

Universidade federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Marina Castro de Oliveira

**IMPACTO DE UMA DISSEMINAÇÃO DE PRÁTICAS DE PREVENÇÃO AO USO DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA DIMINUIÇÃO DO ESTIGMA ATRIBUÍDO AOS
USUÁRIOS PELOS PROFISSIONAIS DA APS**

Juiz de Fora

2012

Marina Castro de Oliveira

**IMPACTO DE UMA DISSEMINAÇÃO DE PRÁTICAS DE PREVENÇÃO AO USO DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA DIMINUIÇÃO DO ESTIGMA ATRIBUÍDO AOS
USUÁRIOS PELOS PROFISSIONAIS DA APS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Curso de Mestrado do Programa de Pós-
Graduação em Saúde. Área de
Concentração em Saúde Coletiva da
Faculdade de Medicina da Universidade
Federal de Juiz de fora, como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani

Juiz de Fora

2012

Oliveira, Marina Castro de.

Impacto de uma disseminação de práticas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas na diminuição do estigma atribuído aos usuários pelos profissionais da APS / Marina Castro de Oliveira. – 2012.
79 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

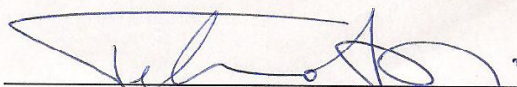
1. Triagem. 2. Intervenção breve. 3. Atenção Primária à Saúde.
4. Educação. 5. Estigma Social. 6. Atitudes. I. Título.

MARINA CASTRO DE OLIVEIRA

**“Impacto de uma Disseminação de Práticas de Prevenção ao
Uso de Álcool e Outras Drogas na Diminuição do Estigma
Atribuído aos Usuários pelos Profissionais da APS”.**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte
dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

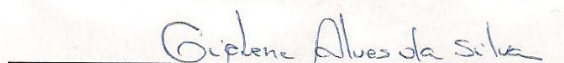
Aprovado em 28/03/2012



Telmo Mota Ronzani – UFJF



Ana Regina Noto Faria – UNIFESP



Girlene Alves da Silva – UFJF

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao professor, orientador Telmo Mota Ronzani pelo incentivo e transmissão de conhecimentos essenciais para a conclusão desta etapa.

Às professoras Girlene Alves da Silva e Ana Regina Noto Faria pelas contribuições visando o aprimoramento deste trabalho.

À Dra. Kimber Richter pelas contribuições que permitiram uma reflexão aprofundada a respeito do trabalho realizado.

Aos professores do Programa de Mestrado em saúde Coletiva e aos meus colegas de turma que me possibilitaram o contato com diferentes formas de conhecimentos e percepções, seja pelos diferentes objetos estudados, pelas diferentes graduações ou mesmo pelas diferentes posturas em relação à vida.

Aos membros do grupo Disseminação pelo apoio fundamental à pesquisa.

Às secretarias de saúde e profissionais dos municípios envolvidos na pesquisa.

Ao Leonardo Fernandes pelas contribuições nas análises de dados.

À FAPEMIG pelo apoio financeiro disponibilizado e também à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes, pela bolsa de Mestrado.

Aos amigos Daniela Mota, Erica Cruvinell, Tamires Laport, Priscila Bonfante e Tassiana Miranda que estando diretamente ou não ligados ao meu trabalho, muito me ajudaram, seja de forma pragmática, seja dando mais leveza e alegria à jornada.

Aos amigos que mesmo distantes ou sem entender exatamente as angústias do trabalho acadêmico muito me apoiaram Jaqueline Dias, Laise Jardim, Maruscka Grassano, Marina Gabriela e Lais Estorane.

À minha família, alicerce fundamental da minha vida. Minha mãe Dôra e meu pai Paulo que sempre acreditaram nos meus propósitos, mesmo que aos seus olhos não parecesse o melhor caminho. E meu irmão Rodrigo meu “consultor em assuntos pragmáticos”.

E agradeço, por fim, a Deus por guiar meus passos e possibilitar essa jornada.

RESUMO

Introdução O uso indevido de álcool e outras drogas é considerado um relevante problema de saúde pública. Contudo, as ações de prevenção e reabilitação se mostram insuficientes principalmente devido à falta de qualificação profissional e a significativa estigmatização do usuário de substâncias. A disseminação de práticas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas baseadas no modelo de Triagem, Intervenção Breve e Encaminhamento para Tratamento (SBIRT) têm sido apresentadas como medidas eficazes e como possibilidade para promover mudanças de atitudes dos profissionais de saúde. O objetivo do presente estudo foi avaliar o impacto de uma disseminação de SBIRT nas atitudes em relação às práticas de prevenção ao consumo de álcool e outras drogas e na estigmatização do uso problemático de substâncias por parte de profissionais da Atenção Primária à Saúde em dois municípios brasileiros. Foram utilizadas duas estratégias de diminuição do estigma no curso da disseminação: a educação e o contato. **Métodos** Participaram do estudo 96 profissionais, sendo que 54 receberam treinamento e supervisão para realização da SBIRT (Grupo Intervenção) e 41 não receberam nenhuma intervenção (Grupo Controle). O Follow-up foi de 3 meses. Foram aplicadas escalas de crenças e atitudes, uma escala de moralização e vinhetas para avaliar a estigmatização, em ambos os grupos, no baseline e no follow-up. Foram utilizados os testes T, Wilcoxon, Mann-Whitney, McNemar e Qui-quadrado. **Resultados:** Foi verificada uma alta moralização da dependência de substância por parte dos profissionais de saúde. De uma forma geral, não observou-se mudança de atitudes e redução da estigmatização. **Conclusões:** Aparentemente a intervenção realizada não alterou as atitudes dos profissionais em relação às práticas de prevenção (SBIRT) e a estigmatização dos dependentes por parte dos profissionais. Contudo, ressalta-se a importância de novos estudos que abordem o uso de estratégias de diminuição do estigma e avaliem a mudança de atitude dos profissionais, em um contexto de implementação da SBIRT.

Palavras Chaves: Triagem, Intervenção breve, Atenção Primária à Saúde, Educação, Estigma Social, Atitudes

ABSTRACT

Background: The misuse of alcohol and other drugs is considered an important public health problem. However, prevention and rehabilitation are insufficient mainly due to lack of professional qualification and significant stigmatization of substance user. The dissemination of practices to prevent alcohol and other drugs based on the model of Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) have been shown as effective means to promote changes in attitudes of health professionals. The aim of this study was to evaluate the impact of a spread of SBIRT in attitudes toward prevention practices to alcohol and other drugs and the stigma of substance use by professionals in Primary Health Care in two Brazilian cities. We used two anti-stigma strategies in the course of dissemination, education and contact. **Methods:** The study included 96 professionals, and 54 received training and supervision for implementation of SBIRT (intervention group) and 41 received no intervention (control group). The Follow-up was 3 months. Scales were applied to beliefs and attitudes, a range of ethical and vignettes to assess stigma in both groups at baseline and follow-up. T tests, Wilcoxon, Mann-Whitney, McNemar and chi-square test were used. **Results:** We noticed a strong trend to moralizing substance dependence by health professionals. Overall, there were no significant differences in groups at follow up in terms of attitudes or stigma. **Conclusions:** Apparently the intervention performed did not change the attitudes of professionals in relation to prevention practices (SBIRT) and stigmatization of addicts by professionals. However, it emphasizes the importance of new studies that address the use of anti-stigma strategies and evaluate the change in attitude of professionals in a context of implementation of SBIRT.

Keywords: Mass Screening, Brief Intervention, Primary Health Care, Education, Social Stigma, Attitudes

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Modelo Brickman baseado na atribuição de responsabilidade do indivíduo pelo aparecimento e solução do problema.....	22
Tabela 2- Revisão Sistemática: caracterização dos artigos.....	33
Tabela 3 - Descrição da amostra de profissionais de saúde. Grupo Intervenção (n=54) Grupo Controle (n=41).....	37
Tabela 4 - Atitudes dos profissionais referente às Práticas de Prevenção (SBIRT).Grupo Intervenção (n=54) Grupo Controle (n=41).....	45
Tabela 5 - Profissionais que moralizam a dependência de substâncias. Grupo Intervenção (n=54) Grupo Controle (n=41).....	46
Tabela 6 - Descrição das Reações Emocionais (Reações Positivas).....	47
Tabela 7 - Descrição das Reações Emocionais (Reações Negativas).....	48
Tabela 8 - Crença dos profissionais na recuperação e adesão ao tratamento do dependente de substâncias.....	49

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

ASSIST - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

AVAI - Anos de Vida Ajustados por Incapacidade

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IB - Intervenção Breve

OMS- Organização Mundial de Saúde

POPSS- Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva

QCA - Questionário de Crenças e Atitudes dos Profissionais

QMPS - Questionário sobre Modelos de Percepção de Problemas de Saúde

SBIRT- Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment - Diagnóstico, Intervenção Breve e Referenciamento para Tratamento

SUS - Sistema Único de Saúde

UFJF- Universidade Federal de Juiz de Fora

UFP- Universidade Federal do Paraná

UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo

USP/RP - Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto

SUMÁRIO

1 REVISÃO TEÓRICA.....	09
1.1 O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA...	09
1.2 CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA APS NA ÁREA DE DROGAS	12
1.3 ATITUDES DOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO À SBIRT.....	15
2 REVISÃO TEÓRICA SOBRE O ESTIGMA.....	18
2.1 ESTIGMATIZAÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	21
2.2 ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DO ESTIGMA	24
2.3 REVISÃO SISTEMÁTICA: ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR O ESTIGMA RELACIONADO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	27
3 OBJETIVOS	34
3.1 OBJETIVO GERAL.....	35
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
4 METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO.....	36
4.1 PARTICIPANTES.....	36
4.2 DESENHO.....	38
4.3 ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO.....	40
4.4 ANÁLISE DE DADOS.....	43
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	44
5 RESULTADOS	45
6 DISCUSSÃO.....	50
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
8 REFERÊNCIAS.....	55
9 ANEXOS.....	64

1. REVISÃO TEÓRICA

1.1 O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

O uso indevido de álcool e outras drogas é prevalente em todo o mundo configurando-se como um relevante problema de saúde pública. Dados indicam que o tabaco, o álcool e as drogas ilícitas estão entre os 20 maiores fatores de risco de problemas de saúde identificados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O tabaco é responsável por 9% de todas as mortes, enquanto o álcool é responsável por 3,2% e as drogas ilícitas por 0,4% (HUMENIUK; POZNYAK, 2004).

São diversos os padrões de uso de substâncias que se revelam prejudiciais (OMS, 1993; BABOR, et al., 2001; HUMENIUK; POZNYAK, 2004; NAIMI et al., 2003). A dependência tem sido considerada uma doença crônica e progressiva (OLIVEIRA, et al., 2007), trata-se de um padrão mal adaptativo de uso de substâncias que leva a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos. Tal condição manifesta-se pela ocorrência de três ou mais dos seguintes critérios, observados nos últimos 12 meses: tolerância; síndrome de abstinência; perda do controle; estreitamento do repertório (negligência de atividades e grande tempo gasto com a droga); e persistência do uso, apesar dos prejuízos. Os critérios diagnósticos na íntegra são encontrados na CID-10 ou DSM IV (SADOCK; SADOCK, 2008; DSM IV, 1995; OMS, 1993).

O uso abusivo ou nocivo é um padrão que causa prejuízos à saúde física e mental. O indivíduo com esse padrão apresenta um dano real, mesmo sem preencher os critérios para dependência (OMS, 1993; BABOR, et al., 2001). O uso de risco não se encontra na CID-10, mas se mostra bastante relevante, uma vez que é um padrão que aumenta as chances de danos futuros à saúde física ou mental relacionados ao uso, sem apresentar qualquer problema atual (BABOR et al., 2001).

O uso de baixo risco, se mantido, é um padrão que apresenta baixa probabilidade de ocasionar problemas relacionados ao uso de substâncias (HUMENIUK; POZNYAK, 2004). Tratando-se do álcool, segundo a OMS, esse é um padrão no qual as pessoas bebem menos de duas doses-padrão por dia ou não ultrapassam a quantidade de cinco doses-padrão em uma única ocasião. Convencionou-se uma dose-padrão como 14 gramas de álcool que corresponde a 40 ml de destilados, uma lata de cerveja, um copo de vinho (DE MICHELI, FORMIGONI &

RONZANI, 2009; BABOR et al., 2001).

O padrão “*binge*”, por sua vez, é caracterizado pelo consumo de um volume excessivo de álcool num curto espaço de tempo. A quantidade que geralmente define o “beber em *binge*” é cinco ou mais doses, em uma só ocasião. Esse é um tipo de beber bastante perigoso e frequentemente associado a uma série de problemas, físicos, sociais e mentais (NAIMI et al., 2003). O beber em “*binge*” pode ser observado em diferentes frequências nos bebedores com diferentes padrões, ou seja, é um tipo de comportamento comum para um número significativo de pessoas (NAIMI et al., 2003; LARANJEIRA, et al., 2007).

No Brasil, 9% da população é dependente de álcool, 3% faz uso nocivo, 28% já bebeu em “*binge*” pelo menos uma vez no último ano e 68,7% já fez uso de álcool na vida (LARANJEIRA, et al., 2007). Em relação ao tabaco 10,1% da população é dependente, e em relação às outras drogas, 2,2% é dependente (CARILINI; GALDURÓZ, 2006).

Aproximadamente 4,5% da carga global de doenças e ferimentos e 4% de todas as mortes em todo o mundo são atribuíveis ao álcool. O uso prejudicial de álcool é o terceiro principal fator de risco para doenças e incapacidades na população geral e o principal fator de risco entre os homens com idades entre 15 e 59 anos. Apresenta-se como fator de risco para uma grande variedade de problemas físicos, sociais, psicológicos e legais tais como câncer, condições neuropsiquiátricas, condições cardiológicas, gastrintestinais, diferentes formas de violência como a violência doméstica, abuso infantil, acidentes de trânsito e suicídio (WHO, 2011; WHO, 2007; HUMENIUK; POZNYAK, 2004).

O uso abusivo de álcool no Brasil é responsável por 10% da morbimortalidade do país, e está diretamente relacionado a diversos problemas sociais brasileiros, tais como: vandalismo; desordem pública; problemas familiares, como conflitos conjugais e divórcio; abuso de menores; problemas interpessoais; problemas financeiros; problemas ocupacionais, dificuldades educacionais, acidentes de trânsito e custos sociais (LARANJEIRA; MELONI, 2004; LARANJEIRA et al., 2007).

O impacto do consumo de substâncias psicoativas, associados às diversas formas de violência, tem sido cada vez mais discutido em todo o mundo (WHO, 2004). A incidência de violência demonstra-se maior em abusadores de substâncias psicoativas na maioria das sociedades e culturas e presente nos diversos grupos econômicos. O abuso de substâncias acaba por desempenhar um papel desencadeante de atos violentos. Além disso, indivíduos intoxicados

se mostram mais propensos a sofrer algum tipo de violência (DAY et. al., 2003). Diversos estudos constatam a alta proporção de atos violentos quando o álcool ou as drogas ilícitas estão presentes entre agressores, suas vítimas ou em ambos, apontando a associação do uso de tais substâncias e participação em roubos, homicídios, suicídios, violência doméstica, agressões físicas e crimes sexuais (CHALUB; TELLES, 2006). É importante ressaltar, que os diversos tipos de violência descritos, apresentam forte relação com o beber em *binge* que pode ser realizado por pessoas com os diferentes padrões de consumo de álcool (NAIMI et. al., 2003).

O consumo de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas por condutores de veículos automotores também constitui uma constante preocupação do governo e da sociedade em geral. Observa-se de modo frequente que esta associação está presente não apenas no número de acidentes de trânsito, mas, principalmente, na gravidade dos mesmos (PECHANSKY; DUARTE; BONI, 2010).

Em um estudo realizado na cidade de Porto Alegre, 36,7% das vítimas de acidentes trânsito apresentou álcool no sangue, indicando que o álcool é um fator bastante significativo entre as causas deste tipo de acidente. O teor alcoólico médio, dentre as vítimas que apresentaram prevalência positiva, foi de 6,61 dg/l, acima do limite que, antes da Lei Seca, era considerado aceitável (SOUSA et al., 2010). Neste mesmo estudo, avaliou-se o custo social (custos diretos, indiretos e intangíveis) dos acidentes de trânsito no ano de 2008 nesta cidade. Constatou-se que os acidentes de trânsito causaram um custo social total de R\$66.445.528,63 e que quase a metade dos acidentes ocorridos (47,3%) são atribuídos ao consumo de álcool, o que significa que os custos poderiam ser reduzidos nessa proporção se retirássemos o fator de exposição “álcool” (SOUSA et al., 2010). Vale ressaltar, que o típico indivíduo que dirige alcoolizado é um indivíduo “comum” e distante do estereótipo do indivíduo dependente crônico de álcool (LARANJEIRA et al, 2007).

Diante do exposto, a dependência passa a ser apenas mais um dos problemas relacionados ao consumo prejudicial de substâncias, já que a maioria dos usuários não se torna dependente, mas muitos sofrem as outras consequências do uso (CORRADI-WEBSTER et al., 2005; GIGLIOTTI; BESSA, 2004). Esta visão ampliada vem sendo adotada na área de álcool e drogas e está retratada no número crescente de estudos que enfatizam a prevenção e promoção de saúde, cuidados primários, o planejamento em saúde, a detecção e a intervenção precoce (BRASIL, 2006; FORMIGONI, 1992; FURTADO; CORRADI-WEBST; LAPREGA, 2008; MADRAS et

al., 2009; RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009). Nesta mesma perspectiva, estudos apontam que os mecanismos mais efetivos na redução da vulnerabilidade da população, às complicações derivadas do uso de substâncias, são aqueles que operam na prevenção e na promoção da saúde (BRASIL, 2006).

