel - PR, atendidos no Pronto Socorro do HUOP. Foram elegíveis para

a pesquisa os jovens que tinham diagnóstico médico de trauma e condições neurológicas de cooperar com o estudo, atendidos no período de maio a julho de 2009, nas sextas-feiras, sábados e domingos, das dezenove horas à uma hora.

Optou-se por esse horário para obtenção de maior número de sujeitos, tratando-se, portanto, de uma amostra não probabilística. Para Oliveira (2001), uma razão para o uso de amostragem não probabilística é a inexistência de outra alternativa viável porque a população não está disponível para ser sorteada.

Esse período foi escolhido para otimizar o tempo da pesquisadora e das entrevistadoras e conseguir um maior número de sujeitos. Pesquisa realizada com crianças e adolescentes que necessitaram de assistência hospitalar por intoxicação alcoólica e foram cadastrados em um centro de informação e assistência toxicológica, apontou que as intoxicações alcoólicas ocorrem, principalmente, nos finais de semana e no período noturno. Os dados indicaram que dos 338 jovens investigados, 241 deram entrada no setor de urgência nas sextas-feiras, sábados e domingos, o que indica que nesse período as chances de um jovem necessitar de assistência hospitalar em decorrência do abuso de álcool foi 6,3 vezes maior do que nos demais dias da semana (ARNAUTS, OLIVEIRA, 2009).

A faixa etária escolhida para o estudo, de 10 a 24 anos, está em consonância com o conceito de jovem empregado por Nugent (2006). Foram obedecidas as três fases de transição da juventude propostas por este autor: 10 a 14 anos, 15 a 20 anos e 21 a 24 anos.

Foram excluídos os jovens que, por gravidade clínica, não puderam cooperar com a entrevista e os que evoluíram para óbito após o trauma. A condição neurológica foi avaliada por meio da Escala de Coma de Glasgow – ECG, estabelecendo um valor mínimo de 11 para inclusão no estudo. A ECG relaciona-se a três áreas do funcionamento neurológico - abertura dos olhos, resposta motora e resposta verbal - oferecendo uma visão geral do nível de resposta do

paciente, e tem sido utilizada para avaliar o estado neurológico de pessoas que sofreram lesão cerebral. Para cada resposta é dado um número, alto para normal e baixo para prejudicada. A pontuação mais baixa é 3 e a maior é 15; a pontuação de 7 ou menor é, geralmente, aceita como coma (SMELTZER; BARE, 2000). (Anexo 1)

Realizou-se um estudo preliminar para quantificar a população média de jovens hospitalizados por trauma associado ao consumo de álcool, por meio de levantamento dos casos prováveis na listagem de pacientes atendidos no OS, no mês de dezembro de 2007. Foram identificados 373 atendimentos de jovens, sendo 257 por causas cirúrgicas e 116 por causas ortopédicas. Porém, constatou-se que os profissionais de saúde não registravam indicativo de ingestão de álcool pelo jovem, pois não existia obrigatoriedade de notificação epidemiológica de intoxicação alcoólica. Diante dessa constatação, buscou-se identificar o consumo de álcool previamente ao trauma, por meio de busca ativa no PS pela própria pesquisadora em fevereiro de 2009.

O período de coleta dessas informações compreenderia três dias da semana, em horários alternados. Optou-se por sexta-feira à noite, das 19 horas à uma hora, sábado de manhã, das 7 às 13 horas; e domingo a tarde, das 13 às 19 horas. Posteriormente, para identificação de uma maior população, foram incluídos para coleta de dados os períodos das 19 horas do sábado às 7 horas do domingo e das 19 horas do domingo à uma hora da segunda-feira.

Os dados obtidos durante o processo de busca ativa permitiram a identificação de sete jovens vítimas de trauma associado ao consumo de álcool, com idades variando entre 17 e 21 anos, sendo três do sexo feminino.

Dos sete atendimentos, seis deram entrada no PS no período noturno e dois jovens evoluíram a óbito, mesmo recebendo todo suporte vital necessário. Quatro jovens apresentavam



condições neurológicas de responder ao instrumento de coleta de dados, três com Escala de Coma de Glasgow entre 13 e 15, e um com pontuação entre 9 e 12.

Na realização do estudo preliminar para quantificação da população em estudo, observou-se que os jovens sentiam-se relutantes em afirmar que haviam ingerido álcool, pois encontravam-se envolvidos em ocorrências de trânsito, agressões ou outras ocorrências policiais. Optou-se, então, visando não promover a estigmatização dos consumidores de álcool, entrevistar todos os jovens que dessem entrada no PS em decorrências de trauma, independentemente do consumo prévio de álcool.

Foram considerados como trauma relacionados ao consumo de bebida alcoólica os jovens que tinham consumido álcool nas seis horas anteriores à ocorrência. O tempo necessário para o organismo humano eliminar uma dose de álcool é, em média, de uma hora. Medidas que se costumam adotar para reverter os efeitos da ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, como banhos frios e café amargo são ineficazes para diminuir esse tempo. Portanto, considera-se que os jovens que tinham ingerido bebida alcoólica a menos de seis horas poderiam ainda estar sob o efeito da droga (LARANJEIRAS et al., 2007; DALLO, 2009).

Durante o período de coleta de dados foram atendidos no Pronto Socorro do HUOP 140 jovens vítimas de trauma, dos quais 112 foram entrevistados.

### **3.4 Fontes de Dados**

Os documentos para coleta de dados iniciais dos jovens foram a listagem de registro dos pacientes atendidos no Pronto Socorro, o prontuário do paciente e a ficha de atendimento do PS.

Quando o paciente chega à recepção do PS é incluído em listagem do livro de registros de atendimentos. Após, é realizado o preenchimento da ficha de atendimento e é encaminhado ao médico plantonista, para avaliação e posterior alta, observação clínica ou internamento.

Os pacientes com risco de morte são levados diretamente à sala de estabilização do PS, onde são prestados os atendimentos de suporte vital. Para os pacientes que são encaminhados para observação clínica é preenchida apenas a ficha de atendimento do PS, e para os que requerem internação hospitalar é preenchido também o prontuário do paciente.

Os prontuários dos pacientes e as fichas de atendimentos ficam arquivados em locais específicos no Posto de Enfermagem do PS. Para os pacientes que permanecem na sala de estabilização, os prontuários ou fichas de atendimento permanecem sobre balcões na própria sala, o que facilita o acesso imediato a informações.

### **3.5 Instrumento de Coleta de Dados**

O instrumento de coleta de dados foi adaptado por pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo, a partir do Questionário Hablas, desenvolvido pela equipe do professor Raul Caetano, da Universidade do Texas – EUA. Esse instrumento foi traduzido e passou por um longo processo de adaptação para a população brasileira. Foram realizados estudos pilotos qualitativos e quantitativos até obter uma boa aplicabilidade e aceitabilidade à nossa realidade. A versão completa do questionário poderá ser encontrada no sites da Uniad ([www.uniad.org.br](http://www.uniad.org.br)) e do OBID ([www.obid.senad.gov.br](http://www.obid.senad.gov.br)). (Anexo 2)

O questionário é composto pelos dados socioeconômicos (idade, gênero, classe socioeconômica); frequência e quantidade de bebidas alcoólicas separadas por tipo de bebida, idade de início, número de doses ao dia e maiores doses na vida; número de vezes em que bebeu

cinco ou mais doses; dirigir alcoolizado; efeitos prejudiciais do beber; problemas com o álcool; dependência; e apoio a políticas públicas (LARANJEIRA et al., 2007).

O roteiro de entrevista compreendeu partes do questionário Hablas, que permitiu identificar dados socioeconômicos do jovem, características do uso de bebida alcoólica e conseqüências de seu consumo, além da opinião dos jovens sobre políticas públicas referentes a bebida alcoólica. (Apêndice 1)

Antes do início do trabalho de campo, um estudo preliminar foi realizado para levantar as possíveis dificuldades na realização da coleta de dados. Realizou-se, após este procedimento, a adequação do roteiro de entrevista e optou-se em não entrevistar os jovens que permaneceram na sala de suporte vital durante o período da pesquisa, devido à ausência de privacidade.

Outro instrumento de coleta de dados foi uma planilha, elaborada para quantificar a população em estudo. Tal planilha permitiu a obtenção de informações sobre dia e horário do atendimento, e das variáveis estudadas - idade, sexo, diagnóstico, uso de álcool, uso de outras drogas, gravidade, motivos da não realização de entrevista. Também foi possível identificar as situações de perdas, ou seja, jovens sem condições neurológicas para participar da entrevista, que não aceitaram participar ou que não foi possível abordar. (Apêndice 2)

### **3.6 Procedimentos de Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora e por entrevistadoras treinadas, nos meses de maio, junho e julho de 2009, nas sextas-feiras, sábados e domingos, das dezenove horas à uma hora, para conseguir um maior número de entrevistados, ..

As entrevistadoras eram uma enfermeira e uma bióloga e tiveram capacitação prévia, com informações sobre os objetivos , a metodologia da pesquisa e a aplicação do roteiro de entrevista.

Também, acompanharam a pesquisadora em uma visita técnica ao PS, para reconhecimento do setor, e receberam material necessário para o trabalho de campo – cópia de roteiros de entrevista, termo de consentimento, prancheta e jaleco.

Por meio do livro de registro de atendimento do PS foram identificados os jovens que tinham diagnóstico médico de trauma, identificados para atendimento médico nas áreas de cirurgia e ortopedia. As fichas de atendimento e os prontuários dos pacientes foram utilizados apenas para caracterização clínico-epidemiológica do trauma associado ao consumo de álcool dos jovens que não participaram da pesquisa (perdas).

Seguia-se a abordagem aos jovens e/ou seus acompanhantes, aplicando-se o roteiro de entrevista se o jovem aceitasse participar da pesquisa. A entrevista durava, em média, 45 minutos.

Durante as atividades de campo, surgiram alguns problemas e dificuldades. Houve momentos em que deram entrada simultaneamente no setor, três jovens vítimas de trauma leve, dificultando entrevistar todos, pois eram liberados imediatamente após o atendimento. Esses casos foram considerados como perdas no estudo.

Alguns jovens, que encontravam-se envolvidos em causas violentas e policiais, demonstravam desconfiança para participar da pesquisa, mesmo sendo prestadas todas as informações e esclarecimentos necessários, além de garantido o sigilo das informações.

Outra dificuldade foi a superlotação do PS, com pouco ou nenhum espaço adequado para realizar as entrevistas e pouca privacidade. Foram realizadas entrevistas na maca, no corredor; na sala de espera do OS; e durante a espera para realizar radiografia.

Como facilidades, pode-se citar a colaboração dos trabalhadores do PS, dos colegas de trabalho e das entrevistadoras. A possibilidade de acesso a consultórios para a realização das

entrevistas, quando estes estavam disponíveis, favoreceram a abordagem de forma mais tranquila e privativa.

Foram realizadas 42 entrevistas no mês de maio, 42 no mês de junho, e 28 no mês de julho. A média de entrevistas foi maior no mês de junho, com 10,5 entrevistados por final de semana. Apesar das férias escolares em julho, a média semanal de jovens entrevistados nesse período foi menor (7), coincidindo com condições climáticas menos favoráveis à ingestão de bebida alcoólica.

Quanto ao número de entrevistados por final de semana, embora com período de entrevistas em feriados e finais de semana prolongados, não foi observada diferença na distribuição do número de casos. Foram entrevistados 38 jovens às sextas-feiras, 36 aos sábados e 38 aos domingos.

Aconteceram 28 perdas, pelas seguintes razões: 14 jovens estavam sem condições neurológicas de responder ao questionário, constatado por meio da aplicação da Escala de Coma de Glasgow, oito não aceitaram participar da pesquisa, e em seis casos o tempo de atendimento no PS foi insuficiente para a abordagem.

### **3.7 Tratamento e Apresentação dos Dados**

Os dados coletados do roteiro de entrevista, da listagem de registro de atendimentos do PS, das fichas de atendimento e dos prontuários do paciente foram digitados no Programa Excel, para posterior análise, a partir do Programa de Computação Estatística, versão 8.0.

Para o cumprimento dos objetivos do estudo foram utilizadas a estatística descritiva de números absolutos e percentuais por meio de frequências e proporções, e o teste qui-quadrado; o cálculo de risco foi realizado por meio de *Odds ratio*, utilizando-se a regressão logística.

A utilização do Programa Statística 8.0 possibilitou identificar a razão de chance para o trauma em jovens usuários de álcool, conforme o perfil, o padrão de consumo e as situações apresentadas.

### **3.8 Procedimentos Éticos**

Para a realização da pesquisa foram observadas as diretrizes da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996). Foi solicitada a autorização ao diretor clínico do HUOP e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da UEM – Parecer 070/2009, de 13/03/2009. (Anexo 3)

É possível inferir com clareza que os usuários de álcool e drogas inserem-se na categoria populações vulneráveis, não somente sob a perspectiva da sociedade, como sob a perspectiva das normas éticas para pesquisa. Nesse sentido, na pesquisa com essas populações vulneráveis, alguns procedimentos são diferenciados; por exemplo, colocar como condição a aplicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, ao mesmo tempo, preservar sua privacidade e anonimato, se o sujeito é um contraventor. Com tal condição vulnerável, esses sujeitos devem ser protegidos com maior cuidado que outros sujeitos de pesquisa para que a possibilidade de dano seja a menor possível, já que o contexto de coleta de dados pode representar exposição psicológica prejudicial e evidenciar fragilidade jurídica (RIBEIRO, 2005).

Foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos entrevistados. Em caso de jovens na faixa etária de 10 a 18 anos incompletos, foi solicitado-se a autorização do responsável para que o adolescente participasse da pesquisa, e para aqueles menores de 14 anos foi entrevistado-se seu acompanhante ou responsável, juntamente com o jovem. (Apêndice 3)

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 112 jovens, com média mensal de 10,5 entrevistas por final de semana, não existindo diferença significativa entre os dias da semana: 38 entrevistados às sextas-feiras, 36 aos sábados e 38 aos domingos.

Dos 28 jovens que não foram entrevistados, os critérios de exclusão foram as condições neurológicas, tempo de atendimentos no PS insuficientes para abordagem e não aceitação para participar da pesquisa.

Por meio de informações obtidas de profissionais do SIATE e de policiais militares, que acompanhavam as ocorrências violentas, constatou-se que, dos 14 jovens que não apresentavam condições neurológicas de responder ao questionário, sete haviam ingerido bebida alcoólica anteriormente à ocorrência (50%), embora em seis deles não fosse possível determinar a ingestão prévia de álcool. O único jovem com trauma grave que não havia ingerido bebida alcoólica anteriormente à ocorrência era do sexo feminino.

Observou-se que a ingestão de bebida alcoólica apresentou relação significativa para a ocorrência de trauma grave. Por meio de regressão logística, utilizando como *baseline* o trauma grave associado a não ingestão de bebida alcoólica, pode-se afirmar que a ingestão de álcool, anteriormente ao trauma, aumenta em 50 vezes as chances de quadros clínicos com maior gravidade. Para Sindelar, Barnett e Spitrino (2004), os jovens que consomem bebida alcoólica, além de apresentarem maiores chances de trauma em relação aos jovens que não usam álcool, também têm maior gravidade das lesões, da utilização dos serviços de emergência e do custo do tratamento à saúde.

Dos oito jovens que não aceitaram participar da pesquisa, quatro haviam ingerido álcool previamente ao trauma, e para dois deles não foi possível determinar a ingestão.

Em nenhum dos seis jovens em que o tempo foi insuficiente para a abordagem, foi possível identificar se havia ocorrido a ingestão de álcool previamente ao trauma. O tempo foi insuficiente para os casos que davam entrada no PS, simultaneamente, dois ou mais jovens vítimas de trauma leve, e, durante a aplicação do questionário a um jovem, os outros receberam assistência e foram liberados, não sendo possível realizar a abordagem.

Dos 112 jovens entrevistados, 22 (19,7%) tiveram trauma associado ao consumo de bebida alcoólica, sendo classificados como trauma com consumo; 65 (58%) eram consumidores de álcool, mas nas seis horas anteriores ao trauma referiram não terem ingerido bebida alcoólica e foram denominados trauma sem consumo; e 25 (22,3%) referiram nunca terem ingerido bebida alcoólica, e foram considerados trauma em abstinentes na vida. (Gráfico 1)

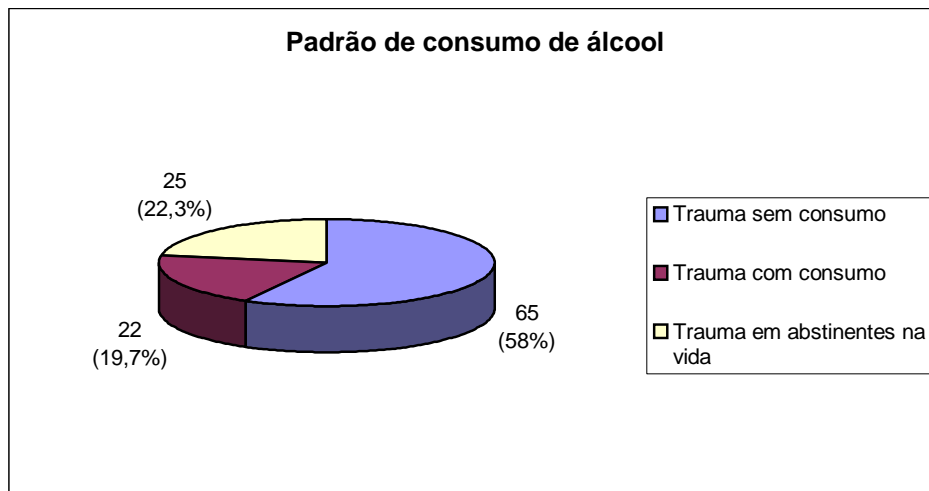


GRÁFICO 1 – Distribuição percentual de jovens vítimas de trauma segundo padrão de consumo de álcool. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.



Os resultados da pesquisa estão apresentados e discutidos nos seguintes aspectos: caracterização sociodemográfica dos jovens e o padrão de consumo de álcool, opinião sobre políticas públicas para o álcool e percepção do risco para o trauma associado ao consumo do álcool.

#### **4.1 Caracterização Socioeconômica dos Jovens**

As variáveis socioeconômicas estudadas foram faixa etária, sexo, escolaridade, renda mensal familiar, renda mensal pessoal e trabalho formal.

Predominaram jovens do sexo masculino (75,9%), com ensino fundamental completo (45,5%), com renda mensal familiar acima de 901 reais (61,6%), que informaram renda pessoal (56,3%), e trabalho formal (71,4%). A faixa etária com maior número de jovens vítimas de trauma foi dos 15 aos 20 anos, com 42,9% dos entrevistados. (Tabela 1)

Pesquisa de revisão em periódicos nacionais, com artigos científicos sobre a caracterização de vítimas de acidentes de transporte, decorrentes do uso de álcool, também destacou a predominância de casos do sexo masculino, sinalizando a maior exposição e o comportamento mais agressivo do homem no trânsito. Questões sociais e culturais referentes à questão de gênero expõem o sexo masculino a maiores riscos na condução dos veículos, como velocidade excessiva, manobras arriscadas e consumo de álcool (FARIAS et al., 2009).

Quanto à distribuição dos casos por sexo e faixa etária, para o sexo feminino, não houve diferença da ocorrência de trauma entre as faixas etárias. Porém, para o sexo masculino, a maior ocorrência de trauma foi na faixa etária de 15 a 20 anos (81,2%), considerada fase intermediária da juventude, na qual os jovens estão vivenciando o período da puberdade (NUGENT, 2006).

TABELA 1 – Distribuição absoluta e percentual de jovens vítimas de trauma segundo variáveis sexo, escolaridade, renda mensal familiar, renda mensal pessoal e situação de trabalho. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.

Variáveis	Faixa etária (anos)		10-14		15-20		21-24		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sexo</b>										
Masculino	18	66,7	39	81,2	28	75,7	85	75,9		
Feminino	9	33,3	9	18,8	9	24,3	27	24,1		
<b>Escolaridade</b>										
Analfabeto	–	–	–	–	2	5,4	2	1,8		
Fundamental incompleto	19	70,4	8	16,7	4	10,8	31	27,7		
Fundamental completo	7	25,9	28	58,3	16	43,3	51	45,5		
Médio completo	1	3,7	10	20,8	13	35,1	24	21,4		
Superior incompleto	–	–	2	4,2	2	5,4	4	3,6		
<b>Renda mensal familiar (R\$)</b>										
Até 300	1	3,7	–	–	–	–	1	0,9		
301 - 600	5	18,5	5	10,4	5	13,5	15	13,4		
601 - 900	7	26,0	3	6,3	6	16,2	16	14,3		
901 - 1.500	4	14,8	19	39,6	12	32,5	35	31,3		
1.501 - 3.000	4	14,8	13	27,0	7	18,9	24	21,4		
3.001 - 6.000	3	11,1	3	6,3	3	8,1	9	8,0		
6.001 - 9.000	–	–	–	–	1	2,7	1	0,9		
Não sei/ Não respondeu	3	11,1	5	10,4	3	8,1	11	9,8		
<b>Renda mensal pessoal (R\$)</b>										
Até 300	–	–	6	12,5	1	2,7	7	6,3		
301 - 600	2	7,4	14	29,17	13	35,2	29	25,9		
601 - 900	–	–	7	14,58	11	29,7	18	16,1		
901 - 1.500	–	–	2	4,17	6	16,2	8	7,1		
1.501 - 3.000	–	–	1	2,08	–	–	1	0,9		
Não tem renda pessoal	25	92,6	18	37,5	6	16,2	49	43,7		
<b>Situação de trabalho</b>										
Formal	1	3,7	20	41,7	24	64,8	45	40,2		
Informal	1	3,7	10	20,8	7	18,9	18	16,1		
Sem vínculo empregatício	25	92,6	18	37,5	6	16,2	49	43,7		
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>24,1</b>	<b>48</b>	<b>42,9</b>	<b>37</b>	<b>33,0</b>	<b>112</b>	<b>100</b>		

Para Dallo (2009), na adolescência, por ser considerada uma época de transição, de curiosidade, de procura de identidade e de novas experiências existenciais, ocorre o maior envolvimento em situações de risco e a necessidade de testar os limites sociais.

Chamou atenção no grupo estudado, a escolaridade de jovens com idade entre 21 e 24 anos, pois 59,5% deles informaram grau de instrução até o ensino fundamental, o que não era

compatível com a idade, e dois jovens (5,4%) nessa faixa etária informaram não saber ler e escrever. Esses dados corroboram a literatura científica sobre o tema, pois estudos realizados com jovens usuários de drogas indicam a baixa escolaridade, principalmente, naqueles acima de 20 anos (BERNARDY, 2007; BALLANI, 2006).

A escolaridade dos jovens investigados nessa pesquisa é superior à média nacional, porém, não podemos deixar de considerar as diferenças regionais que ainda persistem na atualidade. Dados do IBGE apontam que 17,2 milhões de jovens brasileiros não frequentam a escola. Entre esses jovens, 1,2 milhão (3,8%) constitui-se de analfabetos, 12,9 milhões (39%) não concluíram o ensino fundamental, 4,5 milhões (13,7%) concluíram o ensino fundamental, 5,7 milhões (17,4%) tinham começado o ensino médio, mas não o haviam concluído. Somente 6,6 milhões (19,8%) tinham concluído o ensino médio e 2,1 milhões (6,2%) haviam cursado pelo menos um ano do ensino superior (BRASIL, 2004b).

Quanto maior a faixa etária dos jovens investigados no presente estudo, maior a renda mensal familiar. Na faixa etária dos 10 aos 14 anos, houve predomínio das famílias que ganham até 900 reais, com 48,2% dos entrevistados nessa faixa etária; dos 15 aos 20 anos, houve predomínio das famílias que ganham de 901 a três mil reais, com 66,6%; e somente na faixa etária dos 21 aos 24 anos houve registro de famílias que ganham mais de 6 mil reais com 2,7% das respostas dessa faixa etária. (Tabela 1)

No censo demográfico de 2000, 4,2 milhões (12,2%) de jovens brasileiros viviam em famílias com renda *per capita* de até  $\frac{1}{4}$  do salário-mínimo; 6,8 milhões (20,1%) viviam em famílias com renda *per capita* de  $\frac{1}{4}$  e  $\frac{1}{2}$  do salário-mínimo; 9 milhões (26,4%) viviam em famílias com renda *per capita* de  $\frac{1}{2}$  e 1 salário-mínimo; 14,1 milhões (41,3%) viviam em famílias com renda *per capita* acima de 1 salário-mínimo (BRASIL, 2004b). Diante desses

dados, pode-se inferir que as famílias dos jovens investigados possuem poder aquisitivo superior à média das famílias brasileiras.

Porém, deve-se ponderar que são jovens residentes na região Sul do país, onde as famílias são menos numerosas e apresentam melhores rendimentos. Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) em relação às grandes regiões, revelaram que, quanto maior o tamanho da família, mais baixo o rendimento. As regiões Nordeste e Norte, onde a maioria das famílias é composta por 4 ou mais pessoas, apresentam os menores rendimentos familiares: cerca de 60% e 70% da média nacional, respectivamente. Na região Centro-Oeste, o tamanho médio das famílias é de 3,5 pessoas e o rendimento da região aproxima-se da média brasileira. No Sudeste e no Sul, com 3,4 e 3,3 pessoas por família, respectivamente, apresentam os melhores rendimentos entre as regiões do país (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004).

Para a renda mensal pessoal, observa-se, também, que o salário aumenta proporcionalmente à idade. Os que não possuem renda pessoal concentraram-se na faixa etária de 10 a 14 anos, na qual, dos 27 jovens, apenas dois referiram ter renda pessoal e um referiu trabalho formal, identificado por meio do relato de registro em Carteira de Trabalho de Previdência Social (CTPS). O trabalho formal prevaleceu para os jovens na faixa etária dos 21 aos 24 anos, com percentual de 64,8%. (Tabela 1)

O artigo 7º da Constituição Federal estabelece a proibição de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos (BRASIL, 1998). Por outro lado, discute-se a fidedignidade desses dados, pois, para Oliveira (2004), os dados relativos à renda devem ser analisados com prudência, pois este assunto gera desconforto e até desconfiança entre os pesquisados, que tendem a informar dados não verdadeiros, mesmo fazendo-se todas as ressalvas quanto ao sigilo das informações.

Em relação ao estado civil, observou-se que o número de casados aumenta proporcionalmente à faixa etária, mas chamou atenção uma jovem de 14 anos indicar-se casada. Na faixa etária dos 21 aos 24 anos, 69,6% eram casados, havendo dois jovens com separação conjugal. Quase metade dos jovens casados pesquisados eram do sexo feminino (43,5%).

Dos 112 jovens entrevistados, 63 possuíam renda mensal pessoal, perfazendo 56,3% do total. A associação entre o grau de instrução e a renda mensal pessoal dos jovens indicou que 44% dos que possuíam até o ensino fundamental completo não tinham renda pessoal.

Dos que trabalhavam, aqueles que informaram não saber ler e escrever, possuíam salários com valor entre 301 e 600 reais, e dos quatro jovens que cursavam ensino superior, somente dois estudavam e dois informaram salários entre 301 e 600 reais, no entanto, não trabalhavam em período integral. (Tabela 2)

TABELA 2 – Distribuição absoluta e percentual de jovens vítimas de trauma segundo grau de instrução e renda mensal pessoal. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.

Renda mensal pessoal (R\$)	Escolaridade		Analfabeto		Fundamental incompleto		Fundamental completo		Médio completo		Superior incompleto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 300	–	–	3	9,7	4	7,8	–	–	–	–	–	–	7	6,25
301 - 600	2	100,0	3	9,7	11	21,6	11	45,8	2	50,0	29	25,89		
601 - 900	–	–	2	6,4	10	19,6	6	25,0	–	–	18	16,07		
901 - 1.500	–	–	–	–	5	9,8	3	12,5	–	–	8	7,14		
1.501 - 3.000	–	–	–	–	–	–	1	4,2	–	–	1	0,89		
Não tem renda pessoal	–	–	23	74,2	21	41,2	3	12,5	2	50,0	49	43,75		
Total	2	1,79	31	27,68	51	45,53	24	21,43	4	3,57	112	100		

O ensino fundamental incompleto determina menores rendas mensais pessoais no grupo estudado, em relação aos jovens com mais escolaridade. Os jovens com ensino fundamental completo estavam empregados em maior número, considerando-se que possuíam mais idade. Observou-se que mais anos de escolaridade favorecem maior renda pessoal e empregabilidade.

