

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU* EM ATENÇÃO A SAÚDE

LUCÉLIA MARQUES MARTINS CAIXETA

**ANÁLISE DAS ATITUDES DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE FRENTE AO USO DE ÁLCOOL, AO  
ALCOOLISMO E AO ALCOOLISTA**

UBERABA-MG  
2014

LUCÉLIA MARQUES MARTINS CAIXETA

**ANÁLISE DAS ATITUDES DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE FRENTE AO USO DE ÁLCOOL, AO  
ALCOOLISMO E AO ALCOOLISTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação *strictu sensu*-Mestrado em Atenção a Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção a Saúde.

Linha de pesquisa: Atenção a Saúde das Populações

Eixo temático: Saúde do Adulto

Orientadora: Profa. Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa

UBERABA – MG  
2014

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro**

C138a Caixeta, Lucélia Marques Martins  
Análise das atitudes desenvolvidas pelos profissionais da atenção  
primária a saúde frente ao uso de álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista  
/ Lucélia Marques Martins Caixeta. -- 2014.  
92 f. : tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade  
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2014.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa

1. Alcoolismo. 2. Atenção primária à saúde. 2. Conhecimentos,  
atitudes e prática em saúde. I. Pedrosa, Leila Aparecida Kauchakje.  
II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.81

LUCÉLIA MARQUES MARTINS CAIXETA

**ANÁLISE DAS ATITUDES DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE FRENTE AO USO DE ÁLCOOL, AO  
ALCOOLISMO E AO ALCOOLISTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação *strictu sensu*-Mestrado em Atenção a Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção a Saúde.

Uberaba/MG, de de 2014

Banca Examinadora:

---

Profa. Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa- Orientadora  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

Prof. Dr. Vanderlei José Haas  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

Prof.Dr. Luiz Carlos Marques de Oliveira  
Universidade Federal de Uberlândia

*A minha mãe Lúcia e meu querido esposo Américo Neto, peças essenciais da minha história, dedico esse trabalho a vocês que são verdadeiros mestres em minha vida.*

## AGRADECIMENTOS

Nesse momento meu coração se enche de gratidão,

À Deus pelo dom da vida e pelo privilégio de ser tão abençoada por Ele em todos os momentos, a minha alma bendiz a tua existência e os teus benefícios!

À minha mãe Lúcia que me ensinou o amor não só com palavras, mas com gestos que contribuíram essencialmente para o que sou hoje, obrigada pelo apoio e pelas orações a mim dispensadas;

Ao meu esposo Américo Neto pelo amor sempre presente, pela atenção dedicada, pelas alegrias vividas e pelo incentivo em prosseguir...Te amo!

À querida tia Idalice e família, pelo carinho, pelo apoio e cuidados a mim proporcionados;

Aos meus familiares pelo carinho, apoio e pelas orações;

À minha querida amiga Juliana pela confiança, pelo cuidado tão especial recebido de forma tão grandiosa, Deus te abençoe e recompense por tudo! Minha eterna gratidão a você, ao seu esposo Lenilton e a seus filhos Mateus e Lucas;

Aos amigos Jeziel e Denise pela hospitalidade, pelo carinho e por me abençoarem de forma tão carinhosa;

Aos amigos Clayton, Flávia e Sara, pelos cuidados, pela atenção e pela acolhida carinhosa;

À minha orientadora Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa meu muito obrigado pelos ensinamentos, pela amizade conquistada e por confiar na realização desse trabalho;

Ao professor Dr. Vanderlei José Haas pelas horas dedicadas, pela atenção e pelo grande incentivo para que tudo fosse realizado;

À professora Dra. Maria Luiza Segatto pelos grandiosos ensinamentos na área da "dependência química" que me conduziram a realização deste trabalho;

À professora Dra. Maria Angélica de Oliveira Mendonça pelas ricas sugestões e pelo apoio;

Ao Professor Dr. Divane Vargas, pelas ricas contribuições e sugestões pertinentes para construção desse trabalho;

A amiga Ana Paula pela amizade, pelos ensinamentos valiosos nas conversas diárias e pelo incentivo;

Aos colegas da 5º turma do Mestrado em Atenção a Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pela troca de saberes que contribuíram de forma maravilhosa para a construção de conhecimentos jamais esquecidos;

Aos funcionários do PPGAS pela contribuição valiosa e pelo trabalho prestado;

Ao amigo Omar pela significativa contribuição neste trabalho;

A amiga Luciana Santos pelo apoio e pela disponibilidade em flexibilizar seu horário de trabalho em prol dos meus;

Aos amigos do setor de Clínica Médica da Universidade Federal de Uberlândia pelo incentivo e pela disponibilidade nas trocas de horário de trabalho;

Aos funcionários atuantes na Atenção Primária a Saúde da cidade de Uberlândia pela acolhida e pela disponibilidade em participar deste estudo;

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conquista deste sonho, obrigada pelo incentivo, pelo apoio e pelas orações a mim dispensadas;

*“Que o meu ensino caia como chuva  
e as minhas palavras  
desçam como orvalho,  
como chuva branda sobre o pasto novo,  
como garoa sobre terras plantas”.*

Deuteronômio cap.32, v.2 (BIBLIA SAGRADA)



## RESUMO

**CAIXETA, Lucélia Marques Martins. Análise das atitudes desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Primária a Saúde frente ao uso de álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista.** 2014. 92f. Dissertação (Mestrado em Atenção a Saúde)-Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2014.

Este estudo objetivou analisar as atitudes desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Primária a Saúde do Município de Uberlândia/MG, frente ao uso de álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista. Trata-se de um estudo observacional, seccional com abordagem quantitativa que utilizou dois instrumentos autoaplicáveis para coleta dos dados: um questionário com informações sociodemográficas e uma Escala de Atitudes Frente o ao Alcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista. Os dados foram analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* 20.0. Foram investigados 489 profissionais, dentre os achados, houve predominância do sexo feminino, de indivíduos casados e da religião católica. A média de idade foi de 37,7 anos. O tempo de atuação mais prevalente foi de 1 a 10 anos e a maioria dos profissionais referiram ter contato com o paciente alcoolista. A análise das atitudes dos profissionais apresentou escores maiores no que refere as características comportamentais, físicas e psicológicas do alcoolista, o que indica tendências a atitudes positivas frente a esses clientes. A análise de itens verificou um aumento expressivo de opiniões que afirmaram a necessidade de treinamento para lidar com pacientes alcoolistas. A análise bivariada permitiu identificar uma relação entre as atitudes com a variável sexo no fator relacionado ao trabalho frente a esses clientes (Fator 1) e no fator relacionado com a percepção das características comportamentais, físicas e psicológicas do alcoolista ( Fator 2). Com relação ao estado civil nota-se uma relação com o Fator 1 e com o fator que refere ao consumo de álcool ( Fator 4). Em relação à categoria observou-se diferenças estatisticamente significativas das atitudes entre as categorias profissionais para os fatores 1,2 e 3.Observou-se uma correlação negativa entre a idade e as atitudes relacionadas ao trabalho dispensado a esses indivíduos( Fator 1) e a percepção frente as características do indivíduo alcoolista ( Fator 2).. A análise de regressão linear múltipla identificou que o preditor “categorias profissionais” foi o mais impactante para os quatro fatores. Os resultados evidenciados podem contribuir

significativamente para a elaboração de um plano assistencial que abrange o campo da promoção, da prevenção, do tratamento e da reabilitação desses indivíduos.

**Descritores:** Alcoolismo. Atenção Primária a Saúde. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde.

## ABSTRACT

**CAIXETA, Lucélia Marques Martins. Analysis of attitudes developed by professionals of Primary Health Care towards alcohol, alcoholism and the alcoholic.** 2014.92f. Dissertation (Master Degree in Health Care) – Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2014.

This study aimed at analyzing the attitudes developed by professionals of Primary Health Care of the city of Uberlândia/MG towards alcoholism, the use of alcohol and the alcoholic. It is an observational, sectional study with quantitative approach that used two self-applied instruments for data collection: a questionnaire with sociodemographic information and a Scale for Measurement of attitudes towards Alcohol, Alcoholism and the Alcoholic. The data were analyzed by the *Statistical Package for the Social Sciences* 20.0 program. It was investigated 489 professionals; there was predominance of feminine sex, married individuals and of catholic religion among the findings. The average age was 37.7 years. The most prevalent period was from 1 to 10 years of working time and most of the professionals mentioned to have had contact with the alcoholic patient. The analysis of the professionals' attitudes presented higher scores for behavioral, physical and psychological characteristics of the alcoholic, which indicates tendencies to positive attitudes towards these clients. The analysis of items verified a significant increase of opinions that claimed the necessity of training to deal with alcoholic patients. The bivariate analysis allowed to identify a relation among the attitudes with the variable sex for the factor related to work towards these clients (Factor 1) and for the factor related to perception of behavioral, physical and psychological characteristics of the alcoholic (Factor 2). Regarding marital status, it can be observed a relation with Factor 1 and with the factor that relates with alcohol consumption (Factor 4). Regarding the category, it was observed differences statistically significant of attitudes among the professional categories for factors 1, 2 and 3. It was observed a negative correlation between age and attitudes related to work done with these individuals (Factor 1) and the perception towards the characteristics of the alcoholic individual (Factor 2). The multiple linear regression analysis identified that the predictor "professional categories" was the most impacting for the four factors. The evidenced results can contribute significantly for the preparation of an assistance plan that encompasses

the field of promotion, prevention, treatment and rehabilitation of these individuals.

**Key words:** Alcoholism. Primary Health Care. Knowledge, attitudes and practice in health.

## RESUMEN

**CAIXETA, Lucélia Marques Martins. Análisis de las actitudes desarrolladas por los profesionales de Atención Primaria de Salud en relación frente el uso del alcohol, el alcoholismo y los alcohólicos.**2014.92f. Tesis (Maestría en Atención de Salud)-Universidad Federal del Triângulo Mineiro, Uberaba (MG) ,2014.

El objetivo de este estudio fue analizar las actitudes desarrolladas por los profesionales de Atención Primaria de la Salud de Uberlândia / MG, frente el uso de alcohol, el alcoholismo y los alcohólicos. Se trata de un estudio cuantitativo, observacional, transversal, que utilizó dos instrumentos de autoinforme para la recolección de datos: un cuestionario con informaciones demográficas y la Escala de Actitudes del Uso de Alcohol, el Alcoholismo y alcohólicos. Los datos fueron analizados mediante el *Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales 20.0*. Fueron investigados 489 profesionales, entre los resultados, hubo un predominio del sexo femenino, de las personas casadas y de la religión católica. La edad media fue de 37,7 años. El tiempo de trabajo más prevalente fue 1-10 años y la mayoría de los profesionales informaron tener contacto con pacientes alcohólicos. El análisis de las actitudes de los profesionales tenían puntuaciones más altas en relación con las características del comportamiento, físicas y psicológicas de los alcohólicos, lo que indica las tendencias de actitudes positivas a estos clientes. El análisis de ítems se encontró un aumento significativo de las opiniones que se afirmaron la necesidad de formación para lidiar con los pacientes alcohólicos. El análisis bivariado permitió identificar una relación entre las actitudes con a variable sexo en el factor relacionado con el trabajo frente de estos clientes (Factor 1) y en factor relacionado con la percepción de las características del comportamiento, físicas y psicológicas de los alcohólicos (Factor 2). Con relación al estado civil se observa una relación con el factor 1 y con el factor que se relaciona con el consumo de alcohol (Factor 4). Para cada categoría se observaron diferencias estadísticamente significativas en las actitudes entre las categorías profesionales de los factores de 1,2 y 3. Hubo una correlación negativa entre la edad y las actitudes relacionadas con el trabajo dispensado a estos individuos (Factor 1) y la percepción frente al individuo alcohólico (Factor 2). El análisis de regresión lineal múltiple identificó que el predictor "categorías profesionales" fue lo más impactante para los cuatro factores. Los

resultados que se muestran pueden contribuir de manera significativa al desarrollo de un plan de atención que cubre el campo de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de estas personas.

**Palabras clave:** Alcoholismo. Atención Primaria de la Salud. Conocimientos, actitudes y prácticas en la salud.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos profissionais atuantes nas UAPS por zona e por setor de localização (Uberlândia/MG, 2013).....	34
Tabela 2	Distribuição dos dados sóciodemográficos referentes aos profissionais atuantes na APS (Uberlândia/MG, 2013).....	35
Tabela 3	Distribuição dos dados referentes à caracterização profissional dos sujeitos atuantes na APS (Uberlândia/MG, 2013).....	37
Tabela 4	Distribuição dos dados referente à formação acadêmica dos profissionais atuantes na APS (Uberlândia/MG, 2013).....	38
Tabela 5	Distribuição dos dados referente atuação profissional dos profissionais da APS (Uberlândia).....	39
Tabela 6	Distribuição dos dados referentes ao trabalho frente ao paciente alcoolista (Uberlândia/MG, 2013).....	41
Tabela 7	Distribuição de respostas ,segundo os níveis de concordância, dos itens que compõe o Fator 1 da EAFAAA: Atitudes frente o trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista (Uberlândia/MG, 2013).....	44
Tabela 8	Distribuição de respostas, segundo os níveis de concordância dos itens que compõe o Fator 2 da EAFAAA: Atitudes frente ao alcoolista (Uberlândia/MG, 2013).....	48
Tabela 9	Distribuição de respostas segundo os níveis de concordância, dos itens que compõe o Fator 3 da EAFAAA: Atitudes frente ao alcoolismo (Uberlândia/MG, 2013).....	52
Tabela 10	Distribuição de respostas,segundo os níveis de concordância dos itens que compõe o Fator 4 da EAFAAA: Atitudes frente ao uso do álcool (Uberlândia/MG, 2013).....	54
Tabela 12	Distribuição dos escores médios do Fator 1 e do Fator 2 da EAFAAA, segundo as variáveis sociodemográficas (Uberlândia,2013).....	57

Tabela 13	Distribuição dos escores médios do Fator 3 e do Fator 4 da EAFAAA, segundo as variáveis sociodemográficas (Uberlândia,2013).....	58
Tabela 14	Distribuição dos escores médios do Fator 1 e do Fator 3 da EAFAAA, segundo a função exercida pelos profissionais atuantes na APS (Uberlândia,2013).....	60
Tabela 15	Distribuição dos escores médios do Fator 3 EAFAAA, segundo a função exercida pelos profissionais atuantes na APS(Uberlândia,2013).....	61
Tabela 16	Resultado das comparações múltiplas da análise de variância comparando os escores médios dos fatores da EAFAAA para diferentes categorias profissionais (Uberlândia,2013).....	63
Tabela 17	Correlação entre os escores do Fator 1 e 2 da EAFAAA, idade, tempo de formação e tempo de atuação dos profissionais dos profissionais atuantes na APS ( Uberlândia,2013).....	65
Tabela 18	Correlação entre os escores do Fator 3 e 4 da EAFAAA, idade, tempo de formação e tempo de atuação dos profissionais atuantes na APS ( Uberlândia,2013).....	66
Tabela 19	Análise de regressão linear múltipla para o Fator 1 e 2 da EAFAAA e variáveis sociodemográficas dos profissionais atuantes na APS( Uberlândia,2013).....	69
Tabela 20	Análise de regressão linear múltipla para o Fator 3 e 4 da EAFAAA e variáveis sociodemográficas dos profissionais atuantes na APS( Uberlândia,2013).....	70



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
NBR	Normas técnicas Brasileiras
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAI	Unidade de Atendimento Integrado
UAPS	Unidade de Atenção Primária a Saúde
UAPSF	Unidade de Atenção Primária a Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>26</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	26
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
<b>3</b>	<b>PERCUSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>27</b>
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	27
3.2	LOCAL DE ESTUDO.....	27
3.3	SUJEITOS DO ESTUDO.....	28
<b>3.3.1</b>	<b>Critérios de Inclusão.....</b>	<b>29</b>
<b>3.3.2</b>	<b>Critérios de Exclusão.....</b>	<b>29</b>
3.4	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	29
3.5	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	32
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	33
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>34</b>
4.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.....	35
4.2	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS REFERENTES A ANÁLISE DE ITENS DA ESCALA DE ATITUDES FRENTE AO USO DE ÁLCOOL, AO ALCOOLISMO E AO ALCOOLISTA.....	42
<b>4.2.1</b>	<b>Atitudes dos profissionais atuantes na atenção primária frente o trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista (Fator 1).....</b>	<b>42</b>
<b>4.2.2</b>	<b>Atitudes dos profissionais atuantes na atenção primária a saúde frente ao alcoolista (Fator 2).....</b>	<b>47</b>
<b>4.2.3</b>	<b>Atitudes dos profissionais atuantes na atenção primária a saúde frente ao alcoolismo (Fator 3).....</b>	<b>49</b>
<b>4.2.4</b>	<b>Atitudes dos profissionais atuantes na atenção primária a saúde frente ao uso de álcool (Fator 4).....</b>	<b>53</b>
<b>4.3</b>	<b>ATITUDES DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.....</b>	<b>55</b>
<b>4.3.1</b>	<b>Comparação das atitudes desenvolvidas pelos profissionais da atenção primária a saúde com as variáveis sócio demográficas .....</b>	<b>56</b>
<b>4.3.2</b>	<b>Comparação das atitudes desenvolvidas pelos profissionais da atenção primária a saúde com a função exercida no local de atuação.....</b>	<b>60</b>

4.3.3	<b>Comparação das atitudes dos profissionais atuantes na atenção primária a saúde com as variáveis profissionais.....</b>	<b>65</b>
4.3.4	<b>Análise dos preditores que interferem nos escores dos fatores da EAFAAA.....</b>	<b>67</b>
5	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>72</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>74</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>84</b>
	APÊNDICE A- OFÍCIO A SECRETARIA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA/MG.....	84
	APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO DE INFORMAÇÕES SÓCIODEMOGRÁFICAS.....	84
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>87</b>
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	87
	ANEXO B – DECLARAÇÃO DE LIBERAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA/MG.....	88
	ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	89
	ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO.....	90
	ANEXO E- ESCALA DE ATITUDES FRENTE AO ÁLCOOL, AO ALCOOLISMO E AO ALCOOLISTA (EAFAAA).....	91

## 1 INTRODUÇÃO

O consumo substâncias psicoativas não é uma prática recente; desde os tempos pré-bíblicos, nos primórdios da humanidade, tal consumo era evidenciado entre as práticas humanas, o que tornou possível o desenvolvimento de diferentes padrões de consumo com objetivos diversificados de uso (LARANJEIRA, 1996; POIARES, 1999).