Contudo, o uso indevido de álcool e outras drogas trata-se de uma temática bastante complexa, envolvida por fatores que não se resumem às consequências biopsicossociais decorrentes dos diversos padrões de uso (BABOR et al, 2003; CORRADI-WEBSTER et al, 2005). A referida questão é também permeada pela falta de qualificação dos profissionais de saúde para lidar com o problema (LUIS et al, 2004), pela significativa estigmatização do usuário de álcool e outras drogas por parte da população geral e dos profissionais de saúde (PALM, 2006; CORRIGAN, 2004) e, por conseguinte, por ações de prevenção e reabilitação insuficientes (FORMIGONI, 1992).

Diante do contexto retratado e especificamente diante da baixa qualificação dos profissionais acerca do uso indevido de substâncias, sobretudo, no que diz respeito à prevenção, diversos países vêm trabalhando em parceria com a OMS na capacitação dos profissionais de saúde para a realização de práticas de prevenção ao consumo de álcool e outras drogas (LUIS et al., 2004; FORMIGONI, 1992; AALTO, et. al 2003; BABOR, HIGGINS-BIDDLE, 2001).

1.2 CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA APS NA ÁREA DE DROGAS

Diante do impacto na saúde pública mundial decorrente dos problemas relacionados ao uso prejudicial de substâncias (HUMENIUK; POZNYAK, 2004), a OMS desenvolveu e propôs uma abordagem específica para lidar com esta problemática, e nesta perspectiva, liderou um programa de pesquisa clínica e aplicada para o desenvolvimento de um instrumento de rastreio internacional e para a avaliação das intervenções breves em diversos países (BABOR, et al., 2007). A abordagem proposta, denominada SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral Treatment), consiste na realização de uma triagem seguida por uma intervenção breve (IB) e/ou encaminhamento para tratamento especializado, quando necessário (BABOR, et al., 2007).

A triagem consiste no uso de um instrumento de rastreio com a finalidade de identificar o padrão de uso de substâncias do respondente e auxiliar o profissional de saúde a definir a estratégia de intervenção mais adequada (HUMENIUK; POZNYAK, 2004). Um dos

instrumentos padronizados, frequentemente utilizado, é o ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*), instrumento de rastreamento simples, composto de oito perguntas, cuja finalidade é identificar o padrão de consumo e problemas associados ao uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas (HENRIQUE et al., 2004). Após a verificação do padrão de consumo, realiza-se apenas a IB ou também o encaminhamento.

A IB é uma estratégia terapêutica simples cujo foco é a mudança de comportamento. É uma abordagem destinada à prevenção primária ou secundária recomendada para casos de uso de risco e abusivo. Para casos de dependência, tal abordagem pode ser utilizada para motivar o usuário a ingressar em um tratamento especializado, contribuindo, dessa forma, para o referenciamento. A SBIRT tem-se revelado uma ferramenta útil para a prevenção e um meio para facilitar o referenciamento de casos de dependência para tratamentos especializados (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001).

É válido ressaltar, que os instrumentos de triagem, atualmente utilizados em diversos países, são padronizados, que a IB possui efetividade e desempenho idênticos ou até mesmo superiores aos de outras intervenções que demandam maior tempo e treinamento mais intensivo dos profissionais, e que a SBIRT se trata de uma abordagem acessível a profissionais de diversas formações (NILSEN; KANER; BABOR, 2008; BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001; RONZANI et al, 2008; RONZANI et al, 2007).

Nesta perspectiva, o Brasil participa, desde 2002, de um projeto delineado pela OMS que envolve a implementação de Intervenções Breves em países em desenvolvimento. Tal iniciativa contou com parceria com universidades brasileiras como a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto (USP/RP), Universidade Federal do Paraná (UFPR), e a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Esse projeto visa, principalmente, a análise do processo e monitoramento da implantação da SBIRT e o desenvolvimento de estratégias de treinamento para profissionais de saúde não especialistas (MINTO et al., 2007; CORRADI-WEBSTER et al., 2005; RONZANI et al., 2005 SOUZA-FORMIGONI; BOERNGEN-LACERDA; VIANNA, 2008). O trabalho realizado, especificamente pela UFJF, acontece sob coordenação do Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva (POPSS), e em parceria com a OMS, outras instituições (USP-RP e UNIFESP) e as secretarias de saúde locais. Até o momento, o POPSS coordenou a disseminação da SBIRT

em nove municípios de Minas Gerais e um município do Rio de Janeiro (RONZANI et al, 2005; RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009; OLIVEIRA et al, 2010; OLIVEIRA et al, 2011).

Como a Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível assistencial que abrange a maior parte da população, tem-se apontado que este seria um nível de atenção estratégico para disseminar a SBIRT. Objetiva-se, dessa forma, incidir na diminuição da prevalência dos problemas ocasionados pelo uso indevido de álcool, tabaco e outras drogas (AALTO et al., 2003; BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001; HUMENIUK; POZNYAK, 2004).

No que se refere especificamente ao Brasil, a APS é organizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que adota como principal ferramenta, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que abrange ações de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento (ANDRADE, BARRETO; BEZERRA, 2006). As equipes de ESF surgem com foco em um grupo interdisciplinar geralmente composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2008). A implantação da ESF, em 1994, é um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira.

A própria política brasileira reconhece a APS como setor essencial para o desenvolvimento de ações de prevenção primária do uso prejudicial do álcool, para o diagnóstico precoce, desenvolvimento de ações de redução de danos, tratamento de quadros não complicados e referenciamento dos quadros moderados e graves para a rede de assistência. A política nacional, ressalta ainda, a importância de capacitar os profissionais que compõem este setor, para a realização de tais práticas (BRASIL, 2004). Contudo, por tratar-se de uma iniciativa recente, a APS revela carência de estudos que avaliem a efetividade de suas ações (ESCOREL et al., 2007) incluindo aquelas voltadas para o consumo de álcool.

A necessidade da formação permanente, na área de álcool e drogas, é constatada tanto pelos teóricos, pelas políticas públicas, quanto pelos profissionais que se encontram na prática (LUIS et al., 2004; BRASIL, 2004; SOUZA, 2010). A relevância da formação permanente, para os profissionais da saúde, se dá pela necessidade de renovação das práticas cotidianas de acordo com os conhecimentos (teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos) que se renovam (CECCIM, 2005). Essa necessidade se mostra especialmente relevante no contexto da APS cujo modelo ideal de trabalho, dentro da perspectiva da promoção e prevenção de saúde, se mostra, muitas vezes, distante da formação dos profissionais que nela passam a atuar (CAMELO; ANGERAMI, 2008; CECCIM, 2005).

Embora as estratégias propostas (SBIRT) sejam medidas científicas eficazes, avanços científicos não são introduzidos na sociedade de maneira automática (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001). Desta forma, grupos de pesquisa multicêntricos veem trabalhando e avaliando a capacitação de profissionais da APS para utilização da SBIRT como forma de mudar a realidade epidemiológica do consumo de álcool (MADRAS, et. al., 2009). O desafio atual em torno dessa abordagem é a integração dessas práticas no sistema de saúde. Diante disso, as pesquisas atuais têm focado em formas de disseminação e processos de implementação da SBIRT (BABOR, et al, 2007; SAITZ, 2007; WILLIAMS et a.l, 2011).

Apesar de constituir uma abordagem com enorme potencial em saúde pública, o processo de implementação da SBIRT na realidade dos serviços tem se mostrado um processo complexo que envolve diversos fatores (WILLIAMS, et al.,2011; BABOR, et al 2007). Pode-se destacar enquanto macro fatores, a realidade econômica, política e social que cercam a organização. E enquanto micro fatores, as características da própria instituição que envolve o suporte administrativo, prioridades concorrentes entre outros aspectos organizacionais (WILLIAMS, et al, 2011; BABOR, et al., 2007; RONZANI, et al 2005; RONZANI; MOTA; SOUZA., 2009) e também as características dos profissionais que a compõem (BABOR et al, 2007) como a moralização do uso de drogas pelos profissionais (RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009), as atitudes e a motivação dos profissionais em relação às novas práticas propostas (WILLIAMS, et al, 2011) e a falta de formação adequada para atuar na área de álcool e drogas (LUIS, et al., 2004). Dentre tais fatores, as atitudes dos profissionais em relação à SBIRT e a estigmatização do dependente de substâncias por parte dos mesmos constituem o enfoque do presente trabalho.

1.3 ATITUDES DOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO À SBIRT

A atitude pode ser definida com uma estrutura que, a priori, influencia a elaboração da informação e o comportamento subsequente. Tal comportamento, por sua vez, se revela consistentemente favorável ou desfavorável em relação a um objeto (SOUZA, 2010; FREITAS; BORGES-ANDRADE, 2004). A literatura aponta que as atitudes dos profissionais de saúde podem influenciar negativamente a implantação de novas tecnologias e conhecimentos na prática clínica (SOUZA, 2010) além da qualidade dos serviços oferecidos e a aderência dos pacientes aos tratamentos e atividades de prevenção (BERGER; WAGNER; BAKER, 2005). Dessa forma, tem

sido ressaltada, a importância de qualificações profissionais centradas na mudança de atitudes para a melhoria do serviço oferecido aos usuários de álcool e outras drogas (BABOR, et al., 2003).

Como já mencionado, o PSF se constitui enquanto uma proposta com potencial para promover mudanças na situação de saúde da população, considerando-se, sobretudo, sua abrangência estratégica e seu escopo preventivo (RONZANI; STRALEN, 2003; ESCOREL et al., 2007). Contudo, este setor passa por problemas que acabam culminando na dissonância entre sua proposta ideológica, baseada no paradigma preventivo, e a sua efetivação prática, que favorece a reprodução das chamadas práticas tradicionais de saúde (RONZANI; STRALEN, 2003). Entre os fatores que contribuem para esta realidade, destaca-se os próprios recursos humanos. Os profissionais que atuam na APS, frequentemente, possuem uma formação centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência e que prioriza ações superespecializadas. Esta formação, por sua vez, acaba sendo determinante para a prática destes profissionais (RONZANI; STRALEN, 2003; CECCIM, 2005). Pesquisas mostram que, mesmo os profissionais que apresentam o discurso preventivo ao se tratar do PSF, possuem, na maioria das vezes, a prática orientada por ações curativas (RONZANI; SILVA, 2008).

Diante dessa realidade, que envolve os profissionais e os serviços de APS, a disseminação de práticas de prevenção e promoção de saúde, como um todo, e especificamente das práticas de prevenção ao consumo de álcool e outras drogas, acabam por encontrar entre os obstáculos à sua implementação, a resistência dos profissionais em substituir suas práticas tradicionais e em incorporar práticas de âmbito preventivo às suas rotinas (RONZANI, 2008; ESCOREL et al., 2007). Dessa forma, em um contexto de capacitação, torna-se essencial a avaliação da percepção dos profissionais em relação às novas práticas propostas. Revela-se importante a avaliação de fatores como a auto-eficácia do profissional em relação à realização das práticas e também a percepção de obstáculos do profissional no que se refere à realização das mesmas. Neste contexto, uma auto avaliação de despreparo e uma alta percepção de obstáculo para a realização de determinadas práticas poderia implicar em uma baixa efetividade das práticas disseminadas em questão (RONZANI, 2008; WILLIAMS et al., 2011; SOUZA, 2010).

Como já mencionado, outro ponto importante a ser avaliado no referido contexto é o processo de estigmatização (RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009). Para uma melhor compreensão

do estigma social e de suas implicações para a relação dos usuários de álcool e outras drogas e os serviços de saúde, será apresentada a seguir uma breve revisão teórica do constructo.

2 REVISÃO TEÓRICA SOBRE O ESTIGMA

O termo estigma foi criado pelos gregos para se referir a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentavam. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor, uma pessoa marcada, ritualmente poluída que deveria ser evitada principalmente em lugares públicos (GOFFMAN, 1980).

O conceito estigma social tem como um dos seus principais marcos teóricos, o clássico ensaio de Erving Goffman, *Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*, publicado no ano de 1963. Nesta obra, Goffman (1980) define o estigma como um atributo profundamente depreciativo, com efeito de descrédito bastante acentuado, encontrando-se o indivíduo estigmatizado inabilitado para a aceitação social plena. Ele acrescenta ainda, que o termo estigma, diferentemente do sentido original atribuído pelos gregos, se refere mais à própria desgraça do que à sua evidência corporal.

De acordo com a perspectiva de Goffman (1980), a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e também o total de atributos considerados comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. Baseando-se nessas concepções, as pessoas criam expectativas normativas em relação àquilo que um indivíduo em particular deveria ser, sua “identidade social virtual”. A categoria e os atributos que tal indivíduo, na realidade, prova possuir, seria sua “identidade social real”. Quando a discrepância entre a “identidade virtual” e a “identidade real” de um indivíduo é conhecida ou manifesta, este passa a ter sua identidade social comprometida, o que implica no seu afastamento da sociedade. Estruturalmente, o autor define o estigma como um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo. Ressalta, contudo, a existência de importantes atributos que, mesmo de forma isolada, levam ao descrédito em quase toda a nossa sociedade.

Desde Goffman, o conceito *estigma social*, apesar de seu alto valor heurístico, vem recebendo críticas em função da falta de clareza em sua operacionalização, ausência de suporte empírico para algumas hipóteses sugeridas, além da diversidade em suas formas de conceituação (LINK; PHELAN, 2001) que, muitas vezes, são pouco criteriosas ou aplicadas de forma indiscriminada (RÜSH; ANGERMEYER; CORRIGAN, 2005).

Diante dessa realidade, Link e Phelan (2001) engajaram-se em busca de uma definição consistente para o conceito *estigma social*. Os autores partiram da definição de Goffman - estigma como um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo - e expandiram o nexo das relações construindo a seguinte definição: “O estigma ocorre quando há coexistência de rotulação, estereótipo, separação, perda de status e discriminação em uma situação de poder que permite que estes componentes se cruzem”. Vale ressaltar que tais componentes são considerados por diversos autores, contudo, Link e Phelan (2001) defendem a necessidade da coexistência de todos para a ocorrência do estigma. Segue uma breve explicação de cada um destes componentes.

A rotulação é um processo utilizado para facilitar o nosso relacionamento com os outros, os rótulos são capazes de fazer com que certos comportamentos possam ser antecipados. Uma vez atribuído, tendemos a perceber os comportamentos da pessoa a luz do rótulo (RODRIGUES, 1999). Os rótulos relacionados a características indesejáveis se tornam razão para acreditar que as pessoas rotuladas negativamente são fundamentalmente diferentes das outras (LINK; PHELAN, 2001).

O estereótipo é um conjunto de características atribuídas a todos os integrantes de algum grupo específico ou alguma categoria social específica (DELAMATER; MICHENER; MYERS, 2005). A formação do estereótipo é considerada um processo cognitivo normal oriundo das habilidades e limitações cognitivas e das experiências e informações sociais a que somos expostos. Os estereótipos simplificam e agilizam a nossa visão de mundo facilitando as reações frente às interações sociais. Contudo, na maioria das vezes, este processo pode levar a generalizações incorretas e indevidas, uma vez que reduz ou simplifica as diferenças individuais. Nestas circunstâncias, o estereótipo passa a constituir a base do preconceito e da discriminação (DOVIDIO; MAJOR; CROCKER, 2003; STANGOR; CRANDALL, 2003; RODRIGUES, 1999). É válido ressaltar, que alguns estereótipos podem ser basicamente positivos como, por exemplo, um padrão físico tipicamente atraente, já o estereótipo que constitui um estigma é essencialmente negativo (BIERNAT; DOVIDIO, 2003).

A perda de status acontece uma vez que, a pessoa ligada a características indesejáveis tem seu status reduzido aos olhos do estigmatizador (LINK; PHELAN, 2001). Já a discriminação é considerada o componente comportamental do preconceito que, por sua vez, pode ser considerado um julgamento prévio, sem conhecimento ou análise aprofundada. Sentimentos hostis somados a crenças estereotipadas resultam no comportamento (discriminação) que pode

variar de um tratamento diferenciado a expressões verbais de desprezo e a atos manifestos de agressividade (RODRIGUES, 1999). Dessa forma, o estereótipo pode levar à formação do preconceito, e este último, à discriminação.

A “separação” ocorre quando há um grau de separação entre “nós” o grupo estigmatizador e “eles” o grupo estigmatizado. Os rótulos relacionados a características indesejáveis funcionam como legitimadores dessa separação, uma vez que, as pessoas rotuladas negativamente são vistas como fundamentalmente diferentes das que não compartilham o rótulo, são diferentes tipos de pessoas e em casos extremos, podem ser consideradas como não verdadeiramente humanas (LINK; PHELAN, 2001).

A situação de poder é um componente novo acrescentado pelos autores à definição do *estigma social*. Segundo Link e Phelan (2001), a necessidade de poder é evidente ao considerar que grupos com menos poder também criam rótulos e estereótipos sobre grupos mais poderosos e tratam seus membros de acordo com estes estereótipos. Contudo, isso não leva a sérias consequências discriminatórias devido à falta de poder desses grupos. Dessa forma, o estigma não poderia ser aplicado, por exemplo, aos advogados, políticos e pessoas ricas (LINK; PHELAN, 2001).

Link e Phelan (2001) argumentam que as diversas definições do estigma ocorrem porque cada um dos seus componentes tem sido descritos como o próprio estigma. Dessa forma, a reformulação do conceito proposta, serviria para clarificar o conceito contribuindo assim para uma melhor comunicação.

Outras definições recentes do estigma social focam na natureza dinâmica e contextual do constructo. Nesta perspectiva, o estigma é definido enquanto uma construção social formada por forças históricas e culturais, enquanto um processo determinado por um contexto social amplo que envolve estereótipos, valores e ideologias que vão além de um processo interpessoal. Sendo assim, uma característica pode ser estigmatizada em um momento histórico, mas não em outro, ou em uma dada situação, mas não em outra no mesmo período temporal (DOVIDIO; MAJOR; CROCKER, 2003).