A associação entre a renda mensal pessoal e o trabalho formal apontou que a maioria dos jovens que trabalhavam diziam ser formalmente (71,4%), com renda mensal pessoal predominante de 301 a 600 reais (48,9%). O trabalho formal parece proporcionar melhores salários, pois a maioria (66,7%) dos jovens que indicaram renda até 600 reais não informou registro em CTPS. Observou-se que, jovens com renda mensal até 300 reais apresentavam 17,9 vezes mais chances de trabalhar na informalidade, em relação aos jovens que tinham renda entre 901 e 1500 reais. (Tabela 3)

Para Schwartzman e Cossio (2007), o desemprego entre os jovens é significativamente alto quando comparado com o resto da população economicamente ativa, com tendência a aumentar entre aqueles com baixa escolaridade. Indivíduos que não completaram o ensino médio têm rendimentos muito baixos e altos níveis de desemprego.

TABELA 3 – Distribuição absoluta e percentual e razão de chance de jovens vítimas de trauma segundo renda pessoal e situação de trabalho. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.

Renda mensal pessoal (R\$)	Situação de trabalho		Formal		Informal		Total		Odds ratio
	N	%	N	%	N	%			
Até 300	2	4,4	5	27,8	7	11,1	17,9		
301 - 600	22	48,9	7	38,9	29	46,0	2,3		
601 - 900	13	28,9	5	27,8	18	28,6	2,7		
901 - 1.500	7	15,6	1	5,5	8	12,7	1		
1.501 - 3.000	1	2,2	-	-	1	1,6	-		
Total	45	71,4	18	28,6	63	100,0			

Pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), os trabalhadores formais possuem também mais direitos, como 13º salário, férias, e garantia de afastamento por invalidez, sendo este último direito fundamental para os jovens do estudo, considerando que os mesmos sofreram trauma e, provavelmente, ficariam impossibilitados de exercer suas atividades profissionais por tempo determinado (BRASIL, 1943).

Apesar de os jovens trabalhadores informais perfazerem apenas 28,6% do total, já iniciam suas atividades profissionais sem estabilidade, garantias de direitos trabalhistas e com menor remuneração, tendo em vista que a sociedade espera que os jovens de hoje tornem-se adultos responsáveis e competentes amanhã. Para Oliveira (2010), a velocidade das mudanças na sociedade gera falta de segurança quanto às escolhas para o futuro, pois na atualidade, uma boa instrução pode dar uma chance melhor no mercado de trabalho, mas nem sempre garante um sustento razoável.

Tabela 4 – Distribuição absoluta e percentual e razão de chance de jovens vítimas de trauma segundo grau de instrução e situação de trabalho. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.

Escolaridade \ Situação de trabalho	Formal		Informal		Total		Odds ratio
	N	%	N	%	N	%	
Não sabem ler e escrever	1	2,2	1	5,6	2	3,2	10,0
Fundamental incompleto	1	2,2	7	38,9	8	12,7	70,0
Fundamental completo	22	49,0	8	44,4	30	47,6	3,6
Médio completo	19	42,2	2	11,1	21	33,3	1,0
Superior incompleto	2	4,4	—	—	2	3,2	-
Total	45	71,4	18	28,6	63	100	

A associação entre o grau de instrução e o trabalho formal apontou que, quanto maior o grau de instrução, maior a chance dos entrevistados com renda pessoal terem trabalho formal. Para os jovens analfabetos ou com ensino fundamental incompleto, o trabalho formal foi de 4,4%, enquanto o informal foi de 44,5%. Para os jovens com ensino médio completo ou superior incompleto, observou-se que 46,6% trabalhavam formalmente e 11,1% informalmente. (Tabela 4)

Esses dados indicam que o maior grau de instrução favorece o ingresso do jovem no mercado de trabalho formal, que fica mais evidente por meio dos cálculos estatísticos da regressão logística. Considerando-se a situação de trabalho como variável dicotômica (formal e

informal), e o ensino médio completo como baseline, constatou-se que os jovens que possuem ensino fundamental incompleto possuem 70 vezes mais chances de ingressarem no mercado informal de trabalho, em relação aos que concluíram o ensino médio.

#### **4.2 Padrão de Consumo do Álcool pelos Jovens**

O padrão de consumo é um aspecto relevante na avaliação inicial do uso de álcool. Para Marques e Ribeiro (2002), a investigação detalhada do padrão de consumo, além de detectar níveis de gravidade, permite a observação dos hábitos de consumo e auxilia no estabelecimento de estratégias de mudanças. Qualquer dose de bebida alcoólica aumenta o risco de morte entre jovens e adultos jovens, sendo o aumento de bebida consumida relacionado ao aumento da mortalidade por todas as causas entre os 16 e 34 anos.

Para estabelecer o padrão de consumo de álcool, os jovens investigados no presente estudo foram classificados em três grupos: trauma com consumo, para aqueles cujo trauma foi associado diretamente ao consumo de bebida alcoólica no momento da ocorrência do trauma; trauma sem consumo, referente aos que fazem uso de bebida alcoólica, mas não relataram consumo nas seis horas anteriores ao trauma; e trauma em abstinentes na vida, para os jovens que nunca fizeram uso de bebida alcoólica.

Entre os 112 jovens, 22 (19,7%) faziam parte do grupo de trauma com consumo e 65 (58%) do trauma sem consumo, ou seja, o percentual dos jovens que fazem uso de bebida alcoólica correspondeu a 77,7% do total. Este dado parece indicar que os jovens que consomem bebida alcoólica têm maior risco ao trauma quando comparado aos jovens brasileiros em geral.

O I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira apontou que o álcool é a droga mais consumida no país, com 68,7% de relato de



pessoas que fizeram uso dessa substância pelo menos uma vez na vida, e, entre os jovens, a porcentagem foi de 48,3% (LARANJEIRA et al., 2007).

Para estabelecer o perfil sociodemográfico dos jovens vítimas de trauma, segundo a classificação do padrão de consumo estabelecido no estudo, foram analisadas as variáveis sexo, faixa etária e escolaridade. (Tabela 5)

TABELA 5 - Distribuição absoluta e percentual e razão de chance de trauma do padrão de consumo de álcool dos jovens vítimas de trauma segundo sexo, faixa etária e escolaridade. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.

Variáveis	Padrão de consumo	Trauma sem consumo		Trauma com consumo		Trauma em abst. na vida		Total		Odds ratio
		N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Sexo</b>										
Masculino		47	72,3	19	86,4	19	76,0	85	75,9	2
Feminino		18	27,7	3	13,6	6	24,0	27	24,1	1
<b>Faixa etária</b>										
10-14 anos	1			2,4						
15-20 anos		11	16,9	3	13,6	13	52,0	27	24,1	1
21-24 anos		29	44,6	9	40,9	10	40,0	48	42,9	3,9
		25	38,5	10	45,5	2	8,0	37	33,0	21,7
<b>Escolaridade</b>										
Analfabeto		2	3,1	-	-	-	-	2	1,8	-
Fundamental incompleto		16	24,6	3	13,6	12	48,0	31	27,7	1
Fundamental completo		31	47,7	12	54,6	8	32,0	51	45,5	6
Médio completo		12	18,5	7	31,8	5	20,0	24	21,4	5,6
Superior incompleto		4	6,1	-	-	-	-	4	3,6	-
Total		65	58,1	22	19,6	25	22,3	112	100,0	

Dos 22 jovens que estavam alcoolizados no momento do trauma (trauma com consumo), 19 (86,4%) eram do sexo masculino, confirmando a tendência do sexo masculino expor-se mais a situações que oferecem risco. (Tabela 5)

Para verificar a razão de chance para a ocorrência de trauma relacionada ao consumo do álcool na variável sexo, considerou-se como variável dicotômica os jovens que tiveram trauma com consumo e os jovens abstinente na vida, o sexo masculino como variável preditora e o sexo

feminino como *baseline*, por apresentar um número menor de expostos. Obteve-se como resultado um *Odds Ratio* de 2, o que indica que os jovens do sexo masculinos, têm 2 vezes mais chance de terem trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica, em relação ao sexo feminino.

Embora a literatura aponte maior proporção do consumo excessivo de bebida alcoólica em homens, os casos de alcoolismo feminino não são fielmente divulgados, sendo mais frequente do que se imagina (STAMM, BRESSAN, 2007; FACUNDO, 2007).

Para Martins et al. (2008), o consumo entre as mulheres também é preocupante, já que as propagandas comerciais de bebidas voltam-se cada vez mais para as mulheres e, também, pelas diferenças biológicas e psicossociais que vulnerabilizam a mulher aos danos causados pelo consumo de álcool.

No grupo de jovens que eram usuários de álcool, mas não estavam alcoolizados no momento do trauma (trauma sem consumo), encontrou-se um padrão de consumo por sexo diferente do anterior. No sexo feminino houve maior número de indivíduos (18), representando 66,7% do total de 27 casos envolvendo este sexo; e no sexo masculino, as 47 ocorrências corresponderam a 55,3% do total de 85 casos nesse grupo. Esse fato indica que as mulheres expõem-se a situações traumáticas, embora não tenham ingerido bebida alcoólica, por estarem acompanhadas de jovens do sexo masculino que fazem uso de álcool, e colocam a própria segurança e a dos acompanhantes em risco.

Para os jovens abstinente, 19 indivíduos eram do sexo masculino e seis com jovens do sexo feminino. No entanto, quando comparado ao total de jovens do sexo masculino, observa-se que este sexo representou 22,4% do total, muito semelhante ao percentual para o sexo feminino (22,2%). Portanto, no grupo do trauma em abstinente na vida, pode-se afirmar que não ocorreram diferenças para a variável sexo.

Nas três faixas etárias estudadas, a maior ocorrência de trauma aconteceu na faixa etária dos 15 aos 20 anos, com um percentual de 42,9%, independente do padrão de consumo de bebida alcoólica. Porém, na faixa etária dos 21 aos 24 anos prevaleceram os jovens que tiveram trauma relacionado ao consumo de álcool (45,5%), e na faixa etária de 10 a 14 anos prevaleceram os abstinentes na vida (52,0%). (Tabela 5)

Para sabermos se há diferença significativa em relação ao consumo de bebida alcoólica e a ocorrência de trauma nas diferentes faixas etárias do estudo, utilizou-se do teste Chi-square ( $X^2$ ). A associação da faixa etária para a ocorrência de trauma relacionada ao consumo de bebida alcoólica resultou em  $p = 0,002$ , havendo, portanto, diferença significava ( $p < 0,05$ ) entre a idade de consumo do álcool e a ocorrência de trauma, sendo maior para os jovens na faixa etária dos 21 aos 24 anos.

A ocorrência de maior percentual de jovens vítimas de trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica na faixa etária dos 21 aos 24 anos é esperada, visto que 43,7% dos jovens consumidores de bebida alcoólica dessa pesquisa iniciaram o uso de bebida antes dos 14 anos, e 56,3% entre os 15 e 20 anos, ou seja, quando atingem a faixa etária dos 21 aos 24 anos, maior percentual de jovens fazem uso de bebida alcoólica.

Para Martins (2006), o uso de bebidas alcoólicas expõe seu usuário a situações de risco, como danos à saúde física, sexo desprotegido, gravidez indesejada, infarto agudo do miocárdio, coma alcoólico, violência, incluindo brigas, violência doméstica e homicídios, quedas, acidentes de trânsito, comportamento anti-social e dificuldades escolares.

Segundo Shencker e Minayo (2005), o abuso de bebida alcoólica pode tornar os jovens dependentes e comprometer a realização de tarefas consideradas normais do desenvolvimento, como: o cumprimento dos papéis sociais esperados; a aquisição de habilidades essenciais, sentido de adequação e competência; e a preparação para a transição para a vida adulta.

Maior escolaridade não representou fator de proteção para a ocorrência de trauma associado ao consumo de álcool em jovens. Por meio da regressão logística, utilizando-se como variáveis dicotômicas o trauma com consumo e o trauma em abstinentes, constatou-se que os jovens com ensino médio completo apresentaram 5,6 vezes mais chances e os jovens com ensino fundamental completo 6 vezes mais chances de terem trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica do que os jovens com ensino fundamental incompleto. (Tabela 5)

Isso deve-se ao fato de que 70,4% dos jovens na faixa etária dos 10 aos 14 anos possuem ensino fundamental incompleto, sendo que, os mais velhos expõem-se mais aos riscos do consumo de bebida alcoólica.

Para analisar as variáveis que se relacionam ao consumo de álcool pelo jovem, foram considerados respondentes o grupo de trauma com consumo (22) e trauma sem consumo (65), segundo a faixa etária. (Tabela 6)

O consumo diário foi informado por três jovens (8,6%) com idade entre 21 a 24 anos. O consumo de álcool uma a duas vezes por semana foi respondido por 36,8% dos jovens e 44,8% informaram a ingestão de bebida alcoólica em período de uma vez por mês ou ao menos uma vez por ano.

O risco de problemas decorrentes de um único episódio de intoxicação é mais alto entre aqueles que não fazem uso frequente de bebida alcoólica. Há relação direta entre a intoxicação ocasional e problemas como violência, acidentes e mortes no trânsito, problemas familiares e profissionais, ou seja, grande parte dos problemas causados pelo álcool estão relacionados com a intoxicação e não com a dependência (WHO, 2005; DUAILIBI, LARANJEIRA, 2007).

TABELA 6 - Padrão de consumo de álcool de jovens vítimas de trauma segundo frequência, quantidade, bebida mais consumida, idade de início, idade de consumo regular, local de maior consumo e acompanhantes. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.

Variáveis	Faixa etária (anos)		10-14		15-20		21-24 s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Frequência de consumo (vezes)</b>										
Todos os dias	–	–	–	–	3	8,6	3	3,5	3	3,5
Quase todos os dias	–	–	1	2,6	2	5,7	3	3,5	3	3,5
Uma ou duas por semana	2	14,3	16	42,1	14	40,0	32	36,8	32	36,8
Duas ou três por mês	2	14,3	5	13,2	3	8,6	10	11,4	10	11,4
Aproximadamente uma por mês	5	35,7	6	15,8	8	22,8	19	21,8	19	21,8
Menos que uma por mês, mas ao menos uma ano	5	35,7	10	26,3	5	14,3	20	23,0	20	23,0
<b>Dose máxima ingeridas durante um dia</b>										
1 dose	6	42,8	5	13,1	2	5,7	13	14,9	13	14,9
2, 3 ou 4 doses	3	21,4	4	10,5	2	5,7	9	10,4	9	10,4
5, 6 ou 7 doses	3	21,4	5	13,2	4	11,4	12	13,8	12	13,8
8 a 11 doses	2	14,3	6	15,8	4	11,4	12	13,8	12	13,8
12 a 16 doses	–	–	5	13,2	4	11,4	9	10,4	9	10,4
17 ou mais	–	–	13	34,2	18	51,4	31	35,6	31	35,6
Não respondeu	–	–	–	–	1	2,9	1	1,2	1	1,2
<b>Bebida mais consumida</b>										
Cerveja	6	42,8	21	55,3	28	80,0	55	63,2	55	63,2
Vinho	4	28,6	7	18,4	4	11,4	15	17,2	15	17,2
Destilados	2	14,3	6	15,8	2	5,7	10	11,5	10	11,5
Ice	–	–	3	7,9	1	2,9	4	4,6	4	4,6
Outros	2	14,3	1	2,6	–	–	3	3,5	3	3,5
<b>Idade de início do consumo (anos)</b>										
< de 10	2	14,3	–	–	–	–	2	2,3	2	2,3
10 - 14	11	78,6	16	42,1	9	25,7	36	41,4	36	41,4
15 - 20	1	7,1	22	57,9	26	74,3	49	56,3	49	56,3
<b>Idade de consumo regular (anos)</b>										
< de 10	1	7,1	–	–	–	–	1	1,2	1	1,2
10 - 14	11	78,6	9	23,7	2	5,7	22	25,3	22	25,3
15 - 20	2	14,3	29	76,3	30	85,7	61	70,1	61	70,1
21 - 24	–	–	–	–	3	8,6	3	3,4	3	3,4
<b>Local de maior consumo</b>										
Balada/festa	4	28,6	13	34,2	15	42,9	32	36,8	32	36,8
Casa de amigos	5	35,7	11	28,9	4	11,4	20	23,0	20	23,0
Sua casa	3	21,4	7	18,4	6	17,1	16	18,4	16	18,4
Casa de parentes	2	14,3	5	13,2	8	22,9	15	17,2	15	17,2
Outro	–	–	2	5,3	2	5,7	4	4,6	4	4,6
<b>Acompanhante</b>										
Com amigos	4	28,6	23	60,5	14	40,0	41	47,1	41	47,1
Com familiares	9	64,3	12	31,6	14	40,0	35	40,2	35	40,2
Namorado/cônjuge	1	7,1	3	7,9	6	17,1	10	11,5	10	11,5
Sozinho	–	–	–	–	1	2,9	1	1,2	1	1,2
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>16,1</b>	<b>38</b>	<b>43,7</b>	<b>35</b>	<b>40,2</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>

O beber moderado significa o uso de duas doses por dia para homens e uma para as mulheres, mas, conforme o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Uso de Álcool, são raros os jovens que bebem moderadamente, sendo que a maioria é abstinência ou bebe muito (LARANJEIRA et al., 2007).

Martins et al. (2008), avaliaram o consumo de álcool entre 591 estudantes do ensino médio de uma cidade do interior de São Paulo. Quanto à frequência de consumo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias, 27,1% beberam de uma a três vezes no mês, e 11,7% beberam mais de uma vez por semana. A média de consumo no mês foi entre uma e quatro doses para 31,5% dos respondentes e de cinco ou mais doses para 4,1% deles; 21,2% consumiam bebida alcoólica em forma de *binge*, ou seja, cinco ou mais doses em um único dia, o que indica o beber de forma perigosa e arriscada.

Na tabela 6, observa-se que, para a faixa etária dos 10 aos 14 anos, a frequência de consumo foi de aproximadamente uma vez por mês ou menos que uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano, ambas com 35,7% das respostas. Para a faixa etária dos 15 aos 20 anos, e dos 21 aos 24 anos, o maior percentual de uso foi de uma a duas vezes por semana, com 42,1% e 40% das respostas, respectivamente.

A população jovem consome bebida alcoólica nos finais de semana, quando ocorrem as festas e os encontros dos jovens. Segundo Martins (2006), o que acontece na sociedade atual é o uso pesado de bebida alcoólica pelos jovens em uma única ocasião, em bares e festas com amigos.

Para Dallo (2009), 48% dos adultos são abstêmios, 24% bebem frequentemente e pesado, e 29% são bebedores pouco freqüente e não fazem uso pesado. Quanto aos adolescentes, cita que estes bebem altas doses, quase 50% dos rapazes bebem mais do que 3 doses por situação habitual e um terço deles consome 5 doses ou mais.

O número de doses ingeridas, no máximo, durante um dia, permite identificar os jovens que já fizeram uso abusivo e perigoso de bebida alcoólica, em forma de *binge*. Uma dose de bebida alcoólica é caracterizada pela presença de 8 a 13 gramas de etanol, que corresponde a uma lata de cerveja, um cálice de vinho ou 30 mililitros de bebida destilada (CARDOSO, MALBERGIER, FIGUEIREDO, 2008).

A maioria dos jovens com idade entre 10 e 14 anos ingeriu uma dose de bebida alcoólica em um episódio (42,8%). Para os jovens nas demais faixas etárias as doses máximas ingeridas durante um dia foram de 17 ou mais, sendo de 34,2% para a faixa etária dos 15 aos 20 anos, e 51,4 % para a faixa etária dos 21 aos 24 anos, indicando que o consumo de bebida alcoólica torna-se mais abusivo para os jovens de maior faixa etária. (Tabela 6)

Observou-se que 74,7% dos jovens consumidores de bebida alcoólica o faz de forma perigosa, em forma de *binge*, pois relataram já terem ingerido cinco ou mais doses em um único dia, sendo a prevalência maior para a faixa etária dos 21 aos 24 anos.

A bebida mais consumida para todas as idades foi a cerveja, totalizando 63,2%, seguida pelo vinho (17,2%) e destilados(11,5%). Esse resultado também foi encontrado em estudos de Cruz (2006), Duailibi e Laranjeira (2007) e Birckmayer, et al. (2004). Para os autores, a preferência pela cerveja justifica-se por ser uma bebida relativamente barata, vinculada a propagandas sedutoras, facilmente acessível e conveniente ao meio social. A disponibilidade da substância intensifica o consumo e, conseqüentemente, aumenta a quantidade e a importância dos problemas a ela associados.

Dallo (2009), apontou que a bebida mais consumida pelos adolescentes é a cerveja, mas outras bebidas, incluindo ice, destilados, cerveja e ice, cerveja e destilado, cerveja e vinho, destilado e vinho, vinho e ice, vinhos e destilados, vinho e champagne, também são referidas

pelos jovens. Isso indica, segundo a autora, que grande parte dos adolescentes costumam beber mais do que uma bebida e muitos preferem a combinação cerveja e outras bebidas.

Quanto à idade de início de consumo, dois jovens (2,3%) iniciaram o consumo antes dos 10 anos, 41,4% iniciaram na faixa etária dos 10 aos 14 anos e 56,3% entre os 15 e 20 anos, indicando início precoce do consumo de bebida alcoólica. (Tabela 6)

Para Silveira et al. (2008), quanto mais cedo se inicia o uso de álcool, maior a vulnerabilidade de se desenvolver o abuso e a dependência e iniciar o uso de drogas ilícitas, ou seja, o uso precoce do álcool é fator de risco para a dependência na vida adulta.

No Estado do Paraná, pesquisa realizada com o objetivo de avaliar o consumo de álcool entre estudantes, com idade entre 13 e 19 anos, apontou que 82,18% dos adolescentes entrevistados já experimentaram bebidas alcoólicas (ALAVASE, CARVALHO, 2006). Quanto ao início do uso regular de bebida alcoólica, o presente estudo encontrou que a maioria dos jovens iniciou entre os 15 e 20 anos (70,1%), confirmando a literatura. (Tabela 6).

Estudo realizado pela Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, em 2007, apontou que o uso regular de bebida alcoólica pelos adolescentes começa aos 14,8 anos e pelos adultos jovens aos 17,3 anos. Pela vulnerabilidade dessa população, faz-se fundamental monitorar de perto o fenômeno (WAGNER, ANDRADE, 2008).

O I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira apontou que a média de idade do início do uso para os jovens de 14 a 17 anos foi aos 13,9 anos e início do consumo regular aos 14,6 anos. Os jovens de 18 a 25 anos apresentaram início de uso aos 15,3 anos e de uso regular aos 17,3 anos, sugerindo que o fenômeno do beber precoce e regular está realmente acontecendo com os jovens, o que pode auxiliar na determinação da idade ou do período de vida que deve-se iniciar a prevenção ao uso de drogas (LARANJEIRA et al, 2007).



Em relação aos locais onde habitualmente os jovens consumiram bebida alcoólica nos últimos 12 meses, identificou-se as festas e os bares (36,8%), seguidos pela residência dos amigos (23,0%), a própria residência (18,4%) e a residência de parentes (17,2%). (Tabela 6)

Stamm e Bressan (2007) identificaram como os locais em que mais ocorrem os episódios de consumo de bebida alcoólica pelos jovens, as festas e bares, seguidos pelo consumo na própria casa e na escola/universidade.

Os amigos são as companhias preferenciais para o consumo de bebida alcoólica pelos jovens (37,1%), seguidos pelos familiares (44,2%) e o namorado ou cônjuge (11,5%). Apenas um jovem referiu consumir bebida alcoólica sozinho, o que indica a característica dos jovens em fazerem parte de grupos, os quais podem induzir ao consumo de drogas ou exposição ao risco. (Tabela 6)

Para Dallo (2009), o acesso a drogas por familiares e amigos é um importante fator para o beber dos jovens. São poucos os que bebem sozinhos (15,3%), sendo que a maioria bebe na companhia de alguém (74,6%). Segundo o autor, a companhia preferencial dos estudantes de ensino médio são os amigos (44,1%) e “outros” (40,7%), como namorado, amigo e namorado ou, ainda, amigos e familiares.

Shenker e Minayo (2005) referem que as companhias configuram-se como fator de risco quando os amigos, considerados modelos de comportamento, aprovam ou utilizam drogas. No caso dos pares, há uma sintonia entre os jovens que querem iniciar ou aumentar o uso de drogas e colegas com valores e hábitos semelhantes. No entanto, grupos de amigos com objetivos e expectativas de realização na vida, têm papel importante numa etapa existencial em que as influências dos pares são cruciais.

Quando a família aceita o uso de drogas dentro de casa, geralmente com a intenção de evitar as complicações legais, estimula a intensificação do consumo, acelerando, dessa forma, o

desenvolvimento da dependência e tem dificuldade de trazer o jovem para o tratamento, conseqüentemente, ocorrem complicações precoces – médicas, psicológicas e sociais (LEITE, 1999).

#### **4.3 Opinião sobre Políticas Públicas Relacionadas às Bebidas Alcoólicas**

São consideradas políticas do álcool, segundo Duailibi e Laranjeira (2007), aquelas que dizem respeito à relação entre álcool, segurança, saúde e bem estar social. Define-se políticas do álcool como qualquer esforço ou decisão de autoridades governamentais ou de organizações não-governamentais (ONG) para minimizar ou prevenir problemas relacionados ao álcool.

As políticas do álcool podem ser divididas em duas categorias, as alocatórias e as regulatórias. As políticas de alocação promovem recursos a um grupo ou organização específica para prevenção e tratamento, de forma a atingir objetivos de interesse público, como financiamento de campanhas educativas e fornecimento de tratamento aos dependentes do álcool. As políticas regulatórias procuram influenciar comportamentos e decisões individuais por meio de ações mais diretas (DUAILIBI, LARANJEIRA, 2007).

Por exemplo, leis têm sido usadas para restringir o acesso à bebida alcoólica por razões de saúde e segurança pública que: regulam preço e taxas dessas bebidas; impõem uma idade mínima para sua compra; limitam os horários de funcionamento de bares; proíbem total ou parcialmente a propaganda de bebidas. No Brasil, algumas leis federais propõem ações regulatórias relacionadas às bebidas alcoólicas. Entre elas destacam-se a proibição da venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos, no Estatuto da Criança e do Adolescente e na Lei das Contravenções Penais, e o Código Brasileiro de Trânsito, que considera infração gravíssima dirigir alcoolizado (DUAILIBI, LARANJEIRA, 2007; BIRCKMAYER, 2004).

A opinião dos jovens vítimas de trauma sobre as iniciativas e políticas públicas de controle do álcool foi avaliada por meio de questionamentos sobre a legislação brasileira - impostos, comercialização, trânsito, penalidades para os crimes decorrentes do uso de bebida alcoólica - e o papel das campanhas e programas de prevenção e tratamento. Os jovens emitiram opinião quanto ao aumento, redução e permanência dessas políticas. Para a comercialização, também considerou-se os aspectos favoráveis ou não favoráveis à política vigente.

Segundo o Ministério da Saúde, dentre as políticas públicas de prevenção dos problemas relacionadas ao consumo de bebida alcoólica encontram-se as tentativas de redução de demanda com aumento sutil de impostos (BRASIL, 2004a).

Em relação aos impostos sobre as bebidas alcoólicas, entre os jovens abstinente na vida, a maioria (76%) considera que deveriam ter o valor aumentado, diferente do grupo de trauma sem consumo de bebida alcoólica (49,2%) e do grupo de trauma com consumo (27,3%). A resposta mais citada pelos jovens que tiveram trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica foi que os impostos deveriam permanecer com o mesmo valor (45,5%). As respostas aumento e redução, para esse grupo, tiveram ambas percentagens de 27,3%. (Tabela 7)

Observou-se relação significativa ( $p < 0,05$ ) quanto às opções redução, permanência ou aumento dos impostos sobre as bebidas alcoólicas, nos três grupos estudados, com resultado de Pearson Chi-square de 0,009. Pode-se afirmar que os jovens que tiveram trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica preferem que os impostos sejam reduzidos, e os abstinente na vida preferem que sejam aumentados. Uma das justificativas para tal resultado é que o aumento dos impostos sobre as bebidas alcoólicas influi no aumento do preço da mesma.

TABELA 7: Distribuição absoluta e percentual de jovens vítimas de trauma quanto à opinião sobre políticas públicas para controle do álcool. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.