Dentre as substâncias com potencial de abuso o consumo de álcool tem maior prevalência de forma global. Por se tratar de uma substância amplamente aceita no âmbito social, o álcool tem seu consumo admitido e incentivado pelos meios de veiculação em massa, que o referem como meio de socialização, diversão e comunicação social (ANDERSON, 2009; PUIG-NOLASCO, 2011). A facilidade de acesso, a legalidade do uso e o incentivo da mídia podem estar associados com as porcentagens significativas do número de usuários e dependentes, contribuindo não só para o aumento da prevalência quanto uso, mas também para os problemas advindos do consumo (CARLINI, 2001; BRASIL, 2010; OLIVEIRA, 2010).

O termo álcool é definido como bebida alcoólica que contém 0,5 graus Gay-Lussac ou mais de concentração, incluindo as bebidas destiladas, fermentadas e outras preparações, além de preparações farmacêuticas que contenham teor alcoólico igual ou acima de 0,5 graus Gay-Lussac (BRASIL, 2010).

O álcool ocupa um espaço privilegiado em boa parte das culturas e possui conferida importância histórica, econômica, social e religiosa. A *World Health Organization* estima que dois bilhões de pessoas a nível mundial fazem uso de bebidas alcoólicas, frente a isso, a carga global referente à morbidade e mortalidade é considerável em muitas partes do mundo (LARANJEIRA, 1996; GIGLIOTTI, 2004; SPRICIGO, 2004; WHO, 2011).

Até o século XVIII, a produção do álcool era artesanal, com predomínio das bebidas fermentadas como a cerveja e o vinho. Com a revolução industrial, importantes transformações econômicas e sociais afetaram significativamente a produção de bebidas alcoólicas que tiveram o custo reduzido e um aumento saliente na produção, viabilizando assim um aumento do número de consumidores e da frequência do uso (LARANJEIRA, 1996; GIGLIOTTI, 2004).

De acordo com Figlie (2010), o processo de urbanização trouxe importantes mudanças no perfil das relações sociais, introduzindo a uma nova realidade no campo social. E é dentro desse contexto repleto de mudanças que o álcool ocupa um papel importante nas relações sociais como meio de interação social o que dificulta a evidência como fonte de diversos problemas de saúde (OLIVEIRA, 2010).

Diferentes padrões de consumo com objetivos diversificados de uso percorrem os mais variados contextos e períodos históricos. Frente a essas observações, o consumo de álcool assumiu três dimensões distintas: a dimensão da mercadoria que o torna objeto das relações econômicas, jurídicas e fiscais; a dimensão lúdica e terapêutica que apresenta como meio de desinibição e interação social e por fim como objeto e causa de criminalidade (POIARES, 1999).

Por atuar no Sistema Nervoso Central, o álcool é considerado uma droga psicotrópica que causa mudança de comportamentos e pode ocasionar dependência quando utilizado em doses excessivas (LARANJEIRA, 1996; CARLINI, 2001; FIGLE, 2010).

A introdução do conceito de alcoolismo está ligada a Benjamin Rush e Thomas Trotter no século XVIII. Em seus estudos clínicos observaram determinadas complicações físicas e mentais em indivíduos que faziam uso excessivo de bebidas alcoólicas, o que afetava diretamente o comportamento dos mesmos. Em sua frase: “Beber inicia num ato de liberdade, caminha para o hábito e, finalmente, afunda na necessidade”, Benjamin Rush ressalta com propriedade o comportamento de beber e o processo de instalação da dependência quanto ao seu uso (LARANJEIRA, 1996; GIGLIOTTI, 2004; FIGLIE, 2010).

No século XIX Magno Huss definiu o alcoolismo como uma doença, porém o conceito se popularizou na ciência contemporânea com Jellinek, que defendeu a idéia de que a pessoa teria ou não alcoolismo, e para os indivíduos positivos ao uso, a única forma de tratamento de uma doença progressiva e fatal como essa seria a abstinência definitiva (RAMOS, 2004).

Em 1976, Edwards & Gross definiram a síndrome da dependência do álcool como uma síndrome multifacetada que necessita de um diagnóstico multidimensional com propostas terapêuticas abrangentes. Segundo eles, a dependência seria “um relacionamento alterado entre a pessoa e sua forma de beber”, logo pode ser entendida como um comportamento de retroalimentação que

abrange muito mais que tolerância e abstinência (EDWARDS, 1976; LARANJEIRA, 1996; GIGLIOTTI, 2004).

Segundo Mello (2001) entre os numerosos conceitos referentes ao alcoolismo, deve-se considerar a definição dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que o define não como uma entidade nosológica definida, mas como uma doença que abrange vários planos e causa perturbações no campo psíquico e orgânico. Esse conceito contempla importantes discursos, visto que as repercussões advindas do uso inferem negativamente no âmbito familiar, social, legal, profissional, econômica e moral do indivíduo, que deve ser considerado como um doente que requer tratamento.

Durante muito tempo, a dependência de álcool recebeu por parte da sociedade um julgamento moral, justificado como desvio de conduta e de caráter, porém esse conceito passou por modificações, e hoje se compreende a dependência como doença, sendo necessária uma avaliação criteriosa do fenômeno com intervenções cientificamente pautadas (MARQUES, 2001; BRASIL, 2003).

O alcoolismo hoje é considerado um problema de saúde pública com prevalência de uso global (BRASIL, 2007; VARGAS, 2008; ROSENSTOCK, 2010). O II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas em 2005 revelou que o uso na vida de álcool nas 107 maiores cidades do país foi de 68,7 %, porcentagem próxima observada no Chile (70,8%) e nos Estados Unidos (81%). Nesse mesmo estudo, a perda do controle de beber apareceu com porcentagem expressiva em 9,4% do total da amostra e com relação aos sinais e sintomas de tolerância ao álcool e problemas pessoais decorrentes do uso, tiveram porcentagens próximas a 6% (CARLINI, 2006).

Diferentes fatores contribuem para o uso dessas substâncias como a disponibilidade da droga, possibilidade de fuga dos problemas e da realidade, sensações prazerosas decorrentes do uso, curiosidade e as possibilidades de encobrir dificuldades pessoais principalmente àquelas relacionadas a relacionamentos interpessoais (GIGLIOTTI, 2004; SPRICIGO, 2004).

O consumo do álcool tem resultado em inúmeros desdobramentos significativos como: elevados índices de delitos, homicídios, furtos, roubos, tráfico, acidentes de trânsito, acidentes de trabalho, má-formação congênita, mortes

prematuras, além de problemas que envolvem os sistemas do organismo, como doenças cardiovasculares, respiratórias, afecções do sistema nervoso central, comorbidades psiquiátricas e inúmeros tipos de cânceres (BABOR, 2001; PILLON, 2005).

Dados do I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (2007) demonstraram os diferentes problemas apresentados pela amostra do estudo advindos do uso de álcool. Os problemas físicos apresentaram maior evidência (38%) com maior ênfase nas faixas etárias de 18-24 anos (42%) seguida da faixa etária de 25-34 anos (40%). Em relação aos problemas familiares, a taxa de prevalência foi de 18 %, com maior frequência de ocorrência entre o gênero masculino (26 %) e entre as pessoas de 45-59 anos ou mais (21%). Os problemas sociais e os problemas com violência apresentaram uma prevalência de 17%, ambos atingem com maior frequência a faixa etária de 18-24 anos.

Nesse mesmo estudo (BRASIL, 2007), foi evidenciado que entre os problemas legais, 2% dos indivíduos citaram ter recebido uma advertência policial em virtude do consumo de álcool, e com relação aos problemas relacionados com violência, 15 % citaram uma discussão exaltada enquanto bebiam e 10% iniciaram uma briga com alguém fora da família durante o consumo.

A problemática da droga é justificada pelo crescente aumento no consumo e pela precocidade quanto ao início do uso que não se limita quanto à raça, faixa etária, sexo e poder aquisitivo (ROSENSTOCK, 2010; PUIG-NOLASCO 2011). Um estudo realizado no México com 263 estudantes matriculados no curso de Medicina da *Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana*, revelou que a idade inicial de consumo de álcool é em torno dos 12,5 anos, variando de 12 a 20 anos. A prevalência do consumo de álcool no último mês foi manifestada por 54 % da amostra. Esse mesmo estudo revelou que 38 % dos homens e 77% das mulheres entrevistadas consomem de 1 a 2 doses de bebidas alcoólicas em dias normais, e 30 % dos homens e 36 % das mulheres consomem seis ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião pelo menos uma vez por mês (PUIG-NOLASCO, 2011).

Esse fator de uso pode estar relacionado com a familiaridade com essas substâncias visto que as mesmas fazem parte do contexto desde os primórdios da humanidade e aliado a isso se tem a facilidade do consumo, visto que não há

restrições para o mesmo, sendo ambas consideradas drogas lícitas e de fácil acessibilidade (BRASIL, 2003; ANDRADE 2009; PUIG-NOLASCO, 2011).

De acordo com Oliveira (2010), a visibilidade do álcool como problema de saúde pública é dificultada pela indústria do álcool que reforça a propagação do mesmo por campanhas que estimulam seu uso e coloca atualmente como substância com maior índice de uso entre a população a nível mundial.

O avanço em pesquisas e estudos tem viabilizado novas intervenções e tratamentos com resultados positivos, porém ainda existe um número relevante de indivíduos isentos do contexto de tratamento, resultando em um sinal de alerta não só para os profissionais de saúde, como para os governantes responsáveis pela condução e execução de políticas sociais (BRASIL, 2003).

A comunidade científica tem produzido pesquisas que identificam a gravidade do problema e aponta soluções racionais; além disso, a comunidade médica tem proposto alternativas de cuidados que promovam a inclusão social dos pacientes no sistema de assistência à saúde. Essas pesquisas têm proporcionado novos direcionamentos quanto ao diagnóstico e o tratamento, possibilitando uma intervenção precoce com utilização de novas técnicas terapêuticas de maior resolutividade (BRASIL, 2003; SPRICIGO, 2004; MINAS GERAIS, 2006).

O sistema de saúde hoje conta espaços privilegiados que apresentam potencialidades para o desenvolvimento de estratégias de atuação frente ao usuário de álcool. É dentro desse contexto que a atenção básica merece um destaque especial como espaço privilegiado de atuação frente a essas questões, além de contar com profissionais de diferentes áreas do conhecimento como aliados nesse processo de assistência (BRASIL, 1997; BRASIL, 2003).

A adoção do Programa de Saúde da Família (implantado em 1994) foi um marco na consolidação das medidas governamentais voltadas ao fortalecimento da atenção básica; além disso, trouxe como proposta uma nova dinâmica dos serviços de saúde, reorganizando a nova prática assistencial e viabilizando um estreito relacionamento entre os profissionais e a comunidade (BRASIL, 1997; ALVES, 2005; ESCOREL, 2007; GONÇALVES, 2007).

O Programa Saúde da Família traz uma nova concepção de trabalho, onde se abre um espaço para novas relações profissionais, de forma participativa e compartilhada. Pode-se considerar esse espaço como porta de entrada dos usuários



ao sistema de saúde, onde o núcleo de assistência se centraliza na família, que passa a ser o principal foco de atenção (BRASIL, 1997; BRASIL, 2003; MINAS GERAIS, 2006).

Segundo Brasil (2003), aproximadamente 20 % dos pacientes que recebem tratamento na atenção primária faz uso exacerbado do álcool, sendo considerados como indivíduos de alto risco. Esses indivíduos tem seu primeiro contato com os serviços de saúde por intermédio de clínicos gerais, o que dificulta a detecção da presença de acometimentos por tal uso.

É importante ressaltar que os profissionais de saúde sempre tiveram contato com as questões relacionadas à dependência química, porém pode-se dizer que essa atuação ocorre na maior parte das vezes de forma indireta, onde suas ações estão direcionadas ao dependente químico em seu processo de tratamento, onde a condição física já se encontra debilitada e por vezes cronicada, fazendo-se necessário a intervenção como prestador de cuidados a esse doente e/ou aos seus familiares. Não se pode desvincular a importância da prestação de cuidados nesse processo de recuperação, mas aliado a isso cabe inferir que os profissionais de saúde enquanto assistentes a saúde são capazes de desenvolver ações mais específicas ao alcoolista, com diferentes abordagens e terapêuticas diversas (BRASIL, 2003; BUCHELLE, 2009).

Frente a essa questão, cabe frisar que os profissionais atuantes na atenção primária têm condições de desenvolver uma intervenção mais direcionada, pois além de atuar na unidade de saúde, sua atuação se estende a comunidade com ações voltadas também para o campo educativo, preventivo, administrativo e assistencial. Logo, possui potencialidades para identificar casos de riscos para o desenvolvimento da dependência, usuários com potencial de uso abusivo, dependência química já instalada, e associada a isso desenvolver em conjunto ações voltadas para inserção dos usuários ao sistema de saúde e intervenção precoce, tornando possível exercer uma contribuição efetiva na atenção a saúde desses usuários (BARROS, 2007b; BUCHELLE, 2009; MORETTI-PIRES, 2011).

A compreensão do fenômeno do alcoolismo requer uma avaliação geral focada não só no indivíduo, mas também no contexto em que ele se insere, pois a relação existente entre o indivíduo e a substância é permeada por um contexto pautado em determinadas crenças, valores, conceitos, vivências e relações,

contornados por influências biológicas, genéticas, psicossociais, ambientais e culturais. Logo não se entende dependência química de forma isolada, sem compreender o sujeito holisticamente de forma integral em todos os âmbitos de sua vivência (GONÇALVES, 2007; ROSENSTOCK, 2010).

A assistência a essa clientela tem enfrentado entraves significativos no campo da atenção primária a saúde contexto atual, como salienta Vargas (2010) e Gonçalves (2007). Esses entraves abrangem o campo do conhecimento da temática das drogas, o campo social, psicológico e clínico. Diante de tais questões, as ações de saúde estão comprometidas inviabilizando a assistência qualificada.

O alcoolismo é um tema repleto de inquietudes que reflete diversos impedimentos quanto ao seu diagnóstico, tratamento e intervenções. Há de se considerar que existe uma lacuna no campo do conhecimento com uma desarticulação entre a teoria e a prática, de forma que impede uma atitude mais positiva e produtiva frente a esses usuários (BRASIL, 2003; BARROS, 2007b; GONÇALVES, 2007).

Um dos maiores obstáculos a serem enfrentados na abordagem e no tratamento desses clientes é concernente à visão negativa dos profissionais frente a esses indivíduos, e das perspectivas evolutivas frente ao problema, evidenciada pelas atitudes negativas direcionadas aos mesmos, o que dificulta por vezes o alcance de resultados positivos frente ao trabalho prestado (ROSENSTOCK, 2010; VARGAS, 2011b).

A avaliação acirrada das atitudes dos profissionais que lidam com essa clientela, explora as dificuldades por vezes não evidenciadas nas relações de trabalho. Conforme o referencial encontrado nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) traduzido do *Medical Subject Headings* (MeSH) e apresentado pela Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), por meio do Índice Latino-Americano, atitude é definida como uma predisposição duradoura e adquirida que faz com que o indivíduo aja do mesmo modo diante de uma determinada classe de objetos. Pode - se definir ainda como um persistente estado mental e/ou neural de prontidão para reagir diante de uma determinada classe de objetos, não como eles são, mas sim como são concebidos (VARGAS, 2008).

Para Atkinson (1995), atitudes são manifestações com tendências positivas ou negativas frente a pessoas, situações, idéias abstratas e objetos que além de

sentimentos, expressam cognições específicas ao objeto da atitude. Para o autor, as atitudes são compostas de três fatores: o cognitivo que se refere às crenças e percepções frente a determinado grupo, o afetivo, que faz inferência aos sentimentos dispensados a um grupo, e o comportamental, que são as ações direcionadas ao mesmo.

Partindo dessa constatação, é de suma importância conhecer as atitudes desenvolvidas pelos profissionais da atenção primária a saúde frente uso de álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista, visto que as atitudes podem afetar diretamente qualidade da assistência prestada, e a resposta dos usuários frente ao tratamento (BARROS, 2007a; VARGAS, 2011b).

De acordo com a “Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas” (2003), repensar o plano assistencial direcionado a esses indivíduos, deve contemplar formas de intervenção precoce dentro da perspectiva da redução de danos, o que contribui para a diminuição substancial da carga de problemas e dos custos associados ao consumo.

A proposta de trabalho é relevante, visto que o alcoolismo é considerado atualmente um problema agravante de saúde pública, que tem incomodado os atores sociais tanto no campo político, como no campo da prestação de assistência a saúde. Ademais, sabe-se da importância de desenvolver maiores estudos no campo da dependência química, com intuito de subsidiar o melhoramento das políticas públicas, e do plano assistencial dispensado a essa população.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as atitudes desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Primária a Saúde frente ao uso de álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a amostra segundo as variáveis: idade, sexo, estado civil, religião, tempo de formação, categoria profissional, tempo de atuação na equipe, quantidade de vínculos empregatícios, cursos de capacitação e o contato com o alcoolista;
- Calcular os escores do Fator 1 “O trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista”, do Fator 2 “Atitudes frente ao alcoolista”, do Fator 3 “Atitudes frente ao alcoolismo (etiologia) e do Fator 4 “Atitudes frente ao uso do álcool”;
- Identificar a influência das variáveis sobre as atitudes;
- Destacar as atitudes apresentadas pelos profissionais nos domínios analisados.
- Comparar os escores gerais da escala entre as categorias profissionais

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

Este trabalho foi formatado de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), Norma Brasileira (NBR) 14724 e (NBR) 6023 (ABNT, 2002,2011).

#### 3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, seccional com abordagem quantitativa.

#### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada nas Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS) do município de Uberlândia, situado no Estado de Minas Gerais na região do Triângulo Mineiro.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), o município de Uberlândia conta atualmente com uma população de 604.013 mil habitantes, divididos em 195.786 domicílios, sendo 190.767 deles situados na área urbana e 5.020 na área rural. Frente a essas observações, a pesquisa foi realizada na zona urbana e na zona rural do município.

A Atenção Primária a Saúde (APS) pode ser considerada como a porta de entrada dos usuários ao serviço, onde há resolutividade das questões de saúde menos complexas. O atendimento é oferecido no Programa Saúde da Família (PSF), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos ambulatórios de atenção primária das Unidades de Atendimento Integrado (UAI) e no Centro de Saúde Jaraguá, que dispõe de um atendimento misto, onde há serviços de atenção primária, ligados a Prefeitura Municipal do Uberlândia, e serviços de atenção secundária, ligados a Universidade Federal de Uberlândia (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA, 2013).

As UBSs oferecem atendimentos médicos na especialidade de clínica médica, ginecologia e obstetrícia e pediatria, além de serviços de odontologia, psicologia, serviço social, farmácia, fisioterapia, nutricionista, serviços de enfermagem e serviço social. Essas unidades contam com atendimentos mais especializados quando comparadas com as Unidades de Atenção Primária a Saúde da Família (Prefeitura Municipal de Uberlândia, 2013).