Goffman (1980) distingue três tipos de condições estigmatizadas, as abominações do corpo (deformidades físicas), “manchas de caráter individual” (doenças mentais, adições e desemprego) e identidades grupais (etnia, gênero, religião ou nacionalidade). Independente da condição estigmatizada, as consequências do processo são enormes. Mesmo quando não causa

prejuízos físicos diretamente (assassinatos de negros e gays), ele pode causá-los indiretamente, através da limitação ao acesso ao cuidado em saúde, educação, emprego e moradia (DOVIDIO; MAJOR; CROCKER, 2003). Além disso, pode-se considerar as consequências psicológicas e sociais do estigma como ainda maiores que as consequências físicas (BIERNAT; DOVIDIO, 2003). No presente trabalho, daremos enfoque ao estigma relacionado a condições de saúde e mais especificamente aos comportamentos adictos.

2.1 ESTIGMATIZAÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Dentre as condições estigmatizadas pela população geral e pelos próprios profissionais de saúde, encontram-se várias condições de saúde como ser portador do vírus HIV, possuir ou ter possuído um câncer e também as várias doenças referentes à saúde mental como a esquizofrenia e o uso problemático de álcool e outras drogas (BROWN; TRUJILLO; MACINTYRE, 2001; ALMEIDA et al, 2001; CORRIGAN, 2004; CORRIGAN et al., 2005). É válido ressaltar, que apesar da natureza dinâmica e contextual do estigma, existem evidências de que algumas condições como as doenças mentais, por exemplo, são estigmatizadas por muitas culturas (STANGOR; CRANDALL, 2003).

Os estereótipos envolvidos na estigmatização de condições de saúde podem ser observados na classificação do comportamento das pessoas de acordo com o problema de saúde ou a "marca" que lhes são conferidas. Essa tendência é negativa para o profissional, que percebe ou conhece o problema sem se aprofundar, e também para o paciente, que deixa de receber uma intervenção adequada ao seu problema (RONZANI; ANDRADE, 2006). O indivíduo portador de uma condição de saúde estigmatizada é desvalorizado não só pela população como um todo, mas também no âmbito da saúde (DOVIDIO; MAJOR; CROCKER, 2003; MILLER; MAJOR, 2003).

Para melhor entendermos o processo de estigmatização e suas implicações, faz-se necessário destacar um importante processo cognitivo envolvido na sua constituição, a atribuição de responsabilidade. A partir da atribuição de responsabilidade ou de controle sobre um comportamento observado, o indivíduo pode ser considerado responsável por sua condição (estigmatizada) e desta forma, um tratamento discriminatório é percebido como natural e justo, pelo grupo não estigmatizado (CRANDALL, 2003).

Diante disso, quando as pessoas estigmatizadas são consideradas responsáveis por sua condição (por meio de descuido, baixo autocontrole ou promiscuidade) elas passam a evocar respostas de raiva e pouco desejo de ajudá-las; por outro lado, quando elas são descritas como não responsáveis (resultado da ação de outros, uma desordem orgânica ou uma transfusão de sangue) elas passam a evocar uma resposta emocional significativamente mais positiva e um desejo de ajudá-las (CRANDALL, 2003).

Nesta perspectiva, a pesquisadora Palm (2006) trabalha com um modelo de percepção, desenvolvido por Brickman, a partir do qual são identificados quatro modelos de percepção: modelo moral, a partir do qual se atribui alta responsabilidade ao paciente pela causa e pela solução da sua condição; modelo médico, a partir do qual considera-se o paciente como minimamente responsável tanto pela causa como por solucionar este problema; modelo compensatório, que caracteriza-se por baixa atribuição de responsabilidade em relação à causa do seu problema e alta responsabilidade pela solução e; modelo iluminado, que atribui alta responsabilidade pela causa da sua condição e baixa responsabilidade pela solução (SILVEIRA, 2010) (tabela 1).

Tabela 1. Modelo Brickman baseado na atribuição de responsabilidade do indivíduo pelo aparecimento e solução do problema

		Responsabilidade pela solução	
		<u>Alta</u>	<u>Baixa</u>
Responsabilidade pelo problema	<u>Alta</u>	Modelo Moral	Modelo compensatório
	<u>Baixa</u>	Modelo iluminado	Modelo Médico

O modelo moral, predominante para as condições mais estigmatizadas, implica em que o indivíduo seja visto como responsável pelo aparecimento e solução de seu próprio problema. Por um lado, isso significaria que o indivíduo é visto como forte sendo capaz de alterar sua condição. Por outro lado, faz com que a condição estigmatizada seja vista como um sinal de fraqueza de caráter ou “falta de força de vontade” uma vez que o indivíduo é visto como capaz de solucionar seu problema e não o faz (PALM, 2006; GRANDALL, 2003). Em um contexto de saúde, uma postura moral pode diminuir a responsabilidade do próprio profissional de saúde em relação a um indivíduo com uma condição de saúde moralizada. O paciente com problemas relacionados ao uso de álcool ou drogas passa a ser deixado em segundo plano em detrimento as demais condições de saúde (FULTON, 2001).

Estudos apontam que as pessoas que possuem uma doença mental são vistas como mais responsáveis por sua condição do que as pessoas que sofrem de outras doenças como câncer e problemas cardíacos (CORRIGAN et al., 2005). O consumo de álcool e outras drogas, particularmente, configuram-se como uma das condições mais moralizadas (CORRIGAN et al., 2005; PALM, 2006; GRANDALL, 2003).

Além da moralização por parte da população geral (GRANDALL, 2003), estudos apontam que a maior parte dos profissionais, que lidam com o tratamento de dependentes de álcool e outras drogas apresenta o modelo de percepção moral em relação à condição dos pacientes (PALM, 2006). A predominância do modelo também foi verificada entre os profissionais da saúde mental, profissionais de hospitais gerais (SILVEIRA, 2010) e profissionais da APS (RONZANI; HIGGINS-BIDDLE; FURTADO, 2009; OLIVEIRA; RONZANI, 2010).

O impacto da moralização do usuário de álcool e drogas em termos de saúde pública é enorme. As consequências do processo de estigmatização, como a diminuição da autoestima e a perda de oportunidades sociais, acabam funcionando como barreiras de acesso aos serviços de saúde (CORRIGAN, 2004; CRANDALL, 2003). Segundo Corrigan (2004), pessoas portadoras de condições estigmatizadas, que poderiam ser beneficiadas com tratamentos, optam por não procurá-los ou por se aderirem parcialmente aos mesmos para evitar as consequências do rótulo de doente mental que é resultante da associação da pessoa com o serviço de saúde mental.

Já o estigma atribuído aos usuários problemáticos de substâncias por parte dos profissionais de saúde, é percebido por quase metade dos indivíduos que potencialmente precisariam de tratamento, fator que acaba por interferir na qualidade do atendimento em saúde,

adesão a tratamento e atividades de prevenção. Tal situação influencia direta ou indiretamente a condição de saúde da pessoa estigmatizada, e pode provocar sofrimento desnecessário e o agravamento da própria doença (FORTNEY, et al., 2004; BERGER; WAGNER; BAKER, 2005). Diante desse impacto, na efetividade dos serviços em saúde e, por conseguinte, na saúde da população, é imprescindível que o processo de estigmatização e as potenciais formas de redução do mesmo, recebam particular atenção em políticas de saúde sobre o álcool e outras drogas (WHO, 2007; RONZANI; FURTADO, 2010; SILVEIRA, 2010; SOARES et al, 2011).

2.2 ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DO ESTIGMA

As inúmeras implicações físicas, psicológicas e sociais oriundas da estigmatização, para os indivíduos portadores de condições estigmatizadas, têm levado ao aumento dos estudos acerca de estratégias que visam a redução desse processo (CORRIGAN et al., 2001a; RÜSH; ANGERMEYER; CORRIGAN, 2005; TANAKA et al., 2003; PENN et al., 1999; MORRISON, 1980; CORRIGAN et al., 2002; HOLMES, et al., 1999; BROWN; TRUJILLO; MACINTYRE, 2001).

A literatura aponta três estratégias para a redução do estigma relacionado a doenças mentais: a educação, que visa substituir os mitos sobre a doença mental por informações corretas; o contato, que desafia as atitudes públicas sobre a doença mental através de interações diretas com pessoas que têm esses distúrbios; e o protesto, que suprime as atitudes e comportamentos estigmatizantes em relação à doença mental (CORRIGAN et al., 2001a; CORRIGAN, 2004; RÜSH; ANGERMEYER; CORRIGAN, 2005).

O componente chave para programas de educação, que objetivam reduzir o estigma, é a substituição dos mitos sobre a doença mental por informações corretas. Parte-se da constatação de que as pessoas com maior conhecimento sobre a doença mental são menos propensas a aprovar o estigma e a discriminação. Diferentes formas educativas têm sido utilizadas para transmitir este tipo de informação, como, por exemplo, livros, vídeos e programas de ensino estruturados (RÜSH; ANGERMEYER; CORRIGAN, 2005).

Nesta perspectiva, estudos têm sido realizados, a fim de avaliar o impacto de breves cursos educacionais sobre o estigma relacionado a doenças mentais. A redução da estigmatização, a partir destes cursos, têm sido constatadas entre diversos públicos como

estudantes universitários (MORRISON, 1980) estudantes do ensino médio (CORRIGAN et al., 2001a) e trabalhadores privados e públicos (TANAKA et al., 2003).

Alguns pesquisadores salientam que a educação, enquanto uma estratégia de diminuição do estigma, deveria ter o foco na causa da condição de saúde estigmatizada, dando ênfase ao modelo médico ou biológico para explicar a origem da mesma. Acredita-se que desta forma, seria demonstrado que as pessoas portadoras de condições estigmatizadas podem não ser responsáveis por tal condição o que implicaria numa menor culpabilização e menor moralização destas pessoas (MILLER; MAJOR, 2003).

Contudo, existe outro posicionamento, defendido por Phelan (2002), de que a diminuição da culpabilização, potencialmente proporcionada pelo enfoque genético, poderia vir acompanhada de inúmeras consequências negativas (até então, hipotéticas). Acredita-se, por exemplo, que a partir da etiologia genética: a distinção entre "nós" sem determinada característica e "eles" com determinada característica, pode ser ainda mais ampliada; que o otimismo em relação a recuperação total do paciente poderia ser fortemente reduzida; que o portador de uma determinada condição poderia continuar ligado a um determinado rótulo mesmo quando não apresentasse os sintomas; e que esse rótulo do paciente poderia ser estendido à sua família devido ao potencial risco genético dos membros dessa família desenvolverem um transtorno similar, o que poderia ser chamado de "estigma antecipatório". Dessa forma, este autor ressalta a necessidade de mais estudos em relação à atribuição genética enquanto forma de reduzir a estigmatização.

Outra maneira de promover a redução do estigma sobre a doença mental é facilitar a interação entre os cidadãos e as pessoas portadoras dessas condições (CORRIGAN et al., 2001a). Sinteticamente duas teorias têm sido propostas para explicar os possíveis efeitos do contato na redução do estigma, a teoria da recategorização e a teoria da atribuição. De acordo com a teoria da recategorização, o contato com um membro do grupo externo resultaria em mudanças na classificação dos membros do *outgroup* (GAERTNER et al., 2000).

O outro modelo explicativo está enraizado na teoria da atribuição, a partir da qual, as atribuições são consideradas explicações que um indivíduo elabora diante de um comportamento observado. Considerando-se especificamente pessoas com uma doença mental, essas costumam ser especialmente julgadas em relação à controlabilidade de sua condição. Sabe-se que doenças mentais e distúrbios comportamentais são consideradas condições controláveis, e dessa forma, o

indivíduo passa a ser considerado como responsável tanto pela causa como pela solução do seu problema o que leva à estigmatização (CORRIGAN et al., 2005; PALM, 2006; PENN; COUTURE, 2002). Diante disso, acredita-se que o contato interpessoal com uma pessoa portadora de uma doença mental, poderia desbancar o mito de que tal condição está sob o controle de seu portador (ou seja, que ele/ela pode ter causado o distúrbio). Essa mudança de atribuições, de controlável para incontrolável, resultaria então, em uma correspondente mudança de sentimentos e comportamentos como, por exemplo, de raiva para simpatia, e de desejo de distância para desejo de ajudar (PENN; COUTURE, 2002; CRANDALL, 2003).

Estudos têm mostrado relação inversa entre ter contato com uma pessoa com doença mental e endossar o estigma psiquiátrico (PENN et al, 1994; PENN et al., 1999). Apontam que as pessoas, que relatam maior familiaridade com doenças mentais graves, demonstram menor percepção de periculosidade por parte dos portadores dessas condições e por conseguinte, menor desejo de distância social (CORRIGAN et al., 2001b). Indicam ainda, que o contato pode ajudar a aumentar os efeitos da educação na redução do estigma (RÜSH; ANGERMEYER; CORRIGAN, 2005).

Contudo, acredita-se que as pesquisas, a cerca da estratégia do contato, possuem significativas limitações. Penn e Couture (2002) argumentam que, muitos estudos têm examinado os efeitos de contatos anteriores por meio de auto-relatos e que quando o contato direto é mensurado, este ocorre em situações artificiais ou como parte de um curso e/ou programa de formação. Tais autores sugerem a necessidade de se investigar como o contato direto afeta o estigma e como este processo se dá no curso natural dos relacionamentos.

Além das dificuldades relativas à avaliação de tal estratégia, pesquisas indicam que, a simples interação não seria suficiente para reduzir o estigma. Aponta-se, que interação precisaria ocorrer num contexto de igualdade de condições, com ênfase na interdependência e na busca de objetivos superiores comuns (CRANDALL, 2003). Diante dessa realidade, pesquisadores ressaltam a necessidade de mais estudos na área (CORRIGAN et al., 2001a; PENN; COUTURE, 2002).

Em relação ao protesto, pesquisadores afirmam que se trata de uma estratégia reativa que pode ajudar a reduzir o comportamento de estigmatização pública acerca da doença mental. Nessa perspectiva, o protesto tem sido freqüentemente utilizado contra representações de estigma veiculadas pela mídia. Exemplos de iniciativas de protesto bem sucedidas, com este intuito, são

as conduzidas pelo o programa alemão denominado “Basta”, formado por uma aliança de pessoas portadoras de doença mental; o programa “*NAMI*” com iniciativas em todos os estados dos Estados Unidos; o programa “Like Minds” na Nova Zelândia que envolve um vasto número de iniciativas locais regionais e nacionais; e o programa “*SANE*” na Austrália, ativo há 20 anos.

Defende-se que a redução do comportamento público estigmatizante em si, já melhora a qualidade de vida das pessoas com doença mental, contudo, o impacto dessa estratégia pode não ser tão eficaz no que se refere à redução do preconceito e na promoção de novas atitudes (CORRIGAN, 2004; RÜSH; ANGERMEYER; CORRIGAN, 2005). Autores alertam ainda, para o efeito rebote que pode ser ocasionado pelo protesto. Tal estratégia poderia ser desencadeadora do fenômeno denominado reatância cognitiva, uma forma de resistência que surge quando uma pessoa percebe que sua liberdade está sendo limitada ou ameaçada. Dessa forma, o protesto aumentaria as atitudes negativas em relação ao grupo estigmatizado, ao invés de melhorá-las (CORRIGAN, 2004; MILLER; ROLLNICK, 2001). No entanto, considera-se que os efeitos de repetidos protestos sobre o comportamento devem ser investigados (CORRIGAN et al., 2001a).

As estratégias de diminuição do estigma apresentadas, são consideradas promessas na área. Contudo, as investigações a cerca de tais estratégias encontram-se ainda em fase inicial, particularmente no que diz respeito ao desenvolvimento de uma teoria. Tal área encontra-se permeada por estudos aparentemente contraditórios, efeitos positivos restritos a situações específicas e, por conseguinte, pela carência de efetivas abordagens de diminuição do estigma (PENN; COUTURE, 2002; RÜSH; ANGERMEYER; CORRIGAN, 2005). Além disso, percebe-se uma significativa escassez de estudos relacionados a uma das condições de saúde mais estigmatizadas que é o uso indevido de álcool e outras drogas (CORRIGAN et al., 2005; PALM, 2006). Dessa forma, ressalta-se a necessidade de novos estudos neste âmbito (PENN; COUTURE, 2002; RÜSH; ANGERMEYER; CORRIGAN, 2005; GRAY, 2002). Na tentativa de localizar estudos, que avaliam intervenções visando reduzir o estigma relacionado a usuários de álcool ou outras drogas, foi realizada uma revisão sistemática.

2.3 REVISÃO SISTEMÁTICA: ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR O ESTIGMA RELACIONADO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A técnica de revisão sistemática permite identificar, selecionar e avaliar os estudos relevantes da literatura científica relacionados a uma questão de pesquisa específica. Esta forma de investigação reúne, de forma organizada, grande quantidade de estudos dentro de um recorte temporal, possibilitando sintetizar as principais abordagens e explicar as diferenças encontradas entre estudos voltados para a mesma temática. (ANDERSON; GREEN; HIGGINS, 2004). Dessa forma, a revisão sistemática possibilita uma análise crítica da literatura da área, viabilizando a identificação das questões mais pertinentes para a produção de avanço no conhecimento acerca de determinado objeto de estudo e orientando a elaboração de pesquisas futuras (LINDE; WILLICH, 2003).

Foram escolhidas quatro importantes bases de dados para a pesquisa bibliográfica. O Lilacs, índice bibliográfico da literatura relativa às ciências da saúde, publicada nos países da América Latina e Caribe. A *Pubmed*, uma base da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América que possui informações na área de ciências da saúde. A *Psycinfo*, uma base de resumos da Associação Americana de Psicologia. E por último, a *Web of Science*, base multidisciplinar que abrange a área de ciências, ciências sócias, artes e humanística, mantida pela companhia Thomson Reuters.

A fim de ampliarmos nossa busca, utilizamos não só o termo “estigma” como também os demais termos relacionados ao mesmo e os vários termos referentes ao consumo de álcool e outras drogas como “consumo de bebidas alcoólicas”, “alcooolismo”, “abuso de álcool”, “transtornos relacionados ao uso de substâncias” entre outros. Foi utilizado o dicionário de palavras de cada base, o que proporcionou as palavras-chaves indexadas adequadas para as buscas. Os resultados de cada um dos termos (estigma e termos relacionados e termos referentes ao consumo de álcool e outras drogas) foram cruzados entre si utilizando o operador booleano “AND” com a finalidade de restringir a pesquisa aos resumos que apresentavam ao mesmo tempo cada um dos termos.

