



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DAINE FERREIRA BRAZIL DO NASCIMENTO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CONSUMO DE
BEBIDA ALCOÓLICA EM MULHERES DE UMA COMUNIDADE RURAL**

SALVADOR

2020

DAINE FERREIRA BRAZIL DO NASCIMENTO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CONSUMO DE
BEBIDA ALCOÓLICA EM MULHERES DE UMA COMUNIDADE RURAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa Cuidado à Saúde das Mulheres, Relações de Gênero e Etnicorraciais.
Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Jeane Freitas de Oliveira
Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a. Cláudia Geovana da Silva Pires

SALVADOR

2020

N244

Nascimento, Daine Ferreira Brazil do.

Associação entre fatores sociodemográficos e consumo de bebida alcoólica em mulheres de uma comunidade rural/Daine Ferreira Brazil do Nascimento-Salvador,2020

77 p. : il.

Orientadora: Prof. Dra. Jeane Freitas de Oliveira.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem/Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, 2020.

Inclui referências e anexos.

1. Consumo de bebidas alcoólicas. 2. Alcoolismo. 3. Mulheres.
4. População Rural – Bahia – Brasil. I. Universidade Federal da Bahia. II. Título.

CDU 616-083-055.2

DAINE FERREIRA BRAZIL DO NASCIMENTO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CONSUMO DE
BEBIDA ALCOÓLICA EM MULHERES DE UMA COMUNIDADE RURAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde” na Linha de Pesquisa Cuidado à Saúde das Mulheres, Relações de Gênero e Etnicorraciais.

Aprovada em 14 de dezembro de 2020

BANCA EXAMINADORA

Jeane Freitas de Oliveira – Orientadora



Doutora em Enfermagem - Universidade Federal da Bahia

Professora de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Andreia Silva Rodrigues - Membro externo



Doutora em Enfermagem - Universidade Federal da Bahia

Professora de Enfermagem do Centro Universitário Maurício de Nassau

Ana Carla Carvalho Coelho - Membro interno



Doutora em Enfermagem - Universidade Federal da Bahia

Professora de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Elieusa e Silva Sampaio - Suplente



Doutora em Enfermagem - Universidade Federal da Bahia

Professora de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Dedico esta dissertação a:
Rozinei e Domingos, minha mãe e meu pai,
que me deram a vida e dedicaram-se a mim;
Moisés Ferreira Nascimento, meu companheiro,
que por mim tem cultivado amor, paciência e benignidade;
Elizeu, meu irmão, pelo companheirismo
e por ter me dado meu sobrinho Heitor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, acima de tudo, a Deus, pelo privilégio de realizar mais um sonho.

Agradeço aos meus pais, por terem me possibilitado, mesmo que em meio às muitas adversidades, concretizar esse objetivo.

Ao meu companheiro de vida, pelo suporte, por ser meu alicerce e minha motivação.

Às mulheres da comunidade estudada, por permitirem adentrar em sua intimidade e ouvir suas histórias de vida. Sem o apoio delas, esse sonho não teria se materializado.

Agradeço às Agentes Comunitárias de Saúde, por me acompanharem nessa jornada, por terem apresentado cada mulher, e nos aproximado ainda mais do tão sonhado “n”. Saibam que vocês fazem muita diferença naquela comunidade e o trabalho de vocês é inigualável.

Obrigada às minhas companheiras de jornada, componentes da equipe de pesquisa: Georgiane Mota, Bianca Souza, Laís Ribeiro e Priscilla Porto. Sabemos bem das dificuldades enfrentadas, mas também tivemos momentos de boas risadas e alegrias compartilhadas. Que bom, que pude viver esse processo com vocês.

Às componentes da banca de qualificação e defesa, Professoras Dra. Cláudia Geovana da Silva Pires, Dra. Andreia da Silva Rodrigues, Dra. Dejeane Oliveira, Doutoranda, Msc Daiane Oliveira, Dra. Ana Carla Carvalho Coelho, Dra. Elieusa e Silva Sampaio, pela disponibilidade, maestria e por aceitarem fazer parte dessa etapa tão importante da minha trajetória acadêmica e profissional.

Às(aos) Professoras(es) do Curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem (EE) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), por contribuírem no meu processo de aprendizagem com excelência.

À Direção da EEUFBA, na figura da Prof.^a Dra. Juliana Amaral, pelo apoio, e à então diretora Prof.^a Dra Maria Carolina Machado, pelo apoio, paciência e por ter autorizado a realização da pesquisa.

À direção da Secretaria de Saúde de Camaçari, pela autorização da pesquisa.

Aos servidores da EEUFBA, pela atenção e apoio aos discentes e docentes.

Às(aos) integrantes do Grupo de Pesquisa sobre Sexualidades, Vulnerabilidades, Drogas e Gênero (SVDG), principalmente às líderes Prof.^a Dra. Mirian Santos Paiva e Prof.^a Dra. Jeane Freitas de Oliveira.

A Livia Brito, do Departamento de Estatística do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES), pelo apoio, suporte e aprendizados nas análises de dados, além das muitas risadas e acolhimento.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio financeiro através da bolsa, sobretudo porque foi por meio dela que os materiais acadêmicos foram publicados e as idas aos congressos e demais eventos científicos puderam acontecer.

Às(aos) funcionárias(os) da Unidade de Saúde da Família da comunidade estudada, minha gratidão pela parceria, aprendizados, suporte e paciência.

A todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização desta pesquisa, meu muito obrigada.

RESUMO

NASCIMENTO, D. F. B. **Associação entre fatores sociodemográficos e consumo de bebida alcoólica em mulheres de uma comunidade rural**. 2020. 77 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020.

O objetivo do estudo foi investigar a associação entre fatores sociodemográficos e consumo de bebida alcoólica em mulheres de uma comunidade rural. Estudo transversal, de abordagem quantitativa/descritiva desenvolvido numa comunidade rural localizada no município de Camaçari. Para a coleta dos dados foram aplicados, por meio de entrevista, formulário sociodemográfico e o *Alcohol Use Disorders Identification Test*. Para o processamento dos dados, foram realizadas análises descritivas das características sociodemográficas. Para estimar a contribuição independente de cada variável para a probabilidade dos desfechos relacionados ao consumo de álcool, realizaram-se medidas de associação à análise de regressão logística múltipla. Para análises bivariadas, aplicaram-se os testes Qui-Quadrado de Pearson e/ou Exato de Fisher. As diferenças entre os grupos foram também demonstradas pela *odds ratio*. Adotou-se o nível de significância estatística de 5%. A amostra foi constituída por 259 mulheres. Predominou a faixa etária entre 30 e 49 anos (47,5%), cor autodeclarada preta (89,2%), com crença religiosa (74,5%), companheiro (64,4%), ensino médio completo (53,7%), exercia atividade remunerada (67,6%), recebia menos que um salário mínimo (34,4%), com dependência financeira (64,5%) e residia em casa própria ou cedida (85,3%). Observou-se prevalência de 50,2% do consumo de bebida alcoólica e 56,2% do uso abusivo. Para as medidas de associação, a relação entre idade e uso de bebida alcoólica evidenciou associação estatisticamente significativa entre a faixa etária dos 30 aos 49 anos e a zona de risco I ($p=0,043$), o consumo de bebida alcoólica e renda para a zonas I ($p=0,081$) e zona IV ($p=0,049$). Considerando o uso abusivo de bebida alcoólica, a crença religiosa caracterizou-se como fator de proteção (OR= 0.15; IC 95% -0.07; 0.36). Para o desfecho Zona I, a variável residentes classificou-se como fator de risco (OR= 2.19; 1.10; 4.34), assim como Não “ficar ferida porque bebeu” (OR= 21.7; 5.21; 91.03) e possuir crença religiosa (OR= 8.43; 4.21; 16.88). Para o desfecho Zona II, a crença religiosa classificou-se como fator de proteção (OR= 0.26; 0.13; 0.52). A Zona III, não ficar ferido porque bebeu, estabeleceu-se como fator de proteção (OR= 0,04; 0.00; 0.20) e na Zona IV, a religião constituiu-se em fator de proteção (OR= 0,11; 0.018; 0.713), assim como não ficar ferido porque bebeu (OR= 0.03; 0.005; 0.174). Concluiu-se que fatores sociodemográficos, como faixa etária e renda, estavam associados ao uso e consumo de bebida alcoólica em mulheres de uma comunidade rural e mais da metade da amostra consumia bebida alcoólica e de modo abusivo, entretanto não era um uso dependente.

Palavras-chave: Consumo de Bebidas Alcoólicas. Alcoolismo. Mulheres. População Rural.

ABSTRACT

NASCIMENTO, D. F. B. **Association between sociodemographic factors and alcohol consumption in women at a rural community.** 2020. 77 f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020.

The purpose of the study was to investigate the association between sociodemographic factors and alcohol consumption in women at a rural community. A cross-sectional study, of a quantitative/descriptive approach, developed at a rural community located in the municipality of Camaçari. For data collection, a sociodemographic form and the Alcohol Use Disorders Identification Test were applied. Descriptive analyses of the sociodemographic characteristics were used for processing the data. To estimate the independent contribution of each variable as to the probability of the outcome related to alcohol consumption, measures of association with multiple logistic regression analysis were performed. For bivariate analyses, the Pearson chi-square or Fisher Exact tests were applied. The differences among the groups were also demonstrated using the odds ratio. The level of statistical significance adopted was of 5%. The sample was comprised of 259 women. Predominance was for the age group of between 30 and 49 years (47.5%), self-declared as black (89.2%), with religious belief (74.5%), with partner (64.4%), complete secondary education (53,7%), remunerated activity (67.6%), receiving under one minimum wage (34.4%), financially dependent (64.5%) and living in own or ceded residence (85.3%). Prevalence was observed of 50.2% in alcoholic consumption, and of 56.2% of abusive usage. For measures of association, the relationship between age and use of alcoholic beverages evidenced the statistically significant association between the age group of 30 to 49 years and risk zone I ($p=0.043$), the consumption of alcoholic beverages and income for Zone I ($p=0.081$) and Zone IV ($p=0.049$). Considering the abusive use of alcoholic beverages, religious belief was characterized as a protection factor (OR= 0.15; CI 95% -0.07; 0.36). For the Zone I outcome, the resident variable was classified as a risk factor (OR= 2.19; 1.10; 4.34), as well as getting hurt due to having consumed alcohol (OR= 21.7; 5.21; 91.03) and having religious belief (OR= 8.43; 4.21; 16.88). For the Zone II outcome, religious belief was classified as a protection factor (OR= 0.26; 0.13; 0.52). Zone III, not getting injured after having consumed alcohol, is established as a protection factor (OR= 0.04; 0.00; 0.20) and in Zone IV, religion is established as a protection factor (OR= 0.11; 0.018; 0.713), as well as not getting injured after having consumed alcohol (OR= 0.03; 0.005; 0.174). The conclusion reached is that sociodemographic factors, such as age group and income, were associated to the use and consumption of alcoholic beverages in women at a rural community and over half of the sample consumed alcohol and in an abusive manner, however, not dependent use.

Keywords: Consumption of alcoholic beverages. Alcoholism. Women. Rural Population.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa de Camaçari	34
Figura 2 – Vista aérea da cidade de Camaçari	34
Fluxograma 1 – Coleta e análise dos dados	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e econômica de mulheres que vivem em uma comunidade rural do município de Camaçari. Camaçari, BA, Brasil, 2019-2020	42
Tabela 2 – Padrão do consumo de bebidas alcoólicas por mulheres que vivem em uma comunidade rural do município de Camaçari. Camaçari, BA, Brasil, 2019-2020	43
Tabela 3 – Sintomas de dependência de bebidas alcoólicas por mulheres que vivem em uma comunidade rural do município de Camaçari. Camaçari, BA, Brasil, 2019- 2020	44
Tabela 4 – Associação entre fatores sociodemográficos e consumo de bebidas alcoólicas em mulheres que vivem em uma comunidade rural do município de Camaçari. Camaçari, BA, Brasil, 2019-2020	45
Tabela 5 – Regressão Logística Múltipla entre número de residentes, crença religiosa, Ferido porque bebeu e a Zona I	48
Tabela 6 – Regressão Logística Múltipla entre crença religiosa, ferido porque bebeu e Zona IV	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitárias de Saúde
AIC	Critério de Informação de Akaike
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
COFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAD	Política Nacional Antidrogas
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
RD	Redução de Danos
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SE	Erro Padrão
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SPA	Substância Psicoativa
SPSS	<i>Statistical Package of Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SVDG	Grupo de Pesquisa sobre Sexualidades, Vulnerabilidades, Drogas e Gênero
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNODOC *United Nations Office on Drugs and Crime* (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime)

USF Unidade de Saúde da Família

VIGITEL Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	ASPECTOS GERAIS SOBRE BEBIDA ALCOÓLICA	19
2.2	POLÍTICA NACIONAL SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E A REDUÇÃO DE DANOS NO CENÁRIO BRASILEIRO	21
2.3	USO/ABUSO DE BEBIDA ALCOÓLICA ENTRE MULHERES: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, SOCIAIS E DE SAÚDE	23
2.4	CUIDADO COM A SAÚDE DE MULHERES EM USO/ABUSO DE BEBIDA ALCOÓLICA	27
2.5	CENÁRIO RURAL E USO/ABUSO DE BEBIDA ALCOÓLICA	29
3	MÉTODO	33
3.1	TIPO DE ESTUDO	33
3.2	LÓCUS	34
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	35
3.4	COLETA DE DADOS	36
3.4.1	Instrumentos	36
3.4.2	Teste do instrumento de coleta de dados	38
3.5	DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS	38
3.5.1	Variáveis sociodemográficas	39
3.5.2	Variáveis relacionadas à frequência e quantidade do consumo de bebida alcoólica	39
3.6	ANÁLISE DOS DADOS	39
3.7	PRECEITOS ÉTICOS	40
4	RESULTADOS	42
5	DISCUSSÃO	50
6	CONCLUSÃO	55
	REFERÊNCIAS	57
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	65

ANEXO A – Formulário comportamento sexual e reprodutivo	67
ANEXO B – AUDIT (<i>Alcohol use disorders identification test</i>)	71
ANEXO C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	73

1 INTRODUÇÃO

O consumo de bebida alcoólica, assim como de outras Substâncias Psicoativas (SPA), configura um problema social e de saúde de ordem mundial, que afeta indiscriminadamente pessoas de todas as cores, etnias, classes sociais, escolaridades, idades, ocupações e os gêneros. Em se tratando do público feminino, o consumo e/ou participação na produção e no comércio de drogas é marcado por preconceitos e estigmas que vulnerabilizam as mulheres quanto aos riscos e agravos que afetam a saúde física, mental e social (OLIVEIRA; MCCALLUM; COSTA, 2010; SOUZA; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2014).

Segundo dados da Organización Panamericana de la Salud (2015), a bebida alcoólica é a substância mais consumida em todo o mundo, com aumento significativo do uso abusivo entre mulheres e homens no ano de 2015. Nesse contexto, o Brasil ocupa o quarto lugar, antecedido pelos Estados Unidos da América, Chile e Argentina. O referido documento assinala ainda que as mulheres brasileiras têm ingerido em média 4,2 litros de bebida alcoólica, ficando, assim, na sétima posição do *ranking* de países que mais consomem esse tipo de substância, segundo gênero.

O consumo de bebida alcoólica e de outras SPA por mulheres está relacionado a fatores como faixa etária precoce (17 a 33 anos), raça/cor, baixa renda, baixa escolaridade, ter companheiro, baixa inserção no mercado de trabalho, conflitos intrafamiliares e uso e tráfico de drogas por companheiros e parentes (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013).

Dados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) revelaram aumento do consumo de bebida alcoólica em 2013, visto que 16,4% da população com 18 anos ou mais fazia uso abusivo da substância. Já em 2018, novos dados foram divulgados com ênfase no consumo de bebida alcoólica entre mulheres, observando-se prevalência de 11% (BRASIL, 2014, 2019a). A média de consumo de bebida alcoólica por mulheres tem aumentado ao longo dos anos, como constatou estudo realizado por Veloso e Monteiro (2019), em que a taxa de prevalência encontrada foi de 50,1%, resultado maior do que a média nacional (50% em 2012), enquanto que, em 2006 e 2012, os percentuais corresponderam, respectivamente, a 41,0% e 38,0%.

O consumo de bebida alcoólica tem sido apontado em dados epidemiológicos mundiais como causador de mortes, dentre as quais 21% estão relacionadas a distúrbios digestórios, 19% atrelados à doenças cardiovasculares e 28% às lesões provenientes de acidentes de trânsito, bem como autolesão e violências interpessoais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Importante destacar que o consumo de bebida alcoólica por mulheres, primordialmente no período gravídico, apresenta impactos, porquanto a substância atravessa a barreira placentária e prejudica, sobremaneira, o feto, que possui metabolismo e mecanismos de desintoxicação mais lentos que os de um indivíduo adulto. Não há consenso sobre a quantidade segura de álcool que poderia ser ingerida durante a gestação. Admite-se, portanto, que baixos níveis de exposição pré-natal podem afetar negativamente o desenvolvimento embrionário (BAPTISTA *et al.*, 2017). Nesse período da vida da mulher, são observadas alterações físicas, psicológicas, hormonais e sociais que podem conduzir, inclusive, a uma condição de maior susceptibilidade a agravos que, atrelado ao consumo de bebida alcoólica e outras drogas, repercutirá diretamente na experiência materna e na relação mãe-feto (PORTO *et al.*, 2018).

