**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

NEURI PIRES DAS MERCES

**ATITUDES DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA
ACERCA DO ÁLCOOL, DO ALCOOLISMO E DO
ALCOOLISTA**

**SÃO PAULO
2013**

NEURI PIRES DAS MERCES

**ATITUDES DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA
ACERCA DO ÁLCOOL, DO ALCOOLISMO E DO
ALCOOLISTA**

Dissertação apresentada à Escola
de Enfermagem da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem Área de
Concentração: Cuidados em Saúde

Orientador:

Prof. Dr. Divane de Vargas

**SÃO PAULO
2013**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONACIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Merces, Neuri Pires das

Atitudes de estudantes de psicologia acerca do álcool, do alcoolismo e do alcoolista / Neuri Pires das Merces . -- São Paulo, 2013.

81 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientador: Prof.Dr. Divane de Vargas

Área de concentração: Cuidado em saúde

1. Ensino superior
2. Alcoolistas
3. Abuso do álcool
4. Atitudes profissionais
5. Psicologia I. Título.

Nome: NEURI PIRES DAS MERCES

Título: ATITUDES DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA ACERCA
DO ÁLCOOL, DO ALCOOLISMO E DO ALCOOLISTA

.

Dissertação apresentada à Escola de Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Ciências da Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico integralmente este trabalho à memória do meu pai, que tanto contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional, e à minha família, por permitir mais esta vitória.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela graça concebida e pela oportunidade de concretizar mais este desafio.

Em segundo lugar quero agradecer ao meu orientador, Prof. Dr. Divane de Vargas, por ter apostado em mim diversas vezes, vencendo os desafios, ajudando no meu amadurecimento profissional e estando comigo até o final desta etapa.

À Profa. Márcia Aparecida de Ferreira de Oliveira, por ter me acolhido tão receptivamente dentro do Grupo de Pesquisa em Álcool e Outras Drogas e enriquecido a cada encontro o meu conhecimento.

À Paula Pinho, por ter me apresentado esse grupo de pesquisa e ter sido amiga e companheira em diversos momentos.

Em especial à Heloísa Claro, por ter contribuído com toda sua experiência acadêmica, de maneira tão sensível, inteligente e disponível, ao mesmo tempo.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, pelo apoio e ajuda de sempre.

Ao Fernão, estatístico do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP, pelo suporte técnico “nas madrugadas”.

Aos demais colegas do Grupo de Pesquisa em Álcool e Outras Drogas, pelas contribuições, preocupações e acolhimento até nos momentos difíceis.

Aos meus amigos do Caps AD II Sapopemba, por me incentivarem a nunca desistir dos meus sonhos, em especial à Paula, à Gleise, à Tatiana, à Luciana, à Michelle, à Carla Santos e à Bia. À supervisora Denise, por permitir a realização deste trabalho.

À minha nova gerente Evangelina, por ter me aceitado na equipe do Caps Adulto II Casa Verde e permitido a conclusão deste trabalho.

Meu carinho especial à minha terapeuta ocupacional predileta, Carla Regina, que invariavelmente me apoiou e incentivou com sua amizade verdadeira, sempre disponível em todos os momentos.

À Karina e à Alessandra, grandes amigas desde o tempo da faculdade e até hoje.

A todos meus amigos de infância, em especial à Adriana, ao Marcelo e à Joice, pela amizade sincera e eterna.

Merces, NP. Atitudes de estudantes de psicologia acerca do álcool, do alcoolismo e do alcoolista. [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

RESUMO

Introdução: O estudo da atitude dos profissionais de saúde frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista ainda é escasso na literatura brasileira, e, em relação às atitudes dos psicólogos e estudantes de psicologia, não estão disponíveis na literatura nacional estudos que tenham se ocupado desse fenômeno. Após os movimentos sanitaristas da reforma psiquiátrica no Brasil, no final da década de 1980, houve aumento significativo desses profissionais em vários serviços de saúde, inclusive naqueles destinados ao atendimento de pessoas com problemas relacionados ao álcool e ao alcoolismo. O que torna importante identificar questões relacionadas ao preparo e às atitudes dos futuros profissionais de psicologia frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista. **Objetivo:** Verificar e analisar as atitudes dos estudantes de psicologia frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista. **Método:** Estudo exploratório de abordagem psicométrica, realizado com uma amostra de 159 estudantes do último ano do curso de psicologia de três faculdades da cidade de São Paulo. Para coleta de dados utilizou-se a Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista (EAFAAA) e um questionário sociodemográfico. Para análise dos dados utilizaram-se testes da estatística descritiva (frequências simples, porcentagens e médias) e para verificar se existia diferenças de atitude entre os três grupos realizou-se uma análise de variância. **Resultados:** Observou-se que, de modo geral, os 159 estudantes apresentaram tendência de atitudes positivas frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista. Os estudantes das três faculdades apresentaram atitudes positivas para os fatores 1 (o trabalhar e o se relacionar com o

alcoolista) e 2 (as atitudes frente ao alcoolista). Houve diferença estatística significativa ($p=0,005$) para os fatores 3 (atitudes frente ao alcoolismo, etiologia) e 4 (as atitudes frente ao uso do álcool) e na escala total para a Faculdade A em relação às faculdades B e C. A verificação de confiabilidade da EAFAAA estimada pelo alfa de Cronbach indicou boa consistência interna (0,90). **Conclusão:** Os estudantes de psicologia apresentaram tendência a atitudes positivas, segundo os resultados da EAFAAA. Os estudantes da faculdade que tiveram experiência ou contato com o alcoolista apresentaram atitudes mais positivas do que aqueles que só tiveram preparo em sala de aula. Assim a necessidade de rever a grade curricular e a inserção de estudantes de psicologia, desde a graduação, em serviços de atenção especializados ao usuário de álcool é de extrema relevância social.

Palavras-chave: Ensino superior; Alcoolistas; Abuso do álcool; Atitudes profissionais; Psicologia.

Merces, NP. Psychology students' attitudes about alcohol, alcoholism and alcoholics. [Dissertation]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

ABSTRACT

Introduction: The study of the attitudes of health professionals towards alcohol, alcoholism and the alcoholic is still scarce in Brazilian literature, and the attitudes of psychologists and psychology students, are not available in the national studies that have been busy this phenomenon. After the movements sanitary psychiatric reform in Brazil in the late 1980s, a significant increase of these professionals in various health services, including those intended to care for people with alcohol problems and alcoholism. What makes it important to identify issues related to the preparation and attitudes of future professionals in psychology towards alcohol, alcoholism and alcoholics. **Aim:** To investigate and analyze the attitudes of psychology students towards alcohol, alcoholism and alcoholics. **Method:** An exploratory study of psychometric approach, conducted with a sample of 159 students of the final year psychology three colleges of the city of São Paulo. For data collection we used the Scale of Attitudes Towards Alcohol, Alcoholism and alcoholics (EAFAAA), and a demographic questionnaire. Data analysis tests were used descriptive statistics (simple frequencies, percentages and means) and to check whether attitudinal differences existed among the three groups performed an analysis of variance. **Results:** It was observed that, in general, the 159 students showed a trend of positive attitudes towards alcohol, alcoholism and alcoholics. Students from the three schools showed positive attitudes to factors 1 (the work and relate to the alcoholic) and 2 (attitudes towards alcoholic). There was a statistically significant difference ($p = 0.005$) for the three factors (attitudes toward alcoholism, etiology) and 4 (attitudes towards alcohol use) and full scale for the College in

relation to colleges B and C. A reliability check of EAFAAA estimated by Cronbach's alpha indicated good internal consistency (0.90).

Conclusion: The psychology students tended to have positive attitudes, according to the results of EAFAAAA. College students who have had experience or contact with alcoholics showed more positive attitudes than those who had only preparation in the classroom. Thus the need to revise the curriculum and the inclusion of psychology students, since graduating in specialized care services to the user of alcohol is of utmost social relevance.

Keywords: Higher education; Alcoholics; Alcohol abuse; Professional attitudes; Psychology.

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos participantes do estudo segundo o local de coleta e as características sociodemográficas.....34

Tabela 2 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com as experiências e o preparo durante o curso de graduação em psicologia no que se refere às questões relacionadas ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista.....35

Tabela 3 – Escores obtidos na EAFAAA, como um todo, e seus 4 fatores.....36

Tabela 4 – Distribuição dos escores observados na EAFAAA pelos estudantes da Faculdade A.....37

Tabela 5 – Distribuição dos escores observados na EAFAAA pelos estudantes da Faculdade B.....37

Tabela 6 – Distribuição dos escores observados na EAFAAA pelos estudantes da Faculdade C.....38

Tabela 7 – Comparação das médias das atitudes das faculdades A, B e C por fatores e escala total.....39

Tabela 8 – Apresentação do Alfa de Cronbach, por número de itens dos fatores.....40

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	1
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	7
2.1	ÁLCOOL, ALCOOLISMO E ALCOOLISTA	7
2.2	ETIOLOGIA	10
2.3	EPIDEMIOLOGIA	12
2.4	CONCEITUANDO O TERMO ATITUDE	15
2.5	MENSURAÇÃO DA ATITUDE	17
2.6	ATITUDES DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA FRENTE ÀS QUESTÕES RELACIONADAS AO ÁLCOOL.....	17
3	OBJETIVOS.....	22
3.1	OBJETIVO GERAL.....	22
3.1.1	Objetivo Específico	22
4	PERCURSO METODOLÓGICO	24
4.1	MÉTODOS.....	24
4.2	SUJEITOS	24
4.4	INSTRUMENTOS DE COLETA	28
4.6	COLETA DE DADOS	30
4.7	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	31
4.8	ANÁLISE DOS DADOS	31
5	RESULTADOS	34
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA ESTUDADA.....	34
5.1.1	SCORE GERAL DAS ATITUDES NA AMOSTRA DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA FRENTE AO ÁLCOOL, AO ALCOOLISMO E AO ALCOOLISTA	35
5.1.2	ATITUDE DA AMOSTRA DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA FRENTE AO ÁLCOOL, AO ALCOOLISMO E AO ALCOOLISTA DE ACORDO COM CADA UMA DAS FACULDADES ESTUDADAS.....	36
6	DISCUSSÃO.....	42
6.1	PERFIL DA AMOSTRA	42
6.2	ATITUDES DOS ESTUDANTES DE PSICOLOGIA FRENTE AO ÁLCOOL, AO ALCOOLISMO E AO ALCOOLISTA.....	44
6.3	CONFIABILIDADE DA ESCALA QUANDO APLICADA EM ESTUDANTES DE PSICOLOGIA	49
7	CONCLUSÕES.....	52
8	REFERÊNCIAS.....	55
	APÊNDICE B - Questionário	66
	ANEXO 1 - Escala de Atitude Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista – EAFAAA	67

INTRODUÇÃO

---

1 INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas é um problema grave e mundial de saúde pública. O círculo vicioso tanto das drogas lícitas quanto das ilícitas envolve danos biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, culturais, ético-legais e morais.

Estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que os transtornos mentais por uso de substâncias psicoativas são os mais prevalentes entre os transtornos orgânicos e mentais, resultando em alto custo para a sociedade em âmbito mundial. Outro dado relevante é a associação do uso de álcool com graves problemas sociais, incluindo a violência, a negligência infantil, o abuso e o absenteísmo no trabalho (WHO, 2011).

A literatura especializada confirma os dados obtidos por meio da relação entre o consumo de substâncias psicoativas e os agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam. O enfrentamento dessa problemática constitui-se demanda mundial, uma vez que a OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) afirmam que 10% da população dos centros urbanos do mundo fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de escolaridade e classe social (OMS, 2001).

Nesse contexto, o atendimento da equipe multiprofissional do serviço de saúde ao usuário de álcool e outras drogas deve considerar a sua crescente demanda. No entanto, apesar da literatura evidenciar um aumento expressivo na procura por tratamento nessa área, o número, a qualidade das intervenções aplicadas e o acompanhamento dado ao indivíduo usuário de álcool e de outras drogas, principalmente no Brasil, não atendem tal necessidade (De Torres et al., 2009).

A curta duração do atendimento ao paciente, as dificuldades profissionais em diagnosticar, tratar ou encaminhar as pessoas que

apresentam complicações decorrentes do consumo de álcool, seguidas da visão negativa do paciente e de suas perspectivas evolutivas diante do problema são os principais fatores para a constatação de que a qualidade do atendimento não acompanha a necessidade identificada (De Torres et al., 2009).

Cabe considerar que em um único dia de trabalho o profissional de um serviço de atenção primária à saúde atende cerca de 50 pacientes, com um tempo estimado de 9 minutos para cada um, dificultando a detecção precoce do uso de álcool nessa população (De Torres et al., 2009). Diante dessa multiplicidade de fatores, percebe-se que os membros da equipe de saúde da atenção básica padecem com a falta de conhecimento sobre a variedade de apresentações sintomáticas do uso abusivo e da dependência do álcool, bem como de meios para facilitar o seu diagnóstico (Henrique et al., 2004; De Torres et al., 2009).

A formação para a área da saúde deveria ter como objetivo a transformação das práticas profissionais e da sua própria organização e se estruturar a partir da problematização do processo de trabalho e de sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (Brasil, 2004c).

