

Universidade Federal de Mato Grosso
Instituto de Saúde Coletiva
Graduação em Saúde Coletiva

Perfil do uso de drogas psicoativas em uma
comunidade rural do município de Santo Antônio
do Leverger, Mato Grosso - 2013.

Luciana Martins Frassetto de Freitas

Trabalho de Conclusão do Curso de
Saúde Coletiva apresentada ao
Departamento de Saúde Coletiva do
Instituto de Saúde Coletiva da
Universidade Federal de Mato Grosso,
como um dos requisitos para a
obtenção do Título de Graduada em
Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dra. Delma
Perpétua Oliveira de Souza

Cuiabá
2014

Perfil de uso de drogas psicoativas em uma comunidade rural do município de Santo Antônio do Leverger, Mato Grosso - 2013.

Luciana Martins Frassetto de Freitas

Trabalho de Conclusão do Curso de Saúde Coletiva apresentada ao Departamento de Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, como um dos requisitos para a obtenção do Título de Graduada em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dra. Delma Perpétua
Oliveira de Souza

Cuiabá
2014

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.

M386p Martins Frassetto de Freitas, Luciana.
Perfil do uso de drogas psicoativas em uma comunidade rural do município de Santo Antônio do Leverger, Mato Grosso - 2013. / Luciana Martins Frassetto de Freitas. -- 2014
xii, 95 f. : il. color. ; 30 cm.

Orientadora: Delma Perpétua Oliveira de Souza.
TCC (graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Cuiabá, 2014.
Inclui bibliografia.

1. População rural. 2. Álcool. 3. Tabaco. 4. Outras drogas. 5. Saúde Coletiva. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais Eduardo e Sonia pelo apoio dispensado para que eu pudesse cursar um ensino superior, pelo incentivo de continuar estudando e pelos exemplos de perseverança que me proporcionaram durante toda a minha caminhada.

Aos meus amigos por sempre me incentivar em continuar os estudos em Saúde.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela força física e psíquica que sempre me proporcionou, dando-me equilíbrio para que pudesse tomar decisões mais justas possíveis.

À Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antonio de Leverger e aos moradores da comunidade do Pequizeiro pelo apoio e participação na pesquisa.

À Diretora do Instituto de Saúde Coletiva, Prof^a. Dra. Marta Gislene Pignatti, à Coordenadora do Curso de Graduação em Saúde Coletiva, Prof^a. Ms. Alba Regina Medeiros pela atenção, dedicação e carinho que sempre demonstraram e acima de tudo pela perseverança e amor ao seu trabalho realizado nesta instituição, e a Profa.Dra. Marina Atanaka dos Santos pelos conhecimentos transmitidos na Disciplina TCC-III.

Aos servidores da Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT, campus Cuiabá, do Instituto de Saúde Coletiva – ISC, pela paciência e disposição em sempre ajudar quando necessário, em especial à Simone.

Aos meus familiares pela disposição em sempre me ajudar, em especial aos meus tios João Bosco e Raquel e a minha prima Jaqueline pela paciência e ajuda prestada.

Aos meus colegas Pedro e Andréia que apresentaram interesse e colaboraram de maneira significativa para a conclusão deste trabalho.

Aos meus pais Eduardo e Sonia e aos meus irmãos Cecília e Pedro pelas palavras de amor quando mais precisei.

Aos meus amigos e colegas de turma, pelo desprendimento sempre que necessário.

Aos meus amigos Rosangela, Tuanny, Marianne e Luan pelo suporte físico e emocional que proporcionaram quando eu mais precisei.

À professora Dra. Delma Perpétua Oliveira de Souza, minha orientadora, pela generosidade em aceitar desenvolver esta pesquisa e por compartilhar o seu grande conhecimento na área de epidemiologia e de saúde mental.

RESUMO

FREITAS, L. M. F. **Perfil de uso de drogas psicoativas em uma comunidade rural do município de Santo Antônio do Leverger, Mato Grosso - 2014.** 2014. 96 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá.

Introdução: O comportamento do uso, abuso e dependência de drogas, causadoras além de complicações no organismo humano, contribuem para o aumento nos índices de violência vindo a impactar os serviços de saúde. **Objetivo:** Estimar a prevalência do uso de drogas psicoativas na comunidade rural de Pequizeiro do município de Santo Antônio do Leverger. **Método:** Trata-se de um levantamento descritivo de caráter exploratório. A coleta de dados foi realizada no período de setembro à outubro de 2013, na qual foram entrevistadas 42 pessoas, uma por domicílio, onde os aplicadores realizavam um sorteio daqueles moradores que pertenciam à faixa etária de 12 a 65 anos. O instrumento utilizado continha questões relacionadas às variáveis sociodemográficas, ocupacionais e uso de álcool, tabaco e outras drogas. Realizou-se a análise de frequência simples. **Resultados:** As substâncias que apresentaram maior frequência tanto de uso na vida como nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias foram álcool (81,0%, 57,1% e 45,2%) e tabaco (47,6%, 21,4% e 21,4%). O uso de outras drogas foram 42,9% na vida, 26,2% no ano e 11,9% no mês. Também observou uso na vida: os benzodiazepínicos (21,4%); orexígenos (11,9%); maconha (7,1%), estimulantes (7,1%), cocaína (7,1%) e xaropes (7,1%). **Discussão:** A população em estudo referiu desenvolver diversas atividades como fonte de renda para o sustento, sendo poucos agricultores, mesmo a maioria sendo desenvolvida na própria comunidade Quanto ao álcool e tabaco apresentaram proporções de uso maiores em relação à literatura, assim como para as substâncias psicoativas, exceto álcool e tabaco. **Conclusão:** A população da zona rural em estudo apresentou uso de drogas psicotrópicas em proporções elevadas, sugerindo a necessidade de outros estudos com maior profundidade, para o estabelecimento de políticas públicas de prevenção e assistência a saúde desta população que apresenta características diferenciadas em relação à população urbana.

Palavras-chave: População rural. Álcool. Tabaco. Outras drogas. Saúde Coletiva.

ABSTRAT

FREITAS, L. M. F. **Epidemiology of drug use in a rural population of the Santo Antônio de Leverger city, Mato Grosso - 2014.** 2014. 96 p. Completion of course work (Undergraduate Public Health) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá.

Introduction: The behavior of the use, abuse and addiction, as well as causing complications in the human body, contributing to the increase in violence come to impact health services. **Objective:** To estimate the prevalence of the use of psychoactive drugs in the rural community of Pequizeiro of Santo Antônio do Leverger. **Method:** This is a descriptive exploratory survey. Data collection was conducted from September to October 2013, in which 42 people, one per household, where applicators held a raffle of those residents who were in the age range 12 to 65 years were interviewed. The instrument contained questions related to sociodemographic, occupational, and use of alcohol, tobacco and other drug use variables. There was the simple frequency analysis. Results: The substances that showed the highest frequency of use both in life and in the past 12 months and past 30 days were alcohol (81.0%, 57.1% and 45.2%) and tobacco (47.6 %, 21.4% and 21.4%). The use of other drugs were 42.9 % in life, 26.2 % in year and 11.9 % in the month. Also observed lifetime use: benzodiazepines (21.4%), appetite stimulants (11.9%), marijuana (7.1%), stimulants (7.1%), cocaine (7.1%) and syrups (7.1%). Discussion: The study population reported conduct various activities as a source of income for sustenance, and few farmers, even the majority community being developed in regard to alcohol and tobacco itself showed higher proportions of use in relation to the literature, as well as for substances psychoactive, excluding alcohol and tobacco. Conclusion: The population of the rural area under study showed the use of psychotropic drugs in high proportions, suggesting the need for further studies in greater depth, to establish public policies for prevention and health care of this population with different characteristics in relation to population urban.

Keywords: Rural Rural population. Alcohol. Tobacco. Other drugs. Public Health.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	14
INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO II	18
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	18
2.1 CONCEITOS.....	19
2.1.1 Classificação e efeitos das drogas no sistema nervoso central.....	19
2.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO USO DE DROGAS	22
2.3 GLOBALIZAÇÃO E MUDANÇAS NO PADRÃO ECONÔMICO E EPIDEMIOLÓGICO DA ÁREA RURAL.....	25
2.4 JUSTIFICATIVA.....	28
CAPÍTULO III	29
OBJETIVOS.....	29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
CAPÍTULO IV.....	31
MÉTODO	31
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	32
4.2 DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA.....	32
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	35
4.4 SORTEIO DOS ENTREVISTADOS	35
4.5. TREINAMENTO DOS APLICADORES.....	36
4.6 O INSTRUMENTO	36
4.7 APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO	38
4.8 TESTE PILOTO	38

4.9 ARMAZENAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	39
4.10 ASPECTOS ÉTICOS	39
CAPÍTULO V.....	41
RESULTADOS.....	41
5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E OCUPACIONAIS	42
5.2 USO DE DROGAS PSICOATIVAS E ALCOOLISMO	46
CAPÍTULO VI.....	49
DISCUSSÃO	49
6.1 POPULAÇÃO DE PEQUIZEIRO: CARACTERÍSTICAS	50
6.2. O CONSUMO DE DROGAS NO CONTEXTO RURAL.....	51
CAPITULO VII.....	56
CONCLUSÃO	56
CAPÍTULO VIII.....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
ANEXOS	65
ANEXO 1	66
ANEXO 2	67
ANEXO 3.....	69
ANEXO 4	91
ANEXO 5	93
ANEXO 6	96
ANEXO 7	98

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa do estado de Mato Grosso, em destaque o município de Santo Antônio de Leverger.....	32
Figura 2 – Mapa da comunidade Pequizeiro disponível ao presidente da região..	33
Figura 3 – Distribuição da população de estudo, segundo a idade. Zona rural de Pequizeiro, Santo Antonio do Leverger-MT, 2013	41
Figura 4 – Distribuição dos entrevistados da comunidade de Pequizeiro, segundo nível socioeconômico, Santo Antônio do Leverger-MT, 2013	42
Figura 5 – Familiar usuário de álcool e outras drogas entre os entrevistados residentes na comunidade Pequizeiro, Santo Antônio do Leverger-MT, 2013	46
Figura 6 – Alcoolismo segundo o teste CAGE entre a população em estudo residente na comunidade Pequizeiro, Santo Antônio do Leverger-MT, 2013	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas da população de 12 a 65 anos residente na comunidade de Pequizeiro, Santo Antônio do Leverger-MT, 2013 (n=42).....	43
Tabela 2 – Variáveis ocupacionais da população de 12 a 65 anos residente na comunidade de Pequizeiro, Santo Antônio do Leverger-MT, 2013 (n=42).....	44
Tabela 3 – Uso na vida, ano e mês de substâncias psicoativas entre a população de 12 a 65 anos residente na comunidade de Pequizeiro, Santo Antônio do Leverger-MT, 2013.....	45

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

O uso indiscriminado de drogas pela população mundial tem sido tratado como um grave problema de saúde pública, por atingir tanto homens como mulheres, de qualquer faixa etária, classe econômica e social (UNODC, 2012).

Das substâncias psicoativas o álcool e o tabaco são as mais utilizadas em todo o mundo, pois são semelhantes em vários aspectos: ambas são substâncias legais, estão largamente disponíveis na maior parte do mundo, e são comercializados de maneira agressiva por companhias multinacionais cujas campanhas de publicidade e promoção tem como público alvo especialmente a população jovem (OMS, 2004).

Quanto ao consumo de drogas ilícitas, segundo o Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC, 2012), as substâncias mais usadas no mundo são a maconha (*Cannabis sativa*), derivados de anfetamina (*Amphetamine-type stimulans* - ATS), opiáceos, cocaína (*Erythroxylon coca*) e ecstasy (*metilenodioximetanfetamina*).

O uso, abuso e dependência de drogas, além dos efeitos causadas no organismo humano, contribuem significativamente para o aumento nos índices de violência vindo a impactar nos serviços de saúde, onde são classificados como doenças e óbitos por causa externas. (CASTRO et al., 2011).

Em um contexto de rápidas transformações socioeconômicas em vários países, o uso das drogas tem desenvolvido algumas características chave nas últimas décadas. Essas mudanças estão associadas ao processo de globalização, que foi iniciado no final do século XX, marcado por práticas de produção, comercialização e consumo de bens e serviços e sem fronteiras (LASTRES E ALBAGLI, 1999; WANDERLEY, 2001), onde a dispersão de substâncias psicoativas consideradas ilícitas também se baseia nos princípios neoliberais de oferta e demanda (ROSA, 2009).

No Brasil muitos estudos sobre uso de drogas têm sido realizados, dentre eles, destaca-se pesquisas desenvolvidas pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) com a população estudantil da Educação Básica da rede pública e privada, com a população em geral (Domiciliares) e

Adolescentes e Crianças em situação de Rua, os quais constam dados sobre Cuiabá, capital do Estado de Mato Grosso (BRASIL, 2002, 2003, 2006, 2010).

Também há de referenciar os estudos regionalizados, entre eles os realizados por SOUZA et al. (2005) SOUZA e MARTINS (1998) e CASTRO et al. (2011), no espaço socialmente organizado de Cuiabá e Barra do Garças, municípios do Estado de Mato Grosso, onde privilegiaram a zona urbana.

No Brasil existem algumas regiões que fazem fronteira com países produtores de maconha e cocaína, favorecendo a entrada da droga, sendo o Mato Grosso uma dessas. Dentro deste contexto, encontra-se uma população vulnerável residente em áreas rurais, aonde a desigualdade vem acompanhando o processo de modernização produtiva e inserção ao competitivo mercado mundial.

A população rural sofre os efeitos da globalização trazidos pela expansão de novos mercados e conseqüentemente de novas interações sociais associadas às desigualdades sociais. Tendo em vista as desigualdades vividas por essa população, utilizando dados do PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) do ano de 2008, MOREIRA et al. (2013) verificaram que 20,1% da população rural brasileira relatou ser hipertensa e das cinco regiões o sudeste foi o mais prevalente (24,4%). Semelhantemente em estudo de base local, tendo como unidade o município de Caeté – Minas Gerais, apresentou alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), onde 64% da população rural eram portadores de HAS e 20% de Diabetes, enquanto que na população urbana os percentuais foram de 52% e 10% respectivamente (BARROSO, 2011).

