



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA
FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Natália Rocha Henriques Magela

**O Álcool na Atenção Primária à Saúde: a Atitude dos
Profissionais de Saúde na Abordagem do Consumo, uso
Abusivo e do Alcoolismo**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Botucatu, Universidade
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Campus de Botucatu, para a obtenção do
Título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a Dra. Flávia Helena Pereira Padovani

Coorientadora: Prof^a Dra. Patricia Rodrigues Sanine

Botucatu

2021

Natália Rocha Henriques Magela

O Álcool na Atenção Primária à Saúde: a Atitude dos Profissionais de Saúde na
Abordagem do Consumo, uso Abusivo e do Alcoolismo

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Botucatu, Universidade
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Campus de Botucatu, para a
obtenção do Título de Mestre em Saúde
da Família.

Orientadora: Prof^a Dra. Flávia Helena Pereira Padovani

Coorientadora: Prof^a Dra. Patricia Rodrigues Sanine

Botucatu

2021

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Magela, Natalia Rocha Henriques.

Álcool na atenção primária à saúde : a atitude dos profissionais de saúde na abordagem do consumo, uso abusivo e do alcoolismo / Natalia Rocha Henriques Magela. - Botucatu, 2021

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Flávia Helena Pereira Padovani
Coorientador: Patricia Rodrigues Sanine
Capes: 40602001

1. Alcoolismo. 2. Atenção primária à saúde. 3. Bebidas alcoólicas - Consumo. 4. Pessoal da saúde.

Palavras-chave: Alcoolismo; Atenção primária à saúde; Atitude do pessoal de saúde; Consumo de bebidas alcoólicas.

Álcool na Atenção Primária à Saúde: a Atitude dos Profissionais de Saúde na
Abordagem do Consumo, uso Abusivo e do Alcoolismo

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Botucatu, Universidade
Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho",
Câmpus de Botucatu, para a obtenção do
Título de Mestre em Saúde da Família.

Botucatu, 30 de julho de 2021

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Flávia Helena Pereira Padovani

Prof. Dr. Thiago da Silva Domingos

Prof. Dra. Josiane Fernandes Lozigia Carrapato

Dedico este trabalho a Deus que me deu forças e saúde para estudar em meio ao enfrentamento da pandemia do novo coronavírus.

Também ao meu marido, meus pais, irmãos e colegas de trabalho que sempre me apoiaram.

“(…), mas aqueles que esperam no Senhor renovam as suas forças. Voam alto como águias; correm e não ficam exaustos, andam e não se cansam.

(BÍBLIA, Isaías 40:29-31, 2000)

RESUMO

O consumo abusivo de álcool associa-se a um grande número de morbidades como mortes e várias condições de saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS), por seus atributos de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado e abordagem centrada na família e na comunidade, é o local com melhores condições para abordar o consumo de álcool como fator de risco a inúmeras doenças. Apesar disso, a identificação precoce do bebedor de risco ainda é deficiente, principalmente, para os padrões de uso que não caracterizam dependência. Considera-se que as atitudes dos profissionais, construídas socialmente, impactam em sua prática, podendo explicar a aparente dificuldade de abordagem do uso de álcool. Este estudo tem como objetivo analisar as atitudes de profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde quanto ao consumo e uso abusivo de álcool e o alcoolismo. Trata-se de um Estudo de Caso exploratório, que utiliza recorte transversal e abordagem quantitativa, de serviços de APS de um município de médio porte da região central do interior do estado de São Paulo. Foi enviado para todos os médicos e enfermeiros da APS um formulário eletrônico contendo questões estruturadas de resposta única, que abordavam características sociodemográficas e informações sobre seu consumo de álcool (extraídas do instrumento AUDIT-C) e sua atitude com os usuários do serviço frente ao álcool - consumo, uso abusivo e alcoolismo (extraídas do instrumento EAFAAA). Foram realizadas as análises estatísticas descritivas e inferenciais dos dados, adotando-se o nível de significância $p < 0,05$. Dos 94 profissionais atuantes no município, 65 participaram, sendo maioria da Estratégia de Saúde da Família (76,9%), com experiência com alcoolistas (67,7%) e menos de 15 anos de atuação na profissão (63,1%). No geral, os profissionais demonstraram atitudes intermediárias, que sugerem dificuldade por parte deles de se posicionarem frente ao consumo de álcool, ao alcoolista e ao alcoolismo, sugerindo atitudes relacionadas ao desconhecimento sobre o assunto, assim como reflexos da estigmatização da doença e suas questões morais. Foram verificadas associações estatisticamente significativas entre as atitudes dos profissionais e características sociodemográficas, uso pessoal de álcool e tipos de serviço. Ser do sexo masculino e ter cor da pele branca associou-se com atitudes positivas frente ao álcool, alcoolismo e ao alcoolista e residir sozinho, com atitudes

positivas em relação à bebida alcoólica e ao direito de consumo. Maior consumo em quantidade de doses e em frequência, pelos profissionais, também, associou-se com atitudes positivas em relação à bebida alcoólica e o direito de consumo. Profissionais da ESF apresentaram atitudes mais positivas, o que pode representar uma indução do modelo de atenção operacionalizado por este tipo de arranjo, que tendem a se organizarem mais próximo do modelo biopsicossocial de assistência. Conclui-se que há muito o que se avançar em relação às atitudes dos profissionais de saúde para que ofereçam assistência adequada aos usuários de álcool. Porém, a disseminação de conhecimento específico sobre a doença e a pessoa que faz uso de álcool parece ser uma das principais estratégias de enfrentamento deste problema.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Atitude do Pessoal de Saúde. Consumo de Bebidas Alcoólicas. Alcoolismo.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Unidades de álcool em cada dose em ml de acordo com a concentração alcoólica e tipo de bebida.....	18
Quadro 2: distribuição dos profissionais de saúde da rede de serviços de atenção primária a saúde, conforme categoria profissional.	30
Quadro 3- Fatores que compõe a EAFAAA e quais atitudes cada um representa...	32
Quadro 4- Comentários dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) dos serviços de atenção primária à saúde sobre as reflexões disparadas pela experiência em responder ao questionário, 2020.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição das frequências das variáveis sociodemográficas que caracterizam os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) dos serviços de atenção primária à saúde (APS), em 2020	36
Tabela 2- Distribuição das frequências das variáveis referentes ao consumo pessoal de álcool dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) dos serviços de atenção primária à saúde, em 2020	38
Tabela 3- Média dos escores dos fatores e geral na escala EAFAAA - Escala de Atitudes	39
Tabela 4- Considerações dos profissionais quanto a interferência da pandemia do novo coronavírus na ingestão de álcool dos usuários atendidos nas unidades de saúde	40
Tabela 5- Média e desvio padrão das variáveis segundo sexo	41
Tabela 6- Média e desvio padrão das variáveis de acordo com a cor de pele declarada.....	41
Tabela 7- Média e desvio padrão das variáveis de acordo com a condição de vivência	42
Tabela 8- Média e desvio padrão das variáveis de acordo com a experiência com alcoolistas.....	42
Tabela 9- Média e desvio padrão das variáveis de acordo com o tempo de experiência	43
Tabela 10 - Média e desvio padrão das variáveis de acordo com existência de pós-graduação	43
Tabela 11 - Medida de associação entre os fatores e a idade	43
Tabela 12 - Média e desvio padrão das variáveis segundo a quantidade de doses por consumo.....	44
Tabela 13 - Média e desvio padrão das variáveis segundo a frequência de consumo em <i>binge</i>	45
Tabela 14 - Média e desvio padrão das variáveis segundo a frequência de consumo de álcool.....	45
Tabela 15- Média e desvio padrão das variáveis de acordo com o tipo de unidade de saúde.	46

LISTA DE BREVIATURAS ESIGLAS

ACS	Agente comunitário de Saúde
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification</i>
AUDIT-C	<i>Alcohol Use Disorders Identification- Consumption</i>
ASSIST	<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centros de Atenção Psicossocial para Atenção a Usuários de álcool outras Drogas
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
EAFAAA	Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e à pessoa com transtornos relacionados ao uso do Álcool
EC 95	Emenda Constitucional 95
ERP	Estimativa Rápida Participativa
ESF	Estratégia de Saúde na Família
IB	Intervenção Breve
IDH	Índice De Desenvolvimento Humano
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAIUAD	Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas
PROUNI	Programa Universidade para Todos
RD	Redução de Danos
SDA	Síndrome de Dependência de Álcool
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
USPSTF	<i>US Preventive Task Force</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1. O consumo de álcool e seus conceitos – uso nocivo de álcool, alcoolismo e alcoolista.....	16
1.2 A abordagem frente ao álcool: políticas públicas e modelos assistenciais de saúde	20
1.3 Conceito de atitude e sua implicação em relação ao álcool.....	25
2 OBJETIVOS.....	29
3 MÉTODO.....	30
3.1 Aspectos Éticos.....	35
4 RESULTADOS.....	36
4.1 Caracterização sociodemográfica e profissional	36
4.2 O uso de álcool pelos profissionais de saúde	37
4.3 Atitudes dos médicos e enfermeiros frente ao álcool, alcoolismo e ao alcoolista.....	39
4.4 Associações entre atitudes e variáveis sociodemográficas e profissionais	40
4.5 Associação entre atitudes e consumo pessoal de álcool.....	44
4.6 Associações entre atitudes e o tipo de serviço.....	46
4.7 Reflexões dos profissionais após a experiência de responder ao questionário.....	47
5 DISCUSSÃO.....	50
6 CONCLUSÃO.....	58
REFERÊNCIAS.....	59
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO APLICADO VIA WEB (FORMULÁRIO GOOGLE) AOS PROFISSIONAIS MÉDICOS E ENFERMEIROS.	71
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS E ENFERMEIROS.....	94
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	95
ANEXO B - Autorização da secretaria de saúde para realização da coleta de dados no município.....	98

APRESENTAÇÃO

Nasci em Minas Gerais e ao crescer ouvindo os casos - que são próprios do interior, onde é comum todos se conhecerem -, aprendi a valorizar as pessoas e suas histórias.

Por ter uma irmã com *diabetes mellitus* tipo 1, convivi desde cedo com os cuidados necessários a esta patologia, ou seja, visitas periódicas ao endocrinologista, alimentação diferenciada, vigilância constante da glicemia e inúmeras aplicações de insulina. Até que ela conseguisse equilibrar suas taxas glicêmicas, presenciei muitos momentos aflitos em que ela passava mal com hiper ou hipoglicemia, o que me fez pensar em ser médica precocemente, ainda no Ensino Fundamental.

Entre na faculdade de medicina logo que concluí o Ensino Médio, por meio do Programa Universidade para Todos (PROUNI), em 2008, me formando em 2013.

Na faculdade, gostar do contato próximo com os pacientes foi determinante para a escolha de minha especialidade: Medicina de Família e Comunidade. Ser especialista em Atenção Primária à Saúde (APS) traz satisfação pelo conhecimento que tenho das pessoas dentro da comunidade e de suas famílias. Ao mesmo tempo, proporciona condições para que eu possa cuidar das pessoas em todas as fases de sua vida, não excluindo ninguém por não ser da minha especialidade de atuação.

Saindo da residência, trabalhei um ano em uma Unidade de Saúde da Família em Jaboticabal, no interior de São Paulo, até que passei em um concurso público para trabalhar em Araraquara, também no interior paulista.

Trabalho nesta mesma equipe de USF (Unidade de Saúde da Família) há 4 anos, como médica de família e comunidade. Nela, temos duas equipes de USF e está localizada em uma área periférica da cidade, onde encontramos várias famílias em situação de vulnerabilidade social.

Sou preceptora dos alunos do internato médico e da residência médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade de Araraquara (UNIARA), devido a uma parceria com a Prefeitura Municipal, na qual os alunos desenvolvem atividades nos serviços de saúde do município.

Nesta trajetória como preceptora, fiz especialização em preceptoria médica pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz, em 2019, e ao perceber minhas deficiências

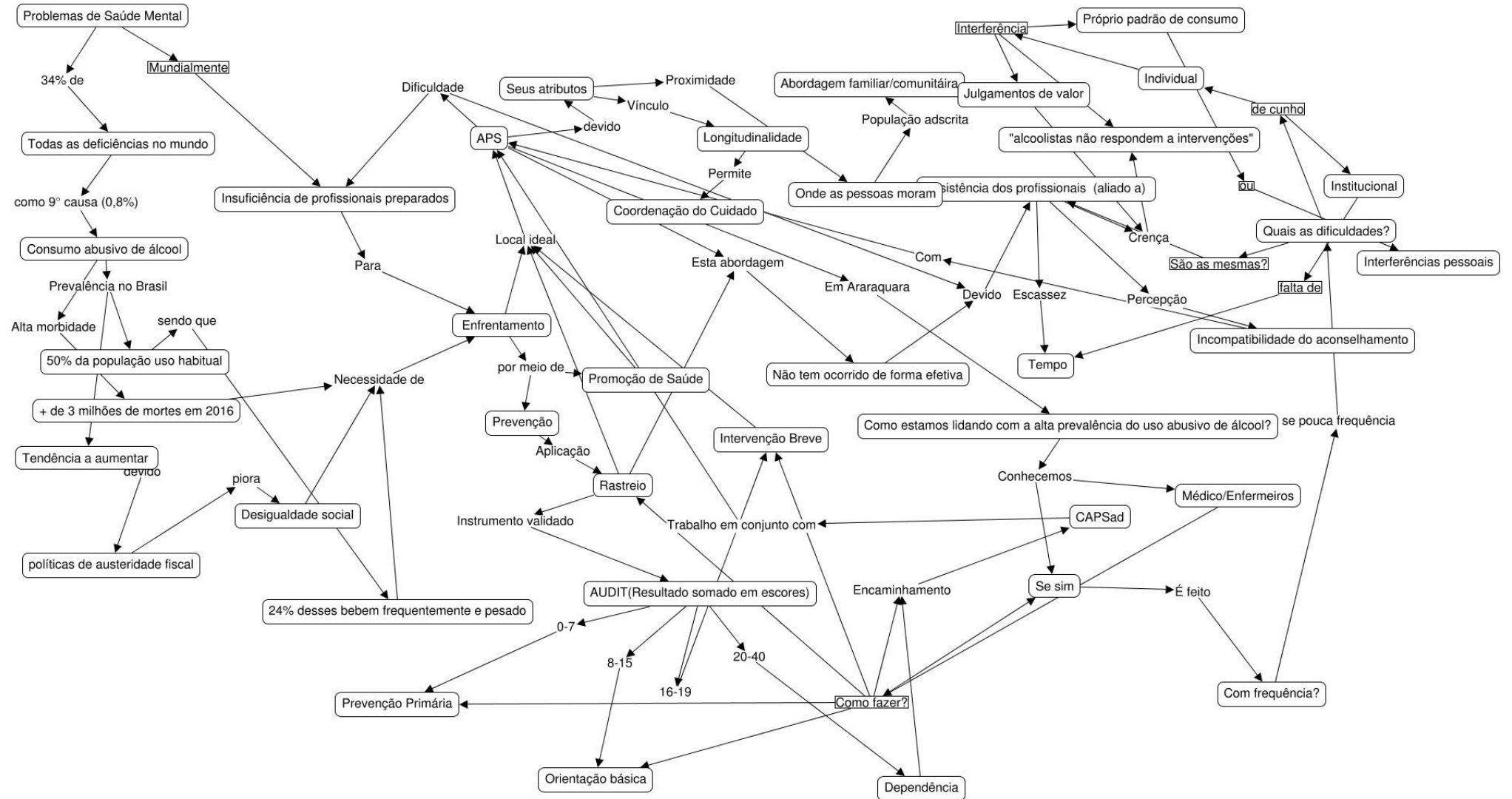
dentro da profissão, me motivei a querer sair da zona de conforto, o que impulsionou o desejo de ingressar neste Mestrado Profissional.

Em uma das tarefas do Mestrado, que previa sua realização junto com minha equipe de trabalho, desenvolvemos um diagnóstico rápido participativo por meio do método da Estimativa Rápida Participativa (ERP) (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998). Durante este processo, nas conversas com os moradores de nossa área de abrangência, uma das questões mais citadas foi o alto índice de usuários de álcool e outras drogas.

Estes fatores somaram-se ao meu incômodo e meus questionamentos de que, muitas vezes, trazemos nossos julgamentos de valor para o acolhimento dos usuários no processo de trabalho diário, dificultando o acesso ao serviço daqueles indivíduos que não causam boas impressões para a equipe, como no caso de drogaditos, alcoolistas, moradores de rua, entre outros.

Assim, motivada por esta questão e pelas discussões abordadas em equipe durante a ERP, que identificaram o consumo abusivo de álcool como um problema a ser trabalhado no planejamento das atividades da equipe (Figura 1), escolhi este tema para o meu Trabalho de Conclusão do Mestrado

Figura 1 - Mapa conceitual do relatório da ERP



Fonte: Elaboração própria.

1 INTRODUÇÃO

Estima-se que os problemas de saúde mental correspondam a cerca de 12% da carga de doença global, sendo responsáveis por 1/3 de todas as incapacidades na região das Américas. Destas, as relacionadas ao uso de álcool correspondem à nona causa, acarretando mais de 3 milhões de mortes, em 2016 (BABOR et al., 2001; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018b).

De todas as mortes registradas em decorrência do consumo de álcool, 28% são resultado de lesões, como as causadas por acidentes de trânsito, autolesão e violência interpessoal, 21% de distúrbios digestivos, 19% de doenças cardiovasculares e o restante, ocasionadas por doenças infecciosas, câncer e outras condições de saúde (BRASIL, 2018).