Em relação à psicologia, desde sua oficialização como profissão no Brasil, a formação profissional tem sido uma fonte inesgotável de debates e de discussões. Atualmente, com aproximadamente 40 anos de existência como profissão em nosso país, a formação em psicologia necessita de uma ampla revisão em suas características básicas, de modo a fazê-la responder com maior eficiência às demandas mais recentes da sociedade brasileira (Noronha, 2004).

Segundo aponta Ferreira Neto (2008), o ensino brasileiro em psicologia foi voltado para o exercício autônomo e liberal da profissão em consultórios particulares. Esse tipo de formação foi absoluto até meados da década de 1990, ressoando até os dias de

hoje, como diz o autor, marcando o perfil do psicólogo como o de um profissional que atua na clínica.

Dimenstein (1998, 2001) reforça que a formação do psicólogo manteve o modelo de atuação restrito para área da saúde, apresentou dificuldades do profissional em lidar com a demanda oriunda da clientela e de instituições de saúde e demorou a se adaptar à nova realidade profissional exigida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Com isso, enfatiza Ferreira Neto (2008), houve extenso debate em torno das diretrizes curriculares do curso de psicologia no sentido de encontrar um equilíbrio maior entre a conhecida área clínica e as demais áreas de atuação do psicólogo.

Para Ferreira Neto (2008) a presença do profissional da psicologia nos serviços de saúde pública ocorreu com a reforma psiquiátrica e a criação do campo da saúde mental. No primeiro momento, verificou-se a presença crescente de psicólogos nas unidades básicas de saúde, trazendo consigo novas demandas, até então distantes. Houve um estranhamento, e os profissionais de psicologia se defrontaram com o desenvolvimento da “medicalização” e a “psicologização” dos problemas oriundos das demandas específicas, tais como aprendizagem escolar.

Com esse impasse, continua Ferreira e Neto (2008), algumas alternativas profissionais foram seguidas. Em primeiro lugar pensou-se em manter esse padrão de atendimento, porém considerou-se a inviabilidade da “medicalização” e “psicologização”; a segunda opção foi a não responsabilização pelas demandas dos usuários, perpetrando um jogo de “empurra” por meio de encaminhamentos entre os serviços; e, por fim, pensou-se no compartilhamento de saberes, ações e responsabilidades, na criação de novos modelos de ação, rompendo desse modo com as antigas práticas.

Se, por um lado, a formação do psicólogo é considerada um tema complexo desde a sua definição, conforme salienta Ferreira Neto (2008), passando pela vasta e rica diversidade de

conhecimento, tendo o perigo do ecletismo, por outro lado, permanece restrita a algumas abordagens teórico-metodológicas, sendo a psicologia clínica focada na intervenção individual e a psicologia social, no coletivo e grupos. Conforme pontua Ferreira e Neto (2008), essas duas áreas segmentam a ação da psicologia por estarem centradas em ações específicas, sem dialogarem entre si.

Em contrapartida, no campo da saúde mental o movimento de aproximação e distanciamento entre a psicologia clínica e a psicologia social revelou um novo formato que permite, na atualidade, a atuação concomitante dos psicólogos tanto na área clínica quanto na social, reestruturando seus saberes (Ferreira Neto, 2008).

Nessa nova perspectiva é fundamental investigar quais são os instrumentos que têm colaborado para a construção de competências e habilidades necessárias aos psicólogos para o enfrentamento da complexidade social. A compreensão do currículo dos cursos assume dessa forma o objetivo de verificar a eficácia na formação dos estudantes de psicologia visando à integralidade de conhecimentos (Ferreira Neto, 2008).

Um meio para investigar a formação do estudante no que se refere ao atendimento ao usuário de álcool em serviços de saúde mental está na atitude (Rosenberg e Hovland, 1960). A atitude pode ser definida como uma predisposição adquirida e duradoura para agir sempre do mesmo modo diante de uma determinada classe de objetos, ou um persistente estado mental e/ou neural de prontidão para reagir diante de uma determinada classe de objetos não como eles são, mas sim como são concebidos (Rosenberg e Hovland, 1960).

A atitude para a formação do futuro profissional de psicologia, segundo Aguirre et al. (2000), pode ser descrita como “atitude clínica”, ou seja, “de colocar-se no papel profissional dentro de um determinado enquadramento, mantendo uma empatia com o cliente”.

Ainda segundo Aguirre et al. (2000):

A atitude clínica parece resultar de um processo que se desenvolve concomitantemente à construção da identidade profissional. Esta identidade envolve um complexo conjunto de experiências internalizadas, abrangendo desde a concepção de mundo e a adoção de uma escala de valores, até sua possível exteriorização em escolhas e comportamentos. Está, portanto associada aos parâmetros que caracterizam o papel do psicólogo: seus objetivos, suas estratégias, sua filosofia de trabalho e outros.

Em paralelo, a mensuração das atitudes pode ser valiosa, segundo Anderson e Clement (1987), não apenas em termos da avaliação do impacto de intervenções específicas, mas também na prestação de informações sobre como estruturar a intervenção. E, ainda, como uma ferramenta de capacitação, podendo contribuir para a formação do profissional da área de saúde.

Pesquisas realizadas com outras profissões na área da saúde evidenciaram atitudes negativas de enfermeiros frente ao alcoolista e ao alcoolismo, considerando-os sob o aspecto moral, baseado em suas vivências pessoais, crenças e valores (Vargas e Labate, 2006).

Na medicina os estudantes às vezes não apresentam habilidades suficientes durante a formação médica para lidar com o usuário de álcool, principalmente em situações que envolvem grande conflito (Mesquita et al., 2008).

Considerando que estudos envolvendo estudantes de outros cursos na área da saúde têm evidenciado atitudes inadequadas frente às questões relacionadas ao álcool e ao alcoolismo e analisando que existe uma escassez de produções envolvendo estudantes de psicologia e psicólogos frente à questão, tornou-se importante verificar as atitudes dos futuros profissionais de psicologia diante do álcool, do alcoolista e do alcoolismo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ÁLCOOL, ALCOOLISMO E ALCOOLISTA

A palavra álcool originou-se do árabe *alkuhl*, que significa “essência”, e relatos de seu uso são encontrados na Bíblia. Seu processo de destilação foi descoberto em torno do ano 800 na Arábia e o seu consumo foi impulsionado em diversas circunstâncias e por variadas motivações (Seibel e Toscano Jr, 2001). Outros registros apontam também o uso milenar de bebidas alcoólicas, aproximadamente 6000 a.C. (Masur, 1978). O comportamento de beber álcool é reconhecido na maioria das culturas, sendo seu uso comum em celebrações, cerimônias religiosas, eventos culturais, negociações e, principalmente, em situações sociais (Laranjeira et al., 2007).

Historicamente o consumo de álcool passou a ser um problema em meados do século XVIII e começo do século XIX. Os fatores que contribuíram para esse fenômeno podem ser associados à revolução industrial na Inglaterra e ao desenvolvimento de tecnologias para produção em massa do álcool (Laranjeira e Nicastri, 1996).

Nessa época, os termos utilizados para a dependência de álcool eram “bebedeira” e “intemperança”, sendo o termo “alcoolismo crônico” utilizado pela primeira vez por Magnus Huss, médico sueco, em 1849 (Fortes, 1991). Thomas Trotter e Benjamin Rush, no fim do século XVIII, publicaram trabalhos sobre as devastações da ebriedade alcoólica na sociedade (Seibel e Toscano Jr, 2001; Laranjeira e Nicastri, 1996).

A concepção de alcoolismo-doença reverberou em algumas instituições em combate à intemperança, principalmente na religiosa, que era contrária à concepção de doença e relacionava o alcoolismo a uma ordem moral, um vício. Obstante a essa concepção, novas

sociedades, com a participação de médicos e de revistas médicas, passaram a divulgar trabalhos de cunho científico que apontavam complicações somatopsíquicas, transformando-as em hipótese de trabalho para a realização de novas pesquisas. Constituiu-se, assim, uma trilha para orientar os tratamentos de formas específicas de alcoolismo e mobilizar a comunidade na profilaxia da dependência do álcool (Fortes, 1991).

A definição de alcoólatra foi utilizada pela primeira vez em 1975, em livro da OMS, pelo pesquisador E. M. Jellinek:

Alcoólatras são bebedores cuja dependência do álcool acarreta perturbações mentais evidentes, manifestações que afetam a saúde física e mental, suas reações individuais, seu comportamento socioeconômico ou pródomo de perturbações desse gênero e que, por isso, necessitam de tratamento (Fortes, 1991).

Jellinek, apoiado por dados estatísticos, fez a primeira tentativa de sistematizar os pacientes impregnados por um longo período de consumo de álcool, classificando o alcoolismo em cinco espécies: alfa, beta, gama, delta e *ípsilon* (Fortes, 1991).

De acordo com Jellinek, o *alcoolismo alfa* se refere à dependência psicológica do efeito do álcool, visando aliviar desconforto físico ou emocional; o *alcoolismo beta* diz respeito à presença de complicações somáticas, tais como polineuropatia, gastrite, cirrose hepática – sem dependência física ou psicológica; o *alcoolismo gama* apresenta maior tolerância adquirida dos tecidos ao álcool, adaptado ao metabolismo celular, e desencadeia sintomas de síndrome de abstinência, intensa fissura e perda de controle; o *alcoolismo delta* é uma espécie de alcoolismo que reúne as três primeiras características do tipo gama, mas com incapacidade de manter abstinência no lugar da perda de controle; e o *alcoolismo ípsilon* corresponde à dipsomania (Santos e Verani, 2010), bastante conhecida na Antiguidade, cujas crises podem acarretar

consequências muito graves (Fortes, 1991; Heckmann e Silveira, 2009).

Na atualidade, vários pesquisadores têm-se debruçado sobre a conceituação do alcoolismo. Bicca et al. (2002) abordam os conceitos de psicopatologia e abuso/dependência de drogas como um comportamento aditivo gerado por uma psicopatologia preexistente. Tais autores identificaram em estudos longitudinais e clínicos a intoxicação alcoólica como premissa de algumas doenças, tais como a depressão e a ansiedade, considerando o uso crônico de álcool, bem como o abuso dessa substância, como indicativo de sintomas psiquiátricos prévios.

Após uma reestruturação de conceito, esses autores dividiram o alcoolismo em dois grupos: um caracterizado pela síndrome psiquiátrica prévia ao início do alcoolismo, chamado de alcoolismo secundário; e o outro, cuja síndrome psiquiátrica desenvolve-se após o início da síndrome de dependência, alcoolismo primário. Contudo, segundo Bicca et al. (2002), isso não é suficiente para caracterizar o usuário como primário ou secundário, uma vez que desconsidera aspectos sumariamente importantes, como a genética, fatores ambientais, saúde física e os aspectos sociofamiliares (Bicca et al., 2002).

Fouquet (1959), citado por Fortes (1991), considerou três fatores que integram a “síndrome alcoólica”:

- 1) o fator psíquico, ou seja, desde a predisposição mental até a distúrbios de personalidade;
- 2) o fator tolerância, que permite ao indivíduo ingerir quantidades maiores ou menores de alcoólicos, com consequências variáveis de pessoa para pessoa;
- 3) o fator tóxico, de ordem humoral, que estabelece os efeitos do etanol sobre o organismo.

Fortes (1991) descreve que o trabalho de Fouquet (1959) contribuiu para distinguir os aspectos clínicos da farmacodependência e estabelecer uma diferenciação entre a

“síndrome alcoólica” e as formas paroxísticas do alcoolismo. Para tanto, definiu os “alcoholitos” como portadores de uma vulnerabilidade psicológica de elevado grau de tolerância, semelhante a Jellinek; as “alcoholoses” como neuroses alcoólicas, mais frequentes em mulheres, que apresentam dependência física, síndrome de abstinência, incapacidade de se dominar e se abster; e, por fim, as “somatoalcoholoses” como raras, mais frequentes em mulheres que sucumbem ao desejo brutal de álcool e se embriagam rapidamente devido à sua frágil tolerância.

A maioria desses termos caiu em desuso; contudo o termo “alcoólatra” é comumente utilizado para o indivíduo que excede o uso de álcool, transformando-o em uma identidade estigmatizada. Em outras palavras, não é a bebida em si, mas aquele indivíduo que extrapola o beber moderado e passa a fazer um uso desregrado, “idolatrando”, “adorando” o álcool e, portanto, sendo considerado como “alcoólatra”, ou seja, dependente de álcool (Andrade e Espinheira, 2009).

2.2 ETIOLOGIA

Edwards et al. (1999) discutem sobre a etiologia do uso de álcool pontuando que o beber e os problemas advindos dele são determinados por múltiplos fatores, interatuantes e relacionados ao indivíduo e ao seu meio ambiente.

Alguns estudos demonstram que o alcoolismo tem evidência familiar, sugerindo que mais de 80% dos alcoolistas apresentam uma relação biológica próxima com a sua história de problemas relacionados ao álcool (Overstreet e Kampov-Polevoy, 2000).