O município conta com 50 Unidades de Atenção Primária a Saúde da Família (UAPSF), distribuídas na zona rural e em cinco setores da zona urbana: leste, oeste, norte, sul e central; oito UBSs e o Centro de Saúde Jaraguá, totalizando 59 unidades (Prefeitura Municipal de Uberlândia, 2013).

Neste estudo optou-se por abordar todas as Unidades Básicas de Saúde, as Unidades de Atenção Primária a Saúde da Família e o Centro de Saúde Jaraguá.

### 3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais atuantes no campo da Atenção Primária a Saúde do município, entre eles: médicos, 100; profissionais de enfermagem, 241; psicólogos, 45; assistentes sociais, 44; fisioterapeutas, quatro; fonoaudiólogos, três; profissionais de odontologia, 102; educador físico, seis; nutricionistas, 12; farmacêuticos, oito; auxiliar de farmácia, cinco; e agentes comunitários de saúde (ACS), 292, totalizando uma população de 862 profissionais.

Dos 862 questionários distribuídos, obteve-se um retorno de 489 respondidos, o que corresponde a 56,72 % dos profissionais atuantes na APS do Município de Uberlândia/MG. Os motivos da ausência de resposta do restante dos questionários se deve a exclusão de 24 deles devido à incompletude das respostas; 176 foram devolvidos em branco; 40 eram referentes a profissionais que se encontravam ausentes, devido férias, licenças ou atestados, e 133 profissionais se recusaram em participar da pesquisa.

### **3.3.1 Critérios de Inclusão**

Foram incluídos no estudo, os profissionais atuantes nas UAPS do município de Uberlândia/MG, que se enquadram na categoria de médico, profissionais de enfermagem, profissionais de odontologia, farmacêutico, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, assistente social ou agente comunitário de saúde.

### **3.3.2 Critérios de exclusão**

Foram excluídos do estudo os profissionais que não concordaram em participar da pesquisa e/ou que não se enquadraram nas categorias citadas na seção anterior.

## **3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS**

Inicialmente, foi solicitada junto a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Uberlândia, uma autorização para que fosse realizada a pesquisa com os profissionais atuantes na Atenção Primária a Saúde (APÊNDICE A). Posteriormente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sob o protocolo nº 2521, com aprovação recebida em cinco de julho de 2013 (ANEXO A).

Para que se procedesse à coleta, foi solicitada junto a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Uberlândia, uma lista com informações concernentes ao número de profissionais atuantes por categoria, e uma lista com os endereços e telefones das unidades de saúde. De posse dessas informações, entrou-se em contato com os coordenadores das unidades para proceder com o agendamento de uma visita ao local, com intuito dispensar informações referentes ao pesquisador, às finalidades da pesquisa e as etapas necessárias para seu desenvolvimento.

No momento do contato com os profissionais, destacou-se sobre os objetivos da pesquisa, e sobre a voluntariedade em participar do estudo, podendo o indivíduo

interromper sua participação em qualquer momento. Ressaltou-se sobre a garantia do anonimato, e que a participação na pesquisa não traria inferências sobre a vida profissional. Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa leram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE) (ANEXO C) e assinaram o Termo de Consentimento Livre após esclarecimento (ANEXO D); posteriormente, receberam um envelope contendo os dois questionários auto aplicáveis.

A abordagem dos profissionais foi realizada de duas formas: em algumas unidades, foi possível aplicar os questionários com toda equipe em um momento agendado previamente pelo coordenador; em outras, os profissionais foram orientados quanto às informações contidas nos questionários, e em acordo com eles, foi agendado um momento posterior para recebimento dos mesmos. Foi salientado sobre a conferência dos questionários e a importância da completude das respostas.

A coleta de dados foi iniciada em 01 de agosto e finalizada em 04 de outubro de 2013.

#### **3.4.1 Instrumentos de coleta de dados**

Para coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos auto aplicáveis: um questionário de informações sócio demográficas, que contém dados concernentes à idade, sexo, estado civil, religião, escolaridade, formação acadêmica, ano de formação, função exercida na unidade, tempo de atuação na equipe, quantidade de vínculos empregatícios, contato com paciente alcoolista, cursos de capacitação e natureza da capacitação (APÊNDICE C); e outro, para a avaliação das atitudes frente ao uso do álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista, denominado de Escala De Atitudes frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista (EAFAAA), na sua versão reduzida composta por 50 itens (ANEXO E).

A EAFAAA foi construída com a finalidade de avaliar os principais grupos de atitudes dos profissionais de saúde frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista. Sua validação ocorreu em 2005, e a consistência interna foi estimada pela técnica de alfa de Cronbach que apresentou um índice de confiabilidade de 0,90(VARGAS, 2005). A versão preliminar da escala era composta por 165 itens, que após serem



submetidos a procedimentos analíticos resultou em uma versão constituída por 96 itens. Posteriormente, devido à necessidade de realização de outros testes estatísticos a versão preliminar foi submetida a outras análises o que resultou em uma versão menos extensa composta por 83 itens. Nesse mesmo sentido, outros estudos foram realizados com apuração das qualidades psicométricas da mesma, resultando em uma versão com 50 itens, distribuídos em quatro fatores ou domínios (VARGAS, 2005; VARGAS, 2008; VARGAS, 2011b).

A EAFAAA é uma escala composta por quatro fatores ou domínios. Os itens da escala são assim distribuídos: 21 itens integram o Fator 1, nove itens integram o Fator 2, 11 itens o Fator 3 e nove itens o Fator 4. O Fator 1 definido como “O trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista”, mede a percepção, os sentimentos e opiniões frente o trabalhar e o relacionar-se com o mesmo. O Fator 2 “Atitudes frente ao alcoolista” envolve opiniões, sentimentos e percepções do profissional frente ao indivíduo alcoolista, destacando principalmente suas características comportamentais, físicas e psíquicas. Os itens que integram o Fator 3 “Atitudes frente ao alcoolismo (etiologia)” verificam as tendências das atitudes dos profissionais frente às causas que levam ao alcoolismo, bem como os fatores motivadores. E por fim, o Fator 4 “Atitudes frente ao uso do álcool” busca verificar a tendência das atitudes do profissional frente ao uso de bebidas alcoólicas, bem como as opiniões e posicionamentos envolvidos diante do ato de beber, ;consequências advindas do uso; efeitos da bebida sobre o comportamento da pessoa; limite entre o bebe normal e o patológico (VARGAS,2013a).

A EAFAAA é uma escala somatória do tipo *Likert* onde os sujeitos respondem a cada item por meio de vários graus de acordo ou desacordo como: (1) discordo totalmente, (2) discordo em parte, (3) estou em dúvida, (4) concordo em parte e (5) concordo totalmente. O cálculo dos escores para cada fator é feito pela soma total das respostas divididas pelo número de itens do fator, o que resulta em uma variação de 1 a 5 (VARGAS, 2008; VARGAS, 2011b; VARGAS, 2013a).

Neste estudo optamos por agrupar as opções de resposta: concordo em parte e concordo totalmente = *concordo*; *estou em dúvida*; discordo em parte e discordo totalmente = *discordo*

É importante ressaltar que a EAFAAA é um instrumento negativamente orientado, ou seja, constituído por itens predominantemente negativos, o que

significa dizer que quanto maior o acordo do sujeito frente a um item positivo, mais positiva sua atitude. Dos 50 itens, 33 tem orientação negativa e 17 possuem orientação positiva. Para análise, os itens negativamente orientados foram analisados com os valores invertidos: (1=5), (2=4), (3=3), (4=2) e (5=1). Dessa forma, os escores baixos indicam atitudes negativas e escores altos indicam atitudes positivas. Os itens 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 34, 36, 38, 39, 40, 46 e 49 são negativamente orientados.

Optou-se pelo uso da EAFAAA, devido ao fato de ser uma escala construída e validada no Brasil, que possibilita verificar as tendências das atitudes focadas nas questões que envolvem o uso de álcool, o indivíduo alcoolista e o trabalho dispensado a esses indivíduos por parte dos profissionais de saúde.

### 3.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram reportados por dupla digitação em uma planilha eletrônica do Programa Microsoft *Excel*® para *Windows 7*, posteriormente foram validados para verificação da conformidade dos mesmos em ambas as planilhas. Na ocorrência de inconformidade, recorreu-se ao questionário original para correção dos mesmos.

Após esta etapa, dados foram exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 onde foi efetuado o processamento e a análise.

A análise estatística descritiva foi realizada por meio de tabelas com distribuição de frequências simples absolutas e percentuais para as variáveis categóricas. Para as variáveis numéricas foram feitos os cálculos das medidas de tendência central (média, mediana e moda) e de dispersão/variabilidade (desvio-padrão ou mínimo ou máximo).

Para o cálculo dos escores de cada fator, foi efetuado o cálculo das medidas de tendência central e dispersão. O coeficiente de Cronbach foi empregado para as medidas de consistência interna.

A comparação dos escores entre os grupos foi realizada por meio do Teste *t* de *Student* para duas amostras independentes, a fim comparar variáveis

quantitativas entre grupos definidos por variáveis categóricas e a Análise de Variância (ANOVA *one way*) para mais de duas variáveis.

As correlações entre os scores e as variáveis quantitativas foram feitas por meio do teste de correlação de *Pearson*. As correlações foram classificadas como fraca  $0 \leq |r| < 0,3$ , moderada  $0,3 \leq |r| < 0,5$  e forte  $0,5 \leq |r| < 1,0$ .

A análise multivariada empregou a regressão linear múltipla tendo como desfecho principal os fatores 1,2,3 e 4 e os preditores: sexo, cursos de capacitação, religião, categoria profissional e estado civil.

Os resultados foram considerados significativos em um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi pautado nas condutas éticas previstas pela Resolução 196/96 para pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sob o protocolo nº 2521, e obteve o parecer de aprovação em 5 de julho de 2013, (ANEXO A).

A coleta dos dados foi iniciada após a liberação pela Secretaria Municipal de Uberlândia (ANEXO B), e após aprovação do CEP da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Os participantes do estudo foram informados sobre os aspectos éticos da pesquisa e sobre a necessidade de lerem o TCLE e assinarem o Termo de Consentimento Livre após Esclarecimento em caso de acordo.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, participaram um total de 489 profissionais atuantes no serviço de Atenção Primária a Saúde do Município de Uberlândia/MG. Atualmente o município conta com 50 Unidades de Básicas de Saúde da Família, oito Unidades Básicas de Saúde e o Centro de Saúde Jaraguá, totalizando 59 unidades.

A tabela 1 apresenta a distribuição dos profissionais por zona e por setor de localização.

**Tabela 1** - Distribuição dos profissionais atuantes nas UAPS por zona e por setor de localização (Uberlândia/MG, 2013)

VARIÁVEL	FREQUÊNCIA	
	n	%
<b>Zona de localização</b>		
Urbana	465	95,1
Rural	24	4,9
<b>Total</b>	<b>489</b>	<b>100,0</b>
<b>Setor de localização (zona urbana)</b>		
Norte	40	8,2
Sul	155	31,7
Leste	100	20,4
Oeste	133	27,2
Central	37	7,6

Fonte: a autora, 2013.

Os profissionais participantes estão distribuídos na zona urbana (95,1%), e na zona rural. Do total de profissionais alocados na zona urbana, 31,7% pertenciam ao setor Sul, seguidos de 27,2% pertencentes ao setor oeste.

A zona rural conta no total com quatro unidades do Programa Saúde da Família, o que justifica a porcentagem de 4,9 % de profissionais entrevistados.

#### 4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

A tabela 2 apresenta os dados referentes à caracterização sociodemográfica.

**Tabela 2** – Distribuição dos dados sóciodemográficos referentes aos profissionais atuantes na APS (Uberlândia/MG, 2013)

VARIÁVEL	FREQUÊNCIA	
	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	444	90,8
Masculino	43	8,8
Sem resposta	2	0,4
<b>Faixa etária</b>		
19 a 29	108	22,1
30 a49	292	59,7
50-59	52	10,6
60 anos ou mais	9	1,8
Sem resposta	28	5,7
<b>Estado civil</b>		
Solteiro (a)	123	25,2
Casado (a)	253	51,7
Viúvo (a)	3	0,6
Separado (a)/Divorciado(a)	43	8,8
União Estável	63	12,9
Sem resposta	4	0,8
<b>Religião</b>		
Católico	259	53,0
Evangélico	127	26,0
Espírita	66	13,5
Sem religião	20	4,1
Outras	14	2,9
Sem resposta	3	0,6
<b>Total</b>	<b>489</b>	<b>100</b>

Fonte: a autora, 2013.

Os dados apresentados demonstram que houve um predomínio de profissionais do sexo feminino, 90,8%.

A idade dos indivíduos variou de 19 a 68 anos, sendo a média de 37,70 anos, (Dp=9,80, Min= 19 e Máx= 68). Constatou-se que a maioria dos profissionais encontra-se na faixa etária entre 30 a 49 anos (59,7%).

Com relação ao estado civil, a maioria dos profissionais, 51,7%, era casada, seguidos de 25,2 % de indivíduos solteiros. A religião católica foi a mais frequente, dos 489 indivíduos participantes, 53% eram católicos e 26 % evangélicos.

Os dados referentes à caracterização profissional são demonstrados na tabela 3. Observa-se que com relação à escolaridade, 39,5 % dos profissionais possuem graduação completa, e 51,1 %, possuem ensino médio. Entre os participantes, 8% eram médicos; 13,5 %, enfermeiros, e 77,9 % se enquadram na categoria denominada de outros profissionais, que neste caso inclui: assistentes social, psicólogos, auxiliares e técnicos de enfermagem, odontólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, educadores físicos, auxiliares de saúde bucal, auxiliares de farmácia, farmacêuticos, pedagogos, esteticistas e agentes comunitários de saúde.

O tempo de formação mais frequente foi entre um a nove anos, 28,2 %, seguidos de uma população de 25,4% com tempo de formação entre dez ou mais anos. A média do tempo de formação foi de 10,4 anos. Frente a estas observações, vale ressaltar que a alternativa “não se aplica”, foi respondida pelos indivíduos que possuem somente o ensino médio ou graduação incompleta.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), as equipes do Programa Saúde da Família são compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde entre outros profissionais de acordo com a necessidade da população e a disponibilidade da Prefeitura do município. Cada equipe é responsável por acompanhar em média três mil habitantes de uma determinada área, podendo se estender no máximo até quatro mil, de acordo com o grau de vulnerabilidade da população.

Um estudo desenvolvido com profissionais atuantes na Atenção Primária a Saúde de duas Unidades Básicas de Saúde do distrito Capão Redondo em SP revelou que 21 % dos profissionais apresentaram nível de escolaridade superior, os de nível médio foi representado por 27 %, e os de nível básico por 50%. A maior

força de trabalho foi representada pelos Agentes Comunitários de Saúde (MAEDA, 2011).

**Tabela 3** - Distribuição dos dados referentes à caracterização profissional dos sujeitos atuantes na APS (Uberlândia/MG, 2013)

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA	
	N	%
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Médio	250	51,1
Graduação completa	193	39,5
Graduação incompleta	37	7,6
Mestrado completo	7	1,4
Mestrado incompleto	1	0,2
Doutorado completo	1	0,2
Doutorado incompleto	0	0
<b>Categoria profissional</b>		
Médico	39	8,0
Enfermeiro	66	13,5
Outros profissionais	381	77,9
Sem resposta	3	0,6
<b>Tempo de formação</b>		
< 1 ano	21	4,3
1-9 anos	138	28,2
10 ou mais anos	124	25,4
Sem resposta	43	8,8
Não se aplica	163	33,3
<b>Total</b>	<b>489</b>	<b>100</b>

Fonte: a autora, 2013.

Um estudo realizado por Cotta (2006) com o objetivo de caracterizar o perfil dos profissionais que integram as três equipes do Programa Saúde da Família do município de Teixeira/MG, mostrou que os profissionais estavam distribuídos da seguinte forma: 64,3% eram Agentes Comunitários de Saúde (n=18), 14,3%, médicos, 10,7%, enfermeiros, e 10,7%, auxiliares/técnicos de enfermagem. Ainda nesse mesmo estudo, a faixa etária predominante foi de 20 a 30 anos o que correspondeu a 42,9% do total de profissionais entrevistados; a idade dos entrevistados variou de 19 e 57 anos e sua mediana correspondente é de 28 anos. Houve predominância do sexo feminino (57%) entre os profissionais dessas equipes. Esses dados se assemelham com os dados do presente estudo.

**Tabela 4** - Distribuição dos dados referente à formação acadêmica dos profissionais atuantes na APS (Uberlândia/MG, 2013)

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA	
	N	%
<b>Formação acadêmica</b>		
Médico	39	8,0
Enfermeiro	66	13,5
Assistente social	41	8,4
Psicólogo	19	3,9
Auxiliar/Técnico de enfermagem	92	18,8
Odontólogo	20	4,1
Nutricionista	2	0,4
Fonoaudiólogo	3	0,6
Educador físico	4	0,8
Auxiliar de Saúde bucal	15	3,1
Auxiliar de farmácia	2	0,4
Farmacêutico	3	0,6
Pedagogo	2	0,4
Esteticista	1	0,2
Não se aplica	179	36,6
Sem resposta	1	0,2
<b>Total</b>	<b>489</b>	<b>100</b>

Fonte: a autora, 2013.



A tabela 4 apresenta os dados referentes à formação acadêmica dos profissionais. Os resultados apresentados revelam que dentre os profissionais atuantes, 32,3 % se enquadram na equipe de enfermagem, dentre eles: enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem. A variável “Não se aplica”, refere-se aos agentes comunitários de saúde que não possuem formação acadêmica, totalizando 36,6%; esse resultado permite inferir que alguns agentes comunitários possuem nível de escolaridade superior. Dos 489 profissionais, 39 são médicos (8,0%) e 8,4 % são assistentes sociais.

**Tabela 5** - Distribuição dos dados referente atuação profissional dos sujeitos atuantes na APS (Uberlândia/MG, 2013)

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA	
	<i>n</i>	%
<b>Função que exerce no serviço</b>		
Médico	39	8,0
Enfermeiro	61	12,5
Agente Comunitário de Saúde	191	39,1
Outros profissionais	198	40,5
<b>Tempo de atuação na equipe</b>		
< 1 ano	93	19,0
1-10 anos	315	64,4
> 10 anos	81	16,6
<b>Vínculos empregatícios</b>		
Um	420	85,9
Dois	53	10,8
Três ou mais	15	3,1
Sem resposta	1	0,2
<b>Total</b>	<b>489</b>	<b>100</b>

Fonte: a autora, 2013.

Ao contrário do presente estudo, no estudo realizado por Cotta (2006), não houve ACS com nível superior de escolaridade, visto que 56 % dos mesmos relataram apresentar ensino médio e 22% apresentaram formação técnica.