Opinião sobre o uso de bebida alcoólica	Padrão de consumo	Trauma sem consumo		Trauma com consumo		Trauma em abst. na vida		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Impostos sobre as bebidas alcoólicas	Aumento	32	49,2	6	27,3	19	76,0	57	50,9
	Permanência	27	41,5	10	45,5	2	8,0	39	34,8
	Redução	6	9,3	6	27,3	4	16,0	16	14,3
Idade de 18 anos para a venda de bebida alcoólica	Aumento	26	40,0	6	27,3	10	40	42	37,5
	Permanência	36	55,4	15	68,2	11	44	62	55,4
	Redução	3	4,6	1	4,5	4	16	8	7,1
É muito fácil para uma criança ou adolescente menor de 18 anos de idade comprar bebida alcoólica	Concorda	52	80,0	18	81,8	23	92,0	93	83,0
	Indiferente	4	6,2	1	4,6	—	—	5	4,5
	Discorda	9	13,8	3	13,6	2	8,0	14	12,5
Campanhas alertando para os riscos de beber e dirigir	Aumento	56	86,2	18	81,8	23	92	97	86,6
	Permanência	8	12,3	2	9,1	1	4	11	9,8
	Redução	1	1,5	2	9,1	1	4	4	3,6
Programas de prevenção ao uso de álcool em escolas	Aumento	61	93,8	18	81,8	22	88	101	90,2
	Permanência	2	3,1	—	—	1	4	3	2,7
	Redução	2	3,1	4	18,2	2	8	8	7,1
Programas de tratamento para alcoolismo	Aumento	57	87,7	19	86,4	23	92	99	88,4
	Permanência	7	10,8	2	9,1	2	8	11	9,8
	Redução	1	1,5	1	4,5	—	—	2	1,8
Total		65	58,1	22	19,6	25	22,3	112	100,0

A estratégia de aumento de preços do álcool associa-se à redução de consumo e problemas decorrentes, principalmente, nos grupos dos adolescentes, com menor renda disponível, e dos bebedores pesados. O aumento de preços das bebidas alcoólicas é uma das formas de reduzir a embriaguez ao volante, principalmente, em jovens. Nos Estados Unidos, o aumento no preço de bebidas alcoólicas reduziu a probabilidade de se dirigir embriagado em 7% para homens e 8% para mulheres, com reduções ainda maiores nos menores de 21 anos (BIRCKAMAYER, 2004; JONES-WEBB, 1997).

A venda de bebida alcoólica no Brasil é permitida para pessoas com idade superior a 18 anos. O artigo 81 do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei Federal nº 8069, restringe a venda de bebida alcoólica para menores de 18 anos de idade. Segundo o artigo 243, é motivo de detenção e multa vender, fornecer, ministrar ou entregar à criança ou adolescente, sem justa causa, produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica. Caberia aos órgãos de fiscalização, sobretudo, dos municípios, garantir a aplicação do ECA no sentido de coibir a venda de bebida alcoólica para crianças e adolescentes (BRASIL, 1990).

Quando indagados se a idade de 18 anos para a aquisição de bebida alcoólica deveria ser aumentada, permanecer a mesma ou reduzida, a maioria (55,4%) optou pela permanência da idade mínima de 18 anos. No grupo dos jovens que tiveram trauma relacionado ao consumo o percentual foi de 68,2%; no grupo do trauma sem consumo, foi de 55,4%; e para os abstinente na vida foi de 44%.

As limitações na disponibilidade de venda de bebida alcoólica visam regular o mercado, limitando o acesso do consumidor ou regulando o contexto em que é consumida. Elevações na idade mínima para se comprar bebidas, com adequada implementação e fiscalização, podem provocar reduções substanciais nos problemas relacionados ao álcool na população mais jovem, especialmente, os decorrentes de acidentes de carro e violência (DUAILIBI, LARANJEIRA, 2007).

Quanto à idade mínima para o consumo de álcool, 16% dos jovens do grupo dos abstinente na vida apóiam a redução da idade de 18 anos para a venda de bebida alcoólica. Isso deve-se ao fato de que a maioria dos jovens pertencentes a esse grupo terem até 18 anos (40% na faixa etária dos 10 aos 14 anos e 44% na faixa etária dos 15 aos 20 anos), o que leva-nos a inferir que, se a idade para a comercialização da bebida alcoólica fosse reduzida, os jovens do grupo dos abstinente na vida teriam permissão legal para o consumo em idades mais precoces.

Dallo (2009), ao comentar sobre o ECA, afirma que essa legislação não é muito rigorosa quando comparada à legislação dos Estados Unidos, onde, em quase todos os estados, a venda é permitida somente aos maiores de 21 anos. No Brasil, a idade de 18 anos não tem sido obstáculo para os adolescentes brasileiros comprarem e consumirem bebida alcoólica.

No presente estudo, observou-se que dispositivos legais do ECA não têm sido cumpridos, pois 83% dos jovens entrevistados disseram que concordam que “é muito fácil para uma criança ou adolescente menor de 18 anos comprar bebida alcoólica em qualquer ponto de venda”. (Tabela 7)

O I Levantamento sobre os Padrões de Uso de Álcool na População Brasileira apontou que 95% dos entrevistados concordam que é muito fácil para quem tem menos de 18 anos comprar bebida alcoólica, porém, 95% defendem o aumento da fiscalização dos comerciantes em relação à venda de bebidas alcoólicas para menores (LARANJEIRA et al., 2007).

Estudos nacionais mostraram que menores de idade de 13 a 17 anos conseguiram facilmente comprar bebidas alcoólicas em diferentes tipos de estabelecimento. Sem muita e fiscalização adequada, dificilmente poderia haver condições de promover-se uma melhora nesta situação. Os jovens brasileiros convivem em contextos sociais facilitadores da venda de bebida alcoólica, que muitas vezes aceita, populariza e estimula o uso. Torna-se comum o incentivo da família nesse período de vida e a inserção social dos jovens passa a ser fundamental, quando situações como beber pode se tornar um meio de integração (MARTINS, 2006; DUAILIBI, LARANJEIRA, 2007).

Nessa pesquisa, a opinião dos jovens sobre as iniciativas governamentais de controle do uso do álcool é abordada sobre os aspectos de aumento, redução e permanência das propostas atuais.

Quando questionados sobre as campanhas, alertando para os riscos de ingerir bebida alcoólica e dirigir, a maioria (86,6%) dos jovens considera que elas deveriam ser aumentadas, porém, entre aqueles que optaram pela diminuição, o grupo dos jovens que tiveram trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica apresentaram um percentual maior de respostas quando comparados com os demais grupos (9,1%).

Um fator que prejudica a conscientização da população juvenil sobre os riscos do consumo de bebida alcoólica, além do contexto social, cultural e comunitário, são as propagandas, nos quais ocorre associação da bebida alcoólica com pessoas jovens bonitas e momentos de intensa alegria e diversão. Apesar de haver a descrição que “esse produto é destinado a adultos”, o alvo dessas propagandas são os jovens, pois os atores das propagandas são belos jovens, fazendo atividades adequadas para essa faixa etária.

A bebida alcoólica tem sido apoiada por valores de livre mercado e representações sociais, e de forma crescente, tem seus interesses defendidos pelas indústrias. Embora a indústria do álcool tente fazer alguma propaganda educativa como “se beber não dirija” ou “beba com moderação”, seus interesses comerciais entram em conflito com medidas de saúde pública. A propaganda educativa nunca é tão bem produzida, nem possui os mesmos recursos e frequências nos meios de comunicação do que a propaganda da indústria do álcool (DUAILIBI, LARANJEIRA, 2007; DALLO, 2009).

Quanto aos programas de prevenção do uso do álcool em escolas, foi indicado o aumento por 90,2% dos jovens. Maior percentual de jovens que tiveram trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica, em comparação com os demais grupos, relataram que os programas de prevenção do uso do álcool em escolas deveriam ser diminuídos, totalizando 18,2% das respostas. (Tabela 7)

O objetivo dos programas escolares de prevenção do uso da bebida alcoólica é modificar as crenças, atitudes e comportamentos dos adolescentes em relação ao álcool (DUALIBI, LARANJEIRA, 2007).

Para Martins (2006), a sociedade aborda as drogas ilícitas como um grande problema social, o que diminui a percepção de risco das lícitas, que também apresentam consequências graves. A legalização de apenas algumas drogas faz com que o cidadão calcule os riscos das drogas como se o seu potencial danoso fosse classificado em uma escala que vai das que apresentam riscos e não apresentam.

Quanto aos programas de tratamento, 90,2% dos jovens da presente pesquisa consideram que deveriam ser aumentados. A maioria da população geral adulta apóia o aumento de programas preventivos ao uso do álcool em escolas (92%), programas de tratamento para o alcoolismo (91%) e campanhas governamentais de alerta sobre os riscos do álcool (86%) (LARANJEIRA et al., 2007).

No Brasil, os acidentes automobilísticos com vítimas, em mais da metade dos casos, apresentam a concomitância do uso de álcool pelo motorista e, nos atropelamentos de pedestres, as vítimas, também, usaram álcool. Mudanças impostas pelas leis governamentais visam melhorar a segurança dos veículos e da população. As autoridades reconhecem o impacto do “dirigir alcoolizado” e dispõem de instrumentos legais para prevenir e reprimir a embriaguez no trânsito (FARIAS et al., 2009).

Dirigir sob o efeito do álcool ou de qualquer outra substância psicoativa, segundo o artigo 165 da Lei Seca, leva à multa, suspensão do direito de dirigir por doze meses, retenção do veículo até a apresentação de um condutor habilitado, recolhimento do documento de habilitação e detenção de seis a 36 meses. Ou seja, com qualquer concentração de álcool detectada no sangue o condutor estará sujeito a penalidades de uma infração gravíssima. Tanto aqueles que cometem



acidentes com vítimas fatais ou não fatais quanto aqueles que colocam em perigo a segurança de outros podem ser responsabilizados criminalmente (BRASIL, 2008b).

Considerando, então, que o Código de Trânsito Brasileiro estabelece punições aos motoristas alcoolizados, tanto em acidentes com vítimas quanto direção com risco à segurança de outros, perguntas sobre as penalidades ao motorista infrator foram incluídas na presente pesquisa. Foi perguntado sobre as condutas que deveriam ser tomadas em relação à pessoa que dirigisse depois de beber três ou mais doses de bebida alcoólica, sendo apresentadas as medidas de restrição de liberdade do condutor (detenção policial), Carteira Nacional de Habilitação (CNH) suspensa e multa, e as variáveis nunca, em poucas situações, em várias situações e sempre.

Para as três opções de medidas legais, a variável “sempre” foi a mais citada pelos três grupos de jovens investigados, sendo de 54,5% prisão do condutor, 53,6% para CNH suspensa, e 75% para pagar multas. (Tabela 8)

Quando comparadas as respostas dos jovens vítimas de trauma com os da população adulta geral, constata-se que os adultos são mais favoráveis a aplicação de penalidades. Segundo Laranjeira et al. (2007), a maior parte da população é favorável à aplicação de penalidades para aqueles que dirigem depois de beber 3 doses ou mais doses: 93% acham que os motoristas alcoolizados têm que pagar multas; 81% que eles deveriam ter a CNH suspensa e 63% apóiam a condenação à prisão nesses casos.

Os jovens que tiveram trauma relacionado ao consumo de bebida, conforme observado na tabela 10, foram os que mais escolheram a variável nunca, quando comparados aos jovens que tiveram trauma sem consumo e aos jovens abstinente na vida. Essa atitude era esperada, pois, ao aprovarem a penalização em relação a este comportamento de risco, estariam se penalizando.

TABELA 8: Distribuição absoluta e percentual de jovens vítimas de trauma quanto à opinião sobre penalidades para dirigir embriagado. Cascave-PR, maio a julho, 2009.

Dirigir depois de beber 3 ou mais doses	Trauma sem consumo		Trauma com consumo		Trauma em abst. na vida		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Deveria ser presa</b>								
Sempre	38	58,5	8	36,4	15	60,0	61	54,5
Em poucas situações	16	24,6	5	22,7	6	24,0	27	24,1
Em várias situações	8	12,3	3	13,6	4	16,0	15	13,4
Nunca	3	4,6	6	27,3	–	–	9	8,0
<b>Deveria ter a sua carteira de habilitação suspensa</b>								
Sempre	37	56,9	8	36,4	15	60,0	60	53,6
Em poucas situações	12	18,5	5	22,7	6	24,0	23	20,5
Em várias situações	12	18,5	4	18,2	4	16,0	20	17,9
Nunca	4	6,1	5	22,7	–	–	9	8,0
<b>Deveria ter que pagar multas</b>								
Sempre	48	73,8	12	54,5	24	96,0	84	75,0
Em poucas situações	7	10,8	6	27,3	1	4,0	14	12,5
Em várias situações	8	12,3	2	9,1	–	–	10	8,9
Nunca	2	3,1	2	9,1	–	–	4	3,6
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>58,1</b>	<b>22</b>	<b>19,6</b>	<b>25</b>	<b>22,3</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

O que preocupa é o fato de beber mais do que o limite considerado seguro, e achar-se capaz de dirigir. Um fenômeno significativo é o fato de o consumo de alto risco estar associado a um comportamento de dirigir. Em 64% dos acidentes com vítimas fatais, os motoristas tinham concentração sanguínea de mais de uma grama de álcool por litro (g/l) de sangue. Quando os níveis de álcool atingiram o valor entre 0,9 a 1,5 g/L de sangue, o risco de provocar acidentes de trânsito aumenta para 35 vezes comparado com um motorista sóbrio (LARANJEIRA et al., 2007; FARIAS et al., 2009).

#### **4.4 Percepção do Risco para o Trauma nos Jovens Investigados**

Por percepção de risco entende-se a forma como os leigos pensam sobre o risco e inclui um conjunto de crenças e valores que dão significado a um acontecimento ameaçador. Ao considerar o comportamento como um sistema, é possível classificar fatores do meio ambiente e do próprio indivíduo, que contribuem para a organização das percepções frente aos riscos e que orientarão o comportamento de prevenção de agravo (THIELEN, HARTMANN, SOARES, 2008).

Os comportamentos são associados às percepções, as quais formam-se na interação entre pessoas, influência social e cultural, que determina a maneira pela qual os indivíduos percebem o risco, podendo levá-los a ações específicas, entre as quais a de ignorar sua probabilidade de ocorrência de agravo à saúde. A percepção de risco revela-se permeada por crenças e representações, que constituem o eixo organizador das reações e comportamentos dos indivíduos na sociedade (FONSECA et al., 2007).

Os riscos precisam ser detectados, decodificados, além de significados para que os indivíduos tomem decisões compatíveis com a situação, como em relação ao consumo de álcool para o trauma. Se o risco é percebido como tal, as decisões e os comportamento serão compatíveis com a segurança que a situação exige. As pessoas reagem aos riscos que percebem, e se suas percepções forem equivocadas, esforços de proteção nos âmbitos pessoal, público e ambiental podem ser mal orientados (THIELEN, HARTMANN, SOARES, 2008).

A presente pesquisa possibilitou conhecer e avaliar as variáveis que apresentam relação significativa com a percepção do risco para o trauma nos jovens investigados. Para analisar a percepção do risco para esse agravo, algumas questões foram dirigidas apenas aos grupos de jovens que faziam o uso de bebida alcoólica (trauma com consumo e trauma sem consumo), tais

como dose máxima de bebida alcoólica ingerida durante um dia, a frequência de consumo de qualquer bebida alcoólica, a idade de início do uso, o hábito de dirigir após a ingestão de bebida alcoólica, número de doses que afetam a capacidade de dirigir, e experiências indesejadas em relação ao consumo de álcool.

TABELA 9: Distribuição absoluta e percentual de jovens vítimas de trauma segundo variáveis frequência, quantidade, idade de início e número de doses que afeta a capacidade de dirigir. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.

Variáveis	Padrão de consumo		Trauma com consumo		Trauma sem consumo		Total		Odds ratio
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Frequência de consumo (vezes)</b>									
Todos os dias	2	9,1	1	1,5	3	3,5	66,7		
Quase todos os dias	1	4,5	2	3,1	3	3,5	16,7		
Uma ou duas por semana	14	63,6	18	27,7	32	36,7	25,9		
Duas ou três por mês	4	18,2	6	9,3	10	11,5	22,3		
Aproximadamente uma por mês ou ao menos uma ao ano	1	4,6	38	58,4	39	44,8	1		
<b>Dose máxima ingerida durante um dia</b>									
1 dose	–	–	23	35,4	23	26,4	–		
2 doses	2	9,1	6	9,2	8	9,2	1,3		
3 doses	4	18,2	5	7,7	9	10,4	3,2		
4 doses	3	13,6	11	16,9	14	16,1	1,1		
5, 6 ou 7	4	18,2	16	24,6	20	23,0	1,0		
8 ou mais	9	40,9	4	6,2	13	14,9	9,0		
<b>Idade de início</b>									
< 10 anos	–	–	1	1,5	1	1,1	–		
10-14 anos	4	18,2	18	27,7	22	25,3	1		
15-20 anos	18	81,8	43	66,2	61	70,1	1,9		
21-24 anos	–	–	3	4,6	3	3,5	–		
<b>Número de doses que afeta a capacidade de dirigir</b>									
1 dose	–	–	23	35,4	23	26,4	–		
2 doses	2	9,1	6	9,3	8	9,2	1,7		
3 doses	4	18,2	5	7,7	9	10,3	4,2		
4 doses	3	13,6	11	16,9	14	16,1	1,4		
5, 6 ou 7 doses	3	13,6	16	24,6	19	21,9	1		
8 a 11 doses	6	27,3	3	4,6	9	10,3	10,5		
12 ou mais	4	18,2	1	1,5	5	5,8	21,0		
Total	22	25,3	65	74,7	87	100			

Os jovens do grupo de trauma com consumo informaram ingerir bebida alcoólica uma ou duas vezes por semana (63,6%) e os do grupo de trauma sem consumo, aproximadamente, uma por mês ou ao menos uma vez por ano (58,4%), apontando que aqueles jovens que foram entrevistados após a ocorrência do trauma e estavam alcoolizados, expunham-se mais a risco de ter trauma relacionado à bebida alcoólica. (Tabela 9)

Dos três jovens (3,5%) que consumiam bebida alcoólica todos os dias, dois (9,1%) tiveram trauma associado ao consumo, o que corresponde a 66,7 (*Odds ratio*) vezes mais chances de terem trauma associado ao uso do álcool, em relação aos jovens que consomem, aproximadamente, uma vez por mês, ou ao menos uma vez ao ano. (Tabela 9)

O uso abusivo de bebida alcoólica por jovens decorre, principalmente, de práticas de bebedeiras mensais, semanais ou com menor frequência, conferindo especial importância às intervenções focadas em jovens e adultos jovens (BARROS et al., 2008).

Quanto à quantidade de doses de bebida alcoólica ingerida durante um dia, encontrou-se também, diferença significativa entre os dois grupos de jovens. Para o grupo dos jovens que tiveram trauma com consumo de bebida alcoólica, a resposta oito ou mais doses em um único dia teve maior percentual (40,9%), e para o grupo de trauma sem consumo foi uma dose (35,4%). O jovem que ingeria bebida em forma de *binge*, 5 ou mais doses em um único dia, teve 3,3 vezes mais chances de ter trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica em relação àqueles que ingeriram 4 ou menos doses. (Tabela 9)

Confirma-se, então, que o grupo trauma com consumo bebem de forma perigosa, oito ou mais doses em uma única ocasião e com frequência de uma ou duas vezes por semana, o que representa o beber em forma de *binge*. Não é aconselhável beber grande quantidade de doses na sexta e/ou no sábado, sendo que beber mais do que cinco doses em uma única ocasião leva à

embriaguez, e como consequência, a riscos sociais e de saúde (LARANJEIRA et al., 2007, MARTINS, 2006).

Quanto ao início do consumo de bebida alcoólica, a maioria dos jovens iniciou na faixa etária entre 15 e 20 anos - 81,8% do trauma com consumo e 66,2% do trauma sem consumo, corroborando com Wagner e Andrade (2008), Laranjeira et al. (2007) e Dallo (2009) sobre a idade de início do consumo de bebida alcoólica.

O início do uso de bebida alcoólica após a maioridade civil brasileira - 21 anos - deu-se apenas para três jovens do grupo de trauma sem consumo, podendo indicar que a idade de início tem relação com “beber com mais responsabilidade”. Segundo Nugent (2006), nessa fase posterior da juventude, os jovens vão descobrindo seus interesses e talentos e adquirindo mais responsabilidades.

Quanto ao número de doses de bebida alcoólica que acreditam poder beber até afetar a capacidade de dirigir, no grupo dos jovens de trauma com consumo, a variável mais citada foi de 8 a 11 doses (27,3%), e no grupo do trauma sem consumo, de uma dose (35,4%). A variável uma dose não foi citada no grupo dos jovens que tiveram trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica, parecendo que esses jovens consideram-se capazes de dirigir mesmo tendo ingerido álcool em forma de *binge*. (Tabela 9)

Esses dados revelam a percepção dos jovens em relação ao risco real e o risco percebido, pois a maioria considera-se capaz de dirigir após o consumo de altas doses de bebida alcoólica. O consumo de bebida alcoólica, sendo considerado natural pela sociedade, confere valor positivo a certos comportamentos potencialmente danosos, nos quais agir diferentemente pelos jovens, poderia deixar o grupo em desacordo com o senso comum (SLOVIC, 1999; FONSECA et al., 2007).

Estudo realizado com 100 pessoas, para avaliar as crenças sobre o uso do álcool, com grupos de alcoolistas e de não alcoolistas, apontou forte relação entre crenças positivas sobre o álcool e maior consumo. Os valores e hábitos que estimulam a produção, circulação e consumo seriam fatores favoráveis à expansão do uso da droga (SCALI; RONZANI, 2007; REBOLLEDO, COSTA, 2005).

A probabilidade de vítimas fatais relacionadas ao consumo de bebida alcoólica em acidentes de trânsito ocorre pelo fato de o álcool gerar uma sensação de confiança nos condutores de veículos a motor, porém, produz perda nas suas habilidades de tempo de reação e coordenação. Quando os níveis de álcool sanguíneo atingem uma média de 0,6 g/dl, já provocam alterações neuroquímicas e funcionais cerebrais, modificando o comportamento, e favorecendo o sentimento de violência (FARIAS et al., 2009; LARANJEIRA et al., 2007).

Em relação à faixa etária dos jovens investigados, consumos abusivos e perigosos de bebida alcoólica com 8 ou mais doses, relacionados à percepção de capacidade de condução automotiva, foram citadas por 28,6% dos jovens na faixa etária de 21 a 24 anos. Dos jovens com idade entre 15 e 20 anos o relato mais freqüente foi de 4 doses (23,7%), porém, na faixa etária dos 10 aos 14 anos, 57,2% acreditam que uma dose é o suficiente para afetar a capacidade de dirigir. Observou-se que, com o aumento da idade os jovens se consideram-se mais capazes de dirigir após o consumo de várias doses de bebida alcoólica.

Dos 87 jovens que afirmaram utilizar bebida alcoólica, 25 nunca dirigiram veículo automotor, 03 (13,6%) para o grupo do trauma com consumo e 22 (33,9%) para o grupo de trauma sem consumo.

Para os 62 jovens que dirigiam veículo automotivo (71,3%) foi perguntado o número de vezes que dirigiram após a ingestão de bebida alcoólica, sendo a direção de veículo automotor após o consumo de álcool relatada nos dois grupos. A maioria do grupo de trauma sem consumo

relatou nunca ter dirigido após o consumo de bebida alcoólica (65,3%), sendo menor esse percentual para o grupo do trauma com consumo (36,9%). (Tabela 10).

Para aqueles que informaram a associação bebida alcoólica e condução automotiva, 21% dos jovens que tiveram trauma com consumo relataram que tiveram a conduta de dirigir em quase todas ou mais da metade das vezes após a ingestão de bebida alcoólica nos últimos doze meses, diferente dos jovens do grupo do trauma sem consumo, que referiram essa atitude com menor frequência, em 4,6% das vezes. (Tabela 10)

TABELA 10: Distribuição absoluta e percentual de jovens vítimas de trauma segundo número de vezes em que dirigiram após consumirem bebida alcoólica. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.

Padrão de consumo Veze que dirigiu depois de beber	Trauma com consumo		Trauma sem consumo		Total		Odds ratio
	N	%	N	%	N	%	
Quase todas	2	10,5	1	2,3	3	4,8	15,4
Mais da metade	2	10,5	1	2,3	3	4,8	15,4
Menos metade	2	10,5	2	4,6	4	6,5	7,7
Algumas vezes	3	15,8	2	4,6	5	8,1	11,5
2 ou 3 vezes	1	5,3	8	18,6	9	14,5	1
Só uma vez	2	10,5	1	2,3	3	4,8	15,4
Nunca aconteceu	7	36,9	28	65,3	35	56,5	1,9
Total	19	30,6	43	69,4	62	100	

Esses dados indicam que os jovens que tiveram trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica possuíam um comportamento com mais chances para a ocorrência de trauma. Por meio da regressão logística, utilizando como variáveis dicotômicas o grupo do trauma com consumo e o grupo do trauma sem consumo, constatou-se que os jovens que relataram dirigirem mais da metade ou quase todas as vezes em que beberam, apresentaram 15,4 vezes mais chances de terem trauma associado com o consumo de bebida alcoólica do que os jovens que dirigiram embriagados 2 ou 3 vezes.



Segundo Adura et al. (2008), o risco de envolvimento em um acidente fatal para condutores com alcoolemia entre 0,2 e 0,5 gramas por litro de sangue (g/l) é de 2,6 a 4,6 vezes maior do que o de um condutor sóbrio. Estudo realizado em sala de emergência de São Paulo mostrou que 28,9% das vítimas de trauma atendidas apresentaram alcoolemia positiva. Os valores variaram de 19,8%, para condutores que conduziam acima do limite legal, a 47%, em condutores vítimas fatais de acidentes de trânsito. Além disso, pessoas que morreram em acidentes relacionados ao álcool (concentração no sangue do condutor de 0,2 g/l ou maior) tinham maior probabilidade de terem sido condenadas por uma infração de direção sob efeito de álcool nos cinco anos anteriores.

O seguimento da legislação pode contribuir para a diminuição dos casos de acidentes relacionados ao consumo de bebida alcoólica. No Brasil, a Lei Federal nº 11705/2008, Lei Seca, estabelece nível de alcoolemia zero para dirigir veículo, impondo penalidades como detenção, multa e suspensão do direito de dirigir por 12 meses (BRASIL, 2008b).

Segundo dado do Departamento de Trânsito, os resultados iniciais da Lei Seca levaram a prisão de 3.924 motoristas embriagados. O Estado do Paraná foi o sexto Estado brasileiro que mais aplicou multas, tendo como consequência uma diminuição de 28,6% no número de óbitos nas rodovias que cortam o Estado, quando comparado aos seis meses de vigência dessa Lei com o mesmo período do ano anterior (BRASIL, 2009).

A análise da faixa etária dos jovens que afirmaram utilizarem bebida alcoólica apontou a direção após o consumo de bebida alcoólica em todas as idades, sendo mais prevalente para os jovens na faixa etária dos 21 aos 24 anos (48,4%) e na faixa etária dos 15 aos 20 anos, o percentual dos que já dirigiram após o consumo foi de 42,3%, evidenciando que a exposição ao risco de dirigir após o consumo de bebida alcoólica aumenta com a idade.

Esse fato pode ser atribuído a maior probabilidade de jovens na faixa etária dos 21 aos 24 anos terem CNH, pois apenas 11,4% desses jovens referiram nunca terem dirigido. Há também maior probabilidade desses jovens já terem adquirido um veículo automotivo, visto que os jovens dessa faixa etária possuem maiores rendas pessoais.

Para a faixa etária dos 10 aos 14 anos, 80% referiram nunca terem dirigido após o consumo de álcool e, 20% dos jovens afirmaram que já haviam dirigido após o consumo. Observou-se que, 35,7% dos jovens entrevistados na faixa etária dos 10 aos 14 anos referiram já terem dirigido um veículo automotor, o que contradiz a legislação brasileira, pois esse jovem não tem idade mínima para ter a CNH.

O artigo 140 do Código de Trânsito Brasileiro determina que compete aos órgãos executivos estaduais, ou seja, os Detrans – Departamentos de Trânsito, através de exames, aferir se o candidato está ou não habilitado à obtenção da CNH, sendo um requisito fundamental o cidadão ser penalmente imputável, que no Brasil corresponde à idade acima de 18 anos (BRASIL, 1997).

Quanto ao local em estavam frequentando na última vez em que ingeriram três ou mais doses de bebida alcoólica e após dirigiram veículo automotivo, a maioria do grupo dos jovens de trauma sem consumo (69,3%) referiu que nunca dirigiu após terem bebido, independentemente do local do consumo do álcool. Para o grupo do trauma com consumo, o percentual dos que não dirigiram após o consumo de bebida alcoólica foi maior, de 36,4%.

Dos que beberam antes de dirigir, o local mais frequentado foi bar/balada/festa, seguido pela casa de amigos e própria casa. Nos jovens investigados, os que frequentaram casa de amigos tiveram 7,6 mais chances de dirigir após o consumo de bebida alcoólica do que os que não dirigiram após o consumo.

Conhecer os locais onde as pessoas mais doses beberam na ocasião mais recente, pode contribuir para a adoção de medidas que reduzam os riscos para o bebedor e para aqueles que estão próximos. Para o autor, “beber muito no bar ou em festas, por exemplo, pode significar um dirigir embriagado no retorno para casa ou alguma forma de violência” (LARANJEIRA et al., 2007, p. 28).