Ainda segundo esses autores, a influência genética desempenha um papel importante, pois o risco de um indivíduo desenvolver o alcoolismo é em média sete vezes maior entre parentes de primeiro grau do que em casos-controle. Homens que

são parentes de alcoolistas masculinos apresentam um risco particular para a doença. Analogamente, estudos realizados com adotivos e gêmeos também indicaram que o risco para o alcoolismo pode ser determinado parcialmente pelos fatores genéticos.

Pesquisas recentes têm demonstrado a interação do álcool com os circuitos neuromoduladores do cérebro, apontando que eles desempenham papel importante no desenvolvimento do alcoolismo. Em seres humanos, o efeito agudo comportamental do álcool varia muito de acordo com alguns fatores como a dose, o padrão de beber, o gênero, o peso corpóreo, o nível de álcool no sangue e o tempo desde a primeira dose (Overstreet e Kampov-Polevoy, 2000; WHO, 2004).

Outros fatores têm sido motivo de discussão acerca das causas para o desenvolvimento do alcoolismo. Entre eles estão os fatores políticos e econômicos. Conforme cita Edwards et al. (1999), nos países em que o preço do álcool é reduzido o consumo é maior entre a população.

Segundo pontuam Edwards et al. (1999), a perspectiva sociocultural tem forte influência na disponibilidade do álcool, levando em consideração a aceitação do seu consumo, presente sob as influências nacionais, regionais, raciais, religiosas, ocupacionais e familiares.

Os fatores de estresse do cotidiano podem levar a um aumento da ingestão de álcool pelos indivíduos. O significado para tal comportamento estaria atrelado à sensação de alívio da ansiedade após o consumo de álcool (Edwards et al., 1999).

Nesse sentido, a etiologia da dependência de álcool parece estar relacionada a diversos fatores, de acordo com os autores estudados, entendendo-se, portanto, que o desenvolvimento de tal dependência está vinculado a elementos genéticos, circuitos cerebrais, contexto sociocultural e familiar e, ainda, estresse do cotidiano (Edwards et al., 1999; Overstreet e Kampov-Polevoy, 2000; WHO, 2004).

2.3 EPIDEMIOLOGIA

O uso difundido de bebidas alcoólicas está associado a uma série de consequências sociais e de saúde, à redução da produtividade laboral, ao absenteísmo, a diversas formas de cânceres, à doença crônica hepática e cardíaca e a lesões no sistema nervoso central e periférico, além da dependência de álcool propriamente dita (Monteiro, 2007; Anderson et al., 2009; Brasil, 2004).

A interação do álcool com as características de personalidade individual, associada ao comportamento e às expectativas socioculturais, representa um fator causal para prejuízos intencionais, não intencionais e danos a terceiros. O uso abusivo do álcool está ligado também à ruptura familiar, à violência interpessoal, a suicídios, homicídios, crimes e fatalidades causadas pelo ato de dirigir enquanto se está alcoolizado (Anderson et al., 2009).

O transtorno relacionado ao uso de álcool é um problema mundial presente nos países desenvolvidos, sendo mais prevalente em homens do que em mulheres (Schuckit, 2009). Considerando que os homens (80%) bebem mais do que as mulheres (60%) em algum momento de sua vida, apenas dois terços dos que consumiram álcool, após a busca de tratamento, atualmente estão abstinentes devido aos problemas decorrentes do seu uso (Schuckit, 2009).

Entre os indivíduos que beberam no ano em que foi realizada a pesquisa, 30% a 50% vivenciaram ao menos uma vez algum problema de saúde relacionado ao consumo de álcool (Schuckit, 2009).

Estimativas internacionais apontam que o consumo de álcool é um fator de risco mundial, sendo a terceira maior causa para doença e incapacidade; em países em desenvolvimento, é o maior fator de risco para doença. O álcool é um fator causal em 60 tipos de

doenças e lesões e causa componente em 200 outros. Aproximadamente 4% de todas as mortes no mundo são atribuídas ao álcool, percentual maior do que as mortes causadas por HIV/aids, por violência ou tuberculose (WHO, 2011).

O uso prejudicial de álcool é uma ameaça particularmente grave para os indivíduos do sexo masculino. É o principal fator de risco para óbito em homens entre 15 e 59 anos de idade, principalmente devido a lesões, violência e doenças cardiovasculares. Globalmente, 6,2% de todas as mortes do sexo masculino são atribuíveis ao álcool, em comparação com 1,1% dos óbitos femininos. Os homens também têm taxas muito maiores de carga total atribuída ao álcool do que as mulheres, sendo 7,4% para os homens contra 1,4% para as mulheres (WHO, 2011).

Um estudo que comparou a prevalência do uso de álcool na população norte-americana entre duas décadas durante um ano, respectivamente 1991-1992 e 2001-2002, demonstrou que a prevalência de pessoas com critério para abuso de álcool, nos 12 meses, aumentou de 3,03% em 1991-1992 para 4,65% em 2001-2002; já os que preenchem o critério para dependência de álcool entre 1991-1992 e 2001-2002 diminuíram de 4,38% para 3,81% (Grant et al., 2004).

Em 2009, 51,9% dos norte-americanos com idade acima de 12 anos usaram álcool pelo menos uma vez nos 30 dias anteriores à entrevista do estudo, sendo que 23,7% tinham padrão “binge” e 6,8% bebiam pesadamente (NIDA, 2011). Por padrão “binge” entende-se o uso episódico pesado do álcool (definido como o consumo de 4 e 5 doses de álcool, respectivamente, entre mulheres e homens), mais prevalente entre os homens (21%) que mulheres (12%); acarreta importantes modificações neurofisiológicas, tais como desinibição comportamental, comprometimento cognitivo, diminuição da atenção, piora da capacidade de julgamento, diminuição da coordenação motora etc. (Laranjeira et al., 2007).

Estudos epidemiológicos de âmbito nacional, realizados no Brasil pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid), apontaram uma prevalência da dependência de álcool de 11,2% em 2001, observando um aumento no segundo levantamento, realizado em 2005, para 12,3% na população brasileira (Galduróz e Caetano, 2004; Carlini, 2006; Carlini e Galduróz, 2007).

Noto et al. (2002), em outro estudo realizado pelo Cebrid, analisaram as internações hospitalares, demonstrando que as decorrentes do uso abusivo do álcool representam o quarto lugar no ranking da psiquiatria em geral. Laranjeira et al. (2007), no primeiro levantamento realizado para identificar especificamente o padrão de consumo de álcool, observaram o uso muito frequente de álcool em 6% da população geral brasileira.

Pesquisa realizada anualmente pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) questionou o uso de álcool na população adulta nas capitais dos 26 Estados brasileiros e no Distrito Federal, totalizando 54.339 entrevistas; constatou-se que em 2010 a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 18% da amostra nos 30 dias anteriores à entrevista foi quase três vezes maior em homens (26,8%) do que em mulheres (10,6%) (Brasil, 2011).

Observa-se que o consumo abusivo do álcool aumenta a cada dia na população mundial, e, de modo semelhante, no Brasil, conforme os dados apontados pelo Cebrid em 2001 e 2005. Consequentemente, a probabilidade de resultar em indivíduos dependentes de álcool também aumenta, causando gastos elevados para o sistema de saúde brasileiro e demonstrando a necessidade cada vez maior de se preparar os profissionais de saúde para o enfrentamento da problemática envolvendo o álcool e o alcoolismo.

2.4 CONCEITUANDO O TERMO ATITUDE

Um dos conceitos mais úteis que a psicologia social desenvolveu para lidar com a organização da experiência e do comportamento é o referente à *atitude*. O conceito de atitude descrito por McDavid (1980) refere-se a “um sistema relativamente estável de organização do comportamento e das experiências de alguém, relacionado com um objeto ou evento particular”.

Autores como Atkinson et al. (1995) descrevem a atitude como sendo simpatias e antipatias, em outras palavras, avaliações e reações favoráveis e desfavoráveis a objetos, pessoas, situações ou quaisquer outros aspectos, incluindo ideias abstratas e político-sociais.

Na concepção de Triandis (1971) a definição para atitude implica considerar inicialmente um conjunto de situações que têm alguns objetos sociais comuns, seguido de um conjunto de comportamentos que uma pessoa emite na presença de tais situações. Se há uma similaridade desses comportamentos sociais, o autor infere que a pessoa teve uma atitude também em relação ao objeto social que está presente na situação social.

Embora não exista uma definição clara, Allport (1935), citado por Triandis (1971), definiu atitude como um estado mental ou neural de prontidão organizado por experiências que externalizam na direção ou têm influência dinâmica sobre a resposta individual a todos os objetos e situações em que é relatado. Em outras palavras, a atitude pode ser influenciada indiretamente de seu efeito sobre o ato de comportamento (juízo, escolha) que é diretamente observável (McDavid, 1980).

Ao caracterizar o conceito de atitude, a psicologia social compreende que há três componentes envolvidos: o cognitivo, o afetivo e o comportamental (Atkinson et al., 1995; McDavid, 1980). Asch (1966) entende o componente cognitivo como uma atitude que comporta mais ou menos uma ordenação coerente de uma

variedade de condições e exemplifica que uma pessoa pode ter certa posição política sobre direitos civis, sobre posse pública, sobre o direito das minorias ou sobre uma crise política atual. Desse modo, o autor define duas proposições sobre os aspectos cognitivos da atitude:

- 1) uma atitude é uma organização de experiências e dados com referência a um objeto, isto é, uma estrutura de uma ordem hierárquica, na qual as partes funcionam de acordo com suas posições em sua totalidade;
- 2) ao mesmo tempo, uma dada atitude é quase uma estrutura aberta funcionando como parte de um contexto maior.

Para Triandis (1971), o componente cognitivo é uma ideia em que geralmente alguma categoria é utilizada por indivíduos no pensamento. Em outras palavras, para que se tenha uma atitude em relação a um objeto é necessário que se tenha alguma representação cognitiva desse objeto.

Em relação ao componente afetivo, McDavid (1980) esclarece que a atitude inclui a afetividade (sentimentos e emoções), distintamente das crenças ou ideias centrais, que não são impregnadas pela conotação afetiva. Segundo o autor, o hedonismo é responsável pela locomoção da vida do indivíduo norteado pelo prazer e pelo bem-estar, seguindo a linha do sentimento positivo, favorável ou agradável, o que pode ser considerado como uma atitude positiva; por outro lado, um sentimento negativo, desfavorável e doloroso pode ser considerado uma atitude negativa.

O componente comportamental, de acordo com Triandis (1971), é uma predisposição para a ação. Ao analisar esse componente com a atitude positiva McDavid (1980) ressalta que o comportamento do indivíduo será de aproximação e de um tempo prolongado com a experiência vivenciada, ao passo que a atitude negativa vai gerar um comportamento de esquiva ou fuga entre o indivíduo e o objeto, com o objetivo de distanciar ou terminar a experiência com aquele objeto.

2.5 MENSURAÇÃO DA ATITUDE

O conceito de atitude, discutido anteriormente, permite a avaliação por diferentes modos das ideias, dos valores e das ações que refletem os diversos tipos de atitude (McDavid, 1980).

As escalas psicométricas são comumente utilizadas para a medida de construtos hipotéticos, como é o caso das atitudes. As medidas escalares são as mais utilizadas em psicologia social, especificamente no estudo das atitudes; uma escala psicométrica visa a escalonar estímulos que expressam um construto ou objeto psicológico (Colares et al., 2002). Partindo dessa lógica, identificam-se as predisposições das pessoas a um dado objeto ou situação, podendo dessa forma avaliar sua resposta em relação a ele.

Considerando que neste estudo serão avaliadas as respostas (atitudes) de futuros profissionais de psicologia frente ao álcool, ao alcoolista e ao alcoolismo, a utilização de uma escala de atitudes pode ser considerada um instrumento adequado para alcançar tais objetivos (Vargas, 2005).

2.6 ATITUDES DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA FRENTE ÀS QUESTÕES RELACIONADAS AO ÁLCOOL

De acordo Pfromm Netto, citado por Souza e Souza Filho (2009), a formação do psicólogo no Brasil busca atender às necessidades de preparo do profissional para o exercício prático, proporcionando ao estudante um conjunto amplo e diversificado de conhecimentos, habilidades, atitudes e procedimentos, de modo que caracterize a psicologia como ciência e profissão, contribuindo para o progresso científico e incentivando o florescimento de um saber e de um fazer originalmente brasileiro.

Colares et al. (2002) enfatizam que a formação do profissional da área de saúde implica a aquisição de conhecimentos, o

aprendizado de habilidades psicomotoras específicas e, em particular, o desenvolvimento de habilidades afetivas apropriadas ao exercício da profissão escolhida.

Entre as habilidades afetivas, as atitudes constituem um complexo objeto de estudo da psicologia social e são concebidas dentre os chamados “construtos hipotéticos” utilizados como elementos importantes na explicação do comportamento humano (Colares et al., 2002). Contudo, esses autores apontam que a avaliação das atitudes, juntamente com a de outras habilidades afetivas, é ainda considerada uma das áreas de maior dificuldade no que se refere à avaliação educacional.

O estudo da atitude dos profissionais de saúde frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista ainda é escasso na literatura brasileira, e em relação às atitudes dos psicólogos e estudantes de psicologia não estão disponíveis na literatura nacional, pois não foram encontrados quaisquer artigos tratando diretamente do tema.

