

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001450015>

PERFIL DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E SUA RELAÇÃO COM AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA INTERVENÇÃO BREVE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, RIO DE JANEIRO, BRASIL¹

Angela Maria Mendes Abreu², Pedro Miguel Santos Dinis Parreira³, Maria Helena do Nascimento Souza⁴,
Teresa Maria Mendes Diniz de Andrade Barroso⁵

¹ Este estudo recebeu apoio do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, através do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO PET-Saúde/Saúde da Família) e do CNPq, para o desenvolvimento de pós-doutorado no Exterior, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

² Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: angelabreu@globo.com

³ Doutor em Gestão. Professor da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra, Portugal. E-mail: parreira@esenfc.pt

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora da EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: mhnsouza@yahoo.com.br

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra, Portugal. E-mail: tbarroso@esenfc.pt

RESUMO: Objetivou-se analisar o perfil de consumo de substâncias psicoativas nos últimos três meses e sua associação com as variáveis sociodemográficas. Trata-se de um estudo transversal realizado com clientes atendidos na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva da Intervenção Breve. O estudo aconteceu na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. A amostra incluiu 1489 usuários do serviço, entrevistados ao longo de um ano. O consumo das substâncias foi avaliado pelo questionário *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*. A análise estatística foi elaborada no *software* SPSS. As maiores prevalências nos últimos três meses foram detectadas na subamostra masculina para o uso do tabaco (56,4%), bebidas alcoólicas (75,8%), *cannabis* (16,9%) e cocaína/crack (10,1%). A religião e a escolaridade emergem como importante fator protetor para o uso das drogas. Evidenciou-se uma prevalência do consumo de substâncias psicoativas dentre os clientes atendidos nessa área, no âmbito da prática do enfermeiro.

DESCRITORES: Atenção primária à saúde. Consumo de bebidas alcoólicas. Tabaco. Drogas ilícitas. Enfermagem em saúde pública.

PROFILE OF CONSUMPTION OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES AND ITS RELATIONSHIP TO SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS: A CONTRIBUTION TO A BRIEF INTERVENTION IN PRIMARY HEALTH CARE, RIO DE JANEIRO, BRAZIL

ABSTRACT: The aim of this study was to analyze the profile of consumption of psychoactive substances in the past three months and their association with sociodemographic variables. A cross-sectional study was conducted with users of the Family Health Strategy in the perspective of the brief intervention, in the city of Rio de Janeiro, Brazil. The sample included 1,489 users of the service interviewed throughout a year. The consumption of substances was assessed through the questionnaire *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*. Statistical analysis was developed using the *software* SPSS. The highest prevalence rates in the past three months were found in the male subsample for use of tobacco (56.4%), alcoholic drinks (75.8%), *cannabis* (16.9%), and cocaine/crack (10.1%). Religion and educational level appear as an important protective factor against the use of drugs. A prevalence of consumption of psychoactive substances among the users of this area within the scope of work of nurses was evidenced.

DESCRIPTORS: Primary health care. Alcohol consumption. Tobacco. Street drugs. Public health nursing.

PERFIL DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SU RELACIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: UNA CONTRIBUCIÓN PARA INTERVENCIÓN BREVE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD, RIO DE JANEIRO, BRASIL

RESUMEN: Se objetivó analizar el perfil de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos tres meses y su asociación con las variables sociodemográficas. Se trata de un estudio transversal de los pacientes incluidos en la Estrategia Salud de la Familia en la perspectiva de la Intervención Breve. El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil. La muestra estuvo constituida de 1498 usuarios del Servicio, entrevistados por el periodo de un año. El consumo de sustancias se evaluó mediante un cuestionario *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*. El análisis estadístico se realizó con el *software* SPSS. Las prevalencias en los últimos tres meses fue detectada en la submuestra masculina para el uso de tabaco (56,4%), bebidas alcohólicas (75,8%), *cannabis* (16,9%) y cocaína/crack (10,1%). La religión y la escolaridad emergen como importante factor para el uso de drogas. Se evidenció una prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas, de la clientela atendida en esta área en el ámbito de la práctica del enfermero.

DESCRIPTORES: Atención primaria de salud. Consumo de bebidas alcohólicas. Tabaco. Drogas ilícitas. Enfermería en salud pública.

