
Crenças e Comportamentos sobre Práticas de Prevenção ao Uso de Álcool Entre Pacientes da Atenção Primária à Saúde

Beliefs and Behaviors about Alcohol Use Prevention Practices among Patients of Primary Health Care

Tatiana de Castro Amato

Acadêmica de Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF - Juiz de Fora, MG, Brasil

Pollyanna Santos da Silveira

Acadêmica de Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF - Juiz de Fora, MG, Brasil

Jussara Siqueira de Oliveira

Acadêmica de Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF - Juiz de Fora, MG, Brasil

Telmo Mota Ronzani

Professor Dr. do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF - Juiz de Fora, MG, Brasil

Resumo

Objetivou-se avaliar as crenças dos pacientes da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre prevenção ao uso de álcool entre médicos e investigar a aprovação social de comportamentos relacionados ao uso de álcool. Os instrumentos foram: entrevista estruturada e o AUDIT. Compuseram a amostra 371 pacientes. O médico perguntou sobre uso de álcool a 42,6% dos entrevistados, sobre cigarro a 60,1% e outras drogas a 24,5%. As práticas preventivas, a crença "*dependentes são fracos e sem força de vontade*" e a tolerância de comportamentos relacionados ao uso de álcool associaram-se a algumas variáveis sócio-demográficas como o gênero, estado civil, renda familiar, escolaridade, religião, ser praticante de religião, idade e estar trabalhando. O comportamento mais reprovado foi consumir drogas ilícitas e o mais aprovado foi frequentar bares. Verificou-se que a prevenção não foi feita homogeneamente e que as crenças e comportamentos estão relacionados a variáveis sócio-demográficas específicas. Tais dados podem auxiliar na elaboração de práticas preventivas e políticas públicas que visem à melhoria dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde (APS); Crenças; Comportamentos; Características Sócio-Demográficas; Uso de Álcool.

Abstract

The aim of the study was to assess Primary Health Care patients' beliefs on alcohol use prevention done by physicians, and to investigate the social acceptance of alcohol use behavior. The instruments used were a structured

interview and AUDIT. The sample comprises 371 patients. The physician questioned 42,6% of the respondents about alcohol use, 60,1% about tobacco, and 24,5% about other drugs. The preventive practices, the belief "*dependents are weak and lack will power*", and whether the behavior tolerance to alcohol use related behaviors were associated with some social-demographic variables. The least tolerated behavior was to consume illicit drugs and the most accepted behavior was to visit pubs frequently. The research outcome disclosed that prevention has not been performed evenly, and that beliefs and behaviors were associated with specific social-demographic variables. This outcomes might be useful for the elaboration of preventive practices and public policies to improve health services.

Keywords: Primary Health Care (PHC); Beliefs, Behaviors; Social-Demographic Character; Alcohol Use.

Introdução

O uso de álcool é reconhecidamente um problema de saúde em todo mundo (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001; GALDURÓZ *et al.*, 2005; RONZANI, 2005; RONZANI *et al.*, 2005; CARLINI; GALDUROZ, 2007). No Brasil, existe uma estimativa de 12,3% de dependentes em população acima de 12 anos (CARLINI; GALDURÓZ, 2007) e de 6,7% de uso pesado entre adolescentes (GALDURÓZ; NOTO; FONSECA; CARLINI, 2004), com tendência de aumento de uso na população geral.

Para além da dependência, o uso de risco ou abusivo de álcool pode ser prejudicial aos indivíduos e à população geral por causa dos problemas relacionados a tal comportamento (BABOR; HIGGINS-BIDDLE 2001). Mais de 60 doenças crônicas e agudas, além de outros problemas sociais e psicológicos estão associados ao uso de álcool (ROOM; BABOR, 2005; RONZANI, 2005; RONZANI *et al.*, 2005). Por tais razões, é importante a definição de estratégias de prevenção adequadas para a minimização de tal problema (CAETANO; CURANDI, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

De uma forma geral, as estratégias de prevenção são de grande importância para vários problemas de saúde. Esta importância é ressaltada quando se considera o paradoxo da prevenção, o qual é definido pelo fato de que o número de pessoas sob risco de sofrerem algum dano à saúde é maior do que o número de pessoas que já apresentam algum problema. Dessa forma, em termos de saúde pública, as ações preventivas passam a ter grande importância para a população geral (NORSTROM, 1995). Além disso, diversos estudos demonstraram que as estratégias de prevenção, direcionadas ao ambiente e ao contexto são mais efetivas do que as direcionadas apenas ao indivíduo (LARANJEIRA; ROMANO 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Todavia, apesar de sua importância e eficiência comprovadas, existem diversos problemas para a efetivação das estratégias preventivas no Brasil (RONZANI; STRALEN, 2003). Fatores como a formação, crenças e atitudes dos profissionais de saúde (RONZANI, 2007) e da priorização das políticas

de prevenção, são fundamentais para a efetivação de algumas ações. Além disso, a diferença entre a estrutura e a organização dos serviços está associada ao grau de envolvimento dos profissionais em práticas de prevenção. Tais obstáculos são relacionados não somente a profissionais, mas também aos usuários e ao sistema de saúde (LOPEZ-DE-MUNAIN; TORCAL; LOPEZ ; GARAY, 2001).

