

POLLYANNA SANTOS DA SILVEIRA

**ESTIGMATIZAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS ENTRE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA**

Orientador: Telmo Mota Ronzani

Co-orientador: Ronaldo Rocha Bastos

JUIZ DE FORA
2010

POLLYANNA SANTOS DA SILVEIRA

**ESTIGMATIZAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS ENTRE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA**

Orientador: Telmo Mota Ronzani

Co-orientador: Ronaldo Rocha Bastos

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Juiz de Fora
para obtenção de título de Mestre.

JUIZ DE FORA
2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO

**ESTIGMATIZAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS ENTRE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA**

Autor: Pollyanna Santos da Silveira
Orientador: Telmo Mota Ronzani
Co-orientador: Ronaldo Rocha Bastos

Comissão Examinadora

Avaliador 1: Prof. Dra. Ana Regina Noto

Avaliador 2: Pro. Dr. Lelio Moura Lourenço

Avaliador 3: Telmo Mota Ronzani

JUIZ DE FORA
2010

RESUMO

INTRODUÇÃO: Os indivíduos dependentes de substâncias são comumente vistos como perigosos ou violentos, entretanto se as pessoas com tal condição continuam a ser associadas a tais características elas poderão ser afetadas negativamente pela rejeição, pela relutância em procurar ajuda profissional por medo da estigmatização e da exclusão. **OBJETIVO:** O objetivo geral do presente estudo é avaliar aspectos envolvidos no processo de estigmatização, tais como a moralização e a distância social, atribuídos ao comportamento de uso de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde de diferentes serviços da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. **MÉTODO:** Participaram do estudo 183 profissionais de saúde, sendo 51 de serviços de saúde mental e o restante de hospitais gerais. Os instrumentos auto-aplicáveis utilizados foram: questionário sócio-demográfico, Escala de Tolerância Social, Questionário Sobre Modelo de Percepção de Problemas de Saúde e Vinhetas que avaliavam aspectos envolvidos com a estigmatização tais como percepção de perigo, distância social e moralização do uso de drogas. Para fins de descrição e eventuais comparações e inferências estatísticas, foram utilizados dados escalares numéricos e categoriais onde foram computadas todas as informações através do software estatístico SPSS®, seguindo o caráter exploratório inerentes aos objetivos do estudo. Foram utilizadas ainda medidas de associação para se analisar a relação entre cada variável e o tipo de serviço, assim como para comparar as substâncias em cada variável. Para complementar o estudo, utilizou-se a regressão múltipla para analisar quais as variáveis explicam a distância social. **RESULTADOS:** Observou-se que as condições de saúde com maior frequência de modelo moral para a amostra total, respectivamente, foram: tabagismo, dependência de maconha/cocaína, AIDS, alcoolismo e, em menor porcentagem, a Obesidade. Com relação à distância social, a afirmativa que apresenta maior contato ou intimidade, “Ter alguém da família casado com essa pessoa”, corresponde à afirmativa com maior desejo por distância social. Considerando o modelo

explicativo para distância social em relação aos dependentes de álcool, as variáveis nível profissional, simpatia e compaixão foram significantes para este modelo especificamente. Com relação ao desejo de distância social dos dependentes de cocaína, as variáveis explicativas simpatia, crença na recuperação e as reações emocionais tais como medo e vontade de se afastar foram significativas para este modelo. Por fim, para o modelo explicativo da distância social em relação aos dependentes de maconha, as variáveis explicativas significantes foram vontade de se afastar e desejo de ajudar. A motivação para tratar o problema estava associada à menor distância social em todos os modelos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A dependência de substância é uma das condições percebidas de forma mais negativa, por isso é imperioso a reorganização do serviço e treinamento dos profissionais para ir ao encontro das necessidades dos pacientes e dos resultados esperados.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Léo, que com amor e dedicação tornou cada dia desta caminhada mais feliz e pelo apoio e paciência incondicional que permitiram que eu alçasse vôos cada vez mais altos.

Ao Prof. Telmo pela confiança e pelos ensinamentos tão valiosos. Sua amizade e competência me proporcionaram uma segurança indispensável para a conclusão desta etapa e para pensar em perspectivas futuras.

Ao Prof. Lelio pelo carinho e contribuições a este trabalho.

À Prof.^a Ana Regina pela inspiração intelectual e ternura em suas contribuições.

Aos amigos que tanto contribuíram para este trabalho, Rhaisa, Henrique, Thais e Viviam, pelo apoio em todos os momentos e por tornarem tudo mais alegre e divertido. Além deles, um agradecimento especial à três pessoas que mal chegaram e já se tornaram amigas tão queridas que vieram somar ao grupo: Fabrícia, Flaviane e Gabi.

À minha mãe – exemplo de determinação – que apesar de minha eventual ausência, me apoiou e vibrou a cada pequena conquista.

À minha irmã pelo carinho, amizade e apoio tão imprescindível.

À minha família tão querida pelo apoio e carinho, em especial à Nana e às minhas tias Conceição e Gracinha, sempre tão amáveis. Ao meu Tio Itamar, motivo de orgulho e exemplo a ser seguido.

À família Fernandes Martins que me acolheu e amparou, tornando-se parte de mim.

À Martha pelo apoio surpreendente no momento mais difícil desta caminhada. Serei eternamente grata!

A todos os amigos, tão indispensáveis, o meu “Muito Obrigada!”. A alegria de vocês torna qualquer obstáculo facilmente superável. Em especial, à Natalia e Carol que me fizeram acreditar que esse sonho era possível. Todos vocês são muito especiais.

À ABAN, em especial ao projeto REGGAEBEM, por me ensinarem a cada dia o valor e o sentido da vida e pelo carinho com que me receberam. Jamais me esquecerei de vocês!

À FAPEMIG pelo apoio financeiro à pesquisa (SHA APQ-1006-5.06/07).

À todos que de alguma forma contribuíram para este trabalho o meu muito obrigada!

SUMÁRIO

LISTA DE ANEXOS	vi
1- APRESENTAÇÃO	7
2- O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: CONSEQUÊNCIAS, CUSTOS E POLÍTICAS PÚBLICAS	9
2.1 Epidemiologia do uso de álcool e outras drogas	10
2.2 Problemas e gastos associados ao uso de substâncias	12
2.3 Políticas Públicas no Brasil para atenção ao usuário de álcool e drogas	15
2.3.1 A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuário de álcool e Outras Drogas	15
3- ESTIGMA SOCIAL E SAÚDE	19
3.1 - Aspectos Históricos e Definições do Estigma	19
3.2- Processos Envolvidos na Estigmatização	20
3.2.1- Rotulação	20
3.2.2- Atribuição de Causalidade e Atribuição Moral	21
3.2.3- Estereótipos	22
3.2.4- Atitudes e Preconceito	23
3.2.5- Distância Social	24
3.2.6- Discriminação	25
3.3- Implicações da Estigmatização	25
3.4 – Estigmatização e o Uso de Substâncias	28
3.5 – Estratégias de Redução do Estigma	30
4- OBJETIVO	32
4.1 – Objetivos Específicos	33
5- MÉTODO	33
5.1 – Participantes	33
5.2 – Instrumentos	34
5.2.1 – Questionário Sobre Características dos Profissionais	34
5.2.2 – Questionário Sobre Modelo de Percepção de Problemas de Saúde	34
5.2.3 – Escala de Tolerância Social	36
5.2.4 – Vinhetas	36
5.3 – Delineamentos da Pesquisa	37
5.4 – Análises dos Dados	38
5.5 – Aspectos Éticos	39
6- RESULTADOS	39
7- DISCUSSÃO	55
8- CONCLUSÃO	61
9- REFERÊNCIAS	63

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1:

Questionário

ANEXO 2:

Figura 1. Modelo de Brickman

ANEXO 3:

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

ANEXO 4:

Aprovação do Comitê de Ética

1. APRESENTAÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas faz parte da história da humanidade e está associado a rituais culturais e religiosos, atividades recreativas, formas de enfrentar problemas, meio de socialização ou isolamento, tendo sua relevância social, política, econômica e religiosa em diferentes contextos e épocas. Vale ressaltar que a relação dos indivíduos com cada substância psicoativa varia em função do contexto e de seu padrão de uso, podendo ser inofensiva ou apresentar baixos riscos, contudo, determinados padrões de consumo podem ser altamente disfuncionais acarretando prejuízos biológicos, psicológicos e sociais (DUARTE; MORIHISA, 2008).

O consumo de substâncias psicoativas é responsável por 8,9% da carga imposta à sociedade por mortes prematuras e anos vividos com incapacidades em todo o mundo (Anos de Vida Ajustados por Incapacidade – AVAI). Substâncias como o tabaco e o álcool são responsáveis, respectivamente, por 4,1% e 4,0% dos AVAI; e por 9,0% e 3,2% de todas as mortes; sendo o quarto e o quinto principal fator de risco em termos de carga para doenças evitáveis em todo o mundo, respectivamente (WHO, 2002). No caso específico do álcool, o consumo abusivo e potencialmente prejudicial pode estar relacionado ao surgimento de mais de 60 tipos de doenças e agravos, além disso, pode ocasionar acidentes, estar ligado de forma direta ou indireta a problemas sociais graves como problemas familiares e interpessoais (BABOR et al., 2003; WHO, 2004)

Estima-se que no Brasil, em 2005, o álcool e o tabaco eram as substâncias mais consumidas, com prevalências de uso na vida de 74,6% e 44,0%, respectivamente. O uso na vida de outras substâncias, exceto o álcool e o tabaco é de 22,8%, sendo que a maconha (8,8%) e solventes (6,1%) representam as drogas de maior consumo (exceto álcool e tabaco)

seguido por benzodiazepínicos (5,6%); orexigênos (4,1%); estimulantes (3,2%) e cocaína (2,9%) (CARLINI; GALDURÓZ, 2007).

O conjunto dos fatores relacionados aos problemas que o consumo abusivo de álcool e outras drogas pode acarretar justifica diversos esforços direcionados para a busca de intervenções mais compreensivas e efetivas. Dentre estes esforços, estratégias de intervenção para o problema do abuso de substâncias incluem desde ações focadas na reabilitação de dependentes até ações preventivas que objetivam reduzir os danos associados aos padrões de consumo de risco (ABOU-SALEH, 2006).

Um dos aspectos relacionados à efetividade destas intervenções está ligado às atitudes que a população ou profissionais apresentam sobre determinada situação de saúde, uma vez que estas são fundamentais para a qualidade do atendimento, adesão ao tratamento e realização de atividades de prevenção efetiva (LINK; PHELAN, 1999; PELUSO; BLAY, 2004). Atitudes positivas e otimistas relativas a intervenções e tratamento possibilitam que profissionais de saúde ofereçam o cuidado necessário para aqueles que precisam de assistência médica relativa a álcool e drogas (PINIKAHANA; HAPPELL; CARTA, 2002). Muitas condições de saúde, dentre elas a saúde mental e a dependência de álcool e outras substâncias, são estigmatizadas pela população ou pelos profissionais de saúde (CORRIGAN et al., 2005).

O processo de estigmatização envolve uma desvalorização global do estigmatizado com base em alguma característica desaprovada socialmente. As consequências do estigma podem ser desde a expectativa de ser rejeitado até experiência concreta de discriminação. Tal processo é estudado de maneira multidisciplinar envolvendo diversas áreas do conhecimento que estão preocupadas em identificar grupos estigmatizados, estigmatizadores, técnicas para reduzir a estigmatização, além da própria investigação dos procedimentos metodológicos e definições conceituais.

Apesar de o conceito ter seu marco teórico na sociologia com o autor Erving Goffman (1978; PINIKAHANA; HAPPELL; CARTA, 2002), grande parte do desenvolvimento conceitual recente do tema está inserido em uma perspectiva psicossocial que busca a definição e operacionalização do conceito de estigma utilizando categorias da psicologia social, dessa forma a estigmatização envolveria alguns processos tais como os estereótipos (CORRIGAN, 2004) e a atribuição moral (PALM, 2006).

De acordo com Blascovich, Mendes, Hunter e Lickel (2003), o desejo de distanciamento muitas vezes acontece a partir da inferência de uma ameaça, ocasionada por percepções distorcidas e compartilhadas das diferenças entre grupos, tais como: características físicas da pessoa rotulada, violações de regras sociais, falta de controle ou imprevisibilidade da doença e responsabilidade atribuída à pessoa pelo surgimento ou solução de sua condição de saúde. Tais distorções podem envolver atribuição de periculosidade e ameaça à saúde física do percebido, despertando reações emocionais negativas como o medo, relativo mesmo a quem não é, de fato, perigoso.

A atribuição de moralidade para a dependência de qualquer droga pode envolver a percepção de que as causas dos problemas com o abuso são devidas ao pertencimento do indivíduo a um determinado grupo, podendo também estar relacionada à atribuição de responsabilidade pelo surgimento e pela solução do uso problemático indivíduo. A principal característica de uma atribuição moral irá envolver uma responsabilização do indivíduo devido a uma fraqueza de caráter (PALM, 2006).

Muitos usuários de álcool e outras drogas passam por diversos tipos de serviços de saúde organizados desde a atenção básica até serviços especializados (RIBEIRO, 2004). Nestes contextos, uma abordagem e percepção adequada, sobre o uso ou usuário de substâncias psicoativas, podem ser fundamentais para a eficácia de estratégias preventivas ou mesmo a adesão ao tratamento. Portanto, o estudo sobre o processo de estereotipização e

moralização por parte dos profissionais de saúde em relação aos usuários de álcool se torna relevante, podendo fornecer informações importantes para o estabelecimento de estratégias adequadas de mudança de atitudes desses profissionais e uma melhora da qualidade do atendimento aos usuários de álcool e conseqüente redução da estigmatização dessa população.

Dentro deste contexto, o presente trabalho intitulado “Estigmatização do Uso de Álcool e Outras Drogas entre Profissionais de Saúde de Juiz de Fora”, tem como objetivo avaliar aspectos envolvidos no processo de estigmatização atribuído ao comportamento de uso de álcool e outras drogas, tais como moralização e distância social, entre profissionais de saúde de diferentes serviços da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais.

2. O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: CONSEQÜÊNCIAS, CUSTOS E POLÍTICAS PÚBLICAS

O álcool possui muitas funções e significados culturais e simbólicos importantes em qualquer sociedade (DIETLER, 2006). Embora as bebidas alcoólicas sejam consideradas mercadorias que se encontram à venda no mercado, elas também são drogas que apresentam efeitos tóxicos e outros perigos intrínsecos como intoxicação e dependência (BABOR et al., 2003), sendo ainda uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e incentivado pela sociedade (CNDSS, 2008), sendo que cada sociedade apresenta seus padrões de uso de bebidas alcoólicas, incluindo motivos e oportunidades para a ingestão de bebidas. Entretanto, esses padrões refletem o aprendizado das atitudes culturalmente atribuído aos diversos tipos de usos. Em diversos contextos culturais, o que é tipicamente condenado é o comportamento desviante dos indivíduos que bebem em excesso, havendo uma recorrente

valorização do homem que sabe beber sem que isso interfira no desempenho de papéis a ele atribuídos (NEVES, 2004).

Da mesma maneira, o envolvimento humano com outras substâncias psicoativas retorna a um passado longínquo. Segundo Ferreira e Martini (2001), o uso de cocaína tem suas raízes nas grandes civilizações pré-colombianas dos Andes. Além do valor nutritivo, esses indivíduos buscavam o bem-estar e a ação euforizante que faziam parte de seus cotidianos. Segundo os mesmos autores, no início, a cocaína foi considerada um fármaco milagroso, e os americanos começaram a prescrevê-la para enfermidades particularmente difíceis de tratar. Além de todos esses aspectos, a cocaína deixou marcas na literatura, na arte e nas diversas condutas da moda da época de seu surgimento na cultura ocidental.

Entretanto, nos dias atuais, com a mudança do uso ritualístico para o uso recreativo de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, observam-se índices preocupantes do consumo de substâncias psicoativas.

2.1 Epidemiologia do uso de álcool e outras drogas

O consumo de substâncias ilícitas é uma atividade predominantemente masculina, muito mais do que o consumo de cigarros e de álcool. Da mesma forma, o consumo de substâncias é também mais prevalente entre jovens do que em grupos etários mais velhos. Segundo os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), entre 2000 e 2001, 2,7% da população mundial e 3,9% das pessoas com 15 anos ou mais, consumiram maconha pelo menos uma vez. Em muitos países desenvolvidos, por exemplo, Canadá, EUA e países europeus, mais de 2% dos jovens indicaram ter consumido heroína e quase 5% fumaram durante a sua vida. De

fato, 8% dos jovens da Europa ocidental e mais de 20% dos jovens dos EUA informaram ter consumido pelo menos um tipo de substância ilícita além de maconha. Há ainda evidências de um rápido crescimento do consumo de estimulantes do tipo anfetamina entre adolescentes na Ásia e na Europa (WHO, 2004).

Uma pesquisa domiciliar realizada por Galduróz e colaboradores (2004) estimou, pela primeira vez no Brasil, a prevalência do uso de drogas, álcool, tabaco e o uso não médico de medicamentos psicotrópicos, num estudo que abrangeu as 107 maiores cidades do Brasil, entrevistando um total de 8.589 pessoas, realizado em 2001. Observou-se que o uso na vida de álcool correspondeu a 68,7% dos participantes, sendo que o sexo masculino fez mais uso na vida de álcool que o feminino em todas as faixas etárias estudadas. Ressaltou-se que cerca de 50% das pessoas com mais de 35 anos de idade já fizeram uso na vida de tabaco, mas no total da amostra menos da metade já experimentou cigarros, sendo o uso na vida de tabaco igual a 41,1%. Ao avaliar, o uso na vida de drogas, exceto álcool e tabaco, a maconha foi à droga mais citada atingindo um percentual de 6,9%, seguida pelos solventes 5,8%, e os orexígenos (4,3%). A porcentagem de indivíduos que fizeram uso na vida de cocaína foi 2,3%, e de benzodiazepínicos foi de 3,3%. Verificou-se ainda que 19,4% dos entrevistados já usaram algum tipo de droga, o que corresponde a uma população estimada de aproximadamente 9.109.000 pessoas, excluindo-se da análise o álcool e o tabaco.

No II Levantamento Domiciliar realizado no Brasil, em 2005, estimou-se que 22,8% da população pesquisada já haviam feito uso na vida de drogas, exceto álcool e tabaco, correspondendo a uma população de 10.746.991 pessoas, o que representa um aumento de 3,9% em relação ao estudo anterior. As drogas de maior uso na vida (exceto álcool e tabaco) foram maconha (8,8%), solventes (6,1%) e Benzodiazepínicos (5,6%). O uso na vida de álcool correspondia a 74,6% enquanto que o tabaco representava 44,0% o que significa um aumento de 5,9 e 2,9% respectivamente, comparado ao levantamento de 2001. Ressaltou-se a

observação de que na faixa etária de 12 a 17 anos, já existem relatos de uso das mais variadas drogas, bem como a facilidade de acesso às mesmas e vivência de consumo próximo. Estimou-se ainda que 12,3% de dependentes de álcool o que representava o maior índice, seguido por tabaco (10,1%) e maconha (1,2%), mostrando o impacto do consumo de substâncias lícitas para a saúde dos indivíduos (CARLINI; GALDURÓZ, 2007).

O estudo realizado por Laranjeira, Pinsky, Zaleski, e Caetano, em 2007, representa o primeiro levantamento nacional acerca do consumo do álcool, representativo da população brasileira. De acordo com este estudo, 52% dos brasileiros acima de 18 anos bebem pelo menos 1 vez ao ano, sendo que entre os homens são 65% e entre as mulheres 41%. Entre os adultos que bebem, 60% dos homens e 33% das mulheres consumiram 5 doses ou mais na ocasião em que mais beberam no último ano. Do conjunto dos homens adultos, 11% bebem todos os dias e 28% consomem bebida alcoólica de 1 a 4 vezes por semana. Segundo este mesmo estudo, os homens e as mulheres bebem com frequências marcadamente diferentes. Os homens apresentam índice de abstinência 40% menor do que as mulheres (35% para eles e 59% para elas). As diferenças do beber entre homens e mulheres são também claras nas frequências mais altas, nas quais os homens apresentam porcentagem mais alta do que as mulheres. Entre os homens, 38% dos que beberam no último ano geralmente consumiram 5 ou mais doses de bebida alcoólica em cada ocasião enquanto que 17% das mulheres relataram o mesmo padrão de consumo. Ao se comparar o padrão de consumo por faixa etária dos brasileiros, os mais jovens bebem geralmente quantidades maiores do que aqueles com 60 anos ou mais. Assim, daqueles homens que bebem álcool, um número expressivo bebe usualmente quantidades potencialmente prejudiciais, por conseguinte, a maioria dos brasileiros ou não consome bebidas alcoólicas ou bebe de maneira potencialmente arriscada (LARANJEIRA et al., 2007).