Quanto à formação acadêmica e profissional do psicólogo, um estudo encontrado preocupou-se em avaliá-la sob a perspectiva do estudante. Ficou evidente o não entendimento dos psicólogos quanto à sua função social, a ausência de preocupação com área de pesquisa e o desinteresse em algumas áreas de aplicação (Pereira 1972 apud Noronha, 2004).

Apesar de não terem sido encontradas pesquisas que abordassem os estudantes de psicologia, foram localizadas algumas que investigaram atitudes frente às questões relacionadas ao álcool em estudantes de outras áreas, e que contribuíram para a fundamentação desta dissertação.

Engs (1982) comparou a atitude entre os estudantes australianos e norte-americanos dos cursos de medicina, farmácia e enfermagem em relação ao alcoolista e ao alcoolismo, examinando a possibilidade de uma mudança longitudinal com as experiências educacionais. A autora concluiu que os estudantes australianos

apresentaram mais sentimentos negativos em relação ao alcoolista e ao alcoolismo quando comparados aos norte-americanos.

No Brasil, um estudo longitudinal com uma classe de estudantes de medicina foi realizado por Borini (1996). Conduzido em duas etapas, com intervalos de 4 a 5 anos, procurou avaliar a influência do curso de medicina sobre o padrão pessoal de beber, bem como sobre as atitudes dos acadêmicos em relação ao uso e abuso de álcool. Os dados obtidos apontaram que os estudantes reduziram acentuadamente o consumo de álcool – em torno de 80% – tanto no início como no final do curso. No estudo, o curso médico influenciou a atitude dos estudantes quanto ao uso de álcool e à modificação no conceito de alcoolismo.

Vargas (2011b), verificando as atitudes de estudantes de enfermagem frente ao alcoolista, identificou que a formação influenciou pouco nas atitudes dos estudantes acerca do alcoolismo, pois, embora compreendessem o conceito de alcoolismo enquanto doença, considerando que o paciente alcoolista queria se recuperar, prevaleciam ideias preconceituosas e atitudes negativas frente ao alcoolista, às quais a formação acadêmica não conseguiu eliminar.

Um estudo conduzido por Pimentel et al. (2009) com estudantes universitários de diversas áreas buscou verificar se as atitudes frente ao álcool predizem atitudes frente à maconha, e se as atitudes diante da maconha predizem as apresentadas diante das outras drogas. O resultado empírico demonstrou que as atitudes frente ao uso de álcool e à maconha predizem as referentes ao uso de outras drogas, e que as atitudes frente ao uso de maconha agem como mediadoras da relação entre as atitudes frente ao álcool e às outras drogas.

A importância das atitudes fica evidente também no estudo prospectivo de Simons e Gaher (2004) realizado com estudantes universitários. Os autores verificaram que as atitudes positivas frente ao uso de álcool se correlacionaram ao consumo.

A verificação das atitudes dos estudantes pode ter um papel preponderante nesse contexto, além de ser um fator importante para mudanças de atitudes dos futuros profissionais quanto ao uso das substâncias citadas (Vargas, 2011b; Gouveia et al., 2009; Pimentel et al., 2009).

Conforme evidencia a literatura (Vargas e Labate, 2006; Vargas 2011a), apesar do aumento imposto na demanda para atendimento específico para usuários de substâncias psicoativas, não tem havido preocupação das instituições de ensino e de saúde em preparar os profissionais para o manejo nesse contexto, o que pode repercutir em atitudes negativas frente àqueles indivíduos. Portanto, é importante identificar as atitudes dos futuros profissionais de psicologia frente ao álcool e aos problemas associados. Esse conhecimento pode contribuir para definir um perfil subjetivo, possibilitando pensar estratégias para a formação do psicólogo e dos profissionais de saúde, de um modo geral.

OBJETIVOS

---

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar e analisar as atitudes de estudantes de psicologia frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista.

3.1.1 Objetivo Específico

Validar a escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista em uma amostra de estudantes de psicologia.

PERCURSO METODOLÓGICO

---

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 MÉTODOS

Este é um estudo exploratório de abordagem psicométrica que objetiva verificar as atitudes dos estudantes de psicologia frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista. A psicometria, segundo Pasquali (2009), representa a teoria e a técnica de medida dos processos mentais, especialmente aplicada nas áreas da psicologia e da educação.

Ela se fundamenta na teoria da medida em ciências em geral, ou seja, no método quantitativo, que tem como principal característica e vantagem o fato de representar o conhecimento da natureza e descrever a observação dos fenômenos naturais com maior precisão do que a linguagem comum. Segundo Pasquali (2009), a psicometria procura explicar o sentido que tem as respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas, tipicamente chamadas de itens.

4.2 SUJEITOS

A amostra deste estudo foi composta de 159 estudantes de psicologia. Os critérios de inclusão foram cursar o último ano da graduação e aceitar participar do estudo.

4.3 LOCAIS DE ESTUDO

Foram convidadas a participar do estudo nove instituições de ensino superior situadas na cidade de São Paulo que ofereciam o curso de psicologia no momento da coleta dos dados e atendiam os critérios de inclusão. Para as instituições privadas foi caracterizado como critério de inclusão a obtenção de conceito entre 3 e 4 pela

avaliação do Ministério da Educação (MEC) (Brasil, 2004a,b; MEC, 2011) no último ano (2009) em que foram avaliadas pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), instituído pela Lei 10.861, de 14 de abril de 2004. A avaliação do MEC atesta que as referidas instituições estão capacitadas e habilitadas para formar profissionais e são referências no ensino superior na área de psicologia.

Apenas uma instituição de natureza pública foi inserida na pesquisa por tratar-se de instituição reconhecida internacionalmente como uma das melhores da América Latina e estar no ranking das 250 melhores do mundo. Das nove instituições convidadas a participar do estudo, três autorizaram a realização da pesquisa, sendo uma de caráter público e duas de caráter privado.

Após a inclusão das três faculdades no estudo, foi realizada uma busca nos programas pedagógicos dos respectivos cursos com o objetivo de localizar o momento em que o conteúdo referente ao álcool e outras drogas era abordado. Os programas das disciplinas das três faculdades estavam disponíveis *on-line*, e são descritos na sequência. Além das informações *on-line* sobre cada curso para as faculdades B e C, foi possível obter informações acerca do currículo dos cursos diretamente com os seus respectivos coordenadores.

Com vistas a preservar o anonimato das instituições, elas foram nomeadas como Faculdade A, Faculdade B e Faculdade C. Na sequência são apresentadas as características de cada instituição de acordo com o número de vagas oferecidas, o processo para ingressar na instituição, a carga horária, as características específicas e a duração das disciplinas relacionadas ao tema desta dissertação.

✓ Faculdade A:

Oferece 70 vagas anuais em uma instituição de ensino superior de caráter público. O ingresso no curso de psicologia é feito por meio de vestibular, na habilitação principal do curso. Para a conclusão da graduação e habilitação para psicólogo o estudante

deve cumprir 200 créditos-aula e 45 créditos-trabalho. Desse total, 138 créditos-aula e 45 créditos-trabalho são cursados em disciplinas obrigatórias, correspondentes a 69% da carga horária total de aula, ministradas até o nono semestre do curso. Para completar os 31% dos créditos restantes, o estudante deve cursar no mínimo de 15 créditos-aula (cerca de 7,5%) em disciplinas optativas eletivas e no mínimo 47 créditos-aula (cerca de 23,5%) em disciplinas optativas livres, escolhidas pelo estudante no decorrer do curso.

A Faculdade A é dividida em quatro departamentos: Psicologia Social e do Trabalho (PST); Psicologia Experimental (PSE); Psicologia Clínica (PSC); e Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade (PSA). No âmbito da PST há uma disciplina voltada para políticas públicas, saúde coletiva e psicologia social, que investe no conhecimento sobre saúde mental, políticas públicas e reforma psiquiátrica. No Departamento de PSC encontra-se a disciplina de “Psicopatologia: aspectos teóricos e prática clínica”, que possibilita aprendizagem prática de saúde mental no Hospital Charcot e em um Centro de Atenção Psicossocial. A PSE conta com uma disciplina de psicofarmacologia que aborda as drogas de abuso.

A formação de psicólogo requer também a realização de, no mínimo, 500 horas de estágios curriculares supervisionados, das quais 290 são realizadas como parte integrante de disciplinas obrigatórias. Entretanto, os estudantes devem completar pelo menos 210 horas entre a oferta de estágio ligado a disciplinas optativas eletivas e livres.

✓ Faculdade B:

O curso é oferecido em instituição de ensino superior de caráter privado, com 180 vagas semestrais para psicologia, a partir do ingresso por meio de vestibular. É oferecido em dez semestres, com carga de 4.240 horas; no último semestre os estudantes optam

por uma área de atuação para desenvolver a prática clínica de estágio curricular supervisionado (básico e específico).

Esse estágio é realizado fora do horário regular de aula e o estudante faz opção por um dos dois núcleos, que correspondem às ênfases curriculares adotadas: Núcleo de Processos de Prevenção e Promoção da Saúde no Contexto Institucional ou Núcleo de Processos de Prevenção e Promoção da Saúde na Clínica Ampliada. Durante a graduação não há disciplina específica em álcool e outras drogas, sendo o tema abordado na disciplina de Psicopatologia.

✓ Faculdade C:

O curso de Psicologia também é particular, oferecendo anualmente 90 vagas no período matutino e 270 vagas, no noturno. A formação de psicólogo acontece após cinco anos, com a possibilidade de cursar licenciatura (opcional). O ingresso na faculdade ocorre por meio de vestibular.

O curso tem carga horária total de 4.900 horas. A concepção pedagógica está centrada em um modelo de formação em psicologia generalista, que enfatiza a articulação das teorias e das práticas psicológicas a partir de uma concepção biopsicossocial, abrangendo várias áreas do conhecimento em psicologia, conforme as diretrizes curriculares. Não há disciplina específica em álcool e outras drogas e a disciplina que aborda o tema é a de psicopatologia geral, na qual o estágio é realizado em hospital psiquiátrico. Ministrada no terceiro ano da graduação, permite o acesso ao dependente químico quando este está internado na instituição em que é cumprido o estágio.

O núcleo comum e os eixos estruturantes são compostos por disciplinas ministradas do primeiro ao quarto ano do curso de psicologia, que dão sustentação para a realização das atividades e escolha por uma das ênfases curriculares oferecidas. O curso é composto por três disciplinas específicas de estágio supervisionado

com o objetivo de garantir a formação profissional do psicólogo, oferecendo a opção entre três ênfases:

- 1) Psicologia e processos educativos correspondente, do Núcleo de Psicologia Escolar e Educacional;
- 2) Psicologia e processos de gestão correspondente, Núcleo de Psicologia Organizacional;
- (3) Psicologia e processos clínicos, pertencente ao Núcleo de Clínica, subdividida em abordagem psicodinâmica e abordagem comportamental-cognitivas, que é complementada pelas disciplinas oferecidas no 5º ano do curso.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA

Para coleta de dados foi aplicado o questionário sociodemográfico (Apêndice B), de autopreenchimento, com questões fechadas. Esse formulário foi composto por sete questões, das quais duas versaram sobre o perfil do estudante (gênero e idade), duas referentes a informações sobre o seu curso de graduação (ano e instituição pública/privada) e três relacionadas à experiência, na graduação, com alcoolistas, estágio em serviço de saúde mental e preparo e conteúdos recebidos durante o curso sobre álcool e outras drogas (Apêndice B).

Para verificar as atitudes dos participantes foi utilizada a Escala de Atitudes Frente ao Alcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista (EAFAAA). Essa escala foi inicialmente construída e validada entre estudantes e profissionais de enfermagem (Vargas, 2005). Ressalte-se têm sido realizados vários estudos sobre as propriedades psicométricas da EAFAAA e o índice de confiabilidade medido pelo alfa de Cronbach tem variado entre 0,86 (Vargas, 2011a) e 0,92 (Vargas e Luis, 2008).

A versão do instrumento utilizada nesta pesquisa é originada de um estudo realizado com 1.025 profissionais de saúde (Vargas,

2005; Anexo 1), que obteve um índice de confiabilidade de 0,86. Esta versão da EAFAAA é composta por 50 itens distribuídos em quatro fatores. O fator 1, “o trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista”; o fator 2, “atitudes frente ao alcoolista”; o fator 3, “atitudes frente ao alcoolismo (etiologia)”; e o fator 4, “atitudes frente ao uso do álcool”.

A EAFAAA é uma escala do tipo likert, com cinco pontos: 1 = discordo totalmente; 2 = discordo; 3 = indiferente; 4 = concordo; 5 = concordo totalmente. A atribuição dos pontos para avaliação da escala corresponde a 1 e 2 pontos para as categorias de respostas desfavoráveis, 3 para pontos no nível intermediário e a 4 e 5 pontos para as categorias favoráveis. Dessa maneira, segundo sugerem os autores da escala, escores elevados são indicativos de atitudes positivas (Vargas, 2005, 2011a, b; Vargas e Luis, 2008).