Para conhecer a existência de dependência dos jovens em relação ao consumo de bebida alcoólica, indagou-se sobre a ocorrência ou não de outras experiências correspondentes a esse padrão de consumo nos últimos 12 meses, envolvendo interferência em atividades da vida diária, problemas com familiar ou amigo, envolvimento em brigas, ressaca, necessidade de beber mais do que o costume, exposição ao trauma e ocorrência de trauma. (Tabela 11)

Para todas as variáveis estudadas, os jovens apontaram baixo índice de experiências indesejadas em relação ao álcool. Sentir necessidade forte de beber e sentir necessidade de beber mais do que o costume foram as variáveis menos citadas por 9,2% e 11,5% dos jovens, respectivamente. (Tabela 11)

Esses dados são esperados, pois, segundo Dallo (2009), é muito difícil o desenvolvimento da dependência do álcool já na adolescência porque demora em média 10 anos para que se instale, porém, a maioria dos adultos dependentes iniciou o uso na adolescência. Assim, nos projetos de prevenção devem ser consideradas duas questões, a da dependência, com prejuízo a longo prazo, e o beber excessivo em uma única ocasião, com prejuízo a curto prazo.

Maior índice de experiências indesejadas foi relacionado à exposição à situação de trauma (37,9%), sendo maior no grupo de trauma com consumo (50%). O álcool também interferiu em atividades importantes em 31% dos jovens investigados e em nove (40,9%) dos jovens do grupo de trauma com consumo tiveram trauma anterior decorrente do abuso de álcool, como ferimento cortante, luxação e fratura. (Tabela 11)

TABELA 11 - Distribuição absoluta e percentual de jovens vítimas de trauma quanto às experiências indesejadas em relação ao beber. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.

Experiência indesejada				Padrão de consumo		Trauma com consumo		Trauma sem consumo		Total	
				N	%	N	%	N	%	N	%
Interferiu em atividades importantes	Não	15	68,2	45	69,2	60	69,0				
	Sim	7	31,8	20	30,8	27	31,0				
Causou problemas com um familiar ou amigo	Não	16	72,7	52	80,0	68	78,2				
	Sim	6	27,3	13	20,0	19	21,8				
Se expôs a situações em que pudesse sofrer trauma	Não	11	50,0	43	66,2	54	62,1				
	Sim	11	50,0	22	33,8	33	37,9				
Já sofreu trauma como uma queda, osso quebrado ou algo mais sério	Não	13	59,1	60	92,3	73	83,9				
	Sim	9	40,9	5	7,7	14	16,1				
Se envolveu em brigas físicas	Não	18	81,8	56	86,2	74	85,1				
	Sim	4	18,2	9	13,8	13	14,9				
Sentiu necessidade de beber mais do que o costume	Não	20	90,9	57	87,7	77	88,5				
	Sim	2	9,1	8	12,3	10	11,5				
Sentiu necessidade tão forte de beber que não pode deixar de beber	Não	20	90,9	59	90,8	79	90,8				
	Sim	2	9,1	6	9,2	8	9,2				
Gastou muito tempo bebendo ou se recuperando dos efeitos	Não	17	77,3	45	69,2	62	71,3				
	Sim	5	22,7	20	30,8	25	28,7				
Total		22	25,6	65	74,4	87	100,0				

Apesar de todos os jovens do grupo do trauma com consumo estarem alcoolizados no momento da ocorrência, a maioria não atribuiu ao abuso do álcool o trauma que induziu a necessidade de procura de serviço de urgência (59,1%).

Estudo realizado com uma amostra de 173 adolescentes para identificar sintomas de dependência e consequências relacionadas ao álcool, apontou a necessidade de identificar os problemas relacionados ao consumo de bebida alcoólica. Deve-se iniciar um processo de construção de novos olhares e de novas intervenções diante do consumo de bebida alcoólica, por

meio de divulgação e conscientização quanto aos riscos e consequências do uso de álcool (MARTINS, 2006; CHUNG et al., 2002).

Considerando-se a complexidade das formas de adesão ao uso abusivo de drogas na juventude é relevante pensar que há uma estrutura e uma organização dos diferentes fatores, formando a percepção de risco dessa população. Nessa perspectiva, os esforços preventivos devem visar a modificar as circunstâncias que sustentam o estilo de vida, sintetizado a partir de um padrão organizado de comportamentos inter-relacionados e prejudiciais. Dentro dessa premissa de proteção, uma das tarefas de quem atua na atenção com jovens que usam drogas é determinar quais fatores podem ser evidenciados como relevantes para promover seu crescimento saudável e evitar que corram riscos de dependências e de acirramento de problemas sociais (SCHENKER, MINAYO, 2005).

Questões relacionadas ao comportamento preventivo em relação às bebidas alcoólicas foram formuladas aos três grupos investigados. Estão expostas nas tabelas 12 e 13 e serão apresentadas a seguir.

Considerando que dirigir alcoolizado traz riscos não só para o motorista, mas, também, para os acompanhantes, que são vítimas potenciais do uso abusivo do álcool nessa circunstância, esse tema foi avaliado na presente pesquisa, por meio do questionamento se os jovens já haviam sido acompanhantes de condutor alcoolizado e quem eram esses motoristas.

Os resultados apontaram maior percentagem de jovens que nunca foram acompanhantes de motoristas alcoolizados no grupo dos abstinente na vida – 18 jovens (72%). Para os que tiveram trauma sem consumo foram 19 jovens (29,2%), e para os que tiveram trauma com consumo, 6 jovens (27,3%) nunca foram acompanhantes de motoristas alcoolizados. (Tabela 12)

Observou-se que a exposição ao risco de “carona com motorista alcoolizado” é proporcional ao uso de álcool pelos grupos dos jovens, corroborando à literatura sobre o tema.

Segundo Laranjeira et al. (2009), aqueles que pegam carona com um motorista alcoolizado tendem, eles próprios, a ter esse comportamento no futuro.

Quanto ao vínculo com o condutor alcoolizado, a resposta mais citada para os três grupos foi o amigo com quem mais frequentemente pegaram carona, a resposta mais citada para os três grupos foi amigo (55,1%), familiares e namorado/cônjuge também foram referidos. (Tabela 12)

Os amigos podem ser considerados uma influência negativa, em especial, quando fazem uso de drogas e aprovam ou apresentam rejeição a regras. Porém, se os amigos não usam ou não valorizam o consumo de drogas e participam de atividades recreativas, exercem influência positiva. A existência de vinculação familiar, de regras na rotina familiar e de modelos de comportamento de pais e irmãos, se a relação for amorosa, afetuosa e de cuidado, pode se constituir um fator de proteção (SHENCKER e MINAYO, 2005; DALLO, 2009).

TABELA 12 - Distribuição absoluta e percentual de jovens vítimas de trauma segundo carona com motorista alcoolizado. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.

Já pegou carona com motorista alcoolizado	Padrão de consumo		Trauma com consumo		Trauma sem consumo		Trauma em abstin. vida		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Amigo	12	75,0	23	50,0	3	42,9	38	55,1		
Tio	1	6,3	5	10,9	2	28,6	8	11,6		
Primo	1	6,3	5	10,9	–	–	6	8,7		
Namorado/cônjuge	1	6,3	4	8,7	–	–	5	7,2		
Pai/Padrasto	–	–	3	6,5	2	28,6	5	7,2		
Irmão	1	6,3	2	4,3	–	–	3	4,3		
Outros	–	–	4	8,7	–	–	4	5,8		
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>23,2</b>	<b>46</b>	<b>66,7</b>	<b>7</b>	<b>10,1</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>		

Fatores de risco, como falta de suporte familiar, relações conflituosas na família, falta de interesse e dificuldade de estabelecer limites para os filhos, brigas e separação dos pais, educação autoritária associada à pouca afetividade nas relações familiares, monitoramento parental deficiente e incentivo intra-familiar quanto ao uso de álcool, são fatores que podem diminuir a

percepção de risco, e gerar comportamentos indesejáveis pelos jovens. Os jovens tendem a acompanhar os hábitos de grupos que fazem parte, explicado por necessidade de pertencer ao grupo e usufruir do *status* do mesmo (MARÇAL, ASSIS, LOPES, 2005).

Alguns comportamentos preventivos foram questionados aos jovens, tais como, risco de pegar carona com motorista alcoolizado, beber e dirigir como ameaça à segurança pessoal e da família; e a respeito das normas de trânsito.

A maioria, independentemente do padrão de consumo de álcool, informou comportamentos preventivos em relação a beber e dirigir veículos automotivos, com maior percentual entre os abstinentes na vida. (Tabela 13)

Dos jovens do grupo de trauma com consumo 81,8% concordaram que beber e dirigir por parte de outras pessoas é uma ameaça à própria segurança e à segurança da família, para o grupo de trauma sem consumo esse percentual foi de 90,8%, e para os abstinentes na vida esse percentual foi maior (96%). Mesmo assim, uma porcentagem maior considera-se capaz de dirigir após o consumo de três ou mais doses.

As formas e os significados atribuídos ao uso de drogas diferem de indivíduo para indivíduo e de grupo para grupo dentro de uma mesma cultura e, sobretudo, em culturas contrastantes. O uso de álcool tem raízes profundas, que exige a reformulação de conhecimentos e conceitos que perpassam de geração para geração e que estabelece papéis e funções específicas para pessoas de diferentes sexos, atreladas à idade, classe social, raça/cor, nível de escolaridade. Conhecer um problema requer a desconstrução de paradigmas na sociedade, no sentido de promover uma tomada de consciência, visando atender especificidades de pessoas e/ou grupos de pessoas usuárias de drogas. Na percepção dos jovens, o consumo de álcool e drogas não é assumido como um problema de saúde. Tal constatação permite afirmar que há uma distância a ser vivenciada para que o consumo de drogas saia da invisibilidade (ESPINHEIRA, 2004).

TABELA 13 - Distribuição absoluta e percentual de jovens vítimas de trauma segundo comportamentos preventivos em relação às bebidas alcoólicas. Cascavel-PR, maio a julho, 2009.

Opinião sobre atitudes em relação à bebida alcoólica.	Padrão de consumo	Trauma com consumo		Trauma sem consumo		Trauma em abst. na vida		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Beber e dirigir por parte de outras pessoas é uma ameaça à sua segurança pessoal e a segurança da sua família	Concorda	18	81,8	59	90,8	24	96,0	101	90,2
	Indiferente	–	–	3	4,6	–	–	3	2,7
	Discorda	4	18,2	3	4,6	1	4,0	8	7,1
Não tem problema dirigir quando se está apenas começando a sentir os efeitos da bebida alcoólica	Concorda	6	27,3	13	20,0	3	12,0	22	19,6
	Indiferente	1	4,5	3	4,6	–	–	4	3,6
	Discorda	15	68,2	49	75,4	22	88,0	86	76,8
Se uma pessoa dirige após beber muito é quase certo que um policial vai pará-la e prendê-la	Concorda	12	54,6	36	55,4	10	40,0	58	51,8
	Indiferente	–	–	2	3,1	–	–	2	1,8
	Discorda	10	45,4	27	41,5	15	60,0	52	46,4
Pegar carona com motorista alcoolizado oferece risco.	Concorda	20	90,9	63	96,9	25	100,0	108	96,4
	Indiferente	1	4,5	–	–	–	–	1	0,9
	Discorda	1	5,6	2	3,1	–	–	3	2,7
Total		22	19,6	65	58,1	25	22,3	112	100,0

Quanto à opinião sobre não ter problemas dirigir quando se está apenas começando a sentir os efeitos da bebida alcoólica, 68,2% do grupo de trauma com consumo discordaram dessa afirmação, sendo o percentual para o grupo de trauma sem consumo de 75,4% e para o grupo dos abstinentes 88%. Portanto, os jovens que tiveram trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica têm menor percepção de risco em relação a álcool e direção do que os demais grupos estudados. (Tabela 13)

As crenças pessoais possuem extrema importância, as quais ajudam a determinar atitudes positivas ou negativas dos jovens. A utilização das drogas lícitas e ilícitas permeia a cultura da adolescência à velhice. Dessa forma, o conhecimento e as práticas a respeito do álcool devem ser mais aprofundados na população juvenil, para desenvolver-se crenças sobre os diferentes



aspectos do uso do álcool e das pessoas alcoolistas (PENA et al., 2008; SCHENKER, MINAYO, 2005)

Cerca da metade (51,8%) dos jovens concordou que “se uma pessoa dirige após beber muito é quase certo que um policial vai pará-la e prendê-la”. Portanto, parte considerável dos jovens não acreditou na ação da polícia em relação à penalização para o condutor alcoolizado, sendo essa descrença maior para o grupo dos jovens abstinentes na vida (60%). (Tabela 13)

Estratégias como a suspensão da carteira, ações coercitivas realizadas pela polícia como blitz de checagem de alcoolemia, diminuição do limite máximo permitido e proibição da condução com qualquer concentração alcoólica têm efeito de reduzir até 62% o número de vítimas fatais em acidentes relacionados ao álcool (ADURA, et al., 2008).

Todos os jovens abstinentes na vida concordam que pegar carona com motorista alcoolizado oferece risco, mas sete (28%) já tiveram essa conduta. Para os jovens do grupo de trauma sem consumo o percentual que consideram risco ser acompanhante de motorista alcoolizada, foi de 96,9%, e 70,8% já foram “carona” de motorista alcoolizado. Os jovens do grupo de trauma com consumo também relatam que acreditam no risco de ser acompanhante de motorista alcoolizado (90,9%), porém 80% já tiveram essa conduta. Esses dados demonstram mais uma vez que, nos jovens investigados, há diferença entre o estabelecimento do risco e a percepção e aceitação, os quais dependem de aspectos pessoais e sociais.

Mesmo os jovens que não bebem e dirigem acabam se expondo aos motoristas alcoolizados. Estudo mostra que na população geral adulta, 34% afirmaram já ter pego carona em um veículo no qual o condutor tinha bebido demais (LARANJEIRA et al., 2007; LIEBER, ROMANO-LIEBER, 2002).

Relacionando a variável de pegar carona com motorista alcoolizado com o gênero, se observa que o sexo masculino se expõe mais ao risco, pois 63,5% deles referiram já terem pego carona com motorista alcoolizado, enquanto o percentual para as mulheres foi de 56%.

A curiosidade natural dos jovens é um dos fatores de maior influência na experimentação de substâncias psicoativas, o que os impulsiona a experimentar novas sensações e prazeres. Os jovens vivem o presente, buscam realizações imediatas e os efeitos das drogas vão ao encontro desse perfil, proporcionando prazer e satisfação. Outros fatores que contribuem para a pouca percepção de risco dos jovens em relação ao consumo de álcool são a opinião de amigos, fácil acesso às drogas e ambiente propício para o uso (DALLO, 2009).

A dependência do álcool consiste num conjunto de sinais e de sintomas decorrentes do uso disfuncional da substância, e abrange aspectos físicos, psicológicos e sociais, de intensidade variável em cada indivíduo. Acomete de 10% a 12% da população mundial e 11,2% dos brasileiros que vivem nas maiores cidades do país. A incidência é alta na faixa etária dos 18 aos 29 anos, declinando com a idade (DALLO, 2009; MARQUES, RIBEIRO, 2002).

Quando indagados sobre se acreditam que o consumo de bebida alcoólica trouxe algum efeito prejudicial sobre a vida e a saúde, a maioria dos jovens respondeu afirmativamente (56,3%), sendo 68,2% para o grupo do trauma com consumo e 52,3% para o grupo do trauma sem consumo.

Esse fato indica que um percentual maior do grupo dos que tiveram trauma relacionado ao consumo do álcool acredita no efeito prejudicial dessa bebida. Porém, apesar de todos esses jovens estarem alcoolizados no momento do trauma, 31,8% não acreditaram no efeito prejudicial do mesmo, o que indica que o envolvimento em situações e ocorrências relacionadas ao consumo de bebida alcoólica, não foi suficiente para promover a percepção do risco para o trauma relacionado ao consumo de álcool para esses jovens.

O risco varia de acordo com a percepção de cada indivíduo, pois os seres humanos possuem distintas percepções acerca dos riscos aos quais estão expostos. O conhecimento sobre os riscos possui influência das experiências individuais e da construção coletiva, não sendo apenas o resultado da exposição. Nesse sentido, a percepção e a aceitação do risco, dependem dos aspectos culturais e pessoais (LIEBER, ROMANO-LIEBER, 2002).

O uso do álcool é um fenômeno social e sobrevive ao passar do tempo e das gerações nas mais diversas culturas e grupos sociais. Quando algo está enraizado na sociedade, assim como o álcool, as pessoas tendem a construir seus próprios conceitos baseados em elementos de cunho subjetivo como crenças. Sendo assim, a crença é qualquer proposição simples, consciente ou inconsciente, inferida do que uma pessoa diz ou faz (PENA et al., 2008).

Portanto, para Schenker e Minayo (2005), o sentido do uso de drogas entre os jovens tem significado social e psicológico e é influenciado fortemente pelo universo de interações. O estilo de vida nunca deve ser traduzido como se fosse responsabilidade exclusiva do indivíduo: tal abordagem tenderia a culpar a vítima. A percepção do risco precisa ser entendida de forma a incluir a complexidade dos fatores e, portanto, a redução do risco requer tanto mudanças subjetivas quanto sociais. Levando em conta essa reflexão, os esforços preventivos precisam ser muito mais abrangentes.

Para Leite (1999), no caso das drogas lícitas há a aceitação familiar de seu uso; porém, essa aceitação do familiar de que o jovem utilize a droga dentro de casa pode estimular os múltiplos comportamentos relacionados à intensificação do consumo, aceleração do desenvolvimento da dependência, dificuldade de trazer o indivíduo para o tratamento e ocorrência de complicações precoces - médicas, psicológicas e sociais.

Os efeitos prejudiciais do consumo de bebida alcoólica constituem um desafio. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), na população dos hospitais psiquiátricos

brasileiros, quase um quarto dos pacientes foram hospitalizados por transtornos ligados ao consumo do álcool e, aproximadamente, 40% apresentaram o consumo prejudicial de álcool como parte do quadro clínico. A internação nos hospitais psiquiátricos apresenta inúmeras desvantagens para a recuperação dos pacientes usuários de álcool, contribuindo para sua estigmatização e isolamento social. No entanto, nossos hospitais gerais têm dificuldade e resistência para atenderem pacientes com este tipo de problema. Outro problema consiste nos acidentes de trânsito, de trabalho, domésticos e vários outros, relacionados ao consumo de álcool, que acabam aumentando a demanda nos hospitais.

#### **4.5. Refletindo sobre as Ações de Enfermagem na Atenção ao Usuário de álcool**

As ações de enfermagem devem ser organizadas em parceria com a comunidade, onde seus membros, conscientes de constituir um grupo com interesses coletivos, preocupem-se com os problemas de saúde e participem dos serviços de saúde na solução de seus problemas. Particularmente, o objetivo das ações do enfermeiro é melhorar o nível de saúde da população, o que requer estratégias, estrutura, definição de objetivos e metas, organização dos serviços de saúde e estímulo à participação da população (NERY; VANZIN, 1998).

No desenvolvimento das ações de enfermagem - na assistência primária à saúde, em unidades de atenção às urgências, em ambiente hospitalar ou outras unidades de saúde -, o enfermeiro cuida, também, de pessoas que apresentam problemas relacionados ao uso abusivo de drogas e este profissional pode desenvolver atividades para prevenir o uso de drogas, atuar sobre os fatores de risco para o uso/abuso de drogas e promover a integração da família e dos demais seguimentos sociais (ACAUAN, DONATO, DOMINGOS, 2008).

Rosa e Tavares (2008), em estudo já referido anteriormente, discutiram as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, e estratégias para promoção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas. Alguns fatores dificultam essa assistência, como os mitos, os estereótipos e o preconceito dos próprios profissionais em atender essa clientela, a insatisfação em trabalhar com pacientes dependentes de álcool e outras drogas de abuso, as atitudes moralistas com relação aos alcoolistas, decorrentes, em grande parte, da pouca qualificação e capacitação profissional.

No entanto, é peculiar aos enfermeiros a capacidade de planejamento de cuidados, realização de atividades de prevenção de doenças e promoção à saúde dos indivíduos. Especificamente, na assistência aos usuários de álcool e outras drogas, o poder de observação do enfermeiro permite a esse profissional a identificação dos problemas, e a partir daí é possível desenvolver um plano de assistência e realizar intervenções tais como educação, aconselhamento e atendimentos individualizados e personalizados para pacientes que apresentam uso abusivo ou a dependência de alguma substância psicoativa.

Faz-se importante aproveitar todas as oportunidades para desenvolver ações de enfermagem, no sentido de atingir a população jovem usuária de álcool, mesmo quando o atendimento é voltado para o indivíduo. Para desenvolver ações na comunidade e em grupos específicos é fundamental a escuta ativa para compreender as necessidades de saúde e o desenvolvimento de ações, no sentido de contribuir para a construção da cidadania (SANT'ANA, 2004).

A educação em saúde aos jovens pode ser desenvolvida informalmente ou de forma planejada, organizada e estruturada, com a finalidade de conhecer as necessidades de saúde, elaborar o plano de ação, executá-lo e avaliá-lo. As ações desenvolvidas pelo enfermeiro são estabelecidas a partir do diálogo e da interação entre as pessoas, pois a argumentação do

enfermeiro advém de sua capacitação técnica, mas não exclui o conhecimento e os aspectos humanos expostos pelos usuários dos serviços de saúde (WENDBAUSEN; SAUPE, 2003).

Para Diaz, Luis e Rasso (2005), a prevenção do uso de álcool está disponível à população “um pouco tarde” no ciclo vital, tornando a mudança de comportamento difícil. Os comportamentos estão ligados ao desenvolvimento humano, sendo componentes da sociedade e afetados por fatores da política, da economia, da cultura, da demografia e da ecologia dessa sociedade.

Relacionando este contexto ao estudo realizado, observou-se que o grupo de jovens, principalmente com trauma associado à bebida alcoólica – trauma com consumo – ou com padrão de consumo de álcool na vida – trauma sem consumo, representando 77,7 do total de jovens investigados, apresentou fatores para a percepção de risco distorcida e a falsa percepção de segurança.

Os jovens consideravam ter controle suficiente das variáveis que envolvem as situações de risco, fazendo com que a noção dos riscos fosse minimizada. Invulnerabilidade pessoal associada ao otimismo - autopercepção superavaliada -, percepção em excesso com relação ao controle sobre o ambiente - “os danos só vão ocorrer com os outros; o grande perigo está com os outros” - fazem que os jovens desconheçam seus limites.

Outro aspecto presente no estudo e que dimensionaria as ações de enfermagem, é a falta de credibilidade dos jovens em políticas públicas e nas instituições que gerenciam a fiscalização da legislação vigente, ocasionando o aumento da percepção individualista - eu estabeleço minhas regras -, que pode ocasionar, por exemplo, o abuso de velocidade e o consumo de bebidas alcoólicas previamente à direção de veículos automotores. Como a produção e comercialização de bebidas alcoólicas envolvem muitas empresas, empregos, publicidade e lucros, é difícil a

aprovação de leis protetoras do trânsito, contra o consumo de álcool por motoristas, e, ainda, mais complexa é a fiscalização para o cumprimento delas.

Também, evidenciou-se o “exemplo” e a “companhia” de amigos e familiares no momento em que o jovem sentia-se seguro em situações de risco, tais como dirigir após consumo do álcool e aceitar carona de um amigo ou familiar alcoolizado. Tal situação aponta a família como um dos alvos de qualquer ação educativa.

Exemplificando: embora as medidas de prevenção de acidentes de trânsito mais eficazes sejam aquelas voltadas às modificações do meio ambiente, incluindo a indústria automobilística e legislação eficiente, não se pode prescindir de medidas que visem, também, modificações positivas nos comportamentos dos indivíduos. Conhecer melhor a prevalência de certos comportamentos que aumentam os riscos de desenvolvimento de acidentes, torna possível intervir e mudar determinadas condutas, gerando impacto positivo no quadro de saúde da juventude e reduzindo esse tipo de acidente e morte.

Dessa forma, as ações de enfermagem devem capacitar o indivíduo e/ou a família para assumirem ou ajudarem na melhoria das condições de saúde da população. Os enfermeiros e a comunidade devem compreender que as questões de saúde dependem de ações oferecidas pelos serviços de saúde e do esforço da própria população para o conhecimento, compreensão, motivação, reflexão e adoção de comportamento saudáveis. A educação em saúde torna-se uma ferramenta importante quando estiver baseada na reflexão crítica do grupo, pois promove a consciência crítica das causas, dos problemas e das ações necessárias para a melhoria das condições de vida. Na busca de melhorias das condições de saúde da comunidade, deve-se procurar entendimento entre os conhecimentos técnicos dos profissionais de saúde com o conhecimento cultural da população (KAWAMOTO, 1995).

O trabalho desenvolvido pelo enfermeiro deve servir para facilitar, promover e oportunizar melhores condições de saúde e qualidade de vida à comunidade, em especial, a jovens usuários de álcool. Pelo conhecimento e definição de estratégias de ação coerentes com a realidade da comunidade, os enfermeiros devem conseguir proporcionar o alcance de um grau maior de maturidade à população jovem, facilitando a participação no processo decisório, com interação harmoniosa, produtiva e satisfatória (CUNHA, 1991).



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram entrevistados 112 jovens, classificados em três grupos: trauma com consumo, para aqueles cujo trauma foi associado diretamente ao consumo de bebida alcoólica na vida (19,7%); trauma sem consumo, referente aos que fazem uso de bebida alcoólica na vida, mas não relataram consumo nas seis horas anteriores ao trauma (58%); e trauma em abstinentes na vida, para os jovens que nunca fizeram uso de bebida alcoólica (22,3%).

A caracterização socioeconômica dos jovens apontou predomínio do sexo masculino em todas as faixas etária e em todos os grupos de padrão de consumo, sendo que os jovens abstinentes pertenciam, em sua maioria, à faixa etária de 10 a 14 anos. No entanto, a faixa etária predominante foi de 15 a 20 anos, representando 42,9% de todos os jovens investigados. O grau de instrução da maioria dos jovens era o ensino fundamental completo, renda mensal familiar entre 901 e 1500 reais, sem renda pessoal e com trabalho formal.

A ingestão de bebida alcoólica por jovens apresentou relação significativa para a ocorrência de trauma grave, aumentando em 50 vezes as chances de quadros clínicos com maior gravidade, sendo que os jovens do sexo masculino tinham 2 vezes mais chance de terem trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica em relação ao sexo feminino, sinalizando a maior exposição do homem.

Determinantes sociais e culturais referentes à questão de gênero, expõem o sexo masculino a maiores riscos para o trauma, como velocidade excessiva, manobras arriscadas, violência e consumo de álcool, porém, constatou-se que as mulheres podem estar expostas a situações traumáticas, embora não tenham ingerido bebida alcoólica, por estarem acompanhadas

de jovens do sexo masculino que fazem uso de álcool, e colocam a própria segurança e a dos acompanhantes em risco.

Os jovens com mais anos de escolaridade apresentaram mais chances de terem trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica. Os jovens na faixa etária de 10 a 14 anos (70,4%) possuem ensino fundamental incompleto. Logo, os jovens com mais anos de estudo possuíam mais idade, ficando mais expostos aos riscos do consumo de álcool.

Quanto ao padrão do consumo do álcool, faixas etárias menores determinaram menor consumo de bebida alcoólica, no entanto, jovens de 15 a 24 anos apontaram ingestão de 17 ou mais doses de álcool em um único dia, confirmando o beber em forma de *binge*. Esses dados são diferentes entre os grupos de padrão de consumo, nos quais os jovens do grupo de trauma com consumo informaram uso mais constante de bebida alcoólica e maior número de doses ao dia que os jovens de trauma sem consumo. Na faixa etária dos 10 aos 14 anos, 41,4% iniciou o consumo de bebida alcoólica, e na faixa etária dos 15 aos 20 anos, 70,1% iniciou o consumo regular de álcool.

A opinião sobre as políticas públicas relacionadas à bebida alcoólica foi analisada nos três grupos classificados no estudo. A maioria (50,9%) dos jovens considerou que os impostos deveriam ser aumentados, permanecendo a idade de 18 anos para a venda de bebida alcoólica (55,4%).

Quanto à redução dos impostos sobre as bebidas alcoólicas, os jovens do grupo de trauma com consumo foram os que mais manifestaram essa opinião (27,3%). A redução da idade de 18 anos para a venda e consumo de bebida alcoólica obteve maior manifestação favorável pelo grupo dos abstinentes na vida (16%). No que refere-se à comercialização da bebida alcoólica, a maioria (83%) dos jovens concordou que “é muito fácil para uma criança ou adolescente menor de 18 anos comprar bebida alcoólica em qualquer ponto de venda”.