Além de intoxicação aguda e da síndrome de dependência, o consumo abusivo de álcool torna-se nocivo para a saúde, refletindo em transtornos mentais e comportamentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), intoxicação aguda é o resultado do uso de uma substância psicoativa, envolvendo perturbações da consciência, alterações cognitivas, da percepção do afeto ou comportamento. Já a síndrome da dependência engloba o conjunto de fenômenos comportamentais decorrentes do consumo repetido, e persistente, da substância psicoativa, associado ao constante desejo de consumo da droga e dificuldade de controlar seu uso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

No Brasil, dados referentes à frequência de uso de álcool mostraram que 50% dos brasileiros consomem habitualmente, sendo que em 24% dos casos, a pessoa bebe frequentemente e pesado, o que demonstra um padrão preocupante, dado seu alto risco para a saúde (LARANJEIRA et al., 2007; LARANJEIRA, 2012).

Outro comportamento relacionado ao consumo de álcool que se refere a um risco à saúde é o ato de beber em *binge*, ou seja, consumir uma elevada quantidade de bebida alcoólica em um curto período. Esta prática corresponde a beber 5 doses ou mais, para homens, e 4 doses ou mais, para mulheres, em uma mesma ocasião (considerando um intervalo de até 2 horas). De 2006 para 2012, houve um aumento

de 13% na prevalência deste tipo de consumo, passando de 45% para 58% (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019; LARANJEIRA, 2012).

Agrava este cenário o contexto político e econômico do país (MASSUDA et al., 2018; ROSELLA et al., 2018), uma vez que estudos demonstram que períodos de recessão econômica e políticas de austeridade associam-se ao aumento geral do consumo do álcool, episódios mensais de embriaguez e, conseqüentemente, eventos negativos relacionados a este consumo e sua dependência (SCHRAMM; PAES-SOUZA; MENDES, 2018).

Sobrepondo a questão político-econômica, a atual pandemia do novo coronavírus, têm alertado para a mudança de comportamento das pessoas movidas pelo aumento da carga de estresse, tanto pelo medo do risco iminente de infecção, quanto pela instabilidade econômica. Este contexto é propício para surgimento e descompensação de problemas de saúde mental, inclusive com tendência de aumento no consumo inadequado de álcool (CASTRO-DE-ARAÚJO; MACHADO, 2020; CLAY; PAKER, 2020; JOHNSON; SALETTI-CUESTA; TUMAS, 2020).

Confirmando essas expectativas, um estudo australiano revelou aumento de consumo de álcool entre mulheres (1.3 vezes mais que nos homens), apresentando como fatores de risco para este aumento durante a pandemia o papel de cuidador, perda do emprego e diminuição de horas trabalhadas (BIDDLE et al., 2020).

Por todas essas razões, o uso abusivo de álcool tem estado entre os compromissos internacionais assumidos pelos países membro da Organização das Nações Unidas (ONU), como no destaque especial entre os 13 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) - “Fortalecer a prevenção e o tratamento do uso de substâncias, incluindo abuso de drogas narcóticas e uso nocivo do álcool.” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018b).

1.1.O consumo de álcool e seus conceitos – uso nocivo de álcool, alcoolismo e alcoologista

O álcool é um depressor do sistema nervoso central que, dependendo da quantidade ingerida, causa leve euforia e sedação progressiva. É difícil mensurar todos os distúrbios que envolvem seu consumo, pois além de seu consumo secular,

“[...] é uma droga lícita, de forte penetração social e, principalmente, com alto índice de estímulo para seu consumo.” (PAULIN, 1994, p. 5).

Há registros de utilização do sumo das frutas, grãos fermentados e mel para a produção do álcool por egípcios e gregos, pelo menos, desde o tempo pré-histórico, passando por milhares de anos (FORTES, 1991; LAPATE, 2001). Mesmo na Bíblia, há várias citações de consumo de vinho, descrevendo casos de consumo em vários níveis, incluindo exemplos de embriaguez. A produção em larga escala, porém, ocorreu após a revolução industrial, no século XVIII, apesar de relatos de produção de cerveja em grande quantidade já no Egito antigo (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019; FORTES, 1991; LAPATE, 2001).

Ao longo da história, o ser humano foi atribuindo vários significados ao uso da bebida alcoólica. Souza comenta que:

[...] em certos contextos, o álcool é um instrumento [...], podendo ter funções psicotrópicas, terapêuticas, alimentares, de sociabilidade, de coesão e integração cultural, de identificação e pertencimento social, de transgressão ou de “válvula de escape”, tomando parte de rituais religiosos, profissionais e/ou familiares (SOUZA, 2013, p.12).

Porém, somente no século XVIII o álcool foi objeto de atenção por parte da medicina, quando Benjamim Rush evidenciou que alguns indivíduos desenvolviam uma relação problemática com a bebida alcoólica, ao apontar que 30% das internações psiquiátricas nos Estados Unidos se deviam a problemas relacionados a abuso no consumo dessa substância (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019).

Já o termo alcoolismo surgiu em 1849, definido pelo médico sueco Magno Huss como uma síndrome de dependência de álcool (SDA), um dos transtornos mentais mais prevalentes da sociedade. Apesar de muito utilizado, há um consenso atual em evitar o termo devido ao seu tom pejorativo. Em sua substituição, é recomendado utilizar apenas “dependência ao álcool” e “alcoolista” para referir-se ao indivíduo portador dessa condição (BABOR et al., 2001; DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019; GOLD; ADAMEC, 2010).

A síndrome de dependência ao álcool compreende um conjunto de comportamentos e fenômenos cognitivos que podem se desenvolver após uso repetido de álcool. Esse fenômeno inclui um forte desejo de consumir álcool, dificuldade de controlar o uso persistente e, apesar das consequências prejudiciais, alta prioridade em beber em detrimento de outras atividades, aumento de tolerância

ao álcool, além de uma reação de abstinência física quando o uso é descontinuado (BABOR et al., 2001).

É importante salientar que não existe um consumo de álcool que seja isento de riscos, pois, devido às predisposições individuais, não há como saber qual quantidade necessária para que algum dano ocorra. Porém, há um padrão de consumo associado ao baixo risco. Este padrão é definido pela ingestão de 21 unidades de álcool/semana para homens e 14 unidades de álcool/semana para mulheres, sendo que cada unidade corresponde a 10 gramas de álcool puro (BABOR et al., 2001; DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019).

O Quadro 1 traz a correspondência de unidades de álcool por dose habitual em mililitros (ml) de cada bebida alcoólica, lembrando que cada unidade é obtida pela multiplicação da quantidade da bebida em ml por sua concentração alcoólica (BABOR et al., 2001; DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019).

Quadro 1- Unidades de álcool em cada dose em ml de acordo com a concentração alcoólica e tipo de bebida

Bebida	Concentração alcoólica	Quantidade
Vinho tinto	12%	90 ml= 1 u
Cerveja	5%	350 ml= 1,7 u
Destilado	40%	50 ml = 2 u

Fonte: Marques et al. (2019).

Outro conceito possível é o de dose padrão, que equivale a 14 gramas de álcool puro no Brasil, e corresponde a 350 ml de cerveja, 150 ml de vinho e 45 ml de destilado. Considerando este padrão, o consumo moderado equivaleria a 4 doses em único dia e 14 doses semana para homens, e 3 doses em um único dia e 7 doses em uma semana para mulheres e idosos (CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL, 2020).

Uso nocivo de álcool, por sua vez, é definido como um padrão de beber disfuncional, capaz de interferir na vida do indivíduo, ou seja, que possa resultar em problemas físicos, mentais ou sociais, em decorrência do padrão de consumo, em

um período igual ou superior a um ano, mesmo que sem se enquadrar nos critérios de dependência (BABOR et al., 2001; DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019).

O uso de álcool está associado a mais de duzentos tipos de doenças, que vão desde problemas do sistema nervoso central, do sistema cardiovascular, hepatopatia, pancreatite, neoplasias até doenças infectocontagiosas. Essas patologias podem ser totalmente causadas pelo álcool ou serem agravadas por ele (BABOR et al., 2001; CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a).

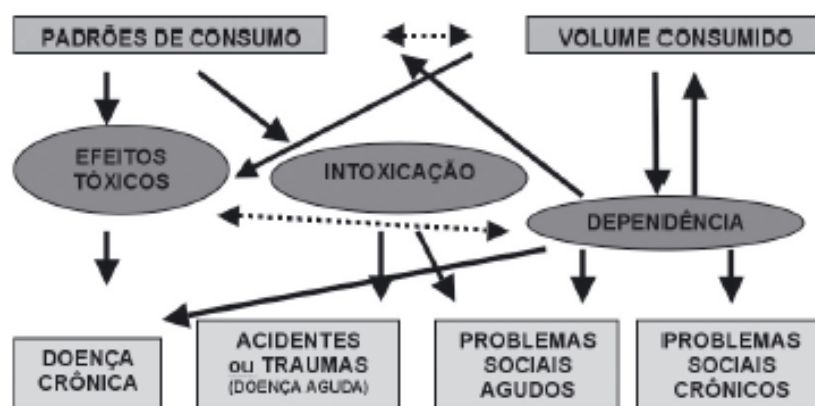
As alterações cognitivas e psicomotoras, que já se iniciam nas primeiras doses de álcool, são causas de mortes violentas e não intencionais por acidentes de trânsito, tendo altas taxas no Brasil mesmo sendo um dos únicos países do mundo com tolerância zero para condução sob efeito de álcool (CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL, 2020).

Além disso, as alterações comportamentais levam a exposição moral, comportamento sexual de risco, agressividade e diminuição do julgamento crítico, prejudicando o funcionamento social e ocupacional. Há dados, inclusive, que mostram elevação de risco de suicídio, principalmente em mulheres, mesmo em uso ocasional de álcool (CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL, 2020; BABOR et al., 2001; DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a).

É importante afirmar que os consumidores mais pobres e suas famílias são mais afetados por esses danos. Isso é explicado pelos seguintes fatores: local de consumo de álcool (moradia em áreas superlotadas e com falta de saneamento estão relacionados a maiores chances de conflitos sociais e violência doméstica); diferenças no acesso à assistência à saúde; comorbidades que os mais pobres tendem a ter mais que os mais ricos; e o processo de estigmatização do alcoolista é mais grave quando o bebedor tem baixa condição socioeconômica (CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL, 2020).

Os mecanismos que acarretam esses danos podem ser por: toxicidade (direta e indireta), ao organismo; intoxicação aguda; e a própria dependência, conforme exemplificada na Figura 2, que representa as relações entre o consumo e os diversos tipos de danos ao indivíduo (LARANJEIRA; ROMANO, 2004).

Figura 2- Relação do consumo do álcool e danos



Fonte: Laranjeira e Romano (2004).

1.2A abordagem frente ao álcool: políticas públicas e modelos assistenciais de saúde

A literatura traz duas políticas públicas que objetivam lidar com a questão do uso de álcool e outras drogas: o proibicionismo e a abordagem de redução de danos (MACHADO; BOARINI, 2013; SANTOS; OLIVEIRA, 2013; TAMMI; HURME, 2007).

O uso do álcool, no início do século XIX, era bem-visto por suas finalidades medicinais. Porém, com o surgimento do movimento de temperança americana, a embriaguez passou a ser vista como ato pecaminoso, ligado à violência e aos problemas advindos da crescente urbanização. Esse movimento influenciou o pensamento médico da época, colocando o álcool como promotor de degeneração, e reformulando o alcoolismo como doença (STOLBERG, 2008).

A radicalização política do puritanismo norte-americano associado ao interesse da nascente indústria médico-farmacêutica pela monopolização da produção de drogas, os conflitos geopolíticos da época e a preocupação da elite, assustadas com a desordem urbana, culminaram no paradigma proibicionista. Este não se limitou ao uso de álcool, mas se expandiu para outras substâncias como ópio, morfina e cocaína (ALVES, 2009; FIORE, 2012).

O proibicionismo, então, é atrelado a dois modelos explicativos para o consumo de drogas: o modelo moral/criminal, cujo enfrentamento possível é o encarceramento dos usuários, e o modelo de doença que traz o consumo e dependência como uma patologia biologicamente determinada. Ambos os modelos

possuem o mesmo propósito: eliminar o consumo de drogas, tendo a abstinência como única meta plausível nas abordagens terapêuticas (ALVES, 2009).

Mesmo sendo uma substância que claramente pode acarretar uso abusivo e dependência, o álcool permaneceu como substância lícita ao longo da história (MANGUEIRA et al., 2015; PAULIN, 1994). Após a derrocada tentativa de implantação da Lei Seca americana, ficou explícita a incapacidade do Estado em realizar esse controle repressivo sobre o álcool. É evidente, além disso, que os interesses comerciais das indústrias sobressaiam sobre medidas de saúde pública e o álcool permanecia apoiado por livres valores de mercado (DUAILIBI; LARANJEIRA, 2007; FIORE, 2012).

O fracasso proibicionista foi, além da experiência da Lei Seca, ficando evidente, também, no crescimento do tráfico e consumo ilícito de drogas, com facilidade de acesso revelada pelo início cada vez mais precoce do uso (MORAIS, 2005; RODRIGUES, 2016).

Essas consequências ocorreram apesar das ações de repressão à produção, ao comércio e ao consumo de drogas ao longo da história. A criminalização conferiu uma importância secundária à redução da demanda mediante intervenções de prevenção e tratamento de dependentes (ALVES, 2009; FONSECA; BASTOS, 2005).

Quando oferecido, o tratamento aos dependentes é de alta exigência em torno da abstinência, implicando em censuras e recriminações aos episódios de recaída ou reincidência no uso de drogas, o que fez dessas instituições espaços pouco acolhedores aos estigmatizados como “fracos”, “vagabundos”, “sem vergonha” e “imorais” (ALVES, 2009, p. 3).

A política de redução de danos (RD) surgiu como um contraponto à política proibicionista, na Europa, no fim do século XX, assumindo que o consumo de drogas sempre esteve e sempre estará presente na história da humanidade (ALVES, 2009).

Tammi e Hurme (2006) sintetizaram essa política em três premissas: o uso de drogas deve ser visto de maneira neutra, sem questões morais; o usuário de drogas não deixa de ser um cidadão para ser apenas um objeto de medidas públicas; e a política antidrogas deve se basear em ciência e não em ideologias e dogmatismo, devendo respeitar os direitos humanos.

Assim, é um enfoque que confere maior racionalidade ao enfrentamento ao uso de drogas, se aproximando mais do conceito de promoção de saúde. A abstinência deixa de ser o horizonte, que passa se direcionar para a defesa da vida, com objetivo de alcançar a autonomia dos usuários e seus familiares, por meio de construção de redes de suporte (ALVES, 2009; MANGUEIRA et al., 2015).

No entanto, a RD entrou no escopo das políticas públicas brasileiras, apenas em 2003, quando o Ministério da Saúde lançou a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD). Essa política preconiza ações preventivas e o entrelaçamento das iniciativas de RD com os serviços do SUS, em caráter complementar às ações relacionadas à persistência da estrutura político-organizacional militarizada (ALVES, 2009; BRASIL, 2003; GOMES; VECCHIA, 2016; MANGUEIRA et al., 2015).

Com o crescente aumento do consumo de álcool e outras drogas, houve a necessidade de expandir as ações assistenciais, o que culminou na criação de um Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD) 2009-2011 (MANGUEIRA et al., 2015).

Este plano buscava ampliar o acesso, qualificar a atenção à saúde, melhorar a articulação intersetorial e promover direitos aos usuários, com inclusão social e enfrentamento do estigma (BRASIL, 2009). Nessa perspectiva, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial, buscando ampliar o acesso à serviços de apoio psicossocial e sua articulação com os outros pontos de apoio da rede, incluindo equipamentos não governamentais de atenção às pessoas com sofrimento mental (BRASIL, 2011b).

Apesar da relevância destas políticas públicas como diretrizes “macro” organizacionais para os serviços (TEIXEIRA; SOLLA, 2006), observam-se movimentos que se contrapõem a esta proposta. Em 2019, o governo brasileiro recuou e revogou a política de RD implantada em 2003, retomando a abstinência como objetivo da abordagem aos dependentes. Além disso, o fim do financiamento para a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que apoiavam os serviços de APS por meio do matriciamento com profissionais da saúde mental, o incentivo ao financiamento de leitos psiquiátricos e o estímulo às internações em comunidades terapêuticas, são algumas das mudanças que

exemplificam este cenário (ALVAREZ; VIEIRA; ALMEIDA, 2019; BRASIL, 2019; 2020a,b,c; SCHRAMM; PAES-SOUZA; MENDES, 2018).

Especialistas consideram essa mudança um retrocesso na política de saúde mental, especialmente, em relação aos avanços conquistados no tema das drogas, alertando para seu descompasso com as proposições preconizadas pela Reforma Psiquiátrica brasileira e tendências internacionais, fato que sugere um movimento em buscar a atender aos interesses do mercado (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019; MALTA et al., 2018; OLIVEIRA; SZAPIRO, 2020).

Cabe pontuar que tais mudanças exercem influência direta no modelo de atenção operacionalizado pelos serviços de saúde. No caso específico dos serviços de APS, pode-se observar que as diretrizes e formas de financiamento direcionam mudanças na estruturação dos serviços que ora tendem a induzir um modelo de atenção voltado ao conhecimento dos desafios do território e as singularidades (e necessidades) de cada família, mas que em outros, apresenta retrocessos que valorizam uma atenção voltada ao modelo biologista e especializado.