Globalmente, estima-se que 237 milhões de homens e 46 milhões de mulheres sofram com transtornos relacionados ao consumo de bebida alcoólica. No continente europeu, observam-se prevalências de 14,8% e 3,5% para homens e mulheres, respectivamente. Já no continente americano, verifica-se leve aumento do percentual entre mulheres, visto que estas representam 5,1% e homens, 11,5% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Estimativas apontam que o cenário pandêmico de isolamento tenha concorrido também para o aumento de sintomas de transtornos de pânico e ansiedade, depressão e outros transtornos mentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

A condição feminina associada às características sociodemográficas – idade, raça/cor, baixa renda, escolaridade e local de moradia – estabelece situações de desigualdade e, conseqüentemente, amplia a vulnerabilidade das mulheres para muitos agravos, sobretudo para o consumo de SPA, dentre elas a bebida alcoólica. Essa vulnerabilidade expressa-se nos casos de violência interpessoal. O consumo de bebida alcoólica tem relação direta com violência conjugal e familiar, proporcionando o aumento do consumo pelas mulheres como uma forma de enfrentamento (GOMES *et al.*, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Atrelado às questões relativas ao uso/abuso de bebida alcoólica, importante salientar o momento que a população mundial está vivenciando relacionado à Covid-19. Visando desacelerar a propagação do vírus, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem feito a recomendação do distanciamento físico, bem como de bares, boates, cassinos, restaurantes e outros lugares onde haja consumo de bebida alcoólica, inclusive em domicílio, fato que obviamente favorece o risco de transmissibilidade viral. Essa recomendação é considerada uma

estratégia para reduzir o consumo de bebida alcoólica e melhorar a saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

O interesse em investigar o consumo de bebida alcoólica em mulheres de comunidades rurais está ligado à minha trajetória de vida. Nasci e morei, até início da fase juvenil, em um assentamento rural marcado pela pobreza, por dificuldade de acesso a serviços de saúde e educação e, ainda, pelo consumo de substâncias psicoativas, sobretudo bebida alcoólica, com uso abusivo por familiares. Ter contato com a população do estudo fez-me reviver inúmeras situações atreladas às diversas dificuldades decorrentes de residir nesse contexto. O isolamento geográfico é um fator que limita o acesso aos mais diversos recursos de saúde, educação e lazer, uma vez que a cobertura de políticas públicas é escassa, a distância inviabiliza o acesso à educação adequada – sendo necessário transporte público muitas vezes inseguro – e o lazer é considerado um luxo, visto que o mínimo não é ofertado.

O meio rural tem demarcado articulação com o urbano, visto que vem assumindo características próprias que não se limitam às questões de ordem geográfica, modo de vida, economia e atividades produzidas e desenvolvidas (AQUINO, 2014; SANTOS, R., 2017). Nesse processo de novas configurações, hábitos urbanos começam a fazer parte do contexto rural, a exemplo do consumo de bebida alcoólica e outras SPA, que vêm tomando cada vez mais espaço (SANTOS, R., 2017).

Esse cenário é marcado pela pobreza, invisibilidade e dificuldade de cobertura de políticas públicas, especialmente nas regiões mais pobres do país, além de desigualdades de gênero e péssimas condições de vida das mulheres (HEREDIA; CINTRÃO, 2006; XIMENES *et al.*, 2016). Nesse cenário, de modo geral, as mulheres produzem sua própria subsistência, por meio de seu trabalho na agricultura familiar. Elas carregam também, entre outras, características de pequenas produtoras, quilombolas, pescadoras, ribeirinhas, indígenas, mulheres extrativistas, assentadas de Reforma Agrária (FILIPAK, 2017).

Brumer (2004) argumenta que, dentre as diversas funções que as mulheres rurais desempenham, consideradas leves popularmente, por vezes são tidas como secundárias pelos próprios membros da família. Além disso, sua autonomia restringe-se à alimentação e educação dos filhos, pois todo o processo decisório referente aos investimentos e aos recursos da família é desenvolvido pelo homem. Filipak (2017) também reitera que as mulheres rurais estão subjugadas, pois, apesar de desempenharem diversas funções no ambiente doméstico e trabalharem na agricultura, possuem suas vozes anuladas nas questões e decisões familiares. Nesse contexto, o consumo de bebida alcoólica foi apontado por Bortolotto *et al.* (2018) como um dos indicadores da baixa qualidade de vida de mulheres rurais.

Diante da escassez de publicações acerca da temática das drogas entre mulheres de comunidades rurais, sobretudo o uso de bebida alcoólica e, ainda, da magnitude da problemática das drogas, da invisibilidade da população rural e suas diversas dificuldades, foi elaborada a seguinte questão de investigação: Existe associação entre fatores sociodemográficos e consumo de bebida alcoólica em mulheres de uma comunidade rural?

O objetivo geral, estabelecido para responder à pergunta de pesquisa, foi investigar a associação entre fatores sociodemográficos e consumo de bebida alcoólica em mulheres de uma comunidade rural. Os objetivos específicos foram assim enunciados: descrever as características sociodemográficas das participantes do estudo e identificar as zonas de consumo de bebida alcoólica das mulheres investigadas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Compreender o fenômeno da bebida alcoólica em diversos contextos requer debruçar-se e aprofundar discussões que possibilitarão clareza de pensamento e raciocínio para observar que diversas são as esferas e cenários nos quais a substância está inserida. Importante considerar que ela mantém-se presente desde os primórdios da humanidade.

Considerando o objeto deste estudo – fatores associados ao consumo de bebida alcoólica entre mulheres de uma comunidade rural – e os objetivos (geral e específicos) propostos, neste capítulo são apresentados aspectos gerais da bebida alcoólica, bem como seu processo histórico e cultural, a política nacional executada, incluindo a redução de danos, e o papel de profissionais de saúde no cuidado às mulheres que fazem uso da substância. Também foram abordados dados epidemiológicos, sociais e de saúde sobre a questão do consumo de bebida alcoólica no âmbito nacional e internacional com ênfase na população feminina e para a comunidade rural.

A construção deste referencial teórico não prescindiu da leitura de manuais do Ministério da Saúde, decretos presidenciais, leis e uma revisão de literatura nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) Brasil, BVS Regional, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), PubMed, Cochrane, google acadêmico e o Catálogo de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Importante salientar que as buscas ocorreram no dia 16 de setembro de 2019, com a utilização dos descritores “Mulher e álcool” e o operador booleano “AND”. Empregou-se como critério de inclusão ser um estudo com mulheres, em idade fértil e com envolvimento direto com álcool. Os seguintes filtros foram inseridos: texto completo, intervalo de 5 anos, idioma português, inglês e espanhol.

Após busca inicial nas bases de dados supracitadas, foram encontrados 337 artigos na BVS Brasil, 455 artigos na BVS Regional, 43 artigos no SciELO, 3 artigos no PubMed, nenhum artigo no Cochrane, 16.500 resultados no google acadêmico. No Catálogo de teses e dissertações da CAPES, entre os anos de 2015 e 2018, foram encontrados 110 resultados.

Posteriormente no dia 15 de abril de 2020, nas mesmas bases de dados, fez-se nova busca com o descritor “consumo de bebida alcóolica”. Empregou-se também como critério de inclusão ser estudo com mulheres, em idade fértil e com envolvimento direto com álcool, inserindo igualmente os seguintes filtros: texto completo, intervalo de 5 anos, idioma português, inglês e espanhol. A busca também foi realizada utilizando-se descritores em inglês, para ampliação do alcance e obtenção de dados mais abrangentes. Logo, em cada uma

das bases, os descritores em inglês foram cruzados com idade, escolaridade, estado civil, gênero, mulher, renda, raça, religião, moradia e população rural, resultando em maior variedade de materiais científicos, a exemplo de artigos, teses e dissertações.

2.1 ASPECTOS GERAIS SOBRE BEBIDA ALCOÓLICA

Para dar início às discussões sobre o consumo de bebida alcoólica, é necessário conceituar e compreender o mecanismo fisiológico no organismo humano e suas implicações sistemáticas, além de identificar seu processo histórico. A bebida alcoólica caracteriza-se como uma SPA, sobretudo porque essas substâncias são capazes de produzir alterações nas sensações e nos graus de consciência, além de provocar mudanças comportamentais e químicas. No entanto, essas mudanças variam de acordo com as características da pessoa que está utilizando, o tipo de substância em uso, a quantidade, o efeito esperado e as circunstâncias nas quais é consumida (BRASIL, 2017b).

As SPAs, de maneira geral, são classificadas em depressoras, estimulantes e perturbadoras da atividade do Sistema Nervoso Central (SNC), uma vez que diminuem a atividade e o funcionamento do cérebro, exercendo efeito depressor. Dentro deste grupo, podem ser classificadas a bebida alcoólica, os hipnóticos, ansiolíticos, opiáceos ou narcóticos e inalantes ou solventes; as SPAs estimulantes atuam no aumento da atividade, a exemplo das anfetaminas e cocaína; há ainda as SPAs consideradas perturbadoras, visto que o cérebro passa a funcionar fora do seu estado normal. Estas podem ser de origem vegetal (Mescalina, THC da maconha, Psilocibina de certo tipo de cogumelo e Lírio) e de origem sintética, a exemplo do LSD-25, êxtase e Anticolinérgicos (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2012).

A ingestão de bebida alcoólica, substância considerada depressora do SNC, para o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) da Universidade Federal de São Paulo, provoca efeitos dicotômicos. Estes variam de uma repercussão estimulante, que ocorre na primeira fase da ingestão da substância, em que a pessoa fica eufórica, desinibida e eloquente, a uma repercussão depressora, classificada como segunda fase, uma vez que pode sobrevir falta de coordenação motora, descontrole, sono, chegando a provocar até mesmo, em casos de exagero, um estado de coma e o enrubecimento da face, dor de cabeça e mal-estar geral, a depender do metabolismo da pessoa que a ingeriu (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2012).

A bebida alcoólica exerce ação sobre o cérebro, alterando as funções químicas, especificamente no sistema límbico, região responsável pelas sensações, emoções e prazer. Exerce influência no SNC, ao ativar o sistema de recompensa cerebral, concebido como o circuito do prazer, uma vez que, nessa região tegumentar, são criados impulsos elétricos após o uso de substâncias de abuso, que estimulam o chamado núcleo *accumbens* e córtex pré-frontal, responsável pelo comportamento humano. Durante o uso de SPA, é criada uma dinâmica neural com a produção e liberação de dopamina, hormônio neurotransmissor cerebral, por meio do sistema de recompensa (TEIXEIRA, 2014). Cabe, então, conhecer o seu processo histórico-cultural, além do seu mecanismo de ação.

Desde a Pré-História, o uso de plantas para finalidades terapêuticas, espirituais e diversão já era um hábito praticado pelo ser humano. Esse uso, entretanto, tinha como consequência alterações do nível de consciência e do metabolismo (SANTOS, R., 2017).

Descobertas antropológicas de povos com o mínimo de organização social e de agricultura primitiva, com atividade de domesticação de animais, mostraram que o uso da bebida alcóolica já aparecia como produto natural desse período neolítico. Desse modo, o consumo de bebida fermentada com baixo teor alcoólico, como vinho e cerveja, ocorre há milhares de anos, datados inicialmente há cerca de 6 mil anos no antigo Egito e Babilônia (LIMA, 2008).

Teixeira (2014) esclarece que o uso abusivo de bebida alcoólica já era realizado entre camponeses e escravos. Desde aquele período, as pessoas eram consideradas alcoolistas. Outro contexto de uso era na Grécia antiga, na qual existia o hidromel. Esta bebida, obtida com o mel fermentado e diluído em água, era muito utilizada em rituais religiosos e festividades, inclusive Dionísio, o deus da embriaguez, que passou a ser tratado como Baco após o domínio romano.

Para a civilização sumeriana, o vinho era tido como bebida das divindades. Há 3.000 anos a.C., a videira, considerada árvore da vida, era integrada aos ritos religiosos. Essa época também era referenciada pelo comércio do vinho como moeda de troca e até mesmo como salário. Na perspectiva comercial da Idade Média, a cultura da uva era reflexo do crescimento das relações comerciais de produtos agrícolas. Com isso, a bebida passou a ser referência cultural e comunitária, reafirmando-se como produto das relações interpessoais e regionais (LIMA, 2008).

Desse modo, o uso de bebida alcoólica pelas pessoas já era considerado abusivo desde os primórdios da humanidade. Como o mesmo ocorre nos tempos atuais, tornou-se vital o surgimento de políticas nacionais sobre álcool e outras drogas, bem como a redução de danos,

para possibilitar medidas e estratégias de redução do consumo abusivo de bebida alcoólica e outras SPA. A próxima seção abordará as políticas no cenário brasileiro.

2.2 POLÍTICA NACIONAL SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E A REDUÇÃO DE DANOS NO CENÁRIO BRASILEIRO

A partir de 1998, com o intuito de reduzir oferta e demanda de drogas no Brasil, foi iniciada a construção de uma política nacional em que se discutiram princípios e diretrizes. Nesse momento, o então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) foi criada. A primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD) do país foi criada pelo Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, atualizada em 2004, devido à necessidade de realinhá-la por conta dos processos sociais, políticos e econômicos que o Brasil e o mundo vivenciavam. Em 2008, pela edição da Lei nº 11.754, o Conselho Nacional Antidrogas passou a se chamar Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) e a Secretaria Nacional Antidrogas alterou o nome para Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Com isso, ao invés de política antidrogas, passou-se a pensar em políticas sobre drogas (BRASIL, 2017a).

Segundo informações do Portal do governo brasileiro, por meio do Ministério da Justiça e Segurança Pública, em 2006, com o intuito de determinar medidas de prevenção do uso indevido, possibilitar atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, foi instituído o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), por meio da Lei nº 11.343/2006 que revogou as Leis nº 6.368/1976 e nº 10.409/2002, particularizando a figura do traficante e a do usuário/dependente, que passaram a ser tratados de maneira diferenciada (BRASIL, 2017a). Recentemente, a política sofreu nova edição pelo Decreto nº 9.761/2019, que promove ajustes na Governança da PNAD e revoga o Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002 (BRASIL, 2019c).

Essa nova edição da PNAD traz mudanças significativas para a comunidade usuária de SPA, uma vez que prevê o fortalecimento das medidas de abstinência e deixa de aplicar as estratégias de redução de danos por meio da consolidação das comunidades terapêuticas. Incentiva, inclusive, uma posição contrária à legalização das drogas, sendo uma decisão

contruída entre os Ministérios da Cidadania, da Saúde, da Justiça e Segurança Pública, dos Direitos Humanos, da Família e Mulher (BRASIL, 2019c).

Nessa perspectiva, a proposta da Redução de Danos (RD) surgiu para atender essas necessidades de indivíduos usuários de bebida alcoólica e outras drogas (BRASIL, 2016). No Reino Unido, em 1926, buscou-se estabelecer medidas de RD para que os usuários dependentes de opioides obtivessem a substância mediante prescrição médica, uma vez que era utilizada para acompanhamento da abstinência, por meio de doses mínimas diárias para fins terapêuticos. Esta estratégia foi bem recebida e tornou-se uma prática relevante e indispensável para os usuários, inclusive foi considerada prioridade nos serviços de saúde. Já na Holanda, em 1984, a RD foi usada para controlar epidemias de hepatites B e C e da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (TISOTT *et al.*, 2015).

Em se tratando das primeiras práticas realizadas no Brasil, em 1989, esse trabalho teve início na cidade de Santos (SP), com a ideia inicial de evitar o compartilhamento de seringas entre usuários de drogas injetáveis, na tentativa de prevenir a transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Estas ações, estritamente associadas aos programas de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), passaram a integrar as políticas do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas apenas em 2003 (SILVEIRA, 2016).

No ano de 2006, a Lei de Drogas nº 6.368/1976 deu lugar à Lei nº 11.343, que instituiu práticas de atenção aos usuários e dependentes de álcool e outras drogas bem como aos seus familiares, visando ofertar qualidade e melhoria de vida para esta população, além da redução de danos inerente ao uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2006).

A SENAD disponibiliza materiais didáticos e interativos que discutem fatores relevantes para o entendimento da estratégia de RD. Pontua, inclusive, que, apesar de socialmente a proibição de diversas SPA estar vinculada ao grau de periculosidade, sua condição de legalidade ou ilegalidade não se associa à ausência ou presença de riscos. No caso do álcool, por exemplo, é uma droga lícita e pode provocar dependência e até mesmo morte. Do mesmo modo a nicotina, opioides (morfina, codeína e meperidina) e benzodiazepínicos. Opondo-se aos que propõem as práticas proibicionistas, que estimulam estratégias de “guerra às drogas”, a SENAD, por entender que o propósito é a preservação da vida, implementa princípios práticos de tolerância e compreensão, uma vez que concebe que o

usuário de SPA que faz uso abusivo precisa ter acesso os serviços de saúde, principalmente as pessoas que permanecem fazendo uso da substância após tratamento.

Na sequência, será visto como a prática do uso de bebida alcoólica, principalmente o abusivo, afeta a saúde das mulheres.

2.3 USO/ABUSO DE BEBIDA ALCOÓLICA ENTRE MULHERES: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, SOCIAIS E DE SAÚDE

O consumo de substâncias psicoativas tem se tornado um problema de ordem social e de saúde, afetando indiscriminadamente todas as pessoas, independente de cor, gênero, classe social ou escolaridade. O Relatório Mundial sobre Drogas da *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODOC) estimou que 271 milhões de pessoas, com idade entre 15 e 64 anos, usaram drogas no ano de 2016. Avalia ainda que, em 2018, 31 milhões de pessoas sofreram com transtornos relacionados ao consumo de drogas. Nesse cenário, o Brasil, junto com a OMS, segue desenvolvendo ações políticas, sociais e econômicas para produzir conhecimento sobre drogas, ampliando discussões na esfera nacional, com novas estratégias e atores instituídos (SOCCOL *et al.*, 2018; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2019).

O consumo de bebida alcoólica e outras drogas passa por um processo classificatório que pode ser assim descrito: uso experimental é aquele no qual a pessoa prova e, em seguida, perde o interesse por repetir a experiência; uso ocasional, em que a utilização ocorre apenas quando disponível ou em ambiente favorável; uso habitual, quando frequente sem, contudo, haver perda de controle quanto ao consumo nem ruptura afetiva, social ou profissional; uso recreativo sem dependência ou problemas relacionados, controlado, com manutenção do uso regular, porém não compulsivo e sem interferências; uso social, em que há companhia de outras pessoas, algo socialmente aceitável; uso em *bingue*, categorizado como o consumo em grandes quantidades da substância num curto período de tempo; uso em escalada, em que o consumo passa de leve para pesado ou, ainda, quando passa do esporádico para o frequente; o consumo poliusuário, quando a pessoa utiliza várias substâncias simultaneamente. Há também a fase caracterizada como tolerância, em que o organismo acostuma-se e há necessidade de aumentar a dose da substância; e a *overdose*, com dose excessiva de uma droga implicando efeitos físicos e psíquicos, podendo levar à morte respiratória ou cardíaca (BRASIL, 2017a).