Os indicadores relatados nas pesquisas mostraram que o consumo de álcool e outras drogas vêm se constituindo em um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, haja vista o impacto que causam na saúde das populações e indivíduos, tanto no âmbito biológico, como psicológico e social (MELONI; LARANJEIRA, 2004).

2.2 Problemas e gastos associados ao uso de substâncias

Em 2000, o tabaco e o álcool ocupavam respectivamente a quarta e quinta posição, entre os dez principais fatores de risco, em termos da carga das doenças evitáveis, e continuavam no alto da lista nas previsões para 2010 e 2020. O tabaco e o álcool contribuíram, respectivamente, com 4,1% e 4,0%, para a carga das doenças, ao passo que as substâncias ilícitas contribuíram com 0,8%. Os danos atribuídos ao tabaco e ao álcool são especialmente graves entre homens nos países desenvolvidos, nos quais os homens possuem uma longa história de envolvimento significativo com essas substâncias e a esperança de vida é longa o suficiente para que se desenvolvam problemas de saúde relacionados com o uso de substâncias (WHO, 2004).

Estima-se que o consumo de álcool nas Américas é 50% maior do que no mundo todo. Por conseguinte, 4,8% do total de mortes na região podem ser atribuídos ao consumo de álcool e 9,7% de todos os Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (AVAI), no ano 2000. Além disso, os transtornos neuropsiquiátricos explicaram cerca de 50% da carga das doenças, sendo que grande parte destes transtornos estavam relacionados a transtornos por uso de álcool (REHM; MONTEIRO, 2005).

O uso difundido de bebidas alcoólicas está associado a uma série de consequências sociais e de saúde, incluindo lesões, redução da capacidade laboral, diversas formas de câncer, enfermidade crônicas hepáticas, doenças cardíacas, lesões no sistema nervoso central e periférico, além da própria dependência de álcool. Por este motivo, o álcool tem se tornado um dos riscos mais sérios para a saúde a nível mundial (MONTEIRO, 2007).

Uma revisão realizada por Meloni e Laranjeira (2004) mostrou que os resultados reportados pela OMS apontam que, para a população masculina, 5,6% de todas as mortes que ocorrem no planeta são atribuíveis ao consumo de álcool e 0,6% das mortes ocorridas entre as mulheres, concluindo-se que o álcool determina 3,2% da mortalidade global. O peso global dos problemas de saúde relacionados ao consumo de álcool atingiu, em 2000, o valor equivalente a 4% de toda a morbidade e mortalidade ocorrida no planeta naquele ano, indicando uma tendência de ascensão – levando-se em conta o valor estimado para 1990 (3,5%).

O consumo de álcool tem importante peso como causa de adoecimento e morte no mundo todo, relacionando-se ao mesmo tempo a diversas consequências sociais negativas. Um estudo conduzido no setor de urgências psiquiátricas do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (1988- 1990), encontrou que do total de 1.082 pacientes diagnosticados durante o período da investigação, 576 casos foram diagnosticados com “síndrome de dependência alcoólica”, 379 com “psicose alcoólica” e 127 pacientes com “álcool sem dependência”, sendo que, somando-se os diagnósticos referentes ao consumo de álcool, estes ficam em segundo lugar na relação de diagnósticos principais. A maioria dos atendimentos recaiu sobre pacientes do sexo masculino e o grupo de idade mais afetado foi, para ambos os sexos, o de 25 a 44 anos. O estudo chama atenção para a importância do abuso de álcool como um problema em saúde pública e social (OLIVEIRA; LUIS, 1996).

Em um inquérito realizado pelo Instituto Nacional do Câncer, assinala-se que a mortalidade e a limitação da condição funcional associada ao consumo de bebidas alcoólicas superam aquelas associadas ao tabagismo, embora o tabagismo seja o mais importante fator de risco isolado de doenças graves e fatais, atribuindo-se ao consumo de tabaco 45% das mortes por doença coronariana, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 25% das mortes por doença cerebrovascular e 30% das mortes por câncer (INCA, 2006).

Heim e Andrade (2008) realizaram uma revisão da literatura sobre pesquisas que tenham como foco o tema álcool, drogas e delinquência, verificando, assim, a relação entre o uso de substâncias psicoativas e a delinquência juvenil. A revisão abrangeu artigos científicos publicados entre 1997 e 2007, sendo efetuada a pesquisa com base nos seguintes descritores: adolescence, alcohol, drugs, delinquency. Encontrou-se 122 artigos com relevante potencial, dos quais apenas 13 estudos, efetivamente, corresponderam aos descritores citados. Conforme demonstram as pesquisas, tanto internacionais quanto nacionais, a relação entre uso e abuso de álcool e de drogas ilícitas entre indivíduos que estão em situação de risco e delinquência é alta e precoce em relação a adolescentes que não estão em situação de risco, o que se configura numa relação muito estreita, embora a direção dessa relação seja questionada.

Outro estudo com adolescentes buscou avaliar a prevalência do uso de drogas entre adolescentes de escolas com segundo grau. Observou-se que alunos com maiores índices de ausência e reprovações apresentaram um risco cerca de duas vezes maior de serem usuários de drogas. Embora não seja possível estabelecer uma relação causal, por tratar-se de um estudo transversal, é possível afirmar que existe uma associação entre baixo rendimento escolar e uso de drogas entre os adolescentes e jovens adultos (TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2001)

O consumo substâncias psicoativas afeta não só aqueles que as consomem, mas também quem os rodeiam, por estar relacionado à problemas sociais e econômicos para o indivíduo,

sua família e a sociedade. O abuso de álcool e drogas se configura ainda em um fator de risco para a violência familiar e interpessoal (PARKER; AUERHAHN, 1998; REICHENHEIM; HASSELMANN; MORAES, 1999) o que pode ser observado no estudo realizado na região metropolitana de Porto Alegre (BENETTI et al., 2006) o qual encontrou que o grupo de adolescentes mais expostos às drogas sofria maior número de episódios de violência.

No que se refere, especificamente, ao consumo de maconha, nos últimos anos, começou-se a investir em pesquisas buscando avaliar a amplitude dos efeitos do uso da maconha. Este tema é particularmente importante para profissionais de saúde mental, pois os maiores prejuízos relacionados ao uso da maconha são os transtornos mentais que acabam sendo relacionados com o consumo. A maconha é a droga ilícita mais usada por grávidas e estudos com animais e fetos humanos abortados evidenciam efeitos deletérios cerebrais devido à exposição intra-uterina à maconha que podem determinar alterações na vida adulta, inclusive na predisposição para o consumo da droga. Atualmente, está claro que a maconha é mais prejudicial quanto mais cedo se começa, quanto mais anos se usa e se houver exposição intra-uterina. Apesar das alterações cerebrais relacionadas ao uso da maconha ser mais sutis que as alterações determinadas por outras drogas, não significa que elas não existam e não sejam relevantes (JUNGERMAN; LARANJEIRA; BRESSAN, 2005).

Haja vista que uma parte importante da carga mundial da morbidade e da incapacidade pode ser atribuída ao consumo de substâncias psicoativas tornam-se imprescindíveis medidas que possam reduzir os danos resultantes do tabaco, do álcool e de outras substâncias psicoativas (WHO, 2004). Sendo assim, é forçoso a formulação e execução de políticas públicas acerca do consumo de substâncias, a partir de uma base científica através de evidências de pesquisas (BABOR et al., 2003).

2.3 Políticas Públicas no Brasil para atenção ao usuário de álcool e drogas

A política do álcool e outras drogas, embora possua uma longa história, seu estudo científico como uma estratégia para a saúde pública tem um passado breve. O objetivo central das políticas é servir aos interesses da saúde pública e do bem-estar social, por meio do seu impacto sobre os determinantes sociais e de saúde, tais como os padrões de consumo, as condições sociais que afetam o consumo e a disponibilidade de serviços de saúde para o tratamento de dependentes. Sendo assim, uma política do álcool e drogas é definida, de maneira geral, como qualquer esforço intencional ou decisão autorizada por parte dos governos ou das organizações não-governamentais para prevenir ou minimizar as consequências decorrentes do consumo de substâncias (BABOR et al., 2003).

No que tange a efetividade das políticas de álcool e drogas, há poucos estudos no Brasil, entretanto, há a necessidade de se buscar ações abrangentes que usem uma combinação de estratégias para redução dos problemas associados ao consumo de substâncias. Dessa forma, torna-se imprescindível o investimento em pesquisas a fim de fortalecer as evidências de efetividade de cada estratégia, bem como a divulgação dos resultados de pesquisas sobre álcool e outras drogas para que o público tenha consciência dos problemas que podem ser acarretados.

2.3.1 A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuário de álcool e Outras Drogas

No Brasil, atentou-se aos dados obtidos através dos levantamentos de âmbito nacional nos quais se observou, por exemplo, que o consumo de álcool e drogas não atinge de maneira uniforme a população e sua distribuição é distinta por todo o país, assim como o aumento precoce do consumo de substâncias legais e ilegais e seus impactos na saúde da população, entre outros dados para a criação da política nacional sobre álcool e drogas.

Ao considerar o uso de álcool e outras drogas como problema de saúde pública,

torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulada à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede em saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004; p. 6).

É preciso considerar as distintas estratégias para minimizar os problemas associados ao consumo de substâncias como complementares e não concorrentes a fim de que uma política de saúde seja coerente, eficaz e efetiva. Portanto, o retardo do consumo de drogas, a redução dos danos associados ao consumo e a superação do consumo são elementos fundamentais para a sua construção.

O desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública do país foi assumido pelo Ministério da Saúde de modo integral e

articulado, constituindo a partir de interfaces intra-setoriais – entre o Ministério da Saúde e outros Ministérios, bem como setores da sociedade civil – na tentativa de diminuir o medo e pânico associado às drogas ilícitas que levam à exclusão social através do estigma associado aos usuários com a delinquência e criminalidade.

Entretanto, a prevenção dos agravos é o grande foco das ações por se configurar em uma alternativa mais efetiva na redução de estigma social, preconceito e discriminação, que são agravantes e conseqüências do uso de substâncias. Vários fatores limitam a capacidade dos programas de prevenção afetar as populações por um período mais longo sendo que essas limitações incluem desde o uso de tecnologias inadequadas até a falta de recursos da própria comunidade que se pretende atingir e a falta de profissionais qualificados para implementação de programas de prevenção (BRASIL, 2004).

Segundo Pentz (2006) o ideal de política de prevenção é ser implementada em locais que são convenientes e apropriados para a mensagem de prevenção, considerando os múltiplos estágios da mudança de comportamento de consumo de drogas e a necessidade de diferentes intervenções com objetivos que sejam realmente alcançáveis. É preciso ainda fazer uma diferenciação de substâncias, locais e mecanismos para mudança, incluindo múltiplos níveis de intervenção dentro da rede de atenção. Além disso, é necessário utilizar as redes sociais existentes e mídia, envolvendo também a população-alvo no desenvolvimento ou mudança da política. Diante disso, a estratégia utilizada no Brasil é proporcionar tratamento na atenção primária, garantindo o acesso a medicamentos, atenção na comunidade, fornecendo educação em saúde para a população, envolvendo comunidades, famílias e usuários, e assim, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores, monitorar a saúde mental na comunidade, dar mais apoio à pesquisa e estabelecer programas específicos são práticas que devem ser obrigatoriamente contempladas pela política de atenção a usuários de álcool e outras drogas, em uma perspectiva ampliada de saúde pública (BRASIL, 2004).

Em relação aos profissionais de saúde, não só as respostas pouco acolhedoras no que diz respeito aos usuários, mas também a falta de responsabilidade ou competência sobre o diagnóstico e tratamento da dependência ao álcool e outras drogas, evidenciam o estigma, exclusão e preconceito. Por isso, é necessária a capacitação desses profissionais que atuam em diversas áreas da saúde, assim como deve ser estimulado o desenvolvimento de ações de prevenção em locais diversificados (BRASIL, 2004) a fim de que se tornem não só disseminadores da política, mas também que encorajem atividades independentes que mantenham o interesse e apóiem mudanças políticas em longo prazo (PENTZ, 2006).

Uma diretriz da política do Ministério da Saúde é a redução de danos associados ao consumo de substâncias. A redução de danos se configura como um caminho promissor em defesa da vida, pautando-se no fortalecimento dos fatores de proteção e na diminuição dos fatores de risco.

O estudo realizado por Noto e colaboradores (2003) analisou as informações divulgadas na imprensa escrita do Brasil sobre as implicações do uso de drogas para a saúde. Utilizou-se o método de análise de conteúdo para uma amostra de 502 artigos divulgados ao longo do ano de 1998 em jornais e revistas. Entre os psicotrópicos mais evidenciados nas manchetes, destacaram-se o cigarro comum (18,1%), derivados da cocaína (9,2%), maconha (9,2%), bebidas alcoólicas (8,6%) e anabolizantes (7,4%). Em contrapartida, os solventes, que são os psicotrópicos mais usados no Brasil, excetuando-se o álcool e o tabaco, foram evidenciados em apenas um artigo. Esses dados indicam um descompasso entre o enfoque jornalístico e o perfil epidemiológico do consumo de psicotrópicos no Brasil. A dependência foi a consequência mencionada com maior frequência nos artigos (46%), seguida de violência (9,2%), síndrome de abstinência (8,0%) e AIDS (6,8%). Os artigos apresentaram diferentes enfoques de acordo com a droga em questão; por exemplo, enquanto para a maconha prevaleceram os artigos sobre o seu uso terapêutico e a descriminalização, para a cocaína,

predominaram temas relacionados aos danos decorrentes do uso, ao tratamento e à repressão. Em função disso, a Política considera que a mídia é uma importante aliada em relação à redução da discriminação e estigmatização, na medida em que pode fomentar o debate público em várias instâncias da sociedade.

Além destas estratégias, a Política do Ministério da Saúde prevê o controle da venda e distribuição dos locais de consumo, políticas fiscais, iniciativas de promoção da saúde.

Uma pesquisa realizada por Laranjeira e colaboradores, em 2007, abordou iniciativas e políticas que, na opinião dos entrevistados, deveriam ser aumentadas, reduzidas ou permanecer as mesmas. A maioria da população geral adulta apóia o aumento de programas preventivos ao uso do álcool em escolas (92%), programas de tratamento para o alcoolismo (91%) e campanhas governamentais de alerta sobre os riscos do álcool (86%). Quanto aos programas de tratamento, 96% acha que deveriam ser gratuitos e obrigatórios em postos de saúde, ambulatorios da rede pública e Hospitais Gerais. Mais da metade da população geral adulta (56%) defende o aumento dos impostos sobre as bebidas alcoólicas. Apenas 4% concordam com a redução da idade mínima de 18 anos para a venda de bebidas. Para 89% dos entrevistados, os estabelecimentos não deveriam servir bebidas alcoólicas para clientes que já estão bêbados. As padarias, as confeitarias e as mercearias, na opinião de 74% dos indivíduos entrevistados deveriam ser proibidas de vender bebidas alcoólicas. Quanto à restrição do horário de venda de bebidas alcoólicas, 76% defendem essa medida. Com relação às propagandas de bebidas alcoólicas, 94% aprovam que estas deveriam reservar um espaço para mensagens de alerta sobre os riscos e os problemas causados pelas bebidas alcoólicas. Além disso, 89% aprovam o uso de mensagens de alerta sobre os riscos e problemas causados pelas bebidas alcoólicas nos rótulos das garrafas ou latas, além da já existente “Beba com moderação”. A proibição de propaganda de bebidas alcoólicas na televisão é aprovada por 68% dos entrevistados. Da mesma maneira, 55% dos entrevistados aprovam que as

companhias fabricantes de bebidas alcoólicas deveriam ser proibidas de patrocinar eventos culturais e esportivos.

Com a construção de políticas públicas envolvidas com a prevenção, promoção e tratamento numa perspectiva mais compreensiva, ao invés de modelos rígidos que visem somente à abstinência, o sofrimento decorrente do consumo de drogas, assim como a estigmatização envolta a este consumo tendem a diminuir.

3. ESTIGMA SOCIAL E SAÚDE

3.1 - Aspectos Históricos e Definições do Estigma

Na Grécia antiga, os criminosos eram marcados com faca ou ferro para identificar sua inaptidão para a convivência na sociedade, tal marca era denominada estigma. O indivíduo que possuía um estigma era desacreditado, desmoralizado e evitado socialmente. Esta prática pode ser considerada como uma manifestação comportamental dos processos mais gerais da estigmatização - o ato de marcar um indivíduo como portador de uma característica negativa tão desmoralizada que impede outras visões do indivíduo, reduzindo-o apenas ao que sua marca significa (NEUBERG; SMITH; ASHER, 2003).

No clássico ensaio de Erving Goffman, “Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada” publicado ano de 1963, o conceito de estigma social tem um dos seus principais marco teórico. O referido autor propõe uma definição de estigma social como uma marca ou um sinal que designaria ao seu portador um status “deteriorado” e, portanto, menos valorizado que as pessoas “normais”, chegando a tornar-se incapacitado para a aceitação social plena. O processo de estigmatização seria uma forma de categorização social através do qual se identifica de forma seletiva um atributo negativo considerado como desviante da norma e que por si só compromete a identidade social do portador por completo em uma situação de interação social (GOFFMAN, 1978).

Apesar do marco teórico conceitual do estigma social ter suas raízes na sociologia, possuindo um grande valor heurístico, uma substancial porção da produção científica sobre o tema tem utilizado a abordagem da psicologia social, buscando compreender como as pessoas constroem categorias e as relaciona com crenças estereotipadas (LINK; PHELAN, 2001).

Através da perspectiva psicossocial, o processo de estigmatização será compreendido como um processo dinâmico e contextual, produzido socialmente, moldado por forças históricas e sociais, tendo como características fundamentais o reconhecimento da diferença com base em alguma característica distinguível ou “marca” e uma conseqüente desvalorização do seu portador. Além disso, na perspectiva da psicologia social enfatizam-se os efeitos imediatos do contexto social e situacional sobre a perspectiva do estigmatizador, estigmatizado e da interação entre os dois. Por fim, avaliam-se suas conseqüências sociais e pessoais no âmbito afetivo, cognitivo e comportamental (DOVIDIO; MAJOR; CROCKER, 2003).

O processo de estigmatização, compreendido dessa maneira, existe apenas quando as pessoas distinguem e rotulam diferenças pessoais. Através das crenças compartilhadas culturalmente, as pessoas rotuladas são marcadas como possuidoras de características indesejáveis, a seguir, confirma-se um grau de separação entre “nós”, o grupo estigmatizador, e “eles”, o grupo estigmatizado. Sendo assim, o estigma ocorre quando há a coexistência de rotulação; estereótipos; separação; perda de *status* e discriminação em uma situação de poder que permite que esses componentes se cruzem (LINK; PHELAN, 2001).

Para melhor compreender o processo de estigmatização, conceitos como rotulação, atribuição de causalidade, estereótipos, atitudes, preconceito, distância social e discriminação tornam-se importantes segundo a perspectiva teórica adotada por Link e Phelan (2001), já que possibilitam a construção de categorias de análise e mensuração úteis na sistematização, operacionalização e compreensão do comportamento social relacionado ao estigma.

3.2– Processos Envolvidos na Estigmatização

3.2.1- Rotulação

Segundo a teoria da rotulação proposta por Link e Phelan (1999), ao se aplicar um rótulo a uma pessoa, este identifica ou define que tipo de pessoa ele ou ela é, a partir de uma única característica. Tal rótulo é considerado desviante quando é usado para designar a violação de uma norma social, por exemplo, os sinais e sintomas de doença mental resultam na aplicação de um rótulo desviante porque eles violam as regras esperadas ou padrões normais.

No campo da saúde, a rotulação tem fortes implicações na vida do estigmatizado, sendo essas conseqüências por vezes debilitantes. Embora os estigmatizados possam se beneficiar pelos efeitos positivos do tratamento, eles também podem estar expostos aos efeitos negativos do estigma, uma vez que ligados a estereótipos sociais sobre o que significa ter determinada condição de saúde. Dependendo da natureza destas concepções sociais, as conseqüências negativas podem ser desde expectativas de rejeição, experiências de rejeição, tratamento e estruturas de controle social que influenciam direta ou indiretamente a experiência das pessoas (LINK; PHELAN, 1999; ANGERMEYER; MATSCHINGER, 2005).