Existem evidências crescentes de que as estratégias de prevenção dependem do contexto em que tais ações são planejadas. O sucesso da efetivação de estratégias de prevenção está relacionado principalmente a: definição da população a ser atendida, infra-estrutura adequada, políticas de prevenção evidentes, determinadas características de culturas organizacionais e às atitudes dos profissionais, gestores e população geral sobre o tema (HOPKINS; LENZ; PONTES; LIN; MUNDINGER, 2005).

Em relação às atitudes que as pessoas têm acerca do uso de álcool, as principais preocupações estão relacionadas com o marketing e a propaganda que enfatizam as bebidas alcoólicas, podendo influenciar direta ou indiretamente o comportamento de uso da população e as decisões das políticas públicas sobre o álcool e outras drogas (LARANJEIRA; ROMANO 2004; NOTO *et al.*, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

A prevenção do uso de álcool e outras drogas deve ir além da prevenção direta aos Transtornos por Uso de Substâncias, atingindo também vários outros problemas de saúde como: problemas de saúde crônicos ou agudos associados, violência, acidentes automobilísticos, comportamento sexual de risco, tentativas de suicídio, problemas familiares, laborais e no rendimento acadêmico, dentre outros (BARKIN; DURANT, 2002; MELONI; LARANJEIRA 2004). Dessa forma, o uso de álcool e de outras substâncias deixam de ser um problema exclusivamente de saúde mental, sendo fundamental a avaliação do uso nos diversos níveis de atenção à saúde (CAETANO; CURANDI 2002).

Por isso, algumas experiências de prevenção ao uso de álcool em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) estão sendo propostas no mundo e no Brasil, se tornando uma alternativa e uma estratégia de prevenção secundária viável (CORRADI-WEBSTER *et al.*, 2005; RONZANI, 2005; RONZANI, *et al.*, 2005). Tais ações consistem na utilização de instrumentos de triagem associados a uma técnica de prevenção secundária denominada Intervenção Breve (CORRADI-WEBSTER, *et al.*, 2005; FORMIGONI, 1992, RONZANI, 2005), desenvolvidos como ferramentas de prevenção secundária.

Todavia, existem alguns problemas para a efetivação de tais estratégias nos serviços de APS (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001; RONZANI, 2005; RONZANI, *et al.*, 2005). Dentre as várias barreiras encontradas em estudos anteriores, destacam-se, entre os profissionais de APS, as crenças e atitudes negativas em relação ao trabalho de prevenção ao uso de álcool e em relação aos usuários. Entre essas crenças, dos profissionais da APS, cita-se que os pacientes se sentiriam ofendidos ao serem indagados sobre

o uso de álcool por este comportamento ser socialmente aceito (AMARAL; RONZANI; FORMIGONI, 2007; RONZANI, *et al.*, 2005). Além disso, o usuário muitas vezes é estigmatizado por seu uso, dificultando o acesso ao tratamento e prevenção e a abordagem adequada ao problema.

O estudo das crenças e atitudes em saúde torna-se cada vez mais importante, pois se constata o aumento da incidência de doenças crônicas, onde o aspecto comportamental no tratamento e prevenção apresenta cada vez mais importância. Portanto, as atitudes que a população ou profissionais apresentam sobre determinada situação de saúde serão fundamentais para a qualidade do atendimento, adesão ao tratamento e atividades de prevenção (BERGER; WAGNER; BAKER, 2005; FORTNEY, *et al.*, 2004). Além disso, o entendimento dos sistemas de crenças e valores em saúde que determinada população compartilha torna mais adequada e contextualizada as ações e planejamentos para pessoas e populações específicas (GOUVEIA, 2006).

O objetivo do presente estudo foi avaliar as crenças dos pacientes de serviços de Atenção Primária à Saúde do município de Juiz de Fora-MG sobre práticas de prevenção ao uso de álcool entre médicos, bem como investigar a aprovação social de determinados comportamentos com o uso de álcool.

MÉTODO

Local

Juiz de fora é uma cidade de Minas Gerais, localizada na região da Zona da Mata, com uma população de aproximadamente 501 mil habitantes. Os serviços de APS são compostos por 40 unidades básicas de saúde (UBS) distribuídas nas regiões da cidade.

Participantes

Os 371 participantes foram recrutados nas UBS, entre os meses de abril e novembro de 2006. O critério para entrevista foi estar à espera de consulta com o médico ou ter sido consultado pelo médico da unidade de saúde nos últimos 12 meses.