Nesta perspectiva, é importante chamar atenção para a organização dos serviços estruturados conforme o arranjo Estratégia de Saúde na Família (ESF), que, por apresentarem uma equipe de profissionais com atuação diferenciada em relação aos serviços de APS considerados tradicionais (UBS), demonstrando maior poder de atuação junto ao território e integração com a rede (FLÔR et al., 2017; LIMA-COSTA; TURCI; MACINKO, 2013; MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Neste modelo (ESF), existe uma equipe mínima, composta por profissionais generalistas e/ou especialistas em saúde da família, enfermeiros e equipe de enfermagem, além de agentes comunitários de saúde (ACS), que atuam em clientela adscrita, em um território pré-definido. Por meio de uma atuação mais próxima da comunidade, que permite o acompanhamento longitudinal dos usuários, busca reduzir iniquidades refletidas nos indicadores de saúde (FLÔR et al., 2017; SILVA et al., 2019).

Desta forma, os serviços de APS, principalmente aqueles operacionalizados no modelo ESF, são compreendidos como os que apresentam as condições ideais para uma abordagem integral e resolutiva a problemática do álcool, apresentando-se como o contexto mais qualificado para a detecção precoce do uso abusivo em

todas as suas formas, antes mesmo que as complicações aconteçam e venham à tona (BRASIL, 2009; 2013b).

No entanto, para que essa detecção ocorra precocemente, o consumo de álcool deve ser abordado de forma rotineira e oportuna pelos profissionais de saúde, buscando um padrão de consumo que possa ser nocivo à saúde (BRASIL, 2009; SILVA, et al., 2019).

Existem alguns instrumentos padronizados e de fácil aplicação para este fim, como por exemplo, o CAGE (acrônimo referente às suas 4 perguntas- *cut down, annoys by criticisms, guilty e eye-opener*), o ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*), o AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification*) e o AUDIT-C (*Alcohol Use Disorders Identification-Consumption*) (BABOR et al., 2001; US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2018).

Alguns estudos, recomendam o AUDIT e AUDIT-C como instrumentos mais sensíveis e específicos, sugerindo a realização de uma triagem utilizando o AUDIT-C, seguido da aplicação do AUDIT, quando seu resultado for positivo (US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2018; SILVA, et al., 2019).

A partir do resultado da aplicação destes instrumentos é que são previstas propostas terapêuticas especificadas a cada usuário. Sugere-se que tais propostas devam ser pautadas na redução de danos, sendo elas: ações de prevenção primária (para indivíduos fora dos padrões de risco); intervenção breve (IB) (para aqueles que fazem uso prejudicial/de risco); ou atendimentos especializados realizados em outros níveis de atenção (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001; BRASIL, 2005; SILVA et al., 2019).

A fim de garantir uma atenção integral a estes usuários, o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas indicava o matriciamento do caso pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e/ou o referenciamento do indivíduo ao CAPSad, quando não houvesse recursos suficientes na APS (BRASIL, 2009; SILVA, et al., 2019).

Apesar do papel importante da APS neste cenário e de toda estrutura de apoio, a identificação precoce do bebedor de risco ainda tem passado despercebida aos olhos dos profissionais. A dependência acaba sendo utilizada como padrão para intervenção, enquanto, na verdade, há vários padrões de consumo nocivos à saúde,

para além da dependência (AALTO; PEKURI; SEPPA, 2002; LARANJEIRA; ROMANO, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018b).

Dados do Ministério da Saúde expõem esse fato ao apontar que 20% dos pacientes tratados na rede primária bebem em um nível considerado de risco, ao mesmo tempo que há pouca detecção desses casos (BRASIL, 2003). Mesmo em países que possuem uma APS consolidada e qualificada, como a Inglaterra e a Espanha, os profissionais de saúde enfrentam essa mesma dificuldade (HAGEDORN et al., 2019; ROMERO-RODRÍGUEZ et al., 2019; WILSON et al., 2011), alertando para a necessidade em se compreender os conceitos relacionados ao consumo, assim como em relação ao seu padrão.

1.3 Conceito de atitude e sua implicação em relação ao álcool

A aparente apatia dos profissionais da APS quanto à problemática do álcool é influenciada pela própria sociedade, uma vez que seu consumo perpassa por várias questões que representam concepções, valores e normas sociais, reproduzindo diferentes comportamentos. Do mesmo modo, influenciam a percepção e atitudes dos profissionais de saúde (NEVES, 2004; SAUPE et al., 2006). Exemplificam estas concepções, a ideia de dependente de álcool como “vagabundo”, “sem caráter”, “alguém que deve despertar medo” (VARGAS, 2005).

Assim, tais concepções alimentam atitudes que reforçam as dificuldades na abordagem deste problema, como a própria percepção dos usuários - que não reconhecem a necessidade de intervenção -, assim como na resistência dos profissionais em tratar deste assunto, resultando em uma invisibilidade do problema e, conseqüentemente, na pouca atuação dos profissionais da APS (BABOR et al., 2001; BRASIL, 2003; FONTANELLA et al., 2011; SOARES; VARGAS; OLIVEIRA, 2011).

O conceito de atitude advém da Psicologia Social, que estuda o modo como pensamentos, sentimentos e comportamentos das pessoas são influenciados pela presença real ou imaginária de terceiros. Embora não haja consenso quanto ao seu conceito (ARONSON; WILSON; AKERT, 2018; TORRES; NEIVA, 2011), há uma tendência a se pensar na atitude como o posicionamento frente a determinado objeto social (TORRES; NEIVA, 2011).

Para que uma atitude se estabeleça é necessário que ocorra a inter-relação de três componentes: cognitivo, afetivo e comportamental. Essa relação recíproca permite que o sentimento e a reação a um objeto social estejam coerentemente associados ao modo como se pensa a respeito dele (ARONSON; WILSON; AKERT, 2018; BOTASSINI, 2015; TORRES; NEIVA, 2011).

O componente cognitivo é composto pelas crenças, pensamentos e conhecimentos que se tem em relação a um objeto social definido (ARONSON; WILSON; AKERT, 2018; BOTASSINI, 2015; TORRES; NEIVA, 2011). Por exemplo, atitudes preconceituosas poderiam ser resultado de cognições negativas em relação ao grupo que é alvo de discriminação (BOTASSINI, 2015).

Já o componente afetivo diz respeito às reações emocionais das pessoas em relação ao objeto social, isto é, como elas se sentem em relação a ele. Esse sentimento se alicerça em emoções e valores, e não na apreciação objetiva dos pontos fortes e fracos do objeto, focando na associação prévia com estados agradáveis ou desagradáveis (ARONSON; WILSON; AKERT, 2018; BOTASSINI, 2015; TORRES; NEIVA, 2011). Esses valores podem derivar de preceitos morais, crenças religiosas, reações sensoriais ou, ainda, como resultado de condicionamento. Por isso a tentativa de mudar certas atitudes podem desafiar tais valores pessoais (ARONSON; WILSON; AKERT, 2018).

Por último, o componente comportamental diz respeito à ação das pessoas em relação ao objeto, ou ainda a uma tendência a determinada reação diante dele (ARONSON; WILSON; AKERT, 2018; BOTASSINI, 2015; TORRES; NEIVA, 2011). As atitudes que possuem mais valor para predizer o comportamento são aquelas derivadas de um contato pessoal prévio com o objeto, uma vez que, são mais facilmente evocadas da memória do que as atitudes derivadas apenas do conhecimento do objeto por informações (AMORIM, 1985).

Desta forma, fica evidenciado que as atitudes não são características inatas das pessoas, sendo formadas e aprendidas no processo de socialização. Apesar de sua aparente estabilidade, as atitudes podem ser modificadas por experiências vividas ao longo da vida. Porém, cabe destacar que, como depois de desenvolvidas as atitudes compõem a personalidade do indivíduo, influenciando em seu comportamento, é mais fácil aprender uma atitude nova do que mudar as atitudes (BOTASSINI, 2015).

Portanto, considerando que as atitudes são multidimensionais e podem ser classificadas como positivas ou negativas, em relação ao objeto (TORRES; NEIVA, 2011), no caso “uso de álcool”, muitas vezes, tem-se constatado muito mais atitudes negativas por parte dos profissionais da APS (RAMÍREZ; VARGAS; LUIS, 2019; VARGAS; BITTENCOURT, 2013).

A resistência dos profissionais é destacada em estudos que demonstram opiniões moralistas e julgamento de valor frente à motivação dos usuários ao consumo abusivo de álcool e seu tratamento (BABOR et al., 2001; FONTANELLA et al., 2011; SOARES; VARGAS; OLIVEIRA, 2011).

Tais atitudes representam um paradoxo pela “contradição de que uma atenção específica não se efetiva para uma parcela considerável desses usuários, a despeito das tecnologias clínicas e das oportunidades existentes para abordá-los” (FONTANELLA et al., 2011, p. 546).

Apesar de terem opiniões moralistas e de julgamento de valor frente ao usuário de álcool, estudos revelam como sendo prevalente o consumo abusivo de álcool entre os próprios profissionais de saúde (AGUIAR et al., 2018; ARRUDA; SERAFIM, 2017; SOARES; VARGAS; OLIVEIRA, 2011).

Evidências demonstram que este consumo pessoal do profissional influencia suas atitudes frente aos usuários de álcool, se colocando como referência para o conceito de “beber normal”. Este fato favorece que tais profissionais se tornem mais permissivos em relação aos usuários que apresentam padrões de consumo moderado, ao mesmo tempo, em que rejeitam o bebedor excessivo, que carrega o conceito de “não saber se controlar.” (VARGAS; LUIS, 2008).

Além da barreira que a normativa moralista impõe ao cuidado desses pacientes, estudos trazem à tona a insegurança que os profissionais da APS possuem para lidar com esse público, tendo como justificativa, falta de treinamento durante a graduação e pós-graduação e falta de tempo para ofertar uma assistência adequada (HAGEDORN et al., 2019; ROMERO-RODRIGUEZ et al., 2019; WILSON et al., 2011).

O tempo de formação e a idade dos profissionais são apontados como fatores que exercem influência em uma atitude mais negativa, ou seja, quanto maior o tempo de profissão e mais velho o profissional, pior seriam suas atitudes frente ao usuário de álcool. Outra questão que merece destaque foi quanto ao tipo de

formação, indicando que quanto mais especializado for o profissional, melhores seriam suas atitudes (BITTENCOURT, 2012; CAIXETA; PEDROSA; HAAS, 2016; RAMÍREZ; VARGAS; LUIS, 2019).

Diante de tais fatores, cabe ponderar que, de certa forma, estas características individuais dos profissionais encontram-se refletidas nos modelos de atenção operacionalizados nos diferentes serviços de APS. Ao reconhecer que aqueles organizados conforme o arranjo USF tendem a ter equipes mínimas, especializadas em saúde da família e sem profissionais específicos para saúde mental, pode-se supor que os profissionais atuantes nestes arranjos tenderiam a ter atitudes menos positivas.

Por outro lado, é importante destacar que o processo de trabalho nestes arranjos é mais integrativo e articulado com a rede de atenção, especialmente, com os NASF, que possuem profissionais especializados na área da saúde mental, o que poderia fornecer um maior suporte por meio do matriciamento.

Diante de tais contextos, compreender os fatores relacionados à atitude dos profissionais de saúde dos serviços de APS frente a questões relacionadas ao consumo de álcool, pode contribuir para a identificação de melhorias no processo de trabalho das equipes de saúde, assim como subsidiar reformulações para políticas públicas mais inclusivas.

2 OBJETIVOS

Analisar as atitudes de profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) quanto ao consumo e uso abusivo de álcool e ao alcoolismo.

3 MÉTODO

Trata-se de pesquisa do tipo Estudo de Caso exploratório, que utiliza uma abordagem quantitativa, alicerçada na utilização de inquérito aos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) da APS (YIN, 2015).

Considerou-se como caso a rede de serviços de APS de um município de médio porte (208.662 habitantes), localizado na região central do interior do estado de São Paulo (IBGE, 2019). É uma cidade com índice de desenvolvimento humano (IDH) muito alto (0,815), sendo o décimo quinto melhor do Brasil (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2010). A população apresenta uma renda média de 2,7 salários-mínimos e uma transição demográfica avançada, representada pelo índice de envelhecimento da população de 101,33, em 2019 (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2019).

A rede de saúde do município é composta por serviços de APS (ESF e UBS), serviços de atenção secundária (ambulatórios de especialidades médicas, de cirurgias ginecológicas benignas e oncológicas, serviço de oncologia, e serviço de reabilitação), serviços de emergência (três UPA - Unidades de Pronto Atendimento). Além disso, conta com dois centros hospitalares: uma maternidade e um Hospital Santa Casa.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município dispõem de um CAPS II e um CAPS ad, um Centro de Referência Ambulatorial de Saúde Mental Adulto (contendo psiquiatra e psicólogos), um centro de atendimento a crianças e adolescentes chamado Espaço Crescer e um hospital psiquiátrico.

Há 34 serviços de APS e 42 equipes, divididas em ESF (n= 32) e UBS (n=10), sendo que estes serviços possuem 113 profissionais, entre médicos e enfermeiros, visto que 19 deles encontravam-se afastados devido a Pandemia da Covid-19 no período de realização do estudo. No Quadro 2 encontra-se detalhado a relação dos 94 profissionais de saúde atuantes na rede de atenção primária do município.

Quadro 2: distribuição dos profissionais de saúde da rede de serviços de atenção primária a saúde, conforme categoria profissional.

Categoria profissional	Nº de profissionais
------------------------	---------------------

Médicos clínicos (UBS)	18
Médicos de Família e Comunidade	23
Médicos do programa mais médicos	8
Enfermeiros (UBS)	32
Enfermeiros (ESF)	32

Todos os médicos e enfermeiros que encontravam-se atuando nos serviços de APS foram convidados a participar do estudo, por meio de mensagem de texto via aplicativo (*Whatsapp*), enviada pela gestora de educação permanente da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), nos grupos de médicos e enfermeiros da própria SMS. A mensagem continha a apresentação da pesquisadora, o objetivo da pesquisa e o *link* para acessar o questionário. Estipulou-se o prazo de envio das respostas em 15 dias, porém, houve a necessidade de o prazo ser prorrogado por duas vezes. Assim, o período da coleta de dados foi entre os dias 21/09/2020 e 30/10/2020.

Para a coleta dos dados, elaborou-se um questionário de questões fechadas divididas em blocos: tipo de arranjo organizacional do serviço (ESF ou UBS); informações sociodemográficas e experiência profissional; uso pessoal de álcool; e sobre a atitude dos profissionais frente ao tema estudado. Cabe destacar que não foi incluído nenhum tipo de informação que permitisse identificar a identidade dos participantes. Por este motivo, não foram coletadas informações sobre a categoria profissional, se médico ou enfermeiro.

As informações sociodemográficas e de experiência profissional abordaram: sexo, idade, cor da pele autodeclarada, grau de escolaridade (pós-graduação ou não), tempo de atuação profissional e experiência no cuidado com alcoolistas, além da percepção sobre o uso de álcool pelos usuários do serviço durante a pandemia de COVID-19.

Já para a coleta das informações relacionadas ao uso pessoal de álcool pelos profissionais de saúde, incorporou-se ao questionário as três questões que contemplam o AUDIT-C (MENESES-GAYA et al., 2009), além de uma pergunta sobre possíveis mudanças no seu hábito de beber, durante a pandemia do novo Coronavírus.

Cabe destacar que em função do questionário ser anônimo, os participantes não foram classificados conforme risco. A utilização das questões do AUDIT-C tiveram como objetivo levantar, apenas, o perfil de consumo da população estudada.

A atitude dos profissionais foi avaliada pela Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e à pessoa com transtornos relacionados ao uso do Álcool (EAFAAA), validado no Brasil por Vargas (2014). Esta escala é composta por 50 itens que objetivam avaliar os principais grupos de atitudes dos profissionais de saúde frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista (VARGAS, 2014), divididos em quatro fatores explicados no quadro a seguir.

Quadro 3- Fatores que compõe a EAFAAA e quais atitudes cada um representa

Fator	Itens relacionados a:
1- O trabalho e as relações interpessoais com usuários com transtornos relacionados ao álcool.	a) Percepções, opiniões, sentimentos e atitudes relativas ao prestar cuidado de saúde a pacientes com transtornos relacionados ao uso de álcool; b) Habilidade para trabalhar com pessoas com esse transtorno, bem como sua legitimidade profissional para trabalhar com essas questões.
2- A pessoa com transtornos relacionados ao uso de álcool	a) Concepções, percepções e atitudes relativas ao paciente com transtornos relacionados ao álcool; b) Concepções sobre as características pessoais dessa clientela e as expectativas que o respondente tem quanto ao trabalho com esse paciente.
3- O alcoolismo (etiologia).	a) Percepções sobre motivações/causas para o uso de álcool e alcoolismo, baseando-se na explicação biopsicossocial para os transtornos relacionados ao álcool e abrangendo fatores psíquicos, biológicos e morais.
4- As bebidas alcoólicas e seu	a) Opiniões e atitudes relativas à bebida alcoólica e o direito das pessoas de beber.

USO.	
------	--

Fonte: Vargas (2014).

Compreendendo o poder de indução das pesquisas avaliativas (CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS; TANON, 2011), foi acrescentada ao final do formulário, uma pergunta para mensurar se a experiência de responder o instrumento, provocou alguma mudança no modo como o profissional pensava o uso de álcool, o alcoolismo e a pessoa com transtornos ligados ao uso de álcool.