Quando questionados sobre as campanhas, alertando para os riscos de ingerir bebida alcoólica e dirigir, a maioria (86,6%) dos jovens considera que elas deveriam ser aumentadas, porém, entre aqueles que optaram pela diminuição, o grupo dos jovens que tiveram trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica apresentou um percentual menor de respostas. O aumento dos programas de prevenção do uso do álcool em escolas foi referido pela maioria (90,2%), sendo a diminuição mais citada pelo grupo dos jovens que tiveram trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica. Quanto aos programas de tratamento, 90,2% dos jovens da presente pesquisa consideraram que deveriam ser aumentados.

A opinião dos jovens sobre as penalidades que deveriam ser tomadas quanto à direção automotiva e consumo de álcool, revelou que os jovens que tiveram trauma relacionado ao consumo de bebida foram os menos favoráveis à detenção e à suspensão da CNH. Cerca da metade dos jovens acredita na existência de penalização para o condutor alcoolizado. Experiências indesejadas referentes à bebida alcoólica foram pouco citadas pelos jovens.

Analisando a caracterização sociodemográfica e as respostas dos jovens sobre as políticas públicas relacionadas à bebida alcoólica, comportamento e experiências indesejadas em relação ao beber, e comportamentos preventivos para a diminuição dos riscos inerentes ao uso da bebida alcoólica, detectou-se alguns fatores que podem interferir na percepção de risco para o trauma nos jovens investigados:

- A idade de consumo regular de bebida alcoólica, que pode deixá-los mais expostos por estarem passando por profundas mudanças físicas e psíquicas, podendo ocasionar comportamentos socialmente indesejáveis.

- O hábito de beber em companhia de familiares, informado, principalmente, pelos jovens de 10 a 14 anos, e com amigos. O jovem tem forte influência para o consumo de bebidas alcoólicas pela ação direta da família ou pelos grupos de amigos, o que pode determinar a

maneira pela qual percebem o risco, podendo ignorar a probabilidade de ocorrência de agravo à saúde.

- Políticas de aumento de impostos sobre a bebida alcoólica não deveriam ser incentivadas na opinião dos jovens que tiveram trauma com consumo, demonstrando que esse grupo não tem interesse em reduzir o consumo, o que poderia reduzir os problemas decorrentes do abuso de álcool.

- A facilidade para a aquisição de bebida alcoólica e o descrédito quanto à vigilância dos motoristas que dirigem alcoolizados no trânsito foram apontadas pelos jovens de todos os grupos de consumo.

- Todos os jovens que consumiam bebida alcoólica, mas, principalmente, aqueles de trauma com consumo, apontaram que a capacidade de dirigir somente é afetada com um número de doses de bebida alcoólica elevado, que já dirigiram alcoolizados e que não existe problema em dirigir um veículo automotivo no início dos efeitos da bebida alcoólica.

- Embora todos concordem que a associação entre dirigir e beber oferece ameaça à segurança e à saúde e pegar carona com motorista alcoolizado oferece risco, vários jovens apontaram que já foram acompanhantes de motoristas alcoolizados, principalmente, os amigos. A exposição crescente ao risco de ser carona com motorista alcoolizado é proporcional ao comportamento apresentado pelos grupos dos jovens. Portanto, os jovens que tiveram trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica possuem um comportamento com mais chances para a ocorrência de trauma. Observa-se, também, a importância da família e companhias na prevenção ou influência para o uso de drogas.

- Apesar de todos os jovens do grupo do trauma com consumo estarem alcoolizados no momento da ocorrência, a maioria não atribuiu ao abuso do álcool o trauma que induziu a necessidade de procura de serviço de urgência. Portanto, o envolvimento em situações e

ocorrências relacionadas ao consumo de bebida alcoólica, não foi suficiente para promover a percepção do risco para o trauma relacionado ao consumo de álcool para esses jovens. O conhecimento sobre os riscos possui influência das experiências individuais e da construção coletiva, não sendo apenas o resultado da exposição.

Diante do exposto, conclui-se que a percepção de risco consiste na capacidade de os indivíduos conhecerem e administrarem os perigos a que estão expostos. A percepção de risco para o trauma em jovens usuários de álcool deixa-os vulneráveis a envolverem-se em situações que possam gerar trauma. Deve-se traçar estratégias e metas com vistas a estimular a percepção de risco para o trauma, principalmente, quando o mesmo é relacionado ao consumo de bebida alcoólica. A disseminação do conceito de comportamento seguro deve ser um dos pilares de quem trabalha com jovem, que deve incentivá-los a identificar e controlar os riscos, dando condições para que o jovem possa analisar e controlar os perigos que os envolvem.

Portanto, para prevenir a ocorrência de trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica, diminuir a gravidade, a ocupação de leitos hospitalares e os índices de anos perdidos e incapacitados, principalmente, na população jovem, deve-se salientar a importância de que os jovens saibam, conheçam e controlem aquilo que pode causar-lhes algum problema, para que possam viver a sua juventude de forma segura e sem prejuízo à saúde.

O conhecimento prévio dos riscos e como são percebidos torna-se fundamental para o sucesso das ações que visem a prevenção e o controle de problemas relacionados ao consumo de bebida alcoólica. Para que ocorram mudanças na percepção e no comportamento, o enfermeiro deve estar instrumentalizado para compreender emoções, sentimentos, valores e atitudes relacionadas ao aumento do consumo de álcool e o risco para o trauma. Além da capacitação técnica e do conhecimento, deve estar comprometido com a comunidade, valorizando e

estimulando a participação dos jovens, permitindo aos mesmos desenvolverem habilidades e capacidades para exercerem maior controle sobre suas vidas e sobre sua saúde.

Propostas preventivas abrangentes quanto ao uso de álcool e drogas devem ser direcionadas à comunidade, família e juventude, visando reduzir o risco de morbi-mortalidade e resgatar valores humanos e sociais. Tais propostas devem propor intervenções que levem em consideração a multiplicidade dos sujeitos, a pluralidade de relações, o contexto histórico e social da sociedade na qual os jovens encontram-se inseridos, com vistas a promover mudanças subjetivas e sociais referentes aos processos de promoção de saúde, doença e cuidado. Sugere-se estudos para aprofundar a temática e a implementação de políticas e estratégias preventivas principalmente no grupo populacional dos jovens.

## REFERÊNCIAS

- ACAUAN, L.; DONATO, M.; DOMINGOS, A.M. Alcoolismo: um novo desafio para o enfermeiro. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 566-70, set. 2008.
- ADURA, F.E et al. Alcoolemia e direção veicular. Projeto Diretrizes. São Bernardo do Campo, SP: Associação Brasileira de Psiquiatria, 20-21, nov./dez. 2008.
- ALAVASE, G.M.A.; CARVALHO, M.D.B. Álcool e adolescência: o perfil de consumidores de um município do norte do Paraná. *Esc Anna Nery Rev. Enferm.* Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 408-16, dez. 2006.
- ARNAUTS, I.; OLIVEIRA, M. L. F. Intoxicação alcoólica em crianças e adolescentes: dados de um centro de assistência toxicológica. *Esc Anna Nery Rev. Enferm.* No prelo, 2009.
- AVANCI, R.C. *O adolescente que tenta suicídio: estudo epidemiológico de uma unidade de emergência.* 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) -Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- BALLANI, T.S.L. *Juventude, drogas e internação hospitalar: ampliando o conceito de evento sentinela.* 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2006.
- BALLANI, T.S.L.; OLIVEIRA, M.L.F. Uso de Drogas de Abuso e Evento Sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. *Texto Contexto na Enfermagem.* Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 488-494, jul/set. 2007.
- BARROS, M.B.A. et al. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas: diferenças sociais e demográficas no Município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, 2003. *Epidemiol.Serv.Saúde.* Brasília, v. 17, n. 4, p. 259-270, out/dez 2008.
- BERNARDY, C. C. F. *Relações familiares e institucionalização de jovens usuários de drogas de abuso.* 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Estadual de Maringá, Paraná, 2007.
- BURCGNAYER, J.D. et al. A general causal model to guide alcohol, tobacco, and illicit drug prevention: assessing the research evidence. *J. Drug Educ,* v. 34, n. 2, p. 121-53, 2004
- BRASIL. Decreto nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. *Diário Oficial da União,* Ministério do Trabalho, Rio de Janeiro, RJ, 9 de agosto de 1943, 2p.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente Brasília: *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 de julho de 1990, Seção 1, p. 79.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Conselho Nacional de Saúde*, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 10 de outubro de 1996. 9p.

BRASIL. Conselho Nacional de Trânsito. Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997. Institui o Código de Trânsito Brasileiro. Presidência da República, *Subchefia para Assuntos Jurídicos*, Brasília, DF, 23 de setembro de 1997, 102p.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Presidência da República, Senado Federal, *Secretaria Especial de Editoração e Publicações*. Brasília, DF, 05 de outubro de 1998, 57p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição*. 1ª. ed. em português, ampl., Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. 144 p.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. *Atualização de Conhecimento sobre Redução de Demanda de Drogas – Curso à Distância – SENAD – 2004b*.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Álcool e trânsito*. Brasília: DF, 2008a. (Informe da Secretaria Nacional de Vigilância Epidemiológica).

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.705 de 19 de junho de 2008. Inibi o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 junho de 2008b. 4p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 6.488 de 19 de junho de 2008. Disciplina a margem de tolerância de álcool no sangue e a equivalência entre os distintos testes de alcoolemia para efeitos de crime de trânsito. *Diário Oficial da União* Brasília, DF, 20 de junho de 2008c. p. 3.

BRASIL. Departamento de Trânsito. *Nas estradas, uma guerra diária*. 06/01/2009. Disponível em: [http://www.linearclipping.com.br/detran/detalhe\\_noticia.asp?cd\\_sistema=1&codnot=598609](http://www.linearclipping.com.br/detran/detalhe_noticia.asp?cd_sistema=1&codnot=598609). Acesso em: 07/01/2009.

BRIDI, S. Violência no trânsito custa R\$ 28 bilhões por ano ao país. *Globo.com*, Rio de Janeiro, 10 jan. 2010.

CANOLETTI, B.; SOARES, C.B. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. *Interface* [online], 2005. Botucatu, v. 9, n. 16, p. 115-129, 2005.

CARDOSO, L.R.D.; MALBERGIER, A.; FIGUEIREDO, T.F.B. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. *Rev. Psiq. Clín.* São Paulo, v. 35, suplement. 1, p. 70-75, 2008.



CAVALCANTE, M.B.P.T.; ALVES, M.D.S.; BARROSO, M.G.T. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v. 12, n.3, p. 555-59, set. 2008.

CHUNG, T. et al. Alcohol use disorders identification test: factor structure in an adolescent emergency department sample. *Alcohol Clin Exp Res*. v. 26, n. 2, p. 223-31, feb, 2002.

COELHO, Â.E. L. Percepção de risco no contexto da seca: um estudo exploratório. *Psicol. Am. Lat.[online]*. México, n.10, p.0-0, jul. 2007. Disponível na World Wide Web: <[http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870350X2007000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870350X2007000200012&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1870-350X. Acesso: em: 10 out. 2008.

CRUZ, L.A.N. *Uso de álcool e julgamento sócio – moral de estudantes do ensino médio*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista. Faculdade de filosofia e Ciências, Marília. 2006.

CUNHA, D.C. Supervisão em enfermagem. In: KURCGANTE, P. (Coord.). *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU, 117-132, 1991.

DALLO, L. *Padrão de uso de álcool e outras drogas entre estudantes de Cascavel-PR*. 2009. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho, Marília, 2009, 106p.

DIAZ, E.S.; LUIS, M.A.V.; RASSOL, G.H. et al. Análise prospectiva do ensino de prevenção do uso de álcool e saúde reprodutiva nas faculdades/escolas de educação em Pima-Peru. 2003-2004. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 13, n. esp., p. 854-862, out. 2005.

DUAILIBI, Sérgio; LARANJEIRA, Ronaldo. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 839-848, 2007.

ESPINHEIRA G. Os tempos e os espaços das drogas. In: ALMEIRA A.R; FERREIRA O.S; MACRAE E.; Nery Filho A.; TAVARES L.A.; organizadores. *Drogas, tempos, lugares e olhares sobre o seu consumo*. Salvador: EDUFBA, Cetad/UFBA; 2004. p. 1-26.

FACUNDO, F.R.G. *Fatores de risco e o significado do consumo de drogas em adolescentes e jovens marginais em bandos juvenis*. Tese (doutorado), Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto, 2007.

FARIAS, F.L.R.; FUREGATO, A.R.F. O dito e o não dito pelos usuários de drogas, obtidos mediante as vivências e da técnica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.13, n.5, p. 700-707, set./out. 2005.

FARIAS, G.M. et al. Acidentes de trânsito decorrentes da influência do uso do álcool. *Inter Science Place – Revista Científica Internacional Indexada*. Ano 2, n. 9, set./out. 2009, 17p.

FISCHER, D.; GUIMARÃES, L.B.M. Percepção de Risco e Perigo: um estudo qualitativo. In: VI CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE ERGONOMIA. 1º SEMINÁRIO BRASILEIRO

DE ACESSIBILIDADE E INTEGRALIDADE E XII CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 2002, Recife: Anais, 2002, 6p.

FONSECA, M.G.U. et al. Elizabeth. Percepção de risco: maneiras de pensar e agir no manejo de agrotóxicos. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 39-50, jan./mar. 2007.

GALLASSI, A.D. et al. Custos dos problemas causados pelo consumo de álcool. *Rev. Psiq. Clín.* São Paulo, v. 35, supl. 1, p. 25-30, 2008.

GIL, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/19052004pof2002html.shtm>. Comunicação Social, 19 de maio de 2004

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estimativa da população para 1º de julho de 2009*. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009\\_DOU.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf). Acesso em agosto de 2009.

IRIART, J.A.B. et al. Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil, *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v 13, n 1, p. 165-174, jan/fev 2008

JONES-WEBB, R, et al. Why and in what context adolescents obtain alcohol from adults: a pilot study. *Subst Use Misuse*. v. 32, n. 2, p. 219-28, 1997.

KAWAMOTO, E.E. Educação em Saúde. In: KAWAMOTO, E.E. (Coord.) e cols. *Enfermagem comunitária*. São Paulo: EPU, 29-33, 1995).

LARANJEIRA, R. et al. Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. *I Levantamento Nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeiras et al; Revisão técnica Científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. 1ª ed. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, ago. 2007, 76p.

LEITE, M. C. *Conversando sobre cocaína e crack*. Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 1ª Ed., Brasília: 1999.

LIEBER, RR, ROMANO-LIEBER, NS. O conceito de risco: Janus reinventado. In: Minayo MCS, Miranda AC, organizadores. *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 69-111

LUIZ, M.A.V.; LUNETTA, A.C. Álcool e outras drogas: levantamento preliminar sobre a pesquisa produzida no Brasil pela enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.13, n. esp 2, nov./dez.2005.

MARÇAL, C.L.A.; ASSIS, F.; LOPES, G.T. El uso de bebidas alcoholicas por estudantes de enfermería de la Universidad del estado de Rio de Janeiro (FENF/UERJ). *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*, (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, ago.2005,

MARQUES, A.C.P.R.; RIBEIRO, M. *Abuso e dependência do álcool. Usuários de substancias psicoativas: abordagem, diagnostico e tratamento*. Projeto Diretrizes. São Bernardo do Campo, SP: Associação Brasileira de Psiquiatria, 29-47, ago. 2002.

MARQUES, A.C.P.R.; RIBEIRO, M. *Abordagem geral do usuário de substância com potencial de abuso*, Projeto Diretrizes. São Bernardo do Campo, SP: Associação Brasileira de Psiquiatria, fev. 2008, 18p.

MARTINS, R. A. *Uso de álcool, intervenção breve e julgamento sócio-moral em adolescentes que bebem excessivamente*. Tese (Livre-Docência em Psicologia da Educação) – Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas – Universidade Estadual Paulista. 2006, 211f.

MARTINS, R.A. et al. Padrón de consumo de alcohol entre estudantes de la enseña media en una ciudad del estado de São Paulo. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. (Ed. port.), v. 4, n. 1, 16 p. fev. 2008.

MATTOS JÚNIOR, A.C. et al. *Prevenção e ação no trauma*. 2001. Liga de Trauma e Cirurgia de Emergência (Diretório Acadêmico Nylceo Marques de Castro), Faculdade de Medicina. São Paulo: Fundação ABC, 2001.

MESQUITA, E.M.; NUNES, A.J.; COHEN, C. Avaliação das atitudes dos estudantes de medicina frente ao abuso de drogas por colegas do meio acadêmico. *Rev. Psiq. Clín*, São Paulo, v. 35, supl. 1, p. 8-12, 2008.

NAVARRO, M.B.M A.; CARDOSO, T.A.O. *Percepção de risco e cognição: reflexão sobre a sociedade de risco*. Ciências & Cognição, Rio de Janeiro, ano 2, v. 6, p. 67-72, nov/2005.

NERY, M.H.S.; VANZIN, A.S. *Saúde pública: fundamentos para o exercício do enfermeiro na comunidade*. 2. ed. Porto Alegre: Sagra DC Luzzatto, 1998.

NUGENT R. Quiénes son los jóvenes. In: ASHFORD, Lori; CLIFTON, Donna; KANEDA, Toshico. *La juventud mundial*. Washington (DC/USA): Population Reference Bureau, 2006.

OLIVEIRA, T.M.V. Amostragem não probabilística: adequações de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento ou quotas. *Administração On Line: prática, pesquisa e ensino*. São Paulo: Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado – FECAP, v. 2, n.3, jul./ago./set. 2001.

OLIVEIRA, M. L. F. Vulnerabilidade e cuidado na utilização de agrotóxicos por agricultores familiares. *Tese (Doutorado)* – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: [s.n.], 2004.

OLIVEIRA, P.A. *Desemprego Estrutural*. Faculdade Marechal Rondon. Disponível em: [http://www.fmr.edu.br/publicacoes/pub\\_08.pdf](http://www.fmr.edu.br/publicacoes/pub_08.pdf). Acesso: jan. 2010.

- PAIM, J.S.; FILHO, N.A. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000, 125 p.
- PARRY, C.D.H.; et al. Trends in adolescent alcohol and other drug use: findings from three sentinel sites in South Africa (1997-2001). *Journal of Adolescence*. London, v. 27, n. 4, p. 429-440, aug 2004.
- PARANÁ. *Plano Diretor de Regionalização: hierarquização e regionalização da assistência à saúde*. Secretaria Estadual de Saúde, 2009, p. 141.
- PEIXOTO, R.B. Os jovens na interface da violência e das drogas: homicídios e acidentes de trânsito em Londrina. *Serviço Social em Revista*. Londrina, v.7, n.1, jul./dez. 2004.
- PELUSO, E.T.P.; BLAY, S.L. Public perception of alcohol dependence. *Rev Bras Psiquiatr*, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 19-24. mar, 2008.
- PENA, D.A. et al. Crenças manifestadas pelos estudantes de enfermagem acerca do uso/abuso de álcool. *Enfermagem atual*. Rio de Janeiro, v. 43, p. 14-18, 2008.
- PRATTA, E.M.M.; SANTOS, M.A. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 3, n. 1, p. 315-322, set/dez. 2006.
- REBOLLEDO, N.O.; COSTA, M.C.S. Significados y contradicciones del fenómeno de las drogas: drogas lícitas e ilícitas en Chile *Rev Latino-am Enfermagem*. Chile, v. 13, n. spe., p. 903-911, sep/oct, 2005.
- REZENDE, F. Políticas de Juventud em América Latina: Evaluación Y Diseño. *Jóvenes, formación y empleo* Organización Internacional del Trabajo. Montevideo/Uruguay, 2005. Disponível em: <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro 60/index.htm>> Acesso em: 06 de julho de 2008.
- RIBEIRO, C.R.O. Ética e Pesquisa em álcool e drogas: uma abordagem bioética. SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, 11p., fev. 2005.
- RICHARDSON, R.J. et al. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 3ª ed., 1999.
- ROSA, M.S.G., TAVARES, C.M.M. Produção Científica de Enfermagem sobre Álcool e Drogas. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. v. 12, n. 3, p. 549-54, set. 2008.
- RUIZ, M.R.; ANDRADE, D. A família e os fatores de risco associados ao consumo de álcool e tabaco em crianças e adolescentes (Guayaquil-Ecuador). *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.13, n. esp, out.2005.
- SANT`ANA, A.M. A propósito da medicina de família. *Revista Brasileira da Medicina de Família e Comunidade*. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. V.1, n.1, p. 24-28, abril/2004.

- SCALI, D.F.; RONZANI, T. M. Estudo das expectativas e crenças pessoais acerca do uso de álcool. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*. Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, fev. 2007.
- SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. de S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 10, n. 3, p.707-717, jul./set. 2005.
- SCHWARTZMAN, S.; COSSIO, M. B. Juventude, educação e emprego no Brasil. *Cad. Adenauer: Geração Futuro*, v. 7, p. 51-65, 2007.
- SINDELAR, H.A.; BARNETT, N.P.; SPIRITO, A. Adolescent alcohol use and injury. A summary and critical review of the literature. *Minerva pediátrica*. V. 56, n. 3, p. 291-309, 2004 Jun. Disponível em: <http://www.minervamedica.it/en/journals/minerva-pediatria/index.php>. Acesso: julho de 2009.
- SILVA, D.G.V. et al. Grupo como possibilidade para desenvolver educação em saúde. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, v. 12, n.1, p. 97-103, jan/mar, 2003.
- SILVEIRA, C.M. et al. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo, v. 35, sup. 1, 2008.
- SLOVIC, P. Trust, emotion, sex, politics, and science: Surveying the risk assessment battlefield. *Risk Analysis*, v. 19, n. 4, p. 689-701, 1999.
- SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. *Enfermagem Médico-Cirúrgica* 8ª ed., Rio de Janeiro: Granabara Koogan S.A., 2000.
- SOARES, D.F.P.P.; BARROS, M.B.A. Gravidade dos acidentes de transito ocorridos em Maringá. *Ciência, Cuidado e Saúde*. v. 5, suplemento, Maringá: UEM/DEM, 2006.
- SOARES, J.F.S. Percepção dos trabalhadores avulsos sobre os riscos ocupacionais no porto do Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.6, jun. 2008.
- STAMM, M. *Quebrando o silêncio no cuidado transdimensional a mulheres alcoolistas em família*. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Florianópolis, 2005.
- STAMM, M.; BRESSAN, L. Consumo de álcool entre estudantes do curso de enfermagem de um município do Oeste Catarinense. *Ver. Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v.6, n.3, jul./set. 2007.
- TELLES, G. Globo/Jornal Hoje. *Lei tira habilitação de quem for flagrado dirigindo bêbado*, 2008. Disponível em <<http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL611505-5598,00.html>> Acesso: 28/06/08.
- THIELEN, I.P.; HARTMANN, R.C.; SOARES, D.P. Percepção de risco e excesso de velocidade. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 131-139, jan. 2008.
- UNIOESTE. *Hospital Universitário de Oeste do Paraná*, 2008. Disponível em:

<<http://www.unioeste.br/huop>>. Acesso: 06 de julho de 2008.

ZANOTI-JERONYMO, D.V., CARVALHO, A.M.P. Alcoolismo parental e suas repercussões sobre crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas*. Ribeirão Preto, v.1, n.2, ago. 2005.

WAGNER, G.A.; ANDRADE, A.G. Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros. *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo, v. 35, sup. 1, 2008.

WENDBAUSEN, A.; SAUPE, R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. *Revista Texto Contexto Enfermagem* v. 12, n. 1, p. 17-25, jan/mar, 2003.

WESSELOVICZ, A.A.G.; et al. Fatores associados ao consumo de bebidas alcoólicas pelos adolescentes de uma Escola Pública da cidade de Maringá, Estado do Paraná. *Acta Sci. Health Sci. Maringá*, v. 30, n. 2, p. 161-166, 2008.

WHO. World Health Organization. Fifty-Eighth World Health Assembly. Provisional agenda item 13.14. 7 April 2005. Public health problems caused by harmful use of alcohol. Report by the Secretariat. Geneva; 2005. p. 1-4.

WHO, World Health Organization. *60ª Asamblea Mundial de la Salud*. Suíza: Ginebra, 14-23 de mayo de 2007

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1 – Roteiro de entrevista

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

<b>DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS</b>
---------------------------------

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Início:** \_\_\_\_ **Término:** \_\_\_\_  
**Iniciais:** \_\_\_\_\_ **N:** \_\_\_\_\_  
**Entrevistador** \_\_\_\_\_

**1. Sexo**

- Masculino  
 Feminino

**2. Qual a sua idade:** \_\_\_\_\_

- 10 a 14  
 15 a 20  
 21 a 24

**3. Instrução**

- Analfabeto  
 Ensino fundamental incompleto  
 Ensino fundamental completo  
 Ensino médio incompleto  
 Ensino médio completo  
 Ensino Superior incompleto  
 Ensino Superior completo ou mais

**4. Estado Civil**

- Solteiro(a)  
 Casado(a) / comp.(a)  
 Viúvo(a)  
 Desquitado(a) / Divorciado(a)  
 Separado(a)

**5. Você poderia me dizer qual é aproximadamente a renda mensal do seu domicílio, isto é, a soma da renda mensal de todos os membros do seu domicílio?**

- Até R\$ 300,00  
 De R\$ 301,00 até R\$ 600,00  
 De R\$ 601,00 até R\$ 900,00  
 De R\$ 901,00 até R\$ 1.500,00  
 De R\$ 1.501,00 até R\$ 3.000,00  
 De 3.001,00 até R\$ 6.000,00  
 De R\$ 6.001 até R\$ 9.000,00  
 Mais de R\$ 9.000,00  
 Não sei/ Não respondeu

**6. Você poderia me dizer qual é aproximadamente a sua renda mensal pessoal?**

- Até R\$ 300,00  
 De R\$ 301,00 até R\$ 600,00  
 De R\$ 601,00 até R\$ 900,00  
 De R\$ 901,00 até 1.500,00  
 De R\$ 1.501,00 até R\$ 3.000,00  
 De R\$ 3.001,00 até R\$ 6.000,00  
 De R\$ 6.001,00 até R\$ 9.000,00  
 Mais de R\$ 9.000,00  
 Não tem renda pessoal  
 Não sei/Não respondeu

**7. Atualmente o (a) Sr(a). Você trabalha com carteira assinada?**

- Sim  
 Não



**USO DE BEBIDA ALCÓOLICA E CONSEQUÊNCIAS**

**8. Com que frequência você geralmente bebe qualquer bebida alcoólica (incluindo cerveja, vinho, destilados, bebidas “ice” ou qualquer outra bebida)?**

A	Três ou mais vezes por dia		<b>( Bebedor atual)</b>
B	Duas vezes por dia		
C	Uma vez por dia		
D	Quase todos os dias		
E	Três ou quatro vezes por semana		
F	Uma ou duas vezes por semana		
G	Duas ou três vezes por mês		
H	Aproximadamente uma vez por mês		
I	Menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano		<b>(Ex – bebedor)</b>
J	Menos de uma vez por ano		
K	Nunca		<b>(Abstinentes na vida) 21</b>
L	Não sei/ Não respondeu		

**9. Quantas doses você já bebeu, no máximo, durante um dia?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 17 ou mais doses em único dia | <input type="checkbox"/> 3 doses                |
| <input type="checkbox"/> 12 a 16 doses em um único dia | <input type="checkbox"/> 2 doses                |
| <input type="checkbox"/> de 8 a 11 doses               | <input type="checkbox"/> 1 dose                 |
| <input type="checkbox"/> 5, 6 ou 7 doses               | <input type="checkbox"/> Não sei/ Não respondeu |
| <input type="checkbox"/> 4 doses                       |   |

**10. Qual ou quais bebidas consumiu?**

- |                                  |                                     |                                      |
|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> cerveja | <input type="checkbox"/> chope      | <input type="checkbox"/> ice         |
| <input type="checkbox"/> vinho   | <input type="checkbox"/> destilados | <input type="checkbox"/> outro _____ |

**11. Quantos anos você tinha quando começou a consumir bebidas alcoólicas? Não considere as vezes em que você experimentou apenas 1 ou 2 goles.**