Um estudo realizado com 97 profissionais da Atenção Primária a Saúde de três municípios da Zona da Mata Mineira trouxe resultados que se assemelham aos

dados evidenciados no presente estudo. Observou-se uma diferença significativa entre os gêneros com predominância do sexo feminino, 80,4%. Em relação à categoria profissional, 66% eram ACS; 12,4% auxiliar/técnico de enfermagem; 10,3% enfermeiro; 6,2% médico e 5,2% se enquadraram na categoria de outros profissionais. Quanto à escolaridade, 63,9% apresentavam ensino médio completo; 25,8% superior completo; 4,1% médio incompleto; 4,1% superior incompleto e 2,1% ensino fundamental completo. A idade média dos profissionais foi 32,86 anos e o tempo médio de atuação em PSF foi 3,64 anos (DP=4,64 anos) (CRUVINEL, 2011).

As informações concernentes à atuação profissional no serviço de Atenção Primária a Saúde, estão exibidas na tabela 5. Nota-se um número significativo de agentes comunitários de saúde, 39,1 %, os enfermeiros correspondem a 12,5 %.

Com relação ao tempo de atuação, um número significativo de sujeitos possui de 1 a 10 anos de atuação no serviço, em contrapartida 19 % possuem menos de um ano; a média dos anos atuados é de 5,6 anos. 85,9% dos informantes possuem um vínculo empregatício, enquanto que 3,1 % possuem três ou mais vínculos.

As informações contidas na tabela 6, dizem respeito ao trabalho frente ao paciente alcoolista. Os resultados demonstram que 89 % dos profissionais têm contato com o paciente alcoolista em seu ambiente de trabalho, enquanto que 10,4 % negam tal contato. Dos 489 profissionais, 79,3 % não possuem cursos de capacitação na área de dependência química, somente 19,8 % revelam possuí-la. Esses resultados permite dizer, que há uma falta de preparo teórico por parte da maioria dos profissionais em lidar com essa clientela.

Em outro estudo realizado com 68 profissionais locados na Atenção Primária a Saúde da Coordenadoria de Saúde da subprefeitura do Butantã do município de São Paulo, alcoolismo foi identificado entre as demandas médico sociais mais frequentes. As entrevistas indicaram que entre os diferentes profissionais da APS a capacitação e a formação profissional tem sido insuficiente para lidar com essas demandas (KANNO, 2012). Esse dado se reforça com os resultados de uma pesquisa com 19 acadêmicos do curso de enfermagem na cidade do Rio de Janeiro. No estudo constatou-se que há um despreparo dos profissionais para se trabalhar com usuários de drogas, visto que há uma dicotomia entre a teoria dispensada em sala de aula e a prática desenvolvida no campo de trabalho (SANTOS 2010).

Os dados do presente estudo corroboram com os dados do estudo de Cotta (2006) que verificou que os profissionais de nível superior (médico e enfermeiros) atuantes na Atenção Primária a Saúde do município de Teixeira/MG não receberam nenhum tipo de treinamento ou capacitação para desenvolver o trabalho junto a população. Em contrapartida, os ACS e os auxiliares de enfermagem foram treinados quanto às atividades a serem desenvolvidas no programa de acordo com cada categoria, porém, não houve treinamento específico quanto à abordagem ao paciente alcoolista e as atividades a serem desenvolvidas com o mesmo.

**Tabela 6** - Distribuição dos dados referentes ao trabalho frente ao paciente alcoolista (Uberlândia/MG, 2013)

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA	
	<i>n</i>	%
<b>Contato com o paciente alcoolista</b>		
Sim	435	89,0
Não	51	10,4
Sem resposta	3	0,6
<b>Cursos de capacitação</b>		
Sim	97	19,8
Não	388	79,3
Sem resposta	4	0,8
<b>Natureza da capacitação</b>		
Minicurso	93	19,0
Especialização	3	0,6
Mestrado	0	0
Doutorado	0	0
Não se aplica	393	80,4
<b>Total</b>	<b>489</b>	<b>100</b>

Fonte: a autora, 2013.

## 4.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS REFERENTES A ANÁLISE DE ITENS DA ESCALA DE ATITUDES FRENTE AO USO DE ÁLCOOL, AO ALCOOLISMO E AO ALCOOLISTA

A análise de itens que compõe a EAFAAA torna possível realizar uma avaliação pontuada das atitudes desenvolvidas pelos profissionais atuantes na APS frente ao uso de álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista.

Os itens que compõem a EAFAAA estão distribuídos em quatro fatores ou domínios, com cinco opções de resposta: discordo totalmente, discordo em parte, estou em dúvida, concordo em parte e concordo totalmente. Para facilitar a compreensão, as opções de resposta serão apresentadas agrupadamente: concordo em parte e concordo totalmente = *concordo*; *estou em dúvida*; discordo em parte e discordo totalmente = *discordo*.

As tabelas abaixo mostram os resultados referentes à distribuição de respostas para cada fator separadamente.

### 4.2.1 Atitudes dos profissionais atuantes na atenção primária frente o trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista (Fator 1)

O Fator 1 verificou as tendências das atitudes dos profissionais frente o trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista, bem como os sentimentos e as percepções desse profissional frente ao comportamento desses clientes. Esses dados são apresentados na tabela 7.

Com relação à percepção frente ao indivíduo alcoolista, 43,6 % dos profissionais percebem que o paciente alcoolista é o mais difícil de lidar, sendo considerado por 57,1 % dos entrevistados, como uma pessoa de difícil contato.

Nas opiniões extraídas, observa-se uma porcentagem significativa de 87,6%, de profissionais que concordaram que é preciso tomar cuidado com o paciente alcoolista, tal fato revela uma tendência a atitudes negativas frente a esses clientes, o que dificulta uma assistência qualificada. Essa atitude pode ser reforçada pela falta de manejo na condução da situação no momento de prestar assistência a esses clientes, manifestada por 40,5 % dos profissionais.

O medo com relação à agressividade do alcoolista foi exposto por 58,1% dos profissionais, em contrapartida, 87,1 %, afirmaram não apresentar sentimentos de raiva ao trabalhar com os mesmos. Embora essa porcentagem seja significativa, os achados demonstram que 47,7 %, manifestaram um sentimento de desconfiança com relação ao alcoolista, já 42,9 % não concordaram com tal afirmação.

O posicionamento favorável frente aos itens positivos, que no caso do Fator 1 é representado pelas questões 1,15 e 21, denota uma tendência a atitudes positivas frente o trabalhar e o relacionar com o alcoolista. Neste estudo observou-se que os profissionais manifestaram concordância frente o item 1 e o item 15, em contrapartida, a discordância frente o item 21 “ Eu prefiro trabalhar com paciente s alcoolistas a trabalhar com outros pacientes recebeu um nível de discordância considerável que representa uma atitude negativa.

No que diz respeito ao trabalho junto a alcoolistas, 95,3%, pontuaram a necessidade de treinamento para trabalhar com essa clientela. A tabela 6 reafirma tal necessidade ao expor que 79,3 % dos profissionais, não apresentaram cursos de capacitação referente à temática da dependência química. Tal fato pode justificar o medo de abordagem do problema do alcoolismo por parte de 34,7% dos profissionais.

Verificam-se nos dados apresentados na tabela 7, que 68,4 % dos profissionais afirmaram que o paciente alcoolista acaba voltando ao serviço com o mesmo problema; 57,7% acreditaram que o mesmo não conduz o tratamento com seriedade.

Em um estudo realizado em um hospital universitário de Ribeirão Preto com 171 enfermeiros, foi aplicado a subsescala III “Inclinação para identificar e habilidades para ajudar pacientes alcoolistas” que compõe a Escala *The Seaman Mannello Nurse’s attitudes toward alcohol and alcoholism*. No item intitulado “Eu posso ajudar o paciente alcoolista independente do falto dele parar ou não de beber” foi identificado que 67,8% dos profissionais entrevistados concordaram com tal afirmação (VARGAS, 2010a). Esse resultado apresenta certa proximidade com o dado do presente estudo, onde 83,7 % dos indivíduos afirmaram que mesmo na ausência de colaboração por parte do cliente, não se deve desistir de ajudar.

**Tabela 7-** Distribuição de respostas ,segundo os níveis de concordância, dos itens que compõe o Fator 1 da EAFAAA: Atitudes frente ao uso do álcool (Uberlândia/MG, 2013) (Continua)

DESCRIÇÃO DO ITEM	Discordo	ES	Concordo	DA
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
1. A equipe precisa de treinamento para trabalhar com o alcoolista	15 (3)	5 (1)	466 (95,3)	3 (0,6)
2. E preciso tomar cuidado ao trabalhar com o paciente alcoolista	40 (8,6)	13 (2,7)	428 (86,6)	6 (1,2)
3. Não se deve confiar em alcoolistas	230 (42,9)	28 (5,7)	226 (47,7)	18 (3,7)
4. O paciente alcoolista acaba sempre voltando ao serviço com o mesmo problema	108 (22,1)	39 (8)	334 (68,4)	8 (1,6)
5. Considero paciente alcoolista o mais difícil de lidar	244 (49,9)	26 (5,3)	213 (43,6)	0,6 (1,2)
6. O alcoolista é um paciente que nunca dá retorno do cuidado	237 (48,5)	36 (7,4)	205 (41,9)	11 (2,2)
7. O alcoolista é uma pessoa de difícil contato	179 (36,6)	20 (4,1)	279 (57,1)	11 (2,2)
8. Eu tenho medo de abordar o problema do alcoolismo com o paciente	28 (58,5)	26 (5,3)	170 (34,7)	7 (1,4)
9. Eu tenho medo da agressividade do alcoolista	179 (36,6)	24 (4,9)	284 (58,1)	2 (0,4)
10. Sinto-me frustrado quando trabalho com alcoolistas	261 (53,4)	39 (8,0)	179 (36,6)	10 (2,0)
11. Quando o paciente não quer colaborar, o melhor é desistir de ajudar	409 (83,7)	14 (2,9)	57 (11,7)	9 (1,8)
12. Quando trabalho com o alcoolista, não sei como conduzir a situação	239 (48,9)	48 (9,8)	19 (40,5)	4 (0,8)
13. Para atender o alcoolista, é preciso contê-lo	324 (66,3)	56 (11,5)	103 (21)	6 (1,2)
14. Penso que alcoolistas dão muito trabalho para a equipe de saúde	229 (46,8)	27 (5,5)	224 (45,8)	9 (1,8)

Nota: ED (Estou em dúvida) e DA (Dados ausentes)

**Tabela 7** - Distribuição de respostas, segundo os níveis de concordância, dos itens que compõe o Fator 1 da EAFAAA: Atitudes frente ao uso do álcool (Uberlândia/MG, 2013)

DESCRIÇÃO DO ITEM	Discordo	ES	Concordo	DA
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
15. Devo cuidar do alcoolista, mesmo que ele não queira	161 (33)	30 (6,1)	282 (57,7)	16 (3,3)
16. Mesmo consciente o alcoolista desrespeita a equipe	310 (64,4)	41 (8,4)	132 (27)	0,6 (1,2)
17. Sinto raiva ao trabalhar com alcoolistas	426 (87,1)	10 (2)	41 (8,3)	12 (2,5)
18. O paciente alcoolista não aceita o que eu falo	255 (52,2)	45 (9,2)	179 (36,6)	10 (2,0)
19. Alcoolistas são pacientes difíceis porque não colaboram com o tratamento	145 (29,6)	32 (6,5)	312 (63,8)	0
20. O alcoolista não leva o tratamento a sério	174 (35,6)	28 (5,7)	282 (57,7)	5,0 (1)
21. Eu prefiro trabalhar com pacientes alcoolistas a trabalhar com outros pacientes	364 (74,4)	66 (13,5)	58(11,8)	1,0 (0,2)

Nota: ED (Estou em dúvida) e DA (Dados ausentes)

Embora no estudo realizado com profissionais atuantes na Atenção Primária a Saúde em Araçatuba/SP, ter sido utilizado a escala *The Seaman Mannello Nurse's attitudes toward alcohol and alcoholism*, os resultados apresentados mostram que os profissionais apresentaram média de escores igual a 18,8 (DP=3,12) para os itens que compõe a subescala ER: "Satisfação pessoal/Profissional dos profissionais em relação a trabalhar com usuários de drogas", isso significa que esses profissionais tendem a dispensar atitudes positivas no trabalho frente a esses clientes (BARROS, 2007). Ao contrário do presente estudo, segundo a concepção de 74,4 % dos profissionais, os mesmos não apresentaram preferências em trabalhar com o paciente alcoolista quando comparado a outros clientes.

Uma das interpretações possíveis para essas atitudes pode estar relacionada à falta de capacitação dos mesmos frente à temática do alcoolismo, o que dificulta a proximidade dos clientes e conseqüentemente o trabalho prestado.

Embora 41,9 % concordaram que o paciente alcoolista nunca dá retorno do cuidado, 57,7 %, afirmaram a necessidade de prestar cuidados a esses clientes mesmo que eles não queiram, esse fato demonstra que os profissionais percebem a importância do tratamento para esses clientes, independentemente do retorno recebido por parte dos mesmos.

Um estudo realizado com 148 enfermeiros, onde foi aplicado a EAFAAA na versão composta por 96 itens, demonstrou que 58,2 % afirmaram que não há dificuldades no trabalho frente a indivíduos alcoolistas, por outro lado para 52,4 % é preciso tomar cuidado ao se trabalhar com eles. A necessidade de treinamento foi percebida por 85,8% dos profissionais, porcentagens semelhantes do presente estudo. O medo da agressividade do alcoolista foi referido por 50,7 %, em contrapartida 66,5 % não manifestaram medo em abordar o problema. Nesse mesmo estudo, 74 % afirmaram que ele volta sempre ao serviço com o mesmo problema, enquanto que para 68,9% ele deve ser cuidado independente de sua aceitação. O sentimento de raiva foi negado por parte de 65,5 % dos profissionais (VARGAS, 2005).

Uma pesquisa realizada na Austrália revelou que as atitudes dispensadas aos usuários de álcool estavam estritamente relacionadas com fatores como: idade, crenças, hábitos de consumo de álcool e hábitos pessoais. Os resultados evidenciaram que em média os enfermeiros apresentaram atitudes positivas em



relação a pacientes com problemas de alcoolismo. Apesar disso, 14,3% apresentaram sentimentos negativos no trabalho frente a esses clientes, no mesmo sentido, 12,5 % discordaram com o fato de que o trabalho frente a esses clientes é gratificante (CROTTERS, 2011).

Vale ressaltar que a concordância com os itens negativos representados pelas questões 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18,19 e 20, representa tendências a desenvolver atitudes negativas frente o trabalhar com alcoolistas. Tal fato foi evidenciado neste estudo, de acordo com a tabela 7, os indivíduos entrevistados manifestaram concordância significativa com os itens: 2, 4, 7, 9,19 e 20.

#### **4.2.2 Atitudes dos profissionais atuantes na atenção primária a saúde frente ao alcoolista (Fator 2)**

A análise dos itens que integram o Fator 2, nos permitiu identificar as tendências das atitudes dos profissionais frente as características comportamentais, físicas e psicológicas do alcoolista.

Os dados referentes ao Fator 2 são apresentados na tabela 8.

Considerar o alcoolista como um indivíduo doente, representa uma tendência à atitude positiva, por parte de 85,9 % dos profissionais. Tal atitude pode ser reforçada pela opinião de 52,5% dos indivíduos que discordaram que pessoas que desenvolvem o alcoolismo são consideradas fracas.

Esses dados corroboram com dados de um estudo realizado por Schneider (2010) com coordenadores de Serviços de Atenção a Dependência de Substâncias Psicoativas da Região da grande Florianópolis. Os resultados demonstraram que para 45 % desses profissionais, o fenômeno das drogas está inserido em uma dimensão biológica, onde a dependência é concebida como uma doença crônica e recorrente, de fundo genético, biológico e /ou neuroquímico.

Outro estudo com profissionais atuantes na Atenção Primária a Saúde de Coari/AM, apresenta dados semelhantes ao presente estudo. Segundo Moretti-Pires (2011), tanto os médicos como os enfermeiros tratam o uso do álcool como uma doença que pode acarretar diversos prejuízos físicos e psicológicos.

**Tabela 8-** Distribuição de respostas, segundo os níveis de concordância ,dos itens que compõe o Fator 2 da EAFAAA: Atitudes frente ao uso do álcool (Uberlândia/MG, 2013)

DESCRIÇÃO DO ITEM	Discordo		ES	Concordo		DA
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i> (%)
22. Alcoolistas são revoltados	221	(45,2)	54 (11)	210	(43)	4 (0,8)
23. O alcoolista é um doente	53	(10,8)	11 (2,2)	420	(85,9)	5 (1,0)
24. Alcoolistas não têm bom senso	231	(47,3)	42 (8,6)	206	(42,2)	10 (2,0)
25. O alcoolista é agressivo e mal-educado	270	(55,2)	24 (4,9)	190	(38,9)	5 (1,0)
26. O alcoolista é um irresponsável	270	(55,2)	29 (5,9)	181	(37)	9 (1,8)
27. Os Alcoolistas são pacientes violentos	267	(54,6)	38 (7,8)	176	(36)	8 (1,6)
28. Penso que pessoas que desenvolvem o alcoolismo são fracas	257	(52,5)	62 (12,7)	163	(33,3)	7 (1,4)
29. O alcoolista não quer se cuidar	246	(50,4)	41 (8,4)	196	(40,1)	6 (1,2)
30. Penso que o alcoolista é culpado por seus problemas de saúde	261	(53,4)	54 (11)	170	(34,7)	4 (0,8)

Nota: ED (Estou em dúvida) e DA (Dados ausentes).

Com relação às características físicas e psíquicas desses clientes, 54,6 % dos sujeitos do presente estudo discordaram do item que afirma que os alcoolistas são violentos. No mesmo sentido, 55,2 % negam algum tipo de comportamento agressivo por parte do alcoolista. Na opinião de 55,2% dos profissionais, a irresponsabilidade não é vista como característica do alcoolista, por outro lado, 40,1 % concordaram que ele não quer se cuidar, e 53,4 % afirmaram que ele é culpado por seus problemas de saúde.

O estudo de Vargas (2005) trouxe resultados semelhantes aos do presente estudo. Para 84,5 % dos profissionais o alcoolista é considerado um indivíduo doente, que não apresenta comportamento violento na opinião de 58,3% nem tampouco atitudes irresponsáveis (78,3%). Na opinião de 57,4% a fraqueza não é vista como característica do alcoolista, e não foi percebido por esses profissionais (58,3%) nenhum tipo de comportamento agressivo ou mal educado. A culpa pelos próprios problemas de saúde do alcoolista é percebida por 44,5 % dos profissionais.