Estes blocos de questões (tipo de arranjo organizacional do serviço; informações sociodemográficas e experiência profissional; uso pessoal de álcool; e sobre a atitude dos profissionais frente ao tema estudado) foram estruturados no Formulário Google® e apresentados nesta mesma sequência, finalizado com a pergunta aberta sobre a experiência de responder ao questionário (Apêndice A). O *link* deste formulário foi enviado aos profissionais no momento do convite para participarem.

Antes de abrir o questionário, o participante tinha a oportunidade de ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e, para dar continuidade à pesquisa, era necessário a confirmação de “aceite”, clicando no botão “concordo”. Somente após este procedimento é que o participante era direcionado às perguntas.

A escolha pela utilização deste formulário eletrônico levou em consideração, principalmente, a garantia do anonimato dos participantes, pois ao não selecionar a opção “Coletar endereços de e-mail”, este recurso permitiu que as respostas fossem disponibilizadas diretamente em uma planilha no programa Excel®, sem a identificação dos respondentes. Permitiu, ainda o controle dos envios de respostas, controlando o acesso de apenas uma resposta por e-mail.

O banco de dados foi validado por meio da checagem da duplicidade e/ou ausência de respostas e de análise de comportamento das respostas, não sendo necessário a exclusão de nenhuma delas.

A análise dos dados foi realizada em duas etapas: a análise descritiva e a análise estatística inferencial. Na análise descritiva, os resultados foram expressos por meio de números absolutos e respectivas porcentagens do perfil

sociodemográfico e profissional dos respondentes, assim como de seu nível de consumo de álcool.

Porém, considerando que a EAFAAA se refere a um instrumento mensurado por escala do tipo *likert*, para mensurar a atitude dos profissionais foi realizado primeiramente a conversão dos conceitos em pontuação (discordo totalmente = 1; discordo em parte = 2; estou em dúvida = 3; concordo em parte = 4; concordo totalmente = 5) e foram calculadas as médias dos escores para cada um dos quatro fatores (VARGAS, 2005; 2011) e para o total. Para este cálculo, realizou-se a soma dos itens de cada participante por fator, dividido pelo número de itens do respectivo fator. Assim, este escore teve uma variação entre 1 e 5. Na sequência, calculou-se escore geral da atitude para todos os fatores, ou seja, somando todas as respostas dos participantes e realizando sua divisão pelo número total de itens da escala (n=50). Dessa forma, a média dos escores de cada fator e a média geral representam a tendência de atitudes de cada fator e de atitude geral. Para a interpretação deste resultado considerou-se: indicativos de atitude negativa os valores entre 1,0 e 2,5; atitude intermediária os valores entre 2,6 e 3,5; e atitude positiva os valores entre 3,6 e 5,0.

Para verificar se as reflexões induzidas pelo preenchimento do questionário provocaram mudanças no modo de pensar dos profissionais sobre o uso de álcool, o alcoolismo e a pessoa com transtornos ligados ao uso de álcool, após a conclusão do questionário, as respostas referentes a esta questão foram agrupadas segundo os quatro fatores contemplados na EAFAAA.

Já para a análise estatística inferencial tomou-se como variável desfecho as atitudes dos profissionais, avaliada por meio do instrumento EAFAAA, ou seja, a média de pontuação em cada um dos quatro fatores da escala, bem como a média de pontuação total.

Para esta etapa foram realizados o teste T de Student para amostras independentes, Coeficiente de correlação linear de Pearson e a técnica de análise de variância para o modelo com um fator, complementada com o teste de comparações múltiplas de Tukey (ZAR, 2010), a depender da natureza das variáveis.

O teste t de Student para amostras independentes foi utilizado para a comparação das médias de escore na escala EAFAAA (nos quatro fatores e no

geral), considerando as variáveis binárias (sexo, condição de vivência - sozinho ou não -, formação pós-graduada, tipo de unidade de saúde - UBS ou ESF -, e experiência no trabalho com alcoolistas).

Já para correlacionar os fatores e média geral do EAFAAA com a cor de pele declarada, tempo de serviço, frequência de uso de álcool, quantidade de doses por consumo e frequência do beber em *binge*, foi usada a técnica de análise de variância para modelo com um fator complementada pelo teste de comparações múltiplas de Tukey.

Por fim, para a análise de associação entre a idade do participante, em anos, e os escores na escala EAFAA utilizou-se o coeficiente de correlação linear de Pearson.

Em todas as análises considerou-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

3.1 Aspectos Éticos

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP (CAAE 28306519.1.0000.5411), apresentado no Anexo A, e teve autorização da gestão municipal (Anexo B). Para sua realização, foram atendidas todas as normas éticas prevista para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2013a).

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização sociodemográfica e profissional

Dos 94 profissionais ativos no momento da coleta dos dados, 69,14% (n= 65) responderam ao questionário, sendo 76,9% deles atuantes em serviços organizados conforme o modelo ESF.

Como apresentado na Tabela 1, tem-se o perfil dos profissionais: maioria com cor da pele branca (81,5%), do sexo feminino (70,8%) e com idade entre 30 e 49 anos (72,3%). A maioria dos entrevistados têm menos de 15 anos de experiência profissional (63,1%) e possuem diferentes níveis de pós-graduação. Destaca-se que 67,7% deles relataram ter experiência com alcoolistas.

Tabela 1- Distribuição das frequências das variáveis sociodemográficas que caracterizam os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) dos serviços de atenção primária à saúde (APS), em 2020

Variáveis	N (n=65)	% (100%)
<i>Modelo organizacional do serviço de APS</i>		
ESF	50	76,9
UBS tradicional	13	20,0
UBS Mista	2	3,1
<i>Faixa etária</i>		
20-29	12	18,4
30-39	21	32,3
40-49	26	40,0
50-59	5	7,6
≥60	1	1,5
<i>Cor autodeclarada</i>		
Branco	53	81,5
Preto	2	3,1
Pardo	8	12,3
Amarelo	2	3,1
<i>Sexo</i>		

Feminino	46	70,8
Masculino	19	29,2
<i>Tempo de profissão</i>		
< 5 anos	15	23,1
5 a 10 anos	17	26,2
11 a 15 anos	9	13,8
>15 anos	24	36,9
<i>Formação complementar (Pós-graduação)</i>		
Especialização	30	46,1
Residência Médica	23	35,3
Mestrado	9	13,8
Doutorado	0	0,0
<i>Experiência com alcoolistas</i>		
Sim	44	67,7
Não	21	32,3

Fonte: dados da pesquisa.

4.20 uso de álcool pelos profissionais de saúde

A maioria dos participantes declarou fazer uso de álcool em algum momento, com 21,5% afirmando serem abstêmios. Predominou uma frequência de uso de duas a quatro vezes ao mês (38,5%), seguida de uma vez por mês ou menos (27,7%), com 1 a 2 doses, em cada episódio de uso (47,7%). Relataram fazer uso em *binge* semanalmente, 10% dos participantes. Além disso, com o advento da pandemia do novo coronavírus, grande parcela destes disseram não ter modificado o hábito de beber (80%). Houve aumento de consumo para 12% dos profissionais e apenas 7,7% revelaram ter diminuído o consumo durante a pandemia (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição das frequências das variáveis referentes ao consumo pessoal de álcool dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) dos serviços de atenção primária à saúde, em 2020

Variáveis	Frequência	
	N (n = 65)	% (100%)
<i>Frequência de ingestão de bebidas alcoólicas</i>		
Nunca	14	21,5
Mensalmente ou menos	18	27,7
2 a 4x/mês	25	38,5
2 a 4x/semana	5	7,7
4 ou mais x na semana	2	3,1
Raramente	1	1,5
<i>Quantidade de consumo de bebidas alcoólicas nas ocasiões em que bebe (em número de doses padrão)</i>		
1 ou 2	31	47,7
3 ou 4	15	23,1
5 ou 6	5	7,7
7,8 ou 9	1	1,5
Menos de uma dose	13	20,0
<i>Consumo em binge</i>		
Nunca	38	58,5
menos que uma vez ao mês	14	21,5
Mensalmente	6	9,2
Semanalmente	7	10,8
Todos ou quase todos os dias	0	0,0
<i>Consumo pessoal desde o início da pandemia</i>		
Aumentou consumo	8	12,0
Diminuiu consumo	5	7,7
Não houve mudança	52	80,0

Fonte: dados da pesquisa.

*Dose padrão: 40 ml de destilado; 85 ml de licorosos; 140 ml de vinho; 340 ml de cerveja).

4.3 Atitudes dos médicos e enfermeiros frente ao álcool, alcoolismo e ao alcoolista

Na Tabela 3 são apresentados os resultados relacionados à atitude dos profissionais de saúde em relação ao Álcool, Alcoolismo e ao Alcoolista. Nela é possível observar uma atitude geral intermediária por parte dos profissionais participantes, referente a respostas de dúvida e incerteza frente às atitudes questionadas (média geral de 3,43).

Os profissionais demonstraram atitudes mais positivas no Fator 2 (média = 4,02), que se refere à compreensão do usuário de álcool como ser humano, que possui uma patologia e que muitos dos seus comportamentos não o definem como pessoa.

Já em relação aos demais fatores, as médias dos escores indicam uma tendência a atitudes intermediárias, assim como ocorreu com a atitude geral.

Em ordem decrescente temos as atitudes relacionadas ao processo de trabalho (Fator 1), isto é, atender o usuário de álcool, incluindo as dificuldades de relacionamento com esses indivíduos e os sentimentos gerados na equipe de saúde, além da necessidade de treinamento para que esse processo se realize (média = 3,51).

Logo em seguida aparecem as atitudes que falam sobre a legitimidade do ato de beber (Fator 4), como um comportamento aceitável se de forma moderada (média = 3,46).

Por último, têm-se as atitudes em relação à etiologia do alcoolismo (Fator 3), se as causas teriam relação com problemas de saúde mental ou, ainda, estariam envolvidas à questões biopsicossociais (média = 3,06).

Tabela 3- Média dos escores dos fatores e geral na escala EAFAAA - Escala de Atitudes

Fator	Média
Fator 1	3,51
Fator 2	4,02
Fator 3	3,06
Fator 4	3,04

Atitude Geral	3,43
---------------	------

Fonte: dados da pesquisa.

Fator 1- O trabalho e as relações interpessoais com usuários com transtornos relacionados ao álcool; Fator 2- A pessoa com transtornos relacionados ao uso de álcool; Fator 3- O alcoolismo (etiologia); Fator 4- As bebidas alcoólicas e seu uso.

De acordo com a percepção dos profissionais, a pandemia do novo coronavírus interferiu no consumo de álcool pelos usuários atendidos. Os profissionais acreditam que os usuários aumentaram o consumo (50,8%) durante a pandemia e poucos acreditam que a pandemia levou a uma redução no consumo (1,5%). Destaca-se que 15,4% dos profissionais participantes informaram não questionar sobre o uso de álcool de forma rotineira (Tabela 4).

Tabela 4- Considerações dos profissionais quanto a interferência da pandemia do novo coronavírus na ingestão de álcool dos usuários atendidos nas unidades de saúde

Mudança no Consumo de bebidas alcoólicas pelos usuários	N (n=65)	% (100%)
Aumentou	33	50,8
Diminuiu	01	1,5
Não houve mudança	21	32,3
Não questiona sobre o consumo	10	15,4

Fonte: dados da pesquisa.

4.4 Associações entre atitudes e variáveis sociodemográficas e profissionais

Em relação às características sociodemográficas e profissionais, foram observadas diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo, à cor declarada da pele e à condição de vivência. Houve diferença nas atitudes gerais quanto ao sexo, sendo que os homens apresentaram pontuações mais elevadas do que as mulheres. (Tabela 5).

Tabela 5- Média e desvio padrão das variáveis segundo sexo

Variável	Sexo		P-valor*
	Feminino	Masculino	
Fator 1	3,47(0,52)	3,65(0,36)	p>0,05
Fator 2	3,94(0,64)	4,23(0,66)	p>0,05
Fator 3	3,02(0,38)	3,19(0,40)	p>0,05
Fator 4	2,98(0,46)	3,20(0,48)	p>0,05
Total	3,38(0,30)	3,58(0,30)	p<0,05

Fonte: dados da pesquisa.

Fator 1- O trabalho e as relações interpessoais com usuários com transtornos relacionados ao álcool; Fator 2- A pessoa com transtornos relacionados ao uso de álcool; Fator 3- O alcoolismo (etiologia); Fator 4- As bebidas alcoólicas e seu uso.

*Teste T de Student

Em relação à cor de pele encontrou-se diferença estatística significativa entre quem se declara branco e quem se declara amarelo nas atitudes que dizem respeito ao trabalhar com alcoolistas e ter habilidades para tal (Fator 1) e nas atitudes em geral (Tabela 6). Os profissionais que se declaram amarelos obtiveram pontuações mais baixas no Fator 1 e no total da escala quando comparados aos profissionais brancos.

Tabela 6- Média e desvio padrão das variáveis de acordo com a cor de pele declarada

Variável	Cor da pele declarada				P-valor*
	Branco	Amarelo	Pardo	Negro	
Fator 1	3,61(0,45)b**	2,93(0,39)a	3,14(0,44)ab	3,08(0,53)ab	p<0,05
Fator 2	4,09(0,60)	3,40(0,14)	3,61(0,89)	4,45(0,07)	p>0,05
Fator 3	3,12(0,40)	2,73(0,26)	2,89(0,23)	2,82(0,13)	p>0,05
Fator 4	3,00(0,46)	3,56(0,79)	3,28(0,39)	2,72(0,40)	p>0,05
Total	3,49(0,28)b	3,09(0,38)a	3,21(0,37)ab	3,23(0,16)ab	p<0,05

Fonte: dados da pesquisa.

Fator 1- O trabalho e as relações interpessoais com usuários com transtornos relacionados ao álcool; Fator 2- A pessoa com transtornos relacionados ao uso de álcool; Fator 3- O alcoolismo (etiologia); Fator 4- As bebidas alcoólicas e seu uso.

*Técnica de análise de variância para modelo com um fator complementada com teste de comparações múltiplas de Tukey. ** Sem diferenças estatísticas entre letras iguais

Por fim, verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre profissionais que moram sozinhos e aqueles que moram com alguém (cônjuge, filhos, outros) nas atitudes relacionadas às opiniões para com a bebida alcoólica e o direito de beber (Fator 4) (Tabela 7). Quem mora sozinho apresentou pontuações mais elevadas do que aqueles que moram com outra(s) pessoa(s).

Tabela 7- Média e desvio padrão das variáveis de acordo com a condição de vivência

Variável	Condição de vivência		P-valor *
	Sozinho	Cônjuge/Filhos/Outros	
Fator 1	3,53(0,41)	3,52(0,50)	p>0,05
Fator 2	4,27(0,48)	3,97(0,68)	p>0,05
Fator 3	3,13(0,40)	3,06(0,39)	p>0,05
Fator 4	3,29(0,47)	2,99(0,46)	p<0,05
Total	3,55(0,26)	3,41(0,32)	p>0,05

Fonte: dados da pesquisa.

Fator 1- O trabalho e as relações interpessoais com usuários com transtornos relacionados ao álcool; Fator 2- A pessoa com transtornos relacionados ao uso de álcool; Fator 3- O alcoolismo (etiologia); Fator 4- As bebidas alcoólicas e seu uso.

*Teste t de Student

Não foram observadas associações estatisticamente significativas entre as atitudes dos profissionais, no geral e em fatores específicos, em relação às demais variáveis sociodemográficas e profissionais avaliadas (idade, formação pós-graduada, tempo de experiência profissional, experiência com alcoolista), conforme tabelas apresentadas abaixo.

Tabela 8- Média e desvio padrão das variáveis de acordo com a experiência com alcoolistas.

Variável	Experiência com alcoolistas		P-valor*
	Não	Sim	
Fator 1	3,38(0,52)	3,58(0,46)	p>0,05
Fator 2	3,93(0,61)	4,07(0,68)	p>0,05
Fator 3	3,05(0,39)	3,08(0,39)	p>0,05
Fator 4	2,97(0,47)	3,08(0,48)	p>0,05

Total	3,34(0,34)	3,48(0,29)	p>0,05
-------	------------	------------	--------

Fonte: dados da pesquisa.

Fator 1- O trabalho e as relações interpessoais com usuários com transtornos relacionados ao álcool; Fator 2- A pessoa com transtornos relacionados ao uso de álcool; Fator 3- O alcoolismo (etiologia); Fator 4- As bebidas alcoólicas e seu uso.

*Teste t de Student

Tabela 9- Média e desvio padrão das variáveis de acordo com o tempo de experiência

Variável	Tempo de experiência			P-valor*
	< 5 anos	5 a 15 anos	>15 anos	
Fator 1	3,69 (0,52)	3,36(0,42)	3,52(0,49)	p>0,05
Fator 2	4,28(0,44)	4,00(0,59)	3,92(0,74)	p>0,05
Fator 3	3,04(0,34)	3,08(0,40)	3,08(0,42)	p>0,05
Fator 4	3,11(0,39)	2,95(0,52)	3,06(0,49)	p>0,05
Total	3,56(0,29)	3,35(0,24)	3,42(0,34)	p>0,05

Fonte: dados da pesquisa.

Fator 1- O trabalho e as relações interpessoais com usuários com transtornos relacionados ao álcool; Fator 2- A pessoa com transtornos relacionados ao uso de álcool; Fator 3- O alcoolismo (etiologia); Fator 4- As bebidas alcoólicas e seu uso.

*Técnica de análise de variância para o modelo com um fator complementada com teste de comparações múltiplas de Tukey.