O consumo abusivo de bebida alcoólica e outras drogas é nocivo e causa prejuízos físicos, mentais, emocionais e de saúde, interferindo diretamente nas relações sociais, familiares, profissionais e estudantis, podendo ocasionar dependência. Esta é identificada por meio de diagnóstico, visto que apresenta sintomas no período de um, três ou mais anos. Cita-se como exemplos o forte desejo ou compulsão de uso da substância, dificuldade de controle, abstinência fisiológica, evidência de tolerância, abandono progressivo de prazeres alternativos devido ao consumo, aumento da quantidade de tempo para a utilização e obtenção da substância ou recuperação dos efeitos e persistência no consumo, mesmo com efeitos prejudiciais visíveis (BRASIL, 2017b; SOCCOL *et al.*, 2018).

Além disso, o consumo abusivo de bebida alcoólica caracteriza-se pela ingestão de mais de quatro doses por mulheres e cinco ou mais para homens, em uma mesma ocasião. De modo geral, o consumo abusivo é pontual e esporádico, diferente da dependência, que implica na falta de controle do impulso para o consumo de drogas, de forma repetitiva em busca de prazer. Vale ressaltar que a dependência é uma doença cujo diagnóstico requer avaliação criteriosa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). A prevalência nacional do consumo abusivo de bebidas alcoólicas por mulheres, estimada para o ano de 2018, foi de 11%, com destaque para a cidade de Salvador, na Bahia, que apontou maior frequência. Em se tratando do sexo, para mulheres e homens, esse consumo tende a diminuir a partir dos 35 anos e aumentar com os níveis de escolaridade (BRASIL, 2019a).

O consumo de álcool por mulheres está atrelado a fatores socioculturais e individuais. São descritos como elementos motivadores desse uso: faixa etária precoce, baixa inserção no mercado de trabalho, baixa escolaridade, fraco vínculo afetivo, uso de drogas no ambiente familiar ou em grupos de amigos (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013).

Atualmente, o consumo de bebida alcoólica e outras drogas é predominante entre o público masculino, contudo dados nacionais e internacionais revelam diminuição da diferença entre homens e mulheres. Mudanças no estilo de vida da população feminina, reflexo de conquistas sociais nas últimas décadas, como, por exemplo, educação, trabalho e renda, produziram sobrecarga de responsabilidades e contribuíram para o aumento do consumo de bebida alcoólica e outras drogas. Desse modo, a cada três pessoas que fazem uso de alguma substância psicoativa, uma é mulher (SILVA; MONTEIRO, 2020; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2020).

O número de mulheres que fazem uso de SPA lícitas ou ilícitas tem registrado crescimento, embora o consumo masculino ainda seja maior. Este caracteriza-se como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde e incapacidades,

contribuindo para três milhões de mortes por ano, em todo o mundo. Representa 5,1% da morbidade em países de baixa, média e alta renda. Além de alterar, inclusive, o metabolismo, torna-as mais sensíveis e vulneráveis aos efeitos do consumo dessas substâncias (PORTO *et al.*, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Aspectos sociais e de saúde oriundos do consumo de bebida alcoólica por mulheres refletem-se na elevação da tendência de comportamentos violentos e impulsivos. Obviamente, não são inerentes apenas ao universo feminino, entretanto esses comportamentos podem determinar a ocorrência de morbidades e mortalidades por causas violentas. Em tal caso, as mulheres são mais passíveis de desenvolverem relações conflituosas, aumentando a possibilidade de sofrerem episódios de violência. Além disso, os efeitos na saúde consequentes da dependência podem gerar problemas pulmonares, maior suscetibilidade ao HIV, Hepatites, mortalidade, degradação física e psicológica, diminuição da qualidade de vida, isolamento social, marginalização, rompimento de laços afetivos com a família, medo coletivo, além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde (VELOSO; MONTEIRO, 2019).

Embora mais pessoas usem bebida alcoólica e outras drogas nos países em desenvolvimento, em especial as mais ricas, são os economicamente desfavorecidos que possuem maior prevalência de distúrbios relacionados ao uso, sobretudo porque o nível de rendimento também está relacionado com insegurança alimentar, consumo de drogas e risco de desordem, elementos que se relacionam intimamente com a saúde do indivíduo (PRYOR *et al.*, 2016; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2019).

Desse modo, é importante salientar a influência de fatores sociodemográficos para o consumo de bebidas alcoólicas, como escolaridade, acesso à saúde de qualidade, renda, sobrecarga de trabalho, sobretudo para as mulheres (SILVA; MONTEIRO, 2020; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2020).

Como exemplo, cita-se resultado de investigação realizada na cidade de Teresina, em que mulheres que frequentavam a unidade de saúde da cidade referiram consumir bebidas alcoólicas. A análise desses dados mostrou uma prevalência de 50,1%, resultado maior do que a média nacional, visto que, nas cinco regiões brasileiras, a prevalência do consumo de álcool entre mulheres, nos últimos 12 meses, foi de 41,0% em 2006 e 38,0% em 2012 (VELOSO; MONTEIRO, 2019). Associado a isso, Andrews-Chavez *et al.* (2015) encontraram resultado correlato com mulheres portorriquenhas que viviam nos Estados Unidos, ao identificarem que 25,0% declararam-se ex-bebedoras. Quando perguntadas sobre o consumo atual de bebidas

alcoólicas, 35,0% responderam positivamente, mas, destas, 27% eram bebedoras moderadas e 8%, bebedoras pesadas.

Mesmo que o envolvimento com as drogas seja considerado parte da conduta masculina, muitas mulheres têm se tornado comerciantes de drogas, o que vem elevando as taxas de encarceramento decorrentes de crimes associados ao tráfico (SOUZA; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2014). Esse encarceramento tem impacto social significativo, uma vez que a população carcerária feminina, em todo território brasileiro, cresceu 445% entre os anos de 2000 e 2016. São mulheres jovens, economicamente ativas e majoritariamente negras (BRASIL, 2017c). Fato semelhante foi visualizado por Cortina (2015) em estudo que encontrou fatores correlacionados, uma vez que, dentre as mulheres que estavam aprisionadas, 66% encontravam-se desempregadas no momento da prisão. Além disso, 60% possuíam baixo grau de escolaridade, 51% eram solteiras, 91% tinham filhos e 77% relataram histórico de abuso de drogas em algum momento da vida.

Socialmente, existem reservas quanto à imagem da mulher usuária de álcool e outras drogas, principalmente pelo fato de descumprir padrões comportamentais esperados para o universo feminino e pelo comportamento abusivo relacionado ao uso da SPA. Isso porque, diante de uma construção social preestabelecida, o meio compreende que esses comportamentos são desviantes do papel feminino de mulher boa e virtuosa (MEDEIROS; MACIEL; SOUSA, 2017).

Arelado a isso, tem-se discutido, ao longo da história, que características atribuídas a homens e mulheres foram construídas por meio de processos hierarquizados de poder e gênero que até hoje são valorizados na sociedade. Essas características associam às mulheres um imaginário de que, comparadas aos homens, são mais frágeis, afetivas, passivas, limitadas ao ambiente doméstico, com papéis prioritários de cuidado materno e familiar. Além disso, são enquadradas num paradigma de ideal feminino que, não se adequar a esses elementos leva-as a sofrerem depreciações ligadas às desigualdades de gênero. No caso das usuárias de SPA, as atitudes preconceituosas e de exclusão social a que são submetidas agravam ainda mais a sua condição (FERREIRA, 2013; MEDEIROS *et al.*, 2015).

Estudos apontam que a mulher é considerada um ser vulnerável, tendo em vista que o sexo, a idade, o modo de vida, o nível de conhecimento, a capacidade de enfrentamento de agravos, a saúde, a cultura, a relação de gênero, bem como o acesso às políticas e aos serviços de saúde são considerados fatores que podem ou não agravar esse quadro de susceptibilidade. A sua figura é ainda mais fragilizada pela ação da mídia que, enquanto equipamento social de amplo alcance e poder, atua na difusão de significação e interpretação do mundo,

influenciando nos modos de viver e pensar dos indivíduos, em diferentes contextos sociais. Essa mesma mídia reforça as representações sociais do senso comum, oferecendo uma imagem constituída da mulher que não está de acordo com a imagem das pessoas usuárias de drogas e/ou participantes do tráfico. Com isso, contribui para a invisibilidade dessas mulheres, agravando ainda mais suas condições de saúde e sociais (PORTO *et al.*, 2018; SOUZA; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2014).

A vulnerabilidade da mulher revela-se no contexto referido pela OMS, que revela o aumento dos casos de violência doméstica/conjugal. Essa instituição orienta que, se a vítima estiver em confinamento com o agressor durante o isolamento domiciliar, precisa ter um plano de segurança, caso a situação piore. Além disso, é necessário que tenha um vizinho, amigo, parente ou abrigo para procurar, caso precise sair de casa imediatamente. Tentar entrar em contato com membros da família e/ou amigos solidários é uma boa estratégia, além de buscar ajuda de uma linha de atendimento ou serviços locais para sobreviventes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Essa construção social dos papéis atribuídos à mulher permeia o universo feminino em todas as suas fases, uma vez que ela faz uso de SPA, inclusive na gestação, período que requer cuidados. A associação de gestação e consumo de drogas potencializa e susceptibiliza a condição de vulnerabilidade da gestante, visto que altera as funções biológicas, tendo como consequência malformações congênitas e parto prematuro, condições evidenciadas por Porto *et al.* (2018). No estudo realizado por esses autores fatores associados a essa vulnerabilidade estão atrelados ao uso de SPA na gestação, encontrando-se correlações entre raça/cor, uma vez que a mulher negra, além da desigualdade de gênero, sofre com o racismo, o desemprego – que se torna uma fator motivador para esse consumo –, a renda, a escolaridade, a condição de moradia, bem como o ambiente e o contexto familiar.

2.4 CUIDADO COM A SAÚDE DE MULHERES EM USO/ABUSO DE BEBIDA ALCOÓLICA

No Brasil há estimativas de que o número de mulheres seja de aproximadamente 103,5 milhões, o que corresponde a cerca de 51,0% da população brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013). No entanto, apesar de representarem um número significativo em relação à população masculina, as mulheres experienciam condições de desigualdade, a exemplo das duplas ou triplas jornadas de trabalho e menor acesso aos espaços de decisão. Portanto, são as mais afetadas pelo sucateamento de

serviços e políticas sociais, menores salários e subempregos (TAVARES; ANDRADE; SILVA, 2009).

Esses contextos, apontados como adoecedores, refletem a necessidade de observar-se a saúde das mulheres, especificamente das que vivem nas zonas rurais, considerando que o uso de bebida alcoólica, em muitos casos, advém de uma condição de enfrentamento do modo de vida e as adversidades relacionadas. Desse modo, o consumo das SPAs ainda é passível de estigmatização e distanciamento no meio social, estimulando o descuido na área da saúde. Isso se reflete diretamente no cuidado prestado aos usuários de serviços de saúde pelos profissionais. Estes vivenciam experiências que resultam em sentimentos dicotômicos em relação às pessoas usuárias de bebida alcoólica e outras drogas, principalmente porque o cuidado requer dedicação e compreensão das demandas e dos sofrimentos (BOFF, 2015).

Esse comportamento, entretanto, pode favorecer o surgimento de agravos e impossibilitar estratégias de promoção do autocuidado e autonomia. Considerando que, para a promoção da saúde, é necessário conhecer espaço, estrutura, dinâmica e individualidades, como crenças, religião, etnias e hábitos de saúde, o cuidado precisa estar ancorado em medidas que reconheçam essas circunstâncias (THUM *et al.*, 2011).

Como dito anteriormente, as práticas de saúde por vezes são afetadas por estereótipos e estigmas que impossibilitam o cuidado adequado. Em se tratando de mulheres usuárias de bebida alcoólica e de outras substâncias psicoativas, a práxis do profissional de saúde é débil, principalmente porque a representação desse profissional está atrelada ao seu processo formativo, conforme observado por Rodrigues *et al.* (2017) em estudo realizado com enfermeiras.

Essa representação, principalmente de mulheres que fazem uso de drogas ilícitas, marginaliza, criminaliza e estigmatiza, sobretudo quando se trata das questões atreladas aos papéis sociais, como maternidade, cuidado dos filhos e da família. Essas mulheres raramente procuram os serviços de saúde, devido à discriminação que sofrem. Diante disso, buscando a integralidade do cuidado, torna-se necessária uma perspectiva multiprofissional, isenta de ideais pessoais e valores, que seja capaz de abarcar um trabalho primoroso e humanizado (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Importante destacar que, para oferecer um cuidado humanizado, não basta trabalhar o desenvolvimento de políticas públicas. Para além disso, é crucial considerar as especificidades de uma população e trabalhar estratégias que atendam suas demandas e necessidades reais de saúde.

Por esse motivo, a atenção à saúde da mulher no Brasil precisou ser repensada. Seria preciso que o cuidado em saúde, sempre voltado para o cuidado materno-infantil, passasse a considerar as múltiplas facetas do universo feminino. O advento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, que visava a atenção baseada na integralidade do cuidado, sobretudo nos ciclos da vida da mulher, trouxe mudanças significativas. Entretanto, suas medidas ainda permaneciam imbricadas ao cuidado clínico-ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, controle das IST, do câncer cérvico-uterino e mamário, e para a concepção e contracepção e ainda não atendiam à totalidade do universo feminino (BRASIL, 2004; OSIS, 1998).

Obviamente, o PAISM desempenhou papel relevantíssimo no cenário da saúde feminina no Brasil. Entretanto, é preciso considerar que as práticas e hábitos mudaram. A mulher está fortemente inserida no mercado de trabalho, tem adentrado mais em ambientes que anteriormente pertenciam ao universo masculino, a exemplo de bares, e adquiriu hábitos, como o consumo de bebida alcoólica e outras SPAs.

Ademais, considerando a multiplicidade de aspectos relacionados à mulher, as práticas multiprofissionais em saúde precisam estar isentas de valores e crenças pessoais. Assim, como argumentam Rodrigues *et al.* (2017), apesar de reconhecerem as necessidades de saúde das mulheres usuárias de SPA, bem como o fato de a questão das drogas ser uma problemática em expansão, os profissionais encontram limitações para o atendimento a essas pessoas, a exemplo da falta de preparo para o manejo dessas mulheres, geradora de sensação de impotência que afasta. Esse estudo possibilitou a compreensão de que há necessidade de sensibilização das equipes multiprofissionais em saúde, em especial das enfermeiras, sobretudo porque são elas que permanecem e mantêm maior contato com os usuários e usuárias do serviço, de modo que o cuidado seja prestado de maneira eficiente, resolutiva e equânime entre todas as pessoas que fazem uso do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.5 CENÁRIO RURAL E USO/ABUSO DE BEBIDA ALCOÓLICA

O rural é caracterizado como um local em que há penetração do urbano-industrial. Seus moradores adotam comportamentos e hábitos que se coadunam com a era moderna, com a modernização da agricultura, por exemplo. Entretanto, apesar de essas características serem tão próprias do modelo de urbanização, o meio rural tem preservado também sua identidade, a reapropriação rural (FILIPAK, 2017).

Essa nova configuração do rural, não apenas pautada nas raízes e nos costumes dos antepassados, que passa a adotar práticas modernizadoras, tem sido denominada de ruralidades. Compreende que parte de um plano sociológico e geográfico de um espaço é habitado por pequenas comunidades com hábitos e costumes similares, com valores mútuos e com sentimento de fidelidade e pertencimento, que valorizam a cultura identitária e mantêm laços com o ambiente. No entanto, apesar de manter aspectos próprios, a pessoa rural adapta-se às novas condições e sofre influências externas de diferentes contextos (MEDEIROS, 2017).

O meio rural é composto por população denominada do campo e da floresta, que possui um modo de vida, produção e organização social relacionados estritamente com a terra. Como são camponeses e camponesas, agricultores e agricultoras familiares, trabalhadores e trabalhadoras rurais, assentados e assentadas e acampados e acampadas, pessoas que são assalariadas, mas que também são temporárias, podem residir ou não no campo (BRASIL, 2013).

Diante das necessidades de saúde e das condições de vida da população rural e tendo em vista que a pobreza, a dificuldade de acesso à saúde associada à dificuldade de cobertura de políticas públicas, bem como a invisibilidade e a desigualdade de gênero estão presentes no modo de vida desse grupo populacional, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), do Ministério da Saúde, juntamente com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, em 2013, por meio da Portaria n. 2.866/2011, buscou implementar medidas que reconhecessem as necessidades de saúde dessa população. Importante esclarecer que, no cenário rural, são encontrados os maiores índices de mortalidade infantil, de incidência de endemias, percentuais elevados de diarreia, vômito, dores nos braços ou nas mãos, ausência de saneamento básico e escassez de água potável, insalubridade e analfabetismo. Essa condição de extrema pobreza que perpassa o cenário rural é resultado da restrição ao acesso aos bens e serviços indispensáveis à vida (BRASIL, 2013; XIMENES *et al.*, 2016).

Desse modo, o contexto rural é marcado por fatores, tais como dificuldade de acesso aos bens e serviços e desigualdade social e econômica. Esses fatores influenciam o modo de vida dessa população, sobretudo o socioeconômico, visto que, quanto menor a renda maiores são os riscos à saúde. Exemplo disso é a alimentação inadequada e não saudável, o favorecimento do consumo de bebida alcoólica e do tabagismo, além do baixo acesso à qualidade de vida, aspecto que está atrelado ao poder de compra (STRINGHINI *et al.*, 2017). Além disso, fatores como segurança física e social, ambiente escolar de qualidade, acesso aos

cuidados de saúde, capacidade de lidar com a doença e regulação emocional podem ser estimulados como medidas que favoreçam o uso controlado ou diminuído de bebida alcoólica (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2020).

Desse modo, o uso de SPA, principalmente de bebida alcoólica, vem sendo identificado nesse cenário para diversas situações e objetivos. É, inclusive, a forma de consumo inerente aos hábitos e costumes locais, também relacionado às relações de poder entre os gêneros, bem como à história da comunidade (SANTOS, R., 2017).

A conjuntura do isolamento presente no meio rural torna o consumo de bebida alcoólica algo muito próprio. De forma global, grupos vulneráveis carregam ônus desproporcionais relacionados ao consumo de bebida alcoólica quando comparados à população de maior nível socioeconômico. O quadro é agravado por outros riscos à saúde, como alimentação não saudável, tabagismo e baixo acesso à educação e aos cuidados em saúde de qualidade. Esta realidade reflete o despreparo dos serviços de saúde para lidarem com esse contexto. Importante considerar que as características próprias do campo promovem dificuldades para garantia dos direitos básicos, remodelado em preconceito e racismo, além de resultar em abandono e esquecimento da comunidade (NOVAIS, 2017; STRINGHINI *et al.*, 2017).