\_\_\_\_\_ idade

- Não sabe/não lembra                       Não respondeu/recusa

**12. Quantos anos você tinha quando começou a consumir regularmente bebidas alcoólicas?**

\_\_\_\_\_ idade

- Não sabe/não lembra                       Não respondeu/recusa

**13. Pense na ocasião nos últimos doze meses aonde você mais bebeu. Onde você estava quando consumiu o maior número de doses?.**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bar/restaurante próximo a escola ou faculdade | <input type="checkbox"/> Hotel/Motel                                   | <input type="checkbox"/> Evento esportivo |
| <input type="checkbox"/> Bar/Balada                                    | <input type="checkbox"/> No trabalho                                   | <input type="checkbox"/> Festa            |
| <input type="checkbox"/> Casa de amigo                                 | <input type="checkbox"/> Parque público                                | <input type="checkbox"/> Fazendo compras  |
| <input type="checkbox"/> Casa de parentes                              | <input type="checkbox"/> Restaurante                                   | <input type="checkbox"/> Não sabe         |
| <input type="checkbox"/> Cinema  | <input type="checkbox"/> Shopping Center                               | <input type="checkbox"/> Recusa           |
| <input type="checkbox"/> Dirigindo                                     | <input type="checkbox"/> Sua casa                                      |   |
| <input type="checkbox"/> Esporte                                       | <input type="checkbox"/> Outro – Aonde? _____                          |   |
|  | <input type="checkbox"/> Nunca dirigiu depois de beber 3 ou mais doses |   |

**14. Com quem você estava quando consumiu o maior número de doses álcool na ocasião mais recente?**

- |   |   |                     |
|---|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Com um(a) paquera              | <input type="checkbox"/> Sozinho (a)    | (...) Com estranhos |
| <input type="checkbox"/> Com colegas de trabalho/escola | <input type="checkbox"/> Com familiares | (...) Não sabe      |
| <input type="checkbox"/> Com parceiro amoroso           | <input type="checkbox"/> Com amigos     | (...) NR/Recusa     |
| (...) Com outra pessoa(ESPECIFIQUE) _____               |   |                     |

**15. Quantas vezes você dirigiu depois de beber álcool nos últimos 12 meses?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Quase todas as vezes que bebi     | <input type="checkbox"/> Só uma vez                   |
| <input type="checkbox"/> Mais da metade das vezes que bebi | <input type="checkbox"/> Nunca aconteceu              |
| <input type="checkbox"/> Menos da metade das vezes         | <input type="checkbox"/> Nunca dirigi/Não tenho carta |
| <input type="checkbox"/> Algumas vezes                     | <input type="checkbox"/> Não sei                      |
| <input type="checkbox"/> 2 ou 3 vezes                      | <input type="checkbox"/> Recusa                       |

**16. Quantas doses de bebida alcoólica você pode beber até afetar sua capacidade de dirigir um veículo? Por afetar a capacidade queremos dizer que o seu dirigir deixa de ser seguro.**

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_ (N de doses)

**17. Pense na ocasião mais recente em que dirigiu logo após beber 3 ou mais doses. Aonde você havia bebido naquela ocasião?**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bar/restaurante próximo a escola ou faculdade | <input type="checkbox"/> Hotel/Motel                                   | <input type="checkbox"/> Evento esportivo |
| <input type="checkbox"/> Bar/Balada                                    | <input type="checkbox"/> No trabalho                                   | <input type="checkbox"/> Festa            |
| <input type="checkbox"/> Casa de amigo                                 | <input type="checkbox"/> Parque público                                | <input type="checkbox"/> Fazendo compras  |
| <input type="checkbox"/> Casa de parentes                              | <input type="checkbox"/> Restaurante                                   | <input type="checkbox"/> Não sabe         |
| <input type="checkbox"/> Cinema  | <input type="checkbox"/> Shopping Center                               | <input type="checkbox"/> Recusa           |
| <input type="checkbox"/> Dirigindo                                     | <input type="checkbox"/> Sua casa                                      |   |
| <input type="checkbox"/> Esporte                                       | <input type="checkbox"/> Outro – Aonde? _____                          |   |
|  | <input type="checkbox"/> Nunca dirigiu depois de beber 3 ou mais doses |   |

**18. Agora pensando na sua vida toda, houve algum período quando você achou que o seu beber tinha um efeito prejudicial sobre sua vida/saúde?** \_\_\_\_\_

**19. Aqui constam algumas experiências que muitas pessoas com relação a beber. A cada item lido, diga se isto já aconteceu com você.**

	Sim	Não	Não sabe
1. Nos últimos 12 meses, houve uma época em que beber ou estar de ressaca interferiu em atividades importantes como participar de esportes, ir à escola ou trabalho ou se alimentar?			
2. Nos últimos 12 meses, beber frequentemente causou problemas entre você e um membro da família ou amigo?			
3. Nos últimos 12 meses você esteve sob a influência do álcool em situações em que você poderia se ferir, como andar de bicicleta, dirigir, operar uma máquina ou outra situação?			
4. Nos últimos 12 meses, você se feriu devido a uma queda, corte, tornozelo torcido, osso quebrado ou algo mais sério após beber?			
5. Nos últimos 12 meses, você frequentemente se envolveu em brigas físicas ao beber?			
6. Nos últimos 12 meses, você foi preso por perturbar a paz ou dirigir sob a influência do álcool?			
7. Houve alguma situação nos últimos 12 meses em que sentiu que teve que beber muito mais do que costumava para obter o efeito que desejava?			
8. Nos últimos 12 meses, houve alguma situação em que você sentiu um desejo tão forte ou necessidade de beber que você não pode deixar de beber?			
9. Nos últimos 12 meses, houve alguma situação em que você sentiu que gastou muito tempo bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool?			

**20 Nas 6 horas anteriores a seu mais recente ferimento, você ingeriu qualquer bebida alcoólica – mesmo que apenas uma dose?**

(...) Sim

(...) Não

(...)Não sabe

**APOIO A POLITICAS PUBLICAS**

**21. Existem várias medidas que o governo pode criar para diminuir problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas. As perguntas seguintes referem-se à sua opinião e experiência em relação a algumas dessas medidas.**

	Aumentada	Reduzida	Permanecer na mesma	Não sabe	Recusa
1. Você acha que os impostos sobre as bebidas alcoólicas deveriam ser aumentados, reduzidos, ou permanecerem os mesmos?					
2. Você acha que a idade mínima legal para venda de bebidas alcoólicas – 18 anos – deveria ser aumentada, reduzida, ou permanecer a mesma?					
3. Você acha que as campanhas publicitárias patrocinadas pelo Governo Federal (p.ex.as campanhas alertando para os riscos de beber e dirigir) deveriam ser aumentadas, reduzidas ou permanecerem as mesmas?					
4. Você acha que os programas de prevenção ao uso de álcool em escolas deveriam ser aumentados, reduzidos ou permanecerem os mesmos.?					
5. Você acha que os programas de tratamento para alcoolismo deveriam ser aumentados, reduzidos ou permanecerem os mesmos?					

**22. As questões seguintes são a respeito das atitudes em relação às bebidas alcoólicas.**

	Concordo	Nem Dis. Nem Com.	Discordo	Não sabe	Recusa
1. Beber e dirigir por parte de outras pessoas é uma ameaça a sua segurança pessoal e a segurança da sua família					
2. É muito fácil para uma criança ou adolescente menor de 18 anos de idade comprar bebida alcoólica em qualquer ponto de venda..					
3. Não tem problema dirigir quando se está apenas começando a sentir os efeitos da bebida alcoólica.					
4. Se uma pessoa dirige após beber muito é quase certo que um policial vai pará-la e prendê-la					
5. Pegar carona com motorista alcoolizado oferece risco.					

**23. Na sua opinião, uma pessoa pega no Brasil dirigindo depois de beber 3 doses ou mais:**

	Nunca	Em poucas situações	Em várias situações	Sempre	Não sabe	Recusa
1. Deveria ser presa						
2. Deveria ter a sua carteira de habilitação suspensa						
3. Deveria ter que pagar multas						

**24. Você já foi parado pela polícia quando dirigia?** \_\_\_\_\_

**25. Este incidente foi ligado ao seu uso de álcool?** \_\_\_\_\_

**26. Você já foi preso/a por dirigir após ter bebido?** \_\_\_\_\_

**27. Você já pegou carona com motorista que ingeriu 3 ou mais doses de álcool? Quem era o motorista?**  
\_\_\_\_\_

**28. No que você acredita que o fato de beber pode te prejudicar?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



### APÊNDICE 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: **Percepção do risco em jovens usuários de álcool vítimas de trauma**. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento não necessitando apresentar nenhuma justificativa, bastando para isso, informar sua decisão às pesquisadoras. O estudo tem como objetivo analisar a percepção do risco para o trauma em jovens usuários de álcool.

O seu anonimato será preservado. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário que será transcrito para que as pesquisadoras produzam o material científico em questão. Não existem riscos relacionados com sua participação. Os benefícios são os de melhorar o conhecimento científico e valorizar a importância das pesquisas científicas para o aprimoramento e o desenvolvimento acadêmico.

Qualquer dúvida relacionada com a pesquisa você poderá obter informações junto a orientadora do projeto a. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Magda Lúcia Félix de Oliveira, pelo fone (44) 3261-4494, ou no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – Bloco 10 – Sala 01 – Telefone (44) 3261-4444.

Considerando os dados acima descritos e por ser verdade, **CONFIRMO** estar sendo informado por escrito e verbalmente dos objetivos deste estudo científico e em caso de divulgação **AUTORIZO** a publicação.

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE** em participar do mesmo.

Local: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

---

Pesquisadora

---

Entrevistado

Ivonete Arnauts. Telefone: (45) 9977-4662

E-mail: [iarnauts@hotmail.com](mailto:iarnauts@hotmail.com)

Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - Universidade Estadual de Maringá  
– Sala 01 – Bloco 10 – telefone: (44) 3261-4444. e-mail: [copep@uem.br](mailto:copep@uem.br)

## **ANEXOS**



## **ANEXO 1 – Escala de Coma de Glasgow**

## ESCALA DE COMA DE GLASGOW

	1	2	3	4	5	6
<b>Olhos</b>	Não abre os olhos	Abre os olhos em resposta a estímulo de dor	Abre os olhos em resposta a um chamado	Abre os olhos espontaneamente	N/A	N/A
<b>Verbal</b>	Emudecido	Emite sons incompreensíveis	Pronuncia palavras inapropriadas	Confuso, desorientado	Orientado, conversa normalmente	N/A
<b>Motor</b>	Não se movimenta	Extensão a estímulos dolorosos	Flexão anormal a estímulos dolorosos	Flexão / Reflexo de retirada a estímulos dolorosos	Localiza estímulos dolorosos	Obedece a comandos

Fonte: TEASDALE; JENNETT; 1974

*Abertura ocular (AO) - existem quatro níveis:*

4. Olhos se abrem espontaneamente.
3. Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida; se assim for, marque 4, se não, 3.)
2. Olhos se abrem por estímulo doloroso.
1. Olhos não se abrem.

*Melhor resposta verbal (MRV) - existem 5 níveis:*

5. Orientado. (O paciente responde coerentemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome e idade, onde está e porquê, a data etc.)
4. Confuso. (O paciente responde às perguntas coerentemente mas há alguma desorientação e confusão.)
3. Palavras inapropriadas. (Fala aleatória, mas sem troca conversacional).
2. Sons ininteligíveis. (Gemendo, sem articular palavras.)
1. Ausente.

*Melhor resposta motora (MRM) - existem 6 níveis:*

6. Obedece ordens verbais. (O paciente faz coisas simples quando lhe é ordenado.)
5. Localiza estímulo doloroso.
4. Retirada inespecífica à dor.
3. Padrão flexor à dor ([decorticação](#)).
2. Padrão extensor à dor ([descerebração](#)).
1. Sem resposta motora.

### **Interpretação**

- Pontuação total: de 3 a 15
  - 3 = Coma profundo (85% de probabilidade de morte; estado vegetativo);
  - 4 = Coma profundo;
  - 7 = Coma intermediário;
  - 11 = Coma superficial;
  - 15 = Normalidade
- Classificação do Trauma cranioencefálico (ATLS, 2005)
  - 3-8 = grave (necessidade de intubação imediata)
  - 9-13 = moderado
  - 14-15 = leve

## **ANEXO 2 – Questionário Hablas**

Ipsos Opinion  
JOB - 040-05Projeto  
Padrões de consumo  
de álcool

Questionário Nº.....: \_\_\_\_\_ (#)

Data da Entrevista ..: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (#)

Estado: (#) _____ :	Cidade: (#) _____ :
Setor: (#) _____	Pto. Amostral (#) _____

Hora de início : _____ : _____ (#)	Hora de término : _____ : _____ (#)
------------------------------------	-------------------------------------

Entrevistador:		RG: _____ (#)			
Crítica:		RG: _____ (#)			
Checkagem:	(#)	1 - Sim	Data: _____ / _____ / _____	Visto	RG: _____ (#)
		2 - Não			

(APRESENTAÇÃO:) Bom dia / Boa tarde / Boa noite. Meu nome é... (DIGA NOME). Eu sou entrevistador(a) da Ipsos, uma empresa especializada em pesquisa. Nós estamos realizando um estudo para a UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO sobre a saúde da população brasileira e sua casa foi sorteada através de um sistema totalmente aleatório para participar da pesquisa.

Os resultados deste estudo ajudarão os professores e pesquisadores da Universidade a entender melhor algumas doenças e a reduzir os problemas associados a elas. Todas as respostas dadas a este estudo são totalmente confidenciais, ou seja, ninguém terá acesso ao que cada pessoa respondeu. Os dados serão analisados apenas pelo total das respostas em grandes grupos, por exemplo: o que os homens acham, o que as mulheres do nordeste acham e assim por diante e o nome de cada entrevistado nunca será revelado.

Para começar gostaria de fazer algumas perguntas sobre as pessoas que moram em sua casa.

D1. Por favor, me diga apenas o primeiro nome das pessoas que moram com o(a) Sr(a). nesta casa, começando pelo mais velho até o mais jovem.

Agora eu gostaria de algumas informações, para efeito de classificação, sobre cada um dos moradores. (LEIA O NOME DE CADA MORADOR E PERGUNTE DE A ATÉ E)

D2. (SE O ENTREVISTADO NÃO É O CHEFE DA FAMÍLIA PERGUNTE) Quem é o(a) principal responsável por este domicílio?

Dz) Chefe da Família	D1) Moradores	A-Sexo			B-Parentesco	C-Idade 999. Ns/Nr	D-Curso mais elevado que frequentou	E-Dia e Mês de aniversário	Anotar o sorteado
		1. Masc.	2. Fem.	3. NR					
1		1	2	9	_____	_____	_____	_____	1
2		1	2	9	_____	_____	_____	_____	2
3		1	2	9	_____	_____	_____	_____	3
4		1	2	9	_____	_____	_____	_____	4
5		1	2	9	_____	_____	_____	_____	5
6		1	2	9	_____	_____	_____	_____	6
7		1	2	9	_____	_____	_____	_____	7
8		1	2	9	_____	_____	_____	_____	8
9		1	2	9	_____	_____	_____	_____	9
10		1	2	9	_____	_____	_____	_____	10

(ENTREVISTADOR: CONSIDERAR OS MORADORES COM 14 ANOS COMPLETOS OU MAIS E SORTEAR O QUE FEZ ANIVERSÁRIO MAIS RECENTEMENTE.

SE A PESSOA SORTEADA FOR A QUE ATENDEU A PORTE INFORME O TEMPO APROXIMADO DE DURAÇÃO E INICIE A ENTREVISTA.

SE A PESSOA SORTEADA NÃO FOR A QUE ATENDEU A PORTA PEDIR PARA CHAMÁ-LA, REPETIR A APRESENTAÇÃO, INFORMAR A DURAÇÃO E INICIAR A ENTREVISTA.

SE A PESSOA SORTEADA NÃO ESTIVER PRESENTE PERGUNTAR QUANDO ESTARÁ DISPONÍVEL E AGENDAR. QUANDO DA REALIZAÇÃO ENTREVISTA REPETIR A APRESENTAÇÃO INFORMAR O TEMPO APROXIMADO DE DURAÇÃO ANTES DE INICIAR A ENTREVISTA)

A1. Sexo (anotar sem perguntar)		A2. Qual a sua idade: (#) _____				A3. Instrução (#)				A4. Estado Civil (#)	
1 Masculino		1 14 a 19	5 50 a 59	1 Analfabeto/ Primário incomp.	6 Colégio incomp.	2 Casado(a)/ comp.(a)			1 Solteiro(a)		
2 Feminino		2 20 a 29	6 60 a 69	2 Primário completo	6 Colégio completo.	3 Viuvo(a)			2 Casado(a)/ comp.(a)		
		3 30 a 39	7 70 a 79	3 Ginásio incomp.	7 Univers. Incomp	4 Desquitado(a) Divorciado(a)			3 Viuvo(a)		
		4 40 a 49	8 80 ou mais	4 Ginásio compl	8 Universitário Completo ou +	5 Separado(a)			4 Desquitado(a) Divorciado(a)		

PEE. Atualmente você está estudando? 1 - Sim 2 - Não

PE1. O(A) Sr(a) poderia me dizer se trabalha, mesmo que não tenha carteira assinada, ou mesmo que o pagamento não seja em dinheiro? (SE SIM, CIRCULE CÓDIGO 1 ABAIXO)

PE2. (SE NÃO) Mas o(a) Sr(a) por acaso trabalha, mesmo sem receber pagamento, pelo menos 15 hora por semana, em alguma instituição religiosa, beneficente, de cooperativismo, ou então como aprendiz, ou mesmo ajudando em algum negócio da sua família? (SE SIM, CIRCULE CÓDIGO 2 ABAIXO)

PE3. (SE NÃO) E o(a) Sr(a) chegou a trabalhar em algum momento durante a última semana, ou chegou a tomar alguma providência para conseguir trabalho na última semana? (SE SIM, CIRCULE CÓDIGO 3 ABAIXO)

PE4. (SE NÃO, LEIA OS ITENS A SEGUIR QUE SE APLIQUEM) E o(a) Sr(a) é... [desempregado(a) / dona de casa / aposentado(a) / estudante] ou o quê? (CIRCULE CÓDIGO ABAIXO, DE 4 A 7, CONFORME A RESPOSTA)

PE5. Qual foi seu trabalho mais recente?

		4	Desempregado(a)	(NÃO PEA)
1	Trabalha, mesmo sem carteira assinada (PEA)	5	Dona de casa que não trabalha	(NÃO PEA)
2	Trabalha como aprendiz, ajudante, etc. (PEA)	6	Aposentado(a) / no seguro	(NÃO PEA)
3	Trabalhou ou tentou na última semana (PEA)	7	Estudante que não trabalha	(NÃO PEA)

A5. Qual seu trabalho atual/mais recente?

---

A6A. Você poderia me dizer qual é aproximadamente a renda mensal do seu domicílio, isto é, a soma da renda mensal de todos os membros do seu domicílio? (SE NÃO RESPONDER ESPONTANEAMENTE APRESENTE O CARTÃO DE RENDA)

(#)	Anote o valor: (#)       .           , 00
1	Até R\$ 300,00
2	De R\$ 301,00 até R\$ 600,00
3	De R\$ 601,00 até R\$ 900,00
4	De R\$ 901,00 até R\$ 1.500,00
5	De R\$ 1.501,00 até R\$ 3.000,00
6	De R\$ 3.001,00 até R\$ 6.000,00
7	De R\$ 6.001,00 até R\$ 9.000,00
8	Mais de R\$ 9.000,00
10	Não sei/Não respondeu

A6B. Você poderia me dizer qual é aproximadamente a sua renda mensal pessoal? (SE NÃO RESPONDER ESPONTANEAMENTE APRESENTE O CARTÃO DE RENDA)

(#)	Anote o valor: (#)       .           , 00
1	Até R\$ 300,00
2	De R\$ 301,00 até R\$ 600,00
3	De R\$ 601,00 até R\$ 900,00
4	De R\$ 901,00 até R\$ 1.500,00
5	De R\$ 1.501,00 até R\$ 3.000,00
6	De R\$ 3.001,00 até R\$ 6.000,00
7	De R\$ 6.001,00 até R\$ 9.000,00
8	Mais de R\$ 9.000,00
9	Não tem renda pessoal
10	Não sei/Não respondeu

**A7.** Atualmente o(a) Sr(a),/você trabalha com carteira assinada? (RU – ESTIMULADA)

Sim	1
Não	2

**A8.** Você possui carteira de habilitação válida? (RU – ESTIMULADA)

Sim	1
Não	2

**A9.** Qual a cidade e o estado onde o(a) Sr(a). nasceu (SE ESTRANGEIRO ANOTAR O PAÍS E A CIDADE):

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: [\_\_][\_\_]

**A10.** Há quanto anos você vive aqui nessa cidade?

[\_\_][\_\_] anos - 99 Não lembra/Não sei - 99 - NR

**A11.** Você já viveu em outra(s) cidade(s) aqui ou fora do Brasil, diferente do seu local de nascimento? (SE SIM) Quais foram as cidades e quanto tempo o(a) Sr(a). viveu em cada uma delas (ENTREVISTADOR, PEÇA TAMBÉM PARA INFORMAR QUAL O ESTADO E PAÍS)

Sim	1	Em quantas cidades? [__][__] (ANOTAR E DETALHAR ABAIXO. SE MAIS DE 5 ANOTAR AS CINCO ÚLTIMAS – MAIS RECENTES)
Não	2	Pule para B1

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: [\_\_][\_\_] Tempo: [\_\_][\_\_] anos País: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: [\_\_][\_\_] Tempo: [\_\_][\_\_] anos País: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: [\_\_][\_\_] Tempo: [\_\_][\_\_] anos País: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: [\_\_][\_\_] Tempo: [\_\_][\_\_] anos País: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: [\_\_][\_\_] Tempo: [\_\_][\_\_] anos País: \_\_\_\_\_

**B. USO DE VINHO, CERVEJA, DESTILADOS OU QUALQUER BEBIDA ALCÓOLICA**

As próximas perguntas são sobre seu uso de diversos tipos de bebidas alcoólicas.

**(MOSTRE CARTÃO B1)**

**B1.** Com que frequência você geralmente bebe vinho? Apenas me diga a letra no cartão que melhor descreva a sua frequência habitual do consumo de vinho. **(ATENÇÃO ENTREVISTADOR: CASO O RESPONDENTE NÃO RESPONDA, PERGUNTE:)** Se você tivesse que pensar em uma média dos últimos doze meses, qual seria? **(RU – ESTIMULADA)**

A	Três ou mais vezes por dia	1
B	Duas vezes por dia	2
C	Uma vez por dia	3
D	Quase todos os dias	4
E	Três ou quatro vezes por semana	5
F	Uma ou duas vezes por semana	6
G	Duas ou três vezes por mês	7
H	Aproximadamente uma vez por mês	8
I	Menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano	9
J	Menos de uma vez por ano	10
K	Nunca	11
	Não sei	98
	Recusa	99

**(MOSTRE CARTÃO B1)**

**B2.** Com que frequência você geralmente bebe cerveja ou chope? Apenas me diga a letra no cartão que melhor descreva a sua frequência habitual. **(ATENÇÃO ENTREVISTADOR: CASO O RESPONDENTE NÃO RESPONDA, PERGUNTE:)** Se você tivesse que pensar em uma média dos últimos doze meses, qual seria? **(RU – ESTIMULADA)**

A	Três ou mais vezes por dia	1
B	Duas vezes por dia	2
C	Uma vez por dia	3
D	Quase todos os dias	4
E	Três ou quatro vezes por semana	5
F	Uma ou duas vezes por semana	6
G	Duas ou três vezes por mês	7
H	Aproximadamente uma vez por mês	8
I	Menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano	9
J	Menos de uma vez por ano	10
K	Nunca	11
	Não sei	98
	Recusa	99



**(MOSTRE CARTÃO B1)**

- B3.** Com que frequência você geralmente bebe **bebidas "ice"** (destilados misturados com refrigerantes ou sucos industrializados, como por exemplo Smirnoff Ice ou Johnnie Walker One)? Apenas me diga a letra no cartão que melhor descreva a sua frequência habitual. **(ATENÇÃO ENTREVISTADOR: CASO O RESPONDENTE NÃO RESPONDA, PERGUNTE:)** Se você tivesse que pensar em uma média dos últimos doze meses, qual seria? **(RU – ESTIMULADA)**

A	Três ou mais vezes por dia	1
B	Duas vezes por dia	2
C	Uma vez por dia	3
D	Quase todos os dias	4
E	Três ou quatro vezes por semana	5
F	Uma ou duas vezes por semana	6
G	Duas ou três vezes por mês	7
H	Aproximadamente uma vez por mês	8
I	Menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano	9
J	Menos de uma vez por ano	10
K	Nunca	11
	Não sei	98
	Recusa	99

**(MOSTRE CARTÃO B1)**

- B4.** Com que frequência você geralmente bebe **cachaça, vodca, uísque, conhaque, rum** ou outros **destilados**? Apenas me diga a letra no cartão que melhor descreva a sua frequência habitual. **(ATENÇÃO ENTREVISTADOR: CASO O RESPONDENTE NÃO RESPONDA, PERGUNTE:)** Se você tivesse que pensar em uma média dos últimos doze meses, qual seria? **(RU – ESTIMULADA)**

A	Três ou mais vezes por dia	1
B	Duas vezes por dia	2
C	Uma vez por dia	3
D	Quase todos os dias	4
E	Três ou quatro vezes por semana	5
F	Uma ou duas vezes por semana	6
G	Duas ou três vezes por mês	7
H	Aproximadamente uma vez por mês	8
I	Menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano	9
J	Menos de uma vez por ano	10
K	Nunca	11
	Não sei	98
	Recusa	99

**(MOSTRE CARTÃO B1)**

**B5.** Com que frequência você geralmente bebe qualquer bebida alcoólica (incluindo cerveja, vinho, destilados, bebidas "ice" ou qualquer outra bebida)? Apenas me diga a letra no cartão que melhor descreva a sua frequência habitual. **(ATENÇÃO ENTREVISTADOR: CASO O RESPONDENTE NÃO RESPONDA, PERGUNTE:)** Se você tivesse que pensar em uma média dos últimos doze meses, qual seria? (RU – ESTIMULADA)

<b>(Bebedor atual)</b>	A. Três ou mais vezes por dia	1
	B. Duas vezes por dia	2
	C. Uma vez por dia	3
	D. Quase todos os dias	4
	E. Três ou quatro vezes por semana	5
	F. Uma ou duas vezes por semana	6
	G. Duas ou três vezes por mês	7
	H. Aproximadamente uma vez por mês	8
	I. Menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano	9
<b>(Ex-bebedor)</b>	J. Menos de uma vez por ano	10
<b>(Abstinente na vida)</b>	K. Nunca	11
	Não sei	98
	Recusa	99

**(PEGUE DE VOLTA O CARTÃO B1)**

ENTREVISTADOR: CHECAR PULOS

CÓDIGO 11 EM B5 (NUNCA BEBEU) → PULE PARA B30

CÓDIGO 10 EM B5 (BEBE MENOS DE UMA VEZ POR ANO) → PULE PARA B27

CÓDIGOS 1-9 EM B5 (TODAS AS OUTRAS ALTERNATIVAS) → CONTINUE

**(MOSTRE CARTÃO B6)**

As próximas questões perguntam sobre quanto vinho, cerveja, destilado e bebida ice você já bebeu. Quando dizemos uma dose, nos referimos a uma lata de 350 ml de cerveja, um copo de 90 ml de vinho, um copo de 30ml de destilados ou 1 lata ou garrafa de bebida ice.