Tabela 10 - Média e desvio padrão das variáveis de acordo com existência de pós-graduação

Variável	Pós-graduação		P-valor*
	Não	Sim	
Fator 1	3,27(0,25)	3,53(0,49)	p>0,05
Fator 2	4,07(0,55)	4,02(0,66)	p>0,05
Fator 3	3,09(0,35))	3,07(0,39)	p>0,05
Fator 4	3,15(0,45)	3,04(0,48)	p>0,05
Total	3,37(0,36)	3,44(0,31)	p>0,05

Fonte: dados da pesquisa.

Fator 1- O trabalho e as relações interpessoais com usuários com transtornos relacionados ao álcool; Fator 2- A pessoa com transtornos relacionados ao uso de álcool; Fator 3- O alcoolismo (etiologia); Fator 4- As bebidas alcoólicas e seu uso.

*Teste t de Student

Tabela 11 - Medida de associação entre os fatores e a idade

Associação	Coefficiente de correlação	P-valor*
Fator 1 x Idade	-0,100	p>0,05
Fator 2 x Idade	-0,065	p>0,05
Fator 3 x Idade	0,059	p>0,05
Fator 4 x Idade	-0,075	p>0,05
Total x Idade	-0,094	p>0,05

Fonte: dados da pesquisa.

Fator 1- O trabalho e as relações interpessoais com usuários com transtornos relacionados ao álcool; Fator 2- A pessoa com transtornos relacionados ao uso de álcool; Fator 3- O alcoolismo (etiologia); Fator 4- As bebidas alcoólicas e seu uso.

*Coeficiente de correlação linear de Pearson

4.5 Associação entre atitudes e consumo pessoal de álcool

Foram realizadas análises de associação entre as atitudes dos profissionais e o consumo pessoal de álcool, considerando a frequência de consumo, a quantidade de doses consumidas e a frequência de consumo em *binge*. De acordo com as análises realizadas, houve diferença estatisticamente significativa considerando as quantidades de doses de bebida alcoólica ingerida pelos profissionais. Quando comparadas àqueles que consomem de 5 a 6 doses por episódio, os profissionais que nunca bebem apresentaram pontuações significativamente mais baixas no Fator 4, ou seja, nas atitudes que expressam opiniões quanto à bebida alcoólica e o direito de beber (Tabela 12).

Tabela 12 - Média e desvio padrão das variáveis segundo a quantidade de doses por consumo

Variável	Quantidade de doses				P valor*
	Abstêmio	1 ou 2 doses	3 ou 4 doses	5 ou 6 doses	
Fator 1	3,51(0,46)	3,50(0,51)	3,59(0,43)	3,46(0,62)	p>0,05
Fator 2	3,87(0,71)	3,48(0,70)	4,08(0,54)	4,42(0,52)	p>0,05
Fator 3	3,05(0,45)	3,04(0,38)	3,09(0,36)	3,23(0,44)	p>0,05
Fator 4	2,72(0,43)a	3,06(0,51)ab	3,18(0,31)ab	3,26(0,42)b	p<0,05
Total	3,34(0,30)	3,42(0,31)	3,50(0,30)	3,56(0,35)	p>0,05

Fonte: dados da pesquisa. Fator 1- O trabalho e as relações interpessoais com usuários com transtornos relacionados ao álcool; Fator 2- A pessoa com transtornos relacionados ao uso de álcool; Fator 3- O alcoolismo (etiologia); Fator 4- As bebidas alcoólicas e seu uso.

*Técnica de análise de variância para o modelo com um fator complementada com teste de comparações múltiplas de Tukey.

De forma semelhante, houve associação entre a atitude do profissional que expressa opiniões quanto à bebida alcoólica e o direito de beber (Fator 4) e a frequência de beber em *binge*. Aqueles que nunca bebem apresentaram pontuações significativamente mais baixas em comparação com quem bebe semanalmente em *binge*. (Tabela 13).

Tabela 13 - Média e desvio padrão das variáveis segundo a frequência de consumo em *binge*

Variável	Frequência de consumo					P valor*
	Abstêmio	Mensal- mente ou menos	2-4 vezes por mês	2-4 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana	
Fator 1	3,51(0,49)	3,56(0,49)	3,53(0,49)	3,33(0,35)	3,45(0,35)	p>0,05
Fator 2	3,88(0,78)	3,99(0,52)	4,10(0,64)	4,12(0,48)	4,25(1,06)	p>0,05
Fator 3	3,09(0,43)	2,99(0,28)	3,14(0,43)	2,89(0,34)	3,37(0,64)	p>0,05
Fator 4	2,79(0,48)	3,05(0,44)	3,11(0,39)	3,35(0,54)	3,34(1,10)	p>0,05
Total	3,36(0,34)	3,43(0,23)	3,48(0,33)	3,40(0,46)	3,57(0,30)	p>0,05

Fonte: dados da pesquisa. Fator 1- O trabalho e as relações interpessoais com usuários com transtornos relacionados ao álcool; Fator 2- A pessoa com transtornos relacionados ao uso de álcool; Fator 3- O alcoolismo (etiologia); Fator 4- As bebidas alcoólicas e seu uso.

*Técnica de análise de variância para o modelo com um fator complementada com teste de comparações de múltiplas de Tukey

Não foram verificadas associações estatisticamente significativas entre as atitudes e a frequência de consumo pessoal de álcool, conforme tabela abaixo (Tabela 14).

Tabela 14 - Média e desvio padrão das variáveis segundo a frequência de consumo de álcool

Variável	Frequência de consumo					P valor*
	Abstêmio	Mensal- mente ou menos	2-4 vezes por mês	2-4 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana	
Fator 1	3,51(0,49)	3,56(0,49)	3,53(0,49)	3,33(0,35)	3,45(0,35)	p>0,05
Fator 2	3,88(0,78)	3,99(0,52)	4,10(0,64)	4,12(0,48)	4,25(1,06)	p>0,05
Fator 3	3,09(0,43)	2,99(0,28)	3,14(0,43)	2,89(0,34)	3,37(0,64)	p>0,05
Fator 4	2,79(0,48)	3,05(0,44)	3,11(0,39)	3,35(0,54)	3,34(1,10)	p>0,05
Total	3,36(0,34)	3,43(0,23)	3,48(0,33)	3,40(0,46)	3,57(0,30)	p>0,05

Fonte: dados da pesquisa. Fator 1- O trabalho e as relações interpessoais com usuários com transtornos relacionados ao álcool; Fator 2- A pessoa com transtornos relacionados ao uso de álcool; Fator 3- O alcoolismo (etiologia); Fator 4- As bebidas alcoólicas e seu uso.

*Técnica de análise de variância para o modelo com um fator complementada com teste de comparações múltiplas de Tukey.

4.6 Associações entre atitudes e o tipo de serviço

Verificou-se, também, diferenças estatisticamente significativas quanto às atitudes gerais dos profissionais diferenciados quanto ao tipo de serviço em que estavam alocados (USF ou UBS) (Tabela 15). Os profissionais das ESF apresentaram pontuações mais elevadas no total da escala do que os profissionais das UBS.

Tabela 15- Média e desvio padrão das variáveis de acordo com o tipo de unidade de saúde.

Variável	Unidades de saúde		P-valor*
	UBS	ESF	
Fator 1	3,31(0,51)	3,58(0,46)	p>0,05
Fator 2	3,78(0,72)	4,10(0,62)	p>0,05
Fator 3	3,00(0,35)	3,09(0,40)	p>0,05
Fator 4	3,02(0,60)	3,05(0,43)	p>0,05
Total	3,28(0,35)	3,48(0,29)	p<0,05

Fonte: dados da pesquisa. Fator 1- O trabalho e as relações interpessoais com usuários com transtornos relacionados ao álcool; Fator 2- A pessoa com transtornos relacionados ao uso de álcool; Fator 3- O alcoolismo (etiologia); Fator 4- As bebidas alcoólicas e seu uso

*Teste t de Student..

4.7 Reflexões dos profissionais após a experiência de responder ao questionário

A experiência dos profissionais em responder o questionário trouxe algum tipo de reflexão para 21,6% dos participantes. Destaca-se que os demais profissionais (78,4%) responderam esta questão apenas com a resposta afirmativa, mas sem descrevê-la e um deles informou que esta experiência não trouxe reflexões.

No Quadro 3 são apresentados os comentários feitos pelos participantes, agrupados conforme sua correspondência com o conteúdo abordado nos respectivos fatores da Escala de Atitudes (EAFAAA). Nele é possível observar que responder ao questionário influenciou predominantemente em reflexões relacionadas ao processo de trabalhar com o usuário de álcool (Fator 1), quanto desencadeou poucas reflexões associadas aos outros fatores, em especial, à legitimidade de beber (Fator 4), cujo conteúdo não emergiu em nenhum dos comentários.

Quadro 4- Comentários dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) dos serviços de atenção primária à saúde sobre as reflexões disparadas pela experiência em responder ao questionário, 2020

Comentários relacionados ao Fator 1
“Sim, entretanto, alguns pacientes não nos dizem a verdade por medo de dizer se bebem ou não, então fica difícil saber quem realmente bebe e mais ainda a quantidade, pois a maioria fala "de vez em quando" "só de fim de semana" "não muito." E se não parte de eles quererem beber, fica mais complicado você introduzir esse assunto e essa "necessidade", pois muitos falam que os deixa mais tranquilos.”
“Sim. Porque é um tema que ainda traz dificuldade na equipe.”

“Sim. Vejo que ainda falta treinamento e habilidade para lidar com os usuários crônicos de álcool.”

“Que precisamos ter grupos de abordagem de etilismo em nossas unidades de saúde da família.”

“Sim, apesar de que os usuários de álcool e drogas, uma vez atendidos nas unidades básicas de saúde, são encaminhados ao CAPS-ÁLCOOL/DROGAS.”

“Sim, e que é necessário um melhor preparo de toda equipe, para uma qualificação na escuta e no acolhimento à demanda de dependentes químicos. Ações mais efetivas são mais bem estruturadas quando toda a equipe entende o processo da dependência.”

“Sim, sem dúvida. No dia a dia ligamos o automático em muitos momentos. Isso pela alta demanda, pelo cansaço mental e talvez por não querer se envolver com o paciente, sabendo que esse perfil dá um pouco mais de trabalho e as consultas necessitam de retornos breves a fim de estabelecer um vínculo.”

“Sim. O atendimento dos usuários de álcool é bastante complexo, e é uma parte da população que corre sério risco de ficar afastada dos serviços de saúde por não se sentirem acolhidas.”

“Sim! A Atenção Básica é porta de entrada e acolhimento destes indivíduos, precisamos estar bem capacitados para lidar com este problema de ordem biopsicossocial.”

“Sim é muito. Muitas vezes quando chega um paciente alcoolizado já vamos atendê-lo com desdém ou ficamos demorando para ver se vai embora. Inevitavelmente o álcool vem acometendo ou agravando a saúde como um todo (saúde física, mental e social).”

Comentários relacionados ao Fator 2

“Sim, na minha realidade os alcoolistas pouco procuram atendimento. ”

Comentários relacionados ao Fator 3

“A pandemia produzirá mais dependentes.”

“Sim, porque não abordamos o porquê ele bebe, mas os sintomas que a pessoa apresenta por conta da bebida”

Fonte: elaboração própria.

5 DISCUSSÃO

A pertinência do presente trabalho surge do diagnóstico situacional por meio do método da Estimativa Rápida Participativa (ERP) (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998), no qual uma das questões mais citadas pelos profissionais de saúde foi o alto índice de usuários de álcool e outras drogas no território estudado.

Mesmo sendo considerado o uso de álcool um agravo de saúde prevalente e o serviço de APS o local com melhores condições para abordá-lo, a identificação precoce do bebedor de risco e sua abordagem ainda são deficientes (BRASIL, 2003; FONTANELLA et al., 2011). Entre os fatores que poderiam impactar a prática profissional deficitária e a aparente dificuldade de abordagem do uso de álcool, estariam as atitudes dos profissionais.

Considerando que a literatura aponta como um destes fatores o sexo dos profissionais, é importante reconhecer que os profissionais médicos e enfermeiros que participaram da pesquisa eram, em sua maioria, mulheres. Semelhante a outros estudos (BEZERRA, FREITAS; AMENDOLA, 2020; PINHO et al., 2018; RAMÍREZ; VARGAS; LUIS, 2019; VARGAS, 2010), este resultado reforça a tendência da feminilização da força de trabalho na saúde (WERMELINGER et al., 2010).

Segundo Amorim (1985), as atitudes que possuem mais valor para predizer o comportamento são aquelas derivadas de um contato pessoal prévio com o objeto, dessa forma, a identificação de um padrão de consumo moderado de uso de álcool pela maioria dos profissionais da saúde pode dizer muito sobre suas atitudes. Entretanto, chama a atenção o fato de um número de profissionais abaixo da média da população brasileira ter se declarado abstêmio (LARANJEIRA, 2012). Conforme a literatura, esta alta prevalência de consumo de álcool pelos profissionais poderia indicar uma influência da pandemia do novo coronavírus (BIDDLE et al., 2020; CLAY; PAKER, 2020; RUBIN, 2021), porém, os profissionais negaram aumento do consumo de álcool durante este período.

A literatura aponta uma carência de estudos de prevalência do uso de álcool por profissionais de saúde na APS. No entanto, um estudo feito em uma cidade do interior de Minas Gerais, com 118 profissionais, mostrou que 50% tinham o hábito de beber, com 41% desses alegando padrão de beber em *binge* (CARLOS; HERVAL; GONTIJO, 2018), chamando a atenção para um maior consumo entre os

profissionais investigados no presente estudo. Tais resultados são importantes quando considerados os indícios de que profissionais de saúde que ingerem bebida alcoólica são mais permissivos ao atender usuários que fazem uso moderado de álcool, por tomar como parâmetro de normalidade seu próprio consumo (VARGAS; LUIS, 2008).

Porém, apesar desta certa naturalização envolvendo o consumo de álcool, estudos demonstram que esses profissionais têm dificuldade em revelar a quantidade real que consomem. Mesmo reconhecendo que é algo aceitável socialmente, pensam que não é um hábito moralmente digno para um profissional de saúde (LUCCA; VARGAS, 2006; SOARES; VARGAS; OLIVEIRA, 2011).

Talvez por esta razão, mesmo não reconhecendo o aumento do próprio consumo, tais profissionais acreditam que com a pandemia houve um aumento na ingestão de álcool por parte dos usuários, como na afirmação de um dos profissionais, de que “A pandemia produzirá mais dependentes”.

Essa aparente contradição entre a percepção do consumo de álcool pelo usuário e do próprio consumo pode ter se refletido nas atitudes dos profissionais. Assim, como já relatado em estudos em outras regiões do país, percebeu-se que os profissionais de saúde da APS possuem atitudes intermediárias frente ao álcool, ao alcoolista e ao alcoolismo, o que significa dizer que esses profissionais são ambivalentes em suas atitudes (CAIXETA; PEDROSA; HASS, 2016; RAMÍREZ; VARGAS; LUIS, 2019; VARGAS, 2005) ou ainda, não se sentem confortáveis em se posicionar nas respostas (BEZERRA; FREITAS; AMENDOLA, 2020; SOARES; VARGAS; FORMIGONI, 2013; VARGAS; BITTENCOURT, 2013).

Esta falta de posicionamento e ambivalência de opiniões pode ser reflexo do conflito moral que parece existir no relacionamento entre profissional e usuário do serviço de saúde, quando ambos fazem uso de álcool (LUCCA; VARGAS, 2006; SOARES; VARGAS; OLIVEIRA, 2011). É importante destacar que esse comportamento, também, é apontado como produto da estigmatização envolvendo o uso e o usuário de álcool, especialmente, quando se trata de consumo abusivo, muito relacionado à ideia de um comportamento desviante dos bons costumes (OLIVEIRA et al., 2019; RAMÍREZ; VARGAS; LUIS, 2019).

Entretanto, cabe pontuar que, observando o resultado de cada um dos fatores da escala separadamente, houve uma tendência a atitudes positivas em

relação ao Fator 2, que se refere à pessoa com transtornos relacionados ao uso de álcool e suas características pessoais, além das expectativas dos profissionais ao trabalhar com esses indivíduos. Tais resultados corroboram com o encontrado na literatura que relata esta associação, independentemente de os profissionais possuírem uma capacitação específica para a abordagem do uso de álcool (CAIXETA; PEDROSA; HASS, 2016; VARGAS, 2014).

Atitudes positivas frente ao alcoolista mostram que os profissionais participantes reconhecem o alcoolista como uma pessoa doente, apesar da literatura relatar dificuldades enfrentadas por estes profissionais para cuidar deste público (VARGAS; LUIS, 2008).

A dificuldade no cuidado deste público é ilustrada em uma das respostas que os profissionais deram sobre a reflexão ao responder ao questionário, trazendo também à tona que o próprio alcoolista não se reconhece como alguém que precisa ser cuidado ou, ainda, não se sente à vontade no serviço de saúde para revelar essa necessidade (BRASIL, 2003; FONTANELLA et al., 2011; SOARES; VARGAS; OLIVEIRA, 2011):

[...], entretanto, alguns pacientes não nos dizem a verdade por medo de dizer se bebem ou não, então fica difícil saber quem realmente bebe e mais ainda a quantidade, pois a maioria fala "de vez em quando" "só de fim de semana" "não muito." E se não parte de eles quererem beber, fica mais complicado você introduzir esse assunto e essa "necessidade", pois muitos falam que os deixa mais tranquilos."