A análise exploratória dos dados obtidos por meio de um estudo com 171 profissionais de enfermagem de Ribeirão Preto/SP revelou que com relação às características pessoais do alcoolista os resultados mostraram que 51,5 % dos profissionais acreditaram que o alcoolista é uma pessoa com graves dificuldades emocionais e 82,2 % afirmaram que esses indivíduos foram conduzidos a beber por outros problemas (VARGAS, 2010b).

#### **4.2.3 Atitudes dos profissionais atuantes na atenção primária a saúde frente ao alcoolismo (Fator 3)**

O fator 3 verificou as tendências das atitudes dos profissionais frente as causas que levam ao alcoolismo, bem como os fatores motivadores.

Os dados demonstraram (tabela 9) que para uma parcela significativa dos profissionais (85%), o álcool é usado como fuga, e 70,1%, concordaram que o desajuste familiar é um fator desencadeante do problema. No que tange as questões sociais, 60,8 % afirmaram que as mesmas levam o indivíduo a beber, em contrapartida 30,2 % se opõem frente tal afirmação.

A baixa autoestima é vista por 82,8 % dos profissionais como uma condição presente no alcoolista, enquanto que para 66,7 %, esses indivíduos tem algo mal resolvido.

Em um estudo realizado por Vargas (2010 b) já citado anteriormente, as respostas obtidas por meio da aplicação subsescala IV que compõe a Escala *The Seaman Mannello Nurse's attitudes toward alcohol and alcoholism*, nos mostra que em relação ao item "Os alcoolistas sofrem com complexo de inferioridade" constatou-se que os participantes demonstraram dúvidas quanto à idéia de que paciente alcoolista é uma pessoa com complexo de inferioridade.

Apesar de não representarem a maioria, uma parcela significativa de indivíduos, 20,5%, não compreenderam a falta autocontrole como causa para o desenvolvimento do alcoolismo. Tal achado nos permite reforçar a que a falta de preparo infere negativamente o trabalho desses profissionais.

Há um predomínio significativo de opiniões que negam que há uma relação entre o nível de instrução com o desenvolvimento do alcoolismo, representado por 64,2 % das opiniões. A depressão é tida por 65 % dos profissionais como causa relacionada, e 67,9% reconheceram que a falta de controle da ingestão leva ao alcoolismo.

Um estudo realizado por Crawford (1987) na Grã-Bretanha revelou que a concepção dos indivíduos frente ao alcoolismo é um preditor significativo na promoção das atitudes frente aos alcoolistas. Os resultados evidenciaram que para 69,5 % dos sujeitos entrevistados, o alcoolismo foi concebido como uma doença, o que possibilitou verificar que esses indivíduos dispensavam atitudes positivas frente aos alcoolistas. Esse resultado permitiu confirmar as suposições de que a aceitação por parte da sociedade do alcoolismo como uma doença é um veículo poderoso para promover atitudes dotadas de bons sentimentos frente a esses indivíduos.

Um estudo realizado em 2005 com 20 coordenadores de Serviços de Atenção a Dependência de Substâncias Psicoativas da Região da grande Florianópolis, revelou que 90% dos indivíduos entrevistados afirmaram a dependência como fenômeno multideterminado, ou melhor, como um processo biopsicossocial. Dentro da visão desses profissionais, 55% deles afirmaram a fuga da realidade como fator determinante para dependência; 65% referiram o contexto social como variável

fundamental para o desenvolvimento da mesma; 55% acreditaram que os problemas de estrutura familiar interferem significativamente no processo (SCHNEIDER, 2010).

Dentre as diversas causas motivadoras abordadas no fator 3 da EAFAAA, faz-se a leitura do estudo de Vargas (2005) que identificou diversas delas mediante a fala dos profissionais entrevistados. Para 66,8 % o álcool é usado como fuga, porcentagem semelhante, 67 %, afirmaram que as questões sociais conduzem o uso. Os desajustes familiares são apontados como causa por 36,5 % dos entrevistados, para 48,7 % a depressão está relacionada. A falta de autocontrole da ingestão foi identificada por 48%.

Em um município de porte médio de Santa Catarina foi realizado um estudo com profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde da Família, entre eles: médicos, enfermeiros e ACS. Com o objetivo de analisar as ações e concepções desses profissionais diante dos problemas advindos do uso de álcool e outras drogas, verificou-se que 80 % referiram em primeira instância os aspectos psicológicos como fenômeno determinante do uso. Em seguida 73,3 % afirmaram que o contexto sócio econômico é fator determinante e 60 % afirmaram que a estrutura familiar interfere de forma significativa no consumo (SCHNEIDER, 2011).

Estudos diversificados e com múltiplos enfoques foram realizados ao longo do tempo, e em sua maioria reforçam o conceito de Edwards & Gross que definiram a síndrome da dependência do álcool como uma síndrome multifacetada que necessita de um diagnóstico multidimensional com propostas terapêuticas abrangentes. Segundo eles, a dependência seria “um relacionamento alterado entre a pessoa e sua forma de beber”, logo pode ser entendida como um comportamento de retroalimentação que abrange muito mais que tolerância e abstinência (EDWARDS, 1976; LARANJEIRA, 1996; GIGLIOTTI, 2004).

**Tabela 9** - Distribuição de respostas, segundo os níveis de concordância, dos itens que compõe o Fator 3 da EAFAAA: Atitudes frente ao uso do álcool (Uberlândia/MG, 2013)

DESCRIÇÃO DO ITEM	Discordo		ES	Concordo		DA
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i> (%)
31. Percebo que o alcoolista tem baixa auto-estima	62	(12,7)	21 (4,3)	405	(82,8)	1 (0,2)
32. Penso que passar por um desajuste familiar leva ao alcoolismo	109	(22,3)	29 (5,9)	343	(70,1)	8 (1,6)
33. O alcoolista é um indivíduo que não consegue controlar sua ingestão alcoólica	51	(10,5)	20 (4,1)	414	(84,7)	4 (0,8)
34. O álcool é usado como fuga	43	(8,8)	29 (5,9)	416	(85)	1 (0,2)
35. Penso que todo o alcoolista têm algo mal resolvido	99	(20,2)	60 (12,3)	326	(66,7)	4 (0,8)
36. A falta de autocontrole leva ao alcoolismo	101	(20,6)	51 (10,4)	332	(73,3)	5 (1,0)
37. Penso que a depressão leva ao alcoolismo	122	(25)	47 (9,6)	318	(65)	2 (0,4)
38. O alcoolismo está relacionado ao nível de instrução do indivíduo	314	(64,2)	47 (9,6)	119	(24,3)	9 (1,8)
39. O alcoolista bebe para fugir da realidade	112	(22,9)	29 (5,9)	344	(70,4)	4 (0,8)
40. O que falta no alcoolista é força de vontade	210	(42,9)	47 (9,6)	229	(46,9)	3 (0,6)
41. As questões sociais levam o indivíduo a beber	148	(30,2)	43 (8,8)	297	(60,8)	1 (0,2)

Nota: ED (Estou em dúvida) e DA (Dados ausentes)

#### **4.2.4 Atitudes dos profissionais atuantes na atenção primária a saúde frente ao uso de álcool (Fator 4)**

A tabela 10 exibe resultados concernentes à análise de item que integram o fator 4. Essa análise nos permitiu identificar as tendências das atitudes dos profissionais frente ao uso de bebida alcoólica, bem como as opiniões e posicionamentos envolvidos diante do ato de beber.

Nota-se que houve número expressivo de profissionais que consideraram o uso de bebidas alcoólicas como um comportamento normal (64%), sendo agradável e causador de bem estar (59,3%). Um número significativo de profissionais, 31,7%, discordaram dessa possibilidade, o que representa uma atitude negativa diante do uso de bebidas alcoólicas.

O posicionamento frente o uso de álcool em qualquer momento, foi desfavorável para a maior parte dos profissionais, 52,5%, enquanto que 39,1 % se apresentaram favoráveis. Com relação ao dano causado pelo uso, 51,2 % dos sujeitos discordaram que beber com moderação não é prejudicial, nesse mesmo sentido, 40,5 %, concordaram que com moderação não se tem prejuízo advindo do uso.

Conforme demonstra a tabela 10, ao concordarem que doses pequenas podem desenvolver dependência, 63 % dos profissionais demonstraram compreender a tolerância como um fator relacionado ao uso de álcool, essas opiniões tornam-se mais reforçadas com o posicionamento desfavorável de 58,9 % de profissionais que discordaram que as pessoas podem beber desde que saibam se controlar.

No estudo desenvolvido por Vargas (2005) foi identificado em 75 % das opiniões que quantidades reduzidas de álcool são benéfico para saúde, sendo agradável e portadora de bem estar na opinião de 37,2% dos entrevistados. Não há uma opinião formada quanto ao beber moderado visto que 48,6 % discordaram de tal e 36,5 % concordaram com tal afirmativa. A dependência é percebida por 64,8% dos profissionais que afirmaram que a bebida em qualquer quantidade pode desencadear esse processo, já para 72,3 % a dependência pode ser causada pela ingestão de doses menores.

**Tabela 10** - Distribuição de respostas, segundo os níveis de concordância, dos itens que compõe o Fator 4 da EAFAAA: Atitudes frente ao uso do álcool (Uberlândia/MG, 2013)

DESCRIÇÃO DO ITEM	Discordo		ES	Concordo		DA
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i> (%)
42. Penso que as pessoas têm o direito de beber se elas quiserem	298	(62,8)	42 (8,6)	136	(27,8)	4 (0,8)
43. A bebida alcoólica é agradável e traz bem-estar	155	(31,7)	41 (8,4)	290	(59,3)	3 (0,6)
44. O uso de bebida alcoólica é um comportamento normal	133	(27,1)	37 (7,6)	313	(64)	6 (1,2)
45. Beber com moderação não é prejudicial	255	(52,2)	33 (6,7)	198	(40,5)	3 (0,6)
46. Eu sou contra o uso do álcool em qualquer momento	257	(52,5)	36 (7,4)	191	(39,1)	5 (1,0)
47. O álcool em quantidades reduzidas é benéfico	174	(44,6)	72 (14,7)	234	(47,8)	9 (1,8)
48. Eu sou a favor do beber moderado	226	(46,2)	41 (8,4)	219	(44,8)	3 (0,6)
49. Doses pequenas de álcool são capazes de causar dependência.	88	(18)	90 (18,4)	308	(63)	3 (0,6)
50. As pessoas podem beber desde que saibam se controlar	288	(58,9)	43 (8,8)	157	(32,2)	1 (0,2)

Nota: ES (Estou em dúvida) e DA (Dados ausentes).



### 4.3 ATITUDES DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Os resultados referentes aos escores obtidos por meio da análise fatorial da EAFA são apresentados na tabela 11.

Os dados demonstram que as atitudes frente ao alcoolista, analisadas pelo fator 2, apresentaram melhores escores quando comparados com outros fatores ( $\bar{x}$ = 3,31,  $s$ =3,33, mínimo=1,33 e máximo =5,00). Ainda com relação a esse fator, o valor encontrado com maior frequência, representado pela moda, é igual a 3,89. Esse dado nos permite inferir que os profissionais atuantes na atenção primária a saúde, tendem a desenvolver atitudes positivas frente o alcoolista.

**Tabela 11** - Distribuição dos dados referentes ao cálculo das medidas de posição dos escores obtidos por meio da análise dos fatores da EAFA

Fator da EAFA	Mínimo	Máximo	$\bar{x}$	Mediana	Moda	s	$\alpha$
Fator 1	1,62	4,67	3,10	3,04	2,95	0,60	0,83
Fator 2	1,33	5,00	3,31	3,33	3,89	0,81	0,79
Fator 3	1,73	4,00	3,23	3,27	3,18	0,37	0,78
Fator 4	1,00	5,00	2,84	2,88	3,33	0,79	0,72

Fonte: a autora, 2013.

Nota:  $\bar{x}$  = média aritmética

s= desvio padrão

$\alpha$ = Coeficiente *Alpha de Cronbach*

Com relação às atitudes frente ao uso de álcool, e média encontrada foi de 2,84( $s$ =0,79, mínimo=1,00 e máximo =5,00), o que significa que os profissionais tendem a desenvolver atitudes negativas diante da ingestão de bebidas alcoólicas.

As atitudes evidenciadas pela análise do Fator 1 “O trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista” e no Fator 2 “Atitudes frente o alcoolista” apresentaram tendências a positividade, o que significa dizer que os profissionais atuantes na APS

do Município de Uberlândia tendem a desenvolver atitudes positivas frente aos clientes alcoolistas bem como no trabalho dispensado a esses.

A consistência interna EAFA demonstrou que as respostas dos participantes apresentam um grau satisfatório de confiabilidade, pelos resultados do coeficiente *Alpha de Cronbach*, demonstrados na tabela acima.

#### **4.3.1 Comparação das atitudes desenvolvidas pelos profissionais da atenção primária a saúde com as variáveis sócio demográficas**

Com intuito explorar a relação entre as atitudes desenvolvidas pelos profissionais da atenção primária a saúde e as variáveis sócio demográficas, optaram-se pela análise bivariada das variáveis de interesse.

Para análise, foi realizada a recodificação das variáveis estado civil e religião.

As tabelas 12 e 13 apontam que em relação ao sexo, os homens apresentaram atitudes mais positivas nos quatro fatores analisados, porém essa diferença foi estatisticamente significativa no Fator 1 “O trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista” ( $\bar{x} = 3,31$ ), e no Fator 2” Atitudes frente ao alcoolista “( $\bar{x} = 3,56$ ).

Embora os resultados referentes ao sexo no fator 4 não terem sido estatisticamente significativos, os achados do Relatório Brasileiro sobre Drogas (2009), revelou que homem bebem mais frequentemente que as mulheres, tal fato pode justificar os mesmos apresentarem atitudes mais positivas frente ao uso de bebidas alcoólicas.

Um estudo realizado na cidade de Juiz de Fora/MG apresentou dados não semelhantes ao do presente estudo. Na análise realizada, indivíduos do sexo masculino apresentaram crenças mais estereotipadas quando comparados com os indivíduos do sexo feminino no que tange as questões relacionadas ao alcoolismo e ao alcoolista (GOMIDE, 2011).

Houve diferença estatisticamente significativa entre indivíduos que não tem companheiro, no Fator 1 “O trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista” ( $\bar{x} = 3,18$ ) e no Fator 4” Atitudes frente ao uso de álcool” ( $\bar{x} = 2,98$ ). Os dados nos permite inferir que os indivíduos que possuem companheiro tendem a desenvolver atitudes mais positivas no trabalho frente ao alcoolista bem como frente ao uso de álcool.

**Tabela 12-** Distribuição dos escores médios dos fatores 1 e 2 da EAFA, segundo as variáveis sociodemográficas (Uberlândia,2013).

VARIÁVEL	n	F1		F2	
		$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
<b>Sexo</b>					
Feminino	444	3,08	0,60	3,29	0,81
Masculino	43	3,31	0,64	3,56	0,81
<i>p</i>			0,01*		0,03*
<b>Tem companheiro?</b>					
Sim	316	3,06	0,60	3,29	0,82
Não	169	3,18	0,61	3,38	0,79
<i>P</i>			0,03*		0,22
<b>Tem religião?</b>					
Sim	466	3,11	0,60	3,33	0,82
Não	20	2,90	0,60	2,98	0,65
<i>p</i>			0,13		0,06
<b>Tem capacitação?</b>					
Sim	97	3,21	0,65	3,39	0,84
Não	388	3,08	0,59	3,30	0,80
<i>p</i>			0,06		0,32

Nota: n,  $\bar{x}$  e s = número de respondentes, média e desvio padrão, respectivamente.

(\*)  $p \leq 0,05$

F1= Fator 1

F2=Fator 2

Teste t de Student

Entre os indivíduos que possuem religião, observa-se que a média de escores foram maiores no Fator 1 “O trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista”, no Fator 2” Atitudes frente ao alcoolista” e no Fator 3” Atitudes frente ao alcoolismo”, significando que os profissionais que possuem religião, tendem a desenvolver atitudes positivas, porém a diferença foi estatisticamente significativa no Fator 4

“ Atitudes frente ao uso de álcool”, no qual os indivíduos que não possuem religião apresentaram atitudes mais positivas frente ao ato de beber

**Tabela 13-** Distribuição dos escores médios dos fatores 3 e 4 da EAFA, segundo as variáveis sociodemográficas (Uberlândia,2013).

VARIÁVEL	n	F3		F4	
		$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
<b>Sexo</b>					
Feminino	444	3,23	0,38	2,82	0,79
Masculino	43	3,28	0,32	3,05	0,74
P			0,37		0,06
<b>Tem companheiro?</b>					
Sim	316	3,24	0,35	2,76	0,81
Não	169	3,21	0,41	2,98	0,75
$\rho$			0,38		0,005*
<b>Tem religião?</b>					
Sim	466	3,23	0,37	2,81	0,79
Não	20	3,18	0,44	3,39	0,67
$\rho$			0,54		0,001*
<b>Tem capacitação?</b>					
Sim	97	3,23	0,35	2,75	0,84
Não	388	3,23	0,38	2,86	0,78
P			0,97		0,21

Nota: n,  $\bar{x}$  e s = número de respondentes, média e desvio padrão, respectivamente.

(\*)  $p \leq 0,05$

F3= Fator 3

F4=Fator 4

Teste t de Student

Um estudo desenvolvido com médicos e enfermeiros atuantes na Atenção Primária a Saúde de Coari/AM revelou que a ausência de prática religiosa foi mencionada nas falas dos entrevistados como fator de risco para o aumento do

consumo de álcool (MORETTI-PIRES, 2011). Esses dados corroboram com os dados do presente estudo. Ao analisarmos a tabela 13 especificamente o fator 4, nota-se que profissionais que possuem prática religiosa tendem a apresentar atitudes mais negativas frente ao uso de álcool, enquanto que ao contrário, apresentam atitudes mais positivas.

Este estudo mostrou que, apesar de não apresentar diferença estatisticamente significativa no que se refere à capacitação, as médias de escores se apresentaram mais elevadas no Fator 1 “O trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista” e no Fator 2” Atitudes frente ao alcoolista”, entre os indivíduos que a possuem, denotando tendência a atitudes mais positiva por parte dos mesmos. No Fator 4 “Atitudes frente ao uso de álcool”, a capacitação não interferiu nas atitudes, visto que os profissionais que não a possuem apresentaram médias maiores. Cabe frisar que com relação à capacitação as diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas.

Na Zona da Mata de Minas Gerais foi realizado um estudo que entrevistou uma amostra dos enfermeiros atuantes na Atenção Primária a Saúde de três municípios. Os grupos que receberam treinamento frente à temática do álcool e outras drogas apresentaram uma visão mais flexível do problema, demonstrando que os procedimentos de capacitação influenciaram positivamente para que esses profissionais desenvolvessem uma visão menos reducionista que leva em consideração múltiplos fatores para o desenvolvimento da dependência (SOUZA, 2012).