3.2.2- Atribuição de Causalidade e Atribuição Moral

A Teoria da Atribuição de Causalidade constitui um importante referencial para a compreensão da articulação entre pensamentos, sentimentos e ações. A atribuição refere-se à inferência de causas que um observador faz do comportamento de outra pessoa, a qual pode ser feita a estados internos da pessoa observada – atribuição disposicional – ou a fatores ambientais – atribuição situacional. A força das pressões situacionais sobre a pessoa, as quais podem incluir as exigências do papel normativo e também as recompensas ou punições aplicadas à pessoa pelos outros no ambiente, podem determinar que tipo de atribuição será

feita a determinado comportamento observado (MICHENER; DELAMATER; MYERS, 2005).

A atribuição de moralidade pode envolver a percepção de que as causas dos problemas são devidas ao pertencimento do indivíduo a um determinado grupo, contudo, a principal característica deste tipo de atribuição é envolver uma responsabilização do indivíduo devido a uma fraqueza de caráter, nesse caso, o indivíduo é responsável tanto pelo aparecimento como pela solução de sua condição de saúde (PALM, 2006). Quando uma característica ou traço é associado a uma atribuição de responsabilidade pessoal há maior probabilidade de comportamentos punitivos em relação aos indivíduos estigmatizados, enquanto que quando não há atribuição de responsabilidade pessoal do indivíduo são oferecidos mais ajuda e apoio (BIERNAT; DOVIDIO, 2003).

Como exemplo, pode-se destacar um estudo do tipo *survey* realizado na cidade de São Paulo no qual se utilizou um questionário estruturado com uma vinheta que descrevia um indivíduo com sintomas de dependência de álcool a partir do CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, versão 10) e DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual, versão IV). As principais causas para a doença foram associadas a questões sociais, como desemprego. Porém, respostas que colocam a responsabilidade da doença sobre o indivíduo, como fraqueza de caráter e falta de auto-estima, foram consideradas relevantes (PELUSO; BLAY, 2008).

3.2.3- Estereótipos

A estereotipização pode ter um papel central no desenvolvimento, manutenção e perpetuação da estigmatização (BIERNAT; DOVIDIO, 2003). Estereótipos são crenças acerca de características, atributos e comportamentos de um determinado grupo, bem, como teorias de como e porque certos atributos estão relacionados (HILTON; HIPPEL, 1996). Tais

crenças são meios eficientes na categorização de informações, generalização de impressões e expectativas de indivíduos que pertencem a um grupo social (CORRIGAN et al., 2003).

Pode-se ainda definir estereótipos como a crença coletivamente compartilhada acerca de algum atributo, característica ou traço psicológico, moral ou físico atribuído a um grupo, formado mediante a aplicação de um ou mais critérios, como por exemplo, idade, gênero, formação política dentre tantos outros. Há duas direções na mobilização dos estereótipos sociais: a que se volta para o grupo a qual se pertence e a que visa um grupo distinto, sendo que ambas podem ser positivas ou negativas (KRÜGER, 2004).

Um estudo empírico realizados por Pereira e colaboradores (2002) encontrou que as diversas categorias de pessoas são avaliadas de forma diferente, sendo que algumas são tratadas com mais tolerância que outras. O estudo mostrou ainda, que mesmo na presença de uma fotografia de uma pessoa do *out-group*, por mais semelhante que esta fosse ao participante, ou ao grupo do qual ele faz parte, não é suficiente para reduzir o efeito de estereotipização.

Os estereótipos são considerados processos automáticos os quais requerem baixos custos de recursos atencionais. O principal pressuposto que engendra a automaticidade é a noção de que os estereótipos são necessários e mesmos inevitáveis, uma vez que cumprem uma função de economia dos recursos cognitivos. Porém, caso os estereótipos servissem apenas para resguardar os recursos cognitivos, eles deveriam ser utilizados ou aplicados de igual maneira na percepção de diferentes grupos sociais. No entanto, não é isso que ocorre, visto que a automaticidade dos estereótipos incide, sobretudo, contra os membros de categorias minoritárias. A explicação pode ser que determinadas normas sociais ou ideologias, tais como a de igualdade e tolerância motiva a inibição de respostas automáticas; ao passo que outras normas sociais, como o individualismo e a competição podem alimentar e fortalecer a automaticidade (LIMA; VALA, 2004).

3.2.4- Atitudes e Preconceito

Definir o conceito de atitudes de forma suficientemente unívoca tem-se tornado uma tarefa difícil. Em alguns estudos, por exemplo, fazem-se coincidir as atitudes com uma avaliação global de um objeto; em outros, são a síntese de indicadores de natureza emotiva, cognitiva e comportamental; em outros ainda, são referidas a preferências ou a ativações em alguma direção, ou também a opiniões expressas nos confrontos de objetos complexos (CAVAZZA, 2008).

Rodrigues e colaboradores afirmam que as atitudes podem ser definidas como uma organização duradoura de crenças e cognições em geral, dotada de carga afetiva pró ou contra um objeto social definido, que predispõe a uma ação coerente com as cognições e afetos relativos a este objeto. Além disso, sejam implícitas ou explícitas, são construídas socialmente pelas normas culturais (LIMA; VALA, 2004), sendo decorrentes de processos comuns de aprendizagem (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2005).

Outro conceito envolvido no processo de estigmatização é o preconceito que em sua essência é uma atitude, uma vez que a pessoa preconceituosa pode não gostar de determinado grupo e reagir de maneira ofensiva para com eles, baseada na crença de que eles possuem características negativas (CORRIGAN et al., 2001). Embora a atitude seja formada pelos componentes cognitivos, afetivos e comportamentais, o preconceito refere-se mais ao aspecto afetivo, ou seja, representa o aspecto afetivo ou emocional da diferenciação, pelo qual membros de grupos minoritários são desvalorizados (HINSHAW, 2007b). Assim, o preconceito pode ser definido como uma atitude hostil ou negativa com relação a um determinado grupo.

O preconceito baseado na premissa de que havia diferenças entre as raças, sendo algumas consideradas inferiores a outras, esteve presente em toda a história da humanidade e durante muito tempo foi aceita sem muitos questionamentos. A partir dos anos 30, o

preconceito passa a ser encarado como injustificado, influenciado por normas sociais como uma manifestação de interesses grupais ou como inevitável consequência do processo de categorização social (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2005).

Há estudos mostrando que o preconceito ainda se sustenta em normas sociais éticas, políticas ou religiosas. Uma pesquisa realizada com estudantes de teologia de um seminário católico e um evangélico buscou investigar o preconceito desses estudantes em relação às prostitutas. Encontrou-se que a religião influencia de forma moderada o posicionamento dos estudantes nas dimensões do preconceito contra prostitutas, uma vez que os estudantes do seminário católico apresentam menos rejeição à proximidade e relatam sentir menos freqüentemente emoções negativas em relação às prostitutas, ao passo que os estudantes evangélicos sentem menos emoções positivas comparativamente aos católicos. Nesse sentido, observou-se que os estudantes evangélicos apresentam claramente posicionamentos mais preconceituosos em relação às prostitutas (PEREIRA; TORRES; PEREIRA, 2004).

3.2.5- Distância Social

Distância social reflete auto-relatos individuais da disposição de alguém em engajar-se em atividades pessoais com outros indivíduos com determinadas condições de saúde estigmatizantes, como contratar para ser babá ou alugar um apartamento (CORRIGAN et al., 2001). De acordo com Blascovich e colaboradores (2003), o desejo de distanciamento muitas vezes acontece a partir da inferência de uma ameaça, ocasionada por percepções distorcidas e compartilhadas das diferenças entre grupos, tais como: características físicas da pessoa rotulada, violações de regras sociais, falta de controle ou imprevisibilidade da doença e responsabilidade atribuída à pessoa pelo surgimento ou solução de sua condição de saúde. Tais distorções podem envolver atribuição de periculosidade e ameaça à saúde física do

percebedor, despertando reações emocionais negativas como o medo, relativo mesmo a quem não é, de fato, perigoso.

Dietrich e colaboradores (2004) realizaram três *surveys* representativos na Alemanha, Rússia e Mongólia, com entrevistas estruturadas e vinhetas que descreviam casos de esquizofrenia e depressão maior. Os resultados apontam que independente do lugar e do tipo da doença, os casos em que o fator biológico foi considerado como a principal causa das doenças estava também relacionada com maior distância social. Outro estudo realizado nos Estados Unidos sobre as concepções públicas acerca dos portadores de sofrimento mental, os respondentes relataram mais desejo de distância social para a pessoa descrita como dependente de cocaína, seguido por dependência de álcool, esquizofrenia. Os autores encontraram ainda uma associação entre a crença de que a pessoa com determinada condição pode ser violenta com o desejo de manter um distanciamento social (LINK et al., 1999). Outros estudos também têm assinalado que a estigmatização pode levar ao distanciamento e exclusão de pessoas estigmatizadas (ANGERMEYER; MATSCHINGER, 1997; DIETRICH et al., 2004).

3.2.6- Discriminação

O efeito imediato do preconceito é a discriminação que, essencialmente, é um tratamento injusto, ou seja, uma forma de relacionamento, avaliação e atendimento comparativamente desigual e desfavorável, proporcionado a um grupo ou individualmente às pessoas que o integram, precisamente porque são alvos de preconceitos sociais. A discriminação pode ser particular ou praticada por pessoas, consideradas em sua individualidade, contudo ela tende a alcançar o estatuto de uma norma social implícita ou ser até mesmo uma prática institucionalizada (KRÜGER, 2004).

Com o crescimento da intolerância em relação a expressões claras de preconceito e discriminação racial, as pessoas podem reagir buscando formas mais sutis de se expressar (MICHENER; DELAMATER; MYERS, 2005), no âmbito da pesquisa torna-se mais evidente em função da desejabilidade social (HINSHAW, 2007a)

O estigma refere-se, portanto, a uma desvalorização global de certos indivíduos com base em algumas características que eles possuem pelas quais membros são relacionados a um grupo que é desfavorecido, desvalorizado ou desonrado pela sociedade em geral o que geralmente implica em julgamentos duramente morais em relação às pessoas deste grupo (HINSHAW, 2007b). A estigmatização é vista, ainda, como um processo e contingente ao acesso aos poderes social, econômico e político que permite a diferenciação, a construção de estereótipos, a separação dos rotulados em categorias, a desaprovação, a rejeição a exclusão e a discriminação (LINK; PHELAN, 2001).

3.3- Implicações da Estigmatização

A estigmatização representa um desafio à humanidade, seja da perspectiva do estigmatizador, seja da perspectiva do estigmatizado, visto que se torna penosa pessoalmente, interpessoalmente e socialmente (DOVIDIO; MAJOR; CROCKER 2003). Concomitante a alguns estudos mostrarem que o estigma não apresenta efeitos significantes no indivíduo, o processo de estigmatização também tem sido apontado como profundamente danoso a algumas condições de saúde estigmatizadas na cultura dominante atual. A contradição em relação aos efeitos da estigmatização é resultado da própria complexidade do conceito de estigma (BARNEY et al., 2006).

As pessoas formam rótulos e concepções do que significa ter determinada característica ou condição ao longo da vida através da cultura em que está inserida. Porém, estas concepções só ganham relevância quando as pessoas se tornam elas mesmas portadoras

de tais características ou condições e introjetam os significados desta condição. Assim, o que antes parecia ser uma coleção de crenças inofensivas sobre atitudes das pessoas em relação a uma dada condição ou característica agora se torna aplicáveis pessoalmente e nada inofensivas (LINK, 1987).

No campo da saúde, o próprio diagnóstico pode contribuir para os efeitos negativos da estigmatização do indivíduo, na medida em que, quando uma pessoa é diagnosticada com uma doença ou agravo estigmatizante pode transformar as crenças pessoais sobre a desvalorização e discriminação destas condições em expectativas de rejeição (LINK, 1987; LINK; PHELAN, 1999).

As consequências negativas podem afetar pelo menos dois mecanismos psicossociológicos. Primeiro, os indivíduos que se tornam pacientes psiquiátricos, por exemplo, podem desvalorizar-se porque agora eles pertencem a uma categoria que eles acreditam que as pessoas vêem de forma negativa. Segundo, eles podem estar preocupados em como será a resposta dos outros a sua condição e assim engajar em defesas que levam a interações tensas, isolamento e outras consequências negativas, além de estimular reações de evitação e rejeição em outras pessoas, o que se constitui um círculo vicioso. Ambos os processos, entretanto, exigem que o indivíduo seja identificado e diagnosticado por um profissional de saúde, e assim, rotulado oficialmente. A partir disso, a percepção de atitude comunitária torna-se pessoalmente relevante, e por isso, ambos pressupõem a importância da rotulação para quaisquer consequências negativas.

A percepção da população sobre uma doença qualquer influencia a busca por ajuda, a adesão ao tratamento e a maneira como indivíduos com esta doença serão integrados na comunidade (PELUSO; BLAY, 2004). Porquanto, ainda que se ofereça uma intervenção adequada, muitas pessoas que poderiam se beneficiar destes serviços preferem não buscá-los ou

quando o fazem, abandonam prematuramente, na tentativa de evitar a estigmatização (CORRIGAN, 2004; RÜSCH; ANGERMEYER; CORRIGAN, 2005).

Apenas a rotulação das diferenças já implica em uma separação entre os grupos, induzindo a crença de que eles são fundamentalmente diferentes e que de fato correspondem ao rótulo que lhes foram atribuídos (LINK; PHELAN, 2001). No grupo estigmatizado, a estigmatização pode gerar angústia, raiva, diminuição da auto-estima ou auto-reprovação o que pode acarretar perda de emprego, moradia injusta, diminuição da renda que causam o aumento da miséria, etc (CORRIGAN, 1998). Além disso, pessoas com mais experiência de rejeição têm menos suporte justamente devido a sua hesitação em construir relações com os pares como uma estratégia de negação do estigma (VERHAEGHE; BRACKE; BRUYNOOGHE, 2008).

No âmbito das relações interpessoais, as concepções culturais de uma condição de saúde estigmatizante, como é o caso da doença mental, podem incluir uma coleção de atributos negativos diferentes, os quais envolvem a percepção de perigo e imprevisibilidade, fraqueza e incompetência, e, por isso, uma generalizada indesejabilidade, o que pode desempenhar um papel importante para determinar como pessoas com esta condição são tratadas e a percepção de perigo ou violência pode ser um forte preditor de distância social (LINK; PHELAN, 1999). Caso os sintomas de transtorno mental, dependência de substâncias, ou qualquer outra condição continuem a serem associadas com medo de violência, pessoas com doença mental serão afetadas negativamente pela rejeição, pela relutância em procurar ajuda profissional por medo da estigmatização e por medo da exclusão (LINK et al., 1999).

As concepções culturais podem endossar que empresas públicas ou privadas, intencionalmente ou não, limitem as oportunidades de acesso de pessoas com algum transtorno mental ou outra condição, baseada na percepção de imprevisibilidade ou ameaça (RÜSCH; ANGERMEYER; CORRIGAN, 2005).

A discriminação no nível macro-estrutural pode ser de dois tipos: a discriminação estrutural intencional e a discriminação estrutural não intencional. A discriminação estrutural manifesta-se através de suas regras, políticas e processos de instituições públicas e privadas em posição de poder que conscientemente e propositadamente restringem os direitos e oportunidades. Leis específicas, regras ou regulamentações que não possuem uma definição consistente e estratégias de mensuração de quaisquer limitações pode ser discriminação estrutural. No setor público, a legislação exemplifica este tipo de discriminação na medida em que restringe os direitos e as oportunidades das pessoas portadoras de transtornos mentais, em aspectos como votar, se eleger a um cargo de público, ser júri, adotar uma criança ou se casar. O valor social das restrições de direitos em função de uma pessoa ser “mentalmente doente” é muito dúvida, uma vez que o termo como é usado nestas leis refletem mais os efeitos negativos do rótulo que elas carregam, em detrimento de qualquer medida de incapacidade.

No que tange o setor privado, as representações predominantemente negativas de pessoas com doença mental nas notícias dos meios de comunicação de massa podem se representar discriminação estrutural. A mídia, de modo geral, mostra a doença mental frequentemente de maneira estigmatizante, muitos artigos discutem os portadores desta doença em termos de periculosidade e crimes violentos, no ímpeto de aumentar suas vendas ou audiência (CORRIGAN; MARKVWITZ; WATSON, 2004). Apesar de seu compromisso com a neutralidade, uma política ou princípio que pode resultar em menos oportunidade para um grupo estigmatizado que para a maioria, se caracteriza como discriminação estrutural não intencional (CORRIGAN et al., 2004).

Link e Phelan (2001) ampliam este tópico, discutindo exemplos de discriminação estrutural não-intencional relacionada à doença mental. Eles argumentam, por exemplo, que menos dinheiro é alocado para pesquisas e tratamentos de transtornos psiquiátricos que outras doenças, isto porque doenças como o câncer e doenças do coração têm dominado a agenda de

saúde pública. Essa agenda de saúde é frequentemente apoiada pela população, como mostra o *survey* realizado na Alemanha que investigou a preferência para alocação de recursos financeiros para cuidado à saúde. Os resultados do estudo apontam que entre as condições de saúde, os recursos não poderiam ser pequenos para o câncer, AIDS e doenças cardiovasculares, segundo a preferência da população. Entretanto, somente uma pequena parcela dos respondentes selecionou esquizofrenia, depressão e alcoolismo. Pelos resultados, os autores demonstram um *continuum* das condições, sendo que diabetes, doenças cardiovasculares e câncer ocupam a parte superior da escala, alcoolismo e esquizofrenia a outra parte, com a AIDS constituindo o centro da escala (MATSCHINGER; ANGERMEYER, 2004).

A discriminação estrutural, assim como toda e qualquer forma de discriminação, tem implicações significantes para a agenda da pesquisa em estigma e para o desenvolvimento de programas que visam a diminuição do estigma (CORRIGAN et al., 2004).

3.4 – Estigmatização e o Uso de Substâncias

A história da psiquiatria social ensina que as concepções culturais de doença mental têm conseqüências dramáticas para a busca por ajuda, estereotipização, e tipos de estruturas de tratamento criadas para atender as várias formas de doença mental. Os dependentes de drogas são vistos como a condição mais provável de ser violenta, por conseguinte, há mais desejo de distância social para a pessoa dependente de drogas. Entretanto, se os sintomas de dependência continuam a ser associados com medo de violência, pessoas com tal condição serão afetadas negativamente pela rejeição, pela relutância em procurar ajuda profissional por medo da estigmatização e por medo da exclusão (LINK et al., 1997).

Se por um lado, a condição de status social desviante de usuários de drogas ilícitas pode servir para desencorajar o uso, por outro lado, a estigmatização pode afetar a saúde

daqueles que usam drogas ilícitas, através da exposição crônica de estresse e se constituir como uma barreira para acessar o serviço de saúde. Como uma barreira para o serviço de saúde, estigma e discriminação podem afetar adversamente ambas as saúde física e mental por impedir a entrada no sistema de saúde, reduzindo os relatos de questões de saúde e diminuindo a qualidade do atendimento recebido (AHERN; STUBER; GALEA, 2007).

Estudos sobre percepção popular sobre determinadas condições de saúde mostram que indivíduos dependentes de álcool são visto como mais responsáveis por seu problema, mais violentos e imprevisíveis que outros indivíduos afetados por outros transtornos mentais (LINK et al 1999; ARGERMEYER; MATSCHINGER, 1997). Além disso, respostas que colocam a responsabilidade da doença sobre o indivíduo, como fraqueza de caráter e falta de auto-estima, são consideradas mais relevantes para explicar o problema do que as causas biológicas (PELUSO; BLAY, 2008). Segundo os mesmos autores, a imensa maioria dos entrevistados acredita que a pessoa dependente de álcool pode cometer um ato de violência contra alguém, bem como acreditam que as pessoas que se dedicam ao indivíduo dependente irão desenvolver idéias negativas sobre ele (68,2%)e irão se afastar (60,4%) caso tenham conhecimento sobre o problema.

As conseqüências do estigma relacionado ao abuso de substâncias foram relatadas no estudo de (LINK et al., 1997), no qual indivíduos com diagnóstico de dependência de substâncias relataram suas experiências de rejeição. Entre os entrevistados, 6% relataram ter atendimento médico negado, 16% relataram ter sido negado para dividir apartamento, 24% relataram receber menor remuneração por conta da história de abuso de substância. Os resultados apontam que não houve declínio da percepção de estigma, nas estratégias de *coping* ou na recordação de experiências de rejeição com a diminuição dos sintomas depressivos após um ano de tratamento. Este estudo apresenta evidências da importância

fundamental do estigma como uma influência em pessoas com história de abuso de substância.