Para a pesquisa na *Pubmed*, foram empregados os termos indexados no *Medical Subject Heading Terms (Mesh Terms)* desenvolvido pela *U.S. National Library of Medicine* que é utilizado como método de controle de vocabulário tanto para resumos presentes na base Medline

quanto para os presentes unicamente na *Pubmed*. Foram utilizados os seguintes termos: *Stereotyping, Prejudice, Social Change*, combinados com *Alcohol-Related Disorders, Alcohol Drinking, Alcohol-Induced Disorders, Alcoholism, Substance- Related Disorders*.

Para a pesquisa na Psycinfo foram empregados os termos indexados no *Thesaurus of Psychological Index Terms* utilizado como método de controle de vocabulário por esta base, tendo sido desenvolvido pela *American Psychological Association* com a finalidade de classificar e definir brevemente diversos termos utilizados no vocabulário da área. Termos utilizados: *Stigma, Prejudice, Social Discrimination, Health Attitudes, Stereotyped Attitudes, Attitude Change, Labeling* combinados com *Alcohol Abuse, Alcohol Drinking Patterns, Drug Abuse, Alcoholism, Binge Drinking*.

Para a pesquisa na base LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) foi utilizado os termos indexados na base “*Descritores em Ciências da Saúde*” (DeCs) adaptado pela BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) a partir do vocabulário do MeSH. Dessa maneira, os descritores utilizados foram correlatos da língua portuguesa dos descritores do MeSH. Foram utilizados os seguintes termos: Estereotipagem, Preconceito, Mudança Social combinados com Alcoolismo, Consumo de bebidas alcoólicas, Transtornos relacionados ao uso de substâncias e Transtornos relacionados ao uso de álcool.

A base de dados *Web of Science* não possui controle de vocabulário, portanto, a busca foi feita utilizando os termos já empregados nas buscas das outras bases: Termos relacionados ao estigma: *Stereotyp**, *Stigma**, *Prejudic**, *Social Discrimination, Social Change, Attitude Change* e *Labeling*. Termos referentes ao consumo de álcool e outras drogas: *Alcohol-Related Disorders, Alcohol Drinking, Alcohol Consumption, Alcohol-Induced Disorders, Alcoholism, Alcohol Abuse, Alcohol Dependence, Alcohol Addiction, Binge Drinking, Substance-Related Disorders, Drug Dependence, Drug Addiction, Drug Usage e Drug Abuse*. O símbolo (*) utilizado em alguns termos descritos acima, é uma ferramenta “*explode*” que aumenta a possibilidade de termos semelhantes serem abarcados na pesquisa não restringindo a busca ao termo como um tópico principal, mas também a tópicos subordinados adjacentes ao conceito. Os resumos encontrados foram exportados para uma base de dados utilizando o software de gerenciamento de referências bibliográficas *Endnote Web*, disponibilizados na base da *Web of Science*, acessada através do Portal de Periódicos Capes.

Foram adotados como critérios de inclusão: Tratar-se de um estudo empírico com intervenção visando a redução do estigma relacionado ao usuário de álcool e/ou outras drogas. E como critérios de exclusão: Tratar-se de um relato de pesquisa sem intervenção, relato de experiência, revisão de literatura, teses, dissertações, capítulos de livros e artigos que não apresentam resumos.

A referida busca resultou em 2892 resumos catalogados desde a primeira publicação sobre o tema em 1967 até o ano de 2010. Foram encontrados 23 artigos na Psycinfo; 711 artigos na Web of Science; 2.164 artigos na Pubmed e 29 artigos na Lilacs. Destes artigos, 1131 se tratavam de artigos repetidos, teses, dissertações e capítulos de livros e foram excluídos da análise. Dos 1761 artigos restantes, 536 não possuíam resumos e também foram excluídos da análise. Desta forma, foram lidos 1209 resumos de artigos sendo que destes, apenas 4 resumos foram selecionados, destes, três artigos corresponderam aos critérios de inclusão e foram analisados na íntegra.

Os três artigos selecionados apresentaram intervenções com a finalidade de reduzir o estigma direcionado a policiais (2008), estudantes de enfermagem (2008) e estudantes de um programa de especialização em tratamento de dependência química (1997). Objetivou-se avaliar as seguintes categorias a) participantes: características do grupo que recebeu a intervenção b) tipo de estratégia realizada para reduzir o estigma; c) metodologia do estudo: forma de avaliação; d) desfecho: redução ou não do estigma.

O primeiro artigo intitula-se *Preliminary evidence of effects of crisis intervention team training on self-efficacy and social distance* - Evidências preliminares dos efeitos do treinamento da equipe de intervenção na crise na auto-eficácia e distância social - de autoria de Bahora e colaboradores (2008). Participou do estudo, policiais da área metropolitana de Atlanta (USA), a amostra foi intencional e oriunda de três cursos de treinamento totalizando 40 policiais avaliados longitudinalmente, antes e depois da intervenção, foi utilizado também um grupo controle formado por 34 policiais.

Foi utilizado, enquanto estratégia de intervenção, um programa de treinamento composto por 40 horas, que incluiu: palestras e debates estruturados por profissionais de saúde mental e grupos de advocacia; visitas a locais de emergência com instalações e unidades psiquiátricas de internação; e treinamento experiencial utilizando vídeos e role-playing. Durante a parte do treinamento em sala de aula, 1 hora foi dedicada a cada um dos seguintes temas: depressão, abuso

de substâncias e esquizofrenia, além destes, uma série de outros temas foram abordados.

Foram utilizadas escalas para avaliar a auto-eficácia e o desejo de distância social a partir de quatro vinhetas uma sobre cada transtorno baseadas nos critérios do DSM-IV. A avaliação realizada antes da intervenção demonstrou não haver diferença entre os dois grupos (grupo da intervenção e grupo controle). O instrumento aplicado após a intervenção apontou melhorias na auto-eficácia e redução do desejo de distância social para as quatro condições.

Em síntese, o presente estudo avaliou uma estratégia de redução de estigma composta principalmente pelo componente educativo, mas também pelo contato, uma vez que contou com visitas a unidades psiquiátricas. Tal estudo constatou a efetividade da estratégia para dois elementos que envolvem o estigma social, a auto-eficácia e a distância social.

O segundo artigo, *Predictors of educational outcomes of undergraduate nursing students in alcohol and drug education* - Preditores de resultados educacionais dos alunos de graduação em enfermagem na educação em álcool e drogas - dos autores Rassool e Rawaf (2008). Este estudo contou com uma amostra intencional de quatro turmas de alunos de graduação em enfermagem (n = 110), na Inglaterra. Realizou-se um estudo piloto, mas não contou com grupo controle. A avaliação foi longitudinal.

Enquanto estratégia de intervenção foi realizado um programa educacional sobre álcool e drogas. O programa objetivou: proporcionar o reconhecimento das próprias atitudes sobre o abuso de substâncias, uso de drogas e os estereótipos aplicados a este comportamento; descrever sucintamente as formas de uso e os efeitos do abuso de substâncias psicoativas; apresentar três métodos de rastreamento do uso de álcool e drogas; realizar uma básica avaliação na área de álcool e drogas; destacar as estratégias de prevenção e opções de tratamento disponíveis para abusadores de substâncias; e discutir o papel do enfermeiro na avaliação e no tratamento do abuso de substâncias.

Para tanto, foram ministrados 8 módulos, que contou com palestras, debates, dramatizações e grupos de discussão. Foi utilizado também, um guia de estudos com conteúdos, objetivos, referências e leituras adicionais. Não foi informado o número de horas do programa. Foram realizadas avaliações pré e pós-intervenção para avaliar o impacto da intervenção na aquisição de conhecimento, mudanças de atitudes e confiança nas habilidades de intervenção. As análises apontaram diferenças significativas, entre o pré-teste e pós-teste, para os três pontos avaliados. Em síntese, o estudo avaliou a estratégia educativa para redução do estigma,

constatando efetividade da mesma, ao apontar aquisição de conhecimento, mudança de atitudes e aumento na confiança nas habilidades de intervenção.

O terceiro artigo intitula-se *Evaluating the Impact of a Clinical Training Program in the Addictions*- Avaliação do Impacto de um Programa de Treinamento Clínico em adicção. Dos autores Scotch, Fleger-Berman, e Shaffer (1997).

Participaram do estudo 49 estudantes que cursaram, entre os anos de 1986 e 1992, uma especialização de tratamento de adicção, do Centro Zinberg para Estudos de Adicção, localizado na Escola de Medicina de Harvard e Hospital Cambridge.

A estratégia de intervenção foi a própria especialização, que tem a duração de um ano e oferece uma ampla revisão das diferentes teorias, etiologia e tratamento de dependências. O programa integra as perspectivas acadêmicas com a prática clínica e supervisão para um conjunto de comportamentos aditivos, como dependência de álcool, outras drogas, e jogo patológico.

A estrutura do programa consiste em seminários didáticos semanais (que inclui uma variedade de abordagens e técnicas de avaliação e tratamento), trabalho clínico, sessões de formação em serviço, reuniões semanais de apresentação de caso, sessões semanais de supervisão clínica individual, reuniões de supervisão clínica em grupo e participação em um projeto de pesquisa.

As avaliações foram realizadas a partir de um questionário auto administrado do tipo likert, via email que consistiu na avaliação da satisfação (como eles percebem a qualidade do programa de formação) e no impacto da especialização na vida profissional ou o no pensamento atual sobre adicção. Os resultados apontam que a grande maioria dos graduados do programa avaliou o programa de formação geral e suas atividades muito positivamente. A maioria dos egressos do programa obteve empregos na área de dependência. 74.57% dos respondentes afirmaram que eles tinham mudado suas crenças sobre o vício. Além disso, muitos entrevistados comentaram que a sua participação no programa mudou seus estereótipos de pessoas com dependência química.

Em síntese, o estudo avaliou a estratégia redução do estigma composta pelo componente educativo, parte teórica da especialização e também o contato, parte prática da especialização. Constatando efetividade da mesma, ao apontar que a maioria dos profissionais obteve emprego na área da dependência e afirmou que após o curso mudaram suas crenças e estereótipos sobre a dependência química. Os três artigos acima descritos possuem semelhanças e diferenças entre si,

assim como para com o presente estudo. Numa tentativa de melhor visualização dessas características, segue a tabela 2.

Tabela 2: Revisão Sistemática: caracterização dos artigos

Artigo	1	2	3	4
Ano	2008	2008	1997	2011
Local	Atlanta (USA)	Inglaterra	USA	Brasil
Autores	Bahora e cols	Rassool & Rawaf	Scotch, Fleger-Berman, e Shaffer	Oliveira & Ronzani
Público alvo	Policiais	Estudantes de enfermagem	Alunos de um curso de especialização	Profissionais da Atenção Primária à saúde
Intervenção	Teoria	Teoria	Teoria Prática	Teoria Prática
Estratégia	Educação Contato	Educação	Educação Contato	Educação Contato
Duração	40 horas	8 módulos	1 ano	8 horas
Amostra	40 GI; 34 GF	110	49	54 GI; 41 GF
Avaliação	Vinhetas	Questionário para avaliação de conhecimento adquirido	Questionário tipo likert via email	Questionário de atitudes, moralização e vinhetas
Itens avaliados	1. Auto-eficácia 2. Distância Social	1. Conhecimento 2. Mudança de atitudes 3. Confiança nas habilidades	Satisfação com o curso; Vida profissional; Crenças	Auto-eficácia; Crenças; Percepção de Obstáculos; Confiança; Moralização; Reações Emocionais
Resultado	Positivo	Positivo	Positivo	_____

1) Evidências preliminares dos efeitos do treinamento da equipe de intervenção na crise na auto-eficácia e distância social - de autoria de Bahora e colaboradores (2008). 2) Preditores de resultados educacionais dos alunos de graduação em enfermagem na educação em álcool e drogas. 3) Avaliação do Impacto de um Programa de Treinamento Clínico em adição. 4) Impacto de uma disseminação de políticas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas na diminuição do estigma atribuído aos usuários pelos profissionais da APS.

Comparar estudos entre si e principalmente resultados de diferentes estudos, se trata de uma tarefa complexa que deve levar em conta diferentes fatores. Por exemplo, os estudos descritos foram realizados em contextos diferenciados, com populações específicas, com amostras de tamanhos desiguais e intervenções também bastante distintas. No que se trata dos estudos a cerca do estigma social, as comparações se tornam ainda mais complicadas. O constructo estigma é caracterizado por uma diversidade de conceituações e também pelas diferentes formas de operacionalização do conceito, o que explica os diferentes pontos avaliados pelos artigos descritos acima (LINK; PHELAN, 2001).

Além disso, tratando-se principalmente das avaliações a partir da entrevista e do auto relato, as pesquisas nessa área enfrentam mais um obstáculo denominado *desejabilidade social*. Tal fenômeno se refere à tendência das pessoas a darem respostas socialmente aceitáveis quando questionadas a respeito de suas atitudes e preconceitos (RIBAS JR; MOURA; HUTZ, 2004). Dessa forma o quadro acima, não nos permite realizar comparações, contudo, nos oferece um vislumbre sobre as características das pesquisas que visam avaliar estratégias de redução do estigma relacionado aos indivíduos que realizam um uso indevido de álcool e outras drogas.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto das ações de disseminação de políticas e práticas de prevenção ao consumo de álcool e outras drogas na estigmatização do usuário pelos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Avaliar as atitudes dos profissionais em relação às práticas de prevenção SBIRT disseminadas, antes e depois da intervenção.
2. Avaliar a atribuição de moralidade à dependência de álcool, maconha, cocaína e crack, antes e depois da intervenção.
3. Avaliar as reações emocionais (positivas e negativas) que os dependentes de substâncias (álcool, maconha e cocaína) despertam nos profissionais de saúde da APS, antes e depois da intervenção.
4. Avaliar as crenças dos profissionais em relação à recuperação e adesão ao tratamento por parte dos dependentes de substâncias.
5. Comparar os dados do município que recebeu a intervenção com os dados do “município controle”.

4 METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

4.1 PARTICIPANTES

Tratando-se de um projeto amplo, descrito a seguir, os dois municípios participantes foram escolhidos principalmente pelo interesse dos gestores e pela acessibilidade ao município. Foram ainda definidos alguns critérios adicionais de elegibilidade para os municípios participantes: 1) Aceite formal da Secretaria Municipal de Saúde em participar do projeto; 2) Capacitação de equipes de PSF completas; 3) Disponibilização de hora de trabalho dos profissionais para participarem da parte presencial da capacitação; 4) Maior número de profissionais inscritos; 5) Ter PSF implantado no município.

O estudo foi conduzido em dois municípios brasileiros, um localizado no estado do Rio de Janeiro, a outra no estado de Minas Gerais. O primeiro município funcionou como grupo intervenção. Por critérios éticos e operacionais não foi possível trabalhar com um grupo controle formado por profissionais do próprio município. Diante disso, o segundo município funcionou como grupo controle. O Município do Grupo Intervenção possui uma população de 77.432 habitantes e o Município do Grupo Controle possui uma população de 57.390 habitantes (IBGE, 2010). Ambos os municípios são de médio porte e possuem serviços de saúde semelhantes.

Inicialmente o estudo contava com dois grupos (intervenção e controle) pareados, ou seja, os grupos eram semelhantes em termos de números de profissionais e categoria profissional. Contudo, por tratar-se de um estudo longitudinal e devido algumas características da APS brasileira houve perda de profissionais derivada de fatores como férias e alta rotatividade do setor devido aos vínculos empregatícios precários entre outros fatores (CAMPOS; MALIC, 2008; SANTOS et al., 2011).

Participaram do estudo 96 profissionais da APS. Destes, 54 profissionais trabalhavam em um município que chamaremos de “Grupo Intervenção” e 41 trabalhavam em um município que chamaremos de “Grupo Controle”. No município intervenção, foram convidados a participar do projeto todos os profissionais em atividade, no período de sua execução. No município controle foram selecionados, por conveniência, os profissionais em atividade em sete dos treze PSF do município. Optou-se por não identificar os municípios por razões éticas.

Considera-se aceitável a distância geográfica entre os municípios participantes uma vez que, o estigma em relação às doenças mentais, objeto de avaliação do estudo, se refere a uma marca transcultural que produz reações afetivas, cognitivas e comportamentais essencialmente negativas e espontâneas (STANGOR; CRANDALL, 2003).

A descrição das amostras para as variáveis, gênero, idade, categoria profissional, escolaridade, idade e tempo de profissão é apresentada na Tabela 03. Nota-se que a grande maioria dos profissionais é do gênero feminino: grupo intervenção (100%) e grupo controle (87.8%). A categoria profissional predominante é a de agente comunitário de saúde: grupo intervenção (81.5%) e grupo controle (63.4%). E a idade média dos participantes de ambos os grupos é aproximadamente 34 anos.

**Tabela 3: Descrição da amostra de profissionais de saúde. Grupo Intervenção (n=54)
Grupo Controle (n=41)**

Características da População		Grupo Intervenção		Grupo Controle	
Dados Sócio-demográficos		N	%	n	%
Gênero	Feminino	54	100	36	87.8
	Masculino	0	0	6	12.2
Profissão	Agente Comunitário de Saúde	44	81.5	26	63.4
	Auxiliar de enfermagem	3	5.6	8	19.5
	Enfermeiro	3	5.6	2	4.9
	Outros*	4	7.4	5	12.2
Escolaridade	Ensino fundamental	0	0	1	2.4
	Ensino Médio	23	42.6	20	48.8
	Ensino Técnico	13	24.1	11	26.8
	Curso Superior	12	22.2	4	9.8
	Pós-Graduação	6	11.1	5	12.2
Idade [M (DP)]		34.53(7.69)		34.54(9.14)	
Tempo de Profissão [M(DP)]		6 (4.53)		7.44(5.21)	

M= média/ DP= desvio padrão/ n= número de participantes/ (%) = porcentagem do número de participantes

* Inclui profissionais de outras categorias, como dentistas, auxiliares de consultório dentário e nutricionista

4.2 DESENHO

O presente estudo é parte de um projeto maior intitulado “Avaliação de processo sobre Prática de Prevenção ao Uso de Drogas e Violência Doméstica em Serviços de Atenção Primária à Saúde”, desenvolvido pelo Polo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva (POPSS/UFJF) com financiamento da PROPESQ/UFJF Edital Grupos Emergentes e FAPEMIG, Edital Universal, processo número APQ 01892-09. O presente trabalho trata-se de uma dissertação de mestrado, e é válido ressaltar, que o pós graduando, responsável pelo estudo, participou de todas as etapas do mesmo.