Não obstante, a população mato-grossense se encontra exposta a um cenário de fácil acesso e de contato às substâncias psicoativas, principalmente em localidades de pouco acesso pela fiscalização brasileira, como as comunidades rurais, tornando-se necessária as ações de monitoramento, prevenção e promoção à saúde.

A literatura internacional vem apontando altas prevalências de uso de substâncias psicoativas e preocupação quanto à vulnerabilidade desses

moradores da zona rural, dada as barreiras de acesso ao tratamento e aos serviços de saúde nas áreas rurais (OSER, et al. 2011; COOMBER, et al., 2011; SPENCE e WALLISCH, 2007). No Brasil até o presente momento nenhum levantamento foi realizado no contexto nacional que abordasse o consumo de drogas pela população rural e suas conseqüências na saúde.

O presente trabalho trata-se de uma investigação exploratória descritiva sobre a população rural de Pequizeiro, localizada no município do Santo Antônio do Leverger, tendo como questão central “Qual o perfil de saúde e do uso e abuso de drogas nesta população?” Tem-se como objeto de estudo a identificação do uso de drogas e comportamento de saúde na população e a associação com fatores sociodemográficos.

CAPÍTULO II

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 CONCEITOS

Em todas as sociedades sempre existiram drogas. Inicialmente de cunho religioso ou médico, foram disseminadas com o homem nas suas migrações, marginalizando-se ou tornando-se culturalmente aceitável. A palavra droga tem origem no holandês antigo “drogg”, que significava folha seca, devido que antigamente quase todos os medicamentos utilizavam vegetais em sua composição (AZEVEDO, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1955) definiu que substâncias psicoativas ou psicotrópicas são aquelas que ao entrarem em contato com o organismo, através de diversas vias de administração, atuam no sistema nervoso central produzindo alterações de comportamento, humor e cognição. De acordo com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), as drogas psicotrópicas dividem-se em três grupos: depressoras, estimulantes e perturbadoras (BRASIL, 2007).

2.1.1 Classificação e efeitos das drogas no sistema nervoso central

As drogas podem ser classificadas em (1) Estimulantes: são as drogas que aceleram o funcionamento do cérebro, como as anfetaminas, cocaína e cafeína; (2) *Depressores*: são drogas que diminuem a velocidade de funcionamento do cérebro, como o álcool, Barbitúricos, Ansiolíticos, Narcóticos, Solventes e Opiáceos; (3) *Perturbadores*: são drogas que alteram o funcionamento do

cérebro, como os Alucinógenos primários, sintéticos (LSD-25, êxtase), naturais (derivados indólicos, da maconha e do peiote) e Anticolinérgicos¹.

As drogas depressoras do sistema nervoso central ou psicolépticos – álcool, soníferos (barbitúricos e alguns benzodiazepínicos), ansiolíticos (a principal droga pertencente aos benzodiazepínicos, por exemplo: diazepam, lorazepame) opiáceos ou narcóticos (morfina, heroína, codeína, meperidina, etc.) e inalantes ou solventes (colas, tintas, removedores etc.) - fazem com que o cérebro funcione lentamente, reduzindo a atividade motora, a ansiedade, a atenção, a concentração, a capacidade de memorização e a capacidade intelectual (BRASIL, 2007).

As estimulantes do sistema nervoso central também chamada de psicoanalépticos, noanalépticos e timolépticos – anfetaminas (Ex: dietilpropina, fenproporex, etc.), cocaína, crack, merla e tabaco – elas aceleram a atividade de determinados sistemas neuronais, trazendo como conseqüências um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos (BRASIL, 2007).

Por fim, as drogas perturbadoras do sistema nervoso central, podem ser de origem vegetal – mescalina (do cacto mexicano), maconha (THC), psilocibina (certos cogumelos), lírio (trombeteira, zabumba ou saia-branca) – e de origem sintética – LSD-25, ecstasy e anticolinérgicos (Artane[®], Bentyll[®]). Seus efeitos produzem uma série de distorções qualitativas no funcionamento do cérebro, como delírios, alucinações e alteração no senso-percepção. Por essa razão, são também chamadas de alucinógenos ou psicoticomiméticos (BRASIL, 2007).

Os usuários podem ser classificados de acordo com os padrões de uso da droga e seus efeitos no cérebro. As classificações mais utilizadas são do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) (APA, 1968) e da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 1993), se baseiam na forma de uso e na relação que o indivíduo estabelece com a

¹ Classificação das Drogas. Departamento de Psicobiologia UNIFESP-EPM. <http://www.unifesp.br/dpsicobio/index.htm>. Acesso em: 14/01/2014.

substância e suas conseqüências negativas, ou seja, o padrão de uso, podendo ser:

- **Uso Experimental:** os primeiros poucos episódios de uso de uma droga específica – algumas vezes incluindo tabaco ou álcool –, extremamente infreqüentes ou não persistentes;
- **Uso Recreativo:** uso de uma droga, em geral ilícita, em circunstâncias sociais ou relaxantes, sem implicações com dependência e outros problemas relacionados;
- **Uso Controlado:** refere-se à manutenção de um uso regular, não compulsivo e que não interfere com o funcionamento habitual do indivíduo. **Uso Social:** pode ser entendido, de forma literal, como uso em companhia de outras pessoas e de maneira socialmente aceitável, mas também é usado de forma imprecisa querendo indicar os padrões acima definidos.
- **Uso nocivo/abuso e Dependência:** este padrão aumenta o risco de conseqüências prejudiciais à saúde do usuário. Na CID-10 (OMS, 1993), o termo “uso nocivo” é utilizado como aquele que resulta em dano físico ou mental. Na DSM-IV (APA, 1968), utiliza-se o termo “abuso”, de forma mais precisa e considerando também conseqüências sociais de um uso problemático, na ausência de compulsividade e fenômenos como tolerância e abstinência.

A classificação usada pelo CEBRID em seus levantamentos é a de SMART et al. (1980):

- **Uso na vida:** o uso de droga pelo menos uma vez na vida.
- **Uso no ano:** o uso de droga pelo menos uma vez nos últimos doze meses.
- **Uso recente ou no mês:** o uso de droga pelo menos uma vez nos últimos 30 dias.
- **Uso frequente:** uso de droga seis ou mais vezes nos últimos 30 dias.
- **Uso pesado:** uso de droga vinte ou mais vezes nos últimos 30 dias.

2.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO USO DE DROGAS

O uso abusivo de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas constituem um problema relevante nas sociedades contemporâneas. Estima-se que cerca de 230 milhões de pessoas, ou 5% da população mundial adulta, fizeram uso de drogas ilícitas pelo menos uma vez no ano de 2010 e 27 milhões (0,6% da população adulta mundial) são usuários problemáticos (UNODC, 2012).

As drogas ilícitas mais usadas mundialmente são a maconha, (com prevalência global variando entre 2,6% à 5%), anfetamina (0,3% à 1,2%), seguida de todos os opiáceos (0,3% à 0,8%), cocaína (0,3% à 0,4%) e o ecstasy (0,2% à 0,6%) (UNODC, 2012).

Entretanto, quanto ao consumo de drogas lícitas, o álcool e o tabaco ultrapassam os níveis de consumo das demais substâncias. Segundo um relatório da Organização Mundial da Saúde (2011) estima-se que a ingestão por álcool nos últimos doze meses foi de 65,4% nos Estado Unidos, 84,1% na Austrália, 82,5% na Argentina e 67,6% no Chile. Mundialmente quase 4% das mortes são atribuídas ao álcool, mais do que as causadas por HIV/AIDS, tuberculose e violência. Este relatório informa ainda que no ano de 2005 o consumo per capita mundial de bebidas alcoólicas em pessoas acima de 15 anos foi de 6,13 litros de álcool puro, no qual uma grande parte deste consumo (28%) são bebidas produzidas ilegalmente, o que pode aumentar os danos devido às impurezas e contaminantes nestas bebidas.

As complicações quanto ao consumo de álcool estão relacionadas ao volume e à frequência com que o sujeito faz uso da substância. Tais complicações destacam-se o consumo abusivo e a dependência alcoólica. O uso nocivo ou abusivo trata-se de ingestão de doses elevadas e com grande frequência podendo trazer complicações físicas e psíquicas. Já a dependência ou alcoolismo entende-se por um estado de consumo regular que condiciona a

transtornos fisiológicos e comportamentais, onde o usuário sente dificuldade de controle, forte desejo em consumir o álcool e uso em diversos horários do dia, priorizando o seu uso em detrimento de outras atividades diárias. E quando tal consumo não ocorre de maneira regular o usuário entra em estado de abstinência (FERREIRA et al., 2013).

Quanto ao tabaco, apesar de estar em um processo de declínio nos últimos anos, ainda o seu consumo é elevado em todo o mundo. Estima-se que aproximadamente 1,3 bilhão de pessoas (cerca de 1 bilhão de homens e 250 milhões de mulheres) sejam fumantes de cigarros ou consumam outros derivados do tabaco (GUINDON & BOISCLAIR, 2003).

Não obstante, de acordo com II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2005, que envolveu pessoas entre 12 a 65 anos, verificou-se que 22,8% da população já fizeram uso de alguma droga ilícitas na vida, e das nove drogas mais usadas, o álcool (74,6%), tabaco (44,0%) e a maconha (8,8%) foram as três mais referidas, seguidas dos solventes (6,1%), benzodiazepínicos (5,6%), orexígenos (4,1%), estimulantes ou anfetamina (3,2%), cocaína (2,9%) e xaropes ou codeína (1,9%). Em relação à dependência, as substâncias mais frequentes também foram o álcool (12,3%), tabaco (10,1%) e maconha (1,2%) (BRASIL, 2006).

Referente ao número de usuários de drogas entre as regiões brasileiras, realizado pelo mesmo estudo, observou-se que o uso na vida de álcool é maior nas regiões Sudeste (80,4%) e Centro-Oeste (73,6%). Estes dados também se assemelham com a cocaína, que se mostrou mais experimentada no Sudeste (3,7%), Sul (3,1%), seguida do Centro-Oeste (2,2%), porém quando utilizada nos últimos 12 meses, a última região apresentou maior prevalência que as demais, com 1,9%. Quanto ao uso na vida de tabaco e maconha, as três mais frequentes respectivamente foram: o Sudeste (47,6%, 10,3%), Sul (49,3%, 9,7%) e Centro-Oeste (41,9%, 7,8%) (BRASIL, 2006).

O jovens/adulto também merecem uma atenção especial, porque sofrem graves conseqüências resultantes do uso de drogas ou o uso de uma combinação

de drogas, como de álcool e cocaína que, quando combinadas aumentam o risco de toxicidade da cocaína. Vale destacar que o consumo de drogas vem crescendo entre os jovens, de forma semelhante nas 27 capitais do Brasil. Esta parcela da população possui prevalência equivalente e, às vezes, maior que da população adulta. Estima-se que 25% dos adolescentes de 10 a 19 anos relataram uso na vida de alguma droga, exceto álcool e tabaco, que possuem prevalências de 42,4% e 9,6% respectivamente (BORDIN et al., 2004; BRASIL, 2010).

De acordo com MORENO et al. (2010) a média de idade para iniciação do uso de bebidas alcoólicas por escolares do município de Embu (São Paulo) é de 12,1 anos e para o tabaco 12,6 anos. Porém, no estudo de BAUS et al. (2002), realizado em estudantes de primeiro e segundo grau em Florianópolis (Santa Catarina), apesar de os escolares apresentarem uso de diversas drogas, o risco de uso de substâncias em geral corresponderam aos alunos do 2º grau (maiores que 15 anos).

Em Cuiabá, segundo SOUZA e MARTINS (1998), 25,2% dos estudantes do 1º e 2º grau já haviam usado alguma droga ilícita na vida e 14,1% nos últimos 12 meses. Para álcool e tabaco, a prevalência de uso na vida foi de 78,6% e 29%, respectivamente. Confrontando com estes dados, em 2010, apesar de 25,6% dos estudantes do ensino fundamental terem referido uso na vida de alguma droga (exceto álcool e tabaco), apenas 9,9% referiu uso no último ano. Vale destacar que o uso na vida tanto de álcool (60,4%) como tabaco (16,4%) diminuíram (BRASIL, 2010).

2.3 GLOBALIZAÇÃO E MUDANÇAS NO PADRÃO ECONÔMICO E EPIDEMIOLÓGICO DA ÁREA RURAL.

Com a globalização de novas práticas de produção, comercialização e consumo de bens e serviços, cooperação e competição entre os agentes, assim como de circulação e de valorização do capital, em um mundo sem fronteiras, tem-se hoje um novo olhar sobre o meio rural. No final do século XX tornou-se cada vez mais forte a atração pelos espaços rurais em todas as sociedades mais desenvolvidas (LASTRES E ALBAGLI, 1999; WANDERLEY, 2001).

Os diferentes desempenhos econômicos e sociais das áreas rurais são como respostas locais a este processo, que se divide em duas grandes dimensões: a econômica – que envolve as cadeias produtivas, comércio e fluxos financeiros – age essencialmente no sentido de torná-las cada vez mais periféricas ou marginais; e simultaneamente, a ambiental – que envolve tanto as bases das amenidades naturais, quanto às fontes de energia e biodiversidade – age essencialmente no sentido de torná-las cada vez mais valiosas à qualidade da vida ou ao bem-estar. Assim, a interação destas duas dimensões faz com que ocorra uma valorização do espaço rural, pela diversidade de recursos naturais, e pela dinâmica socioeconômica de centralização da terra para produção (VEIGA, 2004).

Não diferente, o setor econômico de Mato Grosso também se configura dentro dos padrões do novo mercado globalizado. Até meados dos anos 80, o Estado cumpriu um papel importante no processo de redistribuição espacial da população brasileira, porém em função da intensa transformação produtiva, por meio da concentração fundiária, hoje a maior parte da sua extensão territorial é destinada ao setor produtivo, pautada atualmente na agropecuária, sendo este um dos grandes pilares do desenvolvimento econômico do Estado (CUNHA, 2006).

Os efeitos advindos deste cenário proporcionaram para algumas regiões do Estado a ocupação demográfica, que por meio da oferta de emprego no campo, apesar de cada vez mais exigir qualificação, ocasionou a migração e com isso a criação de pequenos municípios. Entretanto, na maioria delas, esta nova atividade não tem garantido uma distribuição da renda adequada e nem, por consequência, implicado uma melhoria das condições de vida da população, em particular daquelas pessoas ou famílias que desejariam garantir sua reprodução social fora dos centros urbanos (CUNHA, 2006).