De acordo com Vargas e Luis (2008), em sua versão final a EAFAAA tem 75% dos itens predominantemente negativos. Por esse motivo, quanto maior a discordância do sujeito em relação ao item mais positiva será a sua atitude. Portanto, para a interpretação dos dados coletados foram invertidos os valores diante dos itens negativos e mantidos da seguinte forma: (1=5), (2=4), (3=3), (4=2), (5=1). Assim, escores altos indicam atitudes positivas enquanto escores baixos tendem a indicar atitudes negativas. Esta é a primeira vez que esse instrumento é utilizado para verificar atitudes de estudantes de psicologia.

4.5 DESCRIÇÃO OPERACIONAL DOS QUATRO FATORES QUE COMPÕEM A EAFAAA

Fator 1 – O trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista (21 itens): o fator em questão mede a percepção, os sentimentos e atitudes frente ao indivíduo alcoolista, bem como o trabalhar e o relacionar-se com o mesmo.

Fator 2 – As atitudes frente ao alcoolista (9 itens): esse fator envolve opiniões, sentimentos e percepções frente ao indivíduo alcoolista, destacando principalmente suas características físicas e psíquicas, bem como comportamentos e atitudes atribuídos a esse indivíduo.

Fator 3 – Atitudes frente ao alcoolismo, etiologia (11 itens): os itens referem-se às concepções, às opiniões e aos sentimentos frente à etiologia do alcoolismo. Fatores psíquicos, morais e biológicos são tidos como causa do alcoolismo. O fator envolve situações, acontecimentos e características determinantes do uso abusivo de álcool.

Fator 4 – As atitudes frente ao uso do álcool (9 itens): diz respeito às opiniões, aos sentimentos e às predisposições do profissional de saúde quanto aos custos psíquicos e sociais acarretados pelo uso/abuso do álcool envolvendo o indivíduo, a família e outras esferas de relacionamento pessoal, como trabalho, amigos etc.

4.6 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados entre abril a dezembro de 2012. Para tanto, o primeiro passo foi contatar os coordenadores dos cursos em questão, solicitando autorização para realizar a aplicação do instrumento EAFAAA e o questionário sociodemográfico. Posteriormente foi realizada uma reunião com o coordenador de cada faculdade, momento em que foram prestados os

esclarecimento sobre o objetivo do estudo e os métodos de coleta dos dados, bem como solicitada a lista de contato dos professores e informações da grade de aulas dos estudantes do último ano do curso.

Nos casos de disciplinas eletivas, foi enviada uma mensagem de *email* com cópia da autorização da coordenação do curso, junto com texto descritivo sobre a pesquisa, o tempo de aplicação em sala de aula e os instrumentos que seriam aplicados. Solicitou-se nessa mensagem que o professor informasse a sala, o dia e o horário mais adequados para a coleta, além de pedir autorização para realizar a atividade no horário de aula.

No dia acordado com os docentes os instrumentos foram entregues aos participantes em sala de aula. Foi realizada uma breve apresentação dos objetivos da pesquisa, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e dos instrumentos a serem aplicados. O tempo de duração médio para o preenchimento dos instrumentos pelos participantes foi de 15 minutos.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Os cuidados éticos desta pesquisa foram representados pela aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, processo nº 1093/2011/CEP-EEUSP-SISNEP CAAE: 0108.0.196.134-11. E Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado em duas vias, foi assinado por todos os participantes.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados preenchidos pelos participantes nos instrumentos foram armazenados no software Microsoft Excel for Windows 2010. O banco foi posteriormente convertido para o formato do programa

Statistical Package for the Social Sciences, versão 18, para Microsoft Windows, software utilizado para a análise estatística.

Para descrever as variáveis do questionário sociodemográfico da amostra, bem como os escores obtidos na EAFAAA, foi utilizada a estatística descritiva, com parâmetro na medida de tendência central (média mediana e desvio padrão). Para verificar se existia diferença entre os escores obtidos na EAFAAA entre os grupos, de acordo com cada local do estudo, utilizou-se a Análise de Variância (ANOVA). Esse teste é comumente utilizado na área da saúde para a comparação de médias (Polit et al., 2004).

A confiabilidade do instrumento (EAFAAA) para essa amostra foi testada pelo alfa de Cronbach, coeficiente que mensura a consistência interna do instrumento, considerando o parâmetro de 0,7 ou superior como adequado. O alfa de Cronbach foi testado tanto para a escala na íntegra quanto para cada um dos quatro fatores (Polit et al., 2004).

RESULTADOS

---

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA ESTUDADA

A amostra constituiu-se predominantemente de indivíduos do sexo feminino (77,4%), na faixa etária de até 25 anos (64,2%), de faculdades privadas (76,1%), conforme observado na Tabela 1. Outras variáveis incluídas no estudo são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes do estudo segundo o local de coleta e as características sociodemográficos (n=159)

	Faculdade A	Faculdade B	Faculdade C	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Sexo				
Masculino	16(42,1)	9(13,4)	11(20,4)	36(22,6)
Feminino	22(57,9)	58(86,6)	11(79,6)	123(77,4)
Total	38(23,9)	67(42,1)	54(34,0)	159(100)
Idade				
Até 25 anos	30(78,9)	35(52,2)	37(68,5)	102(64,2)
De 26 até 35 anos	6(15,8)	26(38,8)	16(29,6)	48(30,2)
De 36 até 45 anos	1(2,6)	4(6,0)	-	5(3,1)
De 46 até 55 anos	-	2(3,0)	1(1,9)	3(1,9)
Acima de 56 anos	1(2,6)	-	-	1(0,6)
Total	38(23,9)	67(42,1)	54(34,0)	159(100)
Tipo de faculdade				
Privada	-	67(55,4)	54(44,6)	121(76,1)
Pública	38(23,9)	-	-	38(23,9)
Total	38(100)	67(100)	54(100)	159(100)

Tabela 2 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com as experiências e o preparo durante o curso de graduação em psicologia, no que se refere às questões relacionadas ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista (n=159)

	Faculdade A	Faculdade B	Faculdade C	Total
Experiência com alcoolista	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Sim	21(55,3)	25(37,3)	14(25,9)	60(37,7)
Não	17(44,7)	42(62,7)	40(74,1)	99(62,3)
Total	38(23,9)	67(42,1)	54(34,0)	159(100)
Estágio em dependência química	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Sim	19(43,2)	18(26,9)	7(13,0)	44(27,7)
Não	19(16,5)	49(42,6)	47(40,9)	115(72,3)
Total	38(23,9)	67(42,1)	54(34,0)	159(100)
Preparo em sala de aula sobre alcoolismo	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Sim	17(45,9)	40(59,7)	29(53,7)	86(54,4)
Não	20(54,1)	27(40,3)	25(46,3)	72(45,6)
Total	38(23,9)	67(42,1)	54(34,0)	159(100)

Quanto à experiência em álcool e outras drogas, a maior parte dos estudantes não teve contato com usuários durante a formação como psicólogos, até o momento da coleta de dados. Conforme demonstrado na Tabela 2, 62,3% dos estudantes referiram não ter tido experiência com alcoolistas durante a graduação e 72,3% referiram não ter realizado estágio na área. Entretanto, 54,4% referiram ter tido contato com o conteúdo em sala de aula.

5.1.1 ESCORE GERAL DAS ATITUDES NA AMOSTRA DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA FRENTE AO ÁLCOOL, AO ALCOOLISMO E AO ALCOOLISTA

A Tabela 3 apresenta os escores obtidos na EAFAAA como um todo e cada um dos fatores da escala pelos estudantes de psicologia que participaram da pesquisa (n=159).

Tabela 3 – Escores obtidos na EAFAAA, como um todo, e seus 4 fatores (n=159)

	Escore mínimo esperado	Escore mínimo observado	Escore máximo esperado	Escore máximo observado	Média observada (DP)	IC 95 %	
						Min	Max
Fator 1	1	2,29	5	4,62	3,57 (0,44)	3,50	3,64
Fator 2	1	2,11	5	5,00	3,95 (0,64)	3,85	4,05
Fator 3	1	1,09	5	4,00	2,64 (0,58)	2,55	2,74
Fator 4	1	1,11	5	4,22	3,08 (0,68)	2,97	3,18
Atitude geral	1	1,93	5	4,46	3,31 (0,58)	3,21	3,40

5.1.2 ATITUDE DA AMOSTRA DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA FRENTE AO ÁLCOOL, AO ALCOOLISMO E AO ALCOOLISTA DE ACORDO COM CADA UMA DAS FACULDADES ESTUDADAS

As Tabelas 4, 5 e 6 apresentam os escores obtidos na EAFAAA para cada um dos fatores, de acordo com a amostra de estudantes que participaram do estudo (n=159), de cada faculdade.

Na avaliação dos escores obtidos em cada um dos fatores nos estudantes de psicologia da Faculdade A (Tabela 4) verificou-se uma tendência a apresentar atitudes positivas frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista para o fator 1, para o fator 2 e para o fator 4. Para o fator 3 observou-se uma tendência de atitude negativa quando comparado com a média observada de 3,22.

Tabela 4 – Distribuição dos escores observados na EAFAAA pelos estudantes da Faculdade A (n=38)

Faculdade A	Escore mínimo esperado	Escore mínimo observado	Escore máximo esperado	Escore máximo observado	Média observada (DP)	IC 95%	
						Min	Max
Fator 1	1	3,00	5	4,19	3,65 (0,36)	3,53	3,77
Fator 2	1	3,00	5	5	4,15 (0,63)	3,94	4,36
Fator 3	1	2,09	5	4	2,91 (0,50)	2,75	3,08
Fator 4	1	2,11	5	4,11	3,22 (0,57)	3,03	3,40
Atitude geral	1	2,55	5	4,32	3,48 (0,51)	3,31	3,65

A média do escore obtido pela Faculdade B (Tabela 5) na EAFAAA foi de 3,23, com tendência a ter atitude positiva pelos estudantes de psicologia. De acordo com a média observada para o fator 1 e para o fator 2, sugeriram tendência a ter atitudes mais positivas frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolistas. Porém, para os fatores 3 e 4 apresentaram tendência sugestiva de atitude negativa quando comparado com a média observada de 3,23.

Tabela 5 – Distribuição dos escores observados na EAFAAA pelos estudantes da Faculdade B (n=67)

Faculdade B	Escore mínimo esperado	Escore mínimo observado	Escore máximo esperado	Escore máximo observado	Média observada (DP)	IC 95%	
						Min	Max
Fator 1	1	2,29	5	4,62	3,58 (0,48)	3,46	3,70
Fator 2	1	2,11	5	4,89	3,84 (0,64)	3,69	4,00
Fator 3	1	1,09	5	4,00	2,59 (0,62)	2,44	2,74
Fator 4	1	1,11	5	4,11	2,92 (0,69)	2,75	3,09
Atitude geral	1	1,65	5	4,40	3,23 (0,61)	3,08	3,38

Os estudantes de psicologia da Faculdade C (Tabela 6) tiveram a média observada de 3,29, com tendência a ter atitude positiva frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista. Ao verificar por fator, pode-se notar que a média para o fator 1, para o fator 2 e para fator 4 apresentaram tendência sugestiva de atitude positiva

quando comparada com a média observada. Já para o fator 3 teve tendência sugestiva de atitude negativa quando comparado com a média observada.

De um modo geral, as três faculdades apresentaram tendência de atitude positiva frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista para os quatro fatores. Contudo, pode-se notar que a Faculdade A obteve mais atitude positiva em relação aos quatro fatores do que as faculdades B e C. Notou-se que o fator 3 teve escore abaixo da média para as faculdades A, B e C, representando tendência de atitude negativa dos estudantes frente à etiologia do alcoolismo.

Tabela 6 – Distribuição dos escores observados na EAFAAA pelos estudantes da Faculdade C (n=54)

Faculdade C	Escore mínimo esperado	Escore mínimo observado	Escore máximo esperado	Escore máximo observado	Média observada (DP)	IC 95%	
						Min	Max
Fator 1	1	2,76	5	4,57	3,51 (0,44)	3,39	3,63
Fator 2	1	2,11	5	5,00	3,95 (0,62)	3,78	4,12
Fator 3	1	1,82	5	3,91	2,54 (0,54)	2,39	2,69
Fator 4	1	1,78	5	4,22	3,18 (0,70)	2,99	3,37
Atitude geral	1	2,12	5	4,42	3,29 (0,57)	3,14	3,45

As médias observadas por cada grupo de participantes em cada um dos quatro fatores da EAFAAA foram submetidas à análise de variância (ANOVA), e comparadas em nível de 5% de significância. Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos B e C em relação ao A nos fatores 3 e 4 e na escala geral das atitudes.

Os achados indicaram que os estudantes da faculdade A apresentaram atitudes mais positivas frente ao alcoolismo (etiologia) e a bebidas alcoólicas do que os participantes das faculdades B e C,

bem como atitude geral mais positiva quando comparados com os outros dois grupos. Os resultados indicaram ainda ser muito pouco provável que esses resultados tenham sido observados devido ao erro amostral (Tabela 7).