Trata-se de um estudo quase experimental realizado a fim de avaliar longitudinalmente uma intervenção composta por um treinamento para práticas de SBIRT e duas estratégias de diminuição do estigma. O estudo contou com um grupo intervenção e um grupo controle. Os grupos foram avaliados em um mesmo período temporal, contudo, o grupo controle recebeu a intervenção após o encerramento da coleta de dados. Dessa forma, foi possível comparar os resultados obtidos a partir desses dois grupos cujo diferencial foi a intervenção.

O modelo de pesquisa-intervenção adotado teve como objetivo avaliar e ao mesmo tempo utilizar tecnologias em saúde a serem aplicadas em favor dos profissionais de saúde e comunidades. Para alcançar os objetivos propostos, as atividades foram realizadas da seguinte forma: 1) Contato com a coordenação de Atenção Primária à Saúde. 2) Avaliação da estigmatização dos usuários de álcool e outras drogas pelos profissionais de saúde. 3) Disseminação das práticas de prevenção em três etapas 3.1) Seminário de sensibilização para os problemas relacionados ao Uso de Risco de Drogas. 3.2) Treinamento presencial para práticas de Prevenção (Aplicação do instrumento de triagem ASSIST e realização de Intervenção Breve). 3.3) Acompanhamento das equipes. 4) Avaliação da estigmatização dos usuários de álcool e outras drogas pelos profissionais de saúde. 5) Retornos coletivos para as equipes capacitadas.

Desta forma, no primeiro momento houve uma pactuação entre os pesquisadores e os gestores (Secretarias Municipais de Saúde), visando um trabalho conjunto na capacitação dos profissionais e inserção das práticas na rotina. Em um segundo momento foi realizada uma avaliação que consistiu na aplicação de questionários estruturados nos profissionais que concordaram em participar do projeto, tanto no grupo intervenção quanto no grupo controle.

A disseminação das práticas foi realizada em três etapas: Na primeira etapa realizou-se a Sensibilização: neste momento os pesquisadores fizeram reuniões de discussão e sensibilização com alguns setores dos municípios como Conselhos Municipais de Saúde, Conselhos Tutelares, Delegacias, Assistência Social, Gestores e Coordenadores de Saúde, Comunidade Civil Organizada - Alcoólicos Anônimos, Associação de Moradores, Instituições Religiosas, entre outros setores importantes para o processo. Essas reuniões tiveram como objetivo conhecer a realidade de cada município, visando a pactuação de uma proposta mais próxima da realidade local.

Na segunda etapa da disseminação, realizou-se o Treinamento: Os profissionais passaram por um treinamento presencial ministrado em dois módulos, com uma duração de quatro horas para cada módulo. O primeiro módulo incluiu noções teóricas sobre substâncias psicoativas (epidemiologia do uso, efeitos agudos e crônicos) e introdução ao instrumento de triagem – ASSIST, bem como atividades práticas na aplicação, correção e interpretação do instrumento. No segundo módulo, enfocou-se os princípios da técnica da IB, e também a prática da mesma, por meio da apresentação de um atendimento em vídeo. Foi também estimulada a discussão de situações reais dos serviços, visando o desenvolvimento de habilidades e a inserção das estratégias de prevenção na rotina dos profissionais de saúde.

Na terceira etapa ocorreu a Supervisão de Práticas que foi realizada nos serviços através do acompanhamento quinzenal das equipes da APS treinadas. Os pesquisadores ofereceram suporte teórico e técnico para aplicação de ASSIST e realização de IB durante três meses. Além disso, foi disponibilizado contato telefônico e e-mail para que os profissionais pudessem tirar eventuais dúvidas.

No quarto momento, após os três meses de acompanhamento, foi realizada uma nova avaliação por meio de questionários. É importante destacar que os profissionais que não participaram dos dois módulos da capacitação presencial ou do acompanhamento foram excluídos das análises, tendo em vista que estes foram pontos definidos como critérios de inclusão no estudo. Neste mesmo período foi realizada a avaliação dos profissionais do município controle por meio dos mesmos questionários.

Para finalizar, após o encerramento das atividades no município intervenção, foram programados retornos coletivos para as equipes treinadas sobre o desempenho e impacto obtido

com as atividades. Também foi realizada a capacitação dos profissionais do município que funcionou como controle da pesquisa.

As duas estratégias de redução de estigma foram inseridas nas etapas da disseminação. A estratégia da educação, visando substituir os mitos a respeito do uso problemático de substâncias por informações corretas, foi um recurso presente principalmente no treinamento, mas também na sensibilização, no acompanhamento e no retorno. A estratégia do contato, visando proporcionar interações entre os profissionais de saúde e os usuários problemáticos de substâncias, foi estimulada pela proposta de aplicação do instrumento de triagem na população, que entre seus membros possui usuários de risco e dependentes de álcool e outras drogas.

Vale ressaltar, que o contato com os gestores e as avaliações realizadas no “Município Controle” foram realizadas no mesmo período temporal do “Município Intervenção”, contudo, as demais etapas (sensibilização e treinamento) foram oferecidas ao “Município Controle” posteriormente à segunda avaliação.

4.3 ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

Todo o processo constituiu-se por avaliações antes da disseminação das práticas (pré intervenção) e após a disseminação das práticas (pós intervenção). Objetivou-se avaliar se a disseminação de práticas realizada impactou em uma mudança de atitudes em relação às práticas propostas e em uma redução do estigma relacionado aos usuários de substâncias por parte dos profissionais que participaram da disseminação.

Foram utilizados os seguintes instrumentos de auto relato:

1) *Questionário Sócio-Demográfico* - (Anexo 1) formado por questões relacionadas ao gênero, idade, categoria profissional, tempo de profissão e escolaridade.

2) *Questionário de Crenças e Atitudes dos Profissionais (QCA)*-(Anexo 2)

A partir desse questionário foram avaliados alguns pontos da percepção dos profissionais em relação às práticas de prevenção ao consumo de álcool e outras drogas (SBIRT). O questionário é composto por 36 questões subdivididas em cinco escalas: 1) auto-eficácia; 2) expectativas e crenças sobre a efetividade da IB; 3) percepção de obstáculos para realização da IB; 4) percepção de obstáculos para realização da Triagem; 5) confiança na realização da Triagem e IB. Nas quatro primeiras escalas as proposições continham alternativas de respostas

que variavam de “discordo totalmente” a “concordo totalmente” - com pontuações que variavam, respectivamente, de 1 a 5, em uma escala tipo Likert. Já a última escala era composta por alternativas de respostas que variavam de “sem confiança” a “bastante confiança” - com pontuações que variavam, respectivamente, de 1 a 4, em uma escala tipo Likert (RONZANI et al., 2008).

3) *Questionário sobre Modelos de Percepção de Problemas de Saúde (QMPS)*- (Anexo 3) (RONZANI; HIGGINS-BIDDLE; FURTADO, 2009)

Para mensurar o estigma social foi avaliado um de seus aspectos, a atribuição moral da dependência de substâncias. Baseado no modelo de avaliação de percepção proposto por Brickman, apresentado por Palm (2006), esta avaliação consiste em uma classificação simples e objetiva sobre como o profissional percebe o problema da dependência. O modelo foi utilizado para avaliar a percepção do profissional de saúde em relação à dependência das seguintes substâncias: tabaco, álcool, maconha, cocaína e crack.

O questionário é composto por uma pergunta acerca da responsabilidade dos pacientes com relação ao aparecimento de um problema de saúde e outra sobre a responsabilidade que esse paciente teria para solucionar esse problema. A possibilidade de resposta de concordância numa escala de 1 a 5, em que 1 corresponde a “nada responsável” e 5 a “totalmente responsável”, foi oferecida para as perguntas: “O quanto você acha que o paciente é responsável pelo aparecimento/evolução dos seus problemas de saúde?” e “O quanto você acha que o paciente é responsável pela solução dos seus problemas de saúde?”. Para a avaliação do modelo, as respostas de cada participante foram recodificadas retirando-se o neutro da escala e agrupando os resultados entre baixa e alta responsabilidade.

De acordo com o modelo teórico de Brickman pode haver quatro modelos de percepção sobre a dependência de substâncias de acordo com a responsabilidade pelo desenvolvimento/aparecimento e pela solução do alcoolismo.

a) Modelo Moral: o próprio indivíduo é responsável pelo aparecimento e pela solução de determinado problema de saúde. A dependência é vista como mau hábito sendo sua causa atribuída a uma fraqueza moral e sua não solução à falta de força de vontade.

b) Modelo Médico: o indivíduo é minimamente responsável pela causa e solução do problema porque a dependência tem uma etiologia biológica. A dependência é vista como um

problema irreversível e sem cura. O tratamento para o problema seria possível por meio do acompanhamento de um profissional ou programa que auxilie na busca da abstinência.

c) Modelo Compensatório: o indivíduo é minimamente responsável pela causa ou surgimento do problema, entretanto, é responsável por resolver seu problema desenvolvendo novas habilidades de enfrentamento ou adquirindo um melhor sistema de suporte social.

d) Modelo Iluminado: o indivíduo é responsável por causar seu problema, porque ele foi levado pelo impulso de fazer o uso indevido de substâncias e perder o controle. Entretanto, o dependente tem um mínimo controle por resolver seu problema. Sendo assim, o tratamento necessita que o dependente admita a fraqueza perante a substância em questão, e submeta o seu controle a uma força maior que ilumine seus passos. Essa força poderia ser a comunidade ou outros dependentes que estão se recuperando.

3. *Vinhetas* (Anexo 4): Foram construídas pelo grupo de pesquisa a partir dos estudos realizados por Link e colaboradores (1999) e Peluso e Blay (2008). As vinhetas, apresentadas a seguir, descrevem quadros de dependência de três substâncias, álcool, maconha e cocaína, segundo os critérios do DSM- IV (SILVEIRA, 2010; SOARES et, al, 2011)

a) Dependência de álcool: José tem 45 anos de idade e sempre usa bebidas alcoólicas. No entanto, nos últimos meses José tem bebido muito mais do que habitualmente para atingir os mesmos efeitos que antes. Toda vez que ele tenta diminuir ou parar de beber, ele fica agitado, tem náuseas, tremores e suores frios, que são aliviados pela ingestão de mais álcool. Mesmo sabendo que o álcool é nocivo para a saúde, José não consegue parar de beber. Ele tem tido problemas em casa com sua esposa e filhos. Além disso, seu patrão tem notado que ele tem sido bastante ausente no trabalho e a sua produção está bem inferior ao normal.

b) Dependência de maconha: Fabiano tem 25 anos e começou a fumar maconha na adolescência. Nos últimos meses, ele tem consumido muito mais do que de costume. Fabiano tem se mostrado ansioso e tem apresentado problemas de memória, atenção e concentração, sendo motivo de preocupação para sua família. Às vezes, quando está sob o efeito da maconha, se sente perdido em relação ao tempo e ao espaço. Além disso, seu patrão tem notado que ele tem sido bastante ausente no trabalho, está desmotivado e desinteressado e a sua produção está bem inferior ao normal.

c) Dependência de cocaína: Marcos cheirou cocaína, pela primeira vez, em uma festa há um ano na companhia de amigos. Durante os últimos meses ele tem cheirado grandes quantidades

por vez e tem perdido peso. Marcos tem gastado grande parte de suas economias para comprar cocaína. Quando seus amigos tentam falar com ele sobre as mudanças que tem apresentado, ele fica nervoso e tem reações explosivas. Além disso, também tem tido problemas na família. Marcos já tentou parar de cheirar cocaína algumas vezes, mas não obteve sucesso. Todas as vezes que tentou parar, se sentiu muito cansado e teve dificuldades para dormir, esses efeitos só foram aliviados quando ele usou mais cocaína. Marcos perdeu seu emprego há um mês devido às faltas constantes.

Diante da dificuldade de mensuração de atitudes e preconceito implícitos, devido à tendência a dar respostas socialmente aceitáveis, é recomendado a construção de instrumentos que evitem evocar respostas socialmente aceitáveis, o que justifica a utilização de vinhetas. (RIBAS JR; MOURA; HUTZ, 2004; FORTNEY et al., 2004; LINK et al., 2004). A partir destas, foram avaliadas as reações emocionais positivas (desejo de ajudar, simpatia, carinho e compaixão) e negativas (medo, irritação, afastamento e indiferença) que os casos relatados despertam e a crença dos profissionais na recuperação e adesão ao tratamento dos casos relatados. As proposições continham alternativas de respostas que variavam de “discordo totalmente” a “concordo totalmente” ou “desacredito totalmente” a “acredito totalmente”- com pontuações que variavam, respectivamente, de 1 a 7, em uma escala tipo Likert. Para a análise dos dados, as respostas de cada participante foram recodificadas retirando-se o neutro da escala e agrupando os resultados entre discordo e concordo e desacredito e acredito (SILVEIRA, 2010).

4.4 ANÁLISE DE DADOS

Foram realizadas análises estatísticas descritivas, como média (M) e desvio padrão (DP), e inferenciais, analisados no software estatístico SPSS. Os questionários utilizados foram avaliados a fim de verificar se houve diferenças estatísticas significativas longitudinais, entre os escores dos momentos pré-intervenção e pós-intervenção e para verificar se houve diferenças entre os grupos (“Grupo Intervenção” e “Grupo Controle”) nos dois momentos pré-intervenção e pós-intervenção. Adotou-se um intervalo de confiança de 95 % ($p < 0.05$).

Para verificar a existência de diferenças significativamente estatísticas entre os escores dos momentos pré-intervenção e pós-intervenção do instrumento QCA foi utilizado o teste T de amostra pareada para os dados que apresentaram uma distribuição normal e o teste não

paramétrico de Wilcoxon para os dados que não apresentaram uma distribuição normal. Para verificar a existências de diferenças significativamente estatísticas dos escores entre os dois grupos, utilizou-se o Teste T para amostras independentes para os dados com distribuição normal e o Teste de Mann-Whitney para os dados que apresentaram uma distribuição não normal.

Na identificação de diferenças significativas, avaliadas a partir do QMPS e das vinhetas, foi utilizado o teste de McNemar 2x2, para variáveis categóricas na análise longitudinal e o teste do Qui-quadrado com correção do exato de Fisher para as comparações entre grupos.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), localizado no Campus Universitário da UFJF (096/2011). Todos os participantes consentiram sobre a sua participação na pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que informa o tipo de pesquisa, seus objetivos e esclarece que a participação será voluntária, não prevendo qualquer ressarcimento aos voluntários, além de garantir que tanto sua participação, quanto a não concordância em participar do projeto não lhes acarretará prejuízo de qualquer natureza. No termo, também se estabelece um compromisso com a privacidade de cada participante e a utilização confidencial e sigilosa dos dados colhidos (Anexo 5).

5. RESULTADOS

A partir da análise das atitudes dos profissionais em relação às práticas de prevenção, verificou-se um aumento da Percepção de Obstáculos de Triagem no Grupo Intervenção, momento pré-intervenção (M=21,16 DP= 4,24) pós-intervenção (M= 23,24 DP= 4,37) sig = 0.006.

Verificou-se também uma diminuição significativa da Percepção de Obstáculos para IB no Grupo Intervenção ($z = -2,243$ $p = 0,025$), a mediana no momento pré-intervenção foi 26,33 e no pós-intervenção foi 23,88. Não se verificou diferença estatística para as variáveis, Auto Eficácia, Confiança na Triagem e na IB e Expectativa em relação à IB. Também não se verificou diferença estatística significativa na comparação entre municípios (Tabela 4).

Tabela 4: Atitudes dos profissionais referente às Práticas de Prevenção (SBIRT). Grupo Intervenção (n=54) Grupo Controle (n=41)

	Grupo Intervenção		Grupo Controle	
	Pré	Pós	Pré	Pós
Auto Eficácia	17.93	16.71	15.46	15.52
Obstáculos Triagem	22.82*	23.21*	21.16	22.88
Obstáculos IB	16.97**	15.89**	26.33	23.88
Confiança TIB	19.79	17.97	29.57	28.36
Expectativa IB	14.09	17.11	23.02	24.02

IB=Intervenção Breve e TIB = Triagem e Intervenção Breve

Pré = Pré Intervenção Pós = Pós- Intervenção

* $p < 0,05$ -Diferença estatística significativa para o Teste T de amostra pareada.

** $p < 0,05$ - Diferença estatística significativa para o Teste de Wilcoxon.

A Tabela 5 mostra a proporção dos profissionais de saúde que acreditam que o indivíduo dependente de substâncias é o responsável pelo aparecimento e solução do seu próprio problema, por tipo de substância. Em geral, a maioria dos profissionais apresenta uma percepção moral

sobre o abuso de substância. A porcentagem varia de 72,2% para o alcoolismo, entre profissionais do grupo de intervenção no momento pré-intervenção, a 90% para o crack, entre profissionais do grupo controle no pré- intervenção. Embora, em geral, o grupo de intervenção no momento pós-intervenção, pareça ter uma menor porcentagem de profissionais com uma percepção moral, não houve diferenças estatisticamente significativas para as análises longitudinais e na comparação entre grupos.

Tabela 5: Profissionais que moralizam a dependência de substâncias.