Paralelamente ao atual cenário econômico, o Estado de Mato Grosso convive com outro mercado, que rendem bilhões de reais todos os anos no Brasil, o tráfico de drogas. O Estado possui um espaço geográfico favorável para a distribuição interna e externa de psicotrópicos, fato resultante da existência de malha de transporte interligada às outras regiões, da posição geográfica central, do grande número de pequenas pistas de pouso e a facilidade de acesso aos grandes centros de distribuição, consumo e exportação de drogas (PROCÓPIO FILHO e VAZ, 1997).

Alguns estudos vêm demonstrando que a mudança do perfil epidemiológico da área rural vem se configurando semelhantemente aos padrões de morbimortalidade das áreas urbanas. Não obstante, os estilos de vida também vêm se alterando e juntamente os fatores de risco às doenças crônicas não transmissíveis.

Com o objetivo de verificar os reflexos na saúde da população rural advinda desta nova configuração, alguns estudos no mundo e no Brasil levantam o questionamento sobre a importância de se investigar o uso de drogas no meio rural. Segundo COOMBER et al (2011), que analisou as prevalências de uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por estudantes adolescentes residentes em áreas rurais e urbanas dos estados de Victoria, Austrália, e Washington, Estados Unidos, observaram que dos que usaram tanto na vida, como nos últimos 30 dias, o álcool, tabaco e drogas ilícitas foram significativamente maior nas áreas rurais em relação as áreas urbanas.

Na pesquisa desenvolvida por MALDONADO et al (2008), com alunos do ensino secundário da área rural de Monterrey, Nuevo León (México), observaram que a média de idade dos estudantes para o consumo de álcool é de 11,85 anos e para o tabaco de 12,33 anos. Em outro estudo, RAPHAELLI et al (2011), associaram o comportamento de risco dos pais com o de seus filhos adolescentes escolares da 5^a a 8^a série de uma área rural de Barão do Triunfo, Rio Grande do Sul (Brasil). Eles identificaram que 6,4% ($p = 0,32$) dos filhos de pais fumantes usaram tabaco nos últimos 30 dias e o consumo de bebida alcoólica pelos adolescentes esteve associado ao comportamento de consumo de álcool das mães, com prevalência de 34,2%.

Para a população adulta, ZHOU et al (2011) observaram que a prevalência de consumo de álcool nos últimos 3 meses por homens, de 18 a 60 anos, em duas províncias rurais da China foi de 61,4% em Hunan e 68,2% em Henan.

2.4 JUSTIFICATIVA

No Brasil cerca 12% da população reside na área rural e no Estado do Mato Grosso esta população representa 18% (IBGE, 2010). As famílias residentes na zona rural na atual conjuntura política estão inseridas em um processo de grandes mudanças de acesso aos bens e serviços, decorrentes da globalização da distribuição dos meios de produção, além de grandes transformações no processo saúde-doença, que junto ao crescimento econômico, surgiu o aumento das desigualdades sociais e a mudança do perfil de morbi-mortalidade, sendo o consumo de drogas um fator preponderante.

Com as transformações que a área rural passou nas últimas décadas, o estado ainda enfrenta problemas com o tráfico das drogas ilícitas, que utilizam da favorável posição geográfica da região para este comércio ilegal com penalidades na Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006, denominada “Nova Lei de Drogas”, que entrou em vigor no dia 8 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006).

Além destes fatores, A importância deste estudo surge, principalmente, pela lacuna de trabalhos sobre drogas em áreas rurais de Mato Grosso e do Brasil, pela mudança do perfil epidemiológico e do estilo de vida e também pelo estado ser um dos pólos de distribuição de drogas ilícitas, o que torna necessária esta investigação.

CAPÍTULO III

OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar e analisar o uso de drogas psicoativas na comunidade rural de Pequizeiro do município de Santo Antônio do Leverger.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características sociodemográficas e ocupacionais;
- Identificar o uso de drogas psicoativas e alcoolismo.

CAPÍTULO IV

MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um levantamento onde o desenho adotado para investigação é descritivo de caráter exploratório. Segundo Gil (1995) este tipo de estudo tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, objetivando a formulação de problemas mais precisos e ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

4.2 DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Situada a 34 quilômetros da capital de Mato Grosso a população em estudo localiza-se no município denominado atualmente de Santo Antonio do Leverger. Desde os tempos imemoriais este território foi habitado pelo povo *boróro*, onde ainda hoje é possível encontrá-los na Área Indígena Tereza Cristina, com a chegada dos primeiros paulistas e bandeirantes nos anos de 1670 e 1673 é que se iniciou o processo de dominação por este local (FERREIRA, 1997).

Tal região se tornou Distrito de Cuiabá, denominado de distrito de Santo Antonio do Rio Abaixo, conforme a Lei nº11 de 26 de agosto de 1835. Com o crescimento da economia e de sua influência no campo político nasce o município de Santo Antonio do Rio Abaixo de acordo com a Lei Estadual nº22 de 04 de julho de 1890, o primeiro em Mato Grosso após a Proclamação da República, sendo assim desmembrado do município de Cuiabá (FERREIRA, 1997).

Após alguns conflitos e com o declínio da produção de cana-de-açúcar e a perda da força política no ano de 1902 o poder legislativo, através da Lei nº 315 de 25 de março, extinguiu o município de Santo Antonio de Rio Abaixo, passando

a ser Paróquia de Melgaço. No ano de 1906 em 3 de agosto sob a Lei 447, extinguiu o município de Melgaço e restaurou de Santo Antonio do Rio Abaixo (FERREIRA, 1997).

E foi na Lei nº 1023 de 25 de setembro de 1929 que o elevou a Vila de Santo Antonio do Rio Abaixo a categoria de cidade, posteriormente, o Decreto-Lei nº208 de 26 de outubro de 1938 altera a denominação para Santo Antonio e, por fim, a Lei nº132 de 30 de setembro de 1948 modifica a denominação para Santo Antonio do Leverger, em homenagem ao santo padroeiro e ao Almirante Augusto Leverger (FERREIRA, 1997).

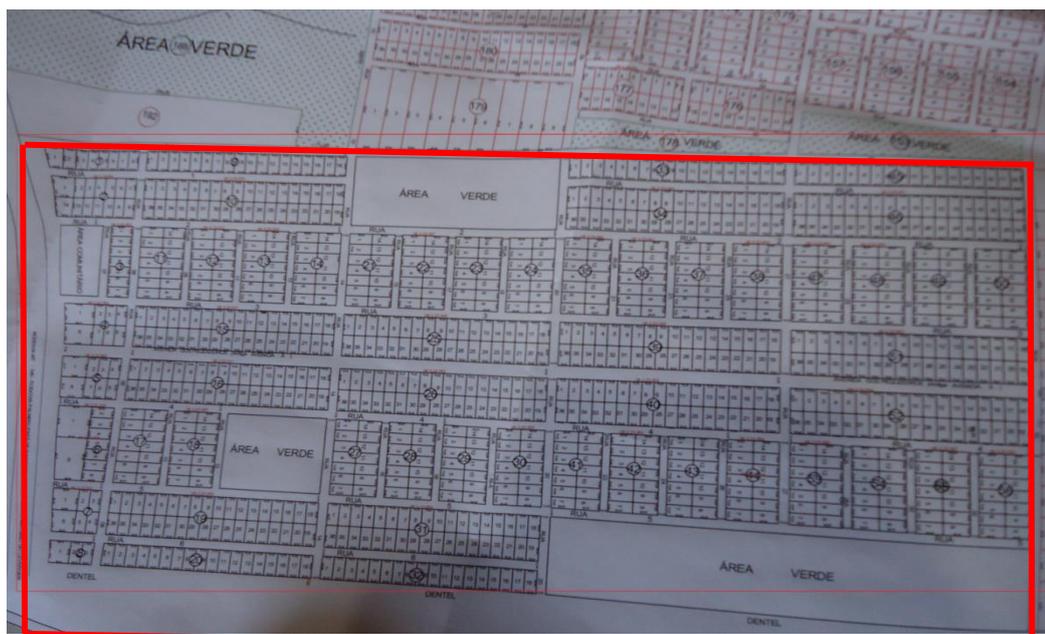
Segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010 a cidade conta com uma população de 18.463 habitantes, com estimativa de 18.921 habitantes no ano de 2012. Constituída de 7.160 habitantes da zona urbana e 11.303 da zona rural (IBGE, 2010). Quanto as atividades econômicas, o município baseia-se em turismo, pesca e agropecuária.



Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Santo_Ant%C3%B4nio_de_Leverger.

Figura 1 – Mapa do estado de Mato Grosso, em destaque o município de Santo Antônio de Leverger.

A população estudada são moradores da comunidade rural Pequizeiro, localizada no município de Santo Antonio do Leverger, constituída por 360 habitantes e 246 domicílios, conforme dado fornecidos pelo IBGE (IBGE, 2010).



Fonte: Imobiliária Brasil.

Figura 2 – Mapa da comunidade Pequizeiro disponível ao presidente da região.

Durante o planejamento da pesquisa o presidente do setor rural, onde localiza-se a referida comunidade, disponibilizou o mapa cedido a ele pela imobiliária dona dos lotes da região, sendo a parte listrada em vermelho a comunidade do Pequizeiro. Como o IBGE não possuía um mapa dos domicílios visitados, a presente pesquisa baseou-se neste apresentado na figura 2.

Após o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Julio Müller da Universidade Federal de Mato Grosso, iniciou-se a coleta de dados, constatou-se que muitas residências estavam vazias, pois se tratavam de casas de veraneio.

Desta forma, foram visitados 54 domicílios (22% do total informado pelo IBGE), dos quais 8 estavam dentro dos critérios de exclusão, 4 rejeitaram a

participação na pesquisa, totalizando em 42 residências (17%) visitadas onde o residente sorteado aceitou participar do estudo.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

- Inclusão: habitantes na faixa etária entre 12 a 65 anos.
- Excluídos: os habitantes que ultrapassaram a faixa etária estabelecida. Também aqueles que eram proprietários de domicílios, mas que não residiam no mesmo, comércios, e pessoas que possuíam alguma deficiência física ou psíquica que o impossibilitou de responder o questionário.

4.4 SORTEIO DOS ENTREVISTADOS

Todas as residências da localidade foram visitadas por se tratar de um levantamento. O método utilizado para a escolha do entrevistado foi por meio de uma Tabela de Sorteio (ver Anexo nº1) na qual sorteou um membro da família dentro da faixa etária de 12 a 65 anos.

Nesta Tabela consta de uma numeração fixa na linha superior (correspondente ao “n” total de moradores na residência) e uma combinação aleatória de números de linha inferior que corresponde a pessoa a ser entrevistada, no qual o aplicador colocava em ordem decrescente de idade primeiramente todos os do sexo masculino, seguidos pelas pessoas do sexo feminino, sempre do mais velho para o mais novo (BRASIL, 2006).

4.5. TREINAMENTO DOS APLICADORES

A graduanda do Curso de Saúde Coletiva, responsável pela coleta de dados o qual constitui sua monografia de conclusão do Curso, recebeu treinamento da Coordenadora Geral do Projeto e, repassou as a dois aplicadores, alunos do Curso de Saúde Coletiva da UFMT, e a seleção dos aplicadores fora realizado pela graduanda do Curso de Saúde Coletiva. Desta forma, foram orientados a entrevistar o sorteado em local mais isolado possível, garantindo-se assim a liberdade e a privacidade do entrevistado, visando aumentar a credibilidade das respostas, de acordo com o manual do aplicador no Anexo 2 (BRASIL, 2005).

4.6 O INSTRUMENTO

As perguntas contidas no questionário foram extraídas de pesquisas nacionais sobre drogas e do Projeto de Pesquisa realizado com os Servidores da UFMT (BRASIL, 2006; SOUZA, 2010). O instrumento foi organizado em três grandes blocos, segundo áreas temáticas, sendo elas: dados sociodemográficos, indicadores gerais de saúde, indicadores de padrão de uso de drogas e indicadores de doenças crônicas não transmissíveis; a maioria das questões eram fechadas com alternativas Pré-definidas (Anexo 3).

Para a presente pesquisa, com base em SOUZA et al. (2005), as seguintes variáveis independentes foram categorizadas em:

Variáveis sociodemográficas:

- Sexo (masculino/feminino), idade (12-17anos, 18-34 anos e acima de 35) cor/raça (referida pelo entrevistado, conforme classificação do IBGE

categorizou em branca e não branca, sendo esta composta pelos que se denominaram da raça/cor negra, parda, amarela, indígena) estado civil (casado/união consensual, solteiro, viúvo/divorciado), escolaridade (0 a 9 anos, refere-se a Educação Básica e, mais de 9 anos compreendidos os que possuem ensino médio, Educação Superior ou Pós-Graduação), religião (católica, evangélica, outra, que corresponde aos espíritas, narcóticos anônimos e umbandista, e não possui, que corresponde àqueles que não são adeptos de nenhuma religião), naturalidade (Santo Antonio de Leverger, Outras cidades de MT, outros estados). O nível socioeconômico da família foi estabelecido conforme metodologia da Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME) utilizada pelo CEBRID no II Levantamento Domiciliar (BRASIL, 2006), por meio da somatória da escolaridade do pai e de bens de consumo da família, constituindo os níveis A, B, C, D e E, sendo categorizados em A + B (melhor nível) e C + D + E (nível médio/inferior).

Variáveis relacionadas ao uso de drogas:

- Compõe perguntas relacionadas ao uso de álcool, tabaco e outras drogas (maconha, solventes, benzodiazepínicos, estimulantes, cocaína, esteróides/anabolizantes, orexígenos, xaropes a base de codeína, alucinógenos, opiáceos, merla, crack, anticolinérgicos e barbitúricos) na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias (BRASIL, 2010).
- Para identificar o alcoolismo foi aplicado o teste CAGE (*Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*), que utiliza como ponto de corte de duas ou mais respostas afirmativas entre quatro questões: (a) “caso você consuma bebida alcoólica, você se sente culpado pela maneira com que costuma beber?” (b) “caso faça uso de álcool, alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?” (c) “você costuma beber bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?” (d) “caso consome bebida alcoólica, as pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?”, sugerindo screening positivo para abuso ou dependência de álcool (EWING, 1984).