Nessa circunstância de isolamento, a bebida alcoólica tem se tornado parte do contexto cultural e vem sendo consumida em larga escala, em grandes quantidades. Esse comportamento tem se configurado como um fator de risco para o surgimento de incapacidades e outros problemas de saúde. Anualmente, em todo o globo, há registros de 3 milhões de mortes decorrentes dessa prática, o que representa 5,1% da morbidade em países de todas as esferas socioeconômicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Associado a isso, os serviços de saúde, no Brasil, não estão preparados para lidar com a inter-relação de circunstâncias que acompanham esse fenômeno próprio do campo e em lugares isolados, em que não há nenhum tipo de controle e as barreiras geográficas são fatores preocupantes. Esses fatores agravam ainda mais os problemas de saúde e aspectos específicos do consumo de SPA, que têm se tornado cada vez mais comuns no cenário rural, afetando até mesmo a condição de vida dessa população, ao trazer conflitos, dificuldades e tornar escassos os recursos, principalmente os financeiros.

Estudos com base populacional e desfechos de saúde, principalmente da comunidade rural, ainda são escassos em bases de dados comumente utilizadas no contexto atual. Há uma lacuna na literatura, identificada, sobretudo, porque foram realizadas buscas nas bases informadas no início deste capítulo e não foram identificados muitos estudos que

correlacionassem o uso de SPA entre mulheres do contexto rural. Este fato torna este projeto inovador e relevante para o meio acadêmico. Essa brecha é justificada pela dificuldade de acesso e baixa cobertura aos bens e serviços de saúde, pelo isolamento social e geográfico, sub-registro de nascimentos e mortes, o que limita informações disponíveis sobre causas de adoecimento e morte da população (BORTOLOTTO *et al.*, 2018; COIMBRA JR., 2018).

Estudo de Coimbra JR (2018) sobre a população rural constatou que a maioria das publicações destinadas ao contexto rural comumente estão associadas à saúde ocupacional e toxicológica, ou doenças parasitárias endêmicas, como a malária, na Amazônia, e a esquistossomose, no Nordeste. Em geral, não abordam outras questões igualmente relevantes para o contexto.

Vale ressaltar que, nas buscas realizadas nas bases de dados e nos materiais científicos, foram encontradas poucas matérias que tratassem do consumo de álcool entre a população rural. Em se tratando desse consumo entre mulheres rurais, os materiais mostraram-se ainda mais insípidos, reforçando a importância de se trabalhar com este objeto, uma vez que a questão das drogas é atual, relevante e considerada um problema de saúde pública ainda pouco estudado.

3 MÉTODO

Este estudo estava vinculado à pesquisa intitulada “Padrão do Consumo de Drogas e Comportamento Sexual e Reprodutivo de Mulheres de uma Comunidade Rural: Articulando Pesquisa e Ação”, conduzida por uma doutoranda do grupo Grupo de Pesquisa sobre Sexualidades, Vulnerabilidades, Drogas e Gênero (SVDG). A pesquisa visava desenvolver ações de prevenção de agravos e promoção da saúde no tocante ao fenômeno das drogas e ao comportamento sexual e reprodutivo de mulheres de uma comunidade rural.

Nas subseções deste capítulo, estão expostas as seguintes informações relativas ao aspecto metodológico no desenvolvimento desta pesquisa: tipo de estudo, lócus e participantes, descrição da localidade e das mulheres que frequentavam a Unidade de Saúde da Família (USF), técnicas de produção e análise dos dados e preceitos éticos nos quais o estudo está alicerçado. Esta descrição tem o objetivo de fornecer informações básicas sobre a pesquisa, além de permitir replicação da metodologia em outras pesquisas.

3.1 TIPO DE ESTUDO

A questão de pesquisa e os objetivos conduziram a um estudo quantitativo, descritivo do tipo transversal. O estudo de corte transversal favorece a estimação de dimensão e magnitude do contexto de interesse. Testa também a relação entre variáveis preditoras e de desfecho (SANTANA; CUNHA, 2011).

Quanto à abordagem quantitativa, nasceu das ciências sociais e do positivismo. Estuda fenômenos e fundamenta o conhecimento da natureza por meio de métodos científicos que controlam e manipulam variáveis, modificando o objeto. As variáveis, expressas sob a forma de dados numéricos, empregam rígidos recursos e técnicas estatísticas para classificar os dados e analisá-los, tais como porcentagem, frequência e médias (MARQUES; MELO, 2017). Em razão de sua maior precisão e confiabilidade, os estudos quantitativos são mais indicados para o planejamento de ações coletivas, pois seus resultados são passíveis de generalização, principalmente quando as amostras pesquisadas representam, com fidelidade, a população de onde foram retiradas (FONTELLES *et al.*, 2009). Também possui características descritivas, uma vez que objetiva evidenciá-las em uma população definida com base em técnicas estabelecidas na coleta de dados, propor informações, realizar análises, registros, seriação e interpretação (MEDRONHO *et al.*, 2009).

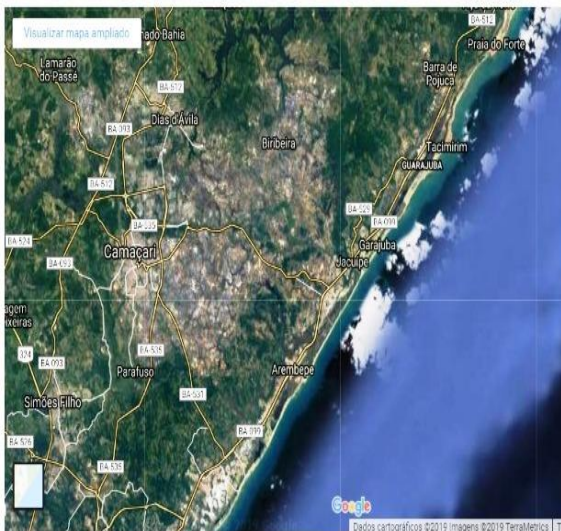
Em estudo realizado por M. Santos (2017), foi utilizada a abordagem quantitativa com o propósito de realizar análises bivariadas e associativas, para obtenção de resultados inerentes ao consumo de drogas e aspectos sociais e de saúde de adolescentes. Nessa mesma perspectiva, a autora obteve dados relevantes, mensurados por meio de *softwares*, a exemplo do STATA e do EXCEL. Ao analisar os dados, ela encontrou associação entre o consumo de drogas e problemas escolares e considerou o consumo de drogas na adolescência como um importante fator de vulnerabilidade social e de saúde.

Veloso e Monteiro (2019) também empregaram esse tipo de estudo, com o intuito de analisar o consumo de álcool e tabaco entre mulheres e a ocorrência de violência por parceiro íntimo. A pesquisa foi realizada com 369 mulheres entre 20 e 59 anos em município do estado do Piauí. A análise foi descritiva e bivariada, aplicando o teste qui-quadrado de Pearson. O estudo constatou elevada prevalência de consumo de álcool e tabaco por mulheres e esse consumo configurou-se como um fator de risco associado aos casos de violência.

3.2 LÓCUS

A pesquisa foi desenvolvida numa comunidade rural localizada no município de Camaçari, estado da Bahia (Figuras 1 e 2). Trata-se de um município com 784,548 km², com população estimada de 242.970 habitantes, dentre os quais, 10.996 são residentes de comunidades rurais. Apesar de possuir altos índices de produtividade e geração de renda por meio do polo petroquímico, a cidade é marcada pela concentração de renda, altos índices de pobreza e desemprego (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010; NEVES, 2010).

Figura 1 – Mapa de Camaçari



Fonte: google maps.

Figura 2 – Vista aérea da cidade de Camaçari



Fonte: CAMAÇARI (2021).

O lócus de estudo foi uma comunidade rural que, assim como nas demais regiões rurais do Brasil, sofria com a falta de cobertura e de acesso aos equipamentos e serviços de saúde. Diante da ausência de notas e informações oficiais da comunidade pela prefeitura, visto que a busca foi realizada em site de notícias e no site oficial da prefeitura de Camaçari, as informações da região foram obtidas por meio de observações e relatos de moradores e ainda mediante o contato direto com a enfermeira da unidade de saúde.

A localidade possuía um pequeno centro comercial com lojas de construção civil, supermercados e farmácias. As ruas do centro eram pavimentadas e com pouca movimentação de carros. Todo o trajeto até a USF era marcado por matas nativas e densas. As vias eram instáveis e, em períodos chuvosos, essa condição intensificava-se. Existiam também algumas casas ao longo do percurso, mas localizadas a certa distância umas das outras.

Quanto à USF, foi reinaugurada em setembro de 2018, segundo informações da equipe. Seu funcionamento era restrito, por questões de segurança pública, pois ficava numa área distante do centro.

A unidade contava com uma equipe composta por uma enfermeira, um médico, duas técnicas de enfermagem, onze Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), uma recepcionista e dois vigilantes patrimoniais.

O espaço físico dividia-se entre um consultório médico, um consultório odontológico, um posto de enfermagem, uma sala de depósito de equipamentos e materiais, uma sala de vacinas, uma sala de acolhimento, uma de expurgo, uma de curativo, uma de triagem, uma farmácia, a recepção, uma sala com autoclave e materiais de esterelização, além de 2 banheiros.

A capacidade diária de atendimentos da USF girava em torno de 60 pessoas, segundo informações da Enfermeira da unidade.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra não probabilística por conveniência foi constituída por 259 mulheres de uma comunidade rural, cadastradas numa USF do município de Camaçari, Bahia, Brasil. A coleta ocorreu entre junho de 2019 e fevereiro de 2020. O poder do estudo foi estimado em 11,0%, relativamente à prevalência do consumo de bebida alcoólica por mulheres (BRASIL, 2019a). Adotou-se nível de significância de 5%, encontrando-se poder de teste de 99,0%.

Crítérios de inclusão: ser mulher com idade acima dos 18 anos e ter cadastro na USF para consultas e atendimentos.

Critério de exclusão: mulheres que não apresentavam condições de interação com a pesquisadora no momento da abordagem.

3.4 COLETA DE DADOS

Por meio de entrevistas, aplicaram-se dois instrumentos de coleta de dados: formulário contendo informações sociodemográficas e de saúde das mulheres rurais investigadas; e *AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test*. Este último configura-se como um instrumento validado nacional e internacionalmente para a realização da triagem do uso de substâncias psicoativas (HENRIQUE *et al.*, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Para obtenção dos dados da pesquisa, utilizou-se todo o rigor metodológico para aplicação dos instrumentos e operacionalização da coleta descritos a seguir.

3.4.1 Instrumentos

O formulário para levantamento de dados sociodemográficos, de saúde (Anexo A) comportamento sexual e reprodutivo foi composto por questões abertas e semiestruturadas que abordaram características sociodemográficas, sexual e reprodutiva, familiar e indicadores sociais. Sua elaboração deu-se mediante busca bibliográfica com instrumentos validados, sendo adaptado para o contexto e objetivos pesquisados (PORTO, 2015).

Os dados apreendidos por esse formulário foram utilizados para caracterizar as participantes. Foram utilizadas variáveis independentes, a saber: Dados sociodemográficos, de saúde e familiar associados às variáveis dependentes adscritas ao questionário *AUDIT*, permitindo análises de informações acerca do padrão de consumo de álcool e outras drogas (Anexo B).

O formulário sociodemográfico dividiu-se em blocos de informações: características sociodemográficas, condições de saúde geral, caracterização familiar, comportamento sexual e reprodutivo relacionados ao planejamento familiar e comportamento de risco relacionado à saúde reprodutiva, conforme descrito a seguir:

- a) características sociodemográficas: questões fechadas e semiestruturadas sobre idade em anos, orientação sexual, raça/cor autodeclarada, religião, grau de escolaridade, situação conjugal, ocupação, tipo de moradia, condições de moradia, quantidade de cômodos da casa, número de pessoas que moram na residência e com quem mora, infraestrutura domiciliar. No que tange à condição socioeconômica, grau de dependência financeira,

renda familiar (em salários mínimos), número de dependentes da renda, se recebe algum auxílio do governo e qual o tipo de auxílio;

- b) características de saúde: questões fechadas e semiestruturadas relacionadas ao acesso aos serviços de saúde nos quais já fez atendimento, se recebe visita da agente comunitária de saúde e se tem alguma doença crônica;
- c) caracterização familiar: incluiu questões fechadas e semiestruturadas sobre frequência dos conflitos familiares, violências vivenciadas pela família e pela participante;

O AUDIT é um questionário internacional para identificar possíveis dependentes de álcool. É um instrumento elaborado pela Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001), composto por 10 questões. Tem por objetivo identificar possíveis dependentes de álcool (BABOR *et al.*, 1992) e permite identificar essa dependência principalmente nos últimos 12 meses. O instrumento é composto por 10 questões, cada uma com escore que varia de 0 a 4, totalizando o valor máximo de 40 pontos. As primeiras três perguntas do instrumento fazem referência à frequência e à quantidade de ingestão de bebidas alcoólicas. As perguntas exploram a possibilidade de dependência do consumo do álcool. As quatro últimas referem-se a danos à saúde resultantes do consumo excessivo de álcool. Nessa perspectiva, foram classificadas quatro zonas do consumo de bebida alcoólica com ações correspondentes a serem adotadas diante da pontuação atribuída. Assim, Zona I – < 8 pontos, propõe educação sobre o consumo do álcool; Zona II – 8-15 pontos, conselhos sobre o consumo do álcool; Zona III – 16-19 pontos, conselhos sobre o consumo de álcool e monitorização contínua; e Zona IV – \geq 20 pontos, encaminhamento dos indivíduos a um especialista, para avaliação, diagnóstico e tratamento.

O instrumento foi empregado numa pesquisa que buscou rastrear o consumo de álcool entre mulheres numa cidade do Piauí. A primeira questão do instrumentos (Com que frequências você consome bebidas alcoólicas?) possibilitou detectar a prevalência desse consumo. Com uma amostra de 369, a prevalência de uso de álcool foi de 50,1%, em que 132 (37,5%) relataram utilizar apenas o álcool e 14,4% usavam tanto o álcool quanto o tabaco. Por meio da análise bivariada entre variáveis dependentes e independentes, constatou-se significativa associação entre o consumo de álcool e tabaco e violência (VELOSO; MONTEIRO, 2019).

O mesmo instrumento foi aplicado no estudo realizado por Costa (2013), que buscou mensurar a frequência de uso de álcool entre pacientes submetidos a cirurgia. Em seus achados, mesmo que a frequência do consumo do álcool tenha sido considerada baixa, a intoxicação trouxe danos sociais e físicos relevantes, visto que foi a maior causa dos problemas relacionados ao consumo.

3.4.2 Teste do instrumento de coleta de dados

Visto que esta pesquisa vinculava-se a uma pesquisa guarda-chuva, o teste do instrumento sociodemográfico foi realizado no período de abril a junho de 2019, com 20 participantes que estavam cadastradas na USF. Buscava-se avaliar a adequação do tempo de aplicação, a linguagem empregada e as instruções para o preenchimento. Este teste foi aplicado pelas mestrandas da pesquisa. A aplicação aconteceu nos turnos da manhã e da tarde na sala de espera, enquanto as mulheres aguardavam o atendimento.

Foram encontradas inúmeras dificuldades para a sua realização, tais como: pouco interesse das mulheres em participarem desse processo; desmarcação de consultas pelo médico; poucas salas disponíveis para aplicação do instrumento; pouco tempo disponibilizado pelas mestrandas, para não comprometer o conteúdo das aulas; número limitado de pesquisadoras na aplicação; falta de energia no serviço; chuvas fortes, comprometendo o percurso das participantes até o serviço; horário de funcionamento da instituição reduzido, por conta da insegurança.

Essas ocorrências contribuíram para justificar o pequeno número de mulheres durante o pré-teste. O tempo médio para o preenchimento do formulário foi de 10 minutos para cada participante. Após a aplicação do teste, percebeu-se que seria preciso realizar alguns ajustes nos formulários e na organização das outras etapas da coleta de dados, a exemplo da aplicação dos instrumentos no território de abrangência, com o acompanhamento das agentes comunitárias de saúde. Esse piloto permitiu ainda uma avaliação das pesquisadoras acerca de aspectos que deveriam ser melhorados.

3.5 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

As variáveis descritas a seguir correspondem às informações sociodemográficas que permitem descrever características sociais e econômicas da amostra, além de variáveis relacionadas à frequência e quantidade do consumo de bebida alcoólica.

3.5.1 Variáveis sociodemográficas

Idade: computada em anos completos.

Cor: considerou-se a cor da pele autodeclarada em preta, parda (morena), branca, amarela, indígena e outra.

Crença religiosa: católica, evangélica, espírita, não tem, outra.

Grau de escolaridade: analfabeta, fundamental completo e incompleto, ensino médio completo e incompleto, superior completo e incompleto.

Situação conjugal: foram levadas em conta as seguintes opções: solteira, casada/união estável, viúva e separada.

Condição de moradia: própria, alugada, cedida, outros.

Renda familiar mensal: considerou-se o somatório do valor bruto dos vencimentos mensais de cada integrante da família em salário mínimo.

3.5.2 Variáveis relacionadas à frequência e quantidade do consumo de bebida alcoólica

Consumo de bebida alcoólica: considerou-se frequência, quantidade e problemas recentes relacionados ao consumo.