Condição	Grupo Intervenção				Grupo Controle			
	Pré		Pós		Pré		Pós	
	N	%	n	%	N	%	N	%
Tabagismo	41	77.4	43	81.1	34	87.2	35	89.7
Alcoolismo	40	74.1	39	72.2	32	82.1	33	84.6
Dep. Maconha	42	82.4	38	74.5	35	85.4	36	87.8
Dep. Cocaína	43	82.7	39	75.0	35	85.4	36	87.8
Dep. Crack	43	82.7	41	78.8	35	87.5	36	90.0

Dep = Dependência de Pré = Pré Intervenção Pós = Pós- Intervenção

Por meio das vinhetas, foram avaliadas as reações emocionais provocadas pelos casos descritos (um alcoolista, um dependente de cocaína e um dependente de maconha). Não se observou diferença estatística significativa para as análises longitudinais das reações positivas. Houve apenas diferença para a reação compaixão para a vinheta de álcool na comparação entre grupos no momento pós-intervenção ($\chi^2 = 11,663$ $P < 0.004$). O Grupo Controle apresentou uma maior concordância em relação ao alcoolista despertar compaixão nas pessoas do que o Grupo Intervenção uma vez que 75.6% dos profissionais do grupo controle concordaram com essa afirmação em comparação a 46,3% do Grupo Intervenção. Com relação às reações emocionais positivas simpatia e carinho, a maior parte dos profissionais não acredita que as pessoas das vinhetas despertariam esse tipo de reação (Tabela 6).

Tabela 6: Descrição das Reações Emocionais (Reações Positivas)

				Desejo de Ajudar		Simpatia		Carinho		Compaixão	
Grupo	Droga		N	Disc.	Conc.	Disc.	Conc.	Disc.	Conc.	Disc.	Conc.
Intervenção	Álcool	Pré	54	18.5	51.9	53.7	11.1	50	22.2	13.0	68.5
		Pós	54	16.7	55.6	59.3	13.0	50	14.8	22.2*	46.3*
	Cocaína	Pré	54	16.7	53.7	51.9	11.1	51.9	18.5	16.7	66.7
		Pós	54	24.1	48.1	59.3	11.1	46.3	25.9	22.2	51.9
	Maconha	Pré	54	13.0	53.7	46.3	14.8	44.4	13.0	13.0	64.8
		Pós	53	24.5	45.3	45.3	15.1	49.1	24.5	20.8	50.9
Controle	Álcool	Pré	41	24.4	51.2	63.4	4.9	51.2	12.2	12.2	61.0
		Pós	41	9.8	51.2	48.8	17.1	46.3	17.1	2.4*	75.6*
	Cocaína	Pré	41	26.8	53.7	61.0	7.3	58.5	14.6	7.3	68.3
		Pós	41	26.8	43.9	48.8	17.1	48.8	22.0	22.0	58.5
	Maconha	Pré	41	22.0	53.7	48.8	12.2	46.3	22.0	24.4	48.8
		Pós	41	31.7	43.9	39.0	22.0	39.0	19.5	29.3	48.8

Disc. = Discordo Conc. = Concordo Pré = Pré Intervenção Pós = Pós Intervenção

*p<0,05-Diferença estatística significativa para o teste Qui-Quadrado com correção do exato de Fisher.

Com relação às reações negativas, não se observou diferença estatística para as análises longitudinais e entre grupos. Constatou-se também, que a porcentagem dos profissionais que concordou que o dependente de substâncias desperta reações emocionais negativas nas pessoas foi, de uma forma geral, bastante superior à porcentagem dos profissionais que discordaram e este quadro assim se mantém mesmo após a intervenção. Essa taxa superior de concordância em relação às reações negativas tem seu menor valor de 48.15% de concordância contra 11.11 % de discordância para a afirmação de que o dependente de maconha descrito provoca o afastamento das pessoas, entre profissionais do grupo intervenção no momento pré-intervenção. E seu maior valor 82.93% de concordância contra 2.44% de discordância para a afirmação de que o dependente de cocaína descrito desperta medo nas pessoas, entre os profissionais do grupo controle no momento pós- intervenção (Tabela 7).

Tabela 7: Descrição das Reações Emocionais (Reações Negativas)

Grupo	Droga		N	Medo		Irritação		Afastamento		Indiferença	
				Disc.	Conc.	Disc.	Conc.	Disc.	Conc.	Disc.	Conc.
Intervenção	Álcool	Pré	54	14.81	57.41	11.11	72.22	14.81	68.52	12.96	53.70
		Pós	54	9.26	70.37	5.56	68.52	12.96	66.67	12.96	62.96
	Cocaína	Pré	54	9.26	74.07	9.26	70.37	9.26	64.81	22.22	55.56
		Pós	54	11.11	68.52	9.26	70.37	12.96	70.37	18.52	55.56
Controle	Maconha	Pré	54	9.26	59.26	11.11	64.81	11.11	48.15	18.52	51.85
		Pós	53	15.09	64.15	15.09	64.15	15.09	58.49	11.32	58.49
	Álcool	Pré	41	4.88	65.85	7.32	82.93	7.32	78.05	7.32	68.29
		Pós	41	4.88	73.17	4.88	78.05	4.88	82.93	7.32	73.17
Controle	Cocaína	Pré	41	7.32	70.73	14.63	70.73	12.20	68.29	19.51	63.41
		Pós	41	2.44	82.93	4.88	78.05	2.44	80.49	7.32	70.73
	Maconha	Pré	41	17.07	58.54	21.95	58.54	21.95	58.54	21.95	56.10
		Pós	41	12.20	63.41	12.20	68.29	14.63	68.29	17.07	51.22

Disc. = Discordo Conc. = Concordo Pré = Pré Intervenção Pós = Pós- Intervenção

A tabela 8 mostra a porcentagem dos profissionais que acreditam e desacreditam na recuperação e adesão ao tratamento das três pessoas retratadas nas vinhetas, dependente de álcool, cocaína ou maconha. Constatou-se que de uma forma geral, a maioria dos profissionais acredita na recuperação e adesão ao tratamento por parte dos dependentes das substâncias.

Constatou-se uma diferença estatística significativa em relação à crença na recuperação do paciente dependente de cocaína entre grupos no momento pré-intervenção ($\chi^2 = 6,108$ $p < 0.043$). Enquanto 21,95% dos profissionais do Grupo Controle desacreditam na recuperação do dependente de cocaína, apenas 5,56% dos profissionais do Grupo Intervenção desacreditam na mesma. E enquanto 65,85% dos profissionais do Grupo Controle acreditam na recuperação do dependente de cocaína, 74,07% dos profissionais do Grupo Intervenção acreditam na mesma.

Não se observou diferenças estatísticas entre os municípios em relação à adesão ao tratamento. Comparando-se os resultados longitudinais, houve uma diferença estatística significativa para a adesão ao tratamento do paciente dependente de cocaína no Grupo Intervenção ($M_c = 9.571$ $p < 0.023$) Os dados indicam uma diminuição na crença dos profissionais do Grupo Intervenção na adesão ao tratamento por parte dos dependentes de cocaína. No momento pré-intervenção, 5,56% dos profissionais desacreditavam na adesão ao

tratamento dos dependentes de cocaína e 66,67% acreditavam na mesma, no momento pós-intervenção 22,64% desacreditavam e apenas 45,28% acreditavam na referida adesão (Tabela 8).

Tabela 8: Crença dos profissionais na recuperação e adesão ao tratamento do dependente de substâncias

Grupo	Droga		N	Recuperação		Adesão	
				Desacred.	Acred.	Desacred.	Acred.
Intervenção	Álcool	Pré	54	3.70	74.07	14.81	62.96
		Pós	54	16.67	61.11	12.96	53.70
	Cocaína	Pré	54	5.56*	74.07*	5.56**	66.67**
		Pós	53	18.87	62.26	22.64**	45.28**
	Maconha	Pré	54	9.26	75.93	14.81	66.67
		Pós	53	13.21	58.49	16.98	49.06
Controle	Álcool	Pré	41	7.32	75.61	9.76	75.61
		Pós	41	9.76	60.98	17.07	53.66
	Cocaína	Pré	41	21.95*	65.85*	14.63	65.85
		Pós	41	31.71	43.90	34.15	46.34
	Maconha	Pré	41	7.32	73.17	17.07	65.85
		Pós	41	21.95	56.10	17.07	58.54

Desacred. = Desacredito e Acred. = Acredito Pré = Pré Intervenção Pós = Pós Intervenção

* $p < 0,05$ -Diferença estatística significativa para o Teste Qui-Quadrado com correção do exato de Fisher.

** $p < 0,05$ -Diferença estatística significativa para o Teste McNemar 2x2.

6. DISCUSSÃO

O enorme impacto em saúde pública decorrente do uso indevido de álcool e outras drogas e a busca por medidas em saúde que contraponham essa problemática configuram uma realidade mundial (WHO, 2011; BABOR, et al., 2007). Neste contexto, a disseminação das práticas de SBIRT tem sido apresentada como medida eficaz e como possibilidade para promover mudanças de atitudes dos profissionais de saúde (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001; RONZANI et al, 2008;). Tal potencialidade da proposta se mostra relevante, uma vez que, as atitudes e a motivação dos profissionais em relação às novas práticas somada à diminuição da moralização do uso de drogas pelos profissionais têm sido apontados como importantes fatores possivelmente associados à efetividade da implementação dessa inovação em saúde (RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009; WILLIAMS et al., 2011).

No Brasil, em um contexto de APS, o presente estudo realizou uma disseminação de SBIRT, permeada por estratégias de diminuição do estigma e objetivou avaliar a efetividade da referida disseminação a partir de dois fatores: as atitudes dos profissionais em relação às práticas propostas e a estigmatização do dependente de substâncias. Os resultados apontaram uma alta moralização da dependência de substâncias por parte dos profissionais de saúde, processo este, que interfere na efetividade e qualidade dos serviços em saúde oferecidos às pessoas portadoras dessas condições (FULTON, 2001). Apontaram também, que a intervenção realizada (disseminação da SBIRT e estratégias de diminuição do estigma) aparentemente não alterou as atitudes dos profissionais em relação às práticas de prevenção (SBIRT) e a estigmatização dos dependentes por parte dos profissionais.

Estes resultados refletem a complexidade que envolve a inserção de inovações em saúde na rotina dos profissionais e também a complexidade do estigma social enquanto construção social (BERTHOLET et al., 2010; STANGOR; GRANDALL, 2003). Deparamo-nos assim, da mesma forma que outros autores, com a lacuna existente entre práticas cientificamente eficazes e sua não aplicabilidade ou dificuldade de inserção na realidade dos serviços de saúde (BERTHOLET et al., 2010; AALTO et al.,2003; BABOR et al.,2003). O processo de implementação da SBIRT, na realidade dos serviços, tem-se mostrado um processo complexo que envolve tanto macro fatores como a realidade econômica, política e social que cercam a

organização, como fatores de âmbito micro, como as características da própria instituição e dos profissionais que a compõem (WILLIAMS et al, 2011; BABOR et al.,2007).

Após mais de 25 anos de estudo sobre a técnica SBIRT, observa-se uma tendência e até mesmo um estímulo, para que as pesquisas na área se foquem nas formas de disseminação e processos de implementação de tais práticas, o que certamente reflete os avanços das pesquisas nesta área (BABOR et al, 2007). Contudo, o presente trabalho ressalta a importância de nos mantermos sempre atentos às características dos profissionais, como suas crenças, atitudes e valores, uma vez que, serão eles os atores determinantes das práticas, em última instância (BABOR et al., 2003; BABOR et al., 2007; CORRIGAN, 2004).

No que se refere à falta de mudança de atitudes, referentes às práticas disseminadas, é preciso ressaltar uma particularidade nacional. No Brasil, além das dificuldades já mencionadas, nos deparamos ainda, com a própria configuração atual da APS e a formação curricular de seus profissionais, enquanto obstáculos. Tais fatores acabam por favorecer a reprodução de práticas tradicionais em saúde e dificultar não só a implantação da SBIRT, mas de práticas preventivas como um todo. Uma vez que, a formação, focada em ações superespecializadas, dos próprios recursos humanos encontra-se fortemente relacionada a esse atual funcionamento da APS, medidas visando a formação adequada desses profissionais, para trabalhar dentro da perspectiva de prevenção e promoção de saúde, precisam ser tomadas (RONZANI; STRALEN, 2003; CECCIM, 2005; ESCOREL et al., 2007).

Ainda sobre o contexto da APS brasileira, é válido ressaltar algumas de suas características, determinadas em parte pela gestão deste setor, que dificultam tanto sua efetividade quanto as pesquisas que a envolvem. Entre tais pontos se destacam, os vínculos empregatícios precários, a alta rotatividade de seus profissionais com destaque para os médicos e agentes comunitários de saúde (ACS); a falta de capacitação para trabalhar dentro da perspectiva do PSF; falta de status e reconhecimento da atividade seja externamente como é o caso dos médicos seja internamente como é o caso dos ACS e dificuldades estruturais como falta de medicamentos, materiais e retaguarda de outros níveis de atenção (CAMPOS; MALIC, 2008; SANTOS et al., 2011).

O principal ponto avaliado no presente trabalho se refere ao processo de estigmatização que envolve determinadas condições de saúde, como é o caso do consumo de álcool e outras drogas (CORRIGAN et al., 2005). Sabe-se que a estigmatização é bastante complexa, que não se

trata apenas de um processo interpessoal, mas de uma construção social formada por forças históricas e culturais, envolvido por estereótipos, valores e ideologias, que se demonstram bastante imune a informações que as contradigam (DOVIDIO; MAJOR; CROCKER, 2003; BIERNAT; DOVIDIO, 2003).

É válido ressaltar, que esta área de pesquisa é caracterizada por uma escassez de estudos, por uma diversidade de conceituações do estigma e, por conseguinte, por diferentes formas de operacionalização do conceito (LINK; PHELAN, 2001). Além disso, a avaliação do estigma enfrenta um fenômeno denominado “desejabilidade social”, ou seja, a tendência das pessoas em darem respostas socialmente aceitas quando questionadas por meio de entrevistas ou auto relatos a respeito de atitudes e preconceitos (RIBAS JR; MOURA; HUTZ, 2004). Devido a ocorrência desse fenômeno e numa tentativa de aproximar as avaliações a respeito do estigma da realidade, foram desenvolvidas as vinhetas. Acredita-se que tais instrumentos, ao retratar uma situação hipotética, acabam por desencadear uma menor pressão por respostas socialmente aceitáveis. Tal realidade, acerca das limitações teóricas e da avaliação, acaba por dificultar a comparação entre os resultados dos estudos na área (FORTNEY et al., 2004; LINK et al., 2004).

Contudo, abordagens voltadas para a diminuição do estigma, baseadas nas estratégias de educação, contato e protesto, têm sido consideradas promessas, mesmo havendo uma carência de estudos na área (PENN; COUTURE, 2002; RÜSH; ANGERMEYER; CORRIGAN, 2005). Dessa forma, o presente estudo utilizou enquanto estratégias de diminuição do estigma, a *educação*, oferecida a partir do treinamento e do suporte oferecido durante o acompanhamento, e o *contato* estimulado a partir da proposta de triagem do padrão de consumo de substâncias da população, que possui entre seus membros usuários com os diversos padrões de uso.

Os achados do presente trabalho apontaram que, no momento anterior à intervenção, a maior parte dos profissionais da amostra apresentou uma visão moralizante da dependência de substâncias. Tal resultado foi condizente com os resultados de outros estudos que utilizaram os mesmos instrumentos que o presente trabalho (OLIVEIRA; RONZANI, 2010; SILVEIRA, 2010; RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009). As análises comparando os resultados, antes e depois da intervenção, apontam para uma aparente não eficácia da intervenção proposta para reduzir a estigmatização da dependência de substâncias. Contudo, devido as diversas especificidades desse tipo de estudo como amostra, tipo de intervenção e formas de avaliação, não cabe a comparação de tais achados com resultados de outros estudos.

Além disso, o estudo apresenta algumas limitações que inviabilizam conclusões que envolvam relações de causalidade. Trata-se de um estudo com delineamento quase-experimental, onde não foi possível avaliar isoladamente os efeitos da intervenção de forma isolada. Dessa forma, outras variáveis não avaliadas no estudo podem ter interferido no processo. Devemos ainda considerar, que diferenças entre grupos (intervenção e controle) podem ter influenciado as análises.

Apesar das referidas limitações, o presente trabalho se mostra relevante, uma vez que, contribui para o entendimento do processo de implementação da SBIRT; avalia e identifica altos níveis de estigmatização da dependência de substâncias entre profissionais de saúde; e também devido a ausência de estudos publicados que proponham e avaliem o uso de estratégias de redução de estigma no contexto de implementação da SBIRT.

No que se refere aos estudos em torno do processo de estigmatização, com um todo, devemos ressaltar que um enorme passo já foi dado. Atualmente, tal fenômeno é reconhecido não só pelo meio acadêmico, mas também pelas políticas públicas, as quais ressaltam a necessidade de lidar com esse processo para garantir um serviço de saúde de qualidade para todo cidadão portador de qualquer condição de saúde (WHO, 2007).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho é condizente com a literatura ao apontar uma alta moralização dos dependentes de substâncias por parte dos profissionais de saúde (OLIVEIRA; RONZANI, 2010; SILVEIRA, 2010; RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009). Trata-se de um achado bastante relevante uma vez que a moralização de uma condição por parte dos profissionais da saúde prejudica consideravelmente a qualidade do serviço oferecido e também dificulta a implementação de inovações em saúde.

O presente estudo que apontou ainda, que as estratégias de redução de estigma utilizadas em um contexto específico de implementação da SBIRT aparentemente não foram efetivas. Contudo, por tratar-se de uma exploração inicial, acerca de um tema relativamente recente, ressalta-se a necessidade de novas pesquisas que abordem e avaliem o uso das diferentes estratégias que visam a diminuição do estigma não só no contexto de implementação da SBIRT, mas também nos demais contextos que propiciem a utilização de tais estratégias.

Acreditamos que a inserção de disciplinas obrigatórias, ainda na graduação dos cursos de saúde, que abordem a temática do uso indevido de álcool e outras drogas e também a estigmatização que a cerca, poderia ter um potencial ainda maior que as iniciativas de educação continuada. O intuito das disciplinas seria não só a transmissão de conhecimentos técnicos sobre a área, mas também a promoção de crenças e atitudes adequadas para lidar com tal temática. A importância da formação dos profissionais para atividades de prevenção ao uso indevido de drogas já é reconhecida e preconizada pela Política Nacional sobre Drogas, contudo, a nossa realidade se mostra ainda distante do ideal (BRASIL, 2005).