4.7 APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO

Após a explicação dos objetivos da pesquisa pelos aplicadores, a mesma enfatizou a não obrigatoriedade da participação, e aqueles que estavam dispostos a colaborar assinaram o Termo de Consentimento, conforme a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

O período de coleta foi de setembro à outubro de 2013. A aplicação do questionário foi realizada de acordo com a disponibilidade de horário do indivíduo sorteado, onde o mesmo era procurado no horário informado até três vezes, quando não encontrado foi considerada perda. As coletas se deram em horário comercial e quando necessário foram realizadas entrevistas nos finais de semana, porém todas no período matutino e vespertino.

4.8 TESTE PILOTO

Após o Parecer do Comitê de Ética o teste piloto foi aplicado no mês de agosto de 2013, com o objetivo de avaliar o nível de compreensão das questões contidas no instrumento e treinar os aplicadores, sendo realizado em três domicílios da comunidade vizinha Nova Esperança do município de Santo Antonio do Leverger, Mato Grosso, Brasil. As questões do instrumento foram de compreensão dos participantes do teste piloto.

4.9 ARMAZENAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados no Programa SPSS 15.0. Para evitar duplicidade e facilitar a recuperação da informação, cada questionário recebeu um número de identificação. Perguntas com todas as alternativas marcadas foram anuladas e alternativas em branco considerou-se como: “não informou”, de modo a manter a uniformidade na digitação dos dados.

A análise dos dados foi por meio de tabelas e figuras descritivas contendo frequências simples quanto às variáveis sociodemográficas, ocupacionais e uso de álcool e outras drogas.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

Os procedimentos nesta pesquisa respeitou os termos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos incluindo, dentre outros, consentimento livre e esclarecido dos entrevistados de que as atividades não causariam danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural, espiritual para os participantes.

Foi respeitado o livre consentimento dos entrevistados, assim como o anonimato das informações coletadas, que foi esclarecido pelos aplicadores do instrumento utilizando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4), conforme o prévio treinamento (Anexo 2).

Quanto à transferência e divulgação dos resultados, foram disponibilizados a todos após a apresentação e aprovação deste trabalho de conclusão de curso

por meio online no site do Instituto de Saúde Coletiva da UFMT e também entregue uma cópia do mesmo para a Prefeitura do Município.

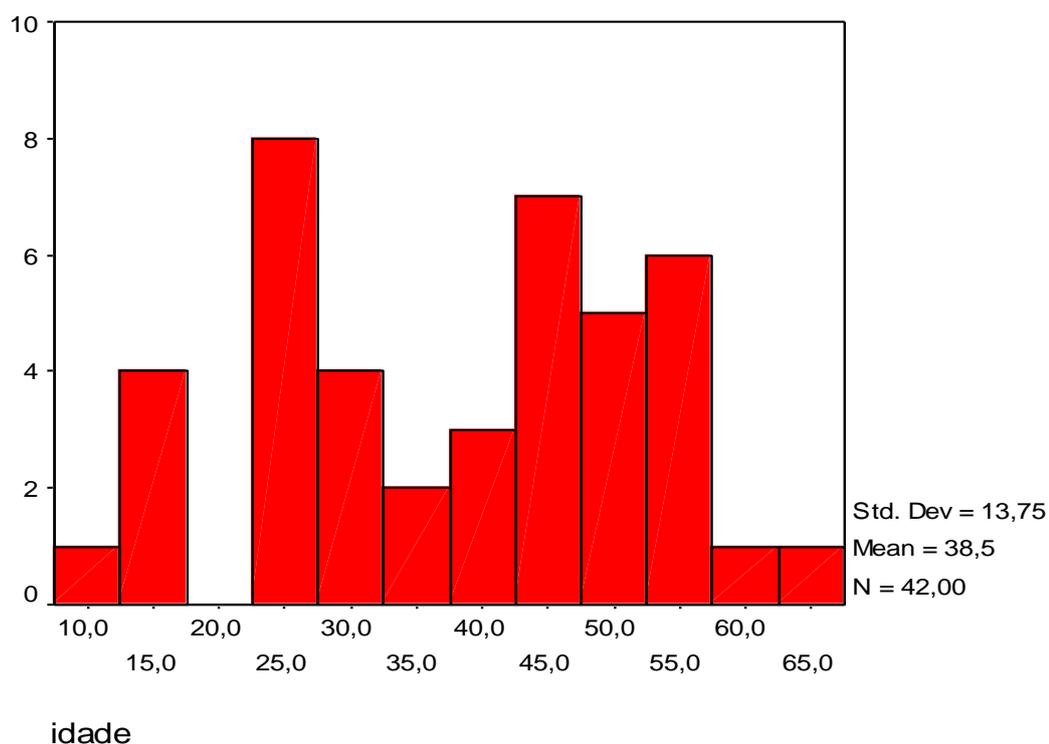
A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller da Universidade Federal de Mato Grosso conforme Parecer nº288.236/CEP/HUJM/07 em 10 de julho de 2013 (Anexo 5).

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E OCUPACIONAIS

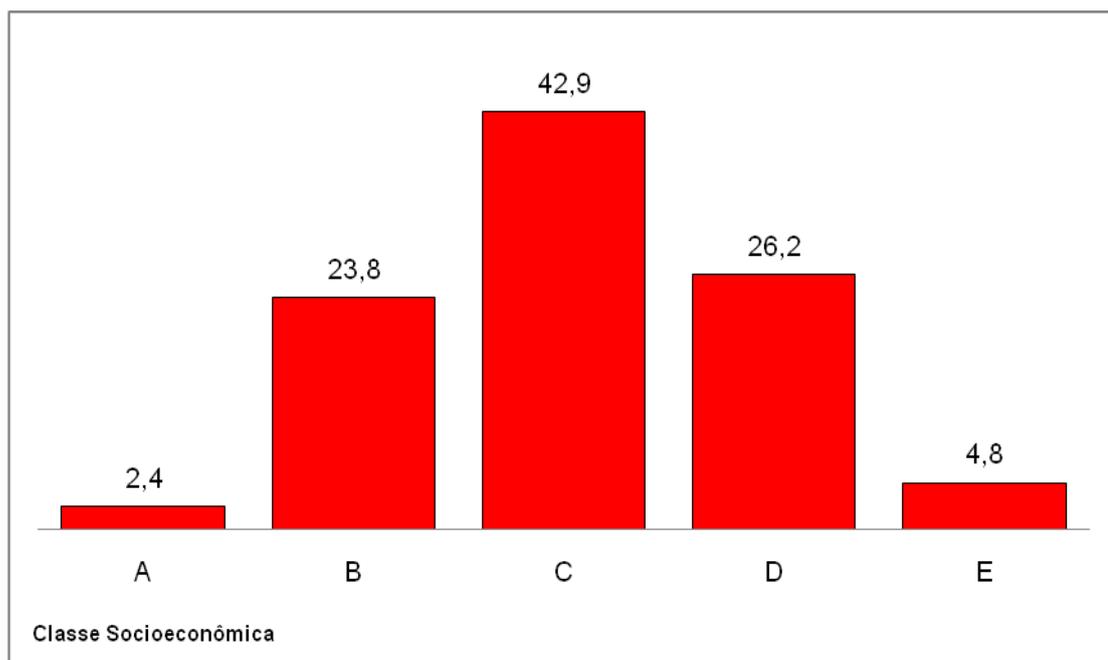
Das 42 pessoas entrevistadas, 25 pessoas (59,5%) eram do sexo feminino, 24 (57,1%) acima dos 35 anos com média de idade de 38,5 e DP±13,7 anos (Figura1).



Fonte: ISC/UFMT, 2014.

Figura 3 – Distribuição da população de estudo, segundo a idade. Zona rural de Pequizeiro, Santo Antonio do Leverger-MT, 2013.

Constatou que mais de $\frac{3}{4}$ referiram não ser da cor branca, quase 60% (n=25) tiveram menos de 9 anos de estudo, e 73,9% (n=31) são pertencentes a baixa classe econômica, onde a maioria se concentra na classe “C” (42,9%, n=18) (Figura 2).



Fonte: ISC/UFMT, 2014.

Figura 4 – Distribuição dos entrevistados da comunidade de Pequizeiro, segundo nível socioeconômico, Santo Antônio do Leverger-MT, 2013.

Quase a metade relatou ser casada (47,6%, n=20), 73,3% (n=31) referiram ter filhos, a religião predominante é a católica (40,5%, n=17), seguido da evangélica (31,0%, n=13). Quanto à naturalidade metade nasceram em municípios de Mato Grosso e 45,2% (n=21) provenientes de outros estados do país (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas da população de 12 a 65 anos residente na comunidade de Pequizeiro, Santo Antônio do Leverger-MT, 2013 (n=42).

Características	Categorias	N	%
Sexo	Masculino	17	40,5
	Feminino	25	59,5
Idade	12 a 17	5	11,9
	18 a 34	13	31,0
	≥35	24	57,1
Raça/cor	Branca	8	19,0
	Não-branca	34	81,0
Escolaridade (anos de estudo)	0 a 9 anos	25	59,5
	Mais de 9 anos	17	40,0
Nível Socioeconômico	A + B	11	26,2
	C + D + E	31	73,8
Estado Civil	Casado/união consensual	20	47,6
	Solteiro	13	31,0
	Viúvo/divorciado	9	21,4
Religião	Católica	17	40,5
	Evangélica	13	31,0
	Outra	3	7,1
	Não possui	9	21,4
Naturalidade	Santo Antônio de Leverger	2	4,8
	Outras cidades de MT	21	50,0
	Outros Estados	19	45,2

Fonte: ISC/UFMT, 2014.

Na Tabela 2, nota-se que as atividades ocupacionais mais frequentes foram trabalhador do lar (33,3%, n=14), seguido de pedreiro (16,7%, n=7), as

atividades classificadas como outras constituem-se de diversas ocupações. Destaca-se que destas atividades 78,6% são desenvolvidas na própria comunidade e 14,3% em outro município, observa-se que ninguém informou trabalhar na área urbana de Santo Antônio de Leverger.

Tabela 2 – Variáveis ocupacionais da população de 12 a 65 anos residente na comunidade de Pequizeiro, Santo Antônio do Leverger-MT, 2013 (n=42).

Ocupação e local	N	%
Ocupação		
Desempregado	03	7,1
Servidor Público	01	2,4
Mecânico	02	4,8
Trabalhador do lar	14	33,3
Comerciante	03	7,1
Pedreiro	07	16,7
Agricultor	01	2,4
Faz bico	02	4,8
Outro*	09	21,4
Local de Trabalho		
Na comunidade	33	78,6
Outro município	06	14,3
Não Trabalha	03	7,1

* Considerou-se as profissões: estudante (1), artesão (1), bancário (1), costureira (2), professora (2), serviços gerais, terapeuta (1) e vendedor de iscas (1).

Fonte: ISC/UFMT, 2014.

5.2 USO DE DROGAS PSICOATIVAS E ALCOOLISMO

Na Tabela 3, observa-se que 42,9% da população entrevistada relatou já ter consumido alguma substância psicoativa (exceto álcool ou produtos do tabaco) pelo menos uma vez na vida, 26,2% nos últimos 12 meses e 11,9% nos últimos 30 dias.

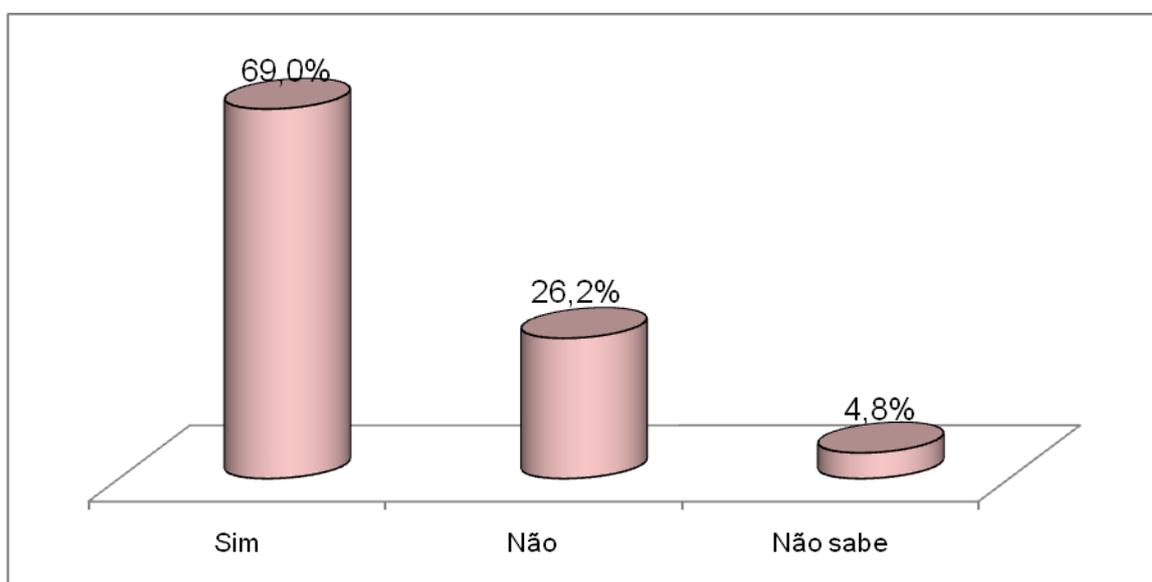
Tabela 3 – Uso na vida, ano e mês de substâncias psicoativas entre a população de 12 a 65 anos residente na comunidade de Pequizeiro, Santo Antônio do Leverger-MT, 2013.

Drogas	Uso na vida		Uso nos últimos 12 meses		Uso nos últimos 30 dias	
	N*	%	N	%	N	%
Álcool	34	81,0	24	57,1	19	45,2
Tabaco	20	47,6	9	21,4	9	21,4
Uso de drogas ilícitas	18	42,9	11	26,2	5	11,9
Maconha	3	7,1	0	-	0	-
Solventes	2	4,8	0	-	0	-
Benzodiazepínicos	9	21,4	7	16,7	3	7,1
Estimulantes	3	7,1	0	-	0	-
Cocaína	3	7,1	1	2,4	0	-
Esteróides	1	2,4	0	-	0	-
Orexígenos	5	11,9	2	4,8	1	2,4
Xaropes (codeína)	3	7,1	3	7,1	1	2,4
Alucinógenos	1	2,4	0	-	0	-
Opiáceos	2	4,8	1	2,4	1	2,4
Merla	1	2,4	0	-	0	-
Crack	2	4,8	0	-	0	-
Anticolinérgicos	1	2,4	0	-	0	-
Barbitúricos	4	9,5	2	4,8	1	2,4

* N refere-se ao total do uso pelos participantes do estudo por substância.