Os sintomas e incapacidades devido à dependência podem ser significativamente melhorados por vários tratamentos disponíveis, porém muitas pessoas que provavelmente se beneficiariam destes tratamentos escolhem nunca começá-los ou optam por terminá-los prematuramente. Existem alguns elementos que podem explicar essa baixa participação em programas de saúde mental, mas talvez a mais importante seja os efeitos no ambiente social (RÜSCH; ANGERMEYER; CORRIGAN, 2005). Pessoas com alguma condição estigmatizante na tentativa de evitar o estigma não procuram os serviços de saúde mental, uma vez que conhecem as crenças da população sobre esse tipo de condição. Estudo realizado por Fortney e colaboradores (2004) apontou que a grande maioria dos bebedores de risco percebe o julgamento negativo da população acerca do beber de risco. Além disso, cerca da metade dos bebedores percebem que a população reage negativamente a indivíduos que procuram tratamento para o abuso de álcool tanto na atenção primária como em serviços especializados. Quase a metade dos sujeitos percebe a falta de privacidade associada com tratamentos para abuso de substâncias em ambos os serviços. Esses resultados indicam que percepções sobre o estigma são altamente prevalentes entre os indivíduos que potencialmente precisam de tratamento para o uso álcool.

Outro estudo realizado com usuários de drogas encontrou que a percepção de desvalorização entre os usuários é prevalente, sendo que 85% dos respondentes relataram que muitas pessoas pensam que alguém que usa drogas não é confiável, e uma porcentagem similar (84,5%) relatou que as pessoas pensam que usuários de drogas são perigosos. Observou-se ainda que os usuários evitam o contato com outras pessoas porque eles podem parecer inferiores aos olhos dos outros por usar drogas. Os participantes relataram uma alta frequência de discriminação devido ao uso de drogas, sendo que os tipos mais comuns de

discriminação experienciada foram atribuíveis a família (75,2%) e amigos (65,8%) (AHERN; STUBER; GALEA, 2007).

3.5 – Estratégias de Redução do Estigma

O estigma aparece como um fator que influencia os resultados das intervenções dos serviços de saúde e se constitui como uma variável importante para a melhoria na qualidade de vida de pessoas acometidas por alguma doença (HANSSON, 2006). Portanto, para se maximizar a qualidade de vida das pessoas que são tratadas pelos serviços de saúde e manter os benefícios ao longo do tempo é preciso considerar o desafio do efeito do estigma na vida dessas pessoas (LINK et al., 1997).

Em função da extensão dos malefícios do processo de estigmatização, as estratégias de redução dos efeitos negativos do estigma têm sido bastante abrangentes. Rüsç e colaboradores (2005) assinalam que as iniciativas para reduzir o estigma são constituídas de três estratégias básicas: contato, protesto, e educação.

A familiaridade, ou contato, representa uma estratégia que tem em seu cerne algumas contradições. Por um lado, existem evidências de que o contato com condições estigmatizantes aumenta a rejeição (CORRIGAN et al., 2005); por outro lado, alguns estudos mas robustos têm apresentado uma associação desta estratégia com menor desejo de distância social em relação às pessoas com doença mental (ANGERMEYER; MATSCHINGER, 1997), à respostas emocionais mais positivas (CORRIGAN et al., 2003) e à menor discriminação estrutural (ANGERMEYER; MATSCHINGER, 2004), constituindo-se, por conseguinte, em uma ferramenta eficaz de redução de estigma.

Algumas formas de protesto têm se configurado como iniciativas de sucesso no que diz respeito a pressionar o poder público por melhor proteção legal para pessoas com doença mental. Uma destas iniciativas é o programa “*NAMF*” que têm protestado contra as

representações de estigma na mídia em todo território dos Estados Unidos. Na Alemanha, uma aliança de pessoas portadoras de sofrimento mental implementou o programa intitulado “*BASTA*” que é ativo em várias áreas, incluindo campanhas de protestos usando emails de alerta, programas de educação extensiva em escolas e academias de polícia, educação da mídia, e exposições de artes feitas por pessoas com transtorno mental e outras atividades culturais. Outras iniciativas de sucesso são a da Nova Zelândia, onde existe “*Like Minds*”, com envolvimento de iniciativas locais, regionais e nacionais, com a participação ativa de pessoas com doença mental em todos os níveis, e o “*SANE*”, uma campanha nacional, na Austrália, ativa há 20 anos e particularmente bem sucedida em educar jornalistas e combater mensagens midiáticas estigmatizantes.

Rüsch e colaboradores (2005) afirmam que estratégias de protesto são eficientes para reduzir as imagens públicas negativas acerca da doença mental, porém o impacto dessa estratégia na redução do preconceito ainda não é muito evidente.

Ainda na tentativa de diminuir o estigma, é preciso considerar que a falta de informação da comunidade ou a informação errada pode resultar em medo, hostilidade e raiva. Corrigan e colaboradores (2003) salientam que o conteúdo das estratégias anti-estigma que visam à educação a fim de obter mudanças de atitudes de comportamento do público, devem ter o foco nas causas das condições de saúde, mostrando, especialmente, que as pessoas estigmatizadas podem não ser responsáveis pelo surgimento destas. Em contrapartida, um estudo realizado com a população australiana, identificou que a atribuição de causas a fatores biológicos de certas condições podem evocar mais rejeição social (DIETRICH et al., 2004). Diante deste paradoxo, Phelan (2002) discute que a revolução genética trouxe consigo não somente informações científicas sobre a influência genética em características humanas específicas, mas também um novo foco cultural nos genes o qual provavelmente influencia as relações entre grupos e indivíduos. A atribuição genética para a

doença mental pode exacerbar o estigma da doença porque as pessoas em geral podem acreditar que mesmo que uma pessoa "marcada" por um rótulo de doente mental passe meses ou anos livres dos sintomas, o problema ainda existe, só está latente. Tal fato interfere na disposição das pessoas em manter relações mais próximas com estas pessoas, além de outros tipos de discriminação como a restrição de direitos reprodutivos.

Numa perspectiva individual, uma forma de reduzir as conseqüências do processo de estigmatização seria fornecer aos indivíduos estigmatizados maneiras eficientes de enfrentar o estigma. Uma variedade de estratégias cognitivas pode permitir que as pessoas melhorem visões estigmatizantes sobre eles mesmos e expectativas negativas sobre seu futuro. Outra estratégia é promover o empoderamento dos estigmatizados, o que possui efeitos positivos na auto-estima e auto-eficácia dos estigmatizados. Neste sentido, a proposta é ensinar pessoas que estão atormentadas, por um estigma psiquiátrico, maneiras de enfrentar o estigma, usando uma combinação de estratégias cognitivas e comportamentais (CORRIGAN, 1998).

Há de se considerar a complexidade da influência genética e as particularidades do público-alvo, para assim, traçar estratégias que não só reduzam a estigmatização, como também promovam atitudes positivas, promovendo o contato de forma profícua e criando uma aliança favorável com mídia.

Os serviços de saúde, na tentativa de melhorar a qualidade de vida das pessoas que são atendidas e manter os benefícios ao longo do tempo, devem considerar a extensão do efeito do estigma na vida das pessoas. Sendo assim, investigar o estigma atribuído por profissionais de saúde a determinadas doenças ou agravos torna-se importante no âmbito da saúde coletiva, tendo em vista que o processo de estigmatização pode interferir na qualidade do atendimento oferecido a paciente com condições estigmatizadas.

4. OBJETIVO

O objetivo geral do presente projeto é avaliar aspectos envolvidos no processo de estigmatização, tais como a moralização e a distância social, atribuídos ao comportamento de uso de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde de diferentes serviços da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais.

4.1 – Objetivos Específicos

Como objetivos específicos pretendem-se:

- a) comparar a atribuição de moralidade ao uso de álcool, maconha/cocaína com outros agravos e problemas de saúde;
- b) investigar a tolerância social dos profissionais acerca do comportamento de consumo de substâncias psicoativas em comparação a outros comportamentos tais como fumar, beber e dirigir, praticar atividades sexuais sem preservativo e jogos de azar;
- c) investigar as principais causas atribuídas ao surgimento da dependência de álcool, cocaína e maconha;
- d) avaliar o desejo por distância social dos profissionais de saúde em relação aos usuários de álcool e outras drogas;
- e) avaliar o quanto os profissionais estão dispostos a ajudar os usuários de álcool e outras drogas, bem como suas crenças sobre recuperação e adesão ao tratamento;
- f) comparar o estigma atribuído ao consumo de álcool e outras drogas entre profissionais de hospital geral e profissionais de saúde mental;
- g) comparar, entre os serviços, o estigma atribuído ao consumo de álcool, cocaína e maconha.
- h) investigar quais os fatores são explicativos para o desejo distância social.

5. MÉTODO

5.1 – Participantes

Foram convidados a participar do presente projeto, 183 profissionais de saúde de serviços especializados e ambulatoriais do município de Juiz de Fora.

Diante do caráter exploratório do presente estudo, definiu-se utilizando o critério de conveniência, os seguintes locais para recrutamento dos participantes: Serviços de Saúde Mental municipais, Hospital Universitário HU/CAS e Hospital Dr. João Penido.

O atendimento à saúde mental no município é formado por uma rede de serviços que compreende nove serviços de atendimento ambulatorial e serviços de urgência e emergência, bem como residências terapêuticas. Os hospitais foram escolhidos em função de serem os hospitais gerais do município de maior abrangência, o que poderia aumentar a probabilidade se encontrar profissionais que tenham contato com pacientes com transtornos por uso de substância nesses hospitais.

5.2 – Instrumentos

Foram utilizados como instrumentos questionários auto-aplicáveis, administrados em grupo, durante o horário de trabalho (Anexo 1), buscando-se intervir o mínimo possível na rotina de trabalho e manter o controle necessário para a padronização da aplicação. Os instrumentos são apresentados a seguir:

5.2.1 – Questionário Sobre Características dos Profissionais: objetivou caracterizar os participantes da pesquisa através de dados sócio-demográficos, como gênero, idade, estado civil, profissão e tempo de trabalho. Além disso, avalia se o profissional de saúde tem convívio, pessoal ou profissional, com algum usuário pesado de álcool ou dependente.

5.2.2 – Questionário Sobre Modelo de Percepção de Problemas de Saúde: Para avaliar a percepção dos profissionais sobre os usuários de álcool, utiliza-se o modelo de percepção de Brickman apresentado por Palm (2006), no qual se define quatro modelos ideais, baseados na atribuição de responsabilidade pelo surgimento e solução de uma condição de saúde, fundamentada na perspectiva de atribuição de causalidade e atribuição moral. Esses modelos são descritos a seguir e esquematizados na Figura 1 em anexo (Anexo 2).

a) Modelo Moral: A responsabilidade pelo aparecimento e solução de determinado problema de saúde é atribuída ao próprio indivíduo. O alcoolismo é visto como mau hábito, a causa do alcoolismo advém de uma fraqueza moral e a falha por resolver seus problemas poderia ser atribuída à falta de força de vontade. Nesse modelo, o indivíduo se sente sozinho na tentativa de mudar o comportamento.

b) Modelo Médico: O indivíduo é minimamente responsável pela causa do problema porque o alcoolismo tem uma etiologia biológica. Sendo assim, a responsabilidade individual por resolver e controlar seu problema é mínima. O alcoolismo é visto como uma doença irreversível e sem cura. O tratamento para o problema seria possível através do acompanhamento de um profissional ou programa que auxilie na busca da abstinência.

c) Modelo Compensatório: A responsabilidade individual pelo surgimento ou causa do problema é mínima. Entretanto, o indivíduo é responsável por resolver seu problema. Portanto, a metodologia de tratamento articula a conjunção da perspectiva de doença e a abordagem de solução de problemas. O paciente não é culpado diretamente pelo seu problema, mas responsável por lidar com ele desenvolvendo habilidades de enfrentamento ou adquirindo um melhor sistema de suporte social.

d) Modelo Iluminado: Os indivíduos são responsáveis por causar seu problema, porque eles se levaram pelo impulso de beber e perder o controle. Entretanto, os alcoolistas têm um mínimo controle por resolver seu problema. Sendo assim, o tratamento necessita que

o alcoolista admita a fraqueza perante a bebida, assim como a submeta-se o seu controle a uma Força Maior que ilumine seus passos. Essa força poderia ser à comunidade ou outros alcoolistas que estão se recuperando.

O questionário utilizado para construir o modelo é composto por uma pergunta acerca da responsabilidade dos pacientes sob o aparecimento de um problema de saúde e outra sobre a responsabilidade que esse paciente teria para solucionar esse problema. A possibilidade de resposta de concordância numa escala de um a cinco, onde um corresponde a “nada responsável” e cinco a “totalmente responsável”, é oferecida para as perguntas: - o quanto você acha que o paciente é responsável pelo aparecimento/evolução dos seus problemas de saúde e; - o quanto você acha que o paciente é responsável pela solução dos seus problemas de saúde.

Foram utilizados dois métodos para a avaliação do modelo entre os profissionais de saúde, um de classificação individual e um gráfico com finalidade ilustrativa. No primeiro, as respostas de cada participante foram recodificadas retirando-se o neutro da escala e agrupando os resultados entre baixa e alta responsabilidade. No segundo método, utilizou-se a média das respostas de das escalas para cada doença e agravamento com a finalidade de definir um ponto (x, y) em um plano cartesiano. A média da responsabilidade pelo aparecimento/evolução definiu o eixo das abscissas (x) e a média de responsabilidade pela solução o eixo das coordenadas (y). O valor três, considerado o ponto neutro das escalas, foi definido como o ponto de cruzamento entre o eixo x e y. As médias menores que três foram consideradas como baixas, e as médias maiores que três foram consideradas como altas.

5.2.3 – Escala de Tolerância Social: A escala foi desenvolvida pelo grupo de pesquisa a partir de um estudo realizado por Amato e colaboradores (2008), com o objetivo de avaliar o quanto os profissionais de saúde aprovam ou não os seguintes comportamentos: fumar,

consumir bebidas alcoólicas, jogos de azar, fumar maconha, usar cocaína, beber e dirigir, ou praticar atividades sexuais sem preservativo.

Os respondentes classificaram tais comportamentos executados por outras pessoas numa escala do tipo Likert de cinco pontos que varia de desaprovo totalmente até aprovo totalmente. A partir dos resultados, as médias de respostas da escala para cada comportamento foram organizadas de forma hierárquica pela qual é possível destacar quais os comportamentos são mais aceitos ou reprovados pelo grupo social avaliado.

5.2.4 – Vinhetas: Foram construídas pelo grupo de pesquisa a partir dos estudos realizados por Link e colaboradores (1999) e Peluso Blay (2008). Estas vinhetas descrevem quadros de dependência de três substâncias – álcool, maconha e cocaína – segundo os critérios do DSM-IV. A cada participante foram apresentadas as seguintes vinhetas:

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

b) Dependência de Cocaína: “Marcos cheirou cocaína, pela primeira vez, em uma festa há um ano na companhia de amigos. Durante os últimos meses ele tem cheirado grandes quantidades por vez e tem perdido peso. Marcos tem gastado grande parte de suas economias para comprar cocaína. Quando seus amigos tentam falar com ele sobre as mudanças que tem apresentado, ele fica nervoso e tem reações explosivas. Além disso, também tem tido problemas na família. Marcos já tentou parar de cheirar cocaína algumas vezes, mas não

obteve sucesso. Todas as vezes que tentou parar, se sentiu muito cansado e teve dificuldades para dormir, esses efeitos só foram aliviados quando ele usou mais cocaína. Marcos perdeu seu emprego há um mês devido às faltas constantes”.

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

Diante da dificuldade de mensuração de atitudes e preconceitos implícitos, devido à tendência a dar respostas socialmente aceitáveis é recomendado a construção de instrumentos que evitem evocar respostas socialmente aceitáveis, o que justifica a utilização da vinheta. As vinhetas foram utilizadas para avaliar, através de um conjunto de itens, as reações emocionais que os dependentes de álcool, cocaína e maconha despertam, o reconhecimento dos pacientes da dependência como uma doença mental, as crenças acerca das causas de tal condição, a percepção de periculosidade dos dependentes, e o quão desejado é o distanciamento social destas pessoas. Para cada vinheta, os participantes foram convidados a avaliar o quanto concordam com as assertivas numa escala do tipo Likert de 7 pontos, variando de discordo totalmente a concordo totalmente. Entre estes itens, aqueles relativos à distância social compõe a Escala de Distanciamento Social que é obtida através de uma soma simples de seus 5 itens, representando comportamentos de evitar o contato com pessoas as quais se tem crenças ou emoções negativas.

5.3 – Delineamentos da Pesquisa

Com a finalidade de garantir uma maior qualidade dos instrumentos, os mesmos passaram por uma revisão criteriosa de especialistas. A seguir, realizou-se um pré-teste, entre 6 profissionais que não participaram da amostra, para avaliar a qualidade dos itens e corrigir possíveis equívocos.

Para melhor operacionalização das hipóteses de estudo e obtenção de níveis de mensuração mais objetivos, optou-se por definir um aspecto principal a ser avaliado: o desejo por distância social em relação às pessoas com transtornos por uso de substâncias.

O presente estudo será do tipo exploratório e não controlado. Devido à inviabilidade de avaliar todos os profissionais alocados em ambos os hospitais, utilizou-se uma amostra representativa destas populações, constituída através da seleção aleatória simples de cada um dos universos. Para tanto, os procedimentos estatísticos necessários para elaboração destas amostras foram definidos após a obtenção da descrição do universo de cada hospital, por fim obteve-se 132 profissionais de ambos os hospitais. Nos serviços de saúde mental devido ao pequeno número de profissionais de saúde, por critério de conveniência, optou-se por realizar um senso, convidando todos a participarem. Dentre os 70 servidores lotados no departamento de Saúde Mental de Juiz de Fora, apenas 56 profissionais de saúde estavam em atividade, sendo que a maior parte dos inativos estava de férias, aposentada, de licença ou foram realocados para outros órgãos. Por fim, 52 profissionais foram encontrados e apenas 1 se recusou a participar.

A pesquisa recebeu financiamento da FAPEMIG através do Edital Universal, (processo nº: SHA APQ-1006-5.06/07).

5.4 – Análises dos Dados

Os dados foram digitados e organizados em um banco de dados no Statistical Package for Social Science, versão 15 (SPSS, versão 15.0). Com a finalidade de reduzir eventuais erros sistemáticos na digitação, parte dos questionários digitados (25%) foi selecionada de forma aleatória e os questionários foram conferidos. Diante da não existência de erros, a digitação foi considerada como adequada para as análises dos dados. Através deste mesmo software os dados foram organizados e analisados. Inicialmente, foram utilizadas técnicas de estatística descritiva para apresentar as frequências (n), porcentagens (%), média (M), desvio padrão (DP), valores mínimos (Mín) e máximos (Máx). Para fins de descrição e eventuais comparações e inferências estatísticas, foram utilizados dados escalares numéricos e categoriais onde foram computadas todas as informações, seguindo o caráter exploratório inerentes aos objetivos do estudo. Ainda de acordo com os objetivos propostos, foram utilizadas medidas de associação para se analisar a relação entre cada variável e o tipo de serviço, assim como para comparar as substâncias em cada variável.

Utilizou-se a regressão múltipla para analisar como as variáveis explicativas estão relacionadas à variável de critério, a fim de complementar o estudo. A variável de critério escolhida foi a distância social enquanto as variáveis explicativas foram variáveis sócio-demográficas, atribuição de responsabilidade pelo aparecimento e solução do problema, tolerância social, reconhecimento como doença mental, percepção de perigo, atribuição de causalidade, reações emocionais positivas e negativas, motivação para tratar o problema e crença na adesão e recuperação. A análise foi conduzida em quatro blocos de variáveis: 1) sociodemográficas, 2) moralização e tolerância social, 3) reconhecimento como doença mental, percepção de perigo, motivação para tratar o problema, crença na recuperação e na adesão, atribuição de causalidade, 4) reações emocionais. Optou-se por utilizar o método

backward em todos os blocos com exceção do segundo bloco, o qual se utilizou o método *enter* para forçar a entrada dessas variáveis no modelo.

Para as escalas numéricas de Moralização do Uso de Álcool e para as Escalas de Distanciamento Social (Álcool, Cocaína e Maconha) foram calculados, especificamente, o indicador de confiabilidade das respostas aos itens através do índice de consistência interna Alfa de Cronbach (α).