Descrição da Amostra (N=371)	Porcentagem	Trabalha Atualmente	Porcentagem
51-85	30,2%	Não	51,20%
42-50	15,7%	até 2 salários	62,3%
31-40	15,7%	de 2 a 5 salários	30,3%
21-30	15,7%	Outras/ acima de 5 salários não determinadas	3%
11-20	15,7%		4,0%
Estado Civil		Religião	
Solteiro	31,8%	Católica	62,3%
Casado/Vive com companheiro	56,1%	Evangélica	30,3%
41-50	24,5%		
Divorciado	5,9%		

Viúvo	6,2%	Sem religião	3,5%
Escolaridade		Gênero	
até 1º grau	71,4%	Feminino	59%
acima do 1º grau	28,6%	Masculino	41%

Instrumentos

No primeiro momento da entrevista foi utilizado um questionário estruturado, elaborado pela equipe de pesquisa, o qual se dividiu em condição sócio-econômica e crenças dos participantes. Na primeira parte do questionário avaliaram-se os aspectos sociais e econômicos dos participantes, tais como: profissão, religião, renda, escolaridade, idade e gênero. Na segunda, avaliaram-se, por meio de escalas do tipo *Likert*, as crenças sobre práticas de prevenção ao uso de álcool, que variaram de 1 (*"concordo totalmente"*) a 4 (*"discordo totalmente"*) e a aprovação sobre os comportamentos de outras pessoas de *"freqüentar bares"*, *"consumir bebidas alcoólicas"*, *"jogar jogos de azar"*, *"fumar"*, *"beber em casa na presença dos filhos"* e *"consumir drogas ilícitas"* que variaram de 1 (*"desaprovo totalmente"*) a 5 (*"aprovo totalmente"*).

No segundo momento foi aplicado um instrumento de rastreamento do padrão do consumo de álcool – AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) – aos usuários do serviço de atenção primária. O AUDIT é um instrumento desenvolvido pela OMS que avalia o uso recente (nos últimos doze meses) de álcool. Através desse instrumento é possível classificar o tipo de consumo de álcool do participante em uma de suas quatro zonas de risco: Zona I (abstinente, até 7 pontos); Zona II (uso de risco, de 8 a 15 pontos); Zona III (uso nocivo, de 16 a 19 pontos) e Zona IV (provável dependência, acima de 20 pontos) (BABOR; HIGGINS-BIDDLE; SAUNDERS; MONTEIRO, 2003).

Procedimentos

As unidades de saúde foram sorteadas de acordo com a divisão da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora - MG em 7 regiões geográficas. Para cada região sortearam-se 50% das UBS, onde seria feita a coleta dos dados, por acadêmicos de Psicologia devidamente treinados.

Com o objetivo de evitar vieses de idade e gênero, a amostra foi estratificada com a mesma proporção para estas variáveis. A idade foi dividida por faixas etárias que variavam entre 18 e 28 anos; 29 e 40 anos; 41 e 50 anos e acima de 50 anos. Para cada intervalo desses, foram entrevistados três homens e três mulheres.

As entrevistas foram realizadas na sala de espera das unidades de saúde. Primeiramente, o paciente era abordado sobre sua condição

socioeconômica e crenças, através de um questionário, e, posteriormente, sobre seu consumo de álcool através do instrumento de avaliação do padrão de consumo de álcool (AUDIT).

Análise de dados

Para fins de análise dos dados, algumas variáveis foram codificadas e recodificadas com intuito de facilitar o processamento das informações.

A "idade" que correspondia às faixas etárias pré-estabelecidas para a composição da amostra, foi recodificada a partir da mediana. A nova classificação constituiu-se de "até 43 anos" e "acima de 43 anos". A "escolaridade" foi dividida entre aqueles que possuíam "até o primeiro grau" e aqueles que possuíam escolaridade superior a esta ("acima do primeiro grau"), uma vez que a amostra caracterizou-se por uma concentração na escolaridade mínima e as outras categorias se dividiram muito. A variável "renda" foi agrupada em três categorias segundo a própria disposição da amostra: "até um salário mínimo"; "de dois a cinco salários mínimos"; e "acima de cinco salários".

A "religião" também foi recodificada para fins de análise de acordo com a classificação do censo demográfico da população brasileira, feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000). A divisão foi realizada entre católicos, evangélicos, outras religiões ou não determinadas, e sem religião. A categoria outra religião/não determinada era composta por pessoas que declararam religião diferente das referidas acima e por aqueles que declararam ser praticante de mais de uma religião. A categoria sem religião referia-se àqueles que se declararam sem vínculo institucional ou relataram ser ateus.

Para a codificação da variável uso de risco realizaram-se dois agrupamentos, um entre aqueles que foram classificados como abstêmios e os que faziam uso de baixo risco; e outro entre aqueles com uso de risco, uso nocivo e provável dependência. O primeiro grupo compôs a categoria dos que não fazem uso de risco, que foi composto daqueles que atingiram de 0 a 7 pontos no AUDIT. O segundo grupo foi constituído dos que fazem uso de risco, que atingiram pontuação entre 8 e 40 no mesmo teste.