INTRODUÇÃO

Os problemas relacionados ao uso e abuso das substâncias psicoativas aliados ao uso de novas substâncias de abuso prevalentes, tornou-se um grave problema de saúde pública da atualidade.¹⁻³ A *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), em conjunto com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu relatório sobre o tratamento e atenção as drogas, apontou que 205 milhões de pessoas consomem drogas ilícitas no mundo, das quais 25 milhões encontram-se no quadro de dependência, indicando, dessa forma, o consumo das drogas ao grupo dos 20 principais fatores de risco para a saúde no mundo e um dos 10 principais fatores nos países em desenvolvimento.¹

Nesse sentido, no principal estudo de prevalência de substâncias psicoativas realizado no Brasil em 2005, pelo Centro de Informação de Drogas Psicotrópicas (CEBRID), já se comprova a prevalência do consumo de drogas lícitas e ilícitas, quando constatou-se que 74,6% já fizeram uso de bebida alcoólica pelo menos uma vez na vida, seguido por 44% de uso do tabaco e 22,8% de uso de droga ilícita. Também foi evidenciado, à época, que a idade média para se iniciar o consumo foi aos 16 anos para o tabaco e aos 17 anos para o álcool e drogas ilícitas.⁴

A velocidade como se apresentam as novas substâncias, acrescido do consumo de álcool, crack e outras drogas, e sua relação com eventos acidentais ou situações de violência, evidencia o aumento na gravidade das lesões e a diminuição dos anos potenciais de vida da população, expondo as pessoas a comportamentos de risco.¹ Os acidentes e violências ocupam a segunda causa de mortalidade geral, sendo a primeira causa de óbitos entre pessoas de 10 a 49 anos de idade. Esse perfil se mantém nas séries históricas do Sistema de Mortalidade do Ministério da Saúde do Brasil, nos últimos oito anos.⁵

Em geral, os usuários de drogas procuram os serviços especializados em uma fase bastante avançada do consumo. Portanto, considera-se que a intervenção em fases iniciais do problema melhora o prognóstico e, para isso, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias de detecção e Intervenções Breves (IBs), como forma de rastreamento na população susceptível ao uso dessas substâncias. Dessa forma, o atendimento na Atenção Primária de Saúde é um espaço privilegiado para esse rastreamento e acompanhamento inicial.⁶⁻⁸

A política do Ministério da Saúde para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas reorienta, portanto, que ações de caráter terapêutico e/ou preventivo direcionadas a pessoas que fazem uso dessas substâncias e seus familiares sejam realizadas na comunidade, estabelecendo que programas de atenção dirigidos a esta população tenham a atenção integral em unidades de atenção básica, ambulatoriais não especializados por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF),⁵⁻⁸ pois é através dela que os profissionais de saúde têm o contato com grande número de pessoas que deveriam ser abordadas em relação à forma como usam álcool e outras drogas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde.⁸

Nesse contexto, a utilização de técnicas terapêuticas concisas e de curta duração tem se constituído parte importante no espectro de cuidados disponíveis para a abordagem e tratamento de usuários de álcool e outras drogas.⁶⁻⁹ Uma dessas técnicas é IB, técnica voltada para modificar a conduta dos usuários em relação à substância psicoativa mais frequentemente usada que lhe causa problemas, ajudando-os a compreender que tal uso os coloca em risco, servindo, assim, de motivação para que reduzam ou deixem de consumir drogas.^{6-7,9}

No âmbito da atenção primária, em particular, a IB consiste em oferecer uma breve retroalimentação e conselho que busca motivar os usuários de substâncias psicoativas de baixo e moderado risco a mudarem sua conduta de consumo, criando um vínculo entre seus hábitos atuais de uso e os riscos/danos a ele associados.^{7,9}

Estudos ressaltam que a triagem, no nível dos cuidados primários, pode aumentar a probabilidade de identificar os indivíduos usando substâncias em um consumo não-dependente, porém nocivos ou de forma perigosa, permitindo que profissionais realizem uma intervenção. E essa detecção, com o rastreamento, possibilita o profissional de saúde uma oportunidade para educar clientes sobre os riscos dessas substâncias.^{2,6-7,9-11} Assim, muitos problemas de saúde comuns, vistos no âmbito da Atenção Primária à Saúde, podem ser minimizados.

Nesse contexto, ressalta-se a relevância desse estudo no seguimento da ESF, diante da pouca literatura nacional referente à essa temática. Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo analisar o perfil do consumo de substâncias psicoativas nos últimos três meses e sua associação com as variáveis sociodemográficas, numa clientela atendida na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva da Intervenção Breve.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado junto a clientela atendida em uma Clínica Saúde da Família, que funciona no modelo da ESF, composta por 12 equipes, responsável pelos cuidados primários de saúde, de aproximadamente 40.000 pessoas, localizada no Complexo do Alemão, zona norte do município do Rio de Janeiro, Brasil. Cada equipe de saúde da família é responsável por em torno de 3.000 mil pessoas.