Diante disso, se mostra evidente a necessidade de um posicionamento político mais ativo que incida diretamente sobre a realidade educacional e o sistema de saúde nacional. Tal posicionamento implicaria, por um lado, na preparação dos profissionais para lidar com a prevenção e decorrências do uso indevido de álcool e outras drogas e dessa forma na formação de recursos humanos condizente com a implementação de atividades em saúde referentes ao tema. E, por outro lado, no fortalecimento e consolidação de um serviço de saúde que ofereça os recursos necessários para a efetividade das políticas em saúde.

7. REFERÊNCIAS

AALTO, Mauri; PEKURI, Petteri; SEPPA, Kaija. Obstacles to carrying out IB for heavy drinkers in Primary Health Care: A focus Group study. **Drug Alcohol Rev**, 22 p. 169- 73, 2003.

ALDERSON, Philip; GREEN, Sally; HIGGINS, Julian P. T. Cochrane Reviewers' Handbook. In: **The Cochrane Library**, n. 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. 2004.

ALMEIDA, Ana Maria de et al . Construyendo el Significado de la Reincidencia de La Enfermedad: La Experiencia de Mujeres con Cáncer de seno. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, Sept. 2001.

ANDRADE, Luiz Odorico M.; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.783-836.

BABOR Thomas F. et al. **Alcohol: No ordinary, no commodity**: Research and public policy. New York: WHO. 2003.

BABOR Thomas F. et al. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): Toward a Public Health Approach to the Management Substance Abuse. **Substance Abuse**, v.28, n.3, p. 7-30, 2007.

BABOR, Thomas. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. **Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking**: A Manual for use in Primary Care. Geneva: World Health Organization, 2001.

BABOR Thomas F. et al. **AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test**. Guidelines for Use in Primary Care. Geneva: World Health Organization, 2001.

BAHORA, Masuma et al. Preliminary evidence of effects of crisis intervention team training on self-efficacy and social distance. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v.35, n.3, p. 159-167, 2008.

BERGER, Magdalena; WAGNER, Todd H.; BAKER, Laurence C. Internet use and stigmatized illness. **Social Science & Medicine**, v.61, p.1821-1827, 2005.

BERTHOLET, Nicolas et al. Change talk sequence during brief motivational intervention, towards or away from drinking. **Addiction**, v.105, n.12, 2106–2112, 2010.

BIERNAT, Monica; DOVIDIO, Jonh F. Stigma and Stereotypes. In: HEARTHERTON, Todd F. et al. (Org). **The social psychology of stigma**. New York: The Guilford Press, 2003. p. 88-125.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família ultrapassa a marca dos 50% de brasileiros atendidos**. 12/02/2008. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em 15 de out. 2010.

BRASIL. **Anais do Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Sec. De Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

BRASIL. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2005.

BROWN, Lisanne; TRUJILLO, Lea; MACINTYRE, Kate. Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: What Have We Learned? **Horizons Program Tulane University**. p. 1-40, Sept. 2001.

CAMELO, Silvia Helena Henriques; ANGERAMI, Emília Luigi Saporiti. Formação de Recursos Humanos para a Estratégia de Saúde da Família. **Cienc Cuid Saude**, v.7, n.1, p. 45-52, jan./mar. 2008.

CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda; MALIK, Ana Maria. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.42, n.2, p.347-68, mar./abr. 2008.

CARLINI, Elisaldo Luiz de Araújo; GALDURÓZ, José Carlos Fernandes. **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre drogas/ CEBRID, 2006.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-177, fev. 2005.

CHALUB, Miguel; TELLES, E. de Borba Telles. Álcool, drogas e crime. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, p. 69-73, 2006.

CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça et al. Capacitação de Profissionais de Saúde da Família em Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves para o Uso Problemático de Álcool. **Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, p. 1-10, 2005.

CORRIGAN, Patrick W. et al. Challenging two mental illness stigmas: Personal responsibility and dangerousness. **Schizophrenia Bulletin**, v. 28, p. 293–310, 2002.

CORRIGAN, Patrick W. et al. Three Strategies for Changing Attributions about Severe Mental Illness. **Schizophrenia Bulletin**, v.27,n.2, p. 187-195, 2001a.

CORRIGAN, Patrick W. et al. Prejudice, Social Distance, and Familiarity with Mental Illness. **Schizophrenia Bulletin**, v.7, n.2, p. 219-225, 2001b.

CORRIGAN, Patrick W. How Stigma Interferes With Mental Health Care. **American Psychologist**, v.59, n.7, p.614 – 625, 2004.

CORRIGAN, Patrick. W. et al. How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. **Psychiatric Services**, v. 56, n.5, p. 544–550, 2005.

CRANDALL, Christian S. Ideology and Lay Theories of Stigma: The Justification of Stigmatization. In: HEARTHERTON, Todd F. et al. (Org). **The social psychology of stigma**. New York: The Guilford Press, 2003. p. 126-150.

DAY, Vivian Peres et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul** [online], Porto Alegre, v. 25, suppl.1, p. 9-21, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 12 out 2010.

DELAMATER, John D.; MICHENER, H. Andrew; MYERS, Daniel J. **Psicologia Social**. Percepção Social e Cognição. São Paulo: Thomson Pioneira, 2005. p. 129- 170.

DE MICHELI, Denise; FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza; RONZANI, Telmo Mota. Uso, abuso ou dependência? Como fazer triagem usando instrumentos de fácil aplicação. In Senad (org.). **Sistema para Detecção de Uso Abusivo e Dependência de Susbtâncias Psicoativas**. Brasília: Senad. 2009. módulo 3, p. 17-29.

DOVIDIO, John F.; MAJOR, Brenda; CROCKER, Jennifer. Stigma: introduction and overview. In: HEARTHERTON, Todd F. et al. (Org.). **The social psychology of stigma**. New York: The Guilford Press, 2003. p. 1-28.

ESCOREL, Sarah et al., O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.21, n.2, p. 164-176, 2007.

FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza. **A Intervenção Breve na Dependência de Drogas**. São Paulo: Lemos. 1992.

FORTNEY, John et al. Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. **Journal of Behavioral Health & Services Research**, v.31, n.4, p. 418–429, 2004.

FREITAS, Isa Aparecida de; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo. Construção e validação de Escala de Crenças sobre o Sistema Treinamento. **Estudos de Psicologia**, v.9, n.3, p. 479-488, 2004.

FULTON, Rebecca. **The stigma of substance use and attitudes of professionals**: a review of the literature. Toronto. University of Toronto. 2001.

FURTADO, Erikson Felipe; CORRADI-WEBST, Clarissa Mendonça; LAPREGA, Milton Roberto. Implementing brief interventions for alcohol problems in the public health system in the region of Ribeirão Preto, Brazil: evaluation of the PAI-PAD training model. **Nordic studies on alcohol and drugs**, Finlândia, v. 25, n. 6, p. 539-551, 2008.

GAERTNER, Samuel L. et al. Reducing Intergroup Conflict: From Superordinate Goals to Decategorization, Recategorization, and Mutual Differentiation. **Group Dynamics: Theory, Research, and Practice**, v.4, n.1, p. 98-114, 2000.

GIGLIOTTI, Analice; BESSA, Marco Antonio. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26 (Supl I) p.11-13, 2004.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

GRAY, Alison J. Stigma in psychiatry. **J R Soc Med**. v. 95, p. 72–76, February, 2002.

HENRIQUE, Iara Ferraz Silva et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 199-206, 2004.

HOLMES, E. Paul et al. Changing Attitudes About Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, v. 25, n.3, p. 447-456, 1999.

HUMENIUK, R.; POZNYAK, V. **Intervenção Breve para o Abuso de Substâncias**: Guia para Uso na Atenção Primária à Saúde. Genebra: OMS, 2004.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@ 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>> Acesso em 01 de abril de 2011.

LARANJEIRA, Ronaldo; MELONI, José Nino. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, n.1, p.7-10, 2004.

LARANJEIRA Ronaldo et al. **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas/SENAD, 2007.

LINDE, Klaus; WILLIICH, Stefan N How objective are systematic reviews? Differences between reviews on complementary medicine. **J R Soc Med.**, v. 96, p.17-22, 2003.

LINK, Bruce G.; PHELAN, Jo C. Conceptualizing Stigma. **Annual Review of Sociology**, v.27, p.363- 385, 2001.

LINK, Bruce, G. et al. Measuring Mental Illness Stigma. **Schizophrenia Bulletin**, v. 30, n. 3, p. 511-541, 2004.

LUIS, Margarita Antonia Villar et al. Experiencia de cooperación entre universidad y organización internacional para capacitar enfermeros docentes de La America Latina para La investigación del fenómeno de las drogas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, p. 307-315, 2004.

MADRAS, Bertha K. et al. Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: Comparison at intake and 6 months later. **Drug and Alcohol Dependence**, Estados Unidos, v. 99, p. 280–295, 2009.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS 4ª Edição (DSM- IV). Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MILLER, Carol T.; MAJOR, Brenda. Coping with Stigma and Prejudice. In: HEARTHERTON, Todd F. et al. (Org). **The social psychology of stigma**. New York: The Guilford Press, 2003. p. 243-272.

MILLER, William R; ROLLNICK, Stephen. **Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MINTO, Elaine Cristina et al. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.16, n.3, p.207-220, jul-set, 2007.

MORRISON, James K. The public's current beliefs about mental illness: Serious obstacle to effective community psychology. **American Journal of Community Psychology**, v.8 p.697-707, 1980.

NAIMI, TIMOTHY S. et al. Binge Drinking among US Adults. **Journal of the American Medical Association**, v.289, n.1, p.70-77, jan. 2003.

NILSEN, Per; KANER, Eileen; BABOR, Thomas F. Brief intervention, three decades on: An overview of research findings and strategies for more widespread implementation **Nordic studies on alcohol and drugs**, Finland, v. 25, n.6, p. 453-467, 2008.

OLIVEIRA, Margareth da Silva; ANDRETTA, Ilana; RIGONI, Maisa dos Santos; SZUPSZYNSKI, Karen Priscila del Rio. A Entrevista Motivacional com Alcoolistas: Um Estudo Longitudinal. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.21, n.2, p. 261-266, 2007.

OLIVEIRA, Marina Castro de et al. Assessment of the SBIRT Implementation Impact in attitudinal changes and moralization of alcohol, tobacco and other drugs. In **8th Conference of INEBRIA** ((International Network on Brief Interventions for Alcohol Problems). 2011. 8th Conference of INEBRIA. Boston. 2011.

OLIVEIRA, Marina Castro de; RONZANI, Telmo Mota. Estigmatização e prática de profissionais da APS referentes ao consumo de álcool. In: **I Simpósio Internacional sobre Intervenções Breves Para o Uso de Drogas: Exp. Brasileiras e Internacionais**. 2010. Anais do I Simpósio Internacional sobre Intervenções Breves para o Uso de Drogas. São Paulo, 2010.

OLIVEIRA, Marina Castro de et al. Mudança de Atitudes Dos Profissionais De Saúde Após Capacitação Para Desenvolvimento De SBIRT In: **I Simpósio Internacional Sobre Intervenções Breves Para O Uso De Drogas: Experiências Brasileiras e Internacionais**. 2010. Anais do I Simpósio Internacional sobre Intervenções Breves para o Uso de Drogas. São Paulo, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul LTDA, 1993.

PALM, J. **Moral concerns** – treatment staff and user perspectives on alcohol and drug problems. 2006. Doctor's degree thesis, University of Stockholm, Stockholm. 2006.

PECHANSKY, Flavio; DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira; BONI, Raquel Brandini de: **Uso de bebidas alcoólicas e outras drogas nas rodovias brasileiras e outros estudos**. Porto Alegre: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 2010.

PELUSO, Erica de Toledo; BLAY, Sergio Luís. Public perception of alcohol dependence. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.30, n.1, p.19-24, 2008.

PENN, David L. et al. M. Dispelling the stigma of schizophrenia: What sort of information is best? **Schizophrenia Bulletin**, v.20, n.3, p. 567-577, 1994.

PENN, David L.; COUTURE, Shannon M. Strategies for reducing stigma toward persons with mental illness. **World Psychiatry**, v.1, n.1, p. 20 - 21, febr. 2002.

PENN, David L. et al. Dispelling the stigma of schizophrenia: II. The impact of information on dangerousness. **Schizophrenia Bulletin**, v.25, n.3, p.437- 446, 1999.

PHELAN, Jo P. Genetic bases of mental illness-a cure for stigma? **Trends in Neurosciences**, v. 25, n. 8, p.430-431, 2002.

RASSOOL, G. Hussein; RAWAF, Salman. Predictors of educational outcomes of undergraduate nursing students in alcohol and drug education. **Nurse Educ Today**, v.28, n.6, p.691-701, 2008.

RIBAS JR, Rodolfo de Castro; MOURA, Maria Lucia Seidl de; HUTZ Claudio S. Adaptação brasileira da Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne. **Avaliação Psicológica**, v.3, n.2, p. 83-92, 2004.

RODRIGUES, Aroldo. Preconceito, Estereótipos e Discriminação. **Psicologia Social**. 18 ed. Petrópolis: Vozes.1999. p.147-174.

RONZANI, Telmo Mota; FURTADO, Erikson Felipe. Estigma social sobre o uso de álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v.59, n.4, p.326-332, 2010.

RONZANI, Telmo Mota; HIGGINS-BIDDLE, John C.; FURTADO, Erickson Felipe. Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. **Social Science & Medicine**, v.xx, p.1-5, 2009.

RONZANI, Telmo Mota; MOTA, Daniela Cristina Belchior; SOUZA, Isabel Cristina Weiss. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n.1, p. 51-61, 2009.

RONZANI Telmo Mota et al. Evaluation of a training program to implement alcohol screening, brief intervention and referral to treatment in primary health care in Minas Gerais, Brazil. **Nordic Studies on Alcohol and Drugs**, v.25, p.529-538. 2008.

RONZANI, Telmo Mota; SILVA, Cristiane de Mesquita. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p.23-34, 2008.

RONZANI, Telmo Mota. **Moralização do Uso de Álcool e Outras Drogas entre Profissionais de Atenção Primária à Saúde Brasileiros**. 2008. Tese (Pós Doutorado em Psicologia) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

RONZANI, Telmo Mota; RODRIGUES, Thiago Pavin; BATISTA, Andréia Geraldo; Lourenço, Lélío Moura; Formigoni, Maria Lucia Oliveira de Souza. Estratégias de rastreamento e intervenções breves para problemas relacionados ao abuso de álcool entre bombeiros. **Estudos de Psicologia**. v.12, n.3, p. 285-290, 2007.

RONZANI, Telmo Mota; ANDRADE T. A. estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento. In Senad (org.). **Sistema para Detecção de Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas**. Brasília: Senad, 2006. p. 25-32.

RONZANI, Telmo Mota et al. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 852-861, 2005.

RONZANI, Telmo Mota; STRALEN, Cornelis Johannes van. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. **Revista de Atenção Primária à Saúde**; v.6, p. 99-107, 2003.

RÜSH, Nicolas; ANGERMEYER, Matthias C.; CORRIGAN, Patrick W. Mental illness Stigma: Concepts, Consequences and initiatives to reduce stigma. **European Psychiatry**, v.20, n. 2005, p. 529-539, 2005.

SADOCK, Benjamin J. ; SADOCK, Virginia A. Transtornos Relacionados a Substâncias. In _____. **Manual Conciso de Psiquiatria Clínica**, 2ª edição, Porto Alegre: Artmed. 2008. p.94-153.

MILLER, Carol T.; MAJOR, Brenda. Coping with Stigma and Prejudice. In: HEARTHERTON, Todd F. et al. (Org). **The social psychology of stigma**. New York: The Guilford Press, 2003. p. 243-272.

SCOTCH, Freda L.; FLEGER-BERMANA, Linda; SHAFFER, Howard J. Evaluating the Impact of a Clinical Training Program in the Addictions. **Substance Use & Misuse**, v.32, n.10, p 1331-1348, 1997.

SAITZ, Richard. Screening and Brief Intervention Enter Their 5th Decade Substance Abuse. **Alcohol/Drug Screening and Brief Intervention: Advances in Evidence-Based Practice**. v. 28, n. 3 e 4, p 3-6, 2007.

SANTOS, Karina Tonini dos et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p.1023-1028, 2011.

SOARES, Rhaisa Gontijo et al. Distância social dos profissionais de saúde em relação à dependência de substâncias psicoativas **Estudos de Psicologia**, v.16, n.1, p. 91-98, janeiro-abril, 2011.

SOUSA, Tanara Rosângela Vieira et al. Custos dos acidentes de trânsito com vítimas associados ao uso de álcool em Porto Alegre In: PECHANESKY, Flavio, DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira; BONI, Raquel Brandini De (Org). **Uso de bebidas alcoólicas e outras drogas nas rodovias brasileiras e outros estudos**. v.1 Sessão B. 1ed. Porto Alegre: SENAD, 2010, p.100-110.

SILVEIRA, Pollyanna Santos. **Estigmatização do uso de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde de Juiz de Fora**. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.

STANGOR, Charles; CRANDALL, Christian S. Threat and the Social Construction of Stigma. In: HEARTHERTON, Todd F. et al.(Org). **The social psychology of stigma**. New York: The Guilford Press, 2003. p. 62-87.

SOUZA, Isabel Cristina Weiss. **O profissional da APS e as substâncias de abuso: o papel da capacitação na rotina da assistência**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.

SOUZA-FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira; BOERNGEN-LACERDA, Roseli; VIANNA, Vânia Patrícia T. Implementation of alcohol screening and brief intervention in primary care units in two Brazilian states: a case study. **Nordic studies on alcohol and drugs**, Finland, v. 25, n.6, p. 553-564, 2008.