As crenças foram avaliadas através de frases afirmativas, com as quais o entrevistado podia concordar ou discordar, totalmente ou parcialmente. Para fins de análises estatísticas foram mantidas apenas duas categorias: concordo e discordo, enquanto para avaliar a aprovação de comportamentos foram mantidas três: desaprovo, nem aprovo nem desaprovo e aprovo. Inicialmente havia cinco categorias: desaprovo totalmente ou parcialmente, nem aprovo nem desaprovo, aprovo totalmente ou parcialmente, .

Análise estatística

Utilizou-se o teste Qui-Quadrado (X^2) para avaliar se existe diferença entre as frequências observadas e as esperadas para as práticas de prevenção, comportamentos e crenças, quando cruzadas com variáveis sociodemográficas. Esse mesmo teste (X^2) foi utilizado para as análises

Tabela 2. Distribuição de práticas de prevenção dos médicos, crenças e comportamentos.

dos padrões de consumo de álcool com as práticas de prevenção entre os médicos e as crenças dos pacientes. O teste *Kolmogorov-Smirnov* foi aplicado para verificar a distribuição normal da soma do AUDIT. A partir dessa verificação, utilizou-se a correlação de *Spearman* entre a soma do AUDIT e a reprovação social dos comportamentos avaliados. O teste não paramétrico *Mann-Whitney* foi utilizado para avaliação das diferenças do escore médio do AUDIT e as médias de reprovação social dos comportamentos avaliados.

Resultados

Sobre a prática dos médicos em perguntar aos pacientes sobre o consumo de algumas substâncias, a maior porcentagem de respostas positivas foi para o consumo de cigarro (60%), seguido do álcool (42,6 %) e outras drogas (24,5%). Por outro lado, quando questionados se sentiriam ofendidos caso o médico perguntasse sobre o consumo de álcool, a grande maioria (99,2%) respondeu negativamente. Afirmaram também que o médico deveria perguntar sobre o uso de álcool durante as consultas (97%) ou ainda que deveria haver prevenção ao uso de álcool no posto de saúde (92,2%).

Tabela 2. Distribuição de práticas de prevenção dos médicos, crenças e comportamentos.

Práticas de prevenção	Não	Sim
Seu uso de álcool?	57,40%	42,60%
Sobre seu uso de cigarro?	39,60%	60,10%
Sobre outras drogas?	75,50%	24,50%
Crenças	Concordo	Discordo
Você se sentiria ofendido se o médico te perguntasse sobre o seu uso de álcool.	0,80%	99,20%
O médico deveria perguntar sobre o uso de álcool.	97,00%	3,00%

Quem bebe e não consegue parar é fraco e sem força de vontade.	76,80%	23,20%
A prevenção ao álcool deve ser realizada no posto de saúde.	92,20%	7,80%

Comportamentos	Aprovo	Nem aprovo Nem desaprovo	Desaprovo
Fumar	5,10%	11,60%	83,30%
Consumir bebidas alcoólicas.	7,80%	18,60%	73,60%
Frequêntar bares.	35,60%	22,10%	42,30%
Beber em casa na presença dos filhos.	5,70%	6,70%	87,60%
Jogos de azar.	10,50%	11,90%	77,40%
Consumir drogas ilícitas.	0,00%	2,40%	97,60%

Sobre as crenças sobre usuários de álcool, houve uma alta frequência (76,8%) de concordância entre os participantes com a proposição "as

peças que bebem e não conseguem parar são fracas e sem força de vontade" (Tabela 2).

Foi observado alto índice de desaprovação para os comportamentos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, exceto para "frequêntar bares", cuja opinião ficou dividida entre aprovar e desaprovar. No caso de consumir drogas ilícitas, nenhum participante aprovou este comportamento (Tabela 2).

Apesar de 70% dos entrevistados considerarem o usuário de álcool, que não consegue parar de beber, fraco e sem força de vontade (Tabela 2), o consumo de bebidas alcoólicas foi o segundo comportamento mais tolerado por eles (Figura 1). Estes dados demonstram uma grande contradição por parte dos participantes, que é reflexo de nossa sociedade, a qual, por um lado, estigmatiza o usuário e, por outro, apresenta aprovação social ao consumo de álcool.

Tabela 3. Comparações entre variáveis sociodemográficas e práticas de prevenção dos médicos.