Para todas as análises e definição da amostra foi adotado o intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$).

5.5 – Aspectos Éticos

O presente projeto representa um desdobramento da pesquisa intitulada “Profissionais de Saúde da Atenção Primária à Saúde: Estereótipos e Atribuição Moral do Uso de álcool”. O projeto foi submetido ainda à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário HU/CAS da Universidade Federal de Juiz de Fora. A partir do protocolo aprovado no comitê de ética (0015/09) procedeu-se a coleta nos serviços de saúde mental e hospitais gerais do município de Juiz de Fora.

Cada participante recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que informa o tipo de pesquisa, seus objetivos e esclarece que a participação será voluntária, não prevendo qualquer ressarcimento, e sem prejuízo de qualquer natureza para os não participantes. No termo, também se estabelece um compromisso com a privacidade de cada participante e a utilização confidencial e sigilosa dos dados coletados. Todas as atividades propostas foram negociadas dentro dos horários de serviço dos profissionais. Os resultados serão divulgados em meios públicos, respeitando os critérios relatados acima e com honestidade científica.

6. RESULTADOS

A amostra se constituiu de 183 profissionais, sendo 67,8% de profissionais do gênero feminino, com idade média de 44,1 anos (DP= 9,8) e em sua maioria casados (63,1%). O tempo de atuação dos profissionais de saúde variou de 1 a 38 anos, sendo que o tempo médio de profissão foi de 18,2 anos. A maioria dos profissionais era auxiliares e técnicos de enfermagem (37,9%), sendo que no Hospital Geral esta categoria representava 50,0% dos profissionais alocados nesse serviço. Os médicos representavam 26,4% da amostra total dos profissionais, embora no serviço de Saúde Mental, essa profissão representava 42,0% dos profissionais. Os demais profissionais de nível superior representavam apenas 18,1% entretanto nos serviços de Saúde Mental representavam 40,0% dos profissionais. Já os enfermeiros compunham 11,5% da amostra, e por fim, outros técnicos e auxiliares com porcentagem igual a 6,0%. Estes dados são encontrados na **Tabela 01**.

Tabela 01 – Descrição das características da população estudada entre os profissionais de saúde (n=183)

Características da População		Hospital Geral	Saúde Mental	Total
A) Dados Sócio-demográficos				
Gênero (%)	Feminino	68,9	64,7	67,8
	Masculino	31,1	35,3	32,2
Profissão (%)	Auxiliares e Técnicos de Enfermagem	50,0	6,0	37,9
	Médico	20,5	42,0	26,4
	Profissionais de Nível Superior	9,8	40,0	18,1
	Enfermeiros	11,4	12,0	11,5
	Outros Técnicos e Auxiliares	8,3	0,0	6,0
Estado Civil (%)	Casados	59,5	72,9	63,1
	Solteiros	29,0	12,5	24,6
	Divorciados	7,6	14,6	9,5
	Viúvos	3,8	0,0	2,8

Continuação da Tabela 01 – Descrição das características da população estudada entre os profissionais de saúde (n=183)

Idade (Anos)	Hospital Geral	Saúde Mental	Total
Média	45,6	45,5	44,1
Desvio Padrão	10,3	8,0	9,8
Mediana	45,0	45,0	45,0
Mínimo	21	25	21
Máximo	66	60	66

Tempo de Profissão (Anos)	Hospital Geral	Saúde Mental	Total
Média	18,2	18,4	18,2
Desvio Padrão	10,2	8,5	9,8
Mediana	18,5	19,0	19,0
Mínimo	1	1	1
Máximo	38	38	38

No que se refere ao convívio direto com usuários pesados ou dependentes de álcool e outras drogas, 67,4% dos respondentes declararam que tinham contato, seja pessoal ou profissional. No serviço de Saúde Mental, a maioria dos profissionais (86,0%) declarou que tinham contato com dependentes de álcool ou outras drogas, ao passo que 60,3% dos profissionais do Hospital Geral declaram ter contato com tais indivíduos ($\chi^2=10,87$; $p<0,001$), (Tabela 02).

Tabela 02 – Descrição do convívio com usuários pesados ou dependentes de álcool ou outras drogas (n=181)

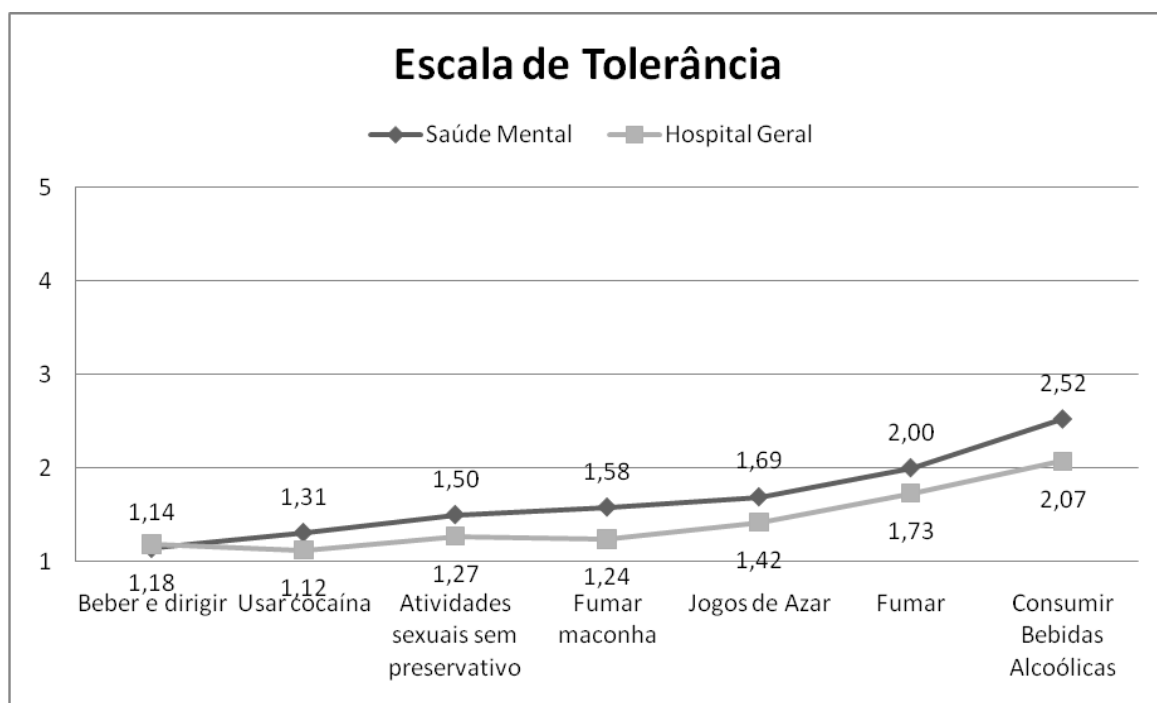
Convívio com usuários pesados ou dependentes de álcool ou outras drogas (%)	Hospital Geral	Saúde Mental	Total
Sim	60,3	86,0	67,4
Não	39,7	14,0	32,6

$p<0,001$; $\chi^2=10,87$ gl=1

A partir da Escala de Tolerância Social é possível constatar quais os comportamentos mais tolerados socialmente para este grupo. Observou-se que os comportamentos que os profissionais de saúde mais desaprovavam eram respectivamente: beber e dirigir (92,2%),

usar cocaína (82,4%), praticar atividades sexuais sem preservativo (72,0%), fumar maconha (62,0%), jogos de azar (55,1%), fumar (43,1%) e consumir bebida alcoólica (24,0%). A **figura 2**, construída a partir das médias obtidas na mesma escala para cada tipo de serviço, reitera que consumir bebidas alcoólicas, dentre os comportamentos apresentados, é o mais tolerado pelos profissionais de saúde, não havendo diferença significativa entre as categorias.

Figura 2 - Média na Escala de Tolerância Social



No que se refere ao modelo de percepção para as condições de saúde estudadas, houve diferença significativa na distribuição de frequência entre os modelos de tabagismo, dependência de maconha/cocaína, AIDS, alcoolismo e esquizofrenia, entretanto não houve diferença entre as categorias de serviços para cada modelo de percepção. Observou-se que as condições de saúde com maior frequência de modelo moral para a amostra total, respectivamente, foram: tabagismo (86,9%), dependência de maconha/cocaína (81,2%), AIDS (79,8%), alcoolismo (75,2%) e Obesidade (69,3%), (**Tabela 03**). Os resultados obtidos

através do método gráfico estiveram em concordância com os resultados do método de classificação individual servindo como um modelo ilustrativo apresentado na **figura 3**.

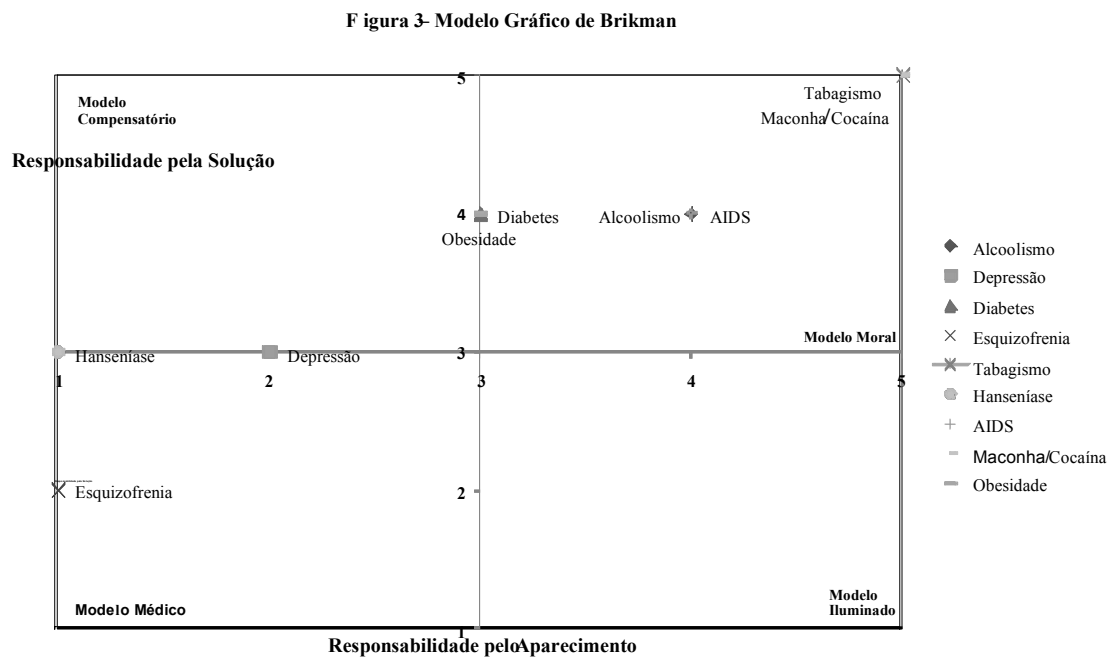


Tabela 03 – Descrição do Modelo de Percepção de Brickman

Agravos ou Doenças	Tipo de Serviço	Modelos de Percepção de Brickman							
		Moral		Médico		Compensatório		Iluminado	
		%	n	%	n	%	n	%	n
Tabagismo*	Saúde Mental	88,2	30	-	0	11,8	4	-	0
	Hospital Geral	86,4	89	3,9	4	3,9	4	5,8	6
	Total**	86,9	119	2,9	4	5,8	8	4,4	6
Dependência de Maconha/Cocaína*	Saúde Mental	89,7	26	-	0	3,4	1	6,9	2
	Hospital Geral	78,8	82	5,8	6	9,6	10	5,8	6
	Total**	81,2	108	4,5	6	8,3	11	6,0	8
AIDS*	Saúde Mental	100,0	21	-	0	-	0	-	0
	Hospital Geral	75,3	70	8,6	8	4,3	4	11,8	11
	Total**	79,8	91	7,0	8	3,5	4	9,6	11
Alcoolismo*	Saúde Mental	73,9	17	-	0	21,7	5	4,3	1
	Hospital Geral	75,6	68	7,8	7	11,1	10	5,6	5
	Total**	75,2	85	6,2	7	13,3	15	5,3	6
Obesidade	Saúde Mental	72,7	16	4,5	1	18,2	4	4,5	1
	Hospital Geral	68,4	54	11,4	9	17,7	14	2,5	2
	Total	69,3	70	9,9	10	17,8	18	3,0	3
Depressão	Saúde Mental	30,0	6	30,0	6	35,0	7	5,0	1
	Hospital Geral	22,1	17	42,9	33	35,1	27	-	0
	Total	23,7	23	40,2	39	35,1	34	1,0	1
Diabetes	Saúde Mental	13,7	7	2,0	1	11,8	6	2,0	1
	Hospital Geral	12,1	16	15,9	21	25,8	34	1,5	2
	Total	12,6	23	12,0	22	21,9	40	1,6	3
Hanseníase	Saúde Mental	11,1	3	44,4	12	40,7	11	3,7	1
	Hospital Geral	8,2	8	41,2	40	50,5	49	-	0
	Total	8,9	11	41,9	52	48,4	60	0,8	1
Esquizofrenia*	Saúde Mental	7,4	2	81,5	22	7,4	2	3,7	1
	Hospital Geral	3,5	3	72,1	62	20,9	18	3,5	3
	Total**	4,4	5	74,3	84	17,7	20	3,5	4

* $p < 0,005$ – Houve diferença significativa na distribuição de frequência para cada modelo.** $p < 0,001$ – Não houve diferença entre os serviços para cada condição.

Ao analisar o reconhecimento da dependência de drogas como uma doença mental, observou-se que 38,7% dos participantes concordam que o caso descrito na vinheta possui uma doença mental, ao passo que 37,0% discordaram e 24,3% são neutros. Entre os profissionais de saúde mental, a concordância com essa proposição é significativamente maior que entre os profissionais de hospital geral ($\chi^2 = 20,27$; $p < 0,001$). Já para a dependência de cocaína 36,7% dos participantes concordaram que se tratava de uma doença mental, 44,4% discordaram e 18,9% declararam-se neutros. Da mesma forma que na vinheta de álcool, houve diferença estatística entre os serviços de saúde mental e hospital geral ($\chi^2 = 20,27$; $p < 0,001$), sendo que os profissionais de saúde mental concordavam mais com a proposição que os profissionais do hospital geral. Com relação à maconha, 30,3% dos profissionais concordaram que a dependência dessa substância configura-se como uma doença mental, entretanto, 44,4% discordaram dessa afirmativa e 25,3% declararam-se neutros. Para a vinheta de dependência de maconha também houve diferença significativa entre os tipos de serviços ($\chi^2 = 20,31$; $p < 0,001$), sendo que a porcentagem de profissionais de saúde mental que concordavam que o paciente descrito na vinheta possuía uma doença mental era duas vezes maior que a porcentagem de profissionais de hospital geral que concordavam com tal afirmativa. Utilizou-se o teste de Friedman para comparar a diferença entre as vinhetas de álcool, maconha e cocaína, para cada tipo de serviço. Observou-se que não existe diferença estatística significativa entre as vinhetas no serviço de saúde mental ($\chi^2 = 4,90$; $p < 0,09$), entretanto encontrou-se que existe diferença estatística entre as vinhetas com relação aos profissionais do hospital geral ($\chi^2 = 9,15$; $p < 0,01$), como descrito na **tabela 04**.

Tabela 04 – O caso descrito na vinheta possui uma doença mental?

Vinhetas	Tipo de Serviços	n	Frequência (%)		
			Concordam	Neutros	Discordam
Cocaína	Saúde Mental**	50	62,0	16,0	22,0
	Hospital Geral*	130	26,9	20,0	53,1
	Total*	180	36,7	18,9	44,4
Álcool	Saúde Mental**	50	58,0	22,0	20,0
	Hospital Geral*	131	31,3	25,2	43,5
	Total*	181	38,7	24,3	37,0
Maconha	Saúde Mental**	49	53,1	26,5	20,4
	Hospital Geral*	129	21,7	24,8	53,5
	Total*	178	30,3	25,3	44,4

* $p < 0,001$ – Foi encontrada diferença estatística significativa entre as vinhetas no Hospital Geral e entre os serviços.

** $p < 0,09$ – Não foi encontrada diferença estatística significativa entre as vinhetas no Serviço de Saúde Mental.

A percepção de periculosidade foi analisada através da assertiva “*Ele pode ser perigoso ou cometer um ato violento contra outra pessoa*”, na qual se mensurava o grau de concordância dos profissionais com esta proposição em relação ao caso descrito. Observou-se que a maioria (60,7%) dos profissionais concordou com tal afirmativa no caso de dependentes de cocaína (54,9%), seguidos por dependentes de maconha (40,2%) e álcool (39,8%). Não houve diferença significativa entre os serviços de saúde mental e hospital geral para dependência de cocaína e álcool, entretanto para a dependência de maconha houve diferença ($\chi^2=11,15$; $p < 0,01$). A maioria dos profissionais de saúde mental discordava que o dependente de maconha pode ser perigoso (60,0%) ao passo que a maioria dos profissionais de hospital geral (46,5%) concordava com esta proposição.

As reações emocionais provocadas por cada um dos casos descritos foram divididas em dois grupos: positivas e negativas. As reações positivas analisadas foram desejo de ajudar, simpatia, carinho e compaixão. Já as reações negativas eram formadas por medo, irritação, afastamento, indiferença.

No que tange as reações negativas em relação aos dependentes, a reação negativa mais freqüente para todas as substâncias foi a irritação, todavia, não houve diferença estatisticamente significativa entre os tipos de serviços. Na comparação entre as vinhetas, no que se refere à reação medo, verificou-se que houve diferença estatística significativa entre as substâncias avaliadas, tanto entre os profissionais do serviço de saúde mental ($\chi^2=9,17$; $p<0,01$) como entre os profissionais de hospital geral na comparação entre as substâncias ($\chi^2=23,54$; $p<0,01$), sendo que em ambos os serviços, os profissionais concordam que o caso descrito como dependente de cocaína é o que provoca mais medo, seguidos pelos dependentes de álcool e maconha, respectivamente. Já para a reação irritação houve diferença estatística entre as vinhetas apenas entre os profissionais do hospital geral ($\chi^2=12,83$; $p<0,01$). No que se refere à reação afastamento, houve diferença estatística entre as vinhetas apenas entre os profissionais dos serviços de saúde mental ($\chi^2=15,28$; $p<0,01$). Já para a reação indiferença, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as vinhetas para nenhum dos serviços, (Tabela 05).

Tabela 05 – Descrição das Reações Emocionais (Reações Negativas):

			Medo*		Irritação**		Afastamento		Indiferença				
Vinheta	Serviço	N	Disc.	Conc.	n	Disc.	Conc.	n	Disc.	Conc.	n	Disc.	Conc.
Álcool	HG	131	21,4	60,3	127	14,2	70,9	131	18,3	64,9	131	34,4	44,3
	SM	48	16,7	68,8	51	5,9	78,4	51	5,9	80,4	51	35,3	41,2
	Total	179	20,1	62,6	178	11,8	73,0	178	14,8	69,2	182	34,6	43,4
Cocaína	HG	130	12,3	75,4	128	11,7	76,6	130	23,8	61,5	132	33,3	40,2
	SM	51	17,6	70,6	50	8,0	72,0	50	8,0	78,0	51	39,2	29,4
	Total	181	13,8	74,0	178	10,7	75,3	178	19,4	66,1	183	35,0	37,2
Maconh a	HG	130	28,5	51,5	129	20,2	61,2	131	26,0	55,7	130	26,9	42,3
	SM	49	32,7	51,0	48	20,8	64,6	50	22,0	54,0	50	28,0	36,0
	Total	179	29,6	51,4	177	20,3	62,1	177	24,9	55,2	180	27,2	40,6

* $p<0,001$ – Foi encontrada diferença estatística significativa entre as vinhetas.

** $p<0,001$ – Não foi encontrada diferença estatística entre os serviços.

Nota: HG = Hospital Geral e SM = Saúde Mental

Disc = Discordo e Conc = Concordo

Com relação às reações positivas, observou-se que as reações positivas mais frequentes para ambas as substâncias foram compaixão e desejo de ajudar. Não se observou diferença estatística significativa entre os serviços para nenhuma das reações positivas de nenhuma dependência descrita nas vinhetas.