Uma pesquisa realizada em um hospital metropolitano da Austrália demonstrou que a maioria dos entrevistados, não apresentaram treinamento específico no que tange as questões relacionadas a álcool e outras drogas. Apesar de 73 % da amostra ter tido experiência com pessoas que apresentaram problemas relacionados ao álcool fora do seu contexto laboral, 94 % tiveram experiências com pacientes com este tipo de problemas ,porém nenhum deles obtiveram formação especializada no tratamento de problemas de álcool (CROTTERS,2011).

Com relação ao estado civil, indivíduos que não possuem companhia apresentaram médias de escores maiores do que indivíduos que possuem companhia no Fator 1 “O trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista” e no Fator 4” Atitudes frente o uso de álcool”. A literatura demonstra por meio de um estudo

realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, que o perfil dos pacientes que apresentaram maiores prevalências de consumo de risco de álcool, são do sexo masculino, com faixa etária situada de 18 a 46 anos e solteiros (SEGATTO, 2008).

#### 4.3.2 Comparação das atitudes desenvolvidas pelos profissionais da atenção primária a saúde com a função exercida no local de atuação

O presente estudo permitiu explorar a média de escores dos fatores da EAFAAA, relacionados a função exercida no local, que podem inferir nas atitudes desenvolvidas pelos profissionais da atenção primária a saúde, frente o uso de álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista. Partindo dessa perspectiva, buscou-se comparar as atitudes desenvolvidas pelos sujeitos com a função exercida no local de trabalho. As tabelas 14 e 15 apresentam dados referentes à análise em questão. O Fator 4 “Atitudes frente ao uso de álcool” não foi tomado para análise, pois os resultados obtidos não foram estatisticamente significativos.

**Tabela 14** - Distribuição dos escores médios dos fatores 1 e 2 da EAFA, segundo a função exercida pelos profissionais atuantes na Atenção Primária a Saúde (Uberlândia, 2013).

VARIÁVEL	F1		F2		
	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>
<b>Função</b>					
Médico	<b>39</b>	3,56	0,49	4,09	0,69
Enfermeiro	<b>61</b>	3,34	0,52	3,77	0,59
ACS	<b>191</b>	2,86	0,53	2,95	0,71
Outros profissionais	<b>198</b>	3,17	0,62	3,37	0,79
Total	<b>489</b>	3,10	0,60	3,31	0,81
	<i>p</i>	< 0,001*		<0,001*	

Nota: *n*,  $\bar{x}$  e *s* = número de respondentes, média e desvio padrão, respectivamente.

ACS= Agentes Comunitários de Saúde

(\*)  $p \leq 0,05$

F1=Fator 1

F2=Fator 2

Teste ANOVA *One Way*

A variável denominada de “outros profissionais” refere-se aos sujeitos que não se enquadram nas categorias apresentadas na Tabela 14 e 15, os quais são: assistentes sociais, psicólogos, auxiliares e técnicos de enfermagem, odontólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, educador físico, auxiliar de saúde bucal, auxiliar de farmácia e farmacêuticos.

Os dados exibidos demonstram que numa análise geral os médicos apresentaram médias de escores maiores, o que denota atitudes mais positivas no Fator 1 “ O trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista”, no Fator 2 “ Atitudes frente ao alcoolista” e no Fator 3 “ Atitudes frente ao alcoolismo”, quando comparados com outras funções exercidas no local. Ainda para os mesmos fatores, os enfermeiros apresentaram atitudes mais positivas quando comparado com os agentes comunitários de saúde e com outros profissionais.

**Tabela 15** - Distribuição dos escores médios do Fator 3 EAFA, segundo a função exercida pelos profissionais atuantes na Atenção Primária a Saúde (Uberlândia,2013).

VARIÁVEL	F3		
	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>
<b>Função</b>			
Médico	<b>39</b>	3,41	0,24
Enfermeiro	<b>61</b>	3,34	0,27
ACS	<b>191</b>	3,15	0,39
Outros profissionais	<b>198</b>	3,24	0,38
Total	<b>489</b>	3,23	0,37
	<i>p</i>	<0,001*	

Nota: *n*,  $\bar{x}$  e *s* = número de respondentes, média e desvio padrão, respectivamente.

ACS= Agentes Comunitários de Saúde

(\*)  $p \leq 0,05$

F3=Fator 3

F4=Fator 4

Teste ANOVA *One Way*

O fato de compreender o uso problemático de álcool como uma doença capaz de provocar alterações no âmbito biopsicossocial, pode justificar as atitudes mais

positivas desenvolvidas pelos médicos diante do alcoolista, do alcoolismo e do trabalhar e o relacionar com os mesmos. Um estudo realizado em Coari/AM revelou os médicos atuantes na Atenção Primária a Saúde, concebem o uso problemático de álcool como uma doença capaz de provocar prejuízos tanto no âmbito físico como psicológico, nesse sentido os mesmos desenvolvem suas ações com vistas ao diagnóstico e ao tratamento das implicações do uso sobre a saúde, (MORETTI-PIRES, 2011).

Um estudo realizado na cidade de *La Paz* (Bolívia) revelou que na opinião de 71 enfermeiras entrevistadas, 48% delas não tem satisfação em trabalhar com alcoolistas, e 43 % não tem opinião formada sobre essa afirmativa. No mesmo sentido 76 % afirmaram que esses clientes merecem atenção a nível hospitalar.

Devido à média de escores resultar em um valor menor, as atitudes desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde se apresentaram menos positivas quando comparado a outras funções exercidas no local, para os fatores 1 ( $\bar{x} = 2,86$ ), 2 ( $\bar{x} = 2,95$ ) e 3 ( $\bar{x} = 3,15$ ).

Um estudo realizado por Silveira (2009) com 197 ACS de municípios situados na Zona da Mata Mineira revelou que a dependência do álcool seria uma das condições mais moralizadas por esses profissionais. Esse achado pode justificar a tendencialidade às atitudes negativas por parte dos ACS, visto que para esses indivíduos a responsabilidade pelo surgimento do problema e a busca pela solução do mesmo é do próprio indivíduo (PALM, 2006).

Ao contrário do presente estudo em que as atitudes abordadas nos fatores 1,2 e 3, apresentaram tendências a positividade, no estudo realizado por Schneider (2011) com médicos, enfermeiros e ACS, foi indicado que esses profissionais não percebem o papel de acolhimento do usuário nos espaços da Atenção Primária a Saúde, além disso, referem uma dificuldade de abordagem desses clientes, com propostas terapêuticas que não visam à promoção e a prevenção de problemas relacionados com o uso, mas sim a internação hospitalar, ou nos grupos de ajuda mútua.

No estudo realizado por Barros (2007) as ações dos profissionais atuantes na Atenção Primária a Saúde sem nível superior que inclui: agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem, foram mais positivas quando comparadas com profissionais com nível superior de escolaridade. Tal fato pode



estar relacionado com o fato de que esses além de estarem mais próximos dos usuários são profissionais de referência para assistência a saúde.

Ainda com relação à análise das tendências das atitudes dos profissionais frente ao uso de álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista, realizou-se uma avaliação mais minuciosa comparando as mesmas com a função exercida no local. A tabela 16 demonstra esses dados.

Embora nas tabelas 14 e 15 os dados apontaram que os médicos apresentaram atitudes mais positivas nos fatores 1, 2 e 3 quando comparados com os enfermeiros, a tabela 16, demonstra que essa diferença não é estatisticamente significativa, pois os valores de p não atingiram o nível de significância para tal resultado (  $p=0,35$ ;  $p=0,10$  e  $p=0,81$  para os fatores 1, 2 e 3 respectivamente).

**Tabela 16** - Resultado das comparações múltiplas da análise de variância comparando os escores médios dos fatores para diferentes categorias profissionais (Uberlândia, 2013).

<b>FATOR 1</b>				
	<b>Médico</b>	<b>Enfermeiro</b>	<b>ACS</b>	<b>OP</b>
<b>Médico</b>	-	0,35	< 0,001*	< 0,001*
<b>Enfermeiro</b>		-	< 0,001*	0,20
<b>ACS</b>			-	< 0,001*
<b>OP</b>				-
<b>FATOR 2</b>				
	<b>Médico</b>	<b>Enfermeiro</b>	<b>ACS</b>	<b>OP</b>
<b>Médico</b>	-	0,10	<0,001*	<0,001*
<b>Enfermeiro</b>		-	<0,001*	<0,001*
<b>ACS</b>			-	<0,001*
<b>OP</b>				-
<b>FATOR 3</b>				
	<b>Médico</b>	<b>Enfermeiro</b>	<b>ACS</b>	<b>OP</b>
<b>Médico</b>	-	0,81	< 0,001*	0,005*
<b>Enfermeiro</b>		-	< 0,001*	0,11
<b>ACS</b>			-	0,19
<b>OP</b>				-

Nota: ACS= Agentes Comunitários de Saúde

OP= Outros profissionais

(\*)  $p \leq 0,05$

Em relação às atitudes dos profissionais médicos, houve um predomínio de atitudes mais positivas dos mesmos no Fator 1 “ O trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista”, no Fator 2 “ Atitudes frente ao alcoolista” e no Fator 3 “ Atitudes frente ao alcoolismo” quando comparados com os agentes comunitários de saúde e com outros profissionais, essa diferenças foram estatisticamente significativas em ambas situações ( $p < 0,001$ ).

As atitudes desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem se apresentaram mais positivas com resultados estatisticamente significativos, quando comparadas com os agentes comunitários de saúde no Fator 1 “ O trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista” ( $p < 0,001$ ), no Fator 2 “ Atitudes frente ao alcoolista” e no Fator 3 “ Atitudes frente ao alcoolismo”. Em relação a outros profissionais, os resultados só foram estatisticamente significativos no Fator 2 ( $p < 0,001$ ), onde os enfermeiros apresentam atitudes mais positivas frente ao alcoolista quando comparados a eles.

Os agentes comunitários, representados por 39,1% dos profissionais, apresentaram atitudes menos positivas quando comparados com médicos, enfermeiros e outros profissionais (Tabela 15). Na tabela de comparações múltiplas (Tabela 16), esse resultados se mostrou estatisticamente significativo apenas no fator 1 e 2.

Ao contrário do presente estudo, no estudo realizado por Soares (2011) os profissionais com nível superior de escolaridade apresentaram média de escore total menor do que os profissionais de nível técnico, mostrando um maior desejo de distanciamento social para as questões relacionadas à dependência do álcool. Uma interpretação possível é de que as informações recebidas durante a formação acadêmica não foram suficientes para interferir na mudança de atitudes desses profissionais.

Corroborando com os dados analisados no presente estudo, o estudo de Gomide (2011) revelou que em relação à escolaridade, os profissionais sem nível superior de graduação apresentaram atitudes estereotipadas com relação aos alcoolistas, quando comparados aos profissionais graduados. Segundo o autor, uma das hipóteses é de que a escolaridade influencia positivamente nas atitudes dos profissionais, visto que esses recebem maiores informações concernentes a problemática do uso de álcool e outras drogas.

### 4.3.3 Comparação das atitudes dos profissionais atuantes na atenção primária a saúde com as variáveis profissionais

As tabelas 17 e 18 apresentam os dados referentes à comparação entre os escores dos fatores da EAFA e algumas variáveis profissionais. Para análise lançou-se mão das seguintes variáveis profissionais: idade, tempo de formação e tempo de atuação.

**Tabela 17-** Correlação entre os escores dos fatores 1 e 2 da EAFA, idade, tempo de formação e tempo de atuação dos profissionais dos profissionais atuantes na APS (Uberlândia,2013)

VARIÁVEL	F1		F2	
	r	p	r	p
<b>Idade</b>	-0,14	0,002*	-0,15	0,001*
<b>Tempo de atuação</b>	-0,06	0,17	-0,01	0,82
<b>Tempo de formação</b>	-0,18	0,002*	-0,08	0,15

Nota: r = coeficiente de correlação de Person

(\*)  $p \leq 0,05$

F1=Fator 1

F2=Fator 2

De acordo com a convenção de Cohen (1988), ao se observar os dados referentes ao Fator 1, pode-se verificar que há uma correlação negativamente fraca ( $r = -0,14$ ) entre a idade e as atitudes frente o trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista, ou seja, a medida que aumenta a idade, diminui a tendência para o desenvolvimento de atitudes positivas. Em relação ao Fator 2, o resultado foi estatisticamente significativo ( $p < 0,001$ ), onde observa-se uma correlação fraca e negativa ( $r = -0,15$ ), ou seja, quanto menor a idade, maior a tendência em desenvolver atitudes positivas frente ao alcoolista.

Houve uma correlação fraca e negativa entre a idade e as atitudes frente ao

alcoolismo, e a idade e as atitudes frente ao uso de álcool, porém não foram estatisticamente significantes.

Ao correlacionar o tempo de atuação com os fatores da EAFA, nota-se que embora os resultados demonstraram que a medida que o tempo de atuação aumenta, diminui a tendência para o desenvolvimento de atitudes positivas nos fatores 1 “O trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista” ( $r = -0,06$ ), 2 “Atitudes frente ao alcoolista” ( $r = -0,01$ ), 3 “Atitudes frente ao alcoolismo” ( $r = -0,001$ ) e 4 “Atitudes frente ao uso de álcool” ( $r = -0,03$ ), esses dados não são estatisticamente significativos.

**Tabela 18** - Correlação entre os escores dos fatores 3 e 4 da EAFA, idade, tempo de formação e tempo de atuação dos profissionais atuantes na atenção primária a saúde (Uberlândia, 2013)

VARIÁVEL	F3		F4	
	r	P	r	p
<b>Idade</b>	-0,03	0,46	-0,10	0,27
<b>Tempo de atuação</b>	-0,001	0,97	-0,03	0,50
<b>Tempo de formação</b>	-0,04	0,45	-0,12	0,04*

Nota: r = coeficiente de correlação de Pearson

(\*)  $p \leq 0,05$

F3=Fator 3

F4=Fator 4

O tempo de formação apresentou correlação fraca e negativa para o Fator 1 ( $r = -0,18$ ), ou seja, a medida que aumenta o tempo de formação, diminui a tendência a atitudes positivas frente o trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista. Embora essa correlação seja a mesma para os fatores 2 e 3 esses resultados não foram estatisticamente significativos. Para o Fator 4 “Atitudes frente ao uso de álcool”, o resultado atingiu o nível de significância ( $p = 0,04$ ), logo a medida que aumenta o tempo de formação, diminui a tendência de desenvolver atitudes positivas para esse fator.

A análise dos dados nos permite inferir que a idade, o tempo de formação e o tempo de atuação das equipes de saúde podem inferir significativamente nas atitudes desenvolvidas por esses profissionais, visto que os mesmos ao longo do tempo de trabalho e de formação, experenciam diferentes situações referentes ao trabalho frente ao usuário de álcool.

Vargas (2003) ressaltou em seu estudo que como o alcoolismo é uma doença estigmatizada por parte da sociedade, existe a possibilidade de que as atitudes dos profissionais sofram influências dos sentimentos pessoais, das experiências, crenças, conhecimentos e valores. No estudo realizado por Oliveira (2012) a abordagem do paciente pelos profissionais da equipe é percebida e relatada pelos enfermeiros, como um trabalho permeado de preconceitos e estigma, o que afeta diretamente os resultados a serem alcançados.

Um dado importante evidenciado no estudo de Croters (2011) é que a idade foi um fator preditor nas atitudes frente ao alcoolismo. Os achados demonstraram que indivíduos que tinham maior idade apresentaram atitudes mais positivas frente a concepção do alcoolismo enquanto doença.

Em outro estudo, na concepção dos profissionais entrevistados há um descrédito na recuperação do alcoolista, pois mediante a experiência vivenciada, mesmo após a desintoxicação esse indivíduo volta a desenvolver o uso compulsivo. Esse mesmo estudo faz uma observação sobre o fato de que para esses profissionais o alcoolista apresenta problemas repetitivos, e devido a isso é concebido como um caso crônico por vezes perdido (VARGAS, 2008).

Tais achados podem justificar as correlações evidenciadas entre os fatores da EAFA e as variáveis apresentadas nas tabelas 17 e 18.

#### **4.3.4 Análise dos preditores que interferem nos escores dos fatores da EAFAAA**

Com intuito de analisar os preditores que interferiram nos escores dos fatores da EAFA, foi empregado a análise de regressão linear múltipla, para tanto o nível de significância utilizado foi  $p \leq \alpha = 0,05$ .

As tabelas 19 e 20 apresentam a análise de regressão linear múltipla, tendo como desfecho os fatores 1,2,3 e 4, e como preditores, as variáveis sexo, cursos de capacitação, religião, categoria profissional e estado civil.

Nota-se que o preditor mais impactante nas atitudes é a categoria profissional, essa variável apresentou maior coeficiente de regressão no Fator 1,  $\beta=0,31$ , no Fator 2,  $\beta=0,34$  e no Fator 3,  $\beta=0,16$ , sendo esses estatisticamente significantes. Pode-se exaurir desses resultados que os médicos, os enfermeiros e outros profissionais tendem a desenvolver atitudes mais positivas, quando comparados aos agentes comunitários de saúde, frente ao trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista, frente ao alcoolista e frente ao alcoolismo.

Ao contrário do presente estudo, nos resultados encontrados por Barros (2007) no que se refere às questões relacionadas ao trabalho frente a pacientes alcoolistas, ocorreram escores maiores para o grupo de profissionais que não possuíam nível superior comparado às respostas dos profissionais com nível superior. Uma interpretação possível apontada pela autora foi devido ao fato de que esses profissionais sem nível superior (agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem) estão em maior contato com esses indivíduos no que se refere ao atendimento das necessidades de saúde, logo possuem maior conhecimento dos problemas relacionados ao uso de álcool por isso se sentem mais a vontade.

A religião apresentou resultados estatisticamente significativos no Fator 4, onde o coeficiente de regressão foi igual a 0,24. Esse resultado nos permite inferir que indivíduos que possuem religião tendem a desenvolver atitudes mais positivas frente ao uso de álcool, quando comparado aos indivíduos que não possuem religião.

Um estudo realizado em Juiz de Fora apresentou resultados significativos no que concerne a prática religiosa. Segundo os dados apresentados pelos autores a religião foi referida como fator de proteção ao uso de álcool. Nos resultados encontrados, a menor porcentagem de respondentes que fazia uso de álcool estava entre os praticantes de alguma religião, os denominados “sem religião” apresentaram porcentagens de uso bem maiores (AMATO, 2008). Esses dados não se assemelham aos dados evidenciados na análise de regressão do presente

estudo, em contrapartida corroboraram com os dados estatisticamente significativos da análise bivariada do fator 4 da EAFA do presente estudo exibidos na tabela 13 .