Tabela 7 - Comparação das médias das atitudes das faculdades A, B e C por fatores e escala total

Fator	Faculdade	N	Média	Desvio padrão	Valor de p
Fator1	A	38	3,65	0,36	0,341
	B	67	3,58	0,48	
	C	54	3,51	0,44	
	Total	159	3,57	0,44	
Fator2	A	38	4,15	0,63	0,060
	B	67	3,84	0,64	
	C	54	3,95	0,62	
	Total	159	3,95	0,64	
Fator3	A	38	2,91	0,50	0,005*
	B	67	2,59	0,62	
	C	54	2,54	0,54	
	Total	159	2,65	0,58	
Fator4	A	38	3,22	0,57	0,037*
	B	67	2,92	0,69	
	C	54	3,18	0,70	
	Total	159	3,08	0,68	
Total da escala	A	38	3,48	1,39	0,001*
	B	67	3,23	1,29	
	C	54	3,30	1,21	
	Total	159	3,31	1,34	

5.2 ANÁLISE DE CONFIABILIDADE (CONSISTÊNCIA INTERNA)

Os coeficientes finais de consistência interna dos fatores da escala, estimados pelo alfa de Cronbach, são apresentados na Tabela 8. A análise foi testada de duas formas diferentes: a escala na íntegra, descrita na tabela como total, e a de cada fator separadamente.

O alfa de Cronbach busca relacionar um único construto ou fator, medindo seu conjunto de itens, elaborando um coeficiente de fidedignidade com o objetivo de testar os itens propostos, determinando a correlação média entre os mesmos. Se a correlação média encontrada for maior entre os itens, maior será o alfa de Cronbach (Vargas e Luis, 2008).

Tabela 8 – Apresentação do alfa de Cronbach, por número de itens dos 4 fatores

Fator	Alfa de Cronbach	N de itens
Fator 1	0,855	21
Fator 2	0,790	9
Fator 3	0,868	11
Fator 4	0,859	9
Total	0,901	50

DISCUSSÃO

---

6 DISCUSSÃO

6.1 PERFIL DA AMOSTRA

As características sociodemográficas da amostra neste estudo podem ser comparadas a outro que avaliou o gênero do estudante de psicologia. Um recorte feito por Castro e Yamamoto (1998) apontou que a inserção da mulher no ensino superior se deu por meio de um processo de transformação social, política e cultural no país, a partir da década de 1970, havendo aumento das mulheres nos cursos dito como femininos. Ferreti (1976 apud Castro e Yamamoto, 1998, p. 4) diz ser a psicologia o quarto curso com predominância do sexo feminino (87%).

Dimenstein (2000) afirma que a maioria dos estudantes dos cursos de psicologia no país espera atuar com seus iguais, a classe média urbana, o que corrobora os resultados encontrados neste estudo. Dentro da sua formação teórica buscam subsídios para a prática clínica dentro do modelo clássico do atendimento individual. O autor continua relatando que essa visão do profissional é a mais conhecida e valorizada tanto pela categoria quanto pelo público leigo.

Em relação à experiência com alcoolista durante a graduação, os estudantes de psicologia relataram que não houve contato com usuário de álcool. Estudos com estudantes de outra área da saúde evidenciam que os futuros profissionais não estão sendo preparados adequadamente (Vargas, 2011b). Autores como Ronzani e Rodrigues (2006) fazem alusão à psicologia e à maneira de lidar com a saúde mental, que muitas vezes age de forma tradicional, sob uma perspectiva prática isolada e desarticulada do ser humano. Oliveira et al. (2005) também criticam a formação do psicólogo, que, de forma geral, não elabora um preparo para o atendimento da demanda de casos graves, crônicos ou agudos, com sérios

comprometimentos psíquicos, que chegam aos serviços referenciados e às unidades básicas de saúde.

O estágio específico em dependência química, o qual se pressupõe que seria a oportunidade do estudante ter contato direto com o alcoolista, não foi oferecido a 43% dos alunos das faculdades B e C. Ainda há uma grande discussão em torno da preparação dos estudantes no meio acadêmico, havendo uma discussão ética-política que se confronta com o jeito “psi” de atuar. Autores como Benevides (2005) e Ferreira Neto (2008) fazem uma ressalva, observando que após a reforma psiquiátrica o psicólogo abandonou o modelo unilateral (psicólogo e paciente), abrindo espaço para que os profissionais de psicologia pudessem atuar nos serviços de saúde pública. Porém, é possível notar que esse processo ainda está engatinhando; e, muitas vezes, o contato do psicólogo com os usuários de álcool e outras drogas só se dá após a sua formação, quando ele passa a atuar em um centro de atenção psicossocial ou serviço especializado nesse tipo de atendimento.

Quanto ao preparo em sala de aula sobre alcoolismo, 50% dos estudantes de psicologia da Faculdade B e 54% da Faculdade C referiram preparo por meio de aula expositiva, seminários, literatura, exemplos do professor; porém, não tiveram disciplina específica na área de álcool e outras drogas. Para 54% dos estudantes da faculdade A ter aula expositiva, seminários e afins não é considerado meio de preparo. Esses estudantes tampouco tiveram disciplina específica sobre o tema.

Carraro, Rassool e Luis (2005) trazem a reflexão do papel da universidade no panorama atual das drogas e a sua representação social. A universidade não pode ficar de fora, sendo parte de seu dever oferecer ao estudante preparo das competências necessárias para lidar com o uso, abuso e dependência de álcool em sua prática profissional. E mais, a falta de preparo inviabiliza o encaminhamento adequado aos serviços especializados pelo profissional de saúde.

6.2 ATITUDES DOS ESTUDANTES DE PSICOLOGIA FRENTE AO ÁLCOOL, AO ALCOOLISMO E AO ALCOOLISTA

A EAFAAA foi aplicada pela primeira vez com estudantes de psicologia para verificar suas atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista. Não há na literatura nacional e internacional estudos a respeito das atitudes desses estudantes acerca desta temática, naqueles que estavam para se formar no momento da pesquisa. Os resultados obtidos pelo alfa de Cronbach neste estudo coadunam os achados dos pesquisadores Vargas (2005) e Vargas e Luis (2008), com um alfa de 0,90 para os fatores da EAFAAA, evidenciando que há uma forte consistência interna do instrumento para essa população.

O processo inicial foi caracterizar a amostra, que teve prevalência do gênero feminino, com idade média de 25 anos e oriundo de instituição particular.

Quando verificadas as faculdades separadamente, observou-se uma tendência de atitude positiva dos estudantes das faculdades A, B e C para o fator 1, que é atribuído à perspectiva “o trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista”. Para esse fator, conforme preconiza o autor Vargas (2005), verifica-se a percepção, os sentimentos e as atitudes frente ao indivíduo alcoolista, bem como o trabalhar e o relacionar-se com o mesmo. Bettarello, Brasiliano e Fortes (1991) relatam que, embora existam estudos etiopatogênicos do alcoolismo, o trabalho terapêutico é direcionado ao alcoolista e não à gênese do alcoolismo. A psicoterapia tem como proposta ajudar o usuário que tem problema com álcool, independente das convicções pessoais do terapeuta. Isso pode contribuir para que o futuro profissional de psicologia tenha atitudes positivas no que concerne ao processo de lidar diretamente com o alcoolista.

No estudo realizado por Carraro, Rassool e Luis (2005), que investigaram o preparo de estudantes de enfermagem na região Sul do Brasil, os estudantes afirmaram que os enfermeiros têm

capacidade para lidar com usuários de álcool quando necessário, servindo como indicativo de atitude positiva, uma vez que os futuros profissionais acreditavam ter responsabilidade frente ao alcoolista. Em contrapartida, no trabalho de Vargas (2011b) os estudantes de enfermagem apresentaram atitudes negativas para lidar diretamente com o alcoolista, quando comparado aos achados deste estudo, em que os estudantes de psicologia apresentaram uma atitude positiva. Tal resultado pode ter relação com o tipo de formação do psicólogo em comparação com a do enfermeiro. O primeiro tem uma formação mais clássica, na relação direta com o sujeito, modelo tradicional imposto pelo currículo dos cursos de formação em psicologia, como critica Dimenstein (2001).

As três faculdades participantes deste estudo apresentaram tendência à atitude positiva para o fator 2 – “as atitudes frente ao alcoolista”. Vargas (2005) descreve esse fator como o que está relacionado com o envolvimento de opiniões, sentimentos e percepções frente ao indivíduo alcoolista, destacando principalmente suas características físicas e psíquicas, bem como comportamentos e atitudes atribuídas a esse paciente. Essa visão presente na lida com o alcoolista pode estar relacionada ao modelo teórico e prático que o psicólogo tem em sua formação. Conforme ressalta Bleger (1976 apud Luz e Perez, 1997), o psicólogo que intervém no ser humano como um todo está interessado nos aspectos psicológicos da vida, em suas diversas manifestações e amplitude, na assimilação e integração das experiências numa aprendizagem adequada, satisfazendo todas as necessidades psicológicas. O que pode levar o futuro profissional de psicologia a olhar para o individualismo, como processo interno, e desconsiderar o contexto social e cultural do indivíduo.

Contrapondo-se a essa lógica da intervenção, um estudo internacional realizado no Reino Unido com estudantes de terapia ocupacional (Gill et al., 2011) demonstrou quanto os estudantes sentiam-se preparados para lidar com orientações quando detectado

o problema do uso de álcool, o que os encorajava a ter uma atitude mais positiva frente ao alcoolista. Em estudo brasileiro conduzido por Vargas (2011b) na área de enfermagem constatou-se que os estudantes tinham atitudes negativas ao se relacionar com o alcoolista. Relataram ter medo do comportamento agressivo, sendo que metade dos entrevistados disse não saber como conduzir o atendimento a um usuário de álcool, caso fosse preciso.

Assim como o alcoolismo pode ser um tabu para os estudantes de psicologia, um estudo realizado no Reino Unido sobre a temática gay e direitos humanos demonstrou que a falta de preparo, bem como a ausência do tema na grade curricular dos estudantes de psicologia, interfere diretamente para que estes apresentem atitudes negativas frente ao tema “gays, lésbicas e o direitos humanos” (Ellis, Kitzinger, Wilkinson, 2002). Um estudo australiano sobre a mesma temática relevou que as pessoas que tinham contato anterior com pessoas de orientação sexual gay ou lésbica apresentavam atitude mais positivas (Riggs, Webber, Fell, 2012).

Portanto esses estudos evidenciam que quanto mais preparo e aceitação sobre um determinado tema, mais fácil é o manejo e o preparo para lidar diretamente com problemas relacionados à sexualidade, bem como lidar com usuários de álcool, pois o profissional da área da saúde pode ter uma atitude mais positiva diante de uma população específica. E, dessa forma, ao considerar que neste estudo os estudantes de psicologia tiveram pouco ou nenhum preparo para lidar com o tema, pode-se concluir também que a formação influencia as suas atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista.

Sob essa perspectiva, pode-se pensar que o contato/experiência do estudante de psicologia com o alcoolista no seu meio familiar ou social, anteriormente e durante a graduação, diminui sua atitude negativa frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista, conforme aponta o resultado encontrado nesta pesquisa.

No estudo de Vargas e Labate (2006), no que tange ao aspecto psicológico, a opinião de enfermeiros sobre o uso de álcool transforma pessoas saudáveis em “débeis e loucas”, indivíduos que têm baixa tolerância à frustração, reações inadequadas e falta de assertividade diante de aspectos negativos da vida, sem que haja enfrentamento por parte dos alcoolistas. Atitudes um pouco diferentes foram encontradas no presente estudo, o que sugere atitudes um pouco mais positivas dos estudantes de psicologia frente à temática.

O fator 3 aparece como tendência à atitude negativa frente ao álcool, ao alcoolismo e alcoolista para as três faculdades estudadas. Esse fator refere-se à “atitude frente ao alcoolismo, a etiologia”. Acerca desse aspecto, estudo realizado por Wedding et al. (2007) sobre a atitude dos psicólogos frente à síndrome fetal pelo álcool (SFA) evidenciou que, embora tivessem conhecimento geral em relação à SFA, poucos psicólogos contavam com formação adequada na área de prevenção, diagnóstico e tratamento, o que inviabiliza melhor compreensão da doença. Diferentemente dos achados do estudo realizado por Vargas (2011b), no qual os participantes disseram ter conhecimento dos fatores sociais da SFA (desemprego, dificuldade financeira, problemas familiares), da falta de autocontrole dos pacientes e de que se trata de uma doença genética.

Os estudantes de psicologia deste estudo tiveram tendências para atitudes negativas sobre os fatores associados que podem levar ao alcoolismo, o que pode estar relacionado à falta de preparo referida, reforçando o que os pesquisadores têm criticado quanto à ausência de qualificação e capacitação tanto para os estudantes quanto para os profissionais da área da saúde (Lopes e Luis, 2005). Além do álcool apresentar problemas orgânicos associados e aspectos sociais, há um fator que perpetua o despreparo no manejo do alcoolista: a moralização (Queiroz e Caldas, 2012) ou

estigmatização, que influencia diretamente o resultado do tratamento ou acesso a ele (Ronzani e Furtado, 2010).