Com relação à comparação das reações positivas entre as vinhetas, para cada tipo de serviço, encontrou-se diferença estatística no que se refere à simpatia para ambos os serviços (Saúde Mental: $\chi^2= 9,07$; $p<0,01$); Hospital Geral: $\chi^2=10,43$; $p< 0,01$), dessa forma, os profissionais acreditavam que os dependentes de álcool provocam mais simpatia que os dependentes de cocaína e maconha. Já para a reação “carinho”, na comparação entre as vinhetas obteve-se diferença estatística apenas na amostra de saúde mental ($\chi^2= 15,65$; $p< 0,01$). Os resultados apontaram que os profissionais desse serviço concordavam que o dependente de maconha é o paciente que mais provoca esse tipo de reação. O dependente de álcool foi o paciente que mais despertou compaixão, seguidos pelos dependentes de cocaína e álcool, sendo que se encontrou diferença estatística apenas para os profissionais de hospital geral ($\chi^2= 6,67$; $p<0,04$). Não houve diferença estatística entre os serviços com relação à desejo de ajudar (Saúde Mental: $\chi^2=4,48$; $p<0,12$; Hospital Geral: $\chi^2= 1,59$; $p<0,45$), (Tabela 06).

Tabela 06 – Descrição das Reações Emocionais (Reações Positivas)

		Desejo de Ajudar**			Simpatia*			Carinho*			Compaixão		
Vinhetas	Serviço	N	Disc.	Conc.	n	Disc.	Conc.	n	Disc.	Conc.	n	Disc.	Conc.
Álcool	HG	130	16,2	66,9	130	59,2	15,4	128	49,2	24,2	128	9,4	76,6
	SM	51	11,8	68,6	50	62,0	6,0	49	55,1	14,3	51	13,7	70,6
	Total	181	14,9	67,4	180	60,0	12,8	177	50,8	21,5	179	10,6	74,9
Cocaína	HG	132	20,5	61,4	130	56,9	16,2	130	45,4	27,7	130	14,6	71,5
	SM	51	19,6	58,8	51	54,9	13,7	51	52,9	17,6	51	17,6	64,7
	Total	183	20,2	60,7	181	56,4	15,5	181	47,5	24,9	181	15,5	69,6
Maconha	HG	132	18,2	65,9	129	48,8	22,5	129	49,6	24,0	132	14,4	65,9
	SM	49	14,3	67,3	50	40,0	20,0	50	34,0	32,0	49	12,2	67,3
	Total	181	17,1	66,3	179	46,4	21,8	179	45,3	26,3	181	13,8	66,3

* $p<0,001$ – Foi encontrada diferença estatística significativa entre as vinhetas.

** $p< 0,001$ – Não foi encontrada diferença estatística entre os serviços.

Nota: HG = Hospital Geral e SM = Saúde Mental

Disc = Discordo e Conc = Concorde

No que tange a atribuição de causas para a dependência de álcool, os profissionais atribuíram causas tanto sociais como biológicas: 60,0% dos profissionais concordaram que situações estressantes podem desencadear a dependência dessa substância; 55,8% atribuíram o problema a um desequilíbrio químico no cérebro ao passo que 48,1% atribuíram a causa a um problema genético; 41,4% concordaram que a maneira como a pessoa foi educada pode causar esse tipo de problema; apenas 12,1% atribuíram a causa à fraqueza de caráter dos indivíduos; e uma minoria atribuiu o problema à vontade de Deus (7,7%). Não houve diferença estatística significativa entre nenhuma das causas para a dependência de álcool quando se fez a comparação entre os serviços de saúde mental e hospital geral.

Com relação à dependência de cocaína, a atribuição de causalidade mais freqüente foi desequilíbrio químico no cérebro (52,0%), seguida por eventos estressantes na vida (47,2%), a forma como o indivíduo foi educado (42,3%) e problema genético (32,2%). No que se refere à fraqueza de caráter como causa da dependência dessa substância, 23,8% dos profissionais atribuíram a causa do problema a este item, e apenas 5,0% atribuíram à vontade de Deus. Na comparação entre os serviços de saúde mental e hospital geral, houve diferença estatística significativa para as seguintes causas: fraqueza de caráter, estresse e problema genético. No serviço de saúde mental, apenas 7,8% dos profissionais concordaram que o problema era devido à fraqueza de caráter, enquanto que 30,0% dos profissionais de hospital geral concordaram com esta atribuição ($\chi^2=10,43$; $p<0,01$). Com relação às situações estressantes na vida como causa da dependência de cocaína, 62,7% dos profissionais de saúde mental concordaram com esta proposição, ao passo que 41,1% dos profissionais de hospital geral concordaram ($\chi^2=8,35$; $p<0,02$). Entre os profissionais de hospital geral, 26,5% concordaram que o problema genético é causa da dependência de cocaína, contudo 47,9% dos profissionais de saúde mental concordam que o problema genético é uma das causas da dependência dessa substância ($\chi^2=7,60$; $p<0,02$).

Já para a dependência de maconha, 44,1% dos profissionais concordam que situações estressantes na vida são a causa da dependência de maconha; 42,1% apontam o desequilíbrio químico no cérebro como a principal causa; 40,3% dos profissionais concordaram que a maneira como a pessoa foi educada ou criada é responsável pelo problema; 22,5% atribuíram a causa a um problema genético; 21,0% concordaram que fraqueza de caráter pode ser a causa da dependência; 4,4% atribuíram a causa do problema à vontade de Deus. Quando se comparou a atribuição de causalidade entre os serviços, observou-se diferença estatística significativa com relação à fraqueza de caráter: enquanto 25,2% dos profissionais de hospital geral atribuíram a causa do problema à fraqueza de caráter, apenas 10% dos profissionais de saúde mental concordaram com tal atribuição.

Na comparação da atribuição de causalidade entre as vinhetas encontrou-se diferença estatística com relação à fraqueza de caráter apenas para os profissionais de hospital geral ($\chi^2=19,17$; $p<0,01$), assim como para causa do tipo desequilíbrio químico no cérebro ($\chi^2=15,60$; $p<0,01$) e atribuições a situações estressantes ($\chi^2=25,09$; $p<0,01$). Verificou-se que existia diferença estatística com relação à atribuição a problema genético entre os profissionais de ambos os serviços (Saúde Mental: $\chi^2=30,49$; $p<0,01$; Hospital Geral: $\chi^2=52,59$; $p<0,01$). Já para a atribuição à maneira como a pessoa foi educada não se encontrou diferença estatística significativa entre os serviços, na comparação entre as vinhetas, nem tampouco para atribuição à vontade de Deus. **Tabelas 07 e 08**

Tabela 07 – Descrição da atribuição de causalidade com relação aos casos fraqueza de caráter, desequilíbrio químico e educação

Vinhetas	Serviço	Fraqueza de Caráter*			Desequilíbrio Químico*			Educação**		
		n	Disc.	Conc.	n	Disc.	Conc.	n	Disc.	Conc.
Álcool	HG	131	60,3	14,5	130	28,5	55,4	130	38,5	38,5
	SM	51	78,4	5,9	51	23,5	56,9	51	29,4	49,0
	Total	182	65,4	12,1	181	27,1	55,8	181	35,9	41,4
Cocaína	HG	130	53,1	30,0	128	32,8	51,6	131	43,5	38,2
	SM	51	74,5	7,8	51	33,3	52,9	51	27,5	52,9
	Total	181	59,1	23,8	179	33,0	52,0	182	39,0	42,3
Maconha	HG	131	51,1	25,2	129	39,5	40,3	131	41,2	35,1
	SM	50	76,0	10,0	49	36,7	46,9	50	28,0	54,0
	Total	181	58,0	21,0	178	38,8	42,1	181	37,6	40,3

* $p < 0,01$ – Diferença estatística significativa somente para os profissionais de hospital geral.

** $p > 0,05$ – Não foi encontrada diferença estatística.

Nota: HG = Hospital Geral e SM = Saúde Mental;

Disc = Discordo e Conc = Concordo

Tabela 08 - Descrição da atribuição de causalidade com relação aos casos estresse, problema genético e vontade de Deus

Vinhetas	Serviço	Estresse*			Problema Genético**			Vontade de Deus***		
		n	Disc.	Conc.	n	Disc.	Conc.	n	Disc.	Conc.
Álcool	HG	129	26,4	56,6	131	30,5	42,7	132	81,8	9,8
	SM	51	17,6	68,6	50	22,0	62,0	50	92,0	2,0
	Total	180	23,9	60,0	181	28,2	48,1	182	84,6	7,7
Cocaína	HG	129	38,0	41,1	132	53,8	26,5	131	84,7	5,3
	SM	51	17,6	62,7	48	35,4	47,9	50	92,0	4,0
	Total	180	32,2	47,2	180	48,9	32,2	181	86,7	5,0
Maconha	HG	129	36,4	38,8	129	59,7	19,4	130	83,1	5,4
	SM	50	24,0	58,0	49	51,0	30,6	50	92,0	2,0
	Total	179	33,0	44,1	178	57,3	22,5	180	85,6	4,4

* $p < 0,01$ – Diferença estatística significativa somente para os profissionais de hospital geral.

** $p < 0,01$ – Diferença estatística significativa para ambos os serviços.

*** $p > 0,05$ – Não foi encontrada diferença estatística.

Nota: HG = Hospital Geral e SM = Saúde Mental

Ao avaliar o desejo por distância social em relação aos dependentes de substâncias, verificou-se que dentre as assertivas apresentadas, “*Ter alguém da família casado com esta pessoa*” representava a de maior distanciamento, uma vez que 76,0% dos profissionais afirmaram que não gostariam de ter algum membro da família casado com dependente de álcool, em relação à cocaína, 73,8% afirmaram que gostariam de ter algum membro da família casado com este paciente; e, em relação à maconha, 70,3% afirmaram tal proposição. De

forma oposta, “Começar uma conversa com esta pessoa” foi a que obteve menor distanciamento para todos os dependentes. Entre os respondentes, 21,4% discordaram que começariam uma conversa com um dependente de álcool, seguido por cocaína (25,3%) e maconha (26,4%).

Na comparação entre os serviços, apenas a vinheta que descrevia o caso de dependência de maconha apresentou resultados em três itens da escala. Na assertiva “Ser vizinho dessa pessoa”, 24,0% dos profissionais de saúde mental discordaram, em contrapartida 47,0% dos profissionais do hospital geral discordaram dessa afirmativa ($\chi^2=11,97$; $p<0,003$). Já na assertiva “Começar uma conversa com essa pessoa”, 12,0% dos profissionais de saúde mental discordaram, enquanto 30,3% dos profissionais de hospital geral discordaram que gostariam de começar uma conversa com a pessoa descrita na vinheta ($\chi^2=9,23$; $p<0,01$). Entre os profissionais de saúde mental, apenas discordaram que gostariam de ser amigo de alguém dependente de maconha, entretanto 29,6% dos profissionais de hospital geral discordaram dessa assertiva ($\chi^2=7,92$; $p<0,019$), como é visto na **tabela 09**.

Tabela 09 – Avaliação de distância social através dos casos descritos nas vinhetas de dependência de álcool, cocaína e maconha

Assertivas	Vinhetas	Discordância (%)					
		Saúde Mental		Hospital Geral		Total	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Ser vizinho dessa Pessoa	Álcool	51	47,1	132	45,5	183	45,9
	Maconha*	50	24,0	132	47,0	182	40,7
	Cocaína	51	43,1	132	56,1	183	52,5
$\chi^2=21,38$ $p<0,001$							
Começar uma conversa com essa pessoa	Álcool	51	25,5	131	19,8	182	21,4
	Maconha*	50	12,0	132	30,3	182	25,3
	Cocaína	51	21,6	131	28,2	182	26,4
$\chi^2=15,19$ $p<0,001$							
Ser amigo dessa pessoa	Álcool	51	25,5	130	27,7	181	27,1
	Maconha*	50	16,0	129	34,9	179	29,6
	Cocaína	50	34,0	131	35,1	181	34,8
$\chi^2=14,36$ $p<0,001$							
Trabalhar com essa pessoa	Álcool	51	35,3	130	46,9	181	43,6
	Maconha	50	30,0	130	47,7	180	42,8
	Cocaína	51	43,1	131	55,0	182	51,6
$\chi^2=12,41$ $p<0,002$							
Ter alguém na família casado com essa pessoa	Álcool	51	66,7	132	79,5	183	76,0
	Maconha	50	58,0	132	75,0	182	70,3
	Cocaína	51	68,6	132	75,8	183	73,8
$\chi^2=9,08$ $p<0,011$							

A avaliação da motivação para tratar o problema de saúde refere-se ao quanto os profissionais estariam dispostos a tratar cada um dos casos descritos nas vinhetas. De modo geral, os profissionais declararam-se motivados para tratar casos de dependência de substâncias psicoativas. Observou-se que 60,7% dos profissionais estavam motivados para tratar a dependência de álcool, 58,8% estavam motivados para tratar a dependência de maconha, e, por fim, 57,7% declararam-se motivados para tratar a dependência de cocaína.

Com relação, a avaliação dos profissionais acerca da recuperação dos casos descritos nas vinhetas, observou-se que a maioria dos profissionais acredita na recuperação dos

dependentes: 77,8% dos profissionais acreditam na recuperação dos dependentes de maconha; 77,0% acreditam que na recuperação dos dependentes de álcool e, finalmente, 68,0% dos profissionais declararam que acreditam na recuperação dos dependentes de cocaína.

Avaliou-se ainda o quanto os profissionais de saúde acreditam na adesão ao tratamento de cada paciente descrito, o qual mostrou que a maioria dos profissionais acredita na recuperação dos dependentes, apesar de a frequência de profissionais que acreditam na adesão ao tratamento do dependente de cocaína ser inferior às demais substâncias. Entre os profissionais, 71,7% declararam acreditar na adesão ao tratamento dos dependentes de maconha; 64,8 % declararam acreditar na dependência de álcool e apenas 56,6% declararam que acreditam na adesão do dependente de cocaína ao tratamento.

A fim de aprofundar no estudo do estigma, conduziu-se a análise de regressão múltipla para quais variáveis estão associadas ao desejo de distância social. A escala de distância social para cada substância corresponde à variável critério ou dependente e nessa escala quanto maior a pontuação, menor é o desejo por distância social. As variáveis explicativas foram: variáveis sócio-demográficas, atribuição de responsabilidade pelo aparecimento e solução do problema, tolerância social, reconhecimento como doença mental, percepção de perigo, atribuição de causalidade, reações emocionais positivas e negativas, motivação para tratar o problema e crença na adesão e recuperação.

No modelo explicativo para álcool apenas as variáveis nível profissional (superior ou técnico), escala de tolerância social, responsabilidade pelo aparecimento e solução do problema, atribuição do problema a situações estressantes na vida, motivação para tratar o problema, reações emocionais como simpatia e compaixão ficaram no modelo. Entretanto, apenas as variáveis nível profissional, tratar o problema, simpatia e compaixão foram significantes para este modelo, como pode ser visto na **tabela 10**.

Tabela 10 – Modelo explicativo da escala de distância social para o álcool

Variáveis	B	Erro Padrão	β	t	P
α	10,177	3,311	-	3,074	0,003
Profissão recodificada (0 –superior, 1 - técnico)	2,132	1,105	0,153	1,929	0,056
Escala de tolerância social	-0,044	0,132	-0,024	-0,333	0,740
Aparecimento/Evolução	0,031	0,485	0,005	0,063	0,950
Solução	-0,848	0,563	-0,127	-1,505	0,135
Situações estressantes	0,489	0,277	0,131	1,762	0,081
Motivação	1,556	0,262	0,451	5,946	0,001
Simpatia	1,519	0,325	0,339	4,680	0,001
Compaixão/pena	-0,621	0,306	-0,148	-2,027	0,045

NOTA: ANOVA (F=10,720 $p<0,001$)

Com relação ao nível profissional, os técnicos apresentaram menores escores de distância social comparados aos profissionais de nível superior. Já com relação à motivação, a cada ponto na variável explicativa, aumenta-se 1,55 pontos na variável dependente, o que também corresponde a uma menor distância social quanto maior a motivação. As reações emocionais simpatia e compaixão se comportaram de maneiras diferentes no modelo. Enquanto a simpatia corresponde a um menor desejo de distância social (B=1,519), a compaixão corresponde a um maior desejo por distância social (B= -0,621).

No modelo para cocaína, as variáveis que ficaram no modelo explicativo foram responsabilidade pelo aparecimento e solução do problema, escala de tolerância social, motivação para tratar o problema, crença na adesão e recuperação do paciente e reações emocionais como simpatia, medo e vontade de se afastar. Assim como no modelo para o álcool, para o modelo explicativo da vinheta de cocaína, a motivação para tratar o problema e a simpatia foram significativas. A crença na recuperação e as reações emocionais tais como medo e vontade de se afastar também foram significativas para este modelo. Cada ponto na variável motivação aumenta a pontuação da escala de distância social em 4,15 pontos, o que significa menor desejo por distanciamento social, ao passo que a simpatia aumenta 2,06. Da mesma forma, quanto maior a crença na recuperação, menor a distância social. Com relação

às reações emocionais negativas, o medo e a vontade de se afastar correspondiam à maior desejo de distância social, exibido na **tabela 11**.

Tabela 11 - Modelo explicativo da escala de distância social para a cocaína

Variáveis	B	Erro Padrão	β	t	p
α	9,451	2,619	-	3,609	,001
Aparecimento/Evolução	-,218	,394	-,041	-,555	,580
Solução	-,136	,451	-,023	-,303	,763
Escala de tolerância social	,081	,110	,048	,737	,463
Motivação	4,147	,926	,315	4,477	,001
Crença na sua recuperação	2,604	,904	,198	2,881	,005
Medo	,615	,292	,160	2,105	,037
Vontade de se afastar	,604	,283	,166	2,136	,034
Simpatia	2,069	,928	,157	2,228	,027

ANOVA (F=11,860 $p<0,001$)

O modelo explicativo para maconha foi constituído pelas variáveis escala de tolerância social, responsabilidade pelo aparecimento e solução do problema, motivação para tratar esse tipo de paciente, bem como reações emocionais desejo de ajudar, medo e vontade de se afastar. Entretanto, nem todas as variáveis foram significantes para este modelo. A motivação para tratar o problema apresentou significância, sendo que a cada ponto no escore da motivação aumenta 4,45 pontos na escala de distância social. As reações negativas, medo e vontade de se afastar, presentes no modelo de cocaína também foram significantes para o modelo de maconha, contudo a reação emocional desejo de ajudar aumenta em 2,55 a escala de distância social a cada variação na sua pontuação, sendo visto na **tabela 12**.

Tabela 12 - Modelo explicativo da escala de distância social para a maconha

Variáveis	B	Erro Padrão	β	t	p
α	12,540	4,277	-	2,932	,004
Escala de tolerância social	,241	,146	,125	1,649	,102
Aparecimento/Evolução	-1,506	1,584	-,076	-,950	,344
Solução	-1,466	1,735	-,069	-,845	,400
Motivação	4,450	1,073	,327	4,146	,001
Desejo de ajudar	2,549	1,072	,187	2,379	,019
Medo	,543	,298	,164	1,822	,071
Vontade de se afastar	,802	,316	,234	2,535	,013

ANOVA (F=11,013 $p<0,001$)

As variáveis responsabilidade pelo aparecimento e solução, bem como a escala de tolerância social foram forçadas a entrar no modelo. Embora não tenham apresentado significância, vale ressaltar que essas variáveis apontaram resultados interessantes. Com relação ao dependente de álcool, à medida que os respondentes concordam que o indivíduo é responsável pelo aparecimento do problema, menor a distância social, ao passo que quanto maior a concordância com a responsabilidade do indivíduo pela solução, maior a distância social. Com relação à tolerância social, maiores escores na escala apontam para menor distância social. Já para a dependência de cocaína e maconha, quanto maior a concordância com a responsabilidade pelo aparecimento do problema, maior a distância dos profissionais em relação aos dependentes dessas substâncias. Entretanto, quanto maior a concordância com a responsabilidade pela solução, menor a distância social. No que se refere à tolerância social, os resultados mostram que quanto maior a tolerância social, menor a distância social.

7. DISCUSSÃO

O estudo sobre o estigma social enfrenta dificuldades no cerne de sua conceitualização, haja vista suas várias definições conceituais e, não obstante, a falta de clareza destas. Isto dificulta a comparação dos resultados entre os estudos devido às diversas

operacionalizações dos conceitos e ainda a falta de especificidade das medidas e construtos utilizados, o que impossibilita a construção de sínteses que evidenciem a influência de atitudes estigmatizantes no comportamento (LINK; PHELAN, 2001). Tal empecilho torna-se ainda maior ao se considerar os estudos desenvolvidos na realidade nacional que conta com pouca pesquisa na área.