Religião	No último ano seu médico perguntou sobre seu uso de:								
	álcool			cigarro			outras drogas		
	Sim (%)	Não (%)	χ^2	Sim (%)	Não (%)	χ^2	Sim (%)	Não (%)	χ^2
Católica	47,3	52,7	0,00	63,6	36,4	0,03	25,8	74,2	0,50
Evangélica	40,4	59,6	0,4	48,6	51,4	0,29	21,7	78,3	0,55
Outras/não	13,3	86,7	0,03	40,0	60,0	0,02	40,0	60,0	0,00
Escolaridade									
Sem religião	30,8	69,2	0,00	69,2	30,8	0,00	23,1	76,9	0,00

Gênero									
Feminino	37,4	62,6	0,01	58,3	41,7	0,38	20,5	79,5	0,03
Masculino	50,0	50,0	9	36,8	63,2	8	30,3	69,7	7
Trabalha									
Sim	38,1	61,9	0,09	56,1	43,9	0,13	29,3	70,7	0,04
Não	46,8	53,2	4	64,2	35,8	7	20,0	80,0	1

Teste de Qui-Quadrado (X^2)

Foram realizadas comparações entre as práticas de prevenção e algumas variáveis sócio-demográficas como gênero, estado civil, renda familiar, escolaridade, religião, praticante de religião, idade e trabalho (Tabela 3). Observamos que os homens responderam positivamente com maior frequência (50,0%) do que as mulheres (37,4%) na pergunta: *“No último ano, seu médico perguntou sobre seu uso de álcool?”* (Qui-quadrado, calculado (X^2) = 5,8; $p=0,010$). Em relação à escolaridade, observou-se que aqueles que tinham até primeiro grau completo responderam positivamente com mais frequência (47,3%) do que os que tinham escolaridades superior ao primeiro grau (30,2%) ($X^2=9,1$; $p=0,030$) para a mesma pergunta.

Com relação à variável religião, as maiores porcentagens entre aqueles que responderam que o médico não havia perguntado sobre o seu uso de álcool foram os que tinham outras religiões/não determinada (86,7%), seguidos por sem religião (69,2%), católicos (58,4%) e evangélicos (50,0%) ($X^2= 8,6$; $p=0,035$). Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas nas comparações entre o médico ter perguntado sobre o uso de álcool do paciente com as variáveis: estado civil, renda familiar, ser praticante de religião, idade e estar trabalhando.

A comparação entre as respostas para as mesmas variáveis sócio-demográficas citadas e a pergunta *“No último ano, seu médico perguntou sobre seu uso de cigarro?”*, observou-se que entre os que tinham escolaridade inferior ao 1º grau (63,6%) responderam mais positivamente à pergunta se comparados aos que tinham escolaridade superior ao 1º grau (51,4%) ($X^2= 4,7$; $p= 0,034$). Nas demais comparações para as outras variáveis, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas.

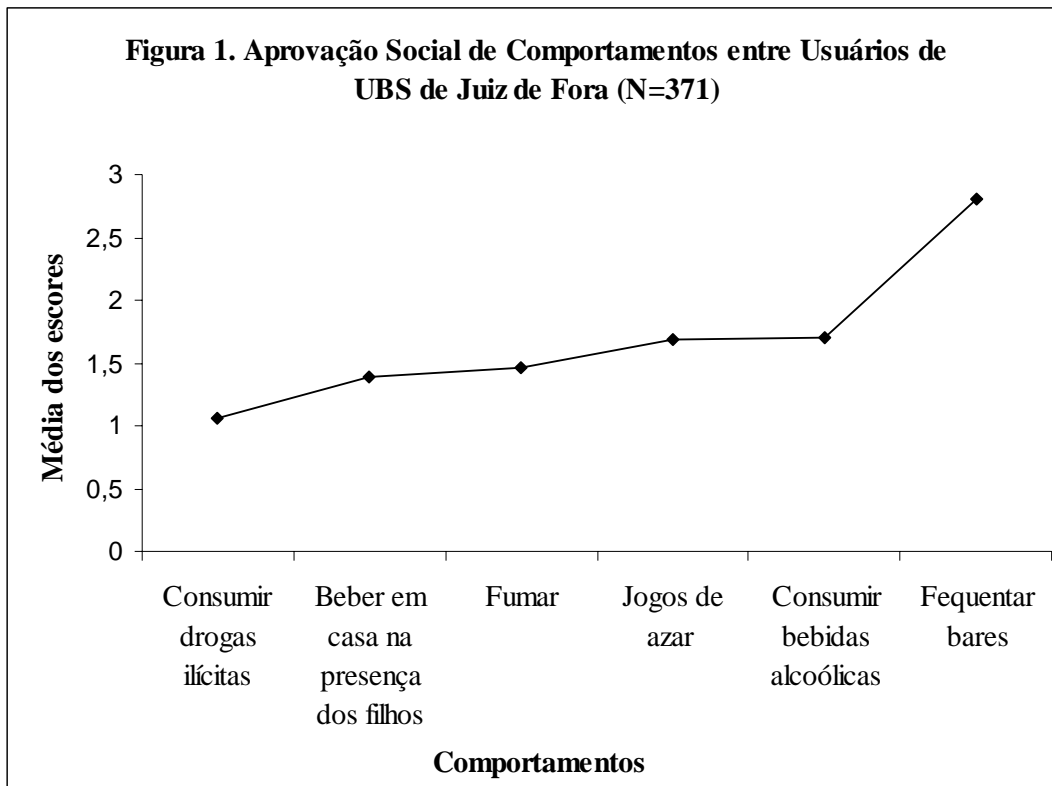
Na análise da relação entre a pergunta *“No último ano, seu médico perguntou sobre seu uso de outras drogas?”* com as variáveis sócio-demográficas, entre as que foram estatisticamente significativas, observou-se que os homens foram mais perguntados pelo uso de droga (30,3%) em comparação às mulheres (20,5%) ($X^2 = 4,6$; $p=0,037$). Observou-se ainda que os que trabalhavam, apresentaram maior frequência de resposta positiva (29,3%) do que os que não trabalhavam ($X^2=4,3$; $p=0,041$). Na análise da relação entre essa prática preventiva