**B6.** Pense em todas as bebidas alcoólicas combinadas, ou seja, qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilados de qualquer tipo. Durante os últimos doze meses, qual foi o maior número de doses que você bebeu em um único dia? Apenas me diga a letra no cartão. Foi: (RU – ESTIMULADA)

A.	17 ou mais doses em um único dia	1	<b>(VÁ PARA B7a)</b>
B.	12 a 16 doses em um único dia	2	
C.	De 8 a 11 doses	3	<b>(PULE PARA B7b)</b>
D.	5, 6 ou 7 doses	4	<b>(PULE PARA B7c)</b>
E.	4 doses	5	<b>(PULE PARA B7d)</b>
F.	3 doses	6	<b>(PULE PARA B7e)</b>
G.	2 doses	7	<b>(PULE PARA B7f)</b>
H.	1 dose	8	<b>(PULE PARA B7g)</b>
	<b>(NÃO ESTÁ NO CARTÃO)</b> Não sei	98	
	<b>(NÃO ESTÁ NO CARTÃO)</b> Recusa	99	

**PEGUE DE VOLTA O CARTÃO B6.**

Cerveja	Vinho garrafa	Vinho garrafão	Destilado	Bebidas Ice
1 garrafa = 2 doses	1 garrafa = 8 doses	1 garrafão = 36 doses	1 garrafa = 32 doses	1 garrafa de ice = 1 dose
1/2 garrafa = 1 dose	3/4 garrafa = 6 doses	3/4 garrafão = 27 doses	3/4 garrafa = 24 dose	1 lata de ice = 1 dose
1 lata cerveja = 1 dose	1/2 garrafa = 4 doses	1/2 garrafão = 18 doses	1/2 garrafa = 16 dose	
1 garr. long neck = 1 dose	1/4 garrafa = 2 doses	1/4 garrafão = 9 doses	1/4 garrafa = 8 dose	
Chope	1 taça (90ml) = 1 dose		1 copo (30 ml) = 1 dose	
1 copo = 1 dose				

**B7 (MOSTRE CARTÃO B7)**

- B7a. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **12 ou mais doses** de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia, ou seja, qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilado? Apenas diga-me a letra do cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi: **(RU – ESTIMULADA)**
- B7b. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu de **8 a 11 doses** de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia, ou seja, qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilado? Apenas diga-me a letra do cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi: **(RU – ESTIMULADA)**
- B7c. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **5, 6 ou 7 doses** de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia, ou seja, qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilado? Apenas diga-me a letra do cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi: **(RU – ESTIMULADA)**
- B7d. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **4 doses** de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia, ou seja, qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilado? Apenas diga-me a letra do cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi: **(RU – ESTIMULADA)**
- B7e. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **3 doses** de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia, ou seja, qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilado? Apenas diga-me a letra do cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi: **(RU – ESTIMULADA)**
- B7f. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **2 doses** de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia, ou seja, qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilado? Apenas diga-me a letra do cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi: **(RU – ESTIMULADA)**
- B7g. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **1 dose** de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia, ou seja, qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilado? Apenas diga-me a letra do cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi: **(RU – ESTIMULADA)**

**(ENTREVISTADOR, APLICAR A PERGUNTA PARA CADA QUANTIDADE DE DOSES. SE RESPONDER CÓD. 1 PARA UMA QUANTIDADE NÃO APLICAR AS DEMAIS QUANTIDADES E ANOTAR CÓD. 11 NAS RESTANTES)**

		B7a	B7b	B7c	B7d	B7e	B7f	B7g
		12+	8-11	5-7	4	3	2	1
		DOSES	DOSES	DOSES	DOSES	DOSES	DOSES	DOSE
A.	Todos os dias,	1	1	1	1	1	1	1
B.	5 a 6 vezes por semana,	2	2	2	2	2	2	2
C.	3 a 4 vezes por semana,	3	3	3	3	3	3	3
D.	1 ou 2 vezes por semana,	4	4	4	4	4	4	4
E.	2 ou 3 vezes por mês,	5	5	5	5	5	5	5
F.	1 vez por mês,	6	6	6	6	6	6	6
G.	7 a 11 vezes no último ano,	7	7	7	7	7	7	7
H.	3 a 6 vezes no último ano,	8	8	8	8	8	8	8
I.	2 vezes no último ano,	9	9	9	9	9	9	9
J.	1 vez no último ano	10	10	10	10	10	10	10
K	Nunca	11	11	11	11	11	11	11
	Não sei	98	98	98	98	98	98	98
	Recusa	99	99	99	99	99	99	99

**(SE NUNCA BEBEU CERVEJA (B1=11), PULAR PARA INSTRUÇÃO ACIMA DE B12)**

As próximas questões perguntam sobre a quantidade de vinho que você já bebeu. Quando dizemos uma dose de vinho nos referimos a um copo de vinho de 90 ml.

**(MOSTRAR CARTÃO B7X)**

**B7X.** Durante os últimos doze meses, qual foi a maior quantidade de vinho que você geralmente bebeu em um único dia? Diga-me a letra do cartão. (RU – ESTIMULADA)

A.	17 ou mais doses em um único dia	1	(VÁ PARA B8a)
B.	12 a 16 doses em um único dia	2	
C.	De 8 a 11 doses	3	(PULE PARA B8b)
D.	5, 6 ou 7 doses	4	(PULE PARA B8c)
E.	4 doses	5	(PULE PARA B8d)
F.	3 doses	6	(PULE PARA B8e)
G.	2 doses	7	(PULE PARA B8f)
H.	1 dose	8	(PULE PARA B8g)
	(NÃO ESTÁ NO CARTÃO) Não sei	98	
	(NÃO ESTÁ NO CARTÃO) Recusa	99	

**B8. (MOSTRAR CARTÃO B8)**

- B8a.** Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu 12 ou mais doses de vinho em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão (SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO). Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B8b.** Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu de 8 a 11 doses de vinho em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão (SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO). Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B8c.** Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu ao menos 5, 6 ou 7 doses de vinho em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão (SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO). Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B8d.** Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu 4 doses de vinho em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão (SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO). Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B8e.** Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu 3 doses de vinho em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão (SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO). Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B8f.** Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu 2 doses de vinho em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão (SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO). Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B8g.** Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu 1 dose de vinho em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão (SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO). Foi: (RU – ESTIMULADA)

(ENTREVISTADOR, APLICAR A PERGUNTA PARA CADA QUANTIDADE DE DOSES. SE RESPONDER CÓD. 1 PARA UMA QUANTIDADE NÃO APLICAR AS DEMAIS QUANTIDADES E ANOTAR CÓD. 11 NAS RESTANTES)

	B8 a.	B8 b.	B8 c.	B8 d.	B8 e.	B8 f.	B8 g.
	12+ DOSES	8-11 DOSES	5-7 DOSES	4 DOSES	3 DOSES	2 DOSES	1 DOSE
A.	1	1	1	1	1	1	1
B.	2	2	2	2	2	2	2
C.	3	3	3	3	3	3	3
D.	4	4	4	4	4	4	4
E.	5	5	5	5	5	5	5
F.	6	6	6	6	6	6	6
G.	7	7	7	7	7	7	7
H.	8	8	8	8	8	8	8
I.	9	9	9	9	9	9	9
J.	10	10	10	10	10	10	10
K.	11	11	11	11	11	11	11
	98	98	98	98	98	98	98
	99	99	99	99	99	99	99



**(SE NUNCA BEBEU CERVEJA (B2=11), PULAR PARA INSTRUÇÃO ACIMA DE B16)**

As próximas questões perguntam sobre a quantidade de cerveja ou chope que você já bebeu. Quando dizemos uma dose de cerveja nos referimos a uma lata de 350 ml de cerveja ou considere que uma garrafa corresponde a 2 doses ou garrafa "long neck" que corresponde a 1 dose ou 1 copo de chope que corresponde a 1 dose.

**(MOSTRAR CARTÃO B12)**

**B12.** Durante os últimos doze meses, qual foi a maior quantidade de cerveja ou chope você geralmente bebeu em um único dia? Diga-me a letra do cartão. (RU – ESTIMULADA)

A.	17 ou mais doses em um único dia	1	(VÁ PARA B13a)
B.	12 a 16 doses em um único dia	2	
C.	De 8 a 11 doses	3	(PULE PARA B13b)
D.	5, 6 ou 7 doses	4	(PULE PARA B13c)
E.	4 doses	5	(PULE PARA B13d)
F.	3 doses	6	(PULE PARA B13e)
G.	2 doses	7	(PULE PARA B13f)
H.	1 dose	8	(PULE PARA B13g)
	(NÃO ESTÁ NO CARTÃO) Não sei	98	
	(NÃO ESTÁ NO CARTÃO) Recusa	99	

**B13 (MOSTRE CARTÃO B13)**

- B13a.** Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **12 doses** ou mais de cerveja ou chope em um único dia, ou seja, qualquer combinação de latas e copos de cerveja? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)**. Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B13b.** Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu de **8 a 11 doses** de cerveja ou chope em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)**. Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B13c.** Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **5, 6 ou 7 doses** de cerveja ou chope em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)**. Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B13d.** Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **4 doses** de cerveja ou chope em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)**. Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B13e.** Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **3 doses** de cerveja ou chope em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)**. Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B13f.** Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **2 doses** de cerveja ou chope em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)**. Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B13g.** Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **1 dose** de cerveja ou chope em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)**. Foi: (RU – ESTIMULADA)

**(ENTREVISTADOR, APLICAR A PERGUNTA PARA CADA QUANTIDADE DE DOSES. SE RESPONDER CÓD. 1 PARA UMA QUANTIDADE NÃO APLICAR AS DEMAIS QUANTIDADES E ANOTAR CÓD. 11 NAS RESTANTES)**

	B13a.	B13b.	B13c.	B13d.	B13e.	B13f.	B13g.
	12+ DOSES	8-11 DOSES	5-7 DOSES	4 DOSES	3 DOSES	2 DOSES	1 DOSE
A.	Todos os dias,	1	1	1	1	1	1
B.	5 a 6 vezes por semana,	2	2	2	2	2	2
C.	3 a 4 vezes por semana,	3	3	3	3	3	3
D.	1 ou 2 vezes por semana,	4	4	4	4	4	4
E.	2 ou 3 vezes por mês,	5	5	5	5	5	5
F.	1 vez por mês,	6	6	6	6	6	6
G.	7 a 11 vezes no último ano,	7	7	7	7	7	7
H.	3 a 6 vezes no último ano,	8	8	8	8	8	8
I.	2 vezes no último ano,	9	9	9	9	9	9
J.	1 vez no último ano	10	10	10	10	10	10
K.	Nunca	11	11	11	11	11	11
	Não sei	98	98	98	98	98	98
	Recusa	99	99	99	99	99	99



**(SE NUNCA BEBEU BEBIDAS ICE (B3=11), PULAR PARA INSTRUÇÃO ACIMA DA QUESTÃO B19)**

As próximas questões perguntam sobre a quantidade de bebida "ICE" que você já bebeu. Quando dizemos uma dose de bebida "ICE" nos referimos a uma lata ou uma garrafa.

**(MOSTRAR CARTÃO B16)**

**B16** Durante os últimos doze meses, qual foi a **maior quantidade** de latas ou garrafas de bebidas ice que você bebeu em um único dia? Diga-me a letra do cartão. (RU – ESTIMULADA)

A.	17 ou mais doses em um único dia	1	<b>(VÁ PARA B17a)</b>
B.	12 a 16 doses em um único dia	2	
C.	De 8 a 11 doses	3	<b>(PULE PARA B17b)</b>
D.	5, 6 ou 7 doses	4	<b>(PULE PARA B17c)</b>
E.	4 doses	5	<b>(PULE PARA B17d)</b>
F.	3 doses	6	<b>(PULE PARA B17e)</b>
G.	2 doses	7	<b>(PULE PARA B17f)</b>
H.	1 dose	8	<b>(PULE PARA B17g)</b>
	<b>(NÃO ESTÁ NO CARTÃO)</b> Não sei	98	
	<b>(NÃO ESTÁ NO CARTÃO)</b> Recusa	99	

**B17 (MOSTRE CARTÃO B17)**

- B17a. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **12 doses** ou mais de bebidas ice em um único dia, ou seja, qualquer combinação de latas e garrafas? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B17b. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu de **8 a 11 doses** de bebidas ice em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B17c. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **5, 6 ou 7 doses** de bebidas ice em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B17d. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **4 doses** de bebidas ice em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B17e. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **3 doses** de bebidas ice em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B17f. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **2 doses** de bebidas ice em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi: (RU – ESTIMULADA)
- B17g. Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **1 dose** de bebidas ice em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi: (RU – ESTIMULADA)

**(ENTREVISTADOR, APLICAR A PERGUNTA PARA CADA QUANTIDADE DE DOSES. SE RESPONDER CÓD. 1 PARA UMA QUANTIDADE NÃO APLICAR AS DEMAIS QUANTIDADES E ANOTAR CÓD. 11 NAS RESTANTES)**

	B17.a. 12+ DOSES	B17. b. 8-11 DOSES	B17 c. 5-7 DOSES	B17. d. 4 DOSES	B17. e. 3 DOSES	B17. f. 2 DOSES	B17. g. 1 DOSE
A.	1	1	1	1	1	1	1
B.	2	2	2	2	2	2	2
C.	3	3	3	3	3	3	3
D.	4	4	4	4	4	4	4
E.	5	5	5	5	5	5	5
F.	6	6	6	6	6	6	6
G.	7	7	7	7	7	7	7
H.	8	8	8	8	8	8	8
I.	9	9	9	9	9	9	9
J.	10	10	10	10	10	10	10
K	11	11	11	11	11	11	11
	Não sei	98	98	98	98	98	98
	Recusa	99	99	99	99	99	99





**(SE NUNCA BEBEU DESTILADOS (B4=11), PULAR PARA B25)**

As próximas questões perguntam sobre a quantidade de bebida destilada, cachaça, uísque, vodca, conhaque, rum que você já bebeu. Quando dizemos uma dose de bebida destilada nos referimos a um copo de 30 ml de destilados.

**(MOSTRE CARTÃO B19)**

**B19.** Durante os últimos doze meses, qual foi a maior quantidade de bebidas contendo destilados de qualquer tipo, incluindo cachaça, uísque, vodca, conhaque, rum que você bebeu em um único dia? Diga-me a letra do cartão. **(RU – ESTIMULADA)**

A.	17 ou mais doses em um único dia	1	<b>(VÁ PARA B20a)</b>
B.	12 a 16 doses em um único dia	2	
C.	De 8 a 11 doses	3	<b>(PULE PARA B20b)</b>
D.	5, 6 ou 7 doses	4	<b>(PULE PARA B20c)</b>
E.	4 doses	5	<b>(PULE PARA B20d)</b>
F.	3 doses	6	<b>(PULE PARA B20e)</b>
G.	2 doses	7	<b>(PULE PARA B20f)</b>
H.	1 dose	8	<b>(PULE PARA B20g)</b>
<b>(NÃO ESTÁ NO CARTÃO) Não sei</b>		98	
<b>(NÃO ESTÁ NO CARTÃO) Recusa</b>		99	

**B20 (MOSTRE CARTÃO 20)**

- B20a.** Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **12 doses** ou mais de destilados em **um único dia**, ou seja, bebidas como cachaça, vodca, uísque ou outras? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi:
- B20b.** Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu de **8 a 11 doses** de destilados em **um único dia**, ou seja, bebidas como cachaça, vodca, uísque ou outras? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi:
- B20c.** Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **5, 6 ou 7 doses** de destilados em **um único dia**, ou seja, bebidas como cachaça, vodca, uísque ou outras? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi:
- B20d.** Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **4 doses** de destilados em **um único dia**, ou seja, bebidas como cachaça, vodca, uísque ou outras? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi:
- B20e.** Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **3 doses** de destilados em **um único dia**, ou seja, bebidas como cachaça, vodca, uísque ou outras? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi:
- B20f.** Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **2 doses** de destilados em **um único dia**, ou seja, bebidas como cachaça, vodca, uísque ou outras? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi:
- B20g.** Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu **1 dose** de destilados em **um único dia**, ou seja, bebidas como cachaça, vodca, uísque ou outras? Apenas diga-me a letra no cartão **(SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)** Foi:

**(ENTREVISTADOR, APLICAR A PERGUNTA PARA CADA QUANTIDADE DE DOSES. SE RESPONDER CÓD. 1 PARA UMA QUANTIDADE NÃO APLICAR AS DEMAIS QUANTIDADES E ANOTAR CÓD. 11 NAS RESTANTES)**

		B20 a.	B20. b.	B20. c.	B20. d.	B20. e.	B20. f.	B20. g.
		12+	8-11	5-7	4	3	2	1
		DOSES	DOSES	DOSES	DOSES	DOSES	DOSES	DOSE
A.	Todos os dias,	1	1	1	1	1	1	1
B.	5 a 6 vezes por semana,	2	2	2	2	2	2	2
C.	3 a 4 vezes por semana,	3	3	3	3	3	3	3
D.	1 ou 2 vezes por semana,	4	4	4	4	4	4	4
E.	2 ou 3 vezes por mês,	5	5	5	5	5	5	5
F.	1 vez por mês,	6	6	6	6	6	6	6
G.	7 a 11 vezes no último ano,	7	7	7	7	7	7	7
H.	3 a 6 vezes no último ano,	8	8	8	8	8	8	8
I.	2 vezes no último ano,	9	9	9	9	9	9	9
J.	1 vez no último ano	10	10	10	10	10	10	10
K	Nunca	11	11	11	11	11	11	11
Não sei		98	98	98	98	98	98	98
Recusa		99	99	99	99	99	99	99



- B23.** Entre os destilados que você bebe, qual o que você mais consome? (Cachaça, Uísque, Rum, Vodca ou outra bebida alcoólica)? (RU POR COLUNA – ESPONTÂNEA)

	1ª Men.	2ª Men.	3ª Men.	4ª Men.	5ª Men.
Cachaça	1	1	1	1	1
Uísque	2	2	2	2	2
Rum	3	3	3	3	3
Vodca	4	4	4	4	4
Conhaque	5	5	5	5	5
Gin	6	6	6	6	6
Outra 1: _____	7	7	7	7	7
Outra 2: _____	8	8	8	8	8
Outra 2: _____	9	9	9	9	9
Nenhuma outra		97	97	97	97
Não sei	98	98	98	98	98
Recusa	99	99	99	99	99

**DIRIGIR ALCOOLIZADO**

- B25.** (MOSTRAR CARTÃO B25) Quantas vezes você dirigiu depois de beber álcool nos últimos 12 meses? (NOTA PARA ENTREVISTADOR: DIRIGIR QUALQUER VEÍCULO, INCLUINDO CARRO, MOTO e CAMINHÃO) (RU – ESTIMULADA)

Quase todas as vezes que bebi	1
Mais da metade das vezes que bebi	2
Menos da metade das vezes	3
Algumas vezes	4
2 ou 3 vezes	5
Só uma vez	6
Nunca aconteceu	7
Nunca dirigi/não tenho carta (ESPONTÂNEO)	9
Não sei	98
Recusa	99

(SE CÓDIGO 7, 9, 98 OU 99 NA B25, PULE PARA B30)

- B26.** (MOSTRAR CARTÃO B25) Quantas vezes você dirigiu depois de beber 3 ou mais doses nos últimos 12 meses? (RU – ESTIMULADA)

Quase todas as vezes que bebi	1
Mais da metade das vezes que bebi	2
Menos da metade das vezes	3
Algumas vezes	4
2 ou 3 vezes	5
Só uma vez	6
Nunca aconteceu	7
Não sei	98
Recusa	99

(SE CÓDIGO 7 NA B26, PULE PARA B30)

- B27.** Quantas doses de bebida alcoólica você pode beber até afetar sua capacidade de dirigir um veículo? Por afetar a capacidade queremos dizer que o seu dirigir deixa de ser seguro.

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| (N. de Doses)

- B28. (MOSTRAR CARTÃO B28)** Pense na ocasião mais recente em que dirigiu logo após beber 3 ou mais doses. Aonde você havia bebido naquela ocasião? Por favor diga-me o local do cartão que melhor descreve aonde você bebeu. (RU – ESTIMULADA)

(INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR: CASO TENHA BEBIDO EM VÁRIOS LOCAIS NA MESMA OCASIÃO, PERGUNTE SOBRE O ÚLTIMO LOCAL EM QUE O INDIVÍDUO BEBEU)

Bar/ restaurante próximo a escola ou faculdade	1
Bar/Balada	2
Casa de amigo	3
Casa de Parentes	4
Cinema	5
Dirigindo	6
Esporte	7
Evento esportivo	8
Fazendo compras	9
Festa	10
Hotel/Motel	11
No trabalho	12
Parque público/Plc-Nic	13
Restaurante	14
Shopping center	15
Sua casa	16
Outro – Aonde?	94
Nunca dirigiu depois de beber 3 ou mais doses	95
Não sabe	98
Recusa	99

SE CÓD. 95 OU 98 OU 99 EM B28, PULE PARA B30

- B29.** Quantas doses você bebeu naquela ocasião? (RU – ESPONTÂNEA)

12 ou mais doses	1
8 a 11 doses	2
5 a 7 doses	3
4 doses	4
3 doses	5
2 doses	6
1 dose	7
Não sei	98
Recusa	99

(ABSTÊMIO VIDA TODA VEIO DA B5 = 11)

- B30.** Quantas vezes você foi passageiro em um veículo no qual a pessoa que dirigia tinha bebido demais? (RU – ESPONTÂNEA)

10 vezes ou mais	1	1 ou 2 vezes	4
6 a 9 vezes	2	Nunca aconteceu	5
3 a 5 vezes	3	Não sei	98
		Recusa	99

(ABSTÊMIO B5 = 11 PULE PARA H1 – PÁG. 28)

- B31.** Quantas vezes você já esteve envolvido em algum acidente de trânsito quando dirigia após ter bebido qualquer quantidade de álcool? (RU – ESPONTÂNEA)

10 vezes ou mais	1
6 a 9 vezes	2
3 a 5 vezes	3
1 ou 2 vezes	4
Nunca aconteceu	5
Nunca dirigiu/não tenho carta	97
Não sei	98
Recusa	99

<b>IDADE DE INÍCIO</b>
------------------------

**B32.** Quantos anos você tinha quando começou a consumir bebidas alcoólicas? Não considere as vezes em que você experimentou apenas 1 ou 2 goles.

\_\_\_\_|\_\_\_\_| idade - 98 - não sabe/não lembra - 99 - não respondeu/recusa

**B33.** Quantos anos você tinha quando começou a consumir regularmente bebidas alcoólicas?

\_\_\_\_|\_\_\_\_| idade - 98 - não sabe/não lembra - 99 - não respondeu/recusa

<b>Nº. DE DOSES AO DIA E MAIORES DOSES NA VIDA</b>
--

**(SE A SITUAÇÃO DE BEBER FOR EX-BEBEDOR (B5=10), PERGUNTE USANDO O TEMPO PASSADO)**

**B34.** Nos dias em que você bebe (bebia), cerveja, vinho, bebidas ice, destilados, quantas doses você geralmente bebe (bebia) por dia?

\_\_\_\_|\_\_\_\_| nr. de doses - 999 - menos de uma dose por dia

**B35.** Aproximadamente quanto do seu consumo de álcool ocorre (ocorria) durante as refeições. Você diria: **(RU – ESTIMULADA)**

todo ou quase todo,	1
mais de metade,	2
metade,	3
menos de metade, ou	4
nada ou quase nada?	5

Não sei	98
NR/Recusa	99

**(SE A SITUAÇÃO DE BEBER FOR EX-BEBEDOR (B5=10), PULE PARA B40.)**

**(MOSTRE CARTÃO B36)**

**B36.** Pense na ocasião nos últimos doze meses aonde você mais bebeu. Aonde você estava quando consumiu o maior número de doses? Diga-me o local do cartão.

**(INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR: SE O INDIVÍDUO BEBEU O MESMO EM DIVERSOS LUGARES, PERGUNTE SOBRE O LOCAL MAIS RECENTE.) (RU – ESTIMULADA)**

Bar/ restaurante próximo a escola ou faculdade	1
Bar/Balada	2
Casa de amigo	3
Casa de Parentes	4
Cinema	5
Dingindo	6
Esporte	7
Evento esportivo	8
Fazendo compras	9
Festa	10
Hotel/Motel	11
No trabalho	12
Parque público/Plc-Nic	13
Restaurante	14
Shopping center	15
Sua casa	16
Outro - especifique _____	94
Bebe a mesma quantidade em qualquer lugar	95
Não sei	98
Recusa	99

**(PEGUE DE VOLTA O CARTÃO)**

- B37.** Com quem você estava quando consumiu o maior número de doses de álcool?  
(SE B36= 95, LEIA:) Com quem você estava bebendo quando consumiu o maior número de doses de álcool na ocasião mais recente?

(CIRCULE TODOS OS QUE SE APLICAM) (LEIA AS CATEGORIAS APENAS SE NECESSÁRIO) (RM – ESPONTÂNEO)

A.	Sozinho (a)	1
B.	Com amigos	2
C.	Com parceiro amoroso (incluindo esposa/marido)	3
D.	Com estranhos	4
E.	Com familiares	5
F.	Com um(a) paquera	6
G.	Com colegas de trabalho/escola	7
H.	Com outra pessoa: (ESPECIFIQUE): _____	8
	Não sabe	98
	NR/Recusa	99

- B38.** Quantas doses de álcool você bebeu nessa ocasião? (SE NECESSÁRIO USE TABELA DE EQUIVALÊNCIA)

\_\_\_\_ nr. doses - 98 - não sabe/não lembra - 99 - não respondeu/recusa

(SE B38 = 98 - NÃO SEI, PERGUNTE 39)

(SE B38 = 99 – RECUSA, PERGUNTE 40)

(NOTA PARA ENTREVISTADOR: COMO ESSA PERGUNTA É DE “INVESTIGAÇÃO”, LEIA AS CATEGORIAS AO INDIVÍDUO AO INVÉS DE MOSTRAR O CARTÃO).

- B39.** Você diria que foram quantas doses? (RU – ESTIMULADA-LEIA)

17 ou mais doses em um único dia	1
12 a 16 doses em um único dia	2
5, 6 ou 7 doses	3
De 8 a 11 doses	4
4 doses	5
3 doses	6
2 doses	7
1 dose	8
Não sei	98
Recusa	99

SE A SITUAÇÃO DE BEBER FOR BEBEDOR ATUAL (B5=1 à 9), PULE PARA B41.

SE EX-BEBEDOR (B5=10), CONTINUE.

- B40.** Já houve algum período de tempo em que você bebeu vinho, bebidas ice ou destilado, ao menos uma vez por ano? (RU – ESTIMULADA)

Sim	1
Não	2
Não sei	98
Recusa	99

B41. Qual é o maior número de doses que você se lembra de ter consumido em uma ocasião?

\_\_\_\_ nr. doses - 98 - não sabe/não lembra - 99 - não respondeu/recusa

(SE B41 = 98 - NÃO SEI, CONTINUE)

(SE B41 = NÚMERO DE DOSES, VÁ PARA B43)

(SE B41 = 99 - RECUSA, PULE PARA B43)

B42. HOMENS: Foi cinco ou mais? (RU – ESTIMULADA)

MULHERES: Foi quatro ou mais? (RU – ESTIMULADA)

HOMEM:	SIM: (CINCO OU MAIS)	95
	NÃO: (QUATRO OU MENOS)	94
MULHER:	SIM: (QUATRO OU MAIS)	93
	NÃO: (TRÊS OU MENOS)	92

**NÚMERO DE VEZES QUE BEBEU 5 DOSES OU MAIS**

SE O INDIVÍDUO FOR MULHER E B41 É MENOS DE 4 OU B42 É "92", PULE PARA C1.

SE O INDIVÍDUO FOR HOMEM E B41 FOR MENOS QUE 5 OU B42 "94", PULE PARA C1.

SE A SITUAÇÃO DE BEBER FOR EX-BEBEDOR (B5=10), PULE PARA C1.

B43. Durante os últimos 12 meses, com que frequência você bebeu (SE HOMEM: cinco ou mais doses MULHER: quatro ou mais doses) de qualquer bebida alcoólica em uma única ocasião, ou seja, durante cerca de 2 horas?

\_\_\_\_ nr. vezes - 98 - não sabe/não lembra - 99 - não respondeu/recusa

(SE B43 = 98 - NÃO SEI, PERGUNTE B44)

(SE B43 = NR. DOSES, PERGUNTE B44)

(SE B43 =99 - RECUSA, PULE PARA C1)

B44. Qual a frequência que isso aconteceu?

(NOTA AO ENTREVISTADOR: COMO ESSE PERGUNTA É UMA "INVESTIGAÇÃO", LEIA AS CATEGORIAS AO INDIVÍDUO AO INVÉS DE MOTRAR O CARTÃO). (RU – ESTIMULADA-LEIA)

Todos os dias,	1
5 a 6 vezes por semana,	2
3 a 4 vezes por semana,	3
1 a 2 vezes por semana,	4
2 a 3 vezes por mês,	5
uma vez ao mês,	6
7 a 11 vezes nos últimos 12 meses,	7
3 a 6 vezes nos últimos 12 meses,	8
duas vezes nos últimos 12 meses,	9
uma vez nos últimos 12 meses,	10
nunca nos últimos 12 meses?	11
Não sei	98
Recusa	99



**C. EFEITOS PREJUDICIAIS DO BEBER**

- Qa.** Agora pensando na sua vida toda, houve algum período quando você achou que o seu beber tinha um efeito prejudicial sobre (LEIA O ITEM): (RU – ESTIMULADA)  
(SE SIM PARA A Q.a E A SITUAÇÃO DE BEBER NO MARCADOR FOR BEBEDOR ATUAL (B5= 1 À 9), PERGUNTE Q. b IMEDIATAMENTE)
- Qb.** Isso aconteceu nos últimos 12 meses? (RU – ESTIMULADA)

	Q.a Na vida				Bebedor Atual	
					Q.b Últimos 12 meses	
	Sim	Não	Não sei	Recusa	Sim	Não
C1. suas amizades e sua vida social?	1	2	98	99	1	2
C2. seus objetivos na vida/projeto/perspectiva?	1	2	98	99	1	2
C3. sua vida familiar ou casamento?	1	2	98	99	1	2
C4. sua posição financeira?	1	2	98	99	1	2
C5. seu trabalho e oportunidades de emprego?	1	2	98	99	1	2
C6. sua saúde?	1	2	98	99	1	2

**C. PROBLEMAS COM ÁLCOOL**

Aqui constam algumas experiências que muitas pessoas relataram com relação a beber. A cada item lido, diga se isto já aconteceu com você.