Para a descrição das variáveis dependentes, utilizou-se a proposta de Pires (2013) como modelo estruturante e norteador.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

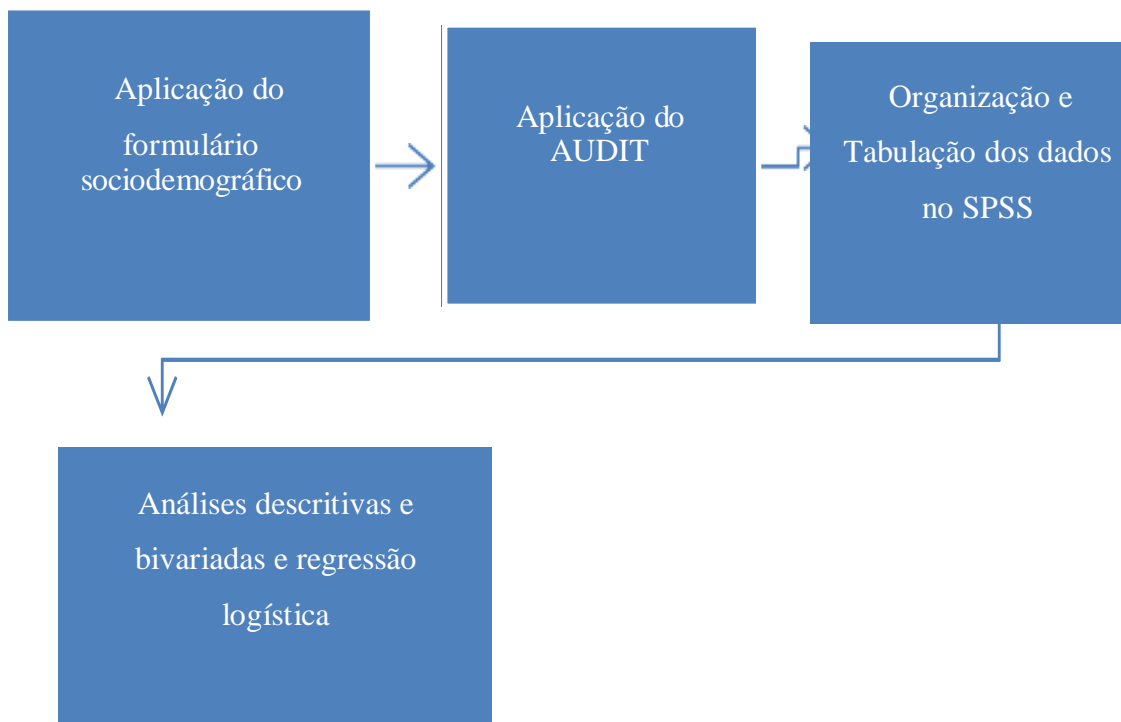
Os dados do instrumento sociodemográfico de características sociais, familiar e de saúde, bem como o AUDIT, foram organizados e processados no *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.5 da Plataforma Windows.

Apesar de o AUDIT fornecer análises mediante somatório dos resultados, visto que ele dispõe de escores e sua sensibilidade e especificidade foram constatadas em 100% e 76%, respectivamente, foi indispensável utilizar o *Statistical Package of Social Science* (SPSS), devido à necessidade de realizar testes de associação, como o Teste QuiQuadrado de Pearson e/ou Exacto de Fisher, e empregar o modelo de regressão logística múltipla entre variáveis dependentes e independentes (LIMA *et al.*, 2005).

Com base nos dados processados, foram realizadas análises descritivas (índices percentuais, frequências, médias) das características sociodemográficas. Para análises bivariadas, aplicou-se os Teste QuiQuadrado de Pearson e/ou Exacto de Fisher, considerando que as variáveis foram classificadas de forma categórica. Para estimar a contribuição independente de cada variável para a probabilidade dos desfechos relacionados ao consumo de bebida alcoólica, realizaram-se medidas de associação e a análise de regressão logística múltipla. Para avaliar o método que melhor se adequaria ao

modelo de regressão, inicialmente se utilizaram as medidas de associação do Teste QuiQuadrado de Pearson e/ou Exacto de Fisher, considerando-se valor de P até 0,20. Após esse momento, as possíveis variáveis predictoras identificadas foram empregadas ao Critério de Informação de Akaike (AIC), considerando valor de P de até 0,05 com intervalo de confiança de 95%. Não foi realizada avaliação de normalidade dos dados, por optar-se por testes paramétricos ou não paramétricos.

Fluxograma 1 – Coleta e análise dos dados



Fonte: Elaboração própria.

3.7 PRECEITOS ÉTICOS

A pesquisa atendeu às recomendações das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, que versa sobre a ética na pesquisa com seres humanos, nº 510/16, de 7 de abril de 2016, que apresenta normas para pesquisas que possam ocasionar riscos para os participantes, e nº 580/18, de 22 de março de 2018, que estabelece especificidades éticas para pesquisas de interesse do SUS. O início da coleta dos dados só ocorreu após apreciação e aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Parecer nº 3.825.203/2020, e aprovação pelo serviço.

Foi mantido o sigilo das participantes, bem como foram esclarecidas quanto à natureza voluntária e a liberdade da participante deixar a pesquisa em qualquer fase. Cada item do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi descrito e esclarecido. Como forma de manter o sigilo, cada entrevistada foi identificada por um número.

As participantes foram informadas de que os instrumentos seriam utilizados tão somente para fins de pesquisa, bem como divulgação em congressos, seminários e publicações em periódicos indexados. Foram também esclarecidas de que os dados ficariam sob a posse da pesquisadora por um período de cinco anos, podendo ser utilizados em outros estudos. Após esse período, o banco de dados será arquivado na sede do Grupo de Pesquisa ao qual a pesquisadora estiver vinculada.

Importante salientar a relevância dos quatro princípios que norteiam a ética. O princípio da beneficência, que se baseia no dever de ajudar ao outro, reconhecendo o seu valor moral, comprometendo-se a avaliar os riscos e os benefícios potenciais, prezando reduzir ao máximo os riscos. O outro princípio é o da não maleficência, que exige do profissional evitar trazer danos ao indivíduo ou colocá-lo em risco, avaliando também os danos previsíveis. Há, por conseguinte, o princípio da autonomia, aquele em que se assegura o poder de autogoverno e decisão, preconiza a salvaguarda da liberdade, garantindo o direito de escolha e o dever de respeitá-la. Por fim, têm-se o princípio da justiça, que se baseia na divisão coerente de direitos e deveres, cabendo a adequada distribuição dessas atribuições (KOERICH *et al.*, 2005). A seguir serão expostos os resultados da pesquisa.

4 RESULTADOS

A amostra foi constituída por 259 mulheres. Predominou a faixa etária entre 30 e 49 anos (47,5%), cor autodeclarada preta (89,2%), com crença religiosa (74,5%), com companheiro (64,4%), com ensino médio completo (53,7%), exercia atividade remunerada (67,6%), recebia menos que um salário mínimo (34,4%), com dependência financeira (64,5%) e residia em casa própria ou cedida (85,3%). (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e econômica de mulheres que viviam em uma comunidade rural do município de Camaçari. Camaçari, BA, Brasil, 2019-2020

Variáveis	n (%)
Faixa etária (n=259)	
18 a 29	89 (34,4)
30 a 49	123(47,5)
≥ 49	49 (18,1)
Cor	
Preta	231 (89,2)
Não Preta	28 (10,8)
Crença Religiosa	
Sim	193 (74,5)
Não	63 (24,3)
Situação conjugal	
Com companheiro	180 (69,5)
Sem companheiro	79 (30,5)
Escolaridade	
Até fundamental	120 (46,3)
Médio completo	139 (53,7)
Atividade Remunerada	
Sim	175 (67,6)
Não	84 (32,4)
Renda familiar mensal	
<1 salário	89 (34,4)
1 salário	87 (33,6)
> 1 salário	83 (32,0)
Condição de moradia	
Alugada	38 (14,7)
Própria/cedida	221 (85,3)

Fonte: Elaboração própria.

* Salário mínimo no ano de 2019 : 998 reais.

Em relação ao padrão do consumo de bebida alcoólica, apresentado na Tabela 2, observou-se que 50,2% das mulheres consumiam a substância. Quando perguntadas sobre as doses utilizadas, a frequência era maior entre as que bebiam até quatro (43,8%), seguida de cinco a nove (37%) e dez ou mais (19,2%). Chama atenção o fato de que 39,2% das mulheres referiram nunca ter bebido mais de seis doses numa única ocasião, porém consumiam bebida alcoólica duas a três vezes por semana (26,1%).

Tabela 2 – Padrão do consumo de bebidas alcoólicas por mulheres que viviam em uma comunidade rural do município de Camaçari. Camaçari, BA, Brasil, 2019-2020

Variáveis	n (%)
Uso de bebida alcoólica (n=259)	
Sim	130 (50,2)
Não	129 (49,8)
Número de doses numa única ocasião (n=130)	
1 a 4	57 (43,8)
5 a 9	48 (37)
>10	25 (19,2)
Frequência que consome seis bebidas ou mais numa única ocasião (n=130)	
Nunca	51 (39,2)
Uma vez por mês ou menos	19 (14,6)
Duas a quatro vezes por mês	23 (17,6)
Duas a três vezes por semana	34 (26,1)
Quatro ou mais vezes por semana	3 (2,3)

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 3 apresenta informações sobre os sintomas de dependência de bebidas alcoólicas entre as participantes. As mulheres informaram que, nos últimos 12 meses, conseguiam parar de beber depois que começavam (85,4%), não deixavam de cumprir as atividades por conta da bebida (86,9%), não bebiam logo pela manhã para curar a ressaca (86,9%), e não sentiam remorso ou culpa por ter bebido (76,1%). As mulheres informaram que, quando bebiam, lembravam do que ocorrera na noite anterior (80%), não feriam e nem ficavam feridas quando estavam sob efeito do álcool (88,5%), familiares ou parentes não demonstravam preocupação pelo consumo da bebida por elas (72,3%). Atrelado a isso, os dados mostraram que, relacionado à zona de risco, houve predomínio das que se encontravam na zona de risco I (54,6%), seguida da zona de risco II (33,8%), zona de risco III (6,2%) e zona de risco IV (5,4%).

Tabela 3 – Sintomas de dependência de bebidas alcoólicas por mulheres que viviam em uma comunidade rural do município de Camaçari. Camaçari, BA, Brasil, 2019-2020

Variáveis	n (%)
Últimos doze meses conseguiu parar de beber depois que começou (n=130)	
Sim	111 (85,4)
Não	19 (14,6)
Últimos doze meses deixou de cumprir tarefas por ter bebido (n=130)	
Sim	17 (13,1)
Não	113 (86,9)
Últimos doze meses bebeu logo de manhã para curar a ressaca (n=130)	
Sim	17 (13,1)
Não	113 (86,9)
Últimos doze meses sentiu culpa ou remorso por ter bebido (n=130)	
Sim	31 (23,9)
Não	99 (76,1)
Últimos doze meses lembrou-se do que aconteceu na noite anterior por ter bebido (n=130)	
Sim	104 (80)
Não	26 (20)
Ficou ferida ou feriu alguém porque bebeu (n=130)	
Sim	15 (11,5)
Não	115 (88,5)
Familiar, amigo, ficou preocupado pelo consumo de álcool (n=130)	
Sim	36 (27,7)
Não	94 (72,3)
Zonas de risco (n=130)	
Zona I	71 (54,6)
Zona II	44 (33,8)
Zona III	8 (6,2)
Zona IV	7 (5,4)

Fonte: Elaboração própria.

Na Tabela 4 são apresentadas informações relativas à associação entre o consumo excessivo de bebida alcoólica e características sociodemográficas entre mulheres rurais. A faixa etária de maior consumo estava entre 30 e 49 anos, principalmente na zona I. As mulheres pretas bebiam mais e estavam, em sua maioria, na zona I. As mulheres alfabetizadas e com companheiro refletiram comportamento semelhante em relação ao uso de bebida alcoólica, visto que se mantiveram na zona I. Quanto à renda e aos custos relacionados à moradia, dentre as entrevistadas, as que recebiam mais que um salário mínimo e tinham casa própria bebiam mais,

comparadas às que recebiam menos que um salário e pagavam aluguel, além de se manterem na Zona I. No tocante às medidas de associação (P-valor), a relação entre idade e uso de bebida alcoólica evidenciou associação estatisticamente significativa entre a faixa etária dos 30 aos 49 anos e a zona de risco I ($p=0,043$), o consumo de bebida alcoólica e renda para a zonas I ($p=0,081$) e para a zona IV ($p=0,049$).

Tabela 4 – Associação entre fatores sociodemográficos e consumo de bebidas alcoólicas em mulheres que viviam em uma comunidade rural do município de Camaçari. Camaçari, BA, Brasil, 2019-2020

Variáveis Sociodemográficas	<i>Zona do Alcohol Use Disorders Identification</i>			
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	I	II	III	IV
Idade (anos)				
18 a 29	60(30,5)	18(40,9)	4(50,0)	4(57,1)
30 a 49	97(49,2)	22(47,7)	3(37,5)	2(28,6)
>49	40(20,3)	5(11,4)	1(12,5)	1(14,3)
P-valor	0,043*	0,367*	0,640 [†]	0,422 [†]
Cor				
Preta	175(88,8)	39(88,6)	8(100,0)	6(85,7)
Não preta	22(11,2)	5(11,4)	0	1(14,3)
P-valor	0,742*	1,000 [†]	1,000 [†]	,556 [†]
Escolaridade				
Analfabeta	3(1,5)	1(2,3)	0	1(14,3)
Alfabetizada	194(98,5)	43(97,7)	8(100,0)	6(85,7)
P-valor	0,596 [†]	1,000 [†]	1,000 [†]	0,129 [†]
Situação conjugal				
Com companheiro	142(72,1)	31(70,5)	5(62,5)	4(57,1)
Sem companheiro	55(27,9)	13(29,5)	3(37,5)	3(42,9)
P-valor	0,511*	0,925*	0,694 [†]	0,417 [†]
Moradia				
Própria	168(85,3)	39(88,6)	8(100,0)	5(71,4)
Alugada	29(14,7)	5(11,4)	0	2(28,6)
P-valor	0,496*	0,594*	0,604 [†]	0,252 [†]
Renda (salário)				
< 1	62(31,5)	17(38,6)	4(50,0)	5(71,4)
> 1	135(68,5)	27(61,4)	4(50,0)	2(28,6)
P-valor	0,081*	0,512*	0,452 [†]	0,049[†]

Fonte: Elaboração própria.

*Teste Qui quadrado de Pearson; [†]Exato de Fischer

Para avaliar a probabilidade dos desfechos em relação às covariáveis, primeiramente foram relacionadas as variáveis potencialmente preditoras. Foram consideradas as que apresentaram p-valor < 0,20 nas análises bivariadas por meio dos testes Testes Qui-Quadrado de Pearson e/ou Exato de Fisher, considerando intervalo de confiança de 95%. Os desfechos elencados foram: doses – considerando-se o uso abusivo de bebida alcoólica – e Zonas de risco I, II, III e IV.

As potenciais variáveis preditoras para o desfecho doses foram: dependência financeira, ferida porque bebeu, idade, crença religiosa e situação de moradia.

A variável dependência financeira revelou prevalência maior dentre aquelas que não tinham dependência, demonstrando que ser dependente financeiramente poderia configurar-se como um fator de proteção para o uso abusivo de bebida alcoólica (OR= 0.54; IC 0.23; 1.22), ou ainda que as mulheres que não tinham dependência financeira apresentavam 94,6% mais chances de beberem abusivamente. A outra variável em potencial, ferida porque bebeu, demonstrou que há 8,78 vezes mais chances de ficar ferida ou ferir alguém por conta do uso abusivo de bebida alcoólica (OR=8.78; IC 1.18; 391.79). Outra variável em potencial foi a idade, em que mulheres com faixa etária menor e/ou igual a trinta anos tinham 2,47 vezes mais chances de beberem abusivamente comparadas àquelas com mais de 30 anos (OR= 2.47; 1.14;5.49). Possuir crença religiosa foi um fator de proteção para o uso abusivo (OR= 0.16; 0.06; 0.38) e mulheres que possuíam casa própria/cedida possuíam 2 vezes mais chances de beber abusivamente (OR= 2.03; 0.61; 7.87).

Quanto ao desfecho Zona I, as prováveis variáveis preditoras foram: idade, ferida porque bebeu, crença religiosa, renda familiar e residentes. A variável em potencial idade revelou que a faixa etária menor e/ou igual a 30 anos era um fator de proteção para a zona I (OR= 0.45; 0.24; 0.84). A variável ferida porque bebeu demonstrou que havia 13,76 vezes mais chances de ficar ferida ou ferir alguém e estar na zona I (OR=13.76; 3.46; 79.63). Possuir crença religiosa foi um fator de risco para a zona I, visto que mulheres com crença religiosa apresentavam 6,96 vezes mais chances comparadas àquelas que não possuíam (OR= 6.96; 3.54; 13.96). Para renda familiar, observou-se valores expressivos, de modo que, ter menos que um salário mínimo, configurou-se como fator de proteção (OR= 0.57; 0.32; 1.12) ou, ainda, mulheres com mais de 1 salário possuíam 93% mais chances de estarem na zona I de risco. E a provável variável preditora residentes, revelou que possuir até três residentes numa casa configurava-se como fator de risco para a zona I (OR= 1.49; 0.80; 2.76), apresentando 1,49 vezes mais chances do que aquelas famílias que possuíam mais de três residentes.

Relacionado ao desfecho Zona de risco II, as potenciais variáveis preditoras foram: dependência financeira e crença religiosa. Ser dependente financeiramente de alguém configurou-se como fator de risco. Essas mulheres tinham 1,58 vezes mais chances de estarem na zona II (OR= 1.85; 0.91; 3.75). Já a variável crença religiosa pode vir a ser um fator de proteção para a zona II (OR= 0.27; 0.13; 0.56), visto que, mulheres sem crença religiosa, tinham 97,3% mais chances de estarem na zona II.

Quanto ao desfecho Zona de risco III, as potenciais variáveis preditoras foram: acesso aos serviços de saúde, auxílio social, dependência de quem, ferido porque bebeu, idade e crença religiosa. Mulheres com acesso ao serviço de saúde possuíam seis vezes mais chances de estar na zona III (OR= 6.38; 0.80; 290.97), comparadas àquelas que não tinham acesso. De igual modo, ter auxílio governamental era um fator de risco (OR= 3.26; 0.57; 33.64), sobretudo porque mulheres que recebiam algum benefício possuíam 3,26 vezes mais chance de estar na zona III do que aquelas que não recebiam. Possuir dependência financeira do companheiro configurou-se como fator de proteção (OR= 0.21; 0.02; 1.55), de modo que aquelas que não eram dependentes do companheiro, mas de outros, tinham 97,9% mais chances de estar na zona III. A variável ferida porque bebeu apresentou fator de proteção para a zona III (OR= 0.04; 0.00; 0.27), em que mulheres que não ficavam feridas por conta do uso da bebida alcoólica tinham 99,6% mais chances de estar na zona III. Mulheres com até 30 anos tinham 4,98 vezes mais chances de estar na zona III (OR= 4.98; 0.87; 51.41) e aquelas sem crença religiosa tinham 98,2% mais chances de estar na zona III, visto que ter crença é um fator de proteção (OR= 0.18; 0.03; 0.97).