De fato, os profissionais demonstraram atitudes intermediárias relacionadas ao trabalhar com os alcoolistas, ou seja, prestar cuidado a essas pessoas e ter habilidades suficientes para tal, evidenciadas nos resultados do Fator 1. Esta tendência intermediária diverge de outros estudos realizados com profissionais da APS, que apontam uma predominância de atitudes negativas (BEZERRA; FREITAS; AMENDOLA, 2020; BITTENCOURT, 2012; RAMÍREZ; VARGAS; LUIS, 2019; VARGAS, 2014).

Essa diferença pode ser relacionada ao perfil de profissionais estudados - maioria com menos de 15 anos de atuação e alta porcentagem com especialização. Isso pode ter influenciado para que as atitudes não fossem negativas nesse fator, já que a literatura mostra que quanto mais especializados, melhores são as atitudes, e quanto mais tempo de serviço, pior elas são (VARGAS; BITTENCOURT, 2013). Ter

preparo para atuar com dependentes químicos, ter recebido maior carga horária durante a graduação sobre a temática álcool e outras drogas e ter realizado pós-graduação têm se mostrado preditores das atitudes positivas (SOARES; VARGAS; FORMIGONI, 2013). Esta característica, também, é apontada pelos profissionais que afirmam a necessidade de ter habilidade especial para trabalhar com esse público:

[...] é necessário um melhor preparo de toda equipe, para uma qualificação na escuta e no acolhimento à demanda de dependentes químicos. Ações mais efetivas são mais bem estruturadas quando toda a equipe entende o processo da dependência.

Essa lacuna na formação é demonstrada em vários estudos, fazendo supor que os profissionais não tenham o hábito de abordar o tema de forma preventiva (HAGEDORN et al., 2019; ROMERO-RODRÍGUEZ et al., 2019; SCHNEIDER; LIMA, 2011; SOARES; VARGAS; FORMIGONI, 2013; VARGAS; OLIVEIRA; LUÍS, 2010; WILSON et al., 2011).

De forma semelhante, esse melhor preparo dos profissionais sobre a temática pode ter impactado nas atitudes referentes ao Fator 3, que traz afirmações relacionadas à influência dos determinantes biopsicossociais do alcoolismo, abrangendo fatores psíquicos, biológicos e morais (VARGAS, 2014). As atitudes dos profissionais participantes tenderam a ser intermediárias nesse fator e não negativas como em outros estudos (BEZERRA; FREITAS; AMENDOLA, 2020).

Além disso, ao lembrarmos que as atitudes foram positivas ao olharem para a pessoa que bebem (Fator 2), podemos pensar que os profissionais tendem a aceitar o alcoolista como pessoa. Mas não aceitam da mesma forma sua doença, ao não se posicionarem frente a sua etiologia (Fator 3), talvez pela influência da concepção moralista (PINHO et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2019; SOARES; VARGAS; FORMIGONI, 2013).

Em um dos comentários realizados pelos profissionais esse olhar pouco voltado para os determinantes do alcoolismo e, assim, a pouca aceitação da doença é bem evidenciado. O comentário elucida um modelo de atenção preocupante em relação ao diagnóstico, pois ao abordar apenas os sintomas, sem investigar o padrão de consumo, há uma tendência em realizar diagnósticos tardios, quando os hábitos de consumo estão mais presentes, como em quadros de dependência

(FONTANELLA et al., 2011): “[...] não abordamos o porquê ele bebe, mas os sintomas que a pessoa apresenta por conta da bebida.”.

Assim como em relação ao geral das questões, a frequência de respostas que não demonstram um posicionamento claro no Fator 3, revelada pela atitude intermediária, mostra o desconforto dos profissionais em opinar sobre o assunto, o que pode estar associado ao desconhecimento sobre as questões específicas relacionadas ao tema (PINHO et al., 2018; VARGAS; BITTENCOURT, 2013).

Tais atitudes, também, podem refletir a persistência do modelo biomédico de assistência, que enfatiza uma visão de caráter moral sobre a etiologia do alcoolismo (MALVEZZI; NASCIMENTO, 2018; SOARES; VARGAS; FORMIGONI, 2013; SOUZA; MENANDRO; MENANDRO, 2015; VARGAS; LUIS, 2008).

Segundo essa visão de caráter moral, o alcoolista não é visto como uma pessoa a ser tratada, mas como um caso crônico de repetição que atrapalha o funcionamento do serviço de saúde. Este conceito, que ainda perdura e traz percepções estigmatizantes e estereotipadas, também é um dos responsáveis pela desmotivação dos profissionais a lidarem com esses sujeitos (OLIVEIRA et al., 2019; VARGAS; LUIS, 2008).

Porém, é importante destacar que essa visão é reflexo da influência do meio social nos saberes construídos pelos profissionais de saúde, assim como da sociedade em geral. Deste modo, considerando que as práticas em saúde são práticas sociais, a reprodução desta visão, também, acaba por ser construída no cotidiano dos serviços, ou seja, passa a ser incorporada na atuação dos profissionais, para além do conhecimento técnico-científico (OLIVEIRA et al., 2019; SOUZA; MENANDRO; MENANDRO, 2015).

A persistência do modelo biomédico no processo de trabalho direciona o profissional a esperar pela demanda espontânea do usuário, além de um comportamento que considera que a pessoa, ao procurar o serviço, acredite que a abstinência total é a melhor solução, o que nem sempre atende às necessidades de boa parte dos usuários (MALVEZZI; NASCIMENTO, 2018; SCHNEIDER; LIMA, 2011).

Segundo a literatura, os profissionais têm dificuldade diante de situações que fogem do controle e parecem desorganizar a rotina do processo de trabalho, como a chegada de um sujeito alcoolizado, cujo comportamento pode parecer inadequado e

fora dos padrões de “civildade”. Essa dificuldade pode ser exemplificada por comentários como deste profissional: “[...] *Muitas vezes quando chega um paciente alcoolizado já vamos atendê-lo com desdém ou ficamos demorando para ver se vai embora. [...]*”. A relação de cuidado, então, é prejudicada por sentimentos de impotência, raiva e rejeição (MALVEZZI; NASCIMENTO, 2018; VARGAS; OLIVEIRA; LUÍS, 2010).

Apesar de não ficar explícita esta atitude nos resultados relacionados ao Fator 4, a propensão por atitudes intermediárias voltadas às opiniões sobre a bebida alcoólica e o direito das pessoas de beber (VARGAS, 2014), pode estar relacionado à resistência que o profissional encontra em expressar sua opinião, ou dificuldade em se posicionar sobre o beber, uma vez que ele próprio faz uso da bebida alcoólica, ao mesmo tempo que não considera isso moralmente aceitável (BEZERRA; FREITAS; AMENDOLA, 2020; LOCK et al., 2002; LUCCA; VARGAS, 2006; SOARES; VARGAS; OLIVEIRA, 2011).

É importante chamar atenção que algumas características sociodemográficas se mostraram associadas a atitudes mais negativas dos profissionais, como o fato de ser do sexo feminino, ter cor de pele amarela e residir com outras pessoas.

Considerando que os homens bebem mais que as mulheres tanto em quantidade de doses, quanto em frequência de uso (LARANJEIRA, 2012; MACHADO et al., 2017), pode-se pensar que o fato de os homens apresentarem atitudes mais positivas esteja relacionado à permissividade em relação ao usuário de álcool quando o profissional também ingere bebida alcoólica (VARGAS; LUIS, 2008).

Além de terem tido atitudes favoráveis em relação às atitudes gerais frente ao álcool, alcoolista e alcoolismo tiveram, também, uma aproximação ao limiar de significância estatística quanto à bebida alcoólica e ao direito de beber. Esses resultados reforçam a suspeição da relação entre beber mais e atitudes mais positivas.

Esse mesmo raciocínio pode ser usado quando observado que profissionais com cor da pele declarada amarela possuem atitudes mais negativas, tanto no geral quanto nas relacionadas ao trabalhar com usuários de álcool, quando comparados aos que brancos.

Tal resultado pode refletir o fato de que pessoas de origem asiática possuem menores taxas de uso abusivo de álcool que outros grupos étnicos (CHARTIER; CAETANO, 2010), sugerindo que estes profissionais sigam esta fluência cultural, reproduzindo em suas atitudes.

De forma semelhante, o fato dos profissionais que moram sozinhos apresentarem atitudes mais positivas quanto à bebida alcoólica e ao direito de beber, em comparação com quem possui companhia, levanta o questionamento se um dos motivos para este resultado poderia ser o fato de que quem vive só bebe mais (FRANCO; BALDIN; PAIVA, 2011), refletindo na forma como compreende o ato de beber e, conseqüentemente, na sua atitude.

Também foram observados resultados de associação entre o uso pessoal de álcool por parte dos profissionais com atitudes mais positivas, em relação às opiniões sobre a bebida alcoólica e ao direito de beber. Este fato, levanta o questionamento se esses profissionais possuem atitudes mais positivas ou mais permissivas frente aos usuários, levando em conta que permissividade pode refletir atitudes negativas, uma vez que apesar do estabelecimento de vínculo com o usuário, o profissional pode ser negligente deixando de agir quando necessário (MARTINS, 2017). As atitudes mais positivas relacionaram-se às duas situações de maior consumo: beber em *binge* com maior frequência e beber mais doses por episódio de consumo.

Assim, ao reconhecer que estas características individuais dos profissionais estão refletidas em suas atitudes e práticas, pode-se considerar que, também, exercem influência sobre o modelo de atenção operacionalizado nos diferentes serviços de APS.

Os profissionais atuantes nos serviços organizados conforme o arranjo ESF demonstraram, de forma geral, atitudes mais positivas frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista, quando comparados com aqueles alocados em UBS tradicionais. Também se aproximaram ao limiar de significância em relação às atitudes voltadas ao trabalhar com alcoolistas e ao alcoolista como pessoa.

Este resultado pode estar associado ao fato de a ESF possuir um olhar ampliado de saúde (modelo biopsicossocial) e um processo de trabalho mais voltado para as necessidades de saúde da comunidade, além de uma maior proximidade

com a população (FERTONANI et al., 2015; PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011).

No entanto, apesar da maior resolutividade atribuída aos serviços organizados no arranjo ESF (FLÔR et al., 2017; LIMA-COSTA; TURCI; MACINKO, 2013; PINTO JUNIOR et al., 2018; SÁ et al., 2016), uma série de limitações são evidenciadas pela literatura, destacando a dificuldade na implantação do modelo ampliado de saúde, por meio de atendimento interdisciplinar e ações de matriciamento (BRASIL, 2011a; LOPES et al., 2019; SANINE; SILVA, 2021) e menos centrados no corpo biológico e na medicalização (FERTONANI et al., 2015).

Algumas limitações metodológicas merecem ser pontuadas, como em relação à seleção das variáveis analisadas, como o conhecimento sobre ferramentas de rastreio para uso abusivo de álcool, intervenção breve e tratamento de dependência alcoólica (HAGEDORN et al., 2019; ROMERO-RODRÍGUEZ et al., 2019). A religiosidade também não foi investigada e poderia ser considerada um fator de interferência no padrão de consumo de bebida alcóolica e, portanto, que, também, poderia impactar nas atitudes dos profissionais (MARTINEZ et al., 2019).

Outra questão refere-se à baixa adesão por parte dos profissionais, além da maioria dos respondentes serem do arranjo ESF. Esses fatos podem ter influenciado tanto na robustez das análises estatísticas, quanto no perfil dos profissionais, sugerindo que aqueles que aceitaram participar desta pesquisa seriam pessoas previamente sensíveis ao tema, pelo próprio processo de trabalho operacionalizado na rotina dos serviços organizados no arranjo ESF.

6 CONCLUSÃO

No geral, os profissionais apresentaram atitudes intermediárias, que denotam ambivalência frente a determinado objeto, ou mesmo, dificuldade de se posicionar. Embora os profissionais tenham demonstrado atitudes positivas frente à pessoa do alcoolista, suas atitudes forma intermediárias em relação ao trabalhar com alcoolista, a etiologia do alcoolismo e a bebida alcoólica e ao direito de beber, sugerindo desconhecimento sobre o assunto, assim como reflexos da estigmatização da doença e suas questões morais.

Estas atitudes estavam associadas a características pessoais, como sexo, cor da pele declarada e se mora acompanhado, assim como ao consumo pessoal de álcool. Essas associações, pouco abordadas na literatura, reforçam que as atitudes são construídas através das relações sociais, ao longo da história de vida.

A associação de atitudes positivas frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista dos profissionais com os tipos de arranjos operacionalizados nos serviços - ser ESF -, embora não permita estabelecer relações de causalidade, sugere que a maior proximidade com a população e a organização de um modelo de atenção centrado na integração biopsicossocial, conforme as necessidades de saúde da comunidade, possam ter impactado neste resultado.

Por fim, reconhece-se que há muito o que se avançar em relação as atitudes dos profissionais de saúde para que ofereçam uma assistência qualificada aos usuários de álcool. Porém, a disseminação de conhecimento específico sobre a doença e a pessoa que faz uso de álcool parece ser uma das principais estratégias de enfrentamento deste problema.

Recomenda-se, ainda, a partir dos resultados deste estudo, que haja continuidade em pesquisas sobre esta abordagem, a fim de verificar se estes fatores podem ser generalizados e para que análises mais robustas sejam aplicadas para determinar relações de casualidade. Sugere-se que em investigações futuras outras variáveis sejam inseridas na análise, como a religião dos profissionais e a história de alcoolismo na família. De forma conjunta, novos estudos podem avançar para projetar recomendações que embasem o deslocamento do atual panorama no cuidado ao usuário de álcool, em suas diversas facetas, garantindo-se um cuidado integral e efetivo.

REFERÊNCIAS

AALTO, M.; PEKURI, P.; SEPPA, K. Primary health care nurses and physicians attitudes knowledge and belief regarding brief intervention for heavy drinkers. **Addiction**, Oxford, v. 96, n. 2, p. 305-311, Feb. 2001. DOI: <https://doi.org/doi:10.1046/j.1360-0443.2001.96230514.x>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11182876>. Acesso em: 15 dez. 2019.

AGUIAR, A. S. *et al.* Estudo da atitude diante do paciente alcoolista e do conhecimento sobre alcoolismo em função do padrão de beber de estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 42, n. 3, p. 49-56, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3RB20180052>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/SjHy3s4kZXgqbcyXTSQdXYj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2020.

ALVAREZ, A. P. E.; VIEIRA, Á. C. D. D.; ALMEIDA, F. A. Núcleo de apoio à saúde da família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, e290405, p. 1-17, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290405>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/W7QwTYThPTXbKDSnwYQRrYk/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2020.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 out. 2020.

AMORIM, M. A. Dizer e fazer: a concordância entre a atitude e comportamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 1, n. 2, p. 118-122, maio/ago. 1985. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/231211589.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

ARONSON, E.; WILSON, T. D.; AKERT, R. M. **Psicologia social**. 8. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2018.

ARRUDA, T. V.; SERAFIM, A. P. Abuso e dependência de álcool em profissionais de saúde. **Revista Acadêmica Oswaldo Cruz**, São Paulo, ano 4, n. 13, p. 1-13, jan./mar. 2017. Disponível em: http://revista.oswaldocruz.br/Content/pdf/Edicao_13_ARRUDA_Thais_Volpiano_-_SERAFIM_Antonio_de_Padua.pdf. Acesso em: 10 out. 2020.

BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. **Brief intervention for hazardous and harmful drinking**: for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care. [S. l.]: World Health Organization, 2001. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67210/WHO_MSD_MSB_01.6b-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 27 jul. 2019.

BABOR, T. F. *et al.* **AUDIT**: the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care. 2nd ed. [S. l.]: World Health Organization, 2001. Disponível em: https://www.who.int/substance_abuse/publications/audit/en/. Acesso em: 27 jul. 2019.

BEZERRA, M. E. T.; FREITAS, N. O.; AMENDOLA, F. O álcool, alcoolismo e o alcoolista: atitudes dos enfermeiros de uma Estratégia de Saúde da família. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 11, n. 3, p. 114-121, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n3.2789>. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2789>. Acesso em: 19 jan. 2021.

BÍBLIA, A. T. Isaías. *In*: BÍBLIA. **Bíblia Sagrada NTLH**: nova tradução na linguagem de hoje. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 2000. p. 968

BIDDLE, N. *et al.* **Alcohol consumption during the COVID-19 period**: may 2020. [S. l.]: Australian National University, 2020. Disponível em: https://www.drugsandalcohol.ie/32185/1/Australia_Alcohol_consumption_during_the_COVID-19_period.pdf. Acesso em: 19 jan. 2021.

BITTENCOURT, M. N. **Atitudes de enfermeiros frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista: comparativo entre enfermeiros de serviços especializados e outros serviços de saúde**. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/D.7.2012.tde-19042012-074506>. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-19042012-074506/pt-br.php>. Acesso em: 27 jul. 2019.

BOTASSINI, J. O. M. A importância dos estudos de crenças e atitudes para a sociolinguística. **SIGNUM**: Estudos da Linguagem, Londrina, v. 18, n. 1, p. 102-131, jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5433/2237-4876.2015V18N1P102>. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/signum/article/view/20327>. Acesso em: 27 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Deteção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas**: módulo 3. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2011a. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/92625500/Curso-Supera-Modulo3-Deteccao-do-uso-abusivo-e-diagnostico-da-dependencia-de-substancias-psicoativas> Acesso em: 10 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **3º Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas**: 2019. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_relatorio_quadrimestral_prestacao_contas_2019.pdf. Acesso em: 6 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 6 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2020-2023**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf. Acesso em: 6 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 21 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1,028, de 1º de julho de 2005**. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html. Acesso em: 24 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html. Acesso em: 21 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html#:~:text=Art.,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html#:~:text=Art.,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS)). Acesso em: 24 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 6 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 27 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Uso nocivo de álcool mata mais de 3 milhões de pessoas a cada ano**: mais de 3 milhões de pessoas morreram por uso nocivo de álcool em 2016, segundo relatório divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na sexta-feira (21). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://portalfns-antigo.saude.gov.br/ultimas-noticias/2247-uso-nocivo-de-alcool-mata-mais-de-3-milhoes-de-pessoas-a-cada-ano>. Acesso em: 23 jul. 2019.