com as variáveis estado civil, idade, renda familiar e ser praticante de religião não foi encontrada diferença estatística significativa.

Analisaram-se ainda as freqüências de respostas para as proposições relativas a algumas crenças dos participantes sobre a prevenção ao uso de álcool no posto de saúde e o uso da bebida para as variáveis gênero, escolaridade, religião, praticante de religião, idade, estado civil, renda familiar e trabalho. A primeira proposição, "*Você se sentiria ofendido se seu médico te perguntasse sobre o seu uso de álcool*", apresentou diferença estatística no seu cruzamento com a variável escolaridade, apenas para os participantes com menos de 43 anos. Também na segunda pergunta, "*Você acha que o médico do posto de saúde deveria perguntar sobre o uso de álcool dos pacientes*" e a mesma variável a diferença estatística se revelou para menores de 43 anos. A última proposição, "*Você acha que a prevenção ao uso de álcool deve ser realizada no posto de saúde*" também apresentou diferença estatística significativa influenciada pela idade para a variável trabalho. A significância surgiu somente entre os sujeitos que tinham idade superior a 43 anos.

Contudo, na proposição "*Você acha que as pessoas que bebem e não conseguem parar são fracas e sem força de vontade*", os participantes com renda acima de 5 salários mínimos ($X^2 = 12,3$; $p = 0,002$), os não praticantes de alguma religião ($X^2 = 6,9$; $p = 0,011$) e os abaixo de 43 anos ($X^2 = 6,8$; $p = 0,010$) e os que estudaram acima do 1º. grau ($X^2 = 13,8$; $p = 0,000$), tenderam a ter maior discordância com a proposição.

Verificou-se a média de aprovação social dos comportamentos de fumar, consumir bebidas alcoólicas, freqüentar bares, beber em casa na presença dos filhos, participar de jogos de azar e consumir drogas ilícitas entre os participantes da pesquisa. O comportamento que obteve maior índice de aprovação foi o de freqüentar bares, enquanto que o maior índice de reprovação foi o referente ao comportamento de consumir drogas ilícitas (Figura 1). Contudo, não houve diferença significativa na análise inferencial sobre o escore médio do AUDIT e as médias de reprovação social dos comportamentos avaliados.



As pessoas com mais de 43 anos (90,5%), viúvas (95,7%), com escolaridade até 1^o grau (86,7%), mulheres (87,7%) e as praticantes de alguma religião (88,5%), foram as que mais reprovaram o comportamento de fumar ($p < 0,05$).

Os participantes acima de 43 anos (86,6%), que não trabalhavam (80,0%), com escolaridade até o primeiro grau (80,7%), viúvos (95,70%), com renda familiar até 1 salário mínimo (79,8%), evangélicos (88,4%) ou praticantes de alguma religião (81,6%) foram os que mais reprovaram o comportamento de consumir bebidas alcoólicas ($p < 0,01$).

Os participantes acima de 43 anos (50,3%), com escolaridade até 1^o grau (50,4%), viúvos (60,90%), com renda familiar de até 1 salário mínimo (56,3%), evangélicos (64,3%) e praticantes de alguma religião (47,9%) foram os que apresentaram maior índice de reprovação para o comportamento de frequentar bares ($p < 0,01$).

Os participantes que não trabalhavam (83,2%) e com renda até 1 salário mínimo (79,8%) reprovaram com mais freqüência o comportamento de jogar jogos de azar ($p < 0,05$).

Sobre o comportamento de beber em casa na presença dos filhos, não houve diferença para as variáveis estudadas. As mulheres (99,5%) e os que tinham renda familiar acima de 5 salários mínimos (100,0%) foram os que mais reprovaram o uso de drogas ilícitas ($p < 0,05$).

Realizou-se uma análise de correlação entre os graus de aprovação dos comportamentos avaliados pelos participantes e o escore do AUDIT.