Em relação ao uso na vida, nos últimos doze meses e últimos 30 dias as drogas relatadas com maior frequência foram: álcool (81%, 57,1 45,2%) seguida do tabaco (47,6%, 21,4%), 21,4%), benzodiazepínicos (21,4%, 16,7%, 7,1%), orexígenos (11,9%, 4,8%, 2,4%), barbitúricos (9,5%). Entre as substâncias consideradas como ilícitas aparece em primeiro lugar com uso na vida a maconha e cocaína (7,1%) respectivamente, sendo nos últimos 12 meses a cocaína (2,4%, Tabela 3).

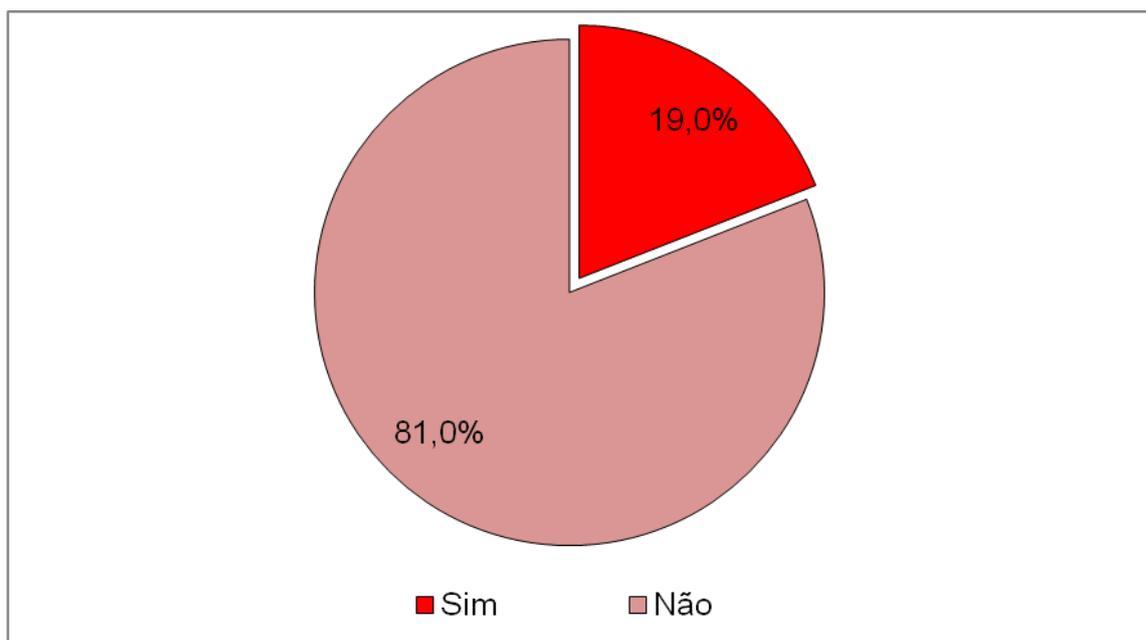
A maioria dos entrevistados afirmou possuir algum parente usuário de álcool e outras drogas, conforme a Figura 3.



Fonte: ISC/UFMT, 2014.

Figura 5 – Familiar usuário de álcool e outras drogas entre os entrevistados residentes na comunidade Pequizeiro, Santo Antônio do Leverger-MT, 2013.

Em relação ao alcoolismo, o teste CAGE apresentou positividade em 19,0% (n=8) da população, destes 75% (n=6) eram do sexo masculino e idade superior a 35 anos (50%, n=4) (Figura 4).



Fonte: ISC/UFMT, 2014.

Figura 6 – Alcoolismo segundo o teste CAGE entre a população em estudo residente na comunidade Pequizeiro, Santo Antônio do Leverger-MT, 2013.

CAPÍTULO VI

DISCUSSÃO

6.1 POPULAÇÃO DE PEQUIZEIRO: CARACTERÍSTICAS

O Brasil nos anos de 1980 possuía 32,4% da população residindo em áreas rurais, onze anos depois, no censo demográfico de 1991 esse percentual diminuiu para 25% e em 2010 foram registrados 12%. Em Mato Grosso esta população representa 18% do total (IBGE, 1999; 2010).

Os resultados do presente trabalho apontam que a população da comunidade Pequizeiro é predominantemente adulta, do sexo feminino, raça/cor não branca, de baixa escolaridade (menos de 9 anos de estudo) e com baixo nível socioeconômico. Nota-se quanto ao quesito populacional, de acordo com o acompanhamento histórico da evolução da população rural realizado pelo IBGE desde a década de 1940 a 2010, o município de Santo Antonio do Leverger em todos os períodos possuiu uma população predominantemente rural, entretanto ao longo dos anos as características econômica, política e social vieram sofrendo grandes transformações com as novas práticas de produção, comercialização e consumo de bens e serviços, transferindo aqueles que não se adequaram aos novos moldes de estrato intermediário da sociedade rural, para as posições mais inferiores da escala social (IBGE, 2011; PERESTRELO E MARTINS, 2003).

Segundo PERESTRELO E MARTINS (2003) desde a década de 1990 com a abertura econômica, a zona rural vem sofrendo com a baixa produtividade e comercialização dos produtos agropecuários da Agricultura Familiar. Esta situação é agravada pelas dificuldades de financiamento, por não disporem de recursos para compra de insumos, bem como, por não conseguirem romper o bloqueio imposto por produtos mais baratos, principalmente os importados. Esta situação modifica o perfil de ocupação predominantemente agrícola, fazendo com que outras atividades empreguem parte desta mão-de-obra e de forma precária. Tais autores apontam ainda que exista uma pluratividade quanto as atividades dos pequenos produtores e trabalhadores rurais no Brasil, no qual suas atividades cíclicas e de precária situação de trabalho os conduzem a colocar ainda mais em segundo plano o papel de agricultura familiar como fonte de renda (PERESTRELO E MARTINS, 2003).

Esta realidade condiz com os resultados encontrados neste estudo. A população do Pequizeiro referiu desenvolver diversas atividades como fonte de renda para o sustento, mesmo a maioria sendo desenvolvida na própria comunidade, nota-se que a escolha por outras atividades tornaram-se necessárias frente à impossibilidade de “tocar” as “roças” que ocupam por grandes produções, reduzindo assim apenas para níveis de subsistência, como observado durante a coleta de dados.

6.2. O CONSUMO DE DROGAS NO CONTEXTO RURAL

Entre a população rural da comunidade do Pequizeiro, verificou-se uma elevada proporção (81,0%) para uso na vida de álcool, quando comparado ao estudo de base populacional realizado no Brasil (74,6%) e na Região Centro-Oeste (73,6%), em 2005 (BRASIL, 2006), bem como em relação ao estudo desenvolvido em uma população rural do Quênia que verificou uma prevalência de 79,3% uso de álcool (OELTMANN, 2013).

O elevado consumo de álcool pela população rural pode ser atribuído à falta de acesso ao lazer, desvantagem econômica e de emprego, além da falta de serviços de saúde e de seus respectivos profissionais, ou seja ausência de políticas públicas de educação e saúde. Tais problemas também são vividos pelas populações rurais da Austrália, onde pessoas que residem nestas situações são 32% mais propensas a beber em níveis que podem causar danos a saúde (ADCA, 2011).

Nota-se que o uso nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias também apresentaram altas proporções (57,1% e 45,2% respectivamente), porém inferior aos dados da população rural de duas províncias da China quanto ao consumo nos últimos 3 meses em Hunan (61,4%) e Henan (68,2%) entre homens de 18 a 60 anos (ZHOU et al., 2011). Em relação aos levantamentos do CEBRID

observou-se que tais proporções foram maiores que os achados do Brasil (49,8% e 19,2% na vida respectivamente para as substâncias citadas) (BRASIL, 2006).

Segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde (2011) divulgado no ano de 2005 o consumo per capita mundial de bebidas alcoólicas em pessoas acima de 15 anos foi de 6,13 litros de álcool puro, no qual uma grande parte deste consumo (28%) são bebidas produzidas ilegalmente, o que pode aumentar os danos devido às impurezas e contaminantes nestas bebidas. Informou ainda que as bebidas alcoólicas mais usadas no continente Americano são a cerveja (54,7%), destilados (32,9%) e vinho (12%).

Destaca-se, que além do prazer que a bebida alcoólica proporciona aos seus consumidores, existem outros fatores que levam a este uso, como um meio de superar crises emocionais. Essas podem ocorrer tanto no ambiente familiar quanto no trabalho, onde muitas vezes não se sente realizado, possui sua fala calada, são situações como estas que o álcool pode ser tornar um substituto, como estratégia de defesa (KARAM, 2003).

Existe uma multiplicidade de fatores que dão sentido ao uso do álcool, além do prazer do consumo, há ainda o lado mediador de sociabilidade ou desinibidor e estimulante que a droga proporciona ao indivíduo. Além disso, a mídia tem um papel fundamental na representação subjetiva das bebidas alcoólicas, no qual o seu consumo está associado à juventude e formatada como brancas, de classe média ou alta, alegres e em situações de lazer, festa e esporte. Tornando os jovens, portanto, mais que o público-alvo, é um capital simbólico (ABRAMOVAY, 2005).

Apesar do presente estudo não investigar os fatores associados ao uso de álcool e outras drogas, é importante salientar que os jovens/adultos merecem uma atenção especial. Pois esta é uma fase em que o indivíduo está em constante desenvolvimento psicológico e social. Além dos danos à saúde que o álcool trás ao longo dos anos, se expõem com maior frequência a alguns comportamentos de risco à saúde, como envolvimento em discussões e agressões físicas, realização do intercurso sexual sem preservativo, comportamento de beber e dirigir, entre outros (WESSELOVICZ et al., 2008).

Com relação ao alcoolismo, estudo realizado com os servidores da Universidade Federal de Mato Grosso (MOTA, 2011) encontrou 6,3% questionários com CAGE positivos e outro realizado com duas áreas rurais do Rio Grande do Sul (FARIA et al., 2000) mostrou 7% de positividade, frequência menor que a encontrada na comunidade rural do Pequizeiro (19%).

As complicações quanto ao consumo de álcool estão relacionadas ao volume e à frequência com que o sujeito faz uso da substância. Tais complicações destacam-se o consumo abusivo e a dependência alcoólica. O uso nocivo ou abusivo trata-se de ingestão de doses elevadas e com grande frequência podendo trazer complicações físicas e psíquicas. Já a dependência ou alcoolismo entende-se por um estado de consumo regular que condiciona a transtornos fisiológicos e comportamentais, onde o usuário sente dificuldade de controle, forte desejo em consumir o álcool e uso em diversos horários do dia, priorizando o seu uso em detrimento de outras atividades diárias. E quando tal consumo não ocorre de maneira regular o usuário entra em estado de abstinência (FERREIRA et al., 2013).

Referente ao uso de tabaco entre a população do presente estudo, verificou uma elevada proporção (47,6%) para uso na vida, sendo predominante na população masculina (60,0%), quando comparado ao II levantamento domiciliar realizado pelo CEBRID (BRASIL, 2006) no Brasil (44% e 50,5%) e na Região Centro-Oeste (41,9% e 50,3%) respectivamente.

Vale destacar que além das doenças relacionadas ou causadas pelo tabaco, os custos econômicos são devastadores por proporcionar gastos elevados com hospitalizações e óbitos em plena fase produtiva (BORDIN et al., 2004).

Segundo MALDONADO et al. (2008) quando a auto-estima pessoal encontra-se armazenada, por algum evento pessoal ou coletivo negativo, podem proporcionar aumento dos níveis de ansiedade, e em muitos casos uma das alternativas que o sujeito busca para enfrentar tal situação se resulta em formas pouco apropriadas ou nocivas à saúde, como o uso de tabaco, álcool e outras drogas.

Apesar de estar em um processo de declínio nos últimos anos, ainda o seu consumo é elevado em todo o mundo. Estima-se que aproximadamente 1,3 bilhão de pessoas (cerca de 1 bilhão de homens e 250 milhões de mulheres) sejam fumante de cigarros ou consumam outros derivados do tabaco (GUINDON & BOISCLAIR, 2003).

Em relação ao uso das substâncias psicoativas, exceto o álcool e o tabaco, entre a população de Pequizeiro apresentou proporção de uso na vida (42,9%) maior em comparação ao levantamento domiciliar realizado pelo CEBRID (BRASIL, 2006) no Brasil (22,8%) e na região Centro-Oeste (17,0%), foi menor do que os achados do I Levantamento sobre uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras (48,7%; NICASTRI et al., 2010).

É importante salientar que os benzodiazepínicos foram os mais frequentes para o uso na vida (21,4%) em comparação as outras drogas, contrapondo aos achados nos dois Levantamentos domiciliar (3,3% e 5,6%) e no levantamento com universitários (12,4%) realizados pelo CEBRID (BRASIL, 2002; 2006; 2010). O seu elevado consumo pode ser atribuído aos problemas socioeconômicos vivenciados pela população em estudo.

Após o uso dos benzodiazepínicos, as drogas mais referidas quanto ao uso na vida na população em estudo foram: orexígenos (11,9%), maconha (7,1%), estimulantes (7,1%), cocaína (7,1%) e xaropes (7,1%) a base de codeína. Quanto aos achados no II levantamento domiciliar observa-se que as mais usadas na vida foram: maconha (8,8%), benzodiazepínicos (5,6%), orexígenos (4,1%), estimulantes (3,2%), cocaína (2,9%) e xaropes (1,9%) (BRASIL, 2006). Percebe-se que apesar de haver uma certa semelhança quanto à ordem das drogas mais usadas, as proporções do presente estudo apresentou frequências maiores em relação à pesquisa em comparação, exceto quanto ao uso de maconha na vida.