CAIXETA, L. M. M.; PEDROSA, L. A. K.; HAAS, V. J. Analysis of attitudes of Primary Health Care professionals regarding people with disorders due to alcohol use. **SMAD**: Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 84-91, jun. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v12i2p84-91>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762016000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 jan. 2021.

CARLOS, M. A.; HERVAL, Á.; GONTIJO, L. Consumo de álcool entre os trabalhadores da saúde da família. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, Passo Fundo, v. 23, n. 2, p. 193-198, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5335/rfo.v23i2.8394>. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/8394>. Acesso em: 6 fev. 2021.

CASTRO-DE-ARAUJO, L. F. S.; MACHADO, D. B. Impact of COVID-19 on mental health in a Low and Middle-Income Country. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 2457-2460, June 2020. Suplemento 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10932020>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702457&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 fev. 2021.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL. **Álcool e a saúde dos brasileiros**: panorama 2020. 1. ed. São Paulo: CISA, 2020.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; TANON, A. Utilizar a avaliação. In: BROUSSELLE, A. *et al.* (org.). **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio e Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 241-261.

CHARTIER, K.; CAETANO, R. Ethnicity and Health Disparities in Alcohol Research. **Alcohol Research & Health**, Washington, D.C, v. 33, n. 1/2, p. 152–160, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21209793/>. Acesso em: 19 jan. 2021.

CLAY, M. J.; PAKER, O. M. Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? **Lancet Public Health**, Oxford, v. 5, e 259, May 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30088-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30088-8). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30088-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30088-8/fulltext). Acesso em: 19 jan. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Governo Federal decreta fim da política de redução de danos**. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/governo-federal-decreta-fim-da-politica-de-reducao-de-danos/>. Acesso em: 12 out. 2020.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. Álcool. *In*: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. cap. 10, p. 91-108.

DUALIBI, S.; LARANJEIRA, R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 839-848, out. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000500019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/bzdPtX6H83vwZYmWPNqCCsr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 jan. 2021.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZtnLRysBYTmdC9jw9wy7hKQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2020.

FIORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 92, p. 9-21, mar. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-33002012000100002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002012000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 out. 2020.

FLÔR, C. R. *et al.* Primary health care as assessed by health professionals: comparison of the traditional model versus the Family Health Strategy. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 714-726, Dec. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700040013>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000400714&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 out. 2020.

FONSECA, E. M.; BASTOS, F. I. Políticas de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. *In*: ACSELRAD, G. (org.). **Avessos do prazer**: drogas, Aids e direitos humanos [online]. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 289-310. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575415368>. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/bgqvf>. Acesso em: 21 jan. 2021.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Os usuários de álcool, atenção primária à saúde e o que é “perdido na tradução”, **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 573-85, abr./jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/QHPnCzQ6S96QjYbnDWZccKq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2021.

FORTES, J. R. A. História do alcoolismo. *In*: FORTES, J. R. A.; CARDO, W. N. **Alcoolismo**: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier, 1991. p. 1-10.

FRANCO, S. C.; BALDIN, N.; PAIVA, M. Fatores associados ao consumo de risco de álcool entre homens adultos na atenção primária à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 89, p. 217-227, abr./jun. 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406344813006.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **SISAP - Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso**: índice de envelhecimento da população por município, 2019. Disponível em: https://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/novo2/td_munic_5.php. Acesso em: 21 mar. 2021.

GOLD, M. S.; ADAMEC, C. **The encyclopedia of alcoholism and alcohol abuse**. New York: Sheridan Books, 2010.

GOMES, T. B.; VECCHIA, M. D. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2327-2338, jul. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.21152016>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702327&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 mar. 2021.

HAGEDORN, H. J. *et al.* Implementing alcohol use disorder pharmacotherapy in primary care settings: a qualitative analysis of provider-identified barriers and impact on implementation outcomes. **Addiction Science & Clinical Practice**, London, v. 14, n. 24, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13722-019-0151-7>. Disponível em: <https://ascjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13722-019-0151-7>. Acesso em: 6 fev. 2021.

IBGE. **Cidades@**: municípios: Araraquara-SP. Rio de Janeiro, 2019. Portal. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/araraquara/panorama>. Acesso em: 29 set. 2019

JOHNSON, M. C.; SALETTI-CUESTA, L.; TUMAS, N. Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 1, p. 2447-2456, June 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10472020>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702447&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 fev. 2021.

LAPATE, V. **Hora zero**: a independência das drogas-antes que os problemas cheguem. São Paulo: Scortecci, 2001.

LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, p. 68-77, maio 2004. Suplemento 1. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000500017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 out. 2020.

LARANJEIRA, R. *et al.* **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília, DF: SENAD, 2007. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/93283/CARTILHA%20%c3%81LCOOL.PDF?sequence=5&isAllowed=y>. Acesso em: 12 out. 2020.

LARANJEIRA, R. (org.). **Segundo levantamento nacional de álcool e drogas: relatório 2012**. São Paulo: INPAD, 2012. Disponível em: <https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

LIMA-COSTA, M. F.; TURCI, M. A.; MACINKO, J. Estratégia saúde da família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 7, p. 1370-1380, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5JDyqQYhzZcFRyy6rRh5HYb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2021.

LOCK, C. A. *et al.* A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. **Journal of Advanced Nursing**, Bethesda, v. 39, n. 4, p. 333-342, Aug. 2002. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2002.02294.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2002.02294.x>. Acesso em: 16 jan. 2021.

LOPES, L. L. T. *et al.* Ações da equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 72, n. 6, p. 1624-1631, dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0760>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000601624&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 maio 2021.

LUCCA, D. M.; VARGAS, D. As concepções de enfermeiros de hospital geral frente às questões relacionadas ao álcool e ao alcoolismo. **Enfermagem Brasil**, [s. l.], v. 5, n.4, p. 260-267, 2006.

MACHADO, Í. E. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde 2013: relação entre uso de álcool e características sociodemográficas segundo o sexo no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 408-422, jul. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700030005>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000300408&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 abr. 2021.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, DF, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000300006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/xvTC3vVCqjDNYw7XsPhFkFR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2021.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C.; S. Estratégia saúde da família: um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 18-37, set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/?lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2020.

MALTA, D. C. *et al.* O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1799-1809, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04782018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9mXFmz3J8Y4qjbbKgk8VVVq/?lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2020.

MALVEZZI, D.; NASCIMENTO, J. L. Cuidado aos usuários de álcool na atenção primária: moralismo, criminalização e teorias da abstinência. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1095-1112, Dec. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00153>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00153>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000301095&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jan. 2021.

MANGUEIRA, S. O. *et al.* Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 27, n. 1, p. 157-168, abr. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n1p157>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822015000100157&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 dez. 2020.

MARQUES, A. C. P. *et al.* A avaliação inicial: identificação, triagem e intervenção mínima para uso de substâncias. *In*: DIEHL, A. *et al.* **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2019. cap. 6, parte 2.

MARTINEZ, E. Z. *et al.* Religiosity and patterns of alcohol consumption among users of primary healthcare facilities in Brazil. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 146-157, June 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2019000200146&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 maio 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201900020234>.

MASSUDA, A. *et al.* The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Global Health**, London, v. 3, n. 4, p. e000829, 2018. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/3/4/e000829>. Acesso em: 16 jan. 2021.

MENESES-GAYA, C. *et al.* Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): an updated systematic review of psychometric properties. **Psychology & Neuroscience**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 83-97, June 2009. DOI: <https://doi.org/10.3922/j.psns.2009.1.12>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pn/a/jWVsCFgx9tZzKyWKrsYr8bT/?lang=en>. Acesso em: 6 fev. 2021.

MORAIS, P. C. C. **Drogas e políticas públicas**. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005. Disponível em: https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/60/droga_politica_publica.pdf. Acesso em: 16 jan. 2021.

NEVES, P. D. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 7-36, jan./fev. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000100002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hWpNzbxLR9DKdgTH6b4nSyv/?lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2021.

OLIVEIRA, E.; SZAPIRO, A. Porque a Reforma Psiquiátrica é possível. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 15-20, out. 2020. Especial 3. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2020/10/RSDE3-web-1.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2021.

OLIVEIRA, A. J. *et al.* A construção histórica do estigma sobre o conceito de dependência de álcool. **Revista de Psicologia**, v. 13, n. 44, p. 253-275, 2019. DOI: <https://doi.org/10.14295/idonline.v13i44.1612>. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1612/0>. Acesso em: 16 jan. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **The burden of mental disorders in the region of the Americas, 2018**. Washington, DC: PAHO, 2018. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275120286_eng.pdf?sequence=10&isAllowed=y. Acesso em: 16 jan. 2021.

PAULIN, L. F. R. S. Conceito, etiologia e diagnóstico do alcoolismo: uma revisão. **Revista de Ciências Médicas-PUCCamp**, Campinas, v. 3, n. 1, p. 5-8, jan./abr. 1994. Disponível em: <http://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/download/1423/1397>. Acesso em: 16 jan. 2021.

PEREIRA, T. T. S. O.; BARROS, M. N. S.; AUGUSTO, M. C. N. A. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**, Barbacena, v. 9, n. 17, p. 523-536, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-44272011000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 jan. 2021.

PINHO, P. H. *et al.* Atitudes das equipes dos serviços de atenção psicossocial em álcool e drogas. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 12, n. 1, p. 33-42, abr. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.24879/201800120010078>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472018000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 jan. 2021.

PINTO JUNIOR, E. P. *et al.* Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, e00133816, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00133816>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000205003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 1 maio 2021.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (Brasil). **Índice de Desenvolvimento Humano: IDHM Municípios 2010**. [S. l.]: PNUD, 2010. Portal. Disponível em:

<https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>. Acesso em: 31 mar. 2021.

RAMÍREZ, E. G. L.; VARGAS, D.; LUIS, M. V. Atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e à pessoa com transtornos relacionados ao uso de álcool em enfermeiros colombianos. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 24, e58795, p. 1-11, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58795>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58795>. Acesso em 21 já. 2021.

RODRIGUES, R. C. B. **Políticas de drogas e subjetividade**: contribuições das perspectivas de Michel Foucault e da biopolítica para os discursos contra(a)dictos. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/19708>. Acesso em 21 já. 2021.

ROMERO-RODRÍGUEZ, E. *et al.* Knowledge, attitudes and preventive practices of primary health care professionals towards alcohol use: a national, cross-sectional study. **PLoS One**, v. 14, n. 5, e0216199, May 2019. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216199>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0216199>. Acesso em: 21 jan. 2021.

ROSELLA, D. *et al.* Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: a nationwide microsimulation study. **PLOS medicine**, London, v. 15, n. 5, e1002570, May 2018. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002570>. Acesso em: 21 jan. 2021.

RUBIN, R. Alcohol-related diseases increased as some people drank more during the COVID-19 pandemic. **JAMA**, Chicago, p. 1-3, June 2021. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2021.10626>. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2781739>. Acesso em: 21 jan. 2021.

SÁ, F D. S. *et al.* Assessment of primary health care from the perspective of patients hospitalized for ambulatory care sensitive conditions. **Family Practice**, v. 33, n. 3, p. 243-8, June 2016. DOI: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz096>. Disponível em: <https://academic.oup.com/fampra/article/33/3/243/1749383>. Acesso em: 21 jan. 2021.

SANINE, P. R.; SILVA, L. I. F. Saúde mental e a qualidade organizacional dos serviços de atenção primária no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2021. Prelo.

SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. O. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Saúde & Transformação Socia**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 82-9, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2653/265325753014.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2021.

SAUPE, R. *et al.* Conceito de competência: validação por profissionais de saúde. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 8, n. 18, p. 31-37, jan./abr. 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/Enpacs/pesquisaArtigos/conceito_de_competencia_validacao_por_prof_saude_2006.pdf. Acesso em: 24 jun. 2019.

SCHNEIDER, D. R.; LIMA, D. S. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. **Psico**, Porto Alegre, v. 42, n. 2, p. 168-178, abr./jun. 2011. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/7153>. Acesso em: 24 jun. 2019.

SCHRAMM, J. M. A.; PAES-SOUZA, R.; MENDES, L. V. P. **Políticas de austeridade e seus impactos na saúde**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos da FIOCRUZ, 2018. Disponível em: arquivo.fiocruz.br/bitstream/icict/28240/2/Joyce_Mendes_et_al_politicas_de_austeridade.pdf. Acesso em: 24 jun. 2019.

SILVA, E. S. *et al.* Problemas relacionados ao consumo de álcool. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 2093-2103.

SOARES, J.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. Atitudes e conhecimentos de profissionais de saúde diante do álcool, alcoolismo e do alcoolista: levantamento da produção científica nos últimos 50 anos. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 45-52, 1 abr. 2011. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v7i1p45-52>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38739>. Acesso em: 24 jun. 2019.

SOARES, J.; VARGAS, D.; FORMIGONI, M. L. O. S. Atitudes e conhecimentos de enfermeiros frente ao álcool e problemas associados: impacto de uma intervenção educativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1172-1179, out. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000500023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/npjHS7bfY7LYtBnLqmpWghF/?lang=en>. Acesso em: 16 jan. 2021.

SOUZA, L. G. S.; MENANDRO, M. C. S.; MENANDRO, P. R. M. O alcoolismo, suas causas e tratamento nas representações sociais de profissionais de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1335-1360, Dec. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000400015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000401335&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jan. 2021.

SOUZA, M. L. P. (org.). **Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

STOLBERG, V. B. A review of perspectives on alcohol and alcoholism in the history of american health and medicine. **Journal of Ethnicity in Substance Abuse** 5, n. 4, p. 39-106, 2008. DOI: http://dx.doi.org/10.1300/J233v05n04_02. Disponível em:

https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J233v05n04_02. Acesso em: 16 jan. 2021.

TAMMI, T.; HURME, T. How the harm reduction movement contrasts itself against punitive prohibition. **International Journal Of Drug Policy**, [s. l.], v. 18, n. 2, p. 84-87, mar. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.11.003>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0955395906002313?via%3Dihub>. Acesso em: 16 jan. 2021.

TANCREDI, F. B. L.; BARRIOS, S. R. G.; FERREIRA, J. H. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Fundação Peirópolis, 1998.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. (org). **Modelo de atenção à saúde**: promoção, vigilância saúde da família. Salvador: EDUFBA, 2006.

TORRES, C. V.; NEIVA, E. B. (org.). **Psicologia social**: principais temas e vertentes. Porto Alegre: Artmed, 2011.

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Screening and behavioral counseling interventions to reduce unhealthy alcohol use in adolescents and adults: US preventive services task force recommendation statement. **JAMA**, Chicago, v. 320, n. 18, p. 1899-1909, Nov. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.16789>. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2714537>. Acesso em: 12 out. 2020.

VARGAS, D. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente às características pessoais do paciente alcoolista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, p. 1028-1034, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600024>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/v8GXGRzp3wrFwXRd6jzxpFh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2021.

VARGAS, D.; BITTENCOURT, M. N. Álcool e alcoolismo: atitudes de estudantes de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 1, p. 84-89, fev. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000100013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/m8ZPQ5Y6wTXNhLrhQZXXd5D/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2021.

VARGAS, D. **A construção de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista**: um estudo psicométrico. 2005. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/T.22.2005.tde-25072005-090632>. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-25072005-090632/pt-br.php>. Acesso em: 16 jan. 2021.

VARGAS, D.; LUIS, M. A. V. Álcool, alcoolismo e alcoolista: concepções e atitudes de enfermeiros de unidades básicas distritais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, maio/jun. 2008. Especial. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/7GCDGYPr8cmZn5FBHqCknqq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 16 jan. 2021.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F.; LUÍS, M. A. V. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária à saúde: percepções e condutas do enfermeiro. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 73-79, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/FhxvvgcLTxRqWNK4wyy8hhf/?lang=pt>. access on 16 Jan. 2021.

VARGAS, D. Validação de construto da escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e a pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 106-111, ago. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-60830000000021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/TqKPBNwFjdhpqGmFYpxKcm/?lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2019.

VARGAS, D. Versão reduzida da escala de atitudes frente ao álcool, alcoolismo e ao alcoolista: resultados preliminares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 918-925, ago. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400018>. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=565543&indexSearch=ID>. Acesso em: 13 out. 2019.

WERMELINGER, M. *et al.* A feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, v. 45, p. 54-70, maio 2010. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=565543&indexSearch=ID>. Acesso em: 13 out. 2019.