Silveira et al. (2011), ao realizarem uma revisão sistemática da literatura acerca de estigma social e alcoolismo, encontraram um estudo em uma escola médica na qual a percepção dos estudantes de medicina, ao lidar diretamente com dependentes químicos em contextos hospitalares que abrigam pacientes mais graves e crônicos, reforçou o aumento de atitudes negativas, impactando no prognóstico e nas intervenções necessárias a este grupo.

O fator 4, referente a “atitudes frente ao uso de álcool”, teve atitude mais positiva pelos estudantes de psicologia da Faculdade A e da Faculdade C. Esse resultado também aparece no estudo feito por Vargas (2011b) com estudantes de enfermagem. Os estudantes compreendem que é possível beber, desde que as pessoas saibam até quando. Para o autor, se o uso de álcool foge desse controle não pode ser considerado como atitude positiva. A atitude negativa dos estudantes da faculdade B frente ao uso de álcool indica que a concepção é de que o uso de álcool, mesmo em doses baixas, pode trazer prejuízos ou danos às pessoas e desqualificam o beber em qualquer dose. Esse resultado é consistente com o estudo de Vargas e Labate (2006), que entrevistaram enfermeiros que identificaram na bebida alcoólica um perigo à saúde, independente da quantidade ingerida. Quando associado às variáveis de experiência e estágio com alcoolista, os estudantes da Faculdade B responderam que não tiveram essa vivência, o que pode ter ajudado na construção de uma crítica negativa. Contudo, os que referiram que tiveram preparo teórico durante a graduação podem ter reforçado a crença de que beber faz mal à saúde em qualquer circunstância.

O estudo realizado por Bataglia e Bortolanza (2012) avaliou a percepção dos estudantes de psicologia durante a graduação no que diz respeito aos conceitos de moral e ética, indicando dificuldade destes em perceber o papel da faculdade na formação reflexiva e

autônoma; tampouco há clareza na diferenciação moral e ética. Ao fazer esse paralelo, pode-se refletir que o conceito moral permanece no que é aprendido no senso comum, e o julgamento de valor diante do alcoolista pode ser praticado pelos futuros profissionais de psicologia.

De modo geral, a Faculdade A teve escores estatisticamente mais significantes para os fatores 3 e 4. Pode-se levantar como hipótese que a experiência com alcoolista durante a formação apresentou um percentual maior em relação às demais faculdades. Ou seja, o estudante da Faculdade A esteve em contato direto com usuários de álcool, o que pode diminuir o estigma frente ao alcoolista. Também foi possível reforçar essa ideia quando os estudantes da Faculdade A responderam que realizaram estágio em locais de atendimento a usuários de álcool, permitindo diminuir a atitude negativa. A práxis possibilita ao estudante vivenciar o contato direto com o usuário de álcool, levando-o a desconstruir, além do conhecimento teórico e metodológico, a visão hegemônica da sociedade de que o alcoolista não tem jeito, é irrecuperável e não merece tratamento.

De acordo com alguns autores (Freire e Fonte, 2007; Vendramini, Silva e Dias, 2009), a obtenção de atitudes positivas frente às situações experienciadas implica maior grau de envolvimento dos indivíduos no desenvolvimento e promoção de novas competências.

6.3 CONFIABILIDADE DA ESCALA QUANDO APLICADA EM ESTUDANTES DE PSICOLOGIA

Assim como em estudos anteriores, a EAFAAA mostrou-se confiável para uso com estudantes. Embora seja a primeira vez que essa escala é aplicada a estudantes da área específica da psicologia, os resultados obtidos pelo alfa de Cronbach neste estudo são semelhantes aos encontrados em trabalhos anteriores por

Vargas (2005) e Vargas e Luis (2008), com um alfa de 0,90 para os fatores da EAFAAA.

Rotineiramente a confiabilidade é analisada por meio da mensuração da consistência interna, sendo aceita como evidência de que o teste como um todo mede apenas um fenômeno (Waltz, Strickland, Lenz, 2005). Baixos valores de consistência interna indicam que os itens medem diferentes atributos ou as respostas dos sujeitos são inconsistentes (Keszei, Novaka, Streiner, 2010). Entre os vários coeficientes que fornecem medidas de consistência interna temos o alfa de Cronbach, o método mais utilizado para verificação da confiabilidade na atualidade (Waltz, Strickland, Lenz, 2005).

Segundo a literatura, o alfa de Cronbach mede a correlação entre os itens com índices que variam de 0,00 a 1,00. Valores acima de 0,70 refletem um alto grau de consistência interna (Pasquali, 2001; Polit, Beck, Hungler, 2004). Uma vez que se encontrou um alfa de 0,90 para a escala total, considera-se que o presente instrumento possui alto grau de consistência interna, o que possibilita o seu uso em populações de estudantes da área da psicologia em estudos futuros.

CONCLUSÕES

---

7 CONCLUSÕES

Os resultados encontrados neste estudo apontaram uma diferença significativa para os fatores de um modo geral para os estudantes da Faculdade A, que por sua vez oferece curso em período integral e possibilita ao estudante ter acesso a atividades extracurriculares, tais como estágios em instituição de atendimento a usuário de álcool e outras drogas, favorecendo o contato direto com ele.

De acordo com as variáveis investigadas, pode-se observar que os estudantes apresentaram atitudes mais positivas quando realizaram atividade de estágio ou tiveram contato direto com o alcoolista. O meio de preparo parece não ter influenciado nenhuma das três faculdades, uma vez que mesmo com o conhecimento os estudantes apresentaram tendência a atitudes negativas em relação à etiologia do alcoolismo. Embora os estudantes possam considerar o alcoolismo como doença, a tendência negativa para o fator 3 levanta o questionamento sobre o beber controlado, moderado e a dependência.

A construção de saberes, muitas vezes, se dá na prática e ajuda desconstruir o modelo moral e a visão simplista do que é o beber. No fator 4 os estudantes das faculdades B e C tiveram uma diferença estatisticamente significativa em relação à Faculdade A. Pode-se inferir daí a hipótese de que o contato durante o estágio e a experiência que os estudantes da Faculdade A tiveram contribuíram para melhores atitudes, enquanto os estudantes das faculdades B e C, com pouco ou nenhum contato com alcoolistas, apresentaram atitudes negativas. Novos estudos nessa área são necessários para a verificação dessa hipótese.

No Brasil, desde sua configuração como profissão, a psicologia passou por diversos processos de transformação. Apoiada nas Diretrizes da Grade Curricular, a maior ênfase dada

atualmente na formação do psicólogo é para a sua inserção e participação nos serviços de atenção básica à saúde e atenção integral à saúde mental.

Contudo, o paradigma do modelo clínico permanece nas universidades, no modelo enrijecido de formação para atuação na clínica individualista, particularmente na clínica psicanalítica. Fora da academia já acontece o reconhecimento de um fazer coletivo, de um olhar para além da saúde individual, para os aspectos sociais e culturais dos indivíduos. Com a criação de centros especializados em álcool e outras drogas, torna-se cada vez mais crescente a presença do psicólogo nesse campo de atuação.

Diversos estudos foram realizados com o objetivo de verificar as atitudes dos profissionais da saúde frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista utilizando a EAFAAA, pensando no processo de formação e conhecimento para diminuir o impacto das crenças negativas e do estigma social sofrido pelo indivíduo que busca apoio na rede básica de saúde, onde por muitas vezes não é atendido em razão do preconceito e despreparo desses profissionais. Em função da inexistência de estudos brasileiros e até internacionais que analisem a atitude dos estudantes de psicologia, este estudo contribuiu para o primeiro passo em direção à quebra desse paradigma e para que outros trabalhos sejam realizados.

REFERÊNCIAS

---

8 REFERÊNCIAS

Aguirre, AMB et al. A formação da atitude clínica no estagiário de psicologia. *Psicol USP*, São Paulo, 2000; 11 (1). Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642000000100004&lng=en&nrm=iso>. Access on 14 Oct. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642000000100004>.

Anderson P, Clement S. The AAPPQ Revisited: the measurement of general practitioners' attitudes to alcohol problems. *British Journal of Addiction* [serial on the Internet]. (1987, July), [cited November 27, 2011]; 82(7): 753-759. Available from: Academic Search Premier

Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Alcohol and Global Health 2: Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet* 2009; (373): 2234–46.

Andrade TM, Espinheira CGD. A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira. In: SUPERA – Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento: Módulo 1 – O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2009. p. 2-9.

Asch SE. Attitudes as Cognitive Structures. In: Jahoda M e Warren N. *Attitudes: Selected Readings*. England: Penguin Book. 1966. p.32-39.

Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem DJ. *Introdução à Psicologia*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

Bataglia PUR, Bortolanza MR. Formação profissional e conceitos de moral e ética em estudantes de psicologia. *Psicologia: teoria e prática*. 2012; 14(2): 126-140.

Benevides RA. Psicologia e o Sistema Único de Saúde: Quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*; 2005 mai/ago; 17 (2): 21-25.

Bettarello SV, Brasiliano S, Fortes JRA. Psicoterapias de alcoolistas. In: Fortes, JRA, 1924 - Alcoolismo: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier, 1991. p. 290-295.

Bicca C, Pereira MC, Gambarini, MA. Conceitos, Diagnóstico e Classificação. In: Pulcherio G, Bicca C, Silva FA. Álcool, outras drogas, informação: o que cada profissional precisa saber. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

Borini P. Influência do curso médico sobre os estudantes de medicina quanto ao uso de bebida alcoólica e sobre as atitudes, conceitos e concepções etiológicas relativos ao uso abusivo de álcool. J Bras Psiqu. 1996; 45(12):703-708.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Educação. Lei nº 2051, de 09 de julho de 2004. Regulamenta os procedimentos de avaliação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES). In: Diário da União, Brasília, DF, 12 julho 2004a. Seção 1, p. 12. [Citado 2011 Nov. 18]. Disponível em: <http://meclegis.mec.gov.br/documento/view/id/32>

Brasil. Casa civil. Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004. Institui o sistema nacional de avaliação da educação superior – SINAES e dá outras providências. Brasília, 14 de abril de 2004b. [Citado 2011 dez. 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.861.htm

Brasil. Ministério da Saúde. AprenderSUS: O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. In: Departamento de Gestão da Educação na Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Carlini EA. Epidemiologia do Uso de Álcool no Brasil. Arq Méd ABC. 2006; (Supl.II): 4-7.

Carlini EA, Galduróz JCF. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. Brasília: SENAD, 2007.

Castro AEF, Yamamoto OH. A Psicologia como profissão feminina: apontamentos para estudo. Estudos de Psicologia. 1998; 3(1): 147-158.

Carraro TE, Rassool GH e Luis MAV. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no Sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2005; 13, n.spe, pp. 863-871. ISSN 0104-1169.

Colares MFA et al. Construção de um Instrumento para Avaliação das Atitudes de Estudantes de Medicina frente a Aspectos Relevantes da Prática Médica. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro. 2002 set./dez; 26(3).

De Torres L, Tamajón V, Barquero M, García J, Palomino M. Validación del Müncher Alkoholismus Test Subjektiv para el diagnóstico de alcoholismo en la población adulta. Aten Primaria. 2009;41(8).

Dimenstein M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. Psicol. estud. [online]. 2001; 6(2): 57-63.

Dimenstein MDB. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. Estudos de Psicologia. 2000; 5(1), 95-121.

Dimenstein MDB. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. Estud Psicol (Natal) [online]. 1998, 3(1): 53-81.

Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde. 3. ed. – Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda., 1999.

Ellis SJ, Kitzinger C, Wilkinson S. Attitudes Towards Lesbians and Gay Men and Support for Lesbian and Gay Human Rights Among Psychology Students. J Homosex. 2002;44(1):121-38.

Engs, RC. Medical, Nursing and Pharmacy students' attitudes towards alcoholism in Queensland, Australia. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1982; 6(2): 224-229.

Ferreira Neto JL. Intervenção psicossocial em saúde e formação do psicólogo. *Psicologia & Sociedade*. 2008; 20(1): 62-69.

Freire T, Fonte C. (2007). Escala de atitudes face ao lazer em adolescentes e jovens adultos. *Paidéia*, 2007; 17(36), 79-87.

Fortes JRA, 1924- Alcoolismo: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier, 1991.

Galduróz JCF, Caetano R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Ver Bras Psiquiatr*. 2004; 26 (supl I): 3-6.

Gill J, Maclean F, Renton L, O'May F. Occupational therapy graduates of 2009: knowledge and attitudes relating to their role in the area of alcohol misuse. *British Journal of Occupational Therapy*. 2011; 74(4).

Gouveia VV, Pimentel CE, Leite PRL, Albuquerque JR, Costa TAB. Escala de Atitudes Frente ao Uso de Álcool: Descrevendo seus parâmetros psicométricos. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2009, 29 (4): 672-685.

Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou SP, Dufour MC, Pickering RP. The 12-month prevalence and trend in DSM-IV alcohol abuse and dependence United States, 1991-1992 and 2001-2002. *Drug and Alcohol Dependence*. 2004; (74): 223-234.

Heckmann W, Silveira CM. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: Andrade AG, Anthony JC, Silveira CM. *Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual*. Barueri, SP: Minha Editora, 2009.

Henrique IFS, De Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras drogas (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras*. 2004, Apr-Jun; 50(2):199-206.