Segundo MACRAE (2010) não é suficiente analisar o uso de substâncias psicoativas apenas em âmbito individual, sendo assim, deve-se considerar também as interação dos aspectos biopsicosociais envolvidas na realidade dos sujeitos, uma vez que são a atividade simbólica e o conjunto das motivações do consumidor que transformam uma substância psicotrópica em droga.

É importante referendar que embora este estudo tenha sua relevância, o mesmo apresenta limitações. Entre elas pesquisas sobre o uso de drogas na população rural do Estado de Mato Grosso. Neste sentido, a discussão sobre o uso de drogas teve como base de comparação os dados divulgados no I e II Levantamento Domiciliar realizados no ano de 2001 e 2005 pelo CEBRID (BRASIL, 2002; 2006), e realizados no contexto regional deste estudo, sugerindo a produção de outros estudos com maior profundidade nesta população rural, que com certeza, possui peculiaridades próprias.

CAPITULO VII

CONCLUSÃO

No contexto nacional há uma lacuna de estudos sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas psicoativas pela população rural. O estudo realizado com a população residente na comunidade de Pequizeiro, localizada no município de Santo Antônio do Leverger – MT, chegou às seguintes conclusões:

- As drogas mais freqüentes de uso na vida foram: álcool (81,0%), tabaco (47,6%), os benzodiazepínicos (21,4%), orexígenos (11,9%), maconha (7,1%), estimulantes (7,1%), cocaína (7,1%) e xaropes (7,1%)
- O alcoolismo apresentou alta proporção em comparação à outros estudos da literatura sobre esta doença conforme CID-10;
- Embora haja uma preocupação do governo nas políticas sobre o tabagismo, este estudo evidenciou altas proporções de usuários;
- O uso de substâncias psicoativas (exceto álcool e tabaco) foram mais frequentes em comparação à literatura pesquisada.

A população da zona rural em estudo apresentou uso de drogas psicotrópicas em proporções mais elevadas quando comparadas com os estudos da literatura, sugerindo a necessidade de outros estudos com maior profundidade, necessários para o estabelecimento de políticas públicas de educação, prevenção e assistência à saúde desta população que apresenta características diferenciadas em relação à população urbana.

CAPÍTULO VIII

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVAY, M. **Drogas nas escolas**: versão resumida. Brasília:UNESCO, 2005.

ADCA – Alcohol and other drugs council of Australia. Alcohol use in rural Australia. National Rural Health Alliance [editorial 30], 2011.

APA - American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1968.

AZEVEDO, R. C. S. de. **Usuários de cocaína e AIDS: um estudo sobre comportamentos de risco. 2000.** 283 p. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

BARROSO, T. G. B. **Análise epidemiológica da população urbana e rural no município de Caeté, Minas Gerais.** 2011. 28 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiate.

BAUS, J.; KUPEK, E.; PIRES, M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 40-46, Fev. 2002.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 agos. 2006.

BRASIL. Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas. **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 Maiores Cidades do País – 2001. Brasília: CEBRID, 2002.

BRASIL. Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras.** Brasília: CEBRID, 2003.

BRASIL. Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: Estudo Envolvendo as 108 maiores cidades do país. Brasília: CEBRID, 2006.

BRASIL. Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**: leitura recomendada para alunos a partir do 7º ano do ensino fundamental. 5ª ed. Brasília: CEBRID, 2007.

BRASIL. Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas. **I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras**. Brasília: CEBRID, 2010.

BRASIL. Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas. **IV levantamento nacional sobre consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino das 27 capitais brasileiras**. Brasília: CEBRID, 2010.

BORDIN, S.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. Cocaína e crack. In: FILGLE, B. N.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004, p. 68-83.

BORDIN, S.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. Tabaco. In: FILGLE, B. N.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2004.

CASTRO, M. L.; CUNHA, S. S. da; SOUZA, D. P. O. de. Comportamento de violência e fatores associados entre estudantes de Barra do Garças, MT. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1054-1061, set. 2011.

COOMBER, K. et al. Rural Adolescent Alcohol, Tobacco, and Illicit Drug Use: A Comparison of Students in Victoria, Australia, and Washington State, United States. **The journal of Rural Health**, Austrália, v. 27, n.4, p. 409-415, 2011.

CUNHA, J. M. P. da. Dinâmica migratória e o processo de ocupação do Centro-Oeste brasileiro: o caso de Mato Grosso. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 87-107, jun. 2006.

EWING, J. A. Detecting alcoholism, the CAGE questionnaire. **JAMA**, v. 12. n. 14, p. 214-252, out. 1984.

FARIA, N. M. X. et al. Processo de produção rural e saúde na serra gaúcha: um estudo descritivo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 115-128, mar. 2000.

FERREIRA, J. C. V. **Mato Grosso e seus municípios**. Cuiabá: Secretaria de Estado da Cultura, 1997.

FERREIRA, L. N.; BISPO JÚNIOR, J. P.; SALES, Z. N.; CASOTTI, C. A.; BRAGA JUNIOR, A. C. R. Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à

dependência de álcool. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3409-3418, 2013.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1995.

GUINDON, G. E; BOISCLAIR, D. Past, current and future trends in tobacco use [HNP Discussion Paper. Economics of Tobacco Control Paper n. 6]. Washington, D.C.; The World Bank, 2003.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População jovem no Brasil**. Rio de Janeiro; 1999. 55p. (Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 3).

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades [censo 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 5 mai. 2013.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do censo demográfico 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=8>. Acessado em: 08 setembro 2013.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Evolução da divisão territorial do Brasil 1972 – 2010**. Rio de Janeiro; 2011. 261p. (Documentos para disseminação, memória institucional 17).

KARAM, H. O sujeito entre a alcoolização e a cidadania: perspectiva clínica do trabalho. **Revista de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 468-474. 2003.

LASTRES, H. M. M.; ALBAGLI, S. Chaves para o Terceiro Milênio na Era do Conhecimento. IN: _____. **Informação e globalização na era do conhecimento**. Rio de Janeiro: Campus, 1999. p. 07-26.

MACRAE, E. Antropologia: Aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S. D. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 27-37.

MALDONADO, R. M. et al. Self-esteem, perceived self-efficacy, consumption of tobacco and alcohol in secondary students from urban and rural áreas of Monterrey, Nuevo León, México. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, p. 614-620, agos. 2008.

MOREIRA, J. P. L.; MORAES, J. R. de; LUIZ, R. R. Prevalence of self-reported systemic arterial hypertension in urban and rural environments in Brazil: a

population-based study. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 62-72, jan. 2013.

MORENO, R. S.; VENTURA, R. N.; BRÊTAS, J. R. S. O uso de álcool e tabaco por adolescentes do município de Embu, São Paulo, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 969-977, dec. 2010.

MOTA, V. A. **Uso de álcool e alcoolismo e fatores associados entre servidores públicos universitários**. 2011. 111 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá.

NICASTRI, S.; OLIVEIRA, L. G. de.; WAGNER, G. A.; ANDRADE, A. G. de. Prevalência e padrão de uso de tabaco e outras drogas (exceto álcool): estimativa de abuso e dependência. In: ANDRADE; A. G. de.; DUARTE, P. C. A. V.; OLIVEIRA, L. G. de. **I levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras**. Brasília: CEBRID, 2010.

OELTMANN, T. Q. L. et al. Alcohol use, drunkenness and tobacco smoking in rural western Kenya. **Tropical Medicine and International Health**, Oxford, v. 8, n. 4, p. 506-515, abr. 2013.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **CID-10: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda., 1993.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas. Report. Genebra, 2004. 40 p.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Consumption. In: OMS. **Global status report on alcohol and health**. Geneva: OMS, 2011. p. 2-17.

OSER, C. B. et al. Rural drug users: factors associated with substance abuse treatment utilization. **International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology**, London, v. 55, n. 4, p. 567-586, june. 2011.

PERESTRELO, J. P. P.; MARTINS, I. S. Modernização rural: transformações econômicas e suas implicações demográficas, epidemiológicas e nutricionais nos municípios de Monteiro Lobato e Santo Antônio do Pinhal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.12, n. 2, p. 38-55, julh. 2003.

- PROCÓPIO FILHO, A.; VAZ, A. C. O Brasil no contexto do narcotráfico internacional. **Revista Brasileira de Política Internacional**, Brasília, v. 40, n. 1, p. 75-122, jun. 1997.
- RAPHAELLI, C. O.; AZEVEDO, M. R.; HALLAL, P. C. Associação entre comportamentos de risco à saúde de pais e adolescentes em escolares de zona rural de um município do Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2429-2440, dez. 2011.
- ROSA, P. O. Políticas criminais de drogas e globalização econômica. In: I SEMINÁRIO NACIONAL SOCIOLOGIA E POLÍTICA UFPR 2009: “Sociedade e Política em Tempos de Incerteza”. **Artigo**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2009. 2-14.
- SMART, R. G. et al. **A methodology for students drug-use surveys**. Geneva: World Health Organization, 1980.
- SOUZA, D. P. O. de; MARTINS, D. T. O. O perfil epidemiológico do uso de drogas entre estudantes de 1o e 2o graus da rede estadual de ensino de Cuiabá, Brasil, 1995. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 391-400, jun. 1998.
- SOUZA, P. O. S. ARECO, K. N. SILVEIRA FILHO, D. X. da. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 585-592, agos. 2005.
- SOUZA, D. P. O. Estudo epidemiológico sobre condições de saúde de servidores universitários, MT, campus Cuiabá. [projeto de pesquisa] 2010.
- SPENCE, R. T.; WALLISCH, L.S. Alcohol and drug use in rural colonias and adjacent urban áreas of the Texas Border. **The Journal of Rural Health**, Austrália, v. 23, p. 55-60, 2007.
- UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report. Report. New York, 2012. 100 p.
- VEIGA, J. E. Destinos da ruralidade no processo de globalização. Estudos **Avançados**, São Paulo, v. 18, n.51, p. 51-67, mai. 2004.
- ZHOU, L. et al. Epidemiologia do uso de álcool em homens rurais em duas províncias da China. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, Piscataway, EUA, v. 72, n. 2, p. 333-340, mar. 2011.

WANDERLEY, M. N. B.; A ruralidade no Brasil moderno. Por um pacto social pelo desenvolvimento rural. In: GIARRACCA, N. **¿Una nueva ruralidad en América Latina?**. Buenos Aires: Clacso, 2001, p. 31-44.

WESSELOVICZ, A. A. G.; SOUSA, T. G.; KANESHIMA, E. N.; SOUSA-KANESHIMA, A. M. Fatores associados ao consumo de bebidas alcoólicas pelos adolescentes de uma Escola Pública da cidade de Maringá, Estado do Paraná. **Acta scientiarum Health sciences**, Maringá, v. 30, n. 2, p. 161-166, jun. 2008.

ANEXO 1**PESQUISA: “LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE SAÚDE: POPULAÇÃO DE ÁREA RURAL DO ESTADO DE MATO GROSSO.”****Exemplo: na residência tinha 05 moradores. O sorteado será o numero 2.****TABELA DE SORTEIO**

Nº total de moradores na residência	01	02	03	04	05	06	07	08
Nº do indivíduo a ser entrevistado	1	1	1	2	2	3	3	3

Membros da família (incluir na listagem apenas aqueles entre 12-65 anos).

Nº	NOME	IDADE	SEXO	HORÁRIO DISPONÍVEL
01	JOAQUIM	40	M	SÓ A NOITE
02	LUCAS	18	M	SÓ A NOITE
03	PEDRO	15	M	QUALQUER HORA
04	MARIA	36	F	SÓ A NOITE
05	LUCIA	12	F	QUALQUER HORA

ANEXO 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE SAÚDE COLETIVA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE MATO GROSSO.

PESQUISA: LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE SAÚDE: POPULAÇÃO DE ÁREA RURAL DO ESTADO DE MATO GROSSO.

MANUAL DO APLICADOR

- 1 - Inicialmente o aplicador deverá estar presente no local de trabalho a ser pesquisado em horário comercial;
- 2 - Se houver algum imprevisto para a não realização da pesquisa, o aplicador deverá avisar à Coordenação com uma antecedência de 24 horas;
- 3 - Na ida para a coleta de dados os aplicadores deverão levar ofícios de apresentação (Anexo 6) da Coordenação do Curso da Graduação, Comprovante da aprovação do Comitê de Ética (Anexo 7) e autorização da Secretaria de Saúde do Município.

Em campo

- 4 - Apresentar-se ao entrevistado como membro da equipe de pesquisadores da Universidade Federal de Mato Grosso, que está realizando uma pesquisa sobre o perfil de saúde da população rural residente na comunidade Pequizeiro em Santo Antônio do Leverger – MT.
- 5 - Deixar claro que dados individuais não serão divulgados, servindo somente para um estudo e alertar que só responde o questionário quem quiser.
- 7 - Frisar que o sigilo das respostas será assegurado através da não identificação do entrevistado.

8 - Alertar que o questionário deve ser respondido ao aplicador e que qualquer dúvida deverá ser esclarecida pelo aplicador. Esclarecer que todas as perguntas têm que ser respondidas;

9 - Agradecer ao entrevistado;

Outras observações e lembretes

- Estar atento para, em nenhum momento do nosso contato com os entrevistados, deixar transparecer uma posição "contra ou a favor" de alguma questão que envolva o instrumento;

Lembrar-se sempre de que nós estamos participando de um projeto de levantamento de dados. Assim, informações sobre drogas, papel na comunidade, de saúde, etc., não deverão ser dadas por enviesar os dados e comprometer a análise dos dados, mas que poderão ser dadas pelos responsáveis pela pesquisa Prof^a Dr^a Delma P. Oliveira de Souza (65 3615 8881; souzadpo@terra.com.br) e Discente Luciana Martins Frassetto de Freitas (65 3686-1670; lumffreitas@hotmail.com).

A receptividade a este tipo de pesquisa em geral é muito boa, em todo caso, possíveis pessoas agressivas devem ser tratadas com neutralidade, sempre ressaltando que não são obrigados a participar da pesquisa, caso não queiram.

ANEXO 3

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

QUESTIONÁRIO Nº _____

DATA: ____/____/____

**QUESTIONÁRIO SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO RURAL
DA COMUNIDADE DO PEQUIZEIRO, LOCALIZADA NO MUNICÍPIO DE
SANTO ANTÔNIO DO LEVERGER – MT.**

O questionário é composto de três partes. A primeira refere-se aos dados sobre as características demográficas e socioeconômicas. A segunda parte será sobre os dados da sua saúde e o terceiro quanto ao seu estilo de vida.