Os dados foram coletados na Clínica Saúde da Família, em seis equipes de trabalho, onde havia alunos bolsistas, tutorados pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde).¹⁰ A amostra de conveniência constituiu-se de 1489 sujeitos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que buscaram atendimento na unidade e foram encaminhados para a consulta do enfermeiro. Utilizou-se como critério de exclusão os indivíduos que não tinham condições de responder ao questionário, por incapacidade mental.

A coleta de dados deu-se entre julho de 2013 a julho de 2014, realizada por 12 alunos de graduação em enfermagem, bolsistas do programa PET Saúde,

previamente treinados para atuarem como entrevistadores, junto das enfermeiras dessas seis equipes de saúde, as quais também foram devidamente treinadas pelo pesquisador principal, professor tutor do projeto e responsável pela pesquisa. Esses alunos eram distribuídos nas respectivas equipes e cada um comparecia uma ou duas vezes na semana para a coleta de dados, durante o período.

O instrumento utilizado nesse estudo foi o questionário *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) versão 3.1,⁹ acrescido do perfil sociodemográfico. Esse questionário de triagem foi elaborado pela OMS, para detectar o consumo de álcool, tabaco e demais drogas (*cannabis*, cocaína/crack, anfetaminas, sedativo, alucinógenos, inalantes e opióides). Tem seu uso indicado na área da Atenção Primária à Saúde.

Os escores das respostas do ASSIST variam de zero a 33 pontos, tendo sido usado o valor do escore total para cada uma das substâncias psicoativas para a realização dos testes estatísticos. No entanto, assinalam-se os níveis que vão desde uso ocasional, abuso até dependência. Considera-se a faixa de zero a três como indicativo de uso ocasional, escores de quatro a 26 como indicativo de abuso, e de 27 ou mais como sugestivo de dependência. Cabe ressaltar que a pontuação para avaliar o padrão de consumo de álcool é diferenciada das demais substâncias. O álcool apresenta uma tolerância maior com escores variando de zero a 10 como indicativo de uso ocasional; de 11 a 26 como indicativo de abuso; e de escores de 27 ou mais, como indicativo de dependência.^{9,12} Este instrumento tem como objetivo identificar, em Serviços de Atenção Primária, os níveis de riscos para as substâncias, classificando os indivíduos que fazem consumo de baixo, moderado e de alto risco das nove classes de substâncias psicoativas já citadas, no decorrer dos últimos três meses, e também ao longo da vida de cada participante.

As variáveis de caracterização socio demográfica utilizadas foram gênero, idade, escolaridade, religião, estado civil e renda familiar. Esta investigação pretendeu avaliar o perfil de consumo de substâncias psicoativas nos últimos três meses e sua relação com as variáveis sociodemográficas. Dado que a amostra apresenta um “n” elevado, e tendo por base o Teorema do Limite Central, optou-se por utilizar estatística paramétrica. No entanto, optou-se por apresentar a correlação de Spearman, para avaliar a associação entre as variáveis, dado que a variável “escolaridade” é de nível de mensuração ordinal. Foram ainda utilizados o teste t de student e ANOVA, respectivamente, para avaliar diferenças

de médias para dois e para dois ou mais grupos com recurso ao programa *Statistical Package Social Science* (SPSS), versão 22.0, tendo-se estabelecido um nível de significância estatística para $p < 0,05$.

Os procedimentos éticos do estudo foram representados pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, sob o protocolo de nº 132/09, e pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos que aceitaram participar da pesquisa.

RESULTADOS

Em relação ao perfil sociodemográfico, de forma geral, no presente estudo observou-se que 78,1% da população estudada era do sexo feminino e a idade variou de 18 a 85 anos, com a média de 39 anos e desvio padrão de 15,3. Em relação à situação conjugal, encontramos 58,8% casados, seguidos de 23,9% de solteiros. Para o nível de escolaridade, 34,0% tinha o ensino fundamental incompleto, seguido de 16,4% completo, com 22,6% detentor do ensino médio (secundário) completo, seguido de 15,9% incompleto, e 2,7% tinha curso superior completo. Dos 77,8% que relataram ter religião,

47,5% eram católicos e 48,3% evangélicos. Em relação à renda familiar encontramos uma prevalência de 55,0% entre um e dois salários mínimos, seguido de 14,5% com renda menor que um salário mínimo e 13,9% com renda de dois a três salários mínimos.

Pela análise da tabela 1, relativa à relação entre as variáveis sociodemográficas e o risco de consumo das substâncias psicoativas nos últimos três meses, verifica-se que, genericamente, o risco de consumo de substâncias se encontram relacionados.

Observa-se que a idade se correlaciona negativamente com o risco de consumo de bebidas alcoólicas ($r = -,08$; $p < ,01$), com o risco de consumo de *cannabis* ($r = -,10$; $p < ,01$) e com o risco de consumo de inalantes ($r = -,06$; $p < ,05$), i.e., com o aumento da idade diminui o risco nos três consumos.