**Tabela 19** - Análise de regressão linear múltipla para os fatores 1 e 2 da EAFA e variáveis sociodemográficas dos profissionais atuantes na atenção primária a saúde( Uberlândia,2013)

VARIÁVEL	F1		F2	
	$\beta$	p	$\beta$	p
<b>Sexo</b>	- 0,02	0,58	-0,02	0,67
<b>Cursos de capacitação</b>	0,08	0,10	0,03	0,44
<b>Religião</b>	0,04	0,38	0,08	0,06
<b>Categoria profissional</b>	0,31	0,00*	0,34	<0,001*
<b>Estado civil</b>	-0,04	0,37	0,001	0,98

Nota:  $\beta$  = coeficiente de regressão

(\*)  $p \leq 0,05$

Em relação ao estado civil, indivíduos não possuem companheiro, tendem a desenvolver atitudes positivas frente ao uso de álcool, visto que o coeficiente de regressão foi igual a – 0,11. Esse resultado foi estatisticamente significativo.

Ainda que os resultados demonstrem que ter curso de capacitação influencia positivamente nas atitudes, os resultados não foram estatisticamente significativos exceto para o Fator 4 “ Atitudes frente o uso de álcool”, onde ter curso de capacitação influenciou negativamente nas atitudes.

É interessante salientar que a capacitação influi significativamente nas ações a serem dispensadas frente ao alcoolista. O estudo de Schneider (2011) reforça essa afirmativa quando em seus resultados mediante a fala dos profissionais atuantes na Atenção Primária a Saúde, a falta de capacitação é referenciada como um fator preponderante que infere negativamente na atenção dispensada a esses clientes.

**Tabela 20** - Análise de regressão linear múltipla para os fatores 3 e 4 da EAFA e variáveis sociodemográficas dos profissionais atuantes na atenção primária a saúde( Uberlândia,2013)

VARIÁVEL	F3		F4	
	$\beta$	p	$\beta$	p
<b>Sexo</b>	0,004	0,93	-0,04	0,35
<b>Cursos de capacitação</b>	0,01	0,79	-0,06	0,19
<b>Religião</b>	0,09	0,06	0,24	<0,001*
<b>Categoria profissional</b>	0,16	0,003*	0,000	0,99
<b>Estado civil</b>	0,06	0,20	-0,11	0,02*

Nota:  $\beta$  = coeficiente de regressão

(\*)  $p \leq 0,05$

No estudo proposto por Ronzani (2009) foi implementado um projeto de capacitação referente à temática do uso de álcool para 113 profissionais locados na Atenção Primária a Saúde de três municípios do Estado de Minas Gerais. Dentre os resultados encontrados por meio da aplicação da Escala de Moralização do Uso de Álcool (EMUA) que avalia crenças e estereótipos sobre usuários de álcool, um dos efeitos significativos da capacitação foi a diminuição da moralização do uso de álcool por parte dos profissionais de saúde em um dos municípios analisados, o que facilita a abordagem e aproximação desses profissionais frente a esses indivíduos.

Um dos fatores que pode influenciar nas atitudes estar relacionado como os hábitos de consumo. Os achados no estudo de Croters (2011) demonstrou que os indivíduos que faziam uso de álcool em média uma vez por semana, mostraram menos motivados frente ao trabalho com pacientes alcoolistas, além de apresentarem sentimentos de desconforto ou constrangimento frente à abordagem dos problemas relacionados ao álcool.

O Relatório Brasileiro sobre Drogas (2009) revela dados significativos no que concerne ao uso de álcool na população brasileira. As estimativas nos mostram que os homens bebem mais intensamente que as mulheres, estas por sua vez se enquadram em maiores porcentagens na categoria de “bebedores não frequentes” e



na categoria de abstêmios. Esse dado pode auxiliar a explicação das mulheres apresentarem atitudes mais negativas que os homens frente ao consumo de bebidas alcoólicas.

## 5 CONCLUSÃO

O presente estudo procurou analisar as atitudes desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Primária a Saúde frente ao uso de álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista.

Os achados demonstraram que dentre os 489 profissionais entrevistados houve um predomínio do sexo feminino, com média de idade igual a 37,7 anos. A maioria dos profissionais eram casados, possuíam religião católica e ensino médio. O tempo de formação predominante foi de um a nove anos. A categoria profissional com maior número de representantes foi dos ACS (39,1%) seguidos dos profissionais de enfermagem. Do total de entrevistados 85,9% possuíam um vínculo empregatício. A maioria dos profissionais relatou contato com alcoolista, em contrapartida uma minoria revelou possuir cursos de capacitação.

O cálculo dos escores de cada fator permitiu identificar que os profissionais apresentaram médias de escores maiores no Fator 2 da EAFAAA, o que significa dizer que esses profissionais tendem a desenvolver atitudes mais positivas frente ao alcoolista quando comparados com os outros fatores.

A análise bivariada evidenciou que indivíduos do sexo masculino apresentaram atitudes mais positivas quando comparados com sexo feminino, frente ao alcoolista e ao trabalho dispensado a eles. O fato de ter companheiro foi um fator que apresentou atitudes mais elevadas no trabalho frente a esses indivíduos e atitudes menos positivas frente ao uso de álcool. A religião apresentou resultados estatisticamente significativos no Fator 4, o que significa dizer que indivíduos que possuem religião tendem a desenvolver atitudes menos positivas frente ao consumo de bebida alcoólica. Os resultados referentes a capacitação não foram estatisticamente significativos.

Na análise comparativa a idade apresentou uma correlação estatisticamente fraca e negativa para os fatores 1 e 2. O tempo de formação correlacionou-se negativamente com os fatores 1 e 4.

A maioria dos profissionais afirmaram não apresentar sentimentos de raiva ao lidar com alcoolistas, em contrapartida, alegaram que deve-se ter cuidado ao trabalhar com esses clientes, visto que os mesmos possuem comportamento agressivo. Cabe frisar que a maioria percebe a necessidade de treinamento para

trabalhar com esses clientes, pois percebem que os mesmos sempre voltam ao serviço.

A concepção de que o alcoolista é um doente é referida pela maioria dos indivíduos, nesse sentido muitos negam violentas e de irresponsabilidade por parte dos mesmos. Um número significativo de profissionais afirmaram que dentre as causas motivadoras do uso de álcool estão a fuga, o desajuste familiar, as questões sociais, a baixa auto estima, as questões mal resolvidas e a depressão. Um número significativo de profissionais referiram não ter preferência em lidar com esses clientes.

A comparação das médias de escores entre as categorias profissionais evidenciou que os médicos apresentaram escores maiores quando comparados com o restante das categorias. Os enfermeiros apresentaram médias de escores menores quando comparados com os médicos, e ao contrário quando comparados com “outros profissionais” e com os ACS. Os ACS apresentaram médias de escores menores em relação às outras categorias. Para reforçar tal resultado, análise de regressão linear múltipla revelou que o único preditor estatisticamente significativo foi a categoria profissional.

Diante disso, a investigação das atitudes dos profissionais atuantes na APS foi uma ferramenta fundamental capaz de nos trazer uma noção simplificada da visão dos profissionais frente aos assuntos ligados ao consumo de álcool, ao alcoolista e ao trabalho dispensado esses indivíduos. Há de se considerar a necessidade de realização de outros estudos, com intuito de subsidiar o melhoramento das atitudes dos profissionais atuantes e conseqüentemente o plano assistencial dispensado a esses indivíduos.

## REFERÊNCIAS

ABNT: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023:** informação e documentação – Referências – Elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. **NBR 14724: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação.** Rio de Janeiro: ABNT, 2011.

ALVES, V.S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Interface-Comunic, Saúde, Educ, Botucatu, v.9, n.16, p.39-52, 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000100004&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100004&lang=pt)> Acesso em 29 out.2013.

AMATO, T. de C. et al. **Uso de bebida alcoólica, religião e outras características sociodemográficas em pacientes da atenção primária à saúde - Juiz de Fora, MG, Brasil - 2006.** SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, ago. 2008. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762008000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 05 jan. 2014

ANDERSON, P; CHISHOLM, D; FUHR, D. **Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol.** Lancet, Maastricht, v.373, p.2234-2246, 2009.

ATKINSON, R.L; et. Al, **Introdução à psicologia.** 11ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

BABOR, T.F; HIGGINS-BIDDLE, J.C; SAUNDERS, J.B; MONTEIRO, M. G. **The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care.** World Health Organization. Geneva, 2. ed.2001.

BARROS, M.A; PILLON, S.C. **Programa Saúde da Família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 01, p. 144 -149,2006. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>Acesso em: 20 jun. 2012.

BARROS, M.A.; PILLON, S.C. **Atitudes dos profissionais do Programa Saúde da Família diante do uso e abuso de drogas.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 655-662, 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452007000400016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000400016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 dez. 2013.

BARROS, M.A; PILLON, S.C. **Assistência aos usuários de drogas: a visão dos profissionais do Programa Saúde da Família;** Rev. Enf. UERJ, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.261-266, jun. 2007.

**BIBLIA SAGRADA.** Português. 1993. Antigo e Novo Testamento. Traduzida em português por João Ferreira de Almeida. 2. ed. rev. e atual. no Brasil. São Paulo: Sociedade do Brasil, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília. 1997. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)> Acesso em: 15 jul.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília, 2003. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf)> Acesso em: 02 dez. 2013

BRASIL. Secretaria de Política sobre Drogas. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas Entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras.** Brasília, DF, 2010. Disponível em <[http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados\\_Estatisticos/Estudantes/328293.pdf](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados_Estatisticos/Estudantes/328293.pdf)> Acesso em: 04 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria N°. 648 de 28, de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 61, 29 de mar., 2006.

BUCHELE, F; COELHO, E.B. S; LINDNER, S.R. **A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Fev. 2009. Disponível em<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100033&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100033&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 05 dez.2013.

CARLINI, E. A; et al. **Drogas psicotrópicas: O que são e Como agem.** Revista IMESC, São Paulo, n.3, p.9-35, 2001.

CARLINI, E. A; et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país.** CEBRID, UNIFESP, São Paulo, 2006.

COHEN, J. **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.** 2 ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.

COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS EM PROBLEMAS RELACIONADOS COM EL CONSUMO DE ALCOHOL,2006,Genebra, Suiza. Segundo informe. IV.Series.Genebra, Suíza.Organizacion Mundial de la Salud,2006.

COTTA, R.M.M; et al. **Work organization and professional profile of the Family Health Program: a challenge in the health basic attention restructuring.**

Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília, v.15, n.3, p. 7-18, 2006. Disponível em [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742006000300002&lng=en&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002&lng=en&nrm=iso). Acesso em 30 dez. 2013.

CRAWFORD, J; HEATHER, N. **Public attitudes to the disease concept of alcoholism.** Substance Use & Misuse, v. 22, n. 11, p. 1129-1138, 1987.

CROTHERS, C.E.; DORRIAN, J.. **Determinants of nurses' attitudes toward the care of patients with alcohol problems.** ISRN nursing, v. 2011, p.1-11, 2011.

CRUVINEL, E; RONZANI, T.M. **Clima organizacional e atividades de prevenção ao uso de risco de álcool.** Estud. psicol., Campinas , v. 28, n. 2, p. 209-217, 2011 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2011000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2011000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 dez. 2013.

EDWARDS, G.; GROSS, M. M. **Alcohol dependence provisional description of a clinical syndrome.** Br Med J, 1058-1061, 1976.

ESCOREL, S. et al. **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil.** Rev Panam Salud Publica, Washington, v. 21, n. 2-3, Mar. 2007. Disponível em <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892007000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 out.2012

FIGLIE, N.B.; BORDINO, S. LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química.** 2. ed. São Paulo: Roca, 2010.

FONTANELLA, B.J. B; TURATO, E.R. **Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 36, n. 4, 2002.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. **Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país-2001.** Rev Latinoam Enferm, v. 13, n. Esp, 2005.

GELBCKE, F.L; PADILHA, M.I.C.S. **O fenômeno das drogas no contexto da promoção da saúde.** Texto & Contexto Enfermagem, v.13, n.2, p.272-279, 2004.

GIGLIOTTI, A; BESSA, M.A. **Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos.** Rev. Bras. Psiquiatr. São Paulo, v.26 suppl. 1, p. 11-13, 2004.

GOMIDE, H. P. et al. **Estereótipos dos profissionais de saúde em relação a alcoolistas em Juiz de Fora-MG, Brasil.** Psicol. teor. prat., São Paulo , v. 12, n. 1, 2010 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872010000100014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872010000100014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 02 jan. 2014.

GONÇALVES, S.S.P. M; TAVARES, C.M.M. **Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra-hospitalares.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.586-592, 2007. Disponível em < <http://scholar.google.com.br> > Acesso em 10 dez 2013.

GOUVEIA, V.V; et al . **Escala de atitudes frente ao uso de álcool: descrevendo seus parâmetros psicométricos.** Psicol. cienc. prof. Brasília, v. 29, n. 4, p.672-685, 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932009000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000400003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 Ago. 2013.

HIDALGO, C. L.; CASAS, G. M. V.; MONSALVE, Alejandra Salcedo. **Consumo de sustancias psicoactivas en profesionales de la salud (médicos y enfermeros) de dos IPS de primer nivel de atención en consulta externa de Bogotá.** Revista Ciencias de la Salud, v. 10, p. 87-100, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Banco de dados: cidades.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=mg>> .Acesso em 30 out.2013.

KANNO, N.P; BELLODI, P.L.; TESS, B.H. **Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento.** Saude soc., São Paulo , v. 21, n. 4, p.884-894, 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 29 nov. 2013.

LARANJEIRA, R. NICASTRI, S. **Abuso e dependência de álcool e drogas.** In: ALMEIDA, O; DRACTU,L.; LARANJEIRA,R. Manual de psiquiatria.1.ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1996.cap.7,p.184-234.

LARANJEIRA, R. et al (Coord.). **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento.**LARANJEIRA, R. (Coord.).2º Ed.São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003.

MACIEL, I.C. F; ARAUJO, T.L. **Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, 2003.

MAEDA, S.T; et al. **Recursos humanos na atenção básica: investimento e força propulsora de produção.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1651-1655, 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000800002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 dez. 2013.

MARQUES, A.C.P.R. **O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência do álcool e outras drogas e tratamento.** IMESC, São Paulo, n.3, p.73-86, 2001.

MELLO, M. L. M. de; JOSÉ, C. B. JOÃO, J. B.. **Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal.** Lisboa: Direção –Geral da Saúde,2001.

MIRANDA, F.A. N; et.al. **O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso do álcool na convivência familiar.** Rev. Eletr. Enf, vol.8, n.2, p.222-232, 2006. Disponível em <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a07.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a07.htm)> Acesso em 14 abr.2013.

MORAES, M. **Integral healthcare model for treating problems caused by alcohol and other drugs: perceptions of users, their companions and practitioners.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 121-133, 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 Dez. 2013.

MORETTI-PIRES, R.Otávio; CORRADI-WEBSTER, C.M; FURTADO, E.F. **Consumo de álcool e atenção primária no interior da Amazônia: sobre a formação de médicos e enfermeiros para assistência integral.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 219-228, Abr-Jun 2011. Disponível <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022011000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 Dez. 2013.

MORETTI-PIRES, R. O. et al . **Enfermeiro de Saúde da Família na Amazônia: conceitos e manejo na temática do uso de álcool.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 4, Aug. 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000400019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400019&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 dez. 2013.

OLIVEIRA, E.M; SPIRI, W.C. **Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional.** Revista de Saúde Pública, vol.40, n.4, p.727-733, 2006.

OLIVEIRA, G. F. de; LUCHESI, Luciana Barizon. **O discurso sobre álcool na Revista Brasileira de Enfermagem: 1932-2007.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 18, n. spe, June 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692010000700020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000700020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 06 Fev. 2013.

OLIVEIRA, M.C; RONZANI, T.M. **Estigmatização e prática de profissionais da APS referentes ao consumo de álcool.** Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 32, n. 3, p.648-661, 2012. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932012000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000300010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 25 Out. 2013.

PALM, J. **Moral concerns-treatment staff and user perspectives on alcohol and drug problems** [thesis doctorate].Stockholm: University of Stockholm, 2006.

PEREIRA, Maria Odete et al. Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária: revisão sistemática. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 3, June 2013.



PILLON, S; LARANJEIRA, R; DUNN, J. **Nurses attitudes towards alcoholism: factor analysis of three commonly used scales.** São Paulo Med. J., São Paulo , v. 116, n. 2, p. 1661-1666, 1998 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-31801998000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31801998000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 Dez. 2013.

PILLON, S.C; LUIS, M.A.V. **Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, 2004. Disponível em< <http://www.scielo.br>> Acesso em 03 jan.2013.

PILLON, S.C. **Atitudes dos Enfermeiros com Relação ao Alcoolismo: Uma avaliação de Conhecimentos.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 07, n. 03, p. 303 - 307 2005. Disponível em < <http://www.fen.ufg.br>> Acesso em: 10 set.2013.

POIARES, C.A. **Contribuição para uma análise histórica da droga.** Toxicodependências, 5. ed, n.1,p.3-12,1999.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA.** Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/?pagina=Conteudo&id=71>. Acesso em 10 de jun., 2013.

PUIG-NOLASCO, A; CORTAZA-RAMIREZ, L; CRISTINA PILLON, S. **Consumo de álcool entre estudantes Mexicanos de medicina.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 19, n. spe, 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br>> Acesso em 20 de ago.2013.

RAMOS, L.H; et al. **O ensino sobre dependência química em cursos de graduação de enfermagem no Brasil.** Rev Acta Paul Enfermagem, v.14, n.3, 2001.

RAMOS, S.P; WOITOWITZ, A.B. **Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso.** Rev. Bras. Psiquiatr. Rio de Janeiro, v.26, Supl I, p.18-22, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em 15 de set.2013.

**Relatório brasileiro sobre drogas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.** Brasília, DF, p.364, 2009. Disponível em< <http://www.obid.senad.gov.br>> Acesso em 03 de jan.2013.

REYES, N; Pilar; L; MARGARITA, A.V. **Actitud de la enfermera de un complejo hospitalario en relación al paciente alcoholico.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. spe, p. 420-426, 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692004000700018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000700018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 dez. 2014

RIST, F; GLOCKNER-RIST, A; DEMMEL, R. **The Alcohol Use Disorders Identification Test revisited:establishing its structure using nonlinear factor analysis and identifying subgroups of respondents using latent class factor analysis.** Drug Alcohol Depend. Alemanha, v.100,n 1-2, p.71-82, 2009.

ROCHA, F. M. et al. **Cuidar de dependentes de substâncias psicoativas: percepções dos estudantes de enfermagem.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 47, n. 3, June 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em 12 dez.2013.

RONZANI, T.M; et al. **Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.852-861, 2005. Disponível em < <http://www.scielo.br>> Acesso em 12 de nov.2013.

RONZANI, T. M.; MOTA, D. C. B.; SOUZA, I. C. W. de. **Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 43, supl. 1, Ago. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000800009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 Jan. 2014.