Algumas das questões são de caráter bastante íntimo e pessoal. Garantimos que todas as suas respostas serão estritamente confidenciais e o anonimato será rigorosamente mantido, não aparecendo o seu nome em nenhuma parte do questionário. Para o bom andamento da pesquisa é fundamental muita seriedade nas respostas, pois este estudo servirá para contribuir com ações que poderão beneficiar a saúde da população rural. Em algumas questões, você poderá responder mais de uma alternativa. Essa possibilidade estará claramente indicada. Nas demais questões, marque sempre apenas uma alternativa. O seu questionário não constará o seu nome. Agradecemos sua colaboração e honestidade nas respostas.

PRIMEIRA PARTE**BLOCO A: DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS****A1. Sexo²:**

1() Feminino 2() Masculino

A2. Idade: _____ anos

A3. Naturalidade _____

A4. Estado Civil:

1() Casado 2() Solteiro 3() Viúvo(a)

4() União consensual

5() Divorciado A4a. () Outros. Qual: _____

A5. Tem filhos ?

1() Sim 2() Não

A5a. Se positivo, quantos? _____

A6. Com quem vive:

1() Sozinho 2() Companheiro 3() Familiares

4() Amigos A7a. () Outro. Qual? _____

A7. A cor de sua pele é:

1() branca 2() negra 3() parda ou morena

4() Amarela 5() Indígena 7() não quis informar

A8. Qual a sua escolaridade?

1() Nenhuma

2() Alfabetizado

3() Ensino fundamental incompleto

4() Ensino fundamental completo

5() Ensino Médio incompleto

6() Ensino Médio completo 7() Superior incompleto

8() Superior completo 9() Pós-Graduação

² Todas as questões em negrito e grifado são as perguntas utilizadas para o presente Trabalho de Conclusão de Curso.

1() Sim 2() Não Quantos?_____

Automóvel?

1() Sim 2() Não Quantos?_____

Empregado(a) que recebe salário e trabalha todo dia

1() Sim 2() Não Quantos?_____

Banheiro com água encanada?

1() Sim 2() Não Quantos?_____

A16. A família recebe auxílio de programas sociais ou de transferência, como o Bolsa-Família?

1() Sim 2() Não

SEGUNDA PARTE

BLOCO B: INDICADORES GERAIS DE SAÚDE

B1. Caso você consuma bebida alcoólica, você se sente culpado pela maneira com que costuma beber?

1() Sim 2() Não

SRQ-20³ Marque a resposta apropriada para o seu caso:

Assinale com X uma alternativa deixando outra em branco

B2. Tem dores de cabeça freqüentes?

1() Sim 2() Não

B3. Tem falta de apetite?

1() Sim 2() Não

B4. Dorme mal?

1() Sim 2() Não

B5. Assusta-se com facilidade?

1() Sim 2() Não

B6. Tem tremores de manhã?

1() Sim 2() Não

B7. Sente-se nervoso (a), tenso(a) ou preocupado(a)?

1() Sim 2() Não

³ Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire

(SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. Br J Psychiatry 1986; 148:23-6.

B8.Tem má digestão?

1()Sim 2()Não

B9.Tem dificuldade de pensar com clareza?

1()Sim 2()Não

B10.Tem se sentido triste ultimamente?

1()Sim 2()Não

B11.Tem chorado mais do que de costume?

1()Sim 2()Não

B12.Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?

1()Sim 2()Não

B13.Tem dificuldades para tomar decisões?

1()Sim 2()Não

B14.Tem dificuldades no serviço (seu trabalho penoso, causa sofrimento)?

1()Sim 2()Não

B15. Acha incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?

1()Sim 2()Não

B16.Tem perdido o interesse pelas coisas?

1()Sim 2()Não

B17.Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?

1()Sim 2()Não

B18.Tem tido idéias de acabar com a vida?

1()Sim 2()Não

B19.Sente-se cansado (a) o tempo todo?

1()Sim 2()Não

B20.Tem sensações que são desagradáveis no estômago?

1()Sim 2()Não

B21.Você se cansa com facilidade?

1()Sim 2()Não

TERCEIRA PARTE

BLOCO C: INDICADORES DE PADRÃO DE USO DE DROGAS

C1. Nos últimos doze meses, o (a) Sr.(a) tomou algum produto ou medicamento para perder peso?

1() Sim 2() Não

C17. No último mês você tomou bebida alcoólica de 1 a 5 vezes por um dia?

1() Sim 2() Não

C18. No último mês você tomou bebida alcoólica de 6 a 19 vezes por dia?

1() Sim 2() Não

C19. No último mês você tomou bebida alcoólica mais de 20 vezes por dia?

1() Sim 2() Não

C20. Você apresentou tolerância para o álcool nos últimos 12 meses, ou seja, necessita de maiores quantidades dele para conseguir os mesmos efeitos que antes?

1() Sim 2() Não

C21. No último ano você quis diminuir ou parar o uso de álcool?

1() Sim 2() Não

C21a. Se sim, você conseguiu? 1() Sim 2() Não

C22. Você fez uso na vida de: Diazepam[®], Diempax[®], Lorium[®], Valium[®], Librium[®], Lorax[®], Rohypnol[®], Psicosedin[®], Somalium[®], Lexotan[®], sem receita médica?

1() Sim 2() Não (pular para questão 30)

C23. Você fez uso nos últimos 12 meses de Diazepam[®], Diempax[®], Lorium[®], Valium[®], Librium[®], Lorax[®], Rohypnol[®], Psicosedin[®], Somalium[®], Lexotan[®], sem

receita médica?

1() Sim 2() Não

C24. Você fez uso no último mês de Diazepam[®], Diempax[®], Lorium[®], Valium[®], Librium[®], Lorax[®], Rohypnol[®], Psicosedin[®], Somalium[®], Lexotan[®], sem receita médica?

1() Sim 2() Não

C25. No último mês você usou de 1 a 5 vezes por dia de Diazepam[®], Diempax[®], Lorium[®], Valium[®], Librium[®], Lorax[®], Rohypnol[®], Psicosedin[®], Somalium[®], Lexotan[®], sem receita médica?

1() Sim 2() Não

Glucoenergan[®], Inibex[®], Desobesi[®], Reactivan[®], Pervitin[®] sem receita médica?

1() Sim 2() Não

C34. No último mês você usou de 6 a 19 vezes por dia de Hipofagin, Moderex[®], Glucoenergan[®], Inibex[®], Desobesi[®], Reactivan[®], Pervitin[®] sem receita médica?

1() Sim 2() Não

C35. No último mês você usou 20 ou mais por dia de Hipofagin, Moderex[®], Glucoenergan[®], Inibex[®], Desobesi[®], Reactivan[®], Pervitin[®] sem receita médica?

1() Sim 2() Não

C36. Você apresentou tolerância nos últimos 12 meses para remédio para emagrecer, tais como Hipofagin, Moderex[®], Glucoenergan[®], Inibex[®], Desobesi[®], Reactivan[®], Pervitin[®], ou seja, necessita de maiores quantidades dele para conseguir os mesmos efeitos que antes?

1() Sim 2() Não

C37. No último ano você quis diminuir ou parar o uso de remédio para emagrecer, como: Hipofagin, Moderex[®], Glucoenergan[®], Inibex[®], Desobesi[®], Reactivan[®], Pervitin[®]?

1() Sim 2() Não

C37a. Se sim, você conseguiu? 1() Sim 2() Não

C38. Você já fez uso na vida de Optalidon[®], Fiorinal[®], Gardenal[®], Tonopan[®], Nembutal[®], Comital[®], Pentotal[®]?

1() Sim 2() Não (pular para questão 46)

C39. Você fez uso nos últimos 12 meses de Optalidon[®], Fiorinal[®], Gardenal[®], Tonopan[®], Nembutal[®], Comital[®], Pentotal[®]?

1() Sim 2() Não

C40. Você fez uso no último mês de Optalidon[®], Fiorinal[®], Gardenal[®], Tonopan[®], Nembutal[®], Comital[®], Pentotal[®]?

1() Sim 2() Não

C41. No último mês você usou 1 a 5 vezes por dia de Optalidon[®], Fiorinal[®], Gardenal[®], Tonopan[®], Nembutal[®], Comital[®], Pentotal[®]?

1() Sim 2() Não

C42. No último mês você usou de 6 a 19 vezes por dia de Optalidon[®], Fiorinal[®], Gardenal[®], Tonopan[®], Nembutal[®], Comital[®], Pentotal[®]?

médica?

1() Sim 2() Não

C60. Você apresentou tolerância nos últimos 12 meses para Periatin®, Periavita®, Cobavital®, Buclina®, Vibazina®, petivit®, Profol® e Nutrimaiz®, ou seja, necessita de maiores quantidades dele para conseguir os mesmos efeitos que antes?

1() Sim 2() Não

C61. No último ano você quis diminuir ou parar o uso de Periatin®, Periavita®, Cobavital®, Buclina®, Vibazina®, petivit®, Profol® e Nutrimaiz®?

1() Sim 2() Não

C61a. Se sim, você conseguiu? 1() Sim 2() Não

C62. Você já fez uso na vida de xaropes a base de codeína Pambenyl®, Setux®, Tussiflex®, Gotas Binelli®, Silentós®, Belacodid®, Eritós®, sem receita médica?

1() Sim 2() Não (pular para questão 70)

C63. Você fez uso nos últimos 12 meses de xaropes a base de codeína Pambenyl®, Setux®, Tussiflex®, Gotas Binelli®, Silentós®, Belacodid®, Eritós®, sem receita médica?

1() Sim 2() Não

C64. Você fez uso no último mês de xaropes a base de codeína Pambenyl®, Setux®, Tussiflex®, Gotas Binelli®, Silentós®, Belacodid®, Eritós®, sem receita médica?

1() Sim 2() Não

C65. No último mês você usou 1 a 5 vezes por dia de xaropes a base de codeína Pambenyl®, Setux®, Tussiflex®, Gotas Binelli®, Silentós®, Belacodid®, Eritós®, sem receita médica?

1() Sim 2() Não

C66. No último mês você usou 6 a 19 vezes por dia de xaropes a base de codeína Pambenyl®, Setux®, Tussiflex®, Gotas Binelli®, Silentós®, Belacodid®, Eritós®, sem receita médica?

1() Sim 2() Não

C67. No último mês você usou 20 ou mais vezes de xaropes a base de codeína

C84. Você apresentou tolerância nos últimos 12 meses para Artane®, Asmoterona®, Bently®, Akineton® ou chá de lírio (saia-branca, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho), ou seja, necessita de maiores quantidades dele para conseguir os mesmos efeitos que antes?

1() Sim 2() Não

C85. No último ano você quis diminuir ou parar o uso de Artane®, Asmoterona®, Bently®, Akineton® ou chá de lírio (saia-branca, véu -de-noiva, trombeteira,zabumba, cartucho)?

1() Sim 2() Não

C85a. Se sim, você conseguiu? 1()Sim 2()Não

C86. Você já fez uso na vida de lança-perfume, loló, cola de sapateiro, gasolina, benzina, acetona, removedor tinta, thinner, água-raz, éter, esmalte ou fluído de isqueiro?

1() Sim 2() Não (pular para questão 94)

C87. Você fez uso nos últimos 12 meses de lança-perfume, loló, cola de sapateiro, gasolina, benzina, acetona, removedor tinta, thinner, água-raz, éter, esmalte ou fluído de isqueiro?

1() Sim 2() Não

C88. Você fez uso no último mês de lança-perfume, loló, cola de sapateiro, gasolina, benzina, acetona, removedor tinta, thinner, água-raz, éter, esmalte ou fluído de isqueiro?

1() Sim 2() Não

C89. No último mês você usou 1 a 5 vezes por dia de lança-perfume, loló, cola de sapateiro, gasolina, benzina, acetona, removedor tinta, thinner, água-raz, éter, esmalte ou fluído de isqueiro?

1() Sim 2() Não

C90. No último mês você usou 6 a 19 vezes por dia de lança-perfume, loló, cola de sapateiro, gasolina, benzina, acetona, removedor tinta, thinner, água-raz, éter, esmalte ou fluído de isqueiro?

1() Sim 2() Não

C91. No último mês você usou 20 ou mais vezes por dia de lança-perfume, loló, cola de sapateiro, gasolina, benzina, acetona, removedor tinta, thinner, água-raz,

éter, esmalte ou fluído de isqueiro?

1() Sim 2() Não

C92. Você apresentou tolerância nos últimos 12 meses para lança-perfume, loló, cola de sapateiro, gasolina, benzina, acetona, removedor, tinta, thinner, água-raz, éter, esmalte, fluído de isqueiro, ou seja, necessita de maiores quantidades dele para conseguir os mesmos efeitos que antes?

1() Sim 2() Não

C93. No último ano você quis diminuir ou parar o uso de lança-perfume, loló, cola de sapateiro, gasolina benzina, acetona, removedor, tinta, thinner, água-raz, éter, esmalte, fluído de isqueiro?

1() Sim 2() Não

C93a. Se sim, você conseguiu? 1() Sim 2() Não

C94. Você já fez uso na vida de LSD, chá de cogumelo, mescalina, Ketamira, Extasy, Ayashuasca, exceto no contexto religioso?

1() Sim 2() Não (pular para questão 102)

C95. Você fez uso nos últimos 12 meses de LSD, chá de cogumelo, mescalina, Ketamira, Extasy, Ayashuasca, exceto no contexto religioso?

1() Sim 2() Não

C96. Você fez uso no último mês de LSD, chá de cogumelo, mescalina, Ketamira, Extasy, Ayashuasca, exceto no contexto religioso?

1() Sim 2() Não

C97. No último mês você usou 1 a 5 vezes por dia de LSD, chá de cogumelo, mescalina, Ketamira, Extasy, Ayashuasca, exceto no contexto religioso?

1() Sim 2() Não

C98. No último mês você usou 6 a 19 vezes por dia de LSD, chá de cogumelo, mescalina, Ketamira, Extasy, Ayashuasca, exceto no contexto religioso?

1() Sim 2() Não

C99. No último mês você usou 20 ou mais vezes por dia de LSD, chá de cogumelo, mescalina, Ketamira, Extasy, Ayashuasca, exceto no contexto religioso?