O nível de escolaridade correlaciona-se negativamente com o consumo de tabaco ($r = -,13$; $p < ,05$), bebidas alcoólicas ($r = -,061$; $p < ,05$), e cocaína ($r = -,56$; $p < ,05$), sendo significativas essas relações. Assim, verifica-se que quanto maior o nível de escolaridade menor o consumo dessas substâncias.

A renda correlaciona-se negativamente com o consumo do tabaco ($r = -,10$; $p < ,01$), i.e., quanto maior a renda menor o consumo do tabaco, sendo esta relação estatisticamente significativa.

Tabela1 - Correlações entre variáveis sociodemográficas e risco de consumo de substâncias psicoativas de uma população atendida na ESF, Rio de Janeiro, Brasil. 2013-2014. (n=1.489)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 - Idade	1	-,27†	,08†	,05	-,08†	-,10†	-,04	-,05	-,06*	,04	-,04	,00
2 - Escolaridade		1	,22†	-,13†	-,06*	-,00	-,06*	,00	,00	,02	-,05	,02
3 - Renda			1	-,10†	-,01	-,03	-,03	-,02	-,02	-,01	-,03	-,02
4 - Tabaco				1	,35†	,21†	,13†	,10†	,07*	,04	,08†	-,02
5 - Bebidas alcoólicas					1	,16†	,13†	,11†	,08†	,06*	,08†	-,03
6 - <i>Cannabis</i>						1	,40†	,33†	,23†	,04	,28†	,05*
7 - Cocaína							1	,25†	,29†	,07†	,36†	,07†
8 - Estimulantes/ anfet								1	,10†	,26†	,52†	,11†
9 - Inalantes									1	,20†	,20†	-,01
10 - Hipnóticos										1	,16†	,05
11 - Alucinogéneos											1	,22†
12 - Opiáceos												1

* Correlação significativa para um nível de significância $p < ,05$; † Correlação significativa para um nível de significância $p < ,01$.

Com o objetivo de avaliar as diferenças no risco de consumo das substâncias psicoativas nos últimos três meses, por gênero, religião e estado civil, com recurso ao teste t, verificamos, tal como apresentado na tabela 2, diferenças significativas no risco de consumo de tabaco ($M_{(Masc)} = 4,60$; $M_{(Fem)} = 3,45$; $p = ,033$), bebidas alcoólicas ($M_{(Masc)} = 4,90$; $M_{(Fem)} = 2,88$; $p = ,000$), *cannabis* ($M_{(Masc)} = ,65$; $M_{(Fem)} = ,17$; $p = ,036$)

e cocaína ($M_{(Masc)} = ,47$; $M_{(Fem)} = ,11$; $p = ,054$), sendo o gênero masculino aquele que apresenta escores médios mais elevados. No entanto, é no gênero feminino que se observam níveis mais elevados de risco no consumo de hipnóticos ($M_{(Masc)} = ,11$; $M_{(Fem)} = ,45$; $p = ,002$).

Em relação à variável religião observam-se

escores médios mais baixos do risco de consumo do tabaco, bebidas alcoólicas, *cannabis* e cocaína para os que referem ter uma religião.

No que diz respeito ao estado civil, assinalam-se maiores níveis de risco de consumo de tabaco e bebidas alcoólicas para o grupo de situação conjugal

de separado, sendo significativa as diferenças entre os diferentes grupos. Em relação ao uso de hipnóticos observa-se um escore médio mais elevado no consumo para os viúvos, com diferenças entre o estado civil ($M_{(Casado)} = ,34; M_{(Solteiro)} = ,28; M_{(Separado)} = ,43; M_{(Viúvo)} = 1,19; p = ,016$).

Tabela 2 - Diferença de médias nos escores de risco de consumo de substância psicoativa por gênero, religião e estado civil de uma amostra atendida na ESF, Rio de Janeiro, Brasil. 2013-2014. (n=1.489)