Keszei AP, Novaka M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. *Journal of Psychosomatic Research* 2010; 68(4): 319-23.

Laranjeira R, Nicastri S. Abuso e dependência de álcool e drogas. In: Almeida OP, Dractcu L, Laranjeira R. Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1996. p. 83-112.

Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo do álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

Lopes GT, Luis MAV. A formação do enfermeiro e o fenômeno no estado do Rio de Janeiro – Brasil: atitudes e crenças. Rev Latino-am Enfermagem. 2005 set/out; 13(numero especial);872-9.

Luz AA, Perez EL. Reflexões sobre a extensão universitária e a participação da Psicologia num Programa de Prevenção ao abuso de álcool e outras drogas. Interação, Curitiba, 1997 jan./dez; (1): 179-192.

Masur J. Conjecturas sobre o uso milenar de bebidas alcoólicas. Ciência e Cultura. 1978; 30(5): 531-534.

McDavid JW. Psicologia e Comportamento Social/ John W. McDavid [e] Herbert Harari. Rio de Janeiro: Interciência, 1980.

Mesquita, EM et al. Avaliação das atitudes dos estudantes de medicina frente ao abuso de drogas por colegas do meio acadêmico. Rev Psiquiatr. 2008; 35 Supl 1: 8-12.

Ministério da Educação (MEC). Sistema e-mec. [Citado 2011 ag. 22]. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>

Monteiro MG. Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Washington, DC: OPAS, 2007.

Noronha APP et al. Conhecimento de estudos a respeito de conceitos de avaliação psicológica. Psicol. Estud. 2004; 9 (2): 263-269.

Noto AR, Moura YG, Nappo S, Galduróz JCF, Carlini EA. Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999. J Bras Psiquiatr. 2002; 51:113-121.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório Sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

Oliveira IF, Dantas CMB, Costa ALF, Gadelha TMS, Ribeiro EMPC & Yamamoto OH. A Psicologia, o Sistema Único de Saúde e o Sistema de Informações Ambulatoriais. *Interação em Psicologia*, Curitiba, jul./dez. 2005; (9)2: 273-283.

Overstreet DH, Kampov-Polevoy AB. Alcoholism, Alcohol Abuse, and Alcohol Dependence. *Biological Psychiatry*, 2000: 463-485.

Pasquali L. Psicometria. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2009; 43, n.spe, pp. 992-999.

Pimentel CE, Coelho Júnior, LL & Aragão, TA. Atitudes Frente ao Uso de Álcool, Maconha e Outras Drogas: Verificando Relações de Predição e Mediação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2009; 22(1): 29-35.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª. Ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Queiroz RC, Caldas MT. Encontros e desafios para psicólogos que trabalham em centros de atenção Psicossocial álcool-drogas (CAPSAD). *Neurobiologia*, 2012 jul/dez; 75:(3-4).

Riggs DW, Webber K, Fell GR. Australian Undergraduate Psychology Students' Attitudes Towards Trans People. *Gay & Lesbian Issues and Psychology Review*, 2012; 8(1):52-62.

Ronzani TM, Furtado EF. Estigma social sobre o uso de álcool. *J Bras Psiquiatr*. 2010; 59(4): 326-332.

Ronzani TM, Rodrigues MC. O Psicólogo na Atenção Primária à Saúde: Contribuições, Desafios e Redirecionamentos. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2006; 26 (1): 132-143.

Rosenberg MJ, Hovland CI. Attitude, organization and change: An analysis of consistency among attitude components. New Haven: Yale University Press; 1960.

Santos FSD, Verani AC. Alcoolismo e medicina psiquiátrica no Brasil do início do século XX. *História, Ciências, Saúde*. 2010; 17(2): 401-420.

Schuckit MA. Alcohol-use disorders. *Lancet* 2009; (373): 492–501.

Seibel SD, Toscano Jr. A. Dependência de Drogas. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

Silveira, PS, Martins LF, Soares RG, Gomide HP, Ronzani TM. Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e Alcoolismo. *Estudos de Psicologia*. 2011/maio-agosto, 16(2): 131-138.

Simons JS, Gaher, RM. Attitudes toward alcohol and drug-free experience among college students: Relationships with alcohol consumption and problems. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2004, 31(2), 337-56.

Souza LCG, Souza Filho EA. O lugar da Psicologia Social na formação dos psicólogos. *Psicologia & Sociedade*. 2009; 21 (3): 383-390.

The National Institute on Drug Abuse (NIDA). Alcohol. [Citado em 2011 junho 18]. Disponível em: <http://www.nida.nih.gov/drugpages/alcohol.html>

Triandis, HC. Attitude and attitude change. New York: John Wiley, 1971.

Vargas D. Versão reduzida da escala de atitudes frente ao álcool, alcoolismo e ao alcoolista: resultados preliminares. *Rev. Esc. enferm. USP*, São Paulo, 2011a; 45(4).

Vargas D. Atitudes de estudantes de enfermagem frente questões relacionadas ao álcool, alcoolismo e alcoolista. *Acta Paul Enferm* 2011b; 24(5): 638-44.

Vargas D. A construção de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista: um estudo psicométrico. 2005. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. [Citado 2011 dez, 07]. Disponível em:

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-25072005-090632/>

Vargas D, Luis MAV. Development and validation of a scale of attitudes towards alcohol, alcoholism and alcoholics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (Ribeirão Preto). 2008; (16): 895-902.

Vargas D, Labate RC. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente ao uso de álcool e alcoolismo. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(1): 47-51.

Vargas D, Labate RC. Trabalhar com pacientes alcoolistas: satisfação de enfermeiros de hospital geral. *Rev Gaúcha Enferm*. 2005; 26(2): 252-60.

Vendramini CMM, Silva MCR. Avaliação de atitudes de estudantes de psicologia via modelo de crédito parcial da TRI Dias AS. *Psico-Usf*. 2009 Set/Dez; 14 (3): 287-298.

Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in Nursing Research*. 2nd ed ed. Philadelphia: F.A. Davis Company 2005.

Wedding et al. Psychologists' Knowledge and Attitudes About Fetal Alcohol Syndrome, Fetal Alcohol Spectrum Disorders, and Alcohol Use During Pregnancy. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2007; 38(2): 208–213.

World Health Organization (WHO). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2004.

World Health Organization (WHO). *Global status report on alcohol and health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2011.

ANEXOS

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Colega:

Tenho a honra de convidá-lo a participar do estudo **“Atitudes de Estudantes de Psicologia acerca do Álcool, do Alcoolismo e do Alcoolista”**. Se for de seu interesse participar deste estudo, você responderá a algumas questões opinando a respeito da problemática do álcool, do alcoolismo e do alcoolista. Você terá liberdade para tirar possíveis dúvidas, bem como desistir de participar a qualquer momento.

A sua opinião será de grande valor para o presente estudo, pois haverá a oportunidade de verificar quais as atitudes dos estudantes de psicologia acerca desses temas, o que possibilitará pensar na assistência aos indivíduos em que se verificam o uso abusivo e a dependência do álcool.

Como responsável por este estudo, tenho o compromisso de manter em sigilo todos os dados pessoais. Você pode se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar sua desistência, não sofrendo qualquer prejuízo ou risco de qualquer natureza.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Avenida Doutor Enéas de Carvalho, 419 – 2º andar – CEP: 05403-000 – email: edipesq@usp.br

Você está recebendo duas vias deste termo. Assim, se estiver clara para você a finalidade deste estudo e se concordar em participar dele, por favor, assine abaixo, devolvendo esta via juntamente com os questionários respondidos, e permaneça com a segunda via. Reitero que você terá liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e, portanto, deixar de participar do estudo.

Desde já, meus sinceros agradecimentos por sua colaboração.

Prof. Dr. Divane de Vargas
COREn/SP 80884
Orientador
Fone: (11) 3061-7615

Neuri Pires das Mercês
CRP 06/71041
Pesquisador
Fone: (11) 97181-8510

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente projeto de pesquisa.

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: ( ) M ( ) F

Assinatura: _____ RG: _____

São Paulo ____ de ____ de 20 ____.

APÊNDICE B - Questionário

Dados pessoais

- 1) Sexo: ☐ M ☐ F
- 2) Idade:
- 3) Atualmente você está cursando que ano da graduação de psicologia?
☐ 4º ano (licenciatura) ☐ 5º ano (bacharelado)
- 4) Sua faculdade é: ☐ Pública ☐ Privada
- 5) Já teve experiência com alcoolistas durante o curso: ☐ Sim ☐ Não
- 6) Essa experiência foi durante o estágio? ☐ Sim ☐ Não
- 7) Durante o curso, você já recebeu ou tem recebido preparo para lidar com dependentes de álcool e outras drogas?
☐ Sim ☐ Não

ANEXO 1 - Escala de Atitude Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista – EAFAAA

Discordo totalmente = 1

Discordo em parte = 2

Estou em dúvida = 3

Concordo em parte = 4

Concordo totalmente = 5

28	A equipe precisa de treinamento para trabalhar com o alcoolista.	1	2	3	4	5
38	E preciso tomar cuidado ao trabalhar com o paciente alcoolista.	1	2	3	4	5
46	Não de deve confiar em alcoolistas.	1	2	3	4	5
65	O paciente alcoolista acaba sempre voltando ao serviço com o mesmo problema.	1	2	3	4	5
67	Considero paciente alcoolista o mais difícil de lidar.	1	2	3	4	5
69	O alcoolista é um paciente que nunca dá retorno do cuidado.	1	2	3	4	5
71	O alcoolista é uma pessoa de difícil contato.	1	2	3	4	5
73	Eu tenho medo de abordar o problema do alcoolismo com o paciente.	1	2	3	4	5
75	Eu tenho medo da agressividade do alcoolista.	1	2	3	4	5
76	Sinto-me frustrado quando trabalho com alcoolistas.	1	2	3	4	5
77	Quando o paciente não quer colaborar, o melhor é desistir de ajudar.	1	2	3	4	5
78	Quando trabalho com o alcoolista, não sei como conduzir a situação.	1	2	3	4	5
79	Para atender o alcoolista, é preciso contê-lo.	1	2	3	4	5
80	Penso que alcoolistas dão muito trabalho para a equipe de saúde.	1	2	3	4	5
81	Devo cuidar do alcoolista, mesmo que ele não queira.	1	2	3	4	5
82	Mesmo consciente o alcoolista desrespeita a equipe.	1	2	3	4	5
84	Sinto raiva ao trabalhar com alcoolistas.	1	2	3	4	5
85	O paciente alcoolista não aceita o que eu falo.	1	2	3	4	5
88	Alcoolistas são pacientes difíceis porque não colaboram com o tratamento.	1	2	3	4	5
91	Eu prefiro trabalhar com pacientes alcoolistas a trabalhar com outros pacientes.	1	2	3	4	5
2	Alcoolistas são revoltados.	1	2	3	4	5
3	O alcoolista é um doente.	1	2	3	4	5
6	Alcoolistas não têm bom senso.	1	2	3	4	5
11	O alcoolista é agressivo e mal-educado.	1	2	3	4	5
16	O alcoolista é um irresponsável.	1	2	3	4	5
26	Os Alcoolistas são pacientes violentos.	1	2	3	4	5
36	Penso que pessoas que desenvolvem o alcoolismo são fracas.	1	2	3	4	5
41	O alcoolista não quer se cuidar.	1	2	3	4	5
58	Penso que o alcoolista é culpado por seus problemas de saúde.	1	2	3	4	5
90	O alcoolista não leva o tratamento a sério.	1	2	3	4	5
08	Percebo que o alcoolista tem baixa autoestima.	1	2	3	4	5
17	Penso que passar por um desajuste familiar leva ao alcoolismo.	1	2	3	4	5
18	O alcoolista é um indivíduo que não consegue controlar sua ingestão alcoólica.	1	2	3	4	5
22	O álcool é usado como fuga.	1	2	3	4	5
32	Penso que todo o alcoolista tem algo mal resolvido.	1	2	3	4	5
42	A falta de autocontrole leva ao alcoolismo.	1	2	3	4	5
51	Penso que a depressão leva ao alcoolismo.	1	2	3	4	5
55	O alcoolismo está relacionado ao nível de instrução do indivíduo.	1	2	3	4	5
56	O alcoolista bebe para fugir da realidade.	1	2	3	4	5
59	O que falta no alcoolista é força de vontade.	1	2	3	4	5
62	As questões sociais levam o indivíduo a beber.	1	2	3	4	5
5	Penso que as pessoas têm o direito de beber se elas quiserem.	1	2	3	4	5
10	A bebida alcoólica é agradável e traz bem-estar.	1	2	3	4	5
15	O uso de bebida alcoólica é um comportamento normal.	1	2	3	4	5
30	Beber com moderação não é prejudicial.	1	2	3	4	5
35	Eu sou contra o uso do álcool em qualquer momento.	1	2	3	4	5
40	O álcool em quantidades reduzidas é benéfico.	1	2	3	4	5
49	Eu sou a favor do beber moderado.	1	2	3	4	5
53	Doses pequenas de álcool são capazes de causar dependência.	1	2	3	4	5
57	As pessoas podem beber desde que saibam se controlar.	1	2	3	4	5