Houve correlação positiva entre o grau de aprovação para o comportamento de consumir bebidas alcoólicas e o consumo de álcool ($R=0,420$; $p=0,000$). Para os outros comportamentos e o escore do AUDIT foram observadas correlações fracas, sendo que para o ato de fumar foi $R=0,227$; $p=0,000$, para freqüentar bares foi $R=0,254$; $p=0,000$, para beber em casa na presença dos filhos foi $R=0,169$; $p=0,001$ e para drogas ilícitas foi $R=0,197$; $p=0,000$. No caso de jogos de azar, a correlação não foi significativa ($R=0,049$; $p=0,347$). Ainda, ao se avaliar a relação entre o padrão de uso de álcool dos pacientes e a freqüência dos médicos de realizar a prevenção do uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, não foram observadas diferenças entre os grupos. Também se observou que fazer pelo menos uso de risco de álcool não teve relação com as crenças avaliadas.

Discussão

É esperado que os serviços de APS desenvolvam práticas de prevenção e promoção de saúde, inclusive abordando o uso de substâncias (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001; RONZANI *et al.*, 2005). Os dados nos sugerem que, apesar de questionar sobre o consumo de álcool e outras drogas, os médicos não têm abordado os pacientes homogeneamente, nem com a freqüência esperada. A associação entre as variáveis sócio-demográficas e o questionamento sobre uso de substâncias sugere que os médicos podem estar associando certos perfis ao uso de substâncias, entretanto, se fazem necessários estudos mais específicos, a fim de investigar melhor essa questão.

Uma tentativa de inclusão de rastreamento e intervenção breve para uso de álcool nos serviços de APS de Juiz de Fora - MG revelou que os profissionais sentem um certo desconforto ao tocarem no assunto com seus pacientes (RONZANI, *et al.* 2005). Contudo, ao serem questionados se iriam se sentir ofendidos caso o médico perguntasse sobre o consumo de álcool, a grande maioria respondeu negativamente. Nesse sentido, a principal crença sobre os pacientes (AMARAL, *et al.* 2007; RONZANI *et al.*, 2005) não se confirmou, sugerindo que os profissionais muitas vezes lidam com limitações pessoais ao abordarem questões como o uso de substâncias psicotrópicas. Além disso, a maioria dos pacientes concordou com a prevenção ao uso de álcool nos postos de saúde.

Seguindo o pressuposto de que crenças e atitudes dos profissionais e usuários dos serviços de saúde influenciam o desenvolvimento de estratégias preventivas (LOPEZ-DE-MUNAIN, *et al.*, 2001), tais crenças podem ser um entrave às práticas de prevenção ao uso de álcool. Apresenta-se concomitantemente a estigmatização do alcoolismo na sociedade e a aprovação social do comportamento de consumir bebidas alcoólicas.

Apesar de o presente estudo avaliar uma população específica e abranger apenas um município, os dados são relevantes, pois identificaram fatores fundamentais sobre o consumo de álcool, crenças e comportamentos dos usuários da APS que até então não haviam sido explorados no Brasil. As informações sobre o consumo de álcool na APS ainda são precárias para promoverem a elaboração de práticas preventivas nesse nível de atenção à saúde devido à escassez de estudos que se dedicam a essa avaliação (CAETANO; CUNRADI, 2002; DUARTE; CARLINI-COTRIM, 2000).

A avaliação do perfil, das crenças e dos comportamentos dos usuários deste serviço pode facilitar a identificação das populações de risco e assim auxiliar o trabalho dos profissionais dessa área. Esses dados revelam características da população avaliada, que, quanto mais conhecida, as intervenções tendem a ser mais bem planejadas e conseqüentemente mais efetivas (HOPKINS, *et al.*, 2005), ao passo que as atitudes que a população tem em relação ao uso de álcool podem influenciar direta ou indiretamente o comportamento desse uso (LARANJEIRA; ROMANO, 2004; NOTO *et al.*, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Apesar de o estudo ter se limitado à população de uma cidade, é possível sua replicação em outros contextos, para que dados mais precisos e abrangentes sejam avaliados.

Ademais, a identificação dessas atitudes pode direcionar estratégias de políticas públicas preventivas ao uso de álcool e outras drogas. A partir da avaliação da dimensão do problema, podem-se propor modelos de intervenção mais adequados, além de auxiliar os profissionais na confecção de políticas públicas que abordem aspectos específicos para a comunidade em questão nos serviços de atenção primária à saúde.

Referências Bibliográficas

- AMARAL, M.B.; RONZANI, T.M.; FORMIGONI, M.L.O.S.. The implementation process of screening and brief intervention programs for alcohol abusers in primary health care. **Alcoholism-Clinical and Experimental Research**, Indianapolis, v. 31, n. 6, p. 117A-117A, 2007.
- BABOR, T.; HIGGINS-BIDDLE, J.C. **Brief Intervention for Harzardous and Harmful Drinking**. Geneva : World Health Organization, 2001.
- BABOR, T.F.; HIGGINS-BIDDLE, J.C.; SAUNDERS, J.B.; MONTEIRO, M.G. **AUDIT**: Teste para Identificação de Problemas de Álcool – roteiro para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003.
- BARKIN, S.L.; SMITH, K.S.; DURANT, R.H. Social Skills and Attitudes Associated with Substance Use Behaviors Among Young Adolescents. **Journal of Adolescent Health**, São Francisco, v.30, p. 448-454, 2002.
- BERGER, M.; WAGNER, T.H.; BAKER, L.C.. Internet use and stigmatized illness. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 61, p. 1821-1827, 2005.