Quanto ao último desfecho, Zona de risco IV, as prováveis variáveis preditoras foram: acesso aos serviços de saúde, escolaridade, ferido porque bebeu, crença religiosa e renda familiar. Mulheres com acesso ao serviço de saúde possuíam 5,43 vezes mais chances de estar na zona IV (OR= 5.43; 0.64; 252.65), comparadas àquelas que não tinham acesso. Mulheres analfabetas possuíam 10 vezes mais chances de estar na zona IV (OR= 10.06; 0.18; 125.58), comparadas às alfabetizadas. Não ter crença religiosa configurou-se como fator de proteção para a zona IV (OR= 0.12; 0.01; 0.76), uma vez que, para aquelas que possuíam crença, as chances eram de 98,8%. Outra potencial variável preditora foi a renda familiar. Aquelas que recebiam menos de um salário mínimo tinham 4,97 mais chances de estar na zona IV (OR= 4.97; 0.97; 53.16), comparadas às que recebiam mais que um salário.

Importante salientar que, até a análise inicial, que buscava avaliar qual modelo melhor se adequaria, os dados apresentados não foram considerados como modelo final, uma vez que o intervalo de confiança não foi ajustado e o p-valor considerado foi de 0,20. Essas prováveis

variáveis preditoras foram descritas para exibir o caminho percorrido até o método considerado, tal qual será visto a seguir.

Na sequência, será apresentado o modelo final considerado, sobretudo com intervalo de confiança de 95% ajustados e com p-valor de até 0,05. As variáveis do modelo final foram ajustadas pelo método *stepwise* e a seleção do modelo foi realizada considerando o critério de informação de Akaike (AIC), bem como pelo acerto preditivo apresentado pelos modelos relacionados.

No tocante ao uso abusivo de bebida alcoólica, considerando-se o desfecho doses, a variável preditora que se adequou ao modelo final foi crença religiosa, que se caracterizou como fator de proteção para mulheres com religião (OR= 0.15; 0.07; 0.36). Os dados obtidos na Regressão Logística Múltipla entre crença religiosa e doses foram: β -1.87, SE 0.43 e o p-valor de <0.01.

Relativamente à Zona I (Tabela 5), famílias com até três residentes possuíam 2,19 vezes mais chances de estar na zona I (OR= 2.19; 1.10; 4.34) do que aquelas com mais de três. Não ficar ferida porque bebeu aumenta em 21,7 vezes mais a probabilidade de estar na zona I (OR= 21.7; 5.21; 91.03), comparado às que ficaram feridas por conta do uso de bebida alcoólica. A crença religiosa configurou-se como fator de risco para aquelas que possuíam religião (OR= 8.43; 4.21; 16.88), visto que aquelas que possuíam crença aumentavam em 8,43 vezes mais as chances de estar na zona I.

Tabela 5 – Regressão Logística Múltipla entre número de residentes, crença religiosa, ferido porque bebeu e a Zona I

Variáveis Preditoras	β	SE	p-valor	OR (IC 95%)
Residentes	0.78	0.35	0.02	2.19 (1.10;4.34)
Ferido porque bebeu	3.08	0.73	<0.01	21.7 (5.21; 91.03)
Crença religiosa	2.13	0.35	<0.01	8.43 (4.21;16.88)

Fonte: Elaboração própria.

β - Coeficiente de Regressão; SE = Erro Padrão; p-valor < 0.05; OR (IC 95%) = *Odds Ratio* (Intervalo de confiança em nível de 95% ajustados).

Já em relação à Zona II, a crença religiosa foi a única variável preditora que se adequou ao modelo final. Nesse caso, ela constituiu-se como fator de proteção (OR= 0.26; 0.13; 0.52); aquelas que não possuíam crença religiosa tiveram 97,4% mais chances de estar na zona II. A regressão Logística Múltipla entre Crença religiosa e Zona II apresentou o seguinte resultado: β de -1.32, SE de 0,34 e p-valor de <0.01.

Quanto à zona III, não ficar ferido porque bebeu estabeleceu-se como fator de proteção (OR= 0,04; 0.00; 0.20), porquanto mulheres que ficavam feridas por conta da bebida alcoólica tinham 99,6% mais chances de estar na zona III. A Regressão Logística Múltipla entre ferido porque bebeu e Zona III apresentou valores referenciais de β -3.15, SE 0.81 e p-valor de <0.01.

Relacionado à zona IV (Tabela 6), ter religião constituiu-se em fator de proteção (OR= 0.11; 0.018; 0.713), assim como não ficar ferido porque bebeu (OR= 0.03; 0.005; 0.174). Mulheres sem crença religiosa possuíam 98,9% mais chances de estarem na zona IV e as que ficavam feridas por conta da bebida alcoólica possuíam 99,7% mais chances.

Tabela 6 – Regressão Logística Múltipla entre crença religiosa, ferido porque bebeu e Zona IV

Fatores Preditores	β	SE	p-valor	OR (IC 95%)
Crença religiosa	-2.16	0,93	0.02	0,11 (0.018;0.713)
Ferido porque bebeu	-3.51	0.90	<0.01	0.03(0.005;0.174)

Fonte: Elaboração própria.

β - Coeficiente de Regressão; SE = Erro Padrão; p-valor < 0.05; OR (IC 95%) = *Odds Ratio* (Intervalo de confiança em nível de 95% ajustados).

Na próxima seção, serão discutidos os resultados que foram encontrados nas análises dos dados.

5 DISCUSSÃO

Este estudo focou no consumo de bebida alcoólica por mulheres de uma comunidade rural, bem como nos fatores associados. A amostra foi composta por mulheres pretas, na faixa etária entre 30 e 49 anos, que possuíam crença religiosa, companheiro, ensino médio completo, recebiam menos de um salário mínimo, apresentavam dependência financeira e residiam em casa própria ou cedida.

Observou-se alta prevalência do consumo de bebida alcoólica entre as entrevistadas, bem como consumo abusivo dentre as bebedoras. Entretanto, não se configurou como um uso dependente, conforme mostrado por meio das zonas de risco. O uso da substância mostrou-se associado a alguns fatores sociodemográficos que, segundo análises supracitadas, demonstraram significância relativamente forte com os desfechos considerados, tais quais o uso abusivo e as zonas de risco I, II, III e IV.

Dito isso, vale destacar que os fatores sociodemográficos associados ao consumo de bebida alcoólica foram idade e renda. Esta última foi significativamente associada à zona IV, de maior risco. Quanto ao consumo abusivo, o fator relacionado foi a crença religiosa atrelada às zonas de risco. Observou-se o número de residentes, a renda e a crença religiosa para zona I; a crença religiosa para a zona II; o fator preditivo “Ferido porque bebeu” para a zona III; e, por fim, a crença religiosa e o fator “Ferido porque bebeu” para a zona IV.

Compreendendo a relevância dos dados encontrados, os fatores observados nas análises mostraram-se como elementos de risco e também de proteção para os desfechos. Maia e Williams (2005) trabalharam os fatores como circunstâncias que aumentavam a probabilidade de um evento acontecer. Deste modo, seria um fator de risco, aquele que atuava sobre atributos biológicos, comunitários e ambientais. De igual modo, os autores também conceituaram que aspectos considerados de proteção apresentavam-se como coeficientes contributivos de suporte individual, social e até mesmo institucional, a exemplo da família, que se configurava como apoio basilar, e as comunidades que, de maneira geral, ofereciam fundamento.

Em se tratando das características sociodemográficas das mulheres investigadas, o predomínio da cor pode ter sido influenciado pela proporção da população negra na Bahia, estado onde foi realizado o estudo. A cor, associada à variável gênero, constituiu uma população marginalizada e excluída no mercado laboral, reafirmando a invisibilidade

etnicorracial que é predominante no Brasil, associada ao sexismo, que coloca as mulheres negras na base da desigualdade social.

Dessa forma, em um contexto de pobreza, as variáveis supracitadas apresentam-se como elementos de opressão, em função da presença de aspectos que depreciam os indivíduos, que também apresentam baixos índices de escolaridade. Este fator interfere sobre a renda familiar e a dependência financeira por terceiros, já que pequenas diferenças nos anos de estudo afetam expressivamente no acesso ao mercado formal de trabalho e na remuneração dos trabalhadores (ALENCAR; IFADIREÓ; BITU, 2020; FERREIRA; POMPONET, 2019; MOURA JR.; XIMENES, 2016).

Desse modo, como observado neste estudo, a renda mostra-se como elemento preeminente, sobretudo porque, quanto maior a renda maior é o consumo de bebida alcoólica, conforme mostrado na Tabela 4, que expõe, inclusive, um uso considerado abusivo dentre aquelas com menores rendas. Por meio disso, reforçando o argumento de Ferreira e Pomponet (2019), essa condição pode vir a influenciar na inserção laboral e conseqüentemente na remuneração, o que implica num contexto referido pelos autores como “Vulnerabilidades sobrepostas”, uma vez que a escolaridade influencia na renda e, por conseguinte, pode favorecer o consumo de álcool, inclusive, o abusivo.

Estudo similar demonstrou que o índice de escolarização entre pessoas de comunidades rurais tem aumentado, contrariando os valores gerais para essa população. Atrelado à escolarização, a renda vem aumentando, ainda que de maneira incipiente. Entretanto, no caso da mulher, o desemprego ou o exercício de atividades com baixa remuneração, ainda se torna mais evidente, o que pode corroborar a dependência econômica do companheiro, além de favorecer a violência conjugal e a permanência dela numa relação que lhe traga descontentamento. Vale ressaltar que a escolarização é apontada como um agente infalível que contribui para a redução da vulnerabilidade de indivíduos ao consumo de álcool e outras drogas (MARASCHIN *et al.*, 2019; PORTO *et al.*, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Quanto à variável idade, na presente pesquisa, o consumo de bebida alcoólica foi predominante entre mulheres na faixa de 30 a 49 anos. Dados de relatórios mundiais sinalizam níveis mais elevados de consumo para pessoas na faixa etária entre 18 e 25 anos e mostram aumento do consumo para pessoas a partir dos 15 anos. Esses dados, entretanto, geralmente fazem referência à população geral e não contemplam especificidades de comunidades rurais. Os achados desta pesquisa, embora limitados, revelam vulnerabilidades das mulheres rurais, adultas, ao consumo de bebidas alcoólicas. Essa vulnerabilidade pode estar atrelada às múltiplas situações de desigualdades e violências, sobretudo violência

familiar, e ao baixo nível de escolaridade e renda, que permeiam a vida dessas mulheres. São vulnerabilidades sobrepostas, que afetam a saúde e a qualidade de vida dessas mulheres e merecem intervenções nas perspectivas individual, social e política (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Estudo correlato apresentou resultados semelhantes entre mulheres que consumiam álcool, em que 50,1% das que frequentavam a unidade de saúde da cidade referiram consumir bebidas alcoólicas. Importante ressaltar que esse é um resultado maior do que a média nacional, visto que a prevalência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas entre mulheres, em 2015, foi de 8,9% e, em 2018, foi de 11% (BRASIL, 2019a; VELOSO; MONTEIRO, 2019).

Diante disso, pode-se observar que as mulheres deste estudo apresentaram uma média de consumo de bebida alcoólica maior que a do estudo referido e maior que a média nacional, o que reflete a necessidade de medidas efetivas que atendam as demandas e necessidades sociais e de saúde dessa camada da população brasileira. De igual modo, investigação realizada com mulheres porto-riquenhas que viviam nos Estados Unidos, obteve resultados em que 25,0% declararam-se ex-bebedoras; quando perguntadas sobre o consumo atual de bebida alcóolica, 35,0% responderam positivamente. Destas, 27% eram bebedoras moderadas e 8%, bebedoras pesadas (ANDREWS-CHAVEZ *et al.*, 2020).

Associada ao consumo de bebidas alcoólicas, a religião caracteriza-se como fator de proteção para o uso/abuso, uma vez que mulheres sem crença religiosa possuem 85% mais chances de beberem abusivamente, além de ser um elemento protetivo para a zona IV. Esta observação mostra-se indispensável para a compreensão dos fatores que podem contribuir para a diminuição do uso, principalmente o abusivo de bebida alcoólica, conforme evidenciado em estudos similares, que demonstraram uma relação significativa entre padrões de consumo de álcool e as múltiplas dimensões e interferências da religiosidade neste fenômeno. A ligação entre a crença religiosa e o consumo de bebidas alcoólicas constitui-se, para aquelas que não possuem religião, um fator de risco para o aumento do uso, evento que se coaduna e confirma o que a literatura já vem discutindo (DAMIANO *et al.*, 2016; SILVA; LYRA; DINIZ, 2019). No entanto, é preciso cautela, porque, apesar de a crença religiosa mostrar-se, para essa população estudada, como fator de proteção para ao uso abusivo de bebida alcoólica, bem como para as zonas de risco II, III e IV, para a zona I, foi observada como fator de risco, revelando a necessidade de práticas de intervenção em educação e orientação sobre o consumo de bebidas alcoólicas entre as mulheres dessa comunidade rural.

A moradia, outro elemento ligado ao consumo de álcool, como evidenciado por Porto *et al.* (2018), caracteriza-se como fator determinante para agravos à saúde e outras condições de risco, apesar de não ter se mostrado para a população estudada. Além da relação com o uso de drogas, inclusive o álcool, toroua-se mais significativa, principalmente entre as que residiam em casas alugadas. No entanto, o número de residentes revelou-se como fator de risco para a zona I, visto que famílias com até três residentes possuíam 2,19 vezes mais chances comparadas com aquelas com mais de três. Esse dado reforça, além da primordialidade nas medidas socioeducativas para o consumo de bebidas alcoólicas, a premência de aprofundamento das relações intrafamiliares em outros estudos, que possam avaliar a relação entre o número de residentes e o consumo de bebidas alcoólicas.

A variável ferido porque bebeu, advinda do AUDIT, revelou-se como fator de proteção para as Zonas III e IV e de risco para a Zona I. Essa observação reitera que mulheres desse grupo amostral que praticaram atos violentos sob o efeito de bebidas alcoólicas possuíam 99,6% e 99,7% mais chances de estarem nas zona III e IV, respectivamente, consideradas de maior risco, por necessitarem de monitoramento – Zona III –, encaminhamento, diagnóstico e tratamento – Zona IV. Isso se evidencia na prática do uso abusivo e no último caso problemático de bebidas alcoólicas. Desse modo, para essa população estudada, a violência não está atrelada ao consumo de bebida alcoólica. Entretanto, para a Zona I de risco, são necessárias medidas educativas, sobretudo porque a variável ferido porque bebeu revelou-se como fator de risco.

Vale salientar as implicações sociais e de saúde oriundas do consumo de bebidas alcoólicas. Em 2018, a *United Nations Office on Drugs and Crime* constatou que 35 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos (13,0%) sofriam com transtornos atrelados ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas, correspondendo a um grupo com risco de desenvolver dependência, sendo necessário diagnóstico e tratamento. Além disso, o consumo de bebidas alcoólicas está atrelado a comportamentos violentos e impulsivos, sendo responsável pela ocorrência de morbidades e mortalidades por causas violentas, sobretudo para a população feminina (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2019; VELOSO; MONTEIRO, 2019).

Nesse contexto, podem ocorrer efeitos na saúde que culminem na dependência. Esta pode gerar problemas pulmonares, maior suscetibilidade ao HIV, Hepatites, mortalidade, degradação física e psicológica, diminuição da qualidade de vida, isolamento social, marginalização, rompimento de laços afetivos com a família, medo coletivo, além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde (VELOSO; MONTEIRO, 2019).

Os dados, embora limitados, revelam especificidades relacionadas ao consumo de bebida alcoólica por mulheres da comunidade rural investigada, que, *a priori*, servirão de base para nortear ações de promoção da saúde e prevenção de agravos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas para toda a comunidade.

Vale registrar que a pesquisa constituiu-se numa ação de integração e aprendizado para toda a equipe e possibilitou parcerias com profissionais da USF e com toda a comunidade.

Sugere-se, portanto, que as ações sejam desenvolvidas pela equipe de pesquisa em parceria com os profissionais da USF, por meio de práticas intervencionistas baseadas nas necessidades elencadas pelos dados apresentados, que, embora restritos, apontam caminhos para a melhoria da assistência a essas mulheres.

O estudo traz como limitações a seleção das participantes por conveniência e o recrutamento de mulheres de um único serviço de atenção básica, o que guarda características específicas do local.

6 CONCLUSÃO

Constatou-se o predomínio de mulheres de uma comunidade rural na faixa etária entre 30 e 49 anos (47,5%), cor autodeclarada preta (89,2%), crença religiosa (74,5%), companheiro (64,4%), ensino médio completo (53,7%), que exercia atividade remunerada (67,6%), recebia menos de um salário mínimo (34,4%), com dependência financeira (64,5%) e residia em casa própria ou cedida (85,3%).

A prevalência no consumo de bebida alcoólica foi de 50,2% e de 56,2% do uso abusivo.

Evidenciou-se associação significativa entre a faixa etária dos 30 aos 49 anos e a zona de risco I ($p=0,043$); entre consumo de bebida alcoólica e renda, para a zonas I ($p=0,081$) e para a zona IV ($p=0,049$).

Pôde-se concluir que fatores sociodemográficos, como faixa etária e renda, estavam associados ao uso e consumo de bebida alcoólica em mulheres de uma comunidade rural e mais da metade da amostra consumia bebida alcoólica e de modo abusivo, entretanto não era um uso dependente.

Os dados analisados trouxeram à tona elementos que se relacionavam ao consumo abusivo de bebida alcoólica entre as mulheres investigadas. Essas análises possibilitaram diagnóstico e reconhecimento da amostra, panorama do consumo da substância, observação do contexto de vida, aproximação com o local do estudo e as adversidades atreladas a ele, bem como as limitações físicas e geográficas que são observadas no meio rural.

Esse levantamento também contribuirá para a construção de estratégias e práticas voltadas para as necessidades identificadas, bem como poderá fornecer elementos de discussão e construção para o manejo de profissionais e Agentes da Saúde na comunidade investigada.

Acentua-se a contribuição pessoal do estudo para a pesquisadora, sobretudo por já ter residido em contextos silmiliares. Desse modo, particularmente atesta-se os efeitos observados, principalmente pela lembrança dos anos vividos em assentamento rural, das vivências compartilhadas com moradoras da comunidade deste estudo, sobretudo porque muitas semelhanças puderam ser observadas e compartilhadas. Além disso, possibilitou refletir que, mesmo transcorridos muitos anos e apesar da expansão das tecnologias, o cenário rural ainda permanece com ínfimas alterações e mantendo problemas sociais e de saúde tantas vezes visualizados anteriormente.