	Masculino		Feminino		df	t	p					
	M	SD	M	SD								
Tabaco	4,60	8,63	3,45	7,95	1.486	2,14	0,033					
	Com religião		Sem religião									
	M	SD	M	SD	df	t	p					
	3,08	7,56	5,60	9,37	1.422	4,38	0,000					
	Casado		Solteiro		Separado		Viúvo					
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	p		
3,02	7,28	4,61	8,90	5,52	9,73	4,46	8,07	5,81	0,001			
Bebidas alcoólicas	Masculino		Feminino									
	M	SD	M	SD	df	t	p					
	4,90	6,99	2,88	5,42	1.486	4,82	0,000					
	Com religião		Sem religião									
	M	SD	M	SD	df	t	p					
	2,77	5,33	4,38	6,23	1.422	4,18	0,000					
Casado		Solteiro		Separado		Viúvo						
M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	p			
2,94	5,28	4,06	6,30	4,36	6,93	2,00	5,23	6,47	0,000			
Cannabis	Masculino		Feminino									
	M	SD	M	SD	df	t	p					
	,65	4,07	0,17	1,59	1.486	2,11	0,036					
	Com religião		Sem religião									
	M	SD	M	SD	df	t	p					
	0,17	1,54	0,64	3,65	1.420	2,35	0,019					
Casado		Solteiro		Separado		Viúvo						
M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	p			
0,22	2,25	,45	2,99	,31	1,43	,02	,19	1,30	,273			
Cocaína	Masculino		Feminino									
	M	SD	M	SD	df	t	p					
	,47	3,27	,11	1,54	1.485	1,93	,054					
	Com religião		Sem religião									
	M	SD	M	SD	df	t	p					
	,10	1,48	,44	2,93	1.422	2,03	,043					
Casado		Solteiro		Separado		Viúvo						
M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	p			
,12	1,67	,32	2,70	,33	2,08	,00	,00	1,44	,230			
Estimulantes/anfetaminas	Masculino		Feminino									
	M	SD	M	SD	df	t	p					
	,10	1,88	,08	1,08	1.486	,24	,861					
	Com religião		Sem religião									
	M	SD	M	SD	df	t	p					
	,05	,84	,11	1,34	1.422	,90	,485					
Casado		Solteiro		Separado		Viúvo						
M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	p			
,05	,86	,21	2,27	,13	1,08	,00	,00	1,40	,241			

	Masculino		Feminino		df	t	p					
	M	SD	M	SD				M	SD	M	SD	F
Inalantes	,21	2,64	,04	,33	1.480	1,88	,269					
	Com religião		Sem religião									
	,02	,57	,17	2,2	1.416	1,18	,238					
	Casado		Solteiro		Separado		Viúvo					
,06	1,28	,20	2,13	,00	,00	,00	,00	1,13	,333			
Hipnóticos	Masculino		Feminino									
	,11	1,31	,45	2,85	1.484	-3,10	,002					
	Com religião		Sem religião									
	,34	2,47	,26	1,93	1.420	-,61	,545					
Casado		Solteiro		Separado		Viúvo						
,34	2,51	,28	2,13	,43	2,57	1,19	4,70	3,46	,016			
Alucinogêneos	Masculino		Feminino									
	,10	,16	,01	,44	1.484	-2,12	,733					
	Com religião		Sem religião									
	,01	1,17	,01	,44	1.420	1,12	,262					
Casado		Solteiro		Separado		Viúvo						
,00	,00	,06	,84	,00	,00	,00	,00	1,79	,148			
Opiáceos	Masculino		Feminino									
	,01	,00	,06	,10	1.483	2,12	,411					
	Com religião		Sem religião									
	,04	,83	,06	,13	1.420	,29	,809					
Casado		Solteiro		Separado		Viúvo						
,29	,54	,06	1,01	,00	,00	,26	2,20	2,25	,081			

M=Média; SD=Desvio padrão; df=graus de liberdade; F=estatística F; p=significância estatística.

Na tabela 3 estão representados, em categorias, os níveis de risco dos que usaram substâncias psicoativas nos últimos três meses, tendo por base o escore obtido no ASSIST. Apresentam-se em seguida os valores percentuais de baixo risco, risco moderado e alto risco, respectivamente, para todas as substâncias. Para as bebidas alcoólicas destacou-se para risco moderado 8,8% (131) e alto risco, 1,2% (18). Para o Tabaco assinala-se 16,6% (247) de risco moderado e 3,5% (52) de alto risco. Para o risco de consumo de *cannabis* assinala-se 1,5% (22) de risco moderado e 0,3% (4) de alto risco. O risco de consumo de hipnóticos/sedativos atinge uma percentagem de 2,1% (31) para risco moderado e 0,3% (4) para alto risco. O risco moderado de consumo de cocaína atinge a expressão de 0,8% (12) com alto

risco de 0,3% (4). Os estimulantes obtiveram risco moderado de 0,5% (8) e alto risco de 0,1% (1). Os opiáceos evidenciaram apenas 0,3% (5) de risco moderado. Os inalantes apresentaram risco moderado de 0,3% (5) e alto risco de 0,1% (2). Os alucinógenos apresentaram para risco moderado 0,1% (1).