WILSON, G. B. *et al.* Intervention against excessive alcohol consumption in primary health care: a survey of GPs' attitudes and practices in England 10 years on. **Alcohol and Alcoholism**, [s. l.], v. 46, n. 5, p. 570-577, Sep./Oct. 2011. DOI: 10.1093/alcalc/agr067. Disponível em: <https://academic.oup.com/alcalc/article/46/5/570/129213>. Acesso em: 16 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2018**. Geneva: WHO, 2018a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>. Acesso em: 24 jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-10**: international statistical classification of diseases and related health problems. 10th ed. Geneva: WHO, 2010. v. 2. Disponível em: https://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf. Acesso em: 24 ju. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health atlas 2017**. Geneva: WHO, 2018b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514019>. Acesso em: 24 ju. 2019.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZAR, J. H. **Biostatistical analysis**. 5th ed. Upper Saddle River: Prentice-Hall; Pearson, 2010.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO APLICADO VIA WEB (FORMULÁRIO GOOGLE) AOS PROFISSIONAIS MÉDICOS E ENFERMEIROS

07/07/2021

Abordagem ao usuário de álcool: atitudes dos profissionais de saúde

Abordagem ao usuário de álcool: atitudes dos profissionais de saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Senhor (a), você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa, "O álcool na Atenção Primária à Saúde: a atitude dos profissionais de saúde na abordagem do consumo, uso abusivo e do alcoolismo", aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/CONEP da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB/Unesp) nº 4.288.202.

O objetivo deste estudo é verificar as atitudes de profissionais médicos e enfermeiros, dos serviços de Atenção Primária à Saúde, frente ao uso ao álcool, ao alcoolismo e à pessoa com transtornos ligados ao uso de álcool. Para isto solicitamos sua especial colaboração como voluntário.

Informamos que o tempo de resposta é de aproximadamente sete minutos e que você poderá se recusar a participar ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal, se esta for a sua decisão. O anonimato será garantido, uma vez que os estabelecimentos e os participantes da pesquisa não serão identificados nominalmente.

Este termo foi elaborado para ser validado e ter valor legal a partir do momento que é aceito nesta página da web, não necessitando de assinatura física ou digital para manutenção do anonimato. Assim que aceita-lo você será direcionado ao questionário, caso contrário, a pesquisa se encerrará.

Em caso de qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609, que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 as 11.30 e das 14.00 as 17 horas, na Chácara Butignolli s/no em Rubião Junior – Botucatu - Sao Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos.

Obrigada pela sua colaboração!

Pesquisadora: Natália Rocha Henriques Magela,
Endereço: Avenida Jorge Correa, 1255, Araraquara, SP
Telefone: (16) 997295540

Orientadora: Prof.ª Dra. Flávia Helena Pereira Padovani
Coorientadora: Dra. Patricia Rodrigues Sanine

*Obrigatório

1. Ao selecionar a opção "Sim", afirmo que estou ciente de que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. E concordo que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem no entanto, que minha identidade seja revelada. *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Questionário sociodemográfico

Parte 1

2. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

FEMININO

MASCULINO

3. Data de nascimento *

Exemplo: 7 de Janeiro de 2019

4. Possui curso de pós graduação? *

Se sim, especifique cada uma (especialização, residência médica, mestrado ou doutorado)

07/07/2021

Abordagem ao usuário de álcool: atitudes dos profissionais de saúde

5. Modelo da unidade de saúde de atuação: *

Marcar apenas uma oval.

- Estratégia de Saúde da Família (ESF)
- Unidade Básica de Saúde (UBS)
- Unidade Básica de Saúde Mista (UBS com equipe de ESF e/ou Agente Comunitário)

6. Tempo de profissão: *

Marcar apenas uma oval.

- <5 anos
- 5 a 10 anos
- 11 a 15 anos
- > 15 anos

7. Experiência profissional com alcoolistas *

Marcar apenas uma oval.

- SIM
- NÃO

8. Você se declara :

Marcar apenas uma oval.

- Amarelo
- Branco
- Indígena
- Negro
- Pardo

07/07/2021

Abordagem ao usuário de álcool: atitudes dos profissionais de saúde

9. Com quem vive atualmente: *

Marque todas que se aplicam.

- Cônjuge/Companheiro
- Filho (a)
- Irmão
- Neto(a)
- Com outras pessoas
- Sozinho

Uso de bebida alcoólica

Considerando os últimos 12 meses

10. Seu consumo de bebidas alcoólicas mudou durante a pandemia da Covid-19? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim. Aumentou
- Sim. Diminuiu
- Não

11. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas? *

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Mensalmente ou menos
- De 2 a 4 vezes por mês
- De 2 a 4 vezes por semana
- 4 ou mais vezes por semana

07/07/2021

Abordagem ao usuário de álcool: atitudes dos profissionais de saúde

12. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses* consome tipicamente? * uma dose corresponde : 40 ml de pinga, uísque ou vodka; 85 ml de vinho do porto ou licores; 140 ml de vinho de mesa; 340 ml de cerveja (uma lata); *

Marcar apenas uma oval.

- 1 ou 2
- 3 ou 4
- 5 ou 6
- 7,8 ou 9
- Não bebo

13. Com que frequência você consome cinco ou mais(homem) ou 4 ou mais (mulher) doses no mesmo dia em até duas horas? *

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Menos que uma vez ao mês
- Mensalmente
- Semanalmente
- Todos ou quase todos os dias

Escala de Atitudes frente ao Álcool, ao Alcoolismo e à pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool

Adaptado de
Vargas,2014

Fator 1

"O trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista"

14. A equipe precisa de treinamento para trabalhar com o alcoolista *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

15. E preciso tomar cuidado ao trabalhar com o paciente alcoolista *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

16. Não se deve confiar em alcoolistas *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

17. O paciente alcoolista acaba sempre voltando ao serviço com o mesmo problema *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

18. Considero paciente alcoolista o mais difícil de lidar. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

19. O alcoolista é um paciente que nunca dá retorno do cuidado *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU COM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

07/07/2021

Abordagem ao usuário de álcool: atitudes dos profissionais de saúde

20. O alcoolista é uma pessoa de difícil contato. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

21. Eu tenho medo de abordar o problema do alcoolismo com o paciente *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

22. Eu tenho medo da agressividade do alcoolista. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

23. Sinto-me frustrado quando trabalho com alcoolistas. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

24. Quando o paciente não quer colaborar, o melhor é desistir de ajudar. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

25. Quando trabalho com o alcoolista, não sei como conduzir a situação. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

07/07/2021

Abordagem ao usuário de álcool: atitudes dos profissionais de saúde

26. Para atender o alcoolista, é preciso contê-lo. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

27. Penso que alcoolistas dão muito trabalho para a equipe de saúde. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

28. Devo cuidar do alcoolista, mesmo que ele não queira. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

29. Mesmo consciente o alcoolista desrespeita a equipe. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

30. Sinto raiva ao trabalhar com alcoolistas. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

31. O paciente alcoolista não aceita o que eu falo. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

32. Eu prefiro trabalhar com pacientes alcoolistas a trabalhar com outros pacientes. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
 DISCORDO EM PARTE
 ESTOU EM DÚVIDA
 CONCORDO EM PARTE
 CONCORDO TOTALMENTE

33. Alcoolistas são pacientes difíceis porque não colaboram com o tratamento. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
 DISCORDO EM PARTE
 ESTOU EM DÚVIDA
 CONCORDO EM PARTE
 CONCORDO TOTALMENTE

Fator 2

Atitudes frente ao alcoolista

34. Alcoolistas são revoltados. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
 DISCORDO EM PARTE
 ESTOU EM DÚVIDA
 CONCORDO EM PARTE
 CONCORDO TOTALMENTE

35. O alcoolista é um doente. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

36. Alcoolistas não têm bom senso. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

37. O alcoolista é agressivo e mal educado. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

07/07/2021

Abordagem ao usuário de álcool: atitudes dos profissionais de saúde

38. O alcoolista é um irresponsável. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

39. Os alcoolistas são pacientes violentos. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

40. Penso que pessoas que desenvolvem o alcoolismo são fracas. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

41. O alcoolista não quer se cuidar. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

42. Penso que o alcoolista é culpado por seus problemas de saúde. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

43. O alcoolista não leva o tratamento a sério. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

Fator 3

"Atitudes frente ao alcoolismo (etiologia)"

44. Percebo que o alcoolista tem baixa autoestima *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

45. Penso que passar por um desajuste familiar leva ao alcoolismo. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

46. O alcoolista é um indivíduo que não consegue controlar sua ingestão alcoólica.
*

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

47. O álcool é usado como fuga. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

48. Penso que todo o alcoolista tem algo mal resolvido. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

49. A falta de autocontrole leva ao alcoolismo. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

50. Penso que a depressão leva ao alcoolismo. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

51. O alcoolismo está relacionado ao nível de instrução do indivíduo. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

52. O alcoolista bebe para fugir da realidade. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

53. O que falta no alcoolista é força de vontade.*

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

54. As questões sociais levam o indivíduo a beber.*

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

Fator 4

Atitudes frente ao uso do álcool

55. Penso que as pessoas têm o direito de beber se elas quiserem.*

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

56. A bebida alcoólica é agradável e traz bem-estar. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
 DISCORDO EM PARTE
 ESTOU EM DÚVIDA
 CONCORDO EM PARTE
 CONCORDO TOTALMENTE

57. O uso de bebida alcoólica é um comportamento normal. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
 DISCORDO EM PARTE
 ESTOU EM DÚVIDA
 CONCORDO EM PARTE
 CONCORDO TOTALMENTE

58. Beber com moderação não é prejudicial. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
 DISCORDO EM PARTE
 ESTOU EM DÚVIDA
 CONCORDO EM PARTE
 CONCORDO TOTALMENTE

59. Eu sou contra o uso de álcool em qualquer momento. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

60. O álcool em quantidades reduzidas é benéfico *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

61. Eu sou a favor do beber moderado *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

62. Doses pequenas de álcool são capazes de causar dependência. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

63. As pessoas podem beber desde que saibam se controlar. *

Marcar apenas uma oval.

- DISCORDO TOTALMENTE
- DISCORDO EM PARTE
- ESTOU EM DÚVIDA
- CONCORDO EM PARTE
- CONCORDO TOTALMENTE

Reflexão

64. Você notou se houve mudança de hábitos, quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, em sua população atendida? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim, aumentou.
- Sim, diminuiu.
- Não, não houve alteração.
- Não, não costumo questionar sobre o uso de álcool em minhas consultas.

07/07/2021

Abordagem ao usuário de álcool: atitudes dos profissionais de saúde

65. Responder a essas questões te fez refletir sobre o atendimento que proporcionamos ao usuário de álcool em nossas unidades? *

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS
PROFISSIONAIS MÉDICOS E ENFERMEIROS (APLICADO VIA WEB ANTES DO
PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO)**

Abordagem ao usuário de álcool: atitudes dos profissionais de saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Senhor (a), você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa, "O álcool na Atenção Primária à Saúde: a atitude dos profissionais de saúde na abordagem do consumo, uso abusivo e do alcoolismo", aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/CONEP da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB/Unesp) nº 4.288.202.

O objetivo deste estudo é verificar as atitudes de profissionais médicos e enfermeiros, dos serviços de Atenção Primária à Saúde, frente ao uso ao álcool, ao alcoolismo e à pessoa com transtornos ligados ao uso de álcool. Para isto solicitamos sua especial colaboração como voluntário.

Informamos que o tempo de resposta é de aproximadamente sete minutos e que você poderá se recusar a participar ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal, se esta for a sua decisão. O anonimato será garantido, uma vez que os estabelecimentos e os participantes da pesquisa não serão identificados nominalmente.

Este termo foi elaborado para ser validado e ter valor legal a partir do momento que é aceito nesta página da web, não necessitando de assinatura física ou digital para manutenção do anonimato. Assim que aceita-lo você será direcionado ao questionário, caso contrário, a pesquisa se encerrará.

Em caso de qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609, que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 as 11.30 e das 14.00 as 17 horas, na Chácara Butignolli s/no em Rubião Junior – Botucatu - Sao Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos.

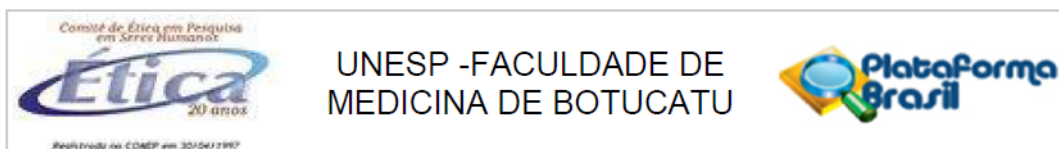
Obrigada pela sua colaboração!

Pesquisadora: Natália Rocha Henriques Magela,
Endereço: Avenida Jorge Correa, 1255, Araraquara, SP
Telefone: (16) 997295540

Orientadora: Prof.^a Dra. Flávia Helena Pereira Padovani
Coorientadora: Dra Patricia Rodrigues Sanine

*Obrigatório

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O álcool na atenção primária a saúde : a atitude dos profissionais de saúde na abordagem do consumo, uso abusivo e do alcoolismo

Pesquisador: NATALIA ROCHA HENRIQUES MAGELA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 28306519.1.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.823.019

Apresentação do Projeto:

O projeto visa conhecer as atitudes de profissionais da Atenção Básica frente à situação de pacientes com consumo de álcool. Os autores justificam a realização da pesquisa frente aos dados de prevalência e de agravamento do quadro na população. É descrito que a problemática da saúde mental alcança 12 % das enfermidades globais; e que na população brasileira 24% possuem padrão preocupante de uso do álcool; com agravamento nos últimos anos do uso abusivo pela população. Os autores apontam o problema como de saúde pública com impactos econômicos que levaram a ONU em 2018 a incluir em suas metas para o desenvolvimento sustentável. Na pesquisa é descrito que um instrumento qualificado para detecção e abordagem na situação de uso abusivo de álcool é a Atenção Primária a Saúde e seu papel no cuidado centrado no indivíduo; é citado o programa Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas que pressupõe matriciamento pela APS , pelo NASF ou CAPSad; e ainda que há as dificuldades de detectar padrões de consumo nocivos a saúde, justificando assim o desenvolvimento desse

Na metodologia é prevista a participação de profissionais da APS: médicos, enfermeiros, gestores e profissionais NASF de saúde mental. Será empregada Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e à pessoa com transtornos relacionados ao uso do Álcool – EAFAAA, validada no Brasil, a qual incluem 50 questões sobre diferentes fatores sobre atitudes e percepções do entrevistado, e resposta utilizando escala de Likert com uma variação de 1 a 5: discordo totalmente (1); discordo em parte (2); estou em dúvida (3); concordo em parte (4); e concordo

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior

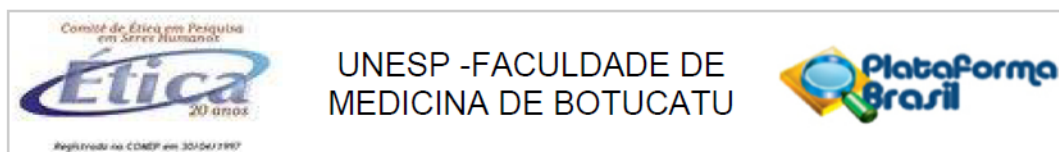
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.823.019

para gestores são apresentados na forma de convite, garante a confidencialidade possibilidade de desistência, indica o objetivo e a possibilidade de realizar respondendo as questões na forma on line.

Recomendações:

Ajustar o cronograma apresentado na plataforma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO ORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVADO o projeto de pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado, em REUNIÃO ORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP, realizada em 03/02/2020, o Projeto de Pesquisa encontra-se APROVADO.

O Projeto de Pesquisa deverá ser iniciado após aprovação do CEP.

Ao final da execução da Pesquisa, o Pesquisador deverá enviar o Relatório Final de Atividades, na forma de Notificação, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1486728.pdf	26/01/2020 15:26:35		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1486728.pdf	26/01/2020 15:25:00		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1486728.pdf	26/01/2020 15:18:31		Aceito
Outros	TermoDeAnuencialInstitucional.pdf	26/01/2020 15:17:52	NATALIA ROCHA HENRIQUES MAGELA	Aceito
Outros	Declaracaoinstituicao.pdf	26/01/2020 15:16:06	NATALIA ROCHA HENRIQUES MAGELA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	26/01/2020	NATALIA ROCHA	Aceito

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

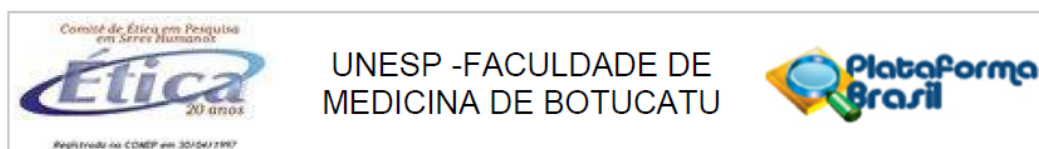
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.823.019

Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	15:13:46	HENRIQUES MAGELA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	15/12/2019 21:49:41	NATALIA ROCHA HENRIQUES MAGELA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	15/12/2019 21:44:28	NATALIA ROCHA HENRIQUES MAGELA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 05 de Fevereiro de 2020

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
 (Coordenador(a))

**ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DA
COLETA DE DADOS NO MUNICÍPIO**



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

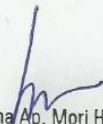


DECLARAÇÃO

Declaro que tenho ciência e autorizo o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado: "O Álcool na Atenção Primária a Saúde : A Atitude dos profissionais de Saúde na abordagem do consumo, uso abusivo e do alcoolismo" a ser conduzida pela pesquisadora Natália Rocha Henriques Magela e sob a orientação do Prof. Dr. Prof. Dr. Antônio de Pádua Python Cyrino, junto a esta Instituição, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Declaro também que conheço e farei cumprir os requisitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, e tendo esta Instituição condições para o desenvolvimento deste Projeto de Pesquisa, autorizo sua execução.

Araraquara 01 de janeiro de 2020.


Eliana Ap. Mori Honain
Secretária Municipal de Saúde
Araraquara-SP

Nome ou Carimbo do Responsável:

Assinatura: _____