Cabe ressaltar a prevenção como estratégia regular e paralela às práticas realizadas no manejo dessa população, em especial no tocante ao consumo de bebida alcoólica, primordialmente por destacar-se como a substância mais utilizada mundialmente, além de apresentar-se como elemento que, se não utilizado moderadamente, influencia no modo de vida, nos aspectos físicos/biológicos, sociais e institucionais. Essa recomendação de prevenção decorre principalmente do fato de o álcool estar relacionado às comorbidades em saúde, a problemas sociais, como morte por causas externas, e institucionais, uma vez que afetam o funcionamento e a gestão de recursos na saúde pública.

Ademais, o estudo propiciou ainda mais embasamento e contribuições para a formação do Grupo de Pesquisa sobre Sexualidades, Vulnerabilidades, Drogas e Gênero (SVDG), principalmente por se apresentar como pioneiro nas discussões sobre uso de SPA na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Sugere-se a ampliação do estudo com estimativa de uma amostra maior, em outros contextos, de modo a comparar e contribuir efetivamente para políticas públicas de combate ao consumo abusivo de bebida alcóolica em grupos vulneráveis, como as mulheres em comunidades rurais.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, Y. M. M. A.; IFADIREÓ, M. M.; BITU, V. C. N. "When the color of the skin is an obstacle for organizational management": A literature review on black women in the labor market. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 5, p. 29517-29532, May 2020. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n5-416>. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/10382/8679>. Acesso em: 15 out. 2019.
- ANDREWS-CHAVEZ, J. Y. *et al.* Factors associated with alcohol consumption patterns in a Puerto Rican urban cohort. **Public Health Nutrition**, England, v. 18, n. 3, p. 464-473, 2015. DOI: 10.1017/S1368980014000433. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24713083/>. Acesso em: 10 out. 2019.
- AQUINO, S. F. **Entre a roça e a feira**: a circulação da produção agrícola no amazonas. 2014. Tese (Doutorado em Sociedade e Cultura na Amazônia) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2014. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/4211/2/Tese%20-%20Soraya%20Farias%20Aquino.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.
- BABOR, T. F. *et al.* **AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test**: Guidelines for Use in Primary Care. 2. ed. Genebra: World Health Organization, 1992. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf?sequence=1. Acesso em: 10 out. 2019.
- BAPTISTA, F. H. *et al.* Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool durante a gravidez. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, Recife, v. 17, n. 2, p. 271-279, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000200004>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v17n2/pt_1519-3829-rbsmi-17-02-0271.pdf. Acesso em: 22 nov. 2020.
- BOFF, L. **Saber cuidar**. Ética do homem: compaixão pela terra. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.
- BORTOLOTTO, C. C. *et al.* Qualidade de vida em adultos de zona rural no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, Supl 1, p. 1s-11s, 2018. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000261>. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/150134/147190>. Acesso em: 20 set. 2019.
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - INFOPEN MULHERES**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2017c. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/infopenmulheres_arte_07-03-18.pdf. Acesso em: 8 nov. 2019.
- _____. **Decreto nº 9.761, de 11 abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Presidência da República, 2019c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm#anexo. Acesso em: 8 nov. 2019.
- _____. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à

produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acesso em: 10 out. 2019.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **A política nacional sobre drogas**. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2019b. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/politicas-sobre-drogas>. Acesso em: 15 out. 2019.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **A redução de danos no cuidado ao usuário de drogas**. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2016. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094500-001.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil**: módulo 1. 11. ed. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2017a. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/198412/001097849.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 set. 2019.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Substâncias psicoativas e seus efeitos**. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2017b. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094213-001.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf. Acesso em: 13 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Acesso em: 15 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf. Acesso em: 27 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2018**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

BRUMER, A. Gênero e agricultura: a situação da mulher na agricultura do Rio Grande do Sul. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 205-227, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104026X2004000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 nov. 2019.

CAMAÇARI (Município). **A História da nossa cidade**. Camaçari, BA, 2021. Disponível em: <http://www.camacari.ba.gov.br/municipio-de-camacari/>. Acesso em: 8 jan. 2021.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. São Paulo: CEBRID; Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2012/12/Livreto-Informativo-sobre-Drogas-Psicotr%C3%B3picas.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

COIMBRA JR., C. E. A. Saúde Rural no Brasil: tema antigo mais que atual. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52 Supl. 1, p. 1s-3s, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000supl1ap>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102018000200200&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 set. 2019.

CORTINA, M. O. C. Mulheres e tráfico de drogas: aprisionamento e criminologia feminista. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 406, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/41765/30378>. Acesso em: 3 set. 2019.

COSTA, F. P. **Efeitos do consumo de álcool na qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/122613/322209.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 3 set. 2019.

DAMIANO, R. F. *et al.* Brazilian scientific articles on “Spirituality, Religion and Health”. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 11-16, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000073>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832016000100011. Acesso em: 23 set. 2020.

FERREIRA, L. O. Saúde e relações de gênero: Uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1151-1159, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400028>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/28.pdf>. Acesso em: 3 set. 2019.

FERREIRA, M. I. C.; POMPONET, A. S. Escolaridade e trabalho: juventude e desigualdades. **Revista de Ciências Sociais**, Fortaleza, v. 50, n. 3, p. 267-302, 2019. DOI: <https://doi.org/10.36517/rcs.50.3.d09>. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/revcienso/article/view/40228>. Acesso em: 3 set. 2019.

FILIPAK, A. **Políticas públicas para mulheres rurais no Brasil (2003-2015): análise a partir da percepção de mulheres rurais e de movimentos sociais mistos**. 2017. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, SP, 2017. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/150147/filipak_a_dr_mar.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 3 set. 2019.

FONTELLES, M. J. *et al.* Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 23, n. 3, jul.-set. 2009.

Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n3/a1967.pdf>. Acesso em: 3 set. 2019.

GOMES, N. P. *et al.* Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 109-116, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000200016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/16.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2020.

HEREDIA, B. M. A.; CINTRÃO, R. P. Gênero e acesso a políticas públicas no meio rural brasileiro. **Revista NERA**, Presidente Prudente, Ano 9, n. 8, p. 1-28, jan./jun. 2006. DOI: <https://doi.org/10.47946/rnera.v0i8.1443>. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/nera/article/view/1443>. Acesso em: 20 set. 2019.

HENRIQUE, I. F. S. *et al.* Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 198-206, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20784.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Agropecuário 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18320-quantidade-de-homens-e-mulheres.html#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20brasileira%20%C3%A9%20composta,feminina%20da%20mesma%20faixa%20et%C3%A1ria..> Acesso em: 2 set. 2019.

_____. **Estimativa IBGE 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=29&dados=29>. Acesso em: 29 Dez. 2020.

KOERICH, M. S. *et al.* Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 106-110, jan.-mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a14v14n1.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

LEVINE, D. M. *et al.* **Estatística: Teoria e Aplicações usando Microsoft Excel em Português**. Rio de Janeiro: LTC, 2000.

LIMA, C. T. *et al.* Concurrent and construct validity of the audit in an urban Brazilian sample. **Alcohol and alcoholism: international journal of the Medical Council on Alcoholism**, Oxford, v. 40, n. 6, p. 584-589, 2005. Disponível em: <https://auditscreen.org/cmsb/uploads/2005-concurrent-and-construct-validity-of-the-audit-in-an-urban-brazilian-sample.pdf> Acesso 10 out. 2019.

LIMA, J. M. B. **Alcoolologia: o alcoolismo na perspectiva da saúde pública**. Rio de Janeiro: Med Book, 2008. p. 11-18.

MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. C. A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 91-103, dez. 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2005000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 nov. 2020.

MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 662-670,

July./Sept. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300012>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300012&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 15 out. 2019.

MARASCHIN, M. S. *et al.* Perfil sociodemográfico e econômico de mulheres trabalhadoras rurais. **Nursing**, São Paulo, v. 22, n. 251, p. 2848-2853, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-998516>. Acesso em: 25 abr. 2020.

MARQUES, K. A.; MELO, A. F. F. Abordagens Metodológicas no Campo da Pesquisa Científica. Simpósio de Metodologias Ativas: Inovações para o ensino e aprendizagem na educação básica e superior e Simpósio do Mestrado Profissional em Gestão Organizacional. **Blucher Education Proceedings**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 11-21, 2017. Disponível em: <https://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/abordagens-metodologicas-no-campo-da-pesquisa-cientifica-25384>. Acesso em: 20 set. 2019.

MEDEIROS, K. T. *et al.* Vivências e representações sobre o crack: um estudo com mulheres usuárias. **Psico-USF**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 517-528, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v20n3/2175-3563-psuf-20-03-00517.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

MEDEIROS, K. T.; MACIEL, S. C.; SOUSA, P. F. A mulher no contexto das drogas: representações sociais de usuárias em tratamento. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 27, Supl. 1, p. 439-447, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2017000400439&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 out. 2019.

MEDEIROS, R. M. V. Ruralidades: novos significados para o tradicional rural. *In*: MEDEIROS, R. M. V.; LINDNER, M. (org.). **Dinâmicas do espaço agrário: velhos e novos territórios**. Porto Alegre: Evangraf, 2017. p. 179-189. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/157422>. Acesso em: 3 set. 2019.

MEDRONHO, R. *et al.* **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MOURA JR., J. F.; XIMENES, V. M. A identidade social estigmatizada de pobre: uma constituição opressora. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 76-83, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1051>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/fractal/v28n1/1984-0292-fractal-28-1-0076.pdf>. Acesso em: 15 set. 2020.

NEVES, M. S. **Causas dos homicídios de jovens e a fragilidade da rede de proteção social em Camaçari**. 2010. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional e Urbano) – Universidade Salvador, Salvador, 2010. Disponível em: <http://tede.unifacs.br/bitstream/tede/214/1/Dissertacao%20Marcio%20Silva%20das%20Neves.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

NOVAIS, T. O. O uso de álcool e outras drogas na comunidade rural quilombola Kalunga em GOIÁS. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 28, n. 3/4, p. 379-388, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/v28_3_us_alcool.pdf. Acesso em: 20 set. 2019.

OLIVEIRA, J. F.; MCCALLUM, C. A.; COSTA, H. O. G. Representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde acerca do consumo de drogas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 611-618, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300009>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300009. Acesso em: 15 nov. 2019.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas**. Washington, DC: OPAS, 2015. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/alcohol-Informe-salud-americas-2015.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 14, p.25-32, 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1998000500011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 5 jan. 2021.

PIRES, C. G. S. **Fatores de risco cardiovascular entre graduanda(o)s do primeiro e último anos letivos**. 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/11768/1/Tese_Enf_CI%c3%a1udia%20Pires.pdf. Acesso em: 15 nov. 2019.

PORTO, P. N. **Gestantes envolvidas com álcool e outras drogas: estudo epidemiológico sobre suas vulnerabilidades**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/18905/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Enf_%20%20Priscilla%20Nunes%20Porto.pdf. Acesso em: 10 nov. 2019.

PORTO, P. N. *et al.* Factors associated with the use of alcohol and drugs by pregnant women. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 19, e3116, p. 1-7, 2018. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2018193116>. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/b5fe/525ec096266bdf85fcd0d1b49f09f5d30a08.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

PRYOR, L. *et al.* Food insecurity and mental health problems among a community sample of young adults. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 51, n. 8, p. 1073-1081, 2016. DOI: 10.1007/s00127-016-1249-9. Disponível em: http://www.iplesp.upmc.fr/tempo/images/pdf/ HAL_PRYOR%202016_Food%20insecurity%20and%20mental%20health%20problems.pdf. Acesso em: 20 set. 2019.

QUEIROZ SUBRINHO, L. *et al.* Cuidado ao consumidor de drogas: percepção de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 834-844, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180079>. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sausoc/2018.v27n3/834-844/pt>. Acesso em: 20 set. 2019.

RODRIGUES, A. S. *et al.* Cuidado a mulheres envolvidas com drogas: representações sociais de enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 71-78, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0339>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0071.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

SANTANA, V. S.; CUNHA, S. Estudos transversais. *In*: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde**. Fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 186-193.

SANTOS, M. M. **Associação entre consumo de drogas e aspectos sociais e de saúde em adolescentes escolares**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/23697/1/mariana_matias_santos_2.pdf. Acesso em: 14 set. 2019.

SANTOS, R. V. R. **Representações sociais de homens e mulheres rurais do interior baiano sobre os usos do álcool**. 2017. Dissertação (Mestrado em Memória: Linguagem e Sociedade) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Vitória da Conquista, 2017. Disponível em: <http://www2.uesb.br/ppg/ppgmls/wp-content/uploads/2017/06/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Rosangela-Vasconcelos.pdf>. Acesso em: 3 set. 2019.

SILVA, J. F. J. G.; MONTEIRO, C. F. S. Uso de álcool, outras drogas e sofrimento mental no universo feminino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 1, p. e20180268, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0268>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n1/pt_0034-7167-reben-73-01-e20180268.pdf. Acesso em: 7 out. 2020.

SILVA, M. G. B.; LYRA, T. M.; DINIZ, G. T. O padrão de consumo de álcool entre as usuárias das Unidades de Saúde da Família no município do Recife (PE). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 836-0847, July/Sept. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912214>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000300836. Acesso em: 18 out. 2020.

SILVEIRA, R. W. M. Redução de danos e acompanhamento terapêutico: aproximações possíveis. **Revista do NUFEN**, Belém, v. 8, n. 1, p. 110-128, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912016000100008. Acesso em: 15 nov. 2019.

SOCOL, K. L. S. *et al.* Motivos do abuso de substâncias psicoativas por mulheres assistidas em Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, p. e20170281, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170281>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100453. Acesso em: 3 set. 2019.

SOUZA, M. R. R.; OLIVEIRA, J. F.; NASCIMENTO, E. R. A saúde de mulheres e o fenômeno das drogas em revistas brasileiras. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 92-100, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00092.pdf. Acesso em: 3 set. 2019.

STRINGHINI, S. *et al.* Socioeconomic status and the 25 x 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. **Lancet**, London, v. 389, n. 10075, p. 1229-1237, Mar. 2017. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32380-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32380-7). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28159391/>. Acesso em: 14 out. 2019.

TAVARES, A. S.; ANDRADE, M.; SILVA, J. L. L. Do programa de assistência integral à saúde da mulher à política nacional de atenção integral à saúde da mulher: breve histórico. **Informe-se em Promoção da Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 5, p. 30-32, maio 2009. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/Paism10.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2019.

TEIXEIRA, G. Álcool. **Manual antidrogas: guia preventivo para pais e professores**. Rio de Janeiro: Best Seller, 2014.

THUM, M. A. *et al.* Saberes relacionados ao autocuidado entre mulheres da área rural do Sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 32, n. 3, p. 576-582, set.

2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000300020>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300020. Acesso em: 12 nov. 2019.

TISOTT, Z. L. *et al.* Álcool e outras drogas e a implantação da política de redução de danos no Brasil: revisão narrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 13, n. 43, p. 79-89, 2015. DOI: <https://doi.org/10.13037/rbcs.vol13n43.2730>. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2730. Acesso em: 10 nov. 2019.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World drug report 2019**. Global Overview of drug demand and supply. Viena: UNODC, 2019. Disponível em: https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_2_DRUG_DEMAND.pdf. Acesso em: 4 maio 2020.

_____. **World drug report 2020**. Socioeconomic characteristics and drug use disorders. Viena: UNODC, 2020. Disponível em: https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_5.pdf. Acesso em: 7 out. 2020.

VELOSO, C.; MONTEIRO, C. F. S. Consumo de álcool e tabaco pelas mulheres e ocorrência de violência pelo parceiro íntimo. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, p. e20170581, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0581>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100315. Acesso em: 15 nov. 2019.

XIMENES, V. M. *et al.* Pobreza multidimensional e seus aspectos subjetivos em contextos rurais e urbanos nordestinos. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 21, n. 2, p. 146-156, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160015>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2016000200146. Acesso em: 10 out. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Alcohol and COVID-19: what you need to know**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/437608/Alcohol-and-COVID-19-what-you-need-to-know.pdf. Acesso em: 4 jun. 2020.

_____. **Global status report on alcohol and health 2018**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/ Acesso em: 7 jun. 2020.

_____. **The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care**. Geneva: WHO, 2001. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 10 jun. 2020.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

CÓDIGO	DA
PARTICIPANTE	

Informações à colaboradora

A Sra. está convidada a participar da pesquisa intitulada **“Padrão do consumo de drogas e comportamento sexual e reprodutivo de mulheres de uma comunidade rural: articulando pesquisa e ação”**, cujos objetivos são: desenvolver ações de prevenção de agravos e promoção da saúde no tocante à problemática das drogas e ao comportamento sexual e reprodutivo de mulheres de uma comunidade rural, sendo objetivos estritamente acadêmicos do estudo: ; analisar o perfil sociodemográfico de mulheres que vivem em uma comunidade rural de Camaçari-BA; caracterizar o comportamento sexual e reprodutivo; verificar o padrão de consumo de álcool e outras drogas; estimar prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis; e desenvolver atividades de educação em saúde voltadas para o consumo de drogas e comportamento sexual e reprodutivo.

A referida pesquisa será desenvolvida por mim, Priscilla Nunes Porto, como atividade do Curso de Doutorado em Enfermagem e Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob a orientação da Profa. Dra. Jeane Freitas de Oliveira.

A Sra. poderá participar ou não do estudo, bem como desistir em qualquer fase do estudo, sem qualquer prejuízo. A Sra. não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Caso a Sra. aceite, todas as informações coletadas serão estritamente confidenciais, de modo que sua identificação se dará por um nome fictício escolhido pela Sra., garantindo o sigilo e o anonimato e assegurando a privacidade. Os resultados deste estudo serão publicados na dissertação, em artigos científicos em revistas indexadas, apresentados em congresso e espaços da rede de atenção à saúde.

Para coleta das informações serão utilizados três instrumentos para entrevista: formulário comportamento sexual e reprodutivo, ASSIST e AUDI|T, e será realizado testagem rápida para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C. A entrevista será realizada de acordo com a sua disponibilidade e mediante a sua prévia autorização por escrito. Serão

desenvolvidas ainda oficinas temáticas que serão realizadas voltadas para educação em saúde sobre o consumo de drogas e o comportamento sexual e reprodutivo. O material será arquivado por 05 (cinco) anos e após esse período será destruído.