Tabela 3 - Distribuição por classificação de risco de cada substância entre a clientela assistida na Estratégia Saúde da Família. Rio de Janeiro, Brasil. 2013-2014. (n=1.489)

Substâncias	n	%
Bebidas alcoólicas		
Baixo risco	1.340	90,0
Risco moderado	131	8,8

Substâncias	n	%
Alto risco	18	1,2
Tabaco		
Baixo risco	1.190	79,9
Risco moderado	247	16,6
Alto risco	52	3,5
<i>Cannabis</i>		
Baixo risco	1.461	98,3
Risco moderado	22	1,5
Alto risco	4	0,3
Hipnóticos/sedativos		
Baixo risco	1.452	97,6
Risco moderado	31	2,1
Alto risco	4	0,3
Cocaína/crack		
Baixo risco	1.472	98,9
Risco moderado	12	0,8
Alto risco	4	0,3
Estimulantes/anfetaminas		
Baixo risco	1.480	99,4
Risco moderado	8	0,5
Alto risco	1	0,1
Opióides		
Baixo risco	1.481	99,7
Risco moderado	5	0,3
Alto risco	-	-
Inalantes		
Baixo risco	1.476	99,5
Risco moderado	5	0,3
Alto risco	2	0,1
Alucinógenos		
Baixo risco	1.486	99,9
Risco moderado	1	0,1
Alto risco	-	-

DISCUSSÃO

Foi realizado um estudo em uma população atendida na atenção primária, no âmbito da Estratégia Saúde da Família, na cidade do Rio de Janeiro, que pretendia analisar o perfil do consumo de substâncias psicoativas nos últimos três meses e sua associação com as variáveis sociodemográficas na perspectiva da Intervenção Breve. Diante desses resultados, nos últimos três meses observou-se que o perfil sociodemográfico, de uma forma geral em nossa amostra, foi predominantemente feminino, com idade média de 39 anos, casadas, com baixa escolaridade, baixa renda salarial e a maioria relatou ter religião. Esses dados são semelhantes a estudos de base populacional¹³ e demais estudos brasileiros realizados em serviços de Atenção Primária a Saúde.^{2,11,14}

Em relação à idade denotou-se os riscos acrescidos nos mais jovens no que diz respeito ao consumo da bebida alcoólica, *cannabis* e inalantes. Por outro lado, nos mais velhos encontramos maior risco de consumo de tabaco. Esse último pode ser explicado pelo fato da campanha antitabagismo no Brasil ter

mais de duas décadas e talvez essa geração não tenha tido ampla cobertura dessa campanha na idade mais jovem. No entanto, em relação a maiores riscos para os mais jovens, podemos apontar maiores investimentos e intervenção em educação para a saúde, junto às escolas, conforme preconiza o Programa Saúde na Escola, do Ministério da Saúde, sobretudo levando informação e palestras às escolas, clubes e associações em áreas adscritas à ESF sobre substâncias psicoativas. Nesse sentido, autores apontam que essas intervenções poderão refletir importantes mudanças no desenvolvimento atual e futuro desses jovens.¹⁵

Observa-se também que quanto maior a escolaridade e a renda, menor o consumo dessas substâncias, mostrando aqui a escolaridade como fator protetor. O que podemos inferir é que essas características estão relacionadas com a formação e a educação nas escolas, isto é, quanto maior a informação, melhor será a compreensão dessas pessoas no sentido da promoção da saúde e sua qualidade de vida. Esses dados vêm ao encontro de estudos semelhantes.^{2,14-15}

Em relação às médias no escore de risco de consumo das substâncias psicoativas nos últimos três meses, o presente estudo apontou os maiores escores de risco relacionados ao consumo do tabaco, de bebidas alcoólicas, da *cannabis* e de cocaína para os homens, destacando maior risco de consumo para os indivíduos separados, solteiros e viúvos, e sem religião. Dados epidemiológicos e de outros estudos vêm corroborar com esses achados.^{2,4,11,16} O que podemos perceber aqui e explicar, talvez, o maior risco de consumo por parte desses homens para essas substâncias, podem ser os determinantes sociais, contexto ao qual estão inseridos, destacando as vulnerabilidades sociais como a baixa escolaridade, os baixos salários, a pobreza, e até mesmo a proximidade com a violência, conforme apontado em relatórios internacionais.¹⁷

Por outro lado, observou-se maior risco de consumo em relação ao uso de hipnóticos para as mulheres com uma média maior dentre as de estado civil viúvas, vindo ao encontro do resultado encontrado para os homens no que diz respeito ao estado civil, apontando maior risco de uso de substâncias para os solteiros, separados e viúvos, evidenciando dessa forma uma maior proteção para os casados, isto é, os que têm famílias. Podemos perceber que a proporção em que o indivíduo se estabelece sozinho, isto é, sem um parceiro e/ou família, pode aumentar a maior oportunidade de uso de substâncias psicoativas, reforçando o fator protetor família, em relação ao uso dessas substâncias. Esses dados corroboram com outros estudos realizados em atenção primária.^{11,14,16}