1() Sim 2() Não

C100. Você apresentou tolerância nos últimos 12 meses para LSD, chá de

C113. No último mês você usou 1 a 5 vezes por dia de cocaína?

1() Sim 2() Não

C114. No último mês você usou 6 a 19 vezes por dia de cocaína?

1() Sim 2() Não

C115. No último mês você usou 20 ou mais vezes por dia de cocaína?

1() Sim 2() Não

C116. Você apresentou tolerância para a cocaína nos últimos 12 meses, ou seja, necessita de maiores quantidades dele para conseguir os mesmos efeitos que antes?

1() Sim 2() Não

C117. No último ano você quis diminuir ou parar o uso de cocaína?

1() Sim 2() Não

C117a. Se sim, você conseguiu? 1() Sim 2() Não

C118. Você já fez uso na vida de crack?

1() Sim 2() Não (pular para questão 126)

C119. Você fez uso nos últimos 12 meses de crack?

1() Sim 2() Não

C120. Você fez uso no último mês de crack?

1() Sim 2() Não

C121. No último mês você usou 1 a 5 vezes por dia de crack?

1() Sim 2() Não

C122. No último mês você usou 6 a 19 vezes por dia de crack?

1() Sim 2() Não

C123. No último mês você usou 20 ou mais vezes por dia de crack?

1() Sim 2() Não

C124. Você apresentou tolerância para o crack nos últimos 12 meses, ou seja, necessita de maiores quantidades dele para conseguir os mesmos efeitos que antes?

1() Sim 2() Não

C125. No último ano você quis diminuir ou parar o uso de crack?

1() Sim 2() Não

C125a. Se sim, você conseguiu? 1() Sim 2() Não

1() Sim 2() Não

C138. Você recebeu algum tratamento ou aconselhamento pelo seu uso de drogas ou álcool?

1 () Sim 2 () Não (Pule para a questão C35)

C139. Qual(s) tratamento(s), na vida, você já se submeteu para tratar o seu uso de droga?

1() Nenhum

2() Internação hospitalar (quantas vezes) _____

3() Ambulatorial

4() Sala de Emergência

5() Consultório particular

6() Grupos de auto-ajuda

7() Outros. Cite. _____

C140. Cite a(s) droga(s) que o levaram para o tratamento

C141. Qual o resultado deste tratamento?

1() Não se aplica 2() Em tratamento

3() Tive sucesso no tratamento

4() Não tive resultado positivo: Quais os motivos

Motivo1

Motivo2

C142. O tratamento que você se submeteu era:

1() Privado 2() Público 3() Outros. Qual: _____

C143. Na sua família tem alguém que é usuário de álcool ou outras drogas?

1 () Sim 2 () Não

C143a. Caso positivo, qual grau de parentesco?

C144. Você conhece alguém na sua comunidade que usa drogas?

1 () Sim 2 () Não

C144a. Qual droga a pessoa usa?

DE QUARTA PARTE

BLOCO D: INDICADORES DOENÇAS CRÔNICAS-NÃO-TRANSMISSÍVEIS

D1. Algum médico ou outro profissional da saúde já lhe informou que você é hipertenso ou tem pressão alta?

- 1() Sim, apenas 1 vez
2() Sim mais de 1 vez, em dias diferentes
3() Sim, apenas durante a gravidez
4() Não, nunca tive pressão alta.

D2. Caso faça uso de álcool, alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

1() Sim 2() Não

D3. Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) já teve infarto, derrame ou acidente vascular cerebral (AVC)?

1() Sim 2() Não 3() Não lembra

D4. Algum médico já lhe disse que o (a) Sr. (a) tem colesterol ou triglicérides elevado?

1() Sim 2() Não 3() Não lembra

D5. Algum médico já lhe disse que você tem Diabetes?

- 1() Sim, tenho diabetes
2() Não, não tenho diabetes (Pular para B26)

D5a. () Caso positivo, qual o tipo? _____

D5b. Há quanto tempo? _____

D6. Você costuma beber bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

1 () Sim 2() Não

D7. Nos doze meses, antes da pesquisa, você apresentou:

- 1() Bursite
2() Ciática
3() Hérnia de disco

4() Reumatismo

5() Outros problemas de ossos ou cartilagens

6() Outros problemas de músculos ou tendões

7() Dores freqüentes no pescoço, costas e coluna

D8. Algum médico já lhe disse que o (a) Sr. (a) tem osteoporose (doença/fraqueza dos ossos)?

1() Sim

2() Não

3() Não lembra

D9. Caso consome bebida alcoólica, as pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

1() Sim 2() Não

D10. O (a) Sr. (a) classificaria seu estado de saúde como:

1() Bom, 2() Regular 3() Ruim

4() não sabe 5() não quis informar

D11. Você possui algum Plano de Saúde?

1() Sim 2() Não

D11a. Se sim, qual o seu plano de saúde? _____

D12. Há 30 dias atrás você fez alguma prática de prevenção a sua saúde como exames para câncer de mama, colo de útero e próstata e vacinação.

1() Sim 2() Não

D12a. Caso positivo cite o(s) exame(s)

D13. Você pratica algum esporte?

1() Sim 2() Não

D13a. Se sim, qual? _____

D13b. Com que frequência, ou seja, quantas vezes você pratica o esporte citado?

1() Todos os dias

2() De 1 a 2 vezes por semana

3() De 3 a 5 vezes por semana

4() Mais de 5 vezes por semana

ANEXO 4**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATOGROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

PROJETO: “LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE SAÚDE: POPULAÇÃO DE ÁREA RURAL DO ESTADO DE MATO GROSSO.”

PESQUISADORA: Luciana Martins Frassetto de Freitas

ORIENTADORA: Prof^a. Delma Perpétua Oliveira de Souza

INSTITUIÇÃO: UFMT/ Faculdade de Saúde Coletiva.

OBJETIVO PRINCIPAL: Realizar o levantamento epidemiológico de saúde fatores associados na comunidade rural de Pequizeiro do município de Santo Antônio do Leverger, visando contribuir para com as políticas públicas de prevenção e assistência à saúde do homem rural.

PROCEDIMENTO: Aplicação de questionário.

POSSÍVEIS RISCOS E DESCONFORTO: Mínimo de Resposta a um questionário.

BENEFÍCIOS PREVISTOS: O trabalho pode auxiliar no planejamento de ações de Saúde Pública, como as de prevenção e promoção à saúde. Caso haja queixa de alguma comorbidade pelo sujeito desta pesquisa, a pesquisadora fará orientação sobre os serviços existentes na comunidade vinculados a Rede SUS.

Eu, _____
_____, de idade _____, do sexo _____, naturalidade _____,
portador do RG N^o _____, fui informado dos objetivos,
procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima. Entendo que
terei garantia de confidencialidade, ou seja, que apenas dados consolidados
serão divulgados e ninguém além dos pesquisadores terá acesso aos nomes dos
participantes desta pesquisa. Entendo também, que tenho direito a receber
informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato
com o pesquisador principal. Fui informado ainda, que a minha participação é

voluntária e que se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, isso NÃO me acarretará qualquer tipo de penalidade. Minha participação nesta pesquisa consistirá em responder questões sobre as condições sociodemográficas e de saúde e compreendo que não existir nenhum risco de saúde relacionado a minha participação. Desta forma declaro que estou ciente e entendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento e, concordo em participar do mesmo.

Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Júlio Müller – UFMT – pelo telefone (65) 3615-8254

Cuiabá, ____/____/2013.

Participante: _____

Caso queira entrar em contato com o Comitê de Ética do HJUM/UFMT

Coordenadora Prof^a.Dr^a. Shirley Ferreira Pereira.

Universidade Federal de Mato Grosso

Av. Fernando Correa da Costa, Boa Esperança

Bloco CCBS I, 1º andar.

Caso queira entrar em contato com a pesquisadora:

Instituto de Saúde Coletiva - UFMT

Av. Fernando Correa da Costa

nº 2367 - Bairro Boa Esperança. Cuiabá – MT

CEP - 78060-900

Bloco CCBS III, 2º andar

Tel: (65) 3615-8888

ANEXO 5

91



ANEXO 5

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
JÚLIO MULLER-
UNIVERSIDADE FEDERAL DE

Plataforma
Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE SAÚDE: POPULAÇÃO DE ÁREA RURAL DO ESTADO DE MATO GROSSO.

Pesquisador: Delma Perpétua Oliveira de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 19132813.0.0000.5541

Instituição Proponente: Instituto de Saúde Coletiva da UFMT

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 331.224

Data da Relatoria: 10/07/2013

Apresentação do Projeto:

As doenças nas populações sempre foi uma preocupação dos governos, em âmbito nacional e internacional, pois esta afeta toda a estrutura econômica, social e cultural de uma comunidade, municípios, estados e países como um todo. Esta preocupação no Brasil esteve mais presente nas zonas urbanas dada a complexidade do sistema saúde, embora o Brasil estivesse por séculos sua economia pautada na produção primária. Situação esta que não diferenciou o Estado de Mato Grosso. Trata-se de um estudo observacional, onde o desenho a ser adotado para esta investigação será descritivo de caráter exploratório. Todas as residências da localidade serão visitadas e, o coordenador irá junto com os aplicadores numerar as residências. A seleção do respondente em cada domicílio será realizada aleatoriamente, por um mecanismo independente do entrevistador. Será aplicado questionário testado inicialmente através de entrevistas piloto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar o levantamento epidemiológico de saúde e fatores associados na comunidade rural de Pequiheiro do município de Santo Antônio do Leverger, visando contribuir para com as políticas

Endereço: Rua Fernando Correa da Costa nº 2367

Bairro: Boa Esperança

UF: MT

Município: CUIABA

CEP: 78.060-900

Telefone: (63)3615-8254

E-mail: shirleyfp@bol.com.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
JÚLIO MULLER-
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 331.224

públicas de prevenção e assistência à saúde do homem rural.

Objetivo Secundário:

¿ Identificar as características sociodemográficas, ocupacional, doenças crônicas não transmissíveis, comportamentos saudáveis de saúde; ¿ Estimar a prevalência de diabetes, hipertensão arterial, distúrbios psíquico menores, hábitos alimentares e usuários de drogas lícitas e ilícitas; Analisar a associação das variáveis sociodemográficas, ocupacionais, doenças crônicas não transmissíveis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: risco mínimo de resposta a um questionário aplicado no contexto de Cuiabá-MT, Brasil.

Benefícios: Será dado orientações após a aplicação do questionário sobre uso nocivo de drogas, seu efeitos e os serviços de assistência à dependência química existente na rede SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de relevância para a área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto adequada com assinatura do gestor da unidade.

Inclui autorização da SES para realização da pesquisa.

TCLE adequado.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Propomos a aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado em relação à análise ética.

Endereço: Rua Fernando Correa da Costa nº 2367

Bairro: Boa Esperança

CEP: 78.060-900

UF: MT

Município: CUIABA

Telefone: (63)3615-8254

E-mail: shirleyfp@bol.com.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
JÚLIO MULLER-
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 331.224

CUIABA, 10 de Julho de 2013

Assinador por:
SHIRLEY FERREIRA PEREIRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Fernando Correa da Costa nº 2367
Bairro: Boa Esperança CEP: 78.060-900
UF: MT Município: CUIABA
Telefone: (63)3615-8254 E-mail: shirleyfp@bol.com.br

ANEXO 6

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Cuiabá, 23 de Agosto de 2013.

Carta de Apresentação

Prezado (a),

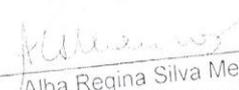
No momento, apresentamos a V.S^a., a aluna do 7º semestre do Curso de Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da UFMT, LUCIANA MARTINS FRASSETTO DE FREITAS, que irá desenvolver sob a orientação da Prof^a.Dr^a. Delma Perpétua Oliveira de Souza o projeto de pesquisa *“Levantamento epidemiológico de saúde: população de área rural do estado de Mato Grosso”* como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

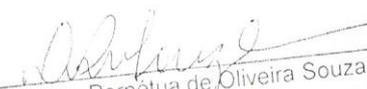
A pesquisa será realizada na Comunidade Rural do Pequizeiro do município de Santo Antônio do Leverger. Ela objetiva contribuir para com as políticas públicas de prevenção e assistência à saúde do homem rural, além disso, na produção de conhecimentos científicos subsidiando a formação de recursos humanos para atuarem em um contexto de novas práticas de produção e juntamente com um novo perfil epidemiológico.

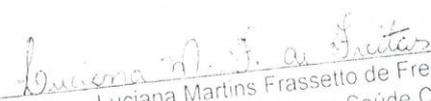
Tendo em vista que a o referido projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Julio Muller e que possui a anuência da Secretaria Municipal de Saúde do município de Santo Antônio de Leverger, a aluna estará desenvolvendo atividades de coleta de dados durante o período de agosto à setembro de 2013

Contando com o apoio de V.S^a., e colocando a disposição para qualquer informação a respeito do estudo, apresento minhas considerações.

Atenciosamente,


Alba Regina Silva Medeiros
Coordenadora do Curso de Graduação em Saúde Coletiva
Prof.ª MSc. Alba Regina Silva Medeiros
Coordenadora do Curso de Graduação
em Saúde Coletiva / ISC/UFMT
SIAPE: 2619548


Delma Perpétua de Oliveira Souza
Orientadora


Luciana Martins Frassetto de Freitas
Discente da graduação em Saúde Coletiva

ANEXO 7

Estado de Mato Grosso

ANEXO 7Prefeitura Municipal de Santo Antônio de Leverger
Secretaria Municipal de Saúde**Autorização**

Eu, **Betânia Franco de Assis**, Secretária Municipal de Saúde do Município de Santo Antonio de Leverger-MT, Autorizo a Sr^a Luciana Martins Frassetto de Freitas, aluna do 7º semestre do Curso de Graduação Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, a desenvolver pesquisa na Comunidade Rural do Pequizeiro neste Município, tendo como Orientadora a Prof^a. Dr^a Delma Perpétua Oliveira de Souza, referente ao Projeto "*Levantamento Epidemiológico de Saúde: população de área do Estado de Mato Grosso*".

Sem mais para o momento.

Colocamo-nos ao inteiro dispor para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Betânia Franco de Assis
Secretária Municipal de Saúde*Betania Franco de Assis*
Sec. Mun. de Saúde
Pref. Santo Antônio de Leverger