CAETANO, R.; CUNRADI, C.. Alcohol dependence: a public health perspective. **Addiction**, Edinburgh, v. 97, n. 6, p. 633-645, 2002.

CARLINI, E.A.; GALDUROZ, J.C. (2007). **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas. 2007.

CORRADI-WEBSTER, C.M.; MINTO, E.C.; AQUINO, F.M.C.; ABADE, F.; YOSETAKE, L.L.; GORAYEB, R., *et al.* Capacitação de Profissionais do Programa de Saúde da Família em Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves para o Uso Problemático de Álcool. **Revista Smad**, São Paulo, ano 1, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigo_titulo.asp?rnr=49>. Acesso em: maio de 2007.

DUARTE, P.C.A.V.; CARLINI-COTRIM B. Álcool e violência: estudo dos processos de homicídio julgados nos Tribunais do Júri de Curitiba, PR, entre 1995 e 1998. **Jornal Brasileiro de Dependência Química**, v. 1, n.1, p. 17-25, 2000.

FORMIGONI, M.L.O.S. **A Intervenção Breve na Dependência de Drogas**. A Experiência Brasileira. São Paulo: Lemos, 1992.

FORTNEY, J.; MUKHERJEE, S.; CURRAN, G.; FORTNEY, S., HAN, X.; BOOTH, B.M.. Factors Associated With Perceived Stigma for Alcohol Use and Treatment Among At-Risk Drinkers. **Journal of Behavioral Health Services and Research, Rockville**, v. 31, n. 4, p. 418-429, 2004.

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; FONSECA, A.M.; CARLINI, E.A.. **V Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas Entre os Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2004.

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO A.R.; FONSECA, A.M.; CARLINI, E.A. **V Levantamento sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID; 2005.

GOUVEIA, V.V. **Psicologia Social dos Valores Humanos**. São Paulo: Editora SENAC, 2006.

HOPKINS, C.H.; LENZ, E.R.; PONTES, N.M.; LIN, S.X.; MUNDINGER, M.O.. Context of care or provider training: the impact on preventive screening practices. **Preventive Medicine**, San Diego, v. 40, p. 718-724, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Senso demográfico Brasileiro. In: **Censo Demográfico 2000 Características gerais da população** - Resultados da amostra. 2000. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2000/populacao/Brasil/. Acesso em: maio de 2007.

LARANJEIRA, R.; ROMANO, M.. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 1, p. 68-77, 2004.

LOPEZ-DE-MUNAIN, J.; TORCAL, J.; LOPEZ, V.; GARAY, J. Prevention in routine general practice: activity patterns and potential promoting factors. **Preventive Medicine**, San Diego, v. 32, n. , p. 13-22, 2001.

MELONI, J.N.; LARANJEIRA, R. Custo Social e de Saúde do consumo de álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.26, Supl I, p. 7-10, 2004.

NORSTROM, T. Prevention Strategies and Alcohol Policy. **Addiction**, Edinburgh, v. 90, p. 515-524, 1995.

NOTO, A.R.; BAPTISTA, M.C.; FARIA, S.T.; NAPPO, S.A.; GALDURÒZ, J.C.E.; CARLINI, E.A. Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos e jornais publicados em revistas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 69-79, 2003.

RONZANI, T.M.; STRALEN, C.J. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 6, n. 2, p. 99-107, 2003.

RONZANI, T.M.. **Avaliação de um Processo de Implementação de Estratégias de Prevenção ao Uso Excessivo de Álcool em Serviços de Atenção Primária à Saúde**: entre o ideal e o possível. 2005. 159 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Departamento de Psicobiologia, Escola Paulista de Medicina, São Paulo.

RONZANI, T.M.; RIBEIRO, M.S.; AMARAL M.B.; FORMIGONI, M.L.O.S. 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.

RONZANI, T.M. A reforma curricular nos cursos de saúde: qual o papel das crenças?. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.31, n. 1, p. 38-43, 2007.

ROOM, R.; BABOR, T.. Alcohol and public health. **Lancet**, London, v. 365, p. 519-530, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Status Report On Alcohol**. Geneva: World Health Organization, 2001

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Status Report: Alcohol Policy**. Geneva: World Health Organization, 2004.

Recebido em: 31/10/2007

Aceito para publicação em: 01/10/2008

Endereço eletrônico: tatiamato@yahoo.com.br; pollyannapsi@yahoo.com.br; jussara-psi@hotmail.com; telmo.ronzani@ufjf.edu.br.

Editor responsável: Eleonôra Torres Prestrelo