Embora este estudo não lhe ofereça riscos físicos, nem complicações legais ele poderá causar-lhe constrangimento ao relatar fatos da sua vida pessoal e profissional. Visando reduzir estes riscos, seu depoimento será coletado de preferência em um ambiente reservado, em uma sala, sem que haja interrupções de pessoas estranhas, e o seu nome será omitido. Caso ocorra situação de constrangimento, a pesquisadora interromperá o momento da coleta de dados e ofertará acolhimento ao(à) participante até que o(a) mesma se restabeleça e decida se deseja prosseguir com a coleta. Em caso de algum diagnóstico positivo durante a realização do teste rápido, será ofertado tratamento e acompanhamento em unidades de saúde especializadas da rede de Camaçari, de acordo com a necessidade.

O uso das informações fornecidas pela senhora está submetido às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), em cumprimento as recomendações das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12 e 510/2016. Esta pesquisa foi submetida, avaliada e acompanhada pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA. Qualquer dúvida ou problema que venha ocorrer durante este estudo, você poderá entrar em contato com a autora da pesquisa através do telefone nº (71) 99911-5556 ou e-mail priscillaporto@outlook.com, e através do CEP-EEUFBA situado à Rua Augusto Viana, s/n , 4º andar, sala 432-437, Canela, Salvador, Bahia CEP: 40110-060, telefone nº (71)3283-7615. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

Consentimento livre e esclarecido

Após ter sido devidamente esclarecida e tido todas as minhas questões respondidas, concordo e dou o meu consentimento para participar da pesquisa. Informo ainda que minha anuência foi livre de pressão e coação. Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Camaçari (BA), ____ de _____ de ____.

Assinatura da participante da Pesquisa

Assinatura da pesquisadora

ANEXO A – Formulário comportamento sexual e reprodutivo



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

CÓDIGO DA PARTICIPANTE

____ _

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
INICIAIS:	IDADE:
ENDEREÇO:	TELEFONE:
EMAIL:	
Orientação sexual: (1) Heterossexual (2) Homossexual (3) Bissexual	
COR: (1) preta (2) parda (morena) (3) branca (4) amarela (5) indígena (6) outra _____	RELIGIÃO: (1) católica (2) evangélica (3) espírita (4) não tem (5) outra _____
GRAU DE ESCOLARIDADE: (1) analfabeta (2) fundamental incompleto (3) fundamental completo (4) médio incompleto (5) médio completo (6) superior incompleto (7) superior completo	
SITUAÇÃO CONJUGAL: (1) solteira (2) casada (3) União estável (4) viúva (5) separada	
OCUPAÇÃO: _____	9 ONDE:
TIPO DE MORADIA: (1) Alvenaria (2) Madeira (3) Outros _____	
CONDIÇÕES DE MORADIA: (1) Casa própria (2) Alugada (3) Cedida (4) Outros _____	
NÚMERO DE COMODOS:	
NÚMERO DE PESSOAS QUE MORAM NA RESIDÊNCIA:	
COM QUEM MORA: (1) Sozinha (2) Companheiro e filhos (3) Companheiro (4) Pai da criança e filhos (5) Pai da criança (6) Pais (7) Filhos (8) Conhecidos (9) Familiares (10) Sogro/sogra e companheiro (11) Outros(as) _____	
INFRA-ESTRUTURA DOMICILIAR: (1) Fossa séptica (2) Rede de esgoto (3) Eletricidade (4) Água encanada (6) Fogão a gás (7) Chuveiro elétrico	
GRAU DE DEPENDÊNCIA FINANCEIRA: (1) independente (2) totalmente dependente (3) parcialmente dependente	
TOTALMENTE/ PARCIALMENTE DEPENDENTE DE QUEM: (1) companheiro (2) ex-companheiro (3) pai da criança (4) familiar (5) outro _____	
RENDA FAMILIAR (TOTAL EM SALÁRIO MÍNIMO): _____	
QUANTAS PESSOAS DEPENDEM DA SUA RENDA	
RECEBE AUXÍLIO DE ALGUM PROGRAMA SOCIAL DO GOVERNO: (1) Sim (2) Não Se sim. Qual? _____ (codificar depois)	

ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE: (1) Exclusivamente público (2) Plano de saúde (3) Público e privado		
SERVIÇOS DE SAÚDE QUE JÁ FEZ ATENDIMENTO: (1) USF (2) PA (3) HOSPITAL (4) CAPSad (5) Outros _____ (codificar depois)		
VOCÊ RECEBE VISITA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE? (1) Sim (2) Não		
SITUAÇÃO DE CONFLITOS COM A JUSTIÇA: 1 pessoal 2 parceiro 3 familiar () Tráfico () Delito () Violência () Homicídio () Trabalhista () Outro _____		
GRUPOS DE APÓIOS OU REDES SOCIAIS: (1) Alcoólicos anônimos (2) Narcóticos anônimos (3) amigos (4) Igreja/centro (5) Internet (6) outros		
JÁ OUVIU FALAR EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: (1) Sim (2) Não Se sim QUAIS: _____ (codificar depois)		
CONHECE ALGUM PROGRAMA DO GOVERNO VOLTADO PARA AS MULHERES: (1) Sim (2) Não Se sim QUAIS: _____ (codificar depois)		
JÁ REBEBEU ALGUMA ORIENTAÇÃO SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: (1) Sim (2) Não		
ONDE: (1) Casa (2) Escola (3) Serviço de saúde (4) Igrejas (5) Associação de moradores (6) Outros _____		
DE QUEM: (1) Familiar (2) Enfermeira (3) Outro profissional de saúde (4) Professora (5) Amigo(a) (6) Outros _____		
PARTICIPOU DE ALGUMA ATIVIDADE EDUCATIVA/PALESTRA ? : (1) Sim (2) Não Se Sim, quem realizou? _____ (67.1 codificar depois) Quais os temas abordados? _____ (67.1.1 codificar depois)		
CONFLITOS FAMILIARES: (1) Sim (2) Não SE SIM SEGUE A PERGUNTA 29		
FREQUÊNCIA DOS CONFLITOS: (1) Diariamente (2) Frequentemente (3) Raramente		
VIOLÊNCIAS VIVENCIADAS PELA FAMÍLIA: (1) Violência infantil (2) Violência entre os pais (3) Violência física (4) Violência psicológica (5) Abuso sexual () Nenhuma		
SOFRE/ JÁ SOFREU VIOLÊNCIA: (1) Sim (2) Não SE NÃO SEGUE A PERGUNTA 34		
TIPO DE VIOLÊNCIA: (1) infantil (2) doméstica (3) institucional/serviços de saúde (4) Abuso sexual (5) psicológica QUEM PRATICOU: _____		
COMPORTAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO		
IDADE DA 1ª RELAÇÃO SEXUAL: _____	NUMERO DE PARCEIROS: _____	NÚMERO DE PAIS DOS FILHOS:
NÚMERO DE GESTAÇÕES:		NÚMERO DE PARTOS:
NÚMERO DE GESTAÇÕES NÃO PLANEJADAS:		
NÚMERO DE ABORTOS:		NÚMERO DE FILHOS VIVOS:
NÚMERO DE FILHOS PRÉ-MATUROS:		
USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO: (1) SIM (2) NÃO		
QUAL MÉTODO: (1) Preservativo (2) ACO (3) ACI mensal (4) ACI trimestral (5) DIU (6) Laqueadura/Vasectomia (7) Diafragma (8) Outros _Qual?		

TEVE ALGUMA INTERCORRÊNCIA NAS GESTAÇÕES: (1) Sim (2) Não QUAIS: _____ (19.1 quando for codificar os sub itens)
O RN APRESENTOU ALGUM PROBLEMA AO NASCER: (1) Sim (2) Não QUAIS: _____ (20.1 quando for codificar os sub itens)
FEZ PRÉ-NATAL EM TODAS AS GESTAÇÕES (1) Sim (2) Não
NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAL (ÚLTIMA GESTAÇÃO):
POSSÍVEIS MOTIVOS DA ÚLTIMA GRAVIDEZ: (1) Não uso de métodos contraceptivos (2) Desconhecimento de métodos contraceptivos (3) Falha no uso do método contraceptivo (4) Falta de acesso ao método desejado (5) Desejo de ser mãe (6) Atender desejo do companheiro de ter filho (7) Medo de perder o marido/companheiro (8) inesperada (9) outros _____
Usou alguma droga durante a gestação: (1) Sim (2) Não
DOENÇAS CRÔNICAS: (1) Cardiopatias (2) Diabetes (3) Hipertensão arterial (4) Tuberculose pulmonar (5) Câncer tipo _____ (6) HIV/AIDS (7) DST (8) Hepatites (9) Outros _____ (10) Distúrbios psiquiátricos: (10.1) Alterações do humor (10.2) Quadro psicótico (10.3) Depressão (10.4) Outros _____
Quanto ao uso do preservativo, responda as afirmativas abaixo com Verdadeiro (V) ou Falso (F)
Possui preservativo caso precise/deseje usar Sim () Não ()
Usa preservativo toda vez que você e seu (sua) parceiro (a) tem relação sexual Sim () Não ()
Para o envolvimento sexual antes de qualquer penetração para colocar o preservativo em você ou seu (sua) parceiro (a) Sim () Não ()
Usa o preservativo mesmo após o uso de bebidas alcoólicas Sim () Não ()
Conversa sobre o uso do preservativo com seu (sua) companheiro (a) Sim () Não ()
Consegue convencer seu (sua) parceiro (a) a usar preservativo no ato sexual Sim () Não ()
Recusa o sexo caso não tenha ou seu (sua) parceiro (a) não queria usar preservativo Sim () Não ()
Vulnerabilidade às IST's
Sente dificuldade para iniciar conversa sobre a transmissão e prevenção das DST/HIV (1) Sim (2) Não
Sente dificuldade em propor o uso do preservativo masculino ou feminino (1) Sim (2) Não
Manifesta preconceito em relação às mulheres que portam preservativo cotidianamente (1) Sim (2) Não
O seu (sua) parceiro (a) tem ou já teve alguma IST (1) Sim (2) Não (3) Não sabe
Sabe como ocorre a transmissão e prevenção das IST's/HIV? (1) Sim (2) Não
Acredita que IST é relacionado à grupos de risco? (1) Sim (2) Não
Se sente vulnerável às IST/HIV? (1) Sim (2) Não
Tem relação sexual mesmo quando não tem preservativo? (1) Sim (2) Não
Conhece os serviços que oferecem aconselhamento para a prevenção às IST's e testes rápidos ? (1) Sim (2) Não
Seu parceiro tem outras parceiras? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe
Tem múltiplos parceiros? (1) Sim (2) Não
Seu parceiro nega-se a usar preservativo com qualquer justificativa? (1) Sim (2) Não
Você é a única responsável pela contracepção? (1) Sim (2) Não
Apresenta no momento alguma das queixas ginecológica? [1] Sim [2] Não

<p>Se SIM, qual(ais)? (pode marcar mais de uma resposta)</p> <p>[1] Corrimento</p> <p>[2] Prurido (coceira)</p> <p>[3] Verrugas</p> <p>[4] Ulcerações (feridas)</p> <p>[5] Íngua [caroço na virilha]</p> <p>[4] Dispareunia (dor durante a relação sexual)</p> <p>[5] Sangramento durante/após as relações sexuais</p> <p>[6] Outra queixa (especificar): _____</p>
<p>Possui histórico (já teve) de alguma DST (Doença Sexualmente Transmissível, doença venérea)?</p> <p>[1] Não</p> <p>[2] Sífilis</p> <p>[3] HIV/AIDS</p> <p>[4] Gonococcia (Gonorréia)</p> <p>[5] Hepatite B</p> <p>[6] Herpes Genital</p> <p>[7] Tricomoníase</p> <p>[8] Condiloma (aparece como verrugas na região Genital, conhecida como Crista de Galo)</p> <p>[9] Linfgranuloma Venéreo (ferida na genitália acompanhado de gânglios aumentados na região da virilha)</p> <p>[10] Outro (especificar) _____</p> <p>[11] Não sabe dizer</p>
<p>Se SIM, a (s) tratou ou trata? [1] Sim [2] Não</p>

ANEXO B – AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO****1. Com que frequência você toma bebidas de álcool?**

- (0) Nunca
- (1) uma vez por mês ou menos
- (2) duas a quatro vezes por mês
- (3) uma a três vezes por semana
- (4) quatro ou mais vezes por semana

2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses, copos ou garrafas você costuma tomar?

- (0) 1 ou 2 doses
- (1) 3 ou 4 doses
- (2) 5 ou 6 doses
- (3) 7 ou 9 doses
- (4) 10 ou mais doses

3. Com que frequência você toma "seis ou mais doses" em uma ocasião?

- (0) Nunca
- (1) menos de uma vez por mês
- (2) uma vez ao mês
- (3) uma vez por semana
- (4) todos os dias ou quase todos

4. Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?

- (0) nunca
- (1) menos de uma vez ao mês
- (2) uma vez ao mês
- (3) uma vez por semana
- (4) todos os dias ou quase todos os dias

5. Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?

- (0) nunca
- (1) menos de uma vez por mês
- (2) uma vez ao mês
- (3) uma vez por semana
- (4) todos os dias ou quase todos

6. Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?

- (0) nunca
- (1) menos de uma vez ao mês
- (2) uma vez ao mês
- (3) uma vez por semana
- (4) todos os dias ou quase todos.

7. Com que frequência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber?

- (0) nunca
- (1) menos de uma vez por mês
- (2) uma vez ao mês
- (3) uma vez por semana
- (4) todos os dias ou quase todos

8. Com que frequência, no último ano, você conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?

- (0) nunca
- (1) menos de uma vez por mês
- (2) uma vez ao mês
- (3) uma vez por semana
- (4) todos os dias ou quase todos

9. Alguma vez na vida você ou alguma outra pessoa já se muchucou, se prejudicou por causa de você ter bebido?

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

10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com você por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber?

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

Preencha as questões 2 e 3 transformando as quantidades em “doses”, baseado no quadro CERVEJA: 1 copo (de chope- 350 ml), 1 lata – 1 “dose” ou 1 garrafa – 2 “doses” VINHO: 1 copo comum grande (250 ml) – 2 “doses” ou 1 garrafa – 8 doses CACHAÇA, VODCA, UÍSQE OU CONHAQUE: 1 “martelinho”(60 ml)- 2 doses 1 “martelo”(100 ml)- 3 “doses” ou 1 garrafa- mais de 20 “doses” UÍSQE, RUM, LICOR, etc: 1 dose de dosador (45-50 ml)- 1 “dose”

ANEXO C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Padrão do consumo de drogas e comportamento sexual e reprodutivo de mulheres de uma comunidade rural: articulando pesquisa e ação

Pesquisador: Priscilla Nunes Porto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10352919.3.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.268.895

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de doutorado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e saúde. Será um estudo de pesquisa ação com abordagem qualitativa, que vai descrever o comportamento sexual e reprodutivo de mulheres que residem na zona rural e realizar teste rápido para o diagnóstico de HIV, Sífilis, Hepatite B e C. O estudo será desenvolvido no Programa de Saúde da Família (PSF)- Coqueiro de Monte Gordo, que faz parte do Município de Camaçari, Bahia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

-Desenvolver ações de prevenção de agravos e promoção da saúde no tocante a problemática das drogas e ao comportamento sexual e reprodutivo de mulheres de uma comunidade rural.

Objetivos específicos:

- Analisar o perfil sócio demográfico de mulheres que vivem em comunidade rural de Camaçari;
- Caracterizar o comportamento sexual e reprodutivo;
- Verificar o padrão de consumo de álcool e outras drogas;
- Estimar prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis;
- Desenvolver atividades de educação em saúde voltadas para o consumo de drogas e comportamento sexual e reprodutivo;
- Desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

Continuação do Parecer: 3.268.895

- Identificar os fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis e ao padrão de consumo de álcool e outras drogas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora relata os riscos e benefícios da pesquisa, tais como:

-Riscos: "o desconforto que a entrevistada poderia sentir ao compartilhar elementos de sua vivência/experiência" e "Levantamento de temas sensíveis que possam causar desconforto emocional." Embora este estudo não ofereça riscos físicos, nem complicações legais, por se tratar de temas sensíveis ele poderá causar constrangimento ao relatar fatos da vida pessoal. Visando reduzir estes riscos, os instrumentos serão aplicados em ambiente reservado, em uma sala, sem que haja interrupções de pessoas estranhas, e o seu nome será omitido.

-Benefícios: "Desenvolvimento de atividade de promoção, proteção e recuperação da saúde."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de extrema relevância, principalmente no atendimento às mulheres que residem em zona rural.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta alguns dos termos obrigatórios, mas não há Termo de Anuência do serviço da UFBA que irá prestar assistência as participantes, caso necessário. Porém apresenta anuência do responsável pelo PSF.

Recomendações:

Apresenta os termos obrigatórios, porém não explicita na PB as medidas para minimização dos riscos e proteção das participantes da pesquisa, porém traz essas informações na Brochura e no TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Acrescentar na PB as medidas para minimizar os riscos da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 1283532.pdf	10/04/2019 20:17:28		Aceito

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 3.268.895

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_alterado.pdf	10/04/2019 20:11:09	Priscilla Nunes Porto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Coparticipante.pdf	26/03/2019 20:59:23	Priscilla Nunes Porto	Aceito
Outros	formulario.pdf	08/02/2019 14:59:27	Priscilla Nunes Porto	Aceito
Outros	campo.pdf	08/02/2019 14:56:21	Priscilla Nunes Porto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	coleta.pdf	08/02/2019 14:55:56	Priscilla Nunes Porto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	proponente.pdf	08/02/2019 14:55:39	Priscilla Nunes Porto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concessao.pdf	08/02/2019 14:55:17	Priscilla Nunes Porto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	08/02/2019 14:55:04	Priscilla Nunes Porto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	orientador.pdf	08/02/2019 14:54:38	Priscilla Nunes Porto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	confidencialidade.pdf	08/02/2019 14:54:06	Priscilla Nunes Porto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	compromisso.pdf	08/02/2019 14:53:47	Priscilla Nunes Porto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	08/02/2019 14:53:34	Priscilla Nunes Porto	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	08/02/2019 14:53:20	Priscilla Nunes Porto	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	08/02/2019 14:53:07	Priscilla Nunes Porto	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	08/02/2019 14:32:24	Priscilla Nunes Porto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 3.268.895

SALVADOR, 16 de Abril de 2019

Assinado por:
Maria Carolina Ortiz Whitaker
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br