TANAKA, GORO et al. Effects of an educational program on public attitudes towards mental illness. **Psychiatry Clin Neurosci**. v.57, p.595–602, 2003.

WILLIAMS, Emily C. et al. Strategies to implement alcohol screening and brief intervention in primary care settings: a structured literature review. **Psychology of Addictive Behaviors**, v.25, n.2, p.206–214, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Status Report on Alcohol**. Geneva: World Health Organization. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes**. Geneva: World Health Organization. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption**. Geneva: World Health Organization. 2007.

8. ANEXOS

ANEXO 1 : QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF
Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva

INSTRUÇÕES

- 1- Por favor, leia e responda todas as questões de forma sincera e objetiva.
2- Para cada questão, assinale com um X apenas uma alternativa.

E- Questionário Sócio-Demográfico	
1- Qual é o seu sexo (gênero)?	<input type="checkbox"/> 0. Feminino <input type="checkbox"/> 1. Masculino
2- Qual é a sua idade?	<input type="text"/> <input type="text"/> anos
3- Qual é o seu estado civil?	<input type="checkbox"/> 0. Não possuo companheiro(a) /cônjuge <input type="checkbox"/> 1. Possuo companheiro(a) /cônjuge
4- Qual é a escolaridade máxima que você chegou a concluir?	<input type="checkbox"/> 0. Não tenho escolaridade <input type="checkbox"/> 1. Ensino Fundamental (1ª até 8 série) <input type="checkbox"/> 2. Ensino Médio (1ª até 3º ano) <input type="checkbox"/> 3. Ensino Técnico <input type="checkbox"/> 4. Curso Superior <input type="checkbox"/> 5. Pós-Graduação
5- Qual é a sua profissão atualmente?	<input type="checkbox"/> 0. Agente Comunitário de Saúde <input type="checkbox"/> 1. Auxiliar de Enfermagem <input type="checkbox"/> 2. Enfermeiro <input type="checkbox"/> 3. Médico <input type="checkbox"/> 4. Outra. Qual? <input style="width: 400px; height: 15px;" type="text"/>
6- Quanto tempo faz que você exerce essa profissão?	<input type="text"/> <input type="text"/> anos e <input type="text"/> <input type="text"/> meses

<p>7- Além do seu emprego atual na Estratégia de Saúde da Família, você já teve algum outro emprego?</p> <p><input type="checkbox"/>0. Não</p> <p><input type="checkbox"/>1. Sim. Qual? <input type="text"/></p>
<p>8- Há tempo você trabalha na Estratégia de Saúde da Família?</p> <p><input type="text"/> anos e <input type="text"/> meses</p>
<p>9- Há quanto tempo você trabalha em sua atual Equipe?</p> <p><input type="text"/> anos e <input type="text"/> meses</p>
<p>10- Quantas horas por semana você trabalha na Estratégia de Saúde da Família?</p> <p><input type="text"/> horas por semana</p>
<p>11- Você recebeu treinamento para atuar na Estratégia de Saúde da Família?</p> <p><input type="checkbox"/>0. Não</p> <p><input type="checkbox"/>1. Sim. Qual? <input type="text"/></p> <p>Caso tenha respondido NÃO, passe para a questão número 13.</p>
<p>12- Como você avalia o treinamento que recebeu para trabalhar na Estratégia de Saúde da Família?</p> <p><input type="checkbox"/>0. Muito Inadequado</p> <p><input type="checkbox"/>1. Inadequado</p> <p><input type="checkbox"/>2. Neutro</p> <p><input type="checkbox"/>3. Adequado</p> <p><input type="checkbox"/>4. Muito Adequado</p>
<p>13- Como você se considera com relação a sua satisfação no trabalho?</p> <p><input type="checkbox"/>0. Muito insatisfeito</p> <p><input type="checkbox"/>1. Insatisfeito</p> <p><input type="checkbox"/>2. Neutro</p> <p><input type="checkbox"/>3. Satisfeito</p> <p><input type="checkbox"/>4. Muito Satisfeito</p>
<p>14- Qual é o tipo de vínculo empregatício que você possui no seu trabalho?</p> <p><input type="checkbox"/>0. CLT (carteira assinada)</p> <p><input type="checkbox"/>1. Concursado estatutário (sem carteira assinada)</p> <p><input type="checkbox"/>2. Contrato de curta duração</p> <p><input type="checkbox"/>3. Outro. Qual? <input type="text"/></p>
<p>15- Considerando todas suas atividades de trabalho, quantas horas você trabalha por semana?</p> <p><input type="text"/> horas por semana</p>

Muito Obrigado

ANEXO 2 : QUESTIONÁRIO DE CRENÇAS E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS (QCA)

Questões sobre suas atitudes e crenças em relação aos problemas relacionados ao uso de álcool pelos seus pacientes.

1. As seguintes afirmativas relacionam-se com o **como lidar** com usuários de risco. “Usuários de risco” são pessoas cujo uso de álcool pode levar a problemas de saúde (por ex., pressão alta, acidentes, flebites, neuropatias) ou a problemas sociais (por ex., dificuldades com o cônjuge), mas **exclui pessoas claramente dependentes**. Por favor, leia cada afirmativa e assinale a melhor alternativa que descreva como você se sente em relação a ela. Para cada afirmativa, escolha uma alternativa para álcool, que varia numa escala de 1 a 5, onde 1 corresponde a “discordo totalmente” e 5 a “concordo totalmente”.

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo, Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Afirmativas de crenças de comportamentos	1	2	3	4	5
a) Perguntar aos pacientes sobre seus hábitos de beber álcool fornecerá muitas informações sobre seus riscos de problemas relacionados ao uso de substâncias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Demonstrar minhas preocupações como profissional da saúde sobre os hábitos de beber de um paciente e os riscos relacionados para sua saúde resultará na sua redução do consumo de substâncias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Apenas falar aos pacientes sobre seu consumo de álcool os levará a um aumento de uso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Está fora da realidade ter grandes expectativas quando lidamos com bebedores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Eu acho que conheço o suficiente sobre as causas dos problemas relacionados ao álcool para desempenhar meu papel ao lidar com os bebedores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Eu acho que posso aconselhar apropriadamente meus pacientes sobre o consumo de álcool e seus efeitos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Eu acho que não tenho muito a oferecer aos pacientes bebedores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Minha formação educacional sobre os problemas relacionados ao é adequado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Bebedores problemáticos podem aprender a diminuir o consumo e tê-lo sob controle novamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. As afirmativas seguintes referem-se ao papel do profissional da atenção primária em detectar pacientes com problemas relacionados ao álcool, incluindo dependência e padrão de uso de risco. Por favor, leia cada afirmativa e assinale a melhor alternativa que descreva como você se sente em relação a ela. Para cada afirmativa, escolha uma alternativa para álcool, que varia numa escala de 1 a 5, onde 1 corresponde a “discordo totalmente” e 5 a “concordo totalmente”.

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo, Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Afirmativas de crenças de comportamentos	1	2	3	4	5
a) Eu não sei o que perguntar para obter informações sobre seu consumo de álcool.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Os pacientes ficarão irritados se o profissional da atenção primária perguntar sobre seu consumo de álcool.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Não existe tempo suficiente durante uma consulta de rotina para perguntar aos pacientes sobre seu consumo de álcool e problemas de saúde relacionados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Poderia existir um risco de conseqüências legais se o paciente for identificado como usuário de risco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Eu me sinto desconfortável perguntando sobre o padrão de uso de álcool dos pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Eu não sei como identificar usuários de risco que não apresentem sintomas óbvios de consumo excessivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Os profissionais da atenção primária não têm habilidades interpessoais para perguntar sobre o consumo de álcool.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Os profissionais da atenção primária já estão muito ocupados com os problemas de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. As afirmativas abaixo referem-se ao seu interesse profissional sobre o padrão de uso de álcool e os riscos de saúde relacionados a esse uso ou sobre o aconselhamento para diminuir ou parar com o uso de álcool. Por favor, leia cada afirmativa e assinale a que melhor descreva como você se sente em relação a ela. Para cada afirmativa, escolha uma para álcool, que varia de "**concorda totalmente**" a "**discorda totalmente**".

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo, Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Afirmativas de crenças de comportamentos	1	2	3	4	5
a) Eu acho que usuários de risco não podem ser ajudados antes de chegar ao "fundo do poço".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Em geral, os profissionais da saúde não podem ajudar muito seus pacientes na redução do consumo de álcool.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Eu não sei como eu abordaria efetivamente os pacientes para reduzir seu consumo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Os pacientes ficarão irritados ou incomodados se eu aconselhá-los sobre seu consumo de álcool.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Não há tempo suficiente para aconselhar os pacientes sobre seu consumo de álcool.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Em geral, é gratificante trabalhar com usuários de risco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Não há benefícios profissionais por oferecer esses conselhos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Eu acho que posso aconselhar adequadamente os pacientes a diminuir ou a parar com o consumo de álcool.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Existem problemas de saúde mais importantes do que o uso de álcool para lidar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Por favor, leia cada afirmativa e assinale a melhor alternativa que indique o grau de confiança que você tem na sua habilidade em desempenhar cada uma das seguintes atividades.

Afirmativas sobre atividades	Sem confiança	Muito pouca confiança	Grau moderado de confiança	Bastante confiança
a) Fazer perguntas para coletar informações sobre o risco de problemas relacionados ao álcool nos pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avaliar a história familiar de problemas de álcool.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avaliar no paciente os sinais e os sintomas presentes de dependência ao álcool ou outras drogas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fazer perguntas usando um questionário de detecção de álcool, tal como o CAGE, AUDIT ou ASSIST.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Fazer perguntas de natureza pessoal ou delicadas quando entrevistar um paciente sobre seu consumo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Expor suas preocupações profissionais sobre o padrão de uso beber e os riscos à saúde do paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Recomendar o consumo de baixo risco para seu paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Fornecer material educacional aos pacientes para ajudá-los a diminuir seu consumo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Encaminhar o paciente para avaliação diagnóstica ou tratamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Perguntar no acompanhamento do paciente sobre seu padrão de uso de álcool.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 3: QUESTIONÁRIO SOBRE MODELO DE PERCEPÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE

D) Caracterização de Práticas em Saúde- Parte III

1. Numa escala de 1 a 4, onde 1 corresponde a “nada responsável” e 4 a “totalmente responsável”, o quanto você acha que o paciente é responsável pelo APARECIMENTO/EVOLUÇÃO dos seguintes problemas de saúde:

Problemas de saúde	Nada responsável			Totalmente responsável
	1	2	3	4
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabagismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcoolismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependência de maconha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependência de cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependência de crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Numa escala de 1 a 4, onde 1 corresponde a “nada responsável” e 4 a “totalmente responsável”, o quanto você acha que o paciente é responsável pela SOLUÇÃO dos seguintes problemas de saúde:

Problemas de saúde	Nada responsável			Totalmente responsável
	1	2	3	4
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabagismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcoolismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependência de maconha/cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependência de cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependência de crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Numa escala de 1 a 7, onde 1 corresponde a “discorda totalmente” e 7 a “concorda totalmente”, o quanto você acredita que o problema de Marcos seja devido a:

Proposições	Discordo Totalmente			Nem Concordo, Nem Discordo			Concordo Totalmente		N
	1	2	3	4	5	6	7		
Fraqueza de caráter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13
Desequilíbrio químico no cérebro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14
A maneira que a pessoa foi criada/educada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15
Situações estressantes na vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16
Problema genético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17
Vontade de Deus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18

18. Numa escala de 1 a 7, onde 1 corresponde a “discorda totalmente” e 7 a “concorda totalmente”, o quanto você gostaria de:

Proposições	Discordo Totalmente			Nem Concordo, Nem Discordo			Concordo Totalmente		N
	1	2	3	4	5	6	7		
Ser vizinho dessa pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19
Começar uma conversa com esta pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
Ser amigo desta pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21
Trabalhar com esta pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
Ter alguém da família casado com esta pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23

19. Numa escala de 1 a 7, onde 1 corresponde a “totalmente desmotivado” e 7 a “totalmente motivado”, o quanto você gostaria de:

Proposições	Totalmente Desmotivado				Totalmente Motivado				N
	1	2	3	4	5	6	7		
Tratar o problema dele (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24

20. Numa escala de 1 a 7, onde 1 corresponde a “desacredito totalmente” e 7 a “acredito totalmente”, o quanto você acredita :

Proposições	Desacredito Totalmente				Acredito Totalmente				N
	1	2	3	4	5	6	7		
Na sua recuperação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25
Na sua adesão ao tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26

Muito Obrigado!

ANEXO 6 : TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**PÓLO DE PESQUISA EM PSICOLOGIA SOCIAL E SAÚDE COLETIVA**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: TELMO MOTA RONZANI

ENDEREÇO: RUA MINISTRO AMARILIO LOPES SALGADO, 36/101- CASCATINHA - JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS

CEP: 36.033-290 TELEFONE: (32) 8844.2252

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com as normas da Resolução nº196, do Conselho Nacional de Saúde de 10/10/96)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Avaliação de Processo sobre Prática de Prevenção ao Uso de Drogas e Violência Doméstica em serviços de Atenção Primária à Saúde”. Todos os profissionais do seu serviço foram selecionados para participar deste estudo, contudo a sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Os riscos relacionados com sua participação não estão previstos, entretanto, caso ocorra algum tipo de risco entre em contato com o pesquisador principal e/ou Comitê de Ética.

O objetivo geral do presente estudo é avaliar a implementação de práticas de prevenção em relação ao uso de álcool e outras drogas e em relação à violência doméstica em serviços de APS dos municípios de pequeno porte da Zona da Mata de Minas Gerais, bem como avaliar este processo de implementação.

Os benefícios relacionados com a sua participação são para o desenvolvimento do conhecimento científico e acadêmico. Essa participação também não consta qualquer ressarcimento ou privilégio — seja ele de caráter financeiro ou de qualquer outra natureza — aos voluntários que participarem desta pesquisa.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, uma vez que os questionários são sigilosos, e não são identificados.

Os dados e os materiais utilizados na pesquisa ficarão na UFJF no Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva - ICH, onde estará seguro e trancado, visto que ninguém terá o acesso, somente os pesquisadores. Os resultados gerais da pesquisa serão divulgados em seu município, em congressos e artigos científicos da área. Você receberá uma cópia deste Termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Avaliação de Processo sobre Prática de Prevenção ao Uso de Drogas e Violência Doméstica em serviços de Atenção Primária à Saúde”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2010.

Nome	Assinatura participante	Data
Nome	Assinatura pesquisador	Data
Nome	Assinatura testemunha	Dat

ANEXO 7: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 096/2011

Protocolo CEP-UFJF: 2346.086.2011 **FR:** 416906 **CAAE:** 0080.0.180.000-11

Projeto de Pesquisa: "Disseminação de práticas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas na assistência municipal"

Area Temática: Grupo III

Pesquisador Responsável: Telmo Mota Ronzani

Data prevista para o término da pesquisa: fevereiro de 2012

Pesquisadores Participantes: Daniela Cristina Belchior Mota, Pedro Henrique Antunes da Costa, Tamires Jordão Laport, Vinícius de Paula Menezes

Instituição Proponente: Universidade Federal de Juiz de Fora

Análise do protocolo:

Itens Avaliados		Sim	Não	P	NA	
Justificativa	O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico	X				
	Objeto de estudo está bem delineado	X				
Objetivo(s)	Apresentam clareza e compatibilidade com a proposta	X				
Material e Métodos	Atende ao(s) objetivo(s) proposto(s)	X				
	Informa	Tipo de estudo	X			
		Procedimentos que serão utilizados	X			
		Número de participantes	X			
		Justificativa de participação em grupos vulneráveis	X			
		Crêterios de inclusão e exclusão	X			
		Recrutamento	X			
		Coleta de dados	X			
		Tipo de análise	X			
		Cuidados Éticos	X			
Revisão da literatura	Atuais e sustentam o(s) objetivo(S) do estudo	X				
Resultados	Informa os possíveis impactos e benefícios	X				
Cronograma	Agenda as diversas etapas de pesquisa	X				
	Informa que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo comitê	X				
Orçamento	Lista a relação detalhada dos custos da pesquisa	X				
	Apresenta o responsável pelo financiamento	X				
Referências	Segue uma normatização	X				
Instrumento de coleta de dados	Preserva o sujeito de constrangimento	X				
	Apresenta pertinência com o(s) objetivo(s) proposto(s).	X				
Termo de dispensa de TCLE	Solicita dispensa				X	
Termo de assentimento	Apresenta o termo em caso de participação de menores				X	
TCLE	Está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito	X				
	Apresenta justificativa e objetivos	X				
	Descreve suficientemente os procedimentos	X				
	Apresenta campo para a identificação dos sujeitos	X				
	Informa que uma das vias do TCLE deverá ser entregue ao sujeito	X				
	Assegura liberdade do sujeito recusar ou retirar o consentimento sem penalidades	X				
	Garante sigilo e anonimato	X				



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
 PRO-REITORIA DE PESQUISA
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
 36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

	Explicita	Riscos e desconfortos esperados	X			
		Ressarcimento de despesas	X			
		Indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa	X			
		Forma de contato com o pesquisador	X			
		Forma de contato com o CEP	X			
		Como será o descarte de material coletado (no caso de material biológico)				X
		O arquivamento do material coletado pelo período mínimo de 5 anos	X			
Pesquisador (es)		Apresentam titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa	X			
		Apresenta comprovante do Currículo Lattes do pesquisador principal e dos demais participantes.	X			
Documentos		Carta de Encaminhamento à Coordenação do CEP	X			
		Folha de Rosto preenchida	X			
		Projeto de pesquisa, redigido conforme Modelo de Apresentação de Projeto de Pesquisa padronizado pela Pró-Reitoria de Pesquisa (PROPESQ)	X			
		Declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável pelo setor/serviço onde será realizada a pesquisa	X			

P= parcialmente

NA=Não se aplica

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela **aprovação** do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: **Projeto Aprovado**
 Juiz de Fora, 05 de julho de 2011

Profª Drª Iêda Maria Ávila Vargas Dias
 Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI
DATA: ___/___/2011
ASS: _____