Além destes problemas referentes às dificuldades conceituais e de operacionalização existem ainda dificuldades metodológicas no estudo do estigma. A principal dificuldade apontada na literatura está relacionada ao problema clássico da psicologia social relativo à mensuração de atitudes e preconceitos implícitos através de auto-relato e entrevistas que sofrem vieses devido à influência de efeitos da desejabilidade social. Diante disso, é recomendado, na literatura internacional, o emprego de estudos experimentais ou de observação, pesquisas qualitativas, bem como a utilização de vinhetas. No presente estudo optou-se por utilizar as vinhetas as quais aproximam o questionário da realidade como instrumentos para mensuração de estigma, o que torna os resultados mais consistentes (HINSHAW, 2007b; LINK et al., 2004).

Tais problemas apresentados acima também estão presentes nos estudos que tem como tema estigma, álcool e outras drogas, que por serem em menor número do que aqueles referentes às doenças mentais e HIV, diminuem as possibilidades de comparação direta dos resultados da literatura com os resultados aqui obtidos.

Com relação aos resultados obtidos, especificamente, esperava-se que não haveria diferença no convívio com dependentes de drogas entre os profissionais de serviços de saúde mental e hospital geral em função da escolha de hospitais de maior abrangência do município, o que supostamente permitiria um maior contato com esta população. No entanto, observou-se que os profissionais de saúde mental possuíam maior convívio que os profissionais de hospital geral. Estudos mostram que o contato pode interferir na estigmatização (CORRIGAN

et al., 2003; MATSCHINGER; ANGERMEYER, 2004) e pode resultar em disparidades no atendimento. Embora de modo geral, estudos têm mostrado que o contato pode reduzir a estigmatização (CORRIGAN et al., 2003; RÜSCH; ANGERMEYER; CORRIGAN, 2005), há que se considerar o tipo de contato, uma vez que é possível que os profissionais de hospital geral estejam expostos a casos mais crônicos associados a outras co-morbidades graves o que poderia contribuir para uma percepção mais negativa desses pacientes (PRISLIN; SHULTZ; SINGLETON, 1999).

Assim como esperado, os profissionais de saúde mostraram-se tolerantes ao consumo de bebida alcoólica, o que confirma que não é o álcool que é condenado, mas o comportamento desviante dos indivíduos. Por conseguinte, há uma valorização dos indivíduos que sabem beber sem permitir que este comportamento interferira no desempenho de seus papéis, como apontado por Neves (2004). Embora tenham se mostrado menos tolerantes ao comportamento de beber e dirigir, vale ressaltar que a coleta de dados do presente estudo foi realizada no período subsequente à instituição da chamada “Lei Seca” no Brasil, a qual proibia este comportamento, por isso, esse resultado deve ser visto de forma cuidadosa.

Considerando que os casos apresentados nas vinhetas representavam sintomas de dependência de substâncias classicamente descritos em manuais diagnósticos como o CID-10 estando descritos no grupo “F” (transtornos mentais) esperava-se que a maioria dos profissionais de saúde reconheceria, portanto, a dependência como um transtorno mental, já que deveriam possuir conhecimentos técnicos para tanto. Porém quando se compara a porcentagem de profissionais de saúde que reconheceram a dependência como uma doença mental neste estudo, com o estudo realizado nos EUA com a população geral (LINK et al., 1999) é possível perceber que enquanto apenas 38,7% dos profissionais reconheceram a dependência de álcool como um transtorno mental, 49% da população geral o fizeram e, no caso da cocaína, 36,7% dos profissionais reconheceram a dependência de cocaína como um

transtorno mental ao passo que 44% da população geral investigada no estudo nos EUA fizeram tal reconhecimento. Ademais, os dados mostram que há uma diferença entre os profissionais de saúde mental e hospital geral no que tange o reconhecimento da dependência como uma doença mental para todas as substâncias avaliadas. A explicação para isso pode se dever à especialização dos profissionais de saúde mental que acabam por ter maiores informações técnicas para identificar o caso descrito na vinheta como um paciente com transtorno mental e a própria familiaridade com o problema.

No que tange à atribuição de causalidade para a dependência de álcool e maconha, a causa mais freqüente foi “situações estressantes na vida”. Já para cocaína, a causa mais freqüente foi desequilíbrio químico no cérebro, sendo que uma parcela considerável, principalmente do hospital geral, atribuiu a causa à fraqueza de caráter. Leshner (1997) salienta que apesar dos avanços tanto da neurociência como das ciências comportamentais terem revolucionado a compreensão sobre a dependência e o abuso de drogas, ainda existe uma lacuna entre o avanço da ciência e a apreciação pela população em geral e profissionais de saúde, quer seja na prática, quer seja na formulação de políticas. Tal lacuna torna-se ainda maior diante da diferença entre conhecimentos científicos e percepções populares sobre o abuso ou dependência de substâncias. O autor defende que a dependência é uma doença crônica e deve ser tratada como um problema de saúde com causas orgânicas. Por outro lado, Phelan (2002) assegura que as diferenças biológicas entre as pessoas podem ser vistas como a mais fundamental, mais imutável e mais real das diferenças comparadas àquelas que são rotuladas a partir da aprendizagem ou outras formas de experiência, o que pode influenciar a maneira como nós vemos e tratamos pessoas com características estigmatizadas. Se características humanas adquirem uma explicação mais biológica, a distinção entre as pessoas com e sem esta característica pode aumentar. Em suma, a diminuição da culpa que muitos têm antecipado como uma consequência positiva das estruturas biológicas dos problemas de saúde

mental pode também ser acompanhada de conseqüências negativas. Por outro lado, se a atribuição de causalidade é feita apenas a aspectos sociais, o indivíduo torna-se uma vítima do contexto social a que pertence, e, aliado a percepções moralistas, podem influenciar na tomada de decisão no que se refere ao uso e usuário de drogas.

De forma contrária à atribuição de causalidade, os dados mostraram que os profissionais atribuíram aos dependentes de substâncias a responsabilidade pessoal pelo aparecimento e solução do problema, coadunando com a perspectiva de moralização do uso de drogas apontada por Palm (2006). Apesar dos dados relativos à atribuição de causalidade apontar para causas biológicas e contextuais, o fato dos profissionais de saúde descrever o dependente de substâncias como altamente responsável pelo aparecimento e solução de seu problema revela uma postura moralista para com os mesmos (PALM, 2006; PELUSO; BLAY, 2008; SILVEIRA; MARTINS; RONZANI, 2009), o qual pode diminuir a responsabilidade do próprio profissional sob a condição de saúde desses indivíduos e ainda pode se estender aos demais problemas de saúde decorrentes do uso (FULTON, 2001). É importante considerar que uma vez que o uso de substâncias psicoativas ocorre com alta taxa no campo das forças morais, o resultado disso pode ser a marginalização desses indivíduos (ROOM, 2005).

Stangor e Crandall (2003) apontam que uma das funções do estigma é a defesa de um potencial perigo. Observou-se que o dependente de cocaína foi visto como o dependente mais perigoso entre as substâncias investigadas, o que vai ao encontro do estudo realizado por Link e colaboradores (1999) em que ao avaliar a percepção de risco de violência, encontraram que a pessoa descrita como dependente de cocaína é apontada como a mais provável de ser violenta, seguido pelas pessoas descritas na vinheta como dependentes de álcool, esquizofrenia. Da mesma forma, uma revisão da literatura mostrou que a relação entre o uso de cocaína e comportamento agressivo é amplamente difundida em diversos estudos, que

diferenciam o uso em função da maneira como a droga é consumida - usuários que consomem a droga na forma de *crack* são mais prováveis de engajarem em comportamentos violentos, seguidos por aqueles que fazem uso intravenoso. Observou-se, ainda, que a reação emocional negativa mais freqüente provocada pelo dependente de cocaína é o medo. Corrigan e colaboradores (2003) salientam que a percepção de perigo e medo pode conduzir a respostas de rejeição. Sendo assim, embora a condição de status social desviante em usuários de drogas ilícitas possa servir para desencorajar o uso, a estigmatização pode afetar a saúde daqueles que usam drogas ilícitas, através da exposição crônica de estresse como a discriminação e como uma barreira para acessar o serviço de saúde (AHERN; STUBER; GALEA, 2007).

Com relação à distância social, a afirmativa que apresenta maior contato ou intimidade, “Ter alguém da família casado com essa pessoa”, corresponde à afirmativa com maior desejo por distância social. De modo geral, os profissionais de hospital geral apresentam maior desejo por distância social comparados aos profissionais de saúde mental, embora apenas a dependência de maconha tenha apresentado diferença estatisticamente significativa. No que tange a diferença entre as substâncias, os dados divergem dos resultados encontrados por Link e colaboradores (1999) no qual os respondentes relataram mais desejo de distância social da pessoa descrita como dependente de cocaína. Alguns estudos mostram que a distância social pode estar relacionada à percepção de perigo (LINK et al., 1999) ou ainda com a atribuição de causalidade, por isso investigou-se essa relação controlando a influência de outras variáveis para cada substância.

Concepções culturais de problemas como os transtornos por uso de substâncias incluem uma coleção de atributos negativos diferentes, incluindo percepção de perigo e imprevisibilidade, fraqueza de caráter e incompetência, e uma generalizada indesejabilidade. Tais concepções desempenham um papel importante para determinar como pessoas com

doença mental são tratadas tanto no âmbito social como nos serviços de saúde (LINK; PHELAN, 1999).

Considerando o modelo explicativo para distância social em relação aos dependentes de álcool, as variáveis nível profissional, simpatia e compaixão foram significantes para este modelo especificamente. Com relação ao nível profissional, o resultado apontou que o nível profissional pode ser um preditor de distância social, sendo que os profissionais com maior nível possuem maior desejo de distância social, o qual representa um resultado antagônico ao estudo realizado por Alexander e Link (2003) em que se verificou que elevado nível educacional consiste em preditor para menor desejo por distância social. As reações emocionais mais positivas, tais como a simpatia e compaixão, mostraram-se explicativas para menor desejo de distância social. Este resultado coaduna com o estudo de Peluso e Blay (2008), realizado no Brasil, em que os respondentes assinalaram reações positivas como desejo de ajudar, compaixão e carinho pelos dependentes de álcool.

Com relação ao desejo de distância social dos dependentes de cocaína, as variáveis explicativas simpatia, crença na recuperação e as reações emocionais tais como medo e vontade de se afastar foram significativas para este modelo. Assim como no modelo explicativo para o álcool, a simpatia estava associada à menor desejo de distância social. Porém, é importante salientar que reações mais benevolentes podem também estar associadas à maior distância social, pois estão associadas a uma visão de que os indivíduos portadores de determinadas doenças como os transtornos mentais e, em especial, a dependência de substância, são incapazes e precisam ser assistidos de maneira compreensiva (CORRIGAN et al. 2001). No que se refere à crença na recuperação, quanto maior esta variável, menor o desejo de distância social. A crença na recuperação do paciente é de grande importância, uma vez que pode contribuir para o efeito da profecia auto-realizadora: rotulação pode causar comportamento que levam a rejeição, e por outro lado, expectativas de ser rotulado levam a

um mau desempenho que pode acarretar a rejeição, o que confirma a expectativa e torna-se um círculo vicioso (BIERNAT; DOVIDIO, 2003; LINK; PHELAN, 1999). As reações emocionais negativas, tais como medo e vontade de se afastar, foram associadas à maior desejo de distância social, confirmando os achados internacionais que mostram que estas reações estão relacionadas à exclusão, rejeição, evitação social e coerção (CORRIGAN et al., 2005; CORRIGAN et al., 2003; HEBL; TICKLE; HEATHERTON, 2003). Uma vez que o medo pode levar a reações negativas, muitos indivíduos não procuram o atendimento a fim de evitar o processo de estigmatização que é alimentado por medos e preconceitos profundamente arraigados. Tal processo limita o acesso adequado a tratamento e reabilitação, benefícios sociais, apoio social e oportunidades econômicas, e resulta em um ciclo de deficiência e desvantagem (GOFFMAN, 1978; LINK; PHELAN, 2001; STUART, 2008).

Por fim, para o modelo explicativo da distância social em relação aos dependentes de maconha, as variáveis explicativas significantes foram vontade de se afastar e desejo de ajudar. Ambas as reações, quando consideradas no contexto dos serviços de saúde, podem influenciar a oferta e a procura de tratamento. No caso da reação emocional negativa, quanto maior a vontade de se afastar, maior o desejo de distância social, nesse caso o tratamento pode ser visto pelo dependente como uma ameaça e não como um benefício, assim, as pessoas evitam o tratamento para evitar o estigma e as consequências advindas dele (RÜSCH, ANGERMEYER; CORRIGAN, 2005). Da forma oposta, quanto maior o desejo de ajudar, menor é o desejo de distância social. Assim é possível concordar com Hansson (2006) que aponta que o estigma parece ser um fator importante na influência dos resultados das intervenções dos serviços de saúde e uma variável importante para a melhoria na qualidade de vida subjetiva.

A motivação para tratar o problema estava associada à menor distância social em todos os modelos. Tal resultado corrobora os achados de Kelleher (2007) o qual apontou que

o conhecimento e as atitudes dos profissionais de saúde podem afetar a sua prontidão para promover cuidado para pacientes usuários de substâncias e que atitudes negativas em relação a determinadas categorias de pacientes que procuram atendimento podem reduzir o padrão de qualidade do serviço de saúde oferecido.

Embora os dados possam ser considerados consistentes pela utilização de um método condizente com as recomendações internacionais, é necessário considerar as limitações do presente estudo. A primeira limitação é que apesar de ter se utilizado vinhetas que permitem uma aproximação com a realidade, não se observou o cotidiano do serviço o qual poderia fornecer maiores informações sobre a prática dos profissionais e manifestação de atitudes negativas, nem tampouco se investigou os usuários destes serviços que também poderiam informar o grau de percepção de estigma, bem como sua satisfação com esses serviços. Uma segunda limitação importante do estudo é que o delineamento do estudo não permite que as associações encontradas entre as variáveis possam ser interpretadas em termos de relações causais - outras variáveis, não investigadas neste estudo podem interferir no processo de estigmatização e na variável distância social, considerada como desfecho desse processo. É importante salientar ainda que o modelo de percepção utilizado nas análises (modelo de Brickman), adaptado de um estudo anterior (SILVEIRA; MARTINS; RONZANI, 2009) não adota diferenciação entre as substâncias maconha e cocaína, portanto, não é possível identificar em que medida os profissionais responderam segundo sua percepção do dependente de maconha ou de cocaína, ponto que pode ser mais bem explorado por estudos posteriores. Por fim, é importante analisar de forma mais detalhada as características organizacionais, como valores e diretrizes compartilhados pelos membros das instituições estudadas, uma vez que tais características podem favorecer ou minimizar a manifestação de atitudes preconceituosas, podendo exercer papel importante na aplicação ou não destas atitudes.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostram que conhecer a percepção acerca do uso e usuário de substância pode ser de fundamental importância para o direcionamento político e implementação de estratégias de intervenção. Com relação aos profissionais de saúde em particular, a literatura aponta a importância de se ter habilidades voltadas para uma adequada percepção assim como a enorme influência das atitudes desses profissionais (FULTON, 2001).

Se por um lado, as pessoas enfrentam doenças que causam sintomas negativos e incapacidades sociais os quais impedem que elas desempenhem muitos dos papéis sociais e alcancem objetivos de vida, por outro lado, reações sociais às formas severas de algumas doenças podem ser igualmente devastadoras. O estigma social pode expor os indivíduos a desvantagens no que diz respeito poder, prestígio e conexões sociais traduzem a possibilidade de que indivíduos com doenças mentais terão estilos de vida restrito e oportunidades de vida, incluindo limitações nas relações sociais, opções de vida e dos direitos de cidadania, além de comprometer a saúde física e mental desses indivíduos (PESCOSOLIDO et al., 2008)

Considerando que o estigma é um processo complexo, são necessárias mais pesquisas para conhecer tanto o estigma público como o auto-estigma, além de seu impacto na família de pessoas estigmatizadas e nos serviços de saúde (HINSHAW, 2007b).

O abuso de substância é uma das condições percebidas de forma mais negativa (COKER, 2005), por isso é imperioso a reorganização do serviço e treinamento dos profissionais para ir ao encontro das necessidades dos pacientes e dos resultados esperados. Além disso, deve-se focar na educação tanto dos profissionais de saúde como dos estudantes

universitários acerca do tema para fomentar o desenvolvimento de habilidades clinicas com relação ao uso de substancias em potenciais cuidadores desses pacientes (KELLEHER, 2007).

9. REFERÊNCIAS

1. ABOU-SALEH, M. T. Substance use disorders: recent advances in treatment and models of care. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 61, p. 305-310, 2006.
2. AHERN, J.; STUBER, J.; GALEA, S. Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 88, n. 2007, p. 188-196, 2007.
3. ALEXANDER, L. A.; LINK, B. G. The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. **Journal of Mental Health**, v. 12, n.3, p. 271-289, 2003.
4. AMATO, T. et al. Crenças e Comportamentos sobre práticas de prevenção ao uso de álcool entre pacientes da atenção primária à saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, ano 8, n.3, p. 744-758, 2008.
5. ANGERMEYER, M. C.; MATSCHINGER, H. Social distance towards the mentally ill : results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. **Psychological Medicine**, v. 27, p. 131-141, 1997.
6. BABOR, T. et al. **AUDIT**: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. Geneva: WHO, 2001.
7. BABOR, T. et al. **Alcohol**: no ordinary commodity. New York: Oxford University Press, 2003.
8. BARNEY, L. J. et al. Stigma about Depression and its Impact on Help-seeking Intentions. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 40, p. 51-54, 2006.
9. BENETTI, S. P. d. C. et al. Violência comunitária, exposição às drogas ilícitas e envolvimento com a lei na adolescência. **PSICO**, v. 37, n. 3, p. 279-286, 2006.
10. BIERNAT, M.; DOVIDIO, J. F. Stigma and Stereotypes. In: HEATHERTON, T. F. et al. **The Social Psychology of Stigma**. New York: The Guilford Press, 2003. p. 88-125.

11. BLASCOVICH, J. et al. Stigma, Threat, and Social Interactions. In: HEATHERTON, T. F. et al. **The Social Psychology of Stigma**. New York: The Guilford Press, 2003. p. 307-333.
12. BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2004.
13. BREY, R. A.; JAMES, D. C. S. Perception of Alcoholics - The Impact of Personal Characteristics. **Journal of School Health**, v. 69, p. 165-166, 1999.
14. CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), 2007.
15. CNDSS. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. 2008.
16. COKER, E. M. Selfhood and social distance: Toward a cultural understanding of psychiatric stigma in Egypt. **Social Science & Medicine**, v. 61, p. 920-930, 2005.
17. CORRIGAN, P. W. The Impact of Stigma on Severe Mental Illness. **Cognitive and Behavioral Practice**, v. 5, p. 201-222, 1998.
18. CORRIGAN, P. W. et al. Prejudice, Social Distance and Familiarity with Mental Illness. **Schizophrenia Bulletin**, v. 27, n. 2, p. 219-225, 2001.
19. CORRIGAN, P. W. How Stigma Interferes With Mental Health Care. **American Psychologist**, v. 59, n. 7, p. 614-625, 2004.
20. CORRIGAN, P.W. et al. An attribution Modelo of Public Discrimination towards Persons with Mental Illness. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 44, n. June, p. 162-179, 2003.
21. CORRIGAN, P. W.; MARKVWITZ, F. E.; WATSON, A. C. Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination. **Schizophrenia Bulletin**, v. 30, n. 3, p. 481-491, 2004.
22. CORRIGAN, P. W. et al. How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. **Psychiatric Services**, v. 56, p. 544-550, 2005.

23. DIETLER, M. Alcohol: Anthropological / Archaeological Perspectives. **Annual Review of Anthropology**, v. 35, p. 229-249, 2006.
24. DIETRICH, S. et al. The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 38, p. 348-354, 2004.
25. DOVIDIO, J. F.; MAJOR, B.; CROCKER, J. Stigma: Introduction and Overview. In: HEATHERTON, T. F., et al. **The Social Psychology of Stigma**. New York: The Guilford Press, 2003. p. 1-28.
26. DUARTE, C. E.; MORIHISA, R. S. Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar**. Brasília: Secretaria Nacional Antidroga e Serviço Social da Indústria, 2008. p. 41-49.
27. FERREIRA, P. E. M.; MARTINI, R. K. Cocaína: lendas, história e abuso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 2, p. 96-99, 2001.
28. FORTNEY, J. et al. Factors Associated With Perceived Stigma for Alcohol Use and Treatment Among At-Risk Drinkers. **Journal of Behavioral Health Services & Research**, v. 31, n. 4, p. 418-429, 2004.
29. FULTON, R. **The stigma of substance use and attitudes of professionals: a review of the literature**. Toronto: University of Toronto, 2001.
30. GALDURÓZ, J. C. F.; CAETANO, R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. Supl I, p. 3-6, 2004.
31. GALDURÓZ, J. C. F. et al. **V Levantamento sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID, 2005.
32. GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. (2ª Ed). Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
33. HANSSON, L. Determinants of quality of life in people with severe mental illness. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 113, n. 429, p. 46-50, 2006.