Destaca-se aqui o papel protetor da variável religião para o risco de consumo dessas substâncias que aparece no estudo como um fator de proteção para os usuários. Autores vêm apontando a religiosidade, como um fator de proteção contra o consumo das drogas,¹⁸⁻²⁰ o que vem acrescentar que a religiosidade continua como um fator de proteção para o uso das substâncias psicoativas tanto lícitas quanto ilícitas. Nesse contexto, podemos inferir que a religião aqui pode fortalecer no sentido de ajudar o profissional da equipe de Saúde da Família a desenvolver ações de prevenção voltados à comunidade, em parceria com as igrejas, em áreas adscritas, no planejamento das ações de educação para a saúde.²¹

Por fim, de acordo com o nível de risco do consumo de substâncias psicoativas, nos últimos três meses, a clientela foi classificada em três seguimentos. Dessa forma, observou-se que grande parte da população, como era esperado, foi classificada no consumo de baixo risco. Assim, para a população nesse seguimento, seguindo o modelo da Intervenção Breve,^{6,9,12} na retroalimentação, após responderem ao questionário sobre o uso das substâncias o enfermeiro e/ou os alunos de graduação de enfermagem bolsistas do programa informava sobre o resultado, parabenizava-os e dava informações relacionadas a saúde de forma geral. Em relação aos indivíduos cujo consumo foi classificado no seguimento de risco moderado foi realizado o modelo da Intervenção Breve,^{6,9} com orientações para a saúde em relação a substância de uso, oferecido folheto de informação para levar para casa e, por fim, aqueles pacientes classificados no seguimento de consumo de alto risco também eram orientados da mesma forma e eram encaminhados para avaliação e tratamento em serviços especializados.

Nesse sentido, autores nacionais^{2,11,14,16} e internacionais^{20,22-23} têm apontado para a eficácia desse modelo da Intervenção Breve realizada pelos profissionais que trabalham na atenção primária. Destacamos, portanto, a importância da capacitação dos profissionais da saúde que desenvolvem suas atividades na atenção primária na ESF, com vistas a um melhor atendimento às pessoas com problemas relacionados ao álcool e outras drogas, atendidos na porta de entrada do sistema de saúde.

Por sua oportunidade de atuação profissional em diversos cenários, o enfermeiro, em particular, ocupa posição de destaque, pois pode aplicar as IBs a fim de criar uma oportunidade de intervenção preventiva para agravos ocasionados pelo uso de álcool e outras drogas. Sobretudo os enfermeiros atuantes na ESF, que podem incorporar nas consultas de

enfermagem um breve momento destinado à identificação de pacientes com problemas relacionados ao uso dessas substâncias. Seja nas consultas junto a portadores de hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose ou junto a gestantes na consulta pré-natal e, ainda, na educação em saúde para grupos de adolescentes, o enfermeiro poderá auxiliar pessoas que podem se beneficiar da redução ou cessação do uso dessas substâncias.^{11,14-15,20,24}

Vale ressaltar, no entanto, que este estudo apresenta algumas limitações como a possibilidade de ocorrência de viés de memória, por ter sido realizado em apenas uma área do município do Rio de Janeiro, adscrita à ESF. Por fim, ressaltamos a importância de serem desenvolvidos outros estudos nessa linha, com intuito de conhecer a magnitude do uso de substâncias psicoativas na Atenção Primária à Saúde, que possam subsidiar o fortalecimento de políticas públicas de saúde nessa temática.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados apresentados, a análise do perfil do consumo das substâncias psicoativas nos últimos três meses dessa clientela, evidenciou-se o desenho dessa população atendida na ESF, onde podemos ver a presença dos problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. Dessa forma, indica oportunidades aos profissionais da Equipe de Saúde da Família e, sobretudo ao enfermeiro, de realizarem atividades relacionadas à prevenção dos agravos e promoção da saúde, no âmbito da atual política nacional de atenção básica nessa área. Verificou-se de uma forma geral que os riscos de consumo são interdependentes, sejam eles drogas lícitas e ilícitas, pelo qual devemos investir mais na informação, sobretudo para os jovens.

A utilização do uso de um instrumento, nesse caso, o questionário ASSIST, no sentido de medir a classificação de risco de cada substância (baixo risco, risco moderado e alto risco), aponta as razões fundamentais para detectar o caminho a seguir na sistematização da consulta do enfermeiro nessa área de atuação para uma Intervenção Breve, bem como os problemas relacionados ao consumo das substâncias e como incluir a prova de detecção de substâncias na prática diária.