ROSENSTOCK, K.I. V; NEVES, M.J. **Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 63, n. 4,. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400013&lng=en&nrm=iso)>Acesso em 11 Jun. 2013.

SANTOS, E.C. V; MARTIN, D. **Cuidadoras de pacientes alcoolistas no município de Santos, SP, Brasil.** Rev. bras. enferm., Brasília , v. 62, n. 2, p. 194-199, 2009 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12 Dez. 2013.

SANTOS, V.O.G.; VARGENS, O.M.C. **A prática discente na construção do conhecimento sobre o fenômeno das drogas.** Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre, v. 31, n. 1, p.41-47, 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 Ago. 2013.

SEGATTO, M. L. et al . **O impacto do uso de álcool em pacientes admitidos em um pronto-socorro geral universitário.** Rev. psiquiatr. clín., São Paulo , v. 35, n. 4, 2008 .Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832008000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000400003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 02 Jan.2014.

SCHNEIDER, D.R. **Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento.** Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, p. 687-698, 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 06 Dec. 2013.

SCHNEIDER, D.R.; LIMA, D.S. de. **Implicações dos modelos de atenção a dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde.** PSICO, Porto Alegre, PUCRS, v.42, n.2, p 168-178, abr-jun.2011. Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/7153>> Acesso em 30 Dez.2013.

SIMONS, J.S.; GAHER, R.M. **Attitudes toward alcohol and drug-free experience among college students: relationships with alcohol consumption and problems.** American Journal of Drug and Alcohol Abuse, v.30, n.2, p.461-71, 2004.

SILVEIRA, P.S.da; MARTINS, L.F.; RONZANI, T.M. **Moralização sobre o uso de álcool entre agentes comunitários de saúde.** Psicologia: Teoria e Prática, v.11, n.1, p.62-75, 2009. Disponível em <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/895>> Acesso em 02 Jan.2014.

SOARES, R. G. et al . **Distância social dos profissionais de saúde em relação à dependência de substâncias psicoativas.** Estud. psicol. (Natal), Natal , v. 16, n. 1, abr. 2011 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2011000100012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2011000100012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 02 jan. 2014.

SOARES, J.; VARGAS, D. de; FORMIGONI, M. L. O. de S. **Knowledge and attitudes of nurses towards alcohol and related problems: the impact of an educational intervention.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 47, n. 5, Oct. 2013 . Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24346459>> Acesso em 30 dez.2013.

SOLDERA, M. et al. **Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 38, n. 2, p.323-328, 2004 . Disponível em < <http://www.scielo.br>> Acesso em 10 de dez.2013.

SOUZA, I.C. W. de; RONZANI, T. M.. **Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação.** Psicol. estud., Maringá , v. 17, n. 2, Jun. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722012000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000200007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 Jan. 2014.

SPRICIGO, J.S; ALENCASTRE, M.B. **O enfermeiro de unidade básica de saúde e o usuário de drogas: um estudo em Biguaçu-SC.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. spe, 2004. Disponível em < <http://www.scielo.br>> Acesso em 10 de dez.2013.

VARGAS, D. de; LABATE, R.C.; COSTA JÚNIOR, M. L. da. **Alcoolistas-Tratar ou punir: disposição de enfermeiros de hospital geral.** R.Enferm UERJ, v.11, p.188-192, 2003. Disponível em <[www.facenf.uerj.br/v11n2/v11n2a11.pdf](http://www.facenf.uerj.br/v11n2/v11n2a11.pdf)> Acesso em 06 Dez.2013.

VARGAS, D. de. **A construção de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista: um estudo psicométrico** [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

VARGAS, D. de; LABATE, R.C. **Trabalhar com pacientes alcoolistas: satisfação de enfermeiros de hospital geral**. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre, v.26, n.2, p.252-260, 2005. Disponível em <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4577> > Acesso em 10 de jul.2013.

VARGAS, D de.; LABATE, R. C. **Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente ao uso do álcool e alcoolismo**. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 59, n. 1, Feb. 2006 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 06 Jul. 2013.

VARGAS, D; LUIS, M.A.V. **Construção e validação de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, p.898-902, Out. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000500016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000500016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 de jul.2013.

VARGAS, D de.; OLIVEIRA, M. A. F. de; ARAUJO, E. C.. **Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 25, n. 8, Aug. 2009 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000800007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 06 Jul. 2013.

VARGAS, D de. **Atitudes de enfermeiros frente as habilidades de identificação para ajudar o paciente alcoolista**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 63, n. 2, p.190-195, 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 11 jul. 2013.

VARGAS, D de. **Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente às características pessoais do paciente alcoolista**. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 63, n. 6, Dec. 2010 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000600024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 06 Jul.2013.

VARGAS, D de. **Versão reduzida da escala de atitudes frente ao álcool, alcoolismo e ao alcoolista: resultados preliminares**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 4, p.918-925, Ago 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 06 Jul.2013.

VARGAS, D. de. **Atitudes de estudantes de enfermagem frente questões relacionadas ao álcool, alcoolismo e alcoolista.** Acta paul. enferm., São Paulo , v. 24, n. 5, 2011 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002011000500007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000500007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 06 Jul.2013.

VARGAS, D. de; BITTENCOURT, M. N.. **Álcool e alcoolismo: atitudes de estudantes de enfermagem.** Rev. bras. enferm., Brasília , v. 66, n. 1, Feb. 2013. Disponível em < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267028450013>> Acesso em 06 de jul.2013.

VARGAS, D. de; SOARES, J.**Publicações de enfermeiros sobre álcool e alcoolismo em anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem.** Rev. bras. enferm., Brasília , v. 66, n. 3, June 2013 . Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 06 de set.2013.

VARGAS, D. de et al . **Representação social de enfermeiros de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS AD) sobre o dependente químico.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, June 2013. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200006&lng=en&nrm=iso)>. access on 06 Jan. 2014.> Acesso em 06 dez.2013.

WHO:WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Comité de expertos de la OMS em problemas relacionados com el consumo de alcohol.** Genebra, Suíça: WHO,2006.

WHO:WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2011.**Genebra,Suíça: WHO,2011.

**APÊNDICES****APÊNDICE A- OFÍCIO A SECRETARIA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA/MG**

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

**OFÍCIO 01/2012**

Uberaba, 12 de novembro de 2012.

Ilmo Senhor,

**ASSUNTO: COLETA DE DADOS DE PESQUISA PARA O MESTRADO**

Solicitamos de V. S<sup>a</sup> autorização para que a mestranda Lucélia Marques Martins, possa proceder a coleta de dados junto aos profissionais que atuam na Atenção Primária a Saúde, sob a sua coordenação como Gestor.

Trata-se de um trabalho de mestrado intitulado, " Análise das atitudes desenvolvidas pelos profissionais da atenção primária a saúde frente ao uso de álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista sob minha orientação e que deverá se desenvolver entre os meses de fevereiro/2013 à dezembro/2013, após aprovação do CEP/UFTM (Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade federal do Triângulo Mineiro). Na oportunidade, agradecemos a atenção que nos é dedicada.

Atenciosamente,

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa**  
Coordenadora do Projeto de Pesquisa

Ilmo Senhor,  
Dr. Gladstone Rodrigues da Cunha Filho  
Secretário Municipal de Saúde de Uberlândia – SMS  
Nesta

## APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO DE INFORMAÇÕES SÓCIODEMOGRÁFICAS

**QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO SOCIO DEMOGRÁFICAS**

As perguntas que se seguem referem-se aos seus dados sóciodemográficos:

**1.Data da entrevista:** \_\_\_\_\_

**2.Data de nascimento:** \_\_\_\_\_

**3.Sexo** (*Assinale somente uma resposta*)

1.( )Feminino

2.( )Masculino

**4.Qual seu estado civil?** (*Assinale somente uma resposta*)

---

1. ( ) Solteiro (a)

2. ( ) Casado (a)

3. ( ) Viúvo (a)

4. ( ) Separado (a)/Divorciado (a)

5. ( ) União Estável

**5. Qual sua religião?**

---

1. ( ) Católico

2. ( ) Evangélico

3. ( ) Espírita

4. ( ) Sem religião

5. ( ) Outras (*especifique*)

**6. Qual sua maior titulação acadêmica?** (*Assinale somente uma resposta*)

---

1. ( ) Ensino Médio (2º grau)

2. ( ) Graduação Completa

3. ( ) Graduação Incompleta

4. ( ) Mestrado completo

5. ( ) Mestrado incompleto

6. ( ) Doutorado completo

7. ( ) Doutorado incompleto

**7. Qual sua formação acadêmica?**

---

1. ( ) Médico

2. ( ) Enfermeiro

3. ( ) Assistente Social

4. ( ) Psicólogo

5. ( ) Auxiliar de Enfermagem

6. ( ) Outra (*especifique*)

**8. Qual foi o ano que você se formou? (Se for em 2013 especifique os meses)**

---

**9. Qual a função que você exerce na Unidade de Atenção Primária a Saúde?**

---

1. ( ) Médico
2. ( ) Enfermeiro
3. ( ) Assistente Social
4. ( ) Psicólogo
5. ( ) Auxiliar de Enfermagem
6. ( ) Agente Comunitário de Saúde
7. ( ) Outra (*especifique*)

**10. Qual o tempo de atuação na Unidade de Atenção Primária a Saúde?**

---

**11. Quantos vínculos empregatícios (*empregos*) você possui?**

---

**12. Você tem contato com pacientes alcoolistas em seu ambiente de trabalho?**

---

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

**13. Você possui cursos de capacitação na área de dependência química?**

---

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

**14. Qual a natureza da capacitação**

---

1. ( ) Minicurso
2. ( ) Especialização
3. ( ) Mestrado
4. ( ) Doutorado



**ANEXOS****ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba (MG)**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP**

Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar – Bairro Nossa Senhora da Abadia  
38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854  
E-mail: [cep@pesqpg.uftm.edu.br](mailto:cep@pesqpg.uftm.edu.br)

**IDENTIFICAÇÃO**

**TÍTULO DO PROJETO:** ANÁLISE DAS ATITUDES DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE FRENTE AO USO DE ALCOOL, AO ALCOOLISMO E AO ALCOOLISTA  
**PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL:** LEILA APARECIDA KAUCHAKJE PEDROSA  
**INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:** UFTM  
**DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM:** 28/11/2012  
**PROTOCOLO CEP/UFTM:** 2521

**PARECER**

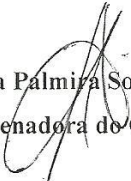
De acordo com as disposições da Resolução CNS 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM considera o protocolo de pesquisa **aprovado**, na forma (redação e metodologia) como foi apresentado ao Comitê.

Conforme a Resolução 196/96, o pesquisador responsável pelo protocolo deverá manter sob sua guarda, pelo prazo de no mínimo cinco anos, toda a documentação referente ao protocolo (formulário do CEP, anexos, relatórios e/ou Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE assinados, quando for o caso) para atendimento ao CEP e/ou à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Toda e qualquer alteração a ser realizada no protocolo deverá ser encaminhada ao CEP, para análise e aprovação.

O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início da realização do projeto.

Uberaba, 05 de julho de 2013.

  
Prof.ª Ana Palmira Soares dos Santos  
Coordenadora do CEP/UFTM

## ANEXO B – DECLARAÇÃO DE LIBERAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA/MG

DIRETORIA DE  
**GESTÃO DE PESSOAS**  
E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
**SAÚDE**

PREFEITURA DE  
**UBERLÂNDIA**  
UMA CIDADE EDUCADORA

### DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa "*Análise das atitudes desenvolvidas pelos profissionais da atenção primária a saúde frente ao uso de álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista*" será avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo os(as) pesquisadores(as) **Prof.ª Dr.ª Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa e Lucélia Marques Martins** do Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo mineiro a realizarem as etapas de abordagem dos profissionais atuantes nas Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS) e nas Unidades de Atenção Primária a Saúde da Família (UAPSF) da zona urbana e zona rural, explanação de informações referentes a finalidade e etapas do projeto de pesquisa, e realização da entrevista dispondo da infra-estrutura desta Instituição.

Atenciosamente,

*Elisa Toffoli Rodrigues*

Elisa Toffoli Rodrigues  
Coordenadora da Atenção Primária à Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia / MG



Uberlândia 24/06/2013

## ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG PROGRAMA DE MESTRADO EM ATENÇÃO A SAÚDE

Título do Projeto: **Análise das atitudes desenvolvidas pelos profissionais da atenção primária a saúde frente ao uso de álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista**

#### TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**Análise das atitudes desenvolvidas pelos profissionais da atenção primária a saúde frente ao uso de álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista**” por atuar junto a Atenção Primária a Saúde. Os avanços na área das ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é analisar as atitudes dos profissionais atuantes na Atenção Primária a Saúde frente ao uso de álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista. O uso de álcool refere-se ao consumo de bebidas alcoólicas. Entende-se por alcoolismo como uma doença advinda do uso abusivo de álcool e o termo alcoolista se refere ao indivíduo que é dependente do álcool. Caso você participe, será necessário que você responda um formulário com questões que abordem o tema. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Caso participe, faz-se necessário que você assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

## ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG  
PROGRAMA DE MESTRADO EM ATENÇÃO A SAÚDE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO**

Título do Projeto: **Análise das atitudes desenvolvidas pelos profissionais da atenção primária a saúde frente ao uso de álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista**

Eu, \_\_\_\_\_ li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi a finalidade do estudo e qual procedimento serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberlândia...../ ...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
Documento de Identidade

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador orientador

**Telefone de contato dos pesquisadores**

Pesquisadora responsável: Lucélia Marques Martins- 9185-0855 /9673-9714  
Pesquisador Orientador: Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa-3211-0857.

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3318-5854.

## ANEXO E

### ESCALA DE ATITUDES FRENTE AO ÁLCOOL, AO ALCOOLISMO E AO ALCOOLISTA (EAFAAA)- Parte 1

Instruções: o instrumento abaixo é composto de quatro fatores ou domínios que devem ser respondidos de acordo com o nível de concordância em cada um dos itens propostos. Para tanto segue abaixo a legenda de cada um dos números:

Número	Nível de concordância
1	Discordo totalmente
2	Discordo em parte
3	Estou em dúvida
4	Concordo em parte
5	Concordo totalmente

#### Fator 1: O Trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista

1	A equipe precisa de treinamento para trabalhar com o alcoolista	1	2	3	4	5
2	E preciso tomar cuidado ao trabalhar com o paciente alcoolista	1	2	3	4	5
3	Não se deve confiar em alcoolistas	1	2	3	4	5
4	O paciente alcoolista acaba sempre voltando ao serviço com o mesmo problema.	1	2	3	4	5
5	Considero paciente alcoolista o mais difícil de lidar.	1	2	3	4	5
6	O alcoolista é um paciente que nunca dá retorno do cuidado.	1	2	3	4	5
7	O alcoolista é uma pessoa de difícil contato.	1	2	3	4	5
8	Eu tenho medo de abordar o problema do alcoolismo com o paciente.	1	2	3	4	5
9	Eu tenho medo da agressividade do alcoolista.	1	2	3	4	5
10	Sinto-me frustrado quando trabalho com alcoolistas.	1	2	3	4	5
11	Quando o paciente não quer colaborar, o melhor é desistir de ajudar.	1	2	3	4	5
12	Quando trabalho com o alcoolista, não sei como conduzir a situação.	1	2	3	4	5
13	Para atender o alcoolista, é preciso contê-lo.	1	2	3	4	5
14	Penso que alcoolistas dão muito trabalho para a equipe de saúde.	1	2	3	4	5
15	Devo cuidar do alcoolista, mesmo que ele não queira.	1	2	3	4	5
16	Mesmo consciente o alcoolista desrespeita a equipe.	1	2	3	4	5
17	Sinto raiva ao trabalhar com alcoolistas.	1	2	3	4	5
18	O paciente alcoolista não aceita o que eu falo.	1	2	3	4	5
19	Alcoolistas são pacientes difíceis porque não colaboram com o tratamento	1	2	3	4	5
20	O alcoolista não leva o tratamento a sério.	1	2	3	4	5
21	Eu prefiro trabalhar com pacientes alcoolistas a trabalhar com outros pacientes.	1	2	3	4	5

## ESCALA DE ATITUDES FRENTE AO ÁLCOOL, AO ALCOOLISMO E AO ALCOOLISTA (EAFAAA)- Parte 2

### Fator 2 – Atitudes Frente ao alcoolista

22	Alcoolistas são revoltados.	1	2	3	4	5
23	O alcoolista é um doente	1	2	3	4	5
24	Alcoolistas não têm bom senso.	1	2	3	4	5
25	O alcoolista é agressivo e mal-educado.	1	2	3	4	5
26	O alcoolista é um irresponsável.	1	2	3	4	5
27	Os Alcoolistas são pacientes violentos.	1	2	3	4	5
28	Penso que pessoas que desenvolvem o alcoolismo são fracas.	1	2	3	4	5
29	O alcoolista não quer se cuidar.	1	2	3	4	5
30	Penso que o alcoolista é culpado por seus problemas de saúde.	1	2	3	4	5

### Fator 3 Atitudes frente ao alcoolismo (etiologia)

31	Percebo que o alcoolista tem baixa autoestima.	1	2	3	4	5
32	Penso que passar por um desajuste familiar leva ao alcoolismo.	1	2	3	4	5
33	O alcoolista é um indivíduo que não consegue controlar sua ingestão alcoólica	1	2	3	4	5
34	O álcool é usado como fuga	1	2	3	4	5
35	Penso que todo o alcoolista tem algo mal resolvido.	1	2	3	4	5
36	A falta de autocontrole leva ao alcoolismo	1	2	3	4	5
37	Penso que a depressão leva ao alcoolismo.	1	2	3	4	5
38	O alcoolismo está relacionado ao nível de instrução do indivíduo.	1	2	3	4	5
39	O alcoolista bebe para fugir da realidade.	1	2	3	4	5
40	O que falta no alcoolista é força de vontade.	1	2	3	4	5
41	As questões sociais levam o indivíduo a beber.	1	2	3	4	5

### Fator 4 Atitudes frente ao uso do álcool

42	Penso que as pessoas têm o direito de beber se elas quiserem.	1	2	3	4	5
43	A bebida alcoólica é agradável e traz bem-estar.	1	2	3	4	5
44	O uso de bebida alcoólica é um comportamento normal.	1	2	3	4	5
45	Beber com moderação não é prejudicial.	1	2	3	4	5
46	Eu sou contra o uso do álcool em qualquer momento.	1	2	3	4	5
47	O álcool em quantidades reduzidas é benéfico.	1	2	3	4	5
48	Eu sou a favor do beber moderado.	1	2	3	4	5
49	Doses pequenas de álcool são capazes de causar dependência.	1	2	3	4	5
50	As pessoas podem beber desde que saibam se controlar.	1	2	3	4	5