34. HEBL, M. R.; TICKLE, J.; HEATHERTON, T. F. Awkward Moments in Interactions Between Nonstigmatized and Stigmatized Individuals. In: HEATHERTON, T. F., et al. **The Social Psychology of Stigma**. New York: The Guilford Press, 2003. p. 275-306.

35. HEIM, J.; ANDRADE, A. G. d. Efeitos do uso do álcool e das drogas ilícitas no comportamento de adolescentes de risco: uma revisão das publicações científicas entre 1997 e 2007. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. Supl I, p. 61-64, 2008.

36. HILTON, J. L.; HIPPEL, W. V. Stereotypes. **Annual Review of Psychology**, v. 47, p. 237 – 271, 1996.

37. HINSHAW, S. P. Research Directions and Priorities. In: PRESS, O. U. **The Mark of Shame**. New York, 2007a. p. 140-175.

38. HINSHAW, S. P. What is Mental Disorder and What is Stigma?. In: HINSHAW, S. P. **The Mark of shame**. New York: Oxford University Press, 2007b. p. 3-27.

39. INCA. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003**. 2006.

40. JUNGERMAN, F. S.; LARANJEIRA, R.; BRESSAN, R. A. Maconha: qual a amplitude de seus prejuízos? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 1, p. 5-6, 2005.

41. KELLEHER, S. Health Care Professionals' Knowledge and Attitudes regarding Substance Use and Substance Users. **Accident and Emergency Nursing**, v. 15, p. 161-165, 2007.

42. KRÜGER, H. Cognição, Estereótipos e Preconceitos Sociais. In: PEREIRA, M. E.; LIMA, M. E. O. **Estereótipos, Preconceitos e Discriminação: Perspectivas Teóricas e Metodológicas**. Salvador: EDUFBA, 2004. p. 23-40.

43. LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), 2007.

44. LESHNER, A. I. Addiction is a Brain Disease, and It Matters. **Science**, v. 278, n. October, p. 45-47, 1997.
45. LIMA, M. E. O.; VALA, J. Serão os Estereótipos e os Preconceito Inevitáveis? O Monstro da Automaticidade. In: PEREIRA, M. E.; LIMA, M. E. O. **Estereótipos, Preconceitos e Discriminação: Perspectivas Teóricas e Metodológicas**. Salvador: EDUFBA, 2004. p. 41-68.
46. LINK, B. G. Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: an Assessment of the Effects of Expectations of Rejection. **American Sociological Review**, v. 52, p. 96-112, 1987.
47. LINK, B. G. et al. On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 38, n. June, p. 177-190, 1997.
48. LINK, B. G. et al. Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance. **American Journal of Public Health**, v. 89, n. 9, p. 1328-1333, 1999.
49. LINK, B. G.; PHELAN, J. C. Labeling and Stigma. In: PUBLISHERS, A. P. **Handbook of Sociology of Mental Health**. New York, 1999. p. 481-494.
50. LINK, B. G.; PHELAN, J. C. Conceptualizing Stigma. **Annual Review of Sociology**, v. 27, p. 363 – 385, 2001.
51. LINK, B. G., et al. Measuring Mental Illness Stigma. **Schizophrenia Bulletin**, v. 30, n. 3, p. 511-541, 2004.
52. MATSCHINGER, H.; ANGERMEYER, M. C. The public's preferences concerning the allocation of financial resources to health care: results from a representative population survey in Germany. **European Psychiatry**, v. 19, p. 478-482, 2004.
53. MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. Supl I, p. 7-10, 2004.
54. MICHENER, H. A.; DELAMATER, J. D.; MYERS, D. J. **Psicologia Social**. São Paulo: Thomson Learning, 2005.

55. MONTEIRO, M. G. **Alcohol y Salud Pública en las Américas: un caso para la acción**. Washington: Organización Panamericana de Saúde (OPS), 2007.
56. NEUBERG, S. L.; SMITH, D. M.; ASHER, T. Why People Stigmatize: Toward a Biocultural Framework. In: HEATHERTON, T. F. **The Social Psychology of Stigma**. New York: The Guilford Press, 2003. p. 31-61.
57. NEVES, D. P. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 7-36, 2004.
58. NOTO, A. R., et al. Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n.1, p. 69-79, 2003.
59. OLIVEIRA, E. R. d.; LUIS, M. A. V. Distúrbios relacionados ao álcool em um setor de urgências psiquiátricas. Ribeirão Preto, Brasil (1988-1990). **Caderno de Saúde Pública**, v. 12, n. 2, p.171-179, 1996.
60. PALM, J. **Moral concerns - Treatment staff and user perspectives on alcohol and drug problems**. University of Stockholm, Stockholm, 2006.
61. PARKER, R. N.; AUERHAHN, K. Alcohol, Drugs, and Violence. **Annual Review of Sociology**, v. 24, p. 291-311, 1998.
62. PELUSO, É. d.T. P.; BLAY, S. L. Community Perception of Mental Disorders: A Systematic Review of Latin American and Caribbean Studies. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 39, p. 955-961, 2004.
63. PELUSO, É. d. T. P.; BLAY, S. L. Public Perception of Alcohol Dependence. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 1, p. 19-24, 2008.
64. PENTZ, M. A. Anti-Drug-Abuse Policies as Prevention Strategies. In: SLOBODA, Z.; BUKOSKI, W. J. **Handbook of Drug Abuse Prevention**. New York: Springer Science+Business Media, 2006. p. 217-237.
65. PEREIRA, M. E. et al. Imagens e Significado e o Processamento dos Estereótipos. **Estudos de Psicologia**, v. 7, n. 2, 389-397, 2002.

66. PEREIRA, C.; TORRES, A. R. R.; PEREIRA, A. S. Preconceito contra prostitutas e representações sociais da prostituição em estudantes de teologia católicos e evangélicos. In: OLIVEIRA, M. E. d.; PEREIRA, M. E. **Estereótipos, Preconceito e Discriminação: Perspectivas Teóricas e Metodológicas**. Salvador: EDUFBA, 2004. p. 209-234.
67. PESCOLOLIDO, B. A., et al. Cross-cultural aspects of the stigma of mental illness. In: ARBOLEDA-FLÓREZ, J.; SARTORIUS, N. **Understanding the Stigma of Mental Illness: Theory and Interventions**. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2008.
68. PHELAN, J. C. Genetic bases of mental illness – a cure for stigma?. **Trends in Neurosciences**, v. 25, n. 8, p. 430-431, 2002.
69. PINIKAHANA, J.; HAPPELL, B.; CARTA, B. Mental Health professionals' attitudes to drugs and substance abuse. **Nursing and Health Sciences**, v. 4, p. 57-62, 2002.
70. PRISLIN, M.; SHULTZ, G.; SINGLETON, V. A. Improving education about substance abuse. **Academic Medicine**, v. 74, p. 749-750, 1999.
71. REHM, J. et al. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. **Addiction**, v. 98, p. 1209-1228, 2003.
72. REHM, J.; MONTEIRO, M. G. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. **Revista Panamericana de Salud Pública (OPS) = Pan American Journal of Public Health (PAHO)**, v. 18, n. 4/5, p. 241-248, 2005.
73. REICHENHEIM, M. E.; HASSELMANN, M. H.; MORAES, C. L. Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, 109-121, 1999.
74. RIBEIRO, M. Organização de serviços para tratamento da dependência do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. supl. I, p. 59-62, 2004.
75. RODRIGUES, A.; ASSMAR, E. M. L.; JABLONSKI, B. **Psicologia Social**. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

76. RONZANI, T. M. et al. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 852-861, 2005.
77. ROOM, R. Stigma, social inequality and alcohol and drug use. **Drug and Alcohol Review**, v. 24, p. 143-155, 2005.
78. RÜSCH, N.; ANGERMEYER, M. C.; CORRIGAN, P. W. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. **European Psychiatry**, v. 20, n. 2005, p. 529-539, 2005.
79. SILVEIRA, P. S.; MARTINS, L. F.; RONZANI, T. M. Moralização sobre o uso de álcool entre agentes comunitários de saúde. **Psicologia Teoria e Prática**, v. 11, p. 62-75, 2009.
80. STANGOR, C.; CRANDALL, C. S. Threat and the Social Construction of Stigma. In: PRESS, T. G. **The Social Psychology of Stigma**. 2003. p. 62-87.
81. STUART, H. Building an evidence base for anti-stigma programming. In: ARBOLEDA-FLÓREZ, J.; SARTORIUS, N. **Understanding the Stigma of Mental Illness: Theory and Interventions**. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2008.
82. TAVARES, B. F.; BÉRIA, J. U.; LIMA, M. S. d. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 150-158, 2001.
83. UÇOK, A. Other people stigmatize . . . but, what about us? Attitudes of mental health professionals towards patients with schizophrenia. In: ARBOLEDA-FLÓREZ, J.; SARTORIUS, N. **Understanding the Stigma of Mental Illness: Theory and Interventions**. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2008.
84. VERHAEGHE, M.; BRACKE, P.; BRUYNOOGHE, K. Stigmatization and self-esteem of persons in recovery from mental illness: the role of peer support. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 54, n. 3, p. 206-218, 2008.
85. WHO. **Neurociências de consumo e dependência de substâncias psicoativas**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2004.
86. WHO. **The world health report 2002**. Geneve: World Health Organization, 2002.

ANEXO 1: QUESTIONÁRIOID: **INSTRUÇÕES**

1 - Por favor, leia e responda a cada questão de forma sincera e objetiva

2 - Para cada questão, assinale com um X apenas uma alternativa

A) Questionário Sócio-demográfico		
1. Gênero <input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino	2. Idade <input type="text"/> <input type="text"/> Anos	3. Estado Civil <input type="checkbox"/> 1. Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 2. Casado/vive com companheiro <input type="checkbox"/> 3. Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 4. Viúvo(a)
4. Há quanto tempo você trabalha nessa profissão? <input type="text"/> Anos <input type="text"/> Meses		5. No último ano, você teve convívio direto (profissional ou pessoal) com algum usuário pesado ou dependente de álcool e outras drogas? <input type="checkbox"/> 1. Não <input type="checkbox"/> 2. Sim
6. Profissão <input type="checkbox"/> 1. Enfermeiro <input type="checkbox"/> 3. Aux.de Enfermagem <input type="checkbox"/> 2. Médico <input type="checkbox"/> 4. Outros. Qual? _____		7. Numa escala de 1 a 5, onde 1 é totalmente desmotivado e 5 totalmente motivado, o quanto VOCÊ se sente motivado para trabalhar com pacientes que fazem uso nocivo de álcool? <input type="checkbox"/> 1. Totalmente desmotivado <input type="checkbox"/> 2. Desmotivado <input type="checkbox"/> 3. Neutro <input type="checkbox"/> 4. Motivado <input type="checkbox"/> 5. Totalmente motivado

B) Caracterização de Práticas em Saúde

1. Numa escala de 1 a 5, onde 1 corresponde a “desaprovo totalmente” e 5 “aprovo totalmente”, o quanto você aprova ou não, os seguintes comportamentos das OUTRAS PESSOAS:

	Desaprovo Totalmente				Aprovo Totalmente
Comportamentos	1	2	3	4	5
Fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumir bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jogos de Azar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumar maconha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beber e dirigir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividades sexuais sem preservativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Numa escala de 1 a 5, onde 1 corresponde a “nada responsável” e 5 a “totalmente responsável”, o quanto você acha que o paciente é responsável pelo APARECIMENTO/EVOLUÇÃO dos seguintes problemas de saúde :

	Nada responsável				Totalmente responsável
Problemas de saúde	1	2	3	4	5
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabagismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcoolismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependência de maconha/cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Numa escala de 1 a 5, onde 1 corresponde a “nada responsável” e 5 a “totalmente responsável”, o quanto você acha que o paciente é responsável pela SOLUÇÃO dos seguintes problemas de saúde :

Problemas de saúde	Nada responsável				Totalmente responsável
	1	2	3	4	5
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabagismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcoolismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependência de maconha/cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leia o seguinte caso:

José tem 45 anos de idade e sempre usa bebidas alcoólicas.

No entanto, nos últimos meses José tem bebido muito mais do que habitualmente para atingir os mesmos efeitos que antes. Toda vez que ele tenta diminuir ou parar de beber, ele fica agitado, tem náuseas, tremores e suores frios, que são aliviados pela ingestão de mais álcool.

Mesmo sabendo que o álcool é nocivo para a saúde, José não consegue parar de beber. Ele tem tido problemas em casa com sua esposa e filhos. Além disso, seu patrão tem notado que ele tem sido bastante ausente no trabalho e a sua produção está bem inferior ao normal.

4. Numa escala de 1 a 7, onde 1 corresponde a “discorda totalmente” e 7 a “concorda totalmente”, o quanto você acredita que José:

[illegible]

5. Numa escala de 1 a 7, onde 1 corresponde a “discorda totalmente” e 7 a “concorda totalmente”, o quanto você acredita que José provoca as seguintes reações emocionais nas pessoas:

[illegible]

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

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

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

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

Leia o seguinte caso:

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

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

[illegible]

11. Numa escala de 1 a 7, onde 1 corresponde a “discorda totalmente” e 7 a “concorda totalmente”, o quanto você acredita que Marcos provoca as seguintes reações emocionais nas pessoas:

[illegible]

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

[illegible]

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

[illegible]

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

[illegible]

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

[illegible]

Leia o seguinte caso:

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

16. Numa escala de 1 a 7, onde 1 corresponde a “discorda totalmente” e 7 a “concorda totalmente”, o quanto você acredita que Fabiano:

[illegible]

17. Numa escala de 1 a 7, onde 1 corresponde a “discorda totalmente” e 7 a “concorda totalmente”, o quanto você acredita que Marcos provoca as seguintes reações emocionais nas pessoas:

[illegible]

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

[illegible]

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

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

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

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

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

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

Muito Obrigado!

ANEXO 2: MODELO DO BRICKIMAN

Responsabilidade pelo aparecimento			
		<u>Alta</u>	<u>Baixa</u>
Responsabilidade pela solução	<u>Alta</u>	Modelo Moral	Modelo Compensatório
	<u>Baixa</u>	Modelo Iluminado	Modelo Médico

ANEXO 3: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Título do Projeto: Estereótipos e atribuição moral do uso de álcool entre profissionais de saúde de Juiz de Fora

Pesquisadores: Telmo Mota Ronzani

Pollyanna Santos da Silveira

email: pollyannapsi@yahoo.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Estereótipos e atribuição moral do uso de álcool entre profissionais de saúde de Juiz de Fora”. Neste estudo pretendemos avaliar as crenças e atitudes dos profissionais de saúde mental em relação ao uso de álcool.

Sendo assim, declaro ter sido adequadamente esclarecido, a partir da leitura das informações que se seguem, a respeito deste Projeto de Pesquisa, do qual disponho-me a tomar parte como voluntário, respondendo, de forma sigilosa, à entrevista e ao questionário auto-aplicável e anônimos, conforme me foi solicitado:

- Fui informado de que o projeto visa avaliar as crenças e atitudes dos profissionais de saúde mental em relação ao uso de álcool.

- Fui também informado de que minha inclusão na população deste estudo se deu em função de estar alocado nos serviços de interesse da pesquisa.

- Encontro-me informado de que não se prevê qualquer ressarcimento ou privilégio — seja ele de caráter financeiro ou de qualquer outra natureza — aos voluntários que participarem desta pesquisa.

- Da mesma forma, fui também informado de que minha participação não envolve qualquer risco e que minha não-concordância em participar deste projeto não me acarretaria prejuízos de qualquer espécie, sendo também que posso desistir de participar da pesquisa em qualquer momento.

- Estou ciente de que estão sendo tomadas todas as possíveis medidas de cuidado quanto à privacidade de todos aqueles que responderem ao questionário que se segue, bem como quanto a confidencialidade relativa aos questionários respondidos.

- Encontro-me também ciente de que poderei recusar-me a responder a qualquer pergunta que porventura me cause algum constrangimento.

- Estou ciente de que este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a mim.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Estereótipos e atribuição moral do uso de álcool entre profissionais de saúde de Juiz de Fora”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

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

Nome

Assinatura participante

Data

ANEXO 4: Aprovação do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
HOSPITAL HUNIVERSITÁRIO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP-HU CAS/UFJF
RUA CATULO BREVIGLIEI S/Nº
JUIZ DE FORA - M.G.
36036-110- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 0015/09

Protocolo CEP-UFJF: 0015/09 **FR:** 239806 **CAAE:** 0015.0.420.000-09

Projeto de Pesquisa: "Estereótipos e atribuição moral do uso de álcool entre profissionais de saúde de Juiz de Fora"

Versão do Protocolo e Data: 17/02/09

Pesquisador Responsável: Telmo Mota Ronzani

Patrocinador: FAPEMIG em Edital Universal (Processo Nº: SHA APQ-1006-5.06/07)

TCLE: 17/02/2009

Pesquisadores Participantes: Pollyanna Santos da Silveira, Viviam Vargas de Barros, Rhaisa Gontijo Soares, Thais Medeiros Lopes, Henrique Pinto Gomide.

Instituição: Instituto de Ciências Humanas / Departamento de Psicologia-Serviço de Saúde Mental e Hospital Geral (HU-CAS) da Universidade Federal de Juiz de Fora

Sumário/comentários do protocolo:

- Justificativa: O autor do projeto discorre sobre a percepção ou danos associados ao problema do uso de álcool ou outras drogas que também está associado como a sociedade encara este problema. Portanto, quando um paciente recebe o diagnóstico de alcoolista, além dos aspectos médicos ou psicológicos que caracteriza tal diagnóstico, a percepção social sobre este problema influencia o peso pelo qual o paciente vai carregar tal diagnóstico (Neves, 2004; Room, 2006). Sendo assim, numa sociedade onde o alcoolismo ou uso de drogas apresenta uma forte conotação moralizante, o estigma social se torna um grande problema para o usuário. Muitas vezes, o profissional responsável pelo diagnóstico ou tratamento apresenta o pensamento de que o uso de álcool é um vício ou fraqueza de caráter (Room, 2005). A forma de abordagem dos usuários é influenciada por tal visão, sendo que o tratamento é direcionado para a pessoa problemática, torna-se, então, necessário controlar o mau hábito e o comportamento desviante dessas pessoas (Palm, 2006). Tal tipo de abordagem acaba por reforçar a perspectiva moralizante e a internalização de alguns estereótipos e estigmas atribuídos aos usuários de drogas
- Objetivo: O objetivo geral do presente projeto é avaliar o estigma atribuído ao comportamento de uso de álcool entre profissionais de atenção à saúde de diferentes serviços da cidade de Juiz de Fora, a partir de dois aspectos fundamentais: estereótipos e atribuição moral do comportamento de uso de álcool.
- Metodologia: Serão utilizados instrumentos de pesquisa utilizados entre os profissionais de saúde serão compostos por questionários estruturados, auto-aplicáveis, e sigilosos. Nos dados escalares numéricos e categoriais serão computadas todas as informações para fins de comparação e inferências estatísticas de acordo com o tipo de informação obtida, incluindo os dados crus obtidos pelas respostas dos itens individuais dos questionários utilizados, como também seus escores totais. Para tanto, os dados serão digitados e organizados em um banco de dados em software específico.
- Revisão e referências: atualizada, sustentam os objetivos do estudo.
- Características da população a estudar: Será convidado a participar do presente projeto, profissionais de saúde de dois grupos diferentes: Serviços de Saúde Mental e Hospital Geral (HU-CAS) do município de Juiz de Fora.
- Critérios de participação: serão excluídos da amostra os profissionais que não atuem na área de saúde, ou que se desvinculem das instituições durante o prazo da pesquisa. Para fins de comparação posterior, cada grupo contará com 150 participantes, balanceados por escolaridade, sexo e faixa etária.

Prof.ª Dra. Angela Maria Gollner
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
HU-CAS da UFJF 1