Destacamos, por fim, que o enfermeiro, atuando na ESF, ocupa uma posição importante na identificação de pacientes que fazem consumo de substâncias psicoativas, já que há uma reorientação do modelo na atenção primária nesse contexto, conforme preconizam as atuais políticas de saúde nacionais e internacionais.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health 2014. Genebra (CH): WHO; 2014.
2. Jomar RT, Abreu AMM, Griep RH. Caracterização do consumo de álcool de uma população adscrita à Estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery* 2014; 18(1):96-100
3. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report United Nations. New York (US): ONU; 2013.
4. Queiroz NR, Portela LF, Abreu AMM. Associação entre o consumo de bebidas alcoólicas e tabaco e a religiosidade. *Acta Paul Enferm.* 2015; 28(6):546-52.
5. Ministério da Saúde (BR). Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília (DF); 2004 [cited 2015 Sep 9]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf
6. Ministério da saúde (BR). Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde. Portaria GM nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Brasília (DF): MS; 2009.
7. Ronzani TM, Souza ICW. Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação. *Psicol Estud.* 2012; (17):237-46.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2012.
9. Humeniuk R, Henry-Edwards S, Ali R, Poznyak V, Monteiro MG. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. Genebra (CH): World Health Organization; 2010.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providencias. Brasília (DF): MS; 2010.
11. Jomar RT, Abreu AMM, Griep RH. Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre adultos usuários de serviço de atenção básica do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014; 19(1):27-37
12. Henrique IF, De Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni ML. Validation of version alcohol, smoking, and substance involvement screening test. *Rev Assoc Med Bras.* 2004; 50(2):199-206.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília (DF): MS; 2015.
14. Jomar RT, Abreu AMM. Intervenções breves para uso problemático de álcool: potencial de aplicação na prática do enfermeiro. *Rev Enferm UERJ.* 2012 20(3):391-95.
15. Barroso TMMDA, Mendes AMOC, Barbosa AJF. Programa de prevenção do uso/abuso de álcool para adolescentes em contexto escolar: parar para pensar. *Esc Anna Nery.* 2013; 17(3):466-73.
16. Souza J, Luis MAV, Corradi-Webster CM. Brief interventions and tools for nursing care: descriptive and exploratory study. *Online Braz J Nurs [Internet].* 2013 [cited 2016 Apr 22]; 12(1):21-32. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3504/html>
17. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MHP, Silva CMFP, Minayo MCS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *The Lancet* 2011; 6736(11)75-89.
18. Gomes FC, Andrade AG, Izbicki R, Almeida MA, Oliveira LG. A religião como um fator de proteção contra o uso de drogas entre os universitários brasileiros: uma pesquisa nacional. *Rev Bras Psiquiatr.* 2013 35(1):29-37.
19. Edlund MJ, Harris KM, Koenig HG, Han X, Sullivan G, Mattox R, et al. Religiosity and decreased risk of substance use disorders: is the effect mediated by social support or mental health status. *Soc Psychiatry Epidemiol.* 2010; 45(8):827-36.
20. Le KB, Johnson JA, Seale JP, Woodall H, Clark DC, Parish DC, et al. Primary care residents lack comfort and experience with alcohol screening and brief intervention: A multi-site survey. *J Gen Intern Med.* 2015; 30(1):161-8.
21. Reis LM, Hungaro AA, Oliveira MLF. Public policies for confronting the use of illicit drugs: social perception in a community. *Texto Contexto Enferm [Internet].* 2014 Out-Dez [cited 2016 Apr 22]; 23(4):1050-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000401050&lng=en&nrm=iso&tlng=en
22. Schonfeld L, Hazlett RW, Hedgecock DK. Screening, brief intervention, and referral to treatment for older adults with substance misuse. *Am J Public Health.* 2015 Jan; 105(1):205-11.
23. Mdege ND, Watson J. Predictors of study setting (primary care vs. hospital setting) among studies of the effectiveness of brief interventions among heavy alcohol users: A systematic review. *Drug Alcohol Rev.* 2013 Jul; 32(4):368-80.
24. Gonçalves AMS Ferreira PS, Abreu AMM, Pillon SC, Jezus SV. Estratégias de rastreamento e intervenções breves como possibilidades para a prática preventiva do enfermeiro. *Rev Eletr Enferm [Internet].* 2011 [cited 2016 Apr 22]; 13(2):355-60. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2a23.htm

Correspondência: Angela Maria Mendes Abreu
Rua Desenhista Luis Guimarães, 70 ap. 101 bl03
22793-261 – Barra da Tijuca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: angelabreu@globocom

Recebido: 07 de novembro de 2015
Aprovado: 29 de junho de 2016