- Qa.** (LEIA ITEM) Isto já aconteceu com você (durante toda vida)? (RU – ESTIMULADA)  
(EM CASO DE RESPOSTA AFIRMATIVA PARA a. E SE SUA CONDIÇÃO PARA BEBER FOR BEBEDOR ATUAL (B5= 1 À 9), PERGUNTE b. IMEDIATAMENTE)
- Qb.** Isto aconteceu nos últimos 12 meses? (RU – ESTIMULADA)

	Q.a Na vida				Bebedor Atual	
					Q.b Últimos 12 meses	
	Sim	Não	Não sei	Recusa	Sim	Não
C7. Deixei de fazer diversas refeições regulares enquanto bebia.	1	2	98	99	1	2
C8. Frequentemente, a primeira coisa que fiz quando acordei de manhã foi tomar uma dose de bebida alcoólica.	1	2	98	99	1	2
C9. Tomei uma dose de bebida alcoólica forte de manhã para superar os efeitos do que bebi na noite passada.	1	2	98	99	1	2
C10. Minhas mãos tremeram muito na manhã seguinte após ter bebido.	1	2	98	99	1	2
C11. Por vezes, acordei durante a noite ou de manhã cedo todo suado por ter bebido.	1	2	98	99	1	2
C12. Tive uma discussão exaltada enquanto bebia.	1	2	98	99	1	2
C13. Um policial me advertiu por causa de minha bebedeira.	1	2	98	99	1	2
C14. Meu consumo de álcool contribuiu para que me machucasse em um acidente com um carro ou outro local.	1	2	98	99	1	2
C15. Meu consumo de álcool contribuiu para me envolver em um acidente no qual uma outra pessoa se machucou ou um bem, como por exemplo um carro, foi danificado.	1	2	98	99	1	2
C16. Tive problemas com a lei por beber, não envolvendo dirigir.	1	2	98	99	1	2
C17. Fiquei alcoolizado (bêbado) por beber durante vários dias seguidos	1	2	98	99	1	2

(PEGUE O CARTÃO DE VOLTA)

## C. PROBLEMAS COM O ÁLCOOL

- a. **(LEIA ÍTEM)** Isto já aconteceu com você (durante toda vida)? (RU – ESTIMULADA)  
**EM CASO DE RESPOSTA AFIRMATIVA PARA a. E SE SUA CONDIÇÃO PARA BEBER FOR BEBEDOR ATUAL (B5= 1 À 9), PERGUNTE b. IMEDIATAMENTE)**
- b. Isto aconteceu nos últimos 12 meses? (RU – ESTIMULADA)

	Q.a Na vida				Bebedor Atual	
	Sim	Não	Não sei	Recusa	Q.b Últimos 12 meses	
					Sim	Não
<b>C18</b> .Uma vez, comecei a beber e foi difícil para eu parar antes de ficar completamente alcoolizado (bêbado)	1	2	98	99	1	2
<b>C19</b> Tive uma doença relacionada com a bebida que me impediu de fazer minhas atividades regulares por uma semana ou mais.	1	2	98	99	1	2
<b>C20</b> .Senti que beber estava se tornando uma ameaça séria para minha saúde física.	1	2	98	99	1	2
<b>C21</b> .Um médico sugeriu que eu bebesse menos.	1	2	98	99	1	2
<b>C22</b> .Quase perdi ou cheguei a perder um emprego por causa da bebida.	1	2	98	99	1	2
<b>C23</b> .As pessoas no trabalho deram a entender que eu deveria beber menos.	1	2	98	99	1	2
<b>C24</b> .Beber pode ter afetado minhas chances de promoção ou aumentos ou trabalhos melhores.	1	2	98	99	1	2
<b>C25</b> .Meu marido/esposa ou alguém com quem moro ficou irritado com minha bebedeira ou o modo como me comportei enquanto bebia (PARCEIRO AMOROSO)	1	2	98	99	1	2
<b>C26</b> .Meu marido/esposa ou alguém com quem moro ameaçou me deixar por causa da minha bebedeira (PARCEIRO AMOROSO)	1	2	98	99	1	2
<b>C27</b> .Receio que eu possa ser um alcoólatra.	1	2	98	99	1	2
<b>C28</b> .Iniciei uma briga com alguém fora da minha família quando estava bebendo.	1	2	98	99	1	2
<b>C29</b> .Bati em alguém, ataquei alguém ou os(as) atingi com algo quando estava bebendo.	1	2	98	99	1	2
<b>(CASO NÃO TENHA ESPOSO(A)/PARCEIRO PULE ESSA PERGUNTA)</b>						
<b>C30</b> Iniciei uma discussão ou briga com meu/minha (esposo/esposa/parceiro) quando estava bebendo.	1	2	98	99	1	2
<b>(CASO NÃO TENHA FILHOS, PULE ESSA PERGUNTA)</b>						
<b>C31</b> .Senti que beber causou problemas entre eu e meus filhos.	1	2	98	99	1	2
<b>C32</b> .Descobri que precisava de um gole de bebida alcoólica para não tremer ou ter ânsia de vômito.	1	2	98	99	1	2
<b>C33</b> .Acordei no dia seguinte e não consegui lembrar algumas coisas que tinha feito enquanto bebia.	1	2	98	99	1	2
<b>C34</b> .Por vezes, continuei bebendo após ter prometido a mim mesmo não fazê-lo.	1	2	98	99	1	2

## D. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL DE ACORDO COM A CIDI

(CASO SUA CONDIÇÃO PARA BEBER SEJA EX-BEBEDOR [B5=10], VÁ PARA A SEÇÃO F)

	Sim	Não	Não sabe	Recusa
D1. Nos últimos 12 meses, houve uma época em que <u>beber ou estar de ressaca</u> interferiu com frequência em seu trabalho/escola, emprego ou em casa?	1	2	98	99
D2. Nos últimos 12 meses, <u>você</u> frequentemente <u>se envolveu em brigas físicas ao beber</u> ?	1	2	98	99
D3. Nos últimos 12 meses, <u>beber</u> frequentemente <u>causou problemas entre você e um membro da família ou amigo</u> ?	1	2 (VÁ PARA D5)	98 (VÁ PARA D5)	99 (VÁ PARA D5)
D4. Você <u>continuou a beber após ter conhecimento de que estava lhe causando problemas para se relacionar com outras pessoas</u> ?	1	2	98	99
D5. Nos últimos 12 meses, <u>você foi preso</u> por perturbar a paz ou dirigir <u>sob a influência do álcool</u> ?	1	2	98	99
D6. Nos últimos 12 meses, <u>você esteve sob a influência do álcool</u> em situações em que <u>você poderia se ferir</u> , como por exemplo ao andar de bicicleta, dirigir, operar uma máquina ou outra situação?	1	2	98	99
D7. Houve alguma situação nos últimos 12 meses em que sentiu que teve que <u>beber muito mais do que costumava para obter o efeito que desejava</u> ?	1 (VÁ PARA D9)	2	98	99
D8. Nos últimos 12 meses, <u>você achou que a mesma quantidade de álcool teve menos efeito</u> sobre você do que tinha antes?	1	2	98	99
D9. Nos últimos 12 meses, houve alguma situação em que <u>você sentiu um desejo tão forte</u> ou necessidade de beber que <u>você não pôde deixar de beber</u> ?	1 (VÁ PARA D11)	2	98	99
D10. Nos últimos 12 meses, alguma vez <u>você sentiu que desejou tanto beber que não conseguia pensar em mais nada</u> ?	1	2	98	99
D11. Nos últimos 12 meses, alguma vez <u>você sentiu que bebeu mais do que pretendia</u> ?	1 (VÁ PARA D13)	2	98	99
D12. Nos últimos 12 meses, alguma vez <u>você sentiu que continuou bebendo muito mais do que pretendia</u> ?	1	2	98	99
D13. Nos últimos 12 meses, <u>alguma vez</u> <u>você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber</u> ?	1	2	98	99
D14. Nos últimos 12 meses, <u>por mais de uma vez</u> <u>você sentiu que deveria parar de beber ou beber menos, mas não conseguiu</u> ?	1	2	98	99
D15. Nos últimos 12 meses, houve alguma situação em que <u>você sentiu que gastou muito tempo bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool</u> ?	1	2	98	99
D16. Nos últimos 12 meses, <u>você sentiu que beber fez com que desistisse ou reduzisse consideravelmente atividades importantes</u> – como participar de esportes, ir à escola ou trabalho ou manter contato com amigos ou parentes?	1	2	98	99

**(ATENÇÃO: SE NA QUESTÃO D14 TEM CÓD. 2, 98 ou 99, VÁ PARA D19)**

**D17.** Vou lhe perguntar sobre alguns problemas que você pode ter tido, nos últimos 12 meses, caso tenha **TENTADO PARAR DE BEBER ou REDUZIR A QUANTIDADE DE BEBIDA.**

	Sim	Não	Nunca parei ou reduzi	Não sei	Recusa
D17a. Você teve tremores nas mãos?	1	2	3	98	99
D17b. Você teve mais problemas para dormir do que de costume?	1	2	3	98	99
D17c. Você ficou mais nervoso do que costuma ser?	1	2	3	98	99
D17d. Você se sentiu mais inquieto, agitado, do que o habitual?	1	2	3	98	99
D17e. Você suou além do normal?	1	2	3	98	99
D17f. Você sentiu seu coração batendo mais rápido do que o normal?	1	2	3	98	99
D17g. Você teve náuseas ou vômitos?	1	2	3	98	99
D17h. Você teve dores de cabeça?	1	2	3	98	99
D17i. Você se sentiu fraco?	1	2	3	98	99
D17j. Você viu, ouviu ou sentiu coisas estranhas, que os outros não conseguiam ou percebiam?	1	2	3	98	99
D17k. Você teve um ataque epilético/convulsão	1	2	3	98	99

**(SE NENHUM DOS ÍTENS DE D17a ATÉ D17k TENHAM SIDO RESPONDIDOS AFIRMATIVAMENTE (SIM), VÁ PARA D19.)**

**D18** Nos últimos 12 meses, você bebeu para não ter estes problemas ou bebeu para fazê-los acabar?

Sim	1
Não	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

**D19.** Beber já lhe causou algum dos seguintes problemas médicos, tais como:

	Sim	Não	Não sabe	Recusa
<b>D19a.</b> Doenças do fígado ou hepatite?	1	2	98	99
<b>D19b.</b> Doenças de estômago ou vômitos com sangue?	1	2	98	99
<b>D19c.</b> Formigamento nos pés ou dormência?	1	2	98	99
<b>D19d.</b> Pancreatite	1	2	98	99
<b>D19e.</b> Problemas de memória, esquecimentos, mesmo quando não estava bebendo?	1	2	98	99
<b>D19f.</b> Qualquer outra doença? (ESPECIFICAR): _____	1	2	98	99

(CASO QUALQUER ITEM DE D19a ATÉ D19f TENHA SIDO RESPONDIDO AFIRMATIVAMENTE (SIM), VÁ PARA D20 CASO CONTRÁRIO, VÁ PARA D22)

	Sim	Não	Não sabe	Recusa
<b>D20.</b> Nos últimos 12 meses, você <u>continuou a beber após ter conhecimento de que estava tendo um problema médico?</u>	1	2	98	99
<b>D21.</b> Nos últimos 12 meses, você <u>continuou a beber quando teve conhecimento de que tinha qualquer (outra) doença física grave que piorou, foi agravada, devido à bebida?</u>	1	2	98	99

**D22.** O álcool já lhe causou qualquer problema emocional ou psicológico, como por exemplo:

	Sim	Não	Não sabe	Recusa
<b>D22a.</b> Perder o interesse em suas atividades habituais?	1	2	98	99
<b>D22b.</b> Ficar deprimido?	1	2	98	99
<b>D22c.</b> Suspeitar ou desconfiar dos outros?	1	2	98	99
<b>D22d.</b> Ter pensamentos estranhos?	1	2	98	99

(CASO QUALQUER ITEM DE D22a ATÉ D22d TENHA SIDO RESPONDIDO AFIRMATIVAMENTE (SIM), VÁ PARA D23 CASO CONTRÁRIO, VÁ PARA A SEÇÃO F)

**D23.** Nos últimos doze meses, você continuou a beber após saber que a bebida alcoólica estava lhe causando problemas emocionais ou psicológicos?

Sim	1
Não	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

## EX-BEBEDORES (B5=10), VOLTAM A RESPONDER AQUI A PARTIR DE C34.

## F. TRATAMENTO

- F1. Você já procurou alguém – médico ou qualquer outro profissional, Alcoólicos Anônimos, clínica ou outra instituição de tratamento por causa de um problema relacionado ao modo como você bebe?

Sim	1
Não (PULE PARA H1)	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

Eu vou ler para você uma lista de locais e profissionais. Para cada questão, por favor, indique se você já os procurou por causa de um problema com bebidas.

- a. (LEIA ITEM): Você alguma vez já foi/procurou (LEIA ITEM) por causa de seu problema com álcool?  
(EM CASO AFIRMATIVO PARA a. PERGUNTE b. IMEDIATAMENTE. ANOTE NÚMERO E CIRCULE O PERÍODO DE TEMPO.)
- b. Há quanto tempo foi o contato?

	Q. a.				Q. b. (ANOTE O NÚMERO E CIRCULE A UNIDADE)
	Sim	Não	N/s	Recusa	
F2. Hospitais Gerais	1	2	98	99	_____ 1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4 - anos
F3. Unidades do sistema único de saúde: postos de saúde, centros de atenção psicossocial - CAPS, programas saúde da família - PSF hospitais universitários	1	2	98	99	_____ 1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4 - anos
F4. Hospitais psiquiátricos	1	2	98	99	_____ 1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4 - anos
F5. Profissional ou clínica particular	1	2	98	99	_____ 1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4 - anos
F6. Receber algum benefício da Previdência Social	1	2	98	99	_____ 1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4 - anos
F7. Alcoólicos Anônimos	1	2	98	99	_____ 1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4 - anos
F8. Algum outro programa de tratamento de Alcoolismo	1	2	98	99	_____ 1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4 - anos
F9. Comunidades Terapêuticas (Fazendas)	1	2	98	99	_____ 1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4 - anos
F10. Padre, Pastor ou Curandeiro	1	2	98	99	_____ 1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4 - anos
F11. Algum outro serviço ou profissional (ESPECIFIQUE): _____	1	2	98	99	_____ 1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4 - anos

<b>H. FERIMENTOS</b>
----------------------

H1. Nos últimos 12 meses, você se feriu devido a uma queda, corte, tomazelo torcido, osso quebrado ou algo mais sério?

Sim	1
Não (PULE PARA I1)	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

H2. Você se submeteu a tratamento devido a este ferimento?

Sim	1
Não	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

(SE CÓDIGO 2 (NÃO), 98 (NÃO SEI), OU 99 (RECUSA) na H2 PULE PARA A INSTRUÇÃO DA H4)

H3. Quando você procurou tratamento devido a este ferimento, onde você foi primeiro? Você foi:

A um pronto-socorro,	1
A um hospital,	2
A um médico ou clínica particular ou	3
A algum outro local?(ESPECIFIQUE)	4
Não sabe	98
Recusa	99

(CASO A CONDIÇÃO PARA BEBER NO MARCADOR SEJA BEBEDOR ATUAL [B5=1 à 9], PERGUNTE H4. CASO CONTRÁRIO, PULE PARA INSTRUÇÃO ACIMA DE I1).

H4. Nas 8 horas anteriores a seu mais recente ferimento, você ingeriu qualquer bebida alcoólica – mesmo que apenas uma dose? Isto inclui vinho, bebidas ice, destilados e qualquer outra bebida contendo álcool.

Sim	1
Não	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

H5. Este ferimento mais recente estava de alguma forma relacionado ao seu consumo de bebidas alcoólicas?

Sim	1
Não	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

**I. USO DO ÁLCOOL, POLÍTICA E PROPAGANDA**

Existem várias medidas que o governo pode criar para diminuir problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas. As perguntas seguintes referem-se à sua opinião e experiência em relação a algumas dessas medidas. **(LER ESCALA)**

	Aumentada	Reduzida	Perma- necer a mesma	Não sabe	Recusa
11. Você acha que os impostos sobre as bebidas alcoólicas deveriam ser aumentados, reduzidos, ou permanecer o mesmo?	1	2	3	98	99
12. Você acha que a idade mínima legal para venda de bebidas alcoólicas - 18 anos - deveria ser aumentada, reduzida, ou permanecer a mesma?	1	2	3	98	99
13. Você acha que as campanhas publicitárias patrocinadas pelo Governo Federal (p.ex., as campanhas alertando para os riscos de beber e dirigir) deveriam ser aumentadas, reduzidas, ou permanecerem as mesmas?	1	2	3	98	99
14. Você acha que os programas de prevenção ao uso de álcool em escolas deveriam ser aumentados, reduzidos, ou permanecerem os mesmos?	1	2	3	98	99
15. Você acha que os programas de tratamento para alcoolismo deveriam ser aumentados, reduzidos, ou permanecerem os mesmos?	1	2	3	98	99

**(MOSTRE CARTÃO I6)**

16. Na sua opinião, uma pessoa pega no Brasil dirigindo depois de beber 3 doses ou mais:  
**(LER ESCALA)**

	Nunca	Em poucas ou limitadas situações	Várias situações	Na maioria das situações	Sempre	Não sabe	Recusa
a. Deveria ser condenada à prisão?	1	2	3	4	5	98	99
b. Deveria ter sua carteira de habilitação suspensa?	1	2	3	4	5	98	99
c. Deveria ter que pagar multas?	1	2	3	4	5	98	99



Agora, por favor responda SIM ou NÃO para as próximas perguntas

		Sim	Não	Não sabe	Recusa
17	Você acha que deveria haver restrição de horário para a venda de bebidas alcoólicas?	1	2	98	99
18	Você acha que deveriam haver mais esforços por parte dos estabelecimentos para evitar que continuem a servir bebidas alcoólicas para clientes que já estão bêbados?	1	2	98	99
19	Você acha que deveria ser proibida a venda de bebidas alcoólicas em padarias, confeitarias e mercearias?	1	2	98	99
110	Você acha que deveriam haver mensagens de alerta sobre os riscos e problemas causados pelas bebidas alcoólicas nos rótulos das garrafas ou latas, além do já existente "Beba com moderação"?	1	2	98	99
111	Você acha que deveria ser proibida a propaganda de bebidas alcoólicas na televisão, incluindo vinho cachaça, cerveja ou chope, uísque, rum, vodca e outros tipos fermentados e destilados?	1	2	98	99
112	Você acha que as companhias fabricantes de bebidas alcoólicas deveriam ser proibidas de patrocinar eventos culturais e esportivos?	1	2	98	99
113	Você acha que as propagandas de bebidas alcoólicas deveriam reservar um espaço para mensagens de alerta sobre os riscos e problemas causados pelas bebidas alcoólicas?	1	2	98	99
114	Você acha que os programas de tratamento para alcoolismo deveriam ser gratuitos e obrigatórios em Postos de Saúde, Ambulatórios da Rede Pública e Hospitais Gerais?	1	2	98	99
115	<b>Veja se você concorda com esta afirmativa:</b> na maior parte do Brasil, é muito fácil para uma criança ou adolescente menor de 18 anos de idade comprar bebida alcoólica em qualquer ponto de venda, mesmo sendo a venda a menores de idade proibida por Lei.	1	2	98	99
116	Você acha que deveria haver um aumento na fiscalização dos comerciantes, em relação à venda de bebidas alcoólicas para menores de idade?	1	2	98	99

117. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você viu propagandas de bebidas alcoólicas em outdoors, revistas, jornais, na tv ou ouviu na rádio?

Nenhuma vez	1
Menos de uma vez por mês	2
1-3 vezes por mês	3
1-3 vezes por semana	4
Todos os dias ou quase todos os dias	5
Mais do que uma vez por dia	6
Não Sei	98
Recusa	99

118. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você viu anúncios de prevenção ao consumo de álcool e drogas em outdoors, revistas, jornais, na tv ou ouviu na rádio?

Nenhuma vez	1
Menos de uma vez por mês	2
1-3 vezes por mês	3
1-3 vezes por semana	4
Todos os dias ou quase todos os dias	5
Mais do que uma vez por dia	6
Não Sei	98
Recusa	99

119. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você viu propaganda de bebidas alcoólicas na internet ou visitou o site das companhias de bebidas alcoólicas?

Nenhuma vez	1
Menos de uma vez por mês	2
1-3 vezes por mês	3
1-3 vezes por semana	4
Todos os dias ou quase todos os dias	5
Mais do que uma vez por dia	6
Não Sei	98
Recusa	99

120. Nos últimos 30 dias, você viu ou participou de promoções em bares, restaurantes ou na internet sobre bebidas alcoólicas?

Sim	1
Não	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

121. Nos últimos 30 dias, quanta propaganda de cerveja você viu em locais de venda, como bares, padarias, supermercados, restaurantes, shows de música ou eventos esportivos? Você diria que ... ( **LEIA AS ALTERNATIVAS. RU** )

Não viu <b>nada</b>	1
Viu <b>poucas</b>	2
Viu <b>várias</b>	3
Viu <b>muitas</b>	4
Não sei	98
Recuso	99

## L. BEBER/ DIRIGIR – PUNIÇÃO SOCIAL

## (MOSTRAR CARTÃO L1)

As questões seguintes são a respeito das atitudes em relação às bebidas alcoólicas e a condução de automóveis. Para cada afirmação, por favor, diga-me se você concorda totalmente, concorda em parte, nem discorda nem concorda, discorda em parte ou discorda completamente.

	Concordo totalmente	Concordo em parte	Nem Dis. Nem Con.	Discordo em parte	Discordo totalmente	Não sabe	Recusa
L1. Beber e dirigir por parte de outras pessoas é uma ameaça a minha segurança pessoal e à segurança da minha família.	1	2	3	4	5	98	99
L2. A maioria das pessoas que dirige após beber muito álcool é alcoólatra ou bebedor problemático.	1	2	3	4	5	98	99
L3. Não tem problema dirigir quando se está apenas começando a sentir os efeitos da bebida alcoólica.	1	2	3	4	5	98	99
L4. Se uma pessoa dirige após beber muito é quase certo que um policial vai pará-la e prendê-la	1	2	3	4	5	98	99

- L5. Segundo as leis brasileiras, qual é o nível do álcool no sangue a partir do qual uma pessoa é considerada legalmente alcoolizada para dirigir no Brasil? (SE NÃO SEI ESPONTÂNEO) Diga-me o número no cartão que você acha que corresponde a esse limite.

## (MOSTRAR CARTÃO L5)

(ESPONTÂNEO) Anotar: _____ qtde - _____ unidade	1
(ESPONTÂNEO) Não sei	2

1,5 - Gramas por litro de sangue	1
0,9 - Gramas por litro de sangue	2
0,8 - Gramas por litro de sangue	3
0,6 - Gramas por litro de sangue	4
0,4 - Gramas por litro de sangue	5
0 - (Nada é permitido, pois dirigir com qualquer uso de álcool é ilegal)	6
Não sei	98
Recusa	99

- L6. Você já foi parado pela polícia quando dirigia?

Sim	1
Não	2
Nunca dirigi/não tenho carta	3
Não Sei	98
Recusa	99

(EM CASO DE ABSTÊMIO, B5=11, PULE PARA INSTRUÇÃO ACIMA DA M1) (OUTROS: VÁ PARA L7)

L7. Este incidente foi ligado ao seu uso de álcool?

Sim	1
Não	2
Não Sei	98
Recusa	99

L8. Você já foi preso/a por dirigir após ter bebido?

Sim	1
Não	2
Não Sei	98
Recusa	99

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Objetivo geral desse estudo é detectar os hábitos e atitudes da população brasileira em relação ao consumo de bebida alcoólica, levantando informações sobre os fatores que estimulam e reduzem esse consumo, os locais e os tipos de bebidas mais consumidas, frequência de consumo, e outros fatores associados. Serão entrevistadas cerca de 2500 pessoas no Brasil inteiro. A escolha dos participantes deu-se ao acaso, através de procedimentos amostrais. A participação é anônima e voluntária. O questionário consta de cerca de 2090 questões e sua aplicação dura cerca de 1 hora. Em qualquer momento da entrevista, se você não quiser responder certa questão ou quiser parar, apenas precisa comunicar ao entrevistador.

Sua participação é muito importante porque suas respostas trarão informações centrais para a elaboração de políticas públicas em relação às bebidas alcoólicas em nosso país. A partir de suas informações, e dos outros participantes, as autoridades nacionais poderão decidir como lidar com questões relacionadas, por exemplo, à prevenção e ao tratamento de bebidas alcoólicas.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal pesquisador é o Professor Dr. Ronaldo Laranjeira – que pode ser encontrado no endereço: R. Botucatu, 390, São Paulo-SP, Tel.: (11) 5575-1708. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – Cj. 14, São Paulo – SP, (11) 5571-1062, e-mail: [cepunifesp@eopm.br](mailto:cepunifesp@eopm.br)

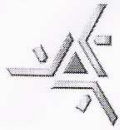
Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "I Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Alcool na População Brasileira". Ficaram claros para mim quais são os propósitos dos procedimentos a serem realizados e seus desconfortos. Concordo voluntariamente com o que será realizado e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

ENTREVISTADO:			
ENDEREÇO:			
BAIRRO:		CEP: _____ - _____ (#)	
TEM TELEFONE:	(#)	1 - Sim	SE SIM ( _____ ) _____ - _____
		2 - Não	1. Residência    2. Comercial    3. Recado    4. Celular

Assinatura do entrevistado:
Assinatura do responsável (se menor de 18 anos):

(AGRADEÇA E ENCERRE)

**ANEXO 3 – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos -  
COPEP**



**Universidade Estadual de Maringá**

**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**

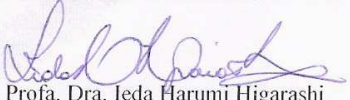
Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Registrado na CONEP em 10/02/1998



CAAE Nº. 0038.0.093.000-09

PARECER Nº. 070/2009

<b>Pesquisador (a) Responsável:</b> Magda Lúcia Félix de Oliveira	
<b>Centro/Departamento:</b> Ciências da Saúde/ DEN	
<b>Título do projeto:</b> Percepção do Risco em Jovens Usuários de Álcool Vítimas de Trauma.	
<b>Considerações:</b> <p>O estudo tem por objetivo a análise da percepção do risco para o trauma em jovens usuários de álcool, bem como estabelecer o perfil sócio demográfico de jovens vítimas de trauma; investigar o padrão de consumo de álcool entre jovens previamente ao trauma e caracterizar entre jovens, as situações e ocorrências relacionadas ao consumo de álcool.</p> <p>O estudo será realizado em Cascavel/PR, município sede da 10ª Regional de Saúde no Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP e terá como população de estudo jovens de ambos os sexos, na faixa etária de 10 a 24 anos, residentes na cidade e atendidos no Pronto Socorro da referida instituição que serão avaliados em sua condição neurológica de acordo com a escala de Coma de Glasgow-ECG.</p> <p>A Folha de Rosto integrante ao protocolo apresenta no campo “2” (Área do Conhecimento), a informação incompatível com a classificação da área que se refere o estudo, que se trata de um conhecimento aplicado à área de enfermagem.</p> <p>A documentação apresentada também inclui: projeto de pesquisa; cronograma de execução com início da coleta de dados previsto para março de 2009 e finalização do trabalho em novembro do mesmo ano; quadro orçamentário com total de gastos no valor de R\$ 1.550,00 com declaração de que as despesas serão custeadas pelos pesquisadores; o roteiro para coleta de dados; autorização do estabelecimento onde será realizado a coleta de dados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo as informações necessárias sobre a pesquisa, porém sem prever campo de autorização a ser assinada pelo responsável do menor participante, conforme prevê os termos da Resolução 196/96 do CNS.</p>	
<b>Parecer:</b> <p>Diante das considerações acima, somos de parecer favorável à aprovação do presente projeto, com a recomendação à pesquisadora de adequar na Folha de Rosto no seu campo “2”, a área a que pertence tal pesquisa (4-Ciências da Saúde – 4.04-Enfermagem) e também fazer constar no TCLE o referido campo de autorização do responsável pelo menor participante como sujeito de pesquisa.</p>	
Situação: <b>APROVADO COM RECOMENDAÇÃO</b>	
CONEP: ( X ) para registro ( ) para análise e parecer      Data: 13/3/2009	
<b>O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em: 30/12/2009</b>	
O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 169ª reunião do COPEP em 13/3/2009.	 Prof. Dra. Ieda Harumi Higarashi Presidente do COPEP

Em suas comunicações com esse Comitê cite o número de registro do seu CAAE.  
Bloco 10 sala 01 – Avenida Colombo, 5790 – CEP: 87020-900 – Maringá - PR  
Fone-Fax: (44) 3261-4444 – e-mail: copep@uem.br