

1. Introdução

Embora sejam doenças comuns no Brasil, o Uso Nocivo e Dependência de álcool não recebem atendimento adequado na Rede Primária de Saúde (). Este fato se deve a diversos fatores, alguns deles difíceis de aferir. A falta de profissionais (); os recursos materiais escassos (); a falta de suporte (), a falta de conhecimento (); e as Atitudes dos profissionais em relação ao usuário nocivo ou dependente do álcool () são alguns desses fatores

As Atitudes podem ser entendidas como uma tendência psicológica, expressa ou não expressa, de avaliar uma entidade qualquer com algum grau a favor ou contra (). Tendência psicológica refere-se a um estado subjetivo interno da pessoa. Essa tendência psicológica avaliadora pode ainda ser entendida como uma espécie de viés que predispõe o indivíduo a ter respostas avaliadoras positivas ou negativas. Avaliação refere-se a toda classe de respostas avaliadoras sejam elas manifestas ou não ().

De fato, a literatura aponta que os profissionais da saúde não fazem diagnósticos de Uso Nocivo ou Dependência do Álcool com a mesma frequência e precisão que o fazem para outras doenças crônicas (). A falta do diagnóstico precoce piora o prognóstico e aumentam os gastos com saúde pública ().

O uso de bebida alcoólica é um dos grandes responsáveis por acidentes automobilísticos (), problemas de saúde diversos – o álcool contribui para o aparecimento ou agravamento de 66 tipos diferentes de outras doenças (). O Brasil pertence ao grupo de países em desenvolvimento que, segundo classificação da OMS, têm o álcool na segunda posição do grupo de doenças que causam morte ou invalidez para o trabalho ().

A falta de políticas públicas eficazes permite, principalmente através da propaganda de cervejas, que o jovem tenha contato precoce com o álcool. A idade média de experimentação é 11 anos e essa idade vem diminuindo ().

Esse contexto sócio – cultural contribui para que aproximadamente 80% dos brasileiros usem bebidas alcoólicas () e estimula as Atitudes positivas em relação ao álcool. Entretanto, paradoxalmente essa mesma sociedade possui Atitudes extremamente negativas em relação ao dependente (). Enaltece-se a bebida e discrimina-se o usuário que tenha problema ou torna-se dependente dela. Embora a minoria dos usuários não sejam dependentes (), as pessoas não são orientadas sobre o comportamento de beber de baixo risco ().

Os profissionais compartilham das mesmas atitudes da sociedade (), desconhecem como orientar os clientes sobre beber baixo risco () e sobre os modelos de tratamentos aplicáveis à Rede Primária de Saúde ().

A Rede Primária de Saúde é um excelente lugar para se fazer *screening* de álcool porque cerca 70% da população brasileira consulta um médico pelo menos uma vez no ano (). Entretanto o diagnóstico não é realizado.

Diante deste panorama, estudamos as Atitudes dos profissionais de saúde, já que elas representam um dos fatores que contribuem para o não diagnóstico ou diagnóstico tardio. O estudo teve como objetivo avaliar as Atitudes dos profissionais de saúde da Rede de Assistência Primária sobre os dependentes químicos ou sobre a dependência química, antes, imediatamente após um treinamento de oito horas focalizado na realização do diagnóstico precoce; e nas Atitudes dos profissionais.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo experimental de intervenção, longitudinal, não controlado, quantitativo e qualitativo (Woodward, 1999). Um curso com duração de 8 horas, construído pelos autores foi aplicado aos profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde durante três dias consecutivos, em julho de 2002. Os sujeitos do estudo foram pareados: cada indivíduo foi comparado consigo mesmo em relação à mudança de Atitudes por meio da aplicação de um instrumento de Atitudes antes do curso, imediatamente após o curso.

Utilizamos uma amostra de conveniência composta de 178 profissionais da saúde que trabalham na rede de Atenção Primária, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos e agentes da saúde.

Os dados foram colhidos na cidade de Jundiaí, em julho de 2002, durante três dias consecutivos. O curso foi dividido em duas partes, sendo que a primeira continha o módulo 1: Conceitos Básicos e o módulo 2: Doenças mentais decorrentes do uso, e teve a duração de 4 horas. A segunda parte foi o módulo 3: Tratamento (farmacológico e Intervenção Breve) com duração de 4 horas. O total de profissionais que participaram do curso foi 250, sendo que 178 retornaram as avaliações. Destes, seis indivíduos deixaram de responder a mais de 10% do total de questões e, portanto, foram excluídos da avaliação.

Em parceria com o Departamento de Informática em Saúde, Laboratório de Ensino a Distância, construiu-se animações computadorizadas que simplificou muito a compreensão daquelas questões foram desenvolvida.

Para ilustrar a aplicação da Intervenção Breve, com a colaboração da TV UNIFESP, foi desenvolvido um vídeo demonstrativo do conteúdo de um atendimento a paciente. Foram comentados os passos essenciais da Intervenção Breve (IB). O vídeo tem a duração total de 60 minutos e mostra duas consultas utilizando a técnica de IB – primeiro atendimento e retorno

Todo o curso foi administrado pelo autor do estudo. A metodologia didática empregada foi a de “Resolução de Problema”. Para a resolução de um dos problemas contidos na apostila foi utilizada uma das técnicas psicodramáticas: o *role play*. Além dessas técnicas, empregou a técnica expositiva com apresentação de vídeo e animação computadorizada.

2.1 Instrumentos de avaliação

O instrumento utilizado foi composto de duas partes, sendo que a primeira foi sobre Informações Gerais; a segunda, uma escala de Atitudes.

Para avaliar as Atitudes dos profissionais de saúde utilizamos um Instrumento traduzido para a língua portuguesa e previamente validado por Pillon, 1998b.

Para analisar a hipótese de igualdade de médias dos itens, dos escores totais de atitudes foi empregado o teste t de Student para amostras pareadas.

Para facilitar o entendimento dos 24 itens de atitudes. A análise de agrupamento permitiu a formação de grupos de alunos com diferentes perfis de atitudes. Dessa forma, também foi possível avaliar o efeito do curso sobre os grupos, por meio da Análise de Variâncias (Altman, 1991) com medidas repetidas. Um dos pressupostos da Análise de Variâncias (ANOVA) é a homocedasticidade (variâncias iguais entre os grupos). Em caso de violação desta suposição, a estatística do teste (F) teve os seus graus de liberdade corrigidos (Correção de Brown-Forsythe). Nos casos em que a ANOVA foi significativa, foram realizadas comparações múltiplas de Duncan (homocedasticidade) ou C de Dunnett (heterocedasticidade) para detectar quais grupos são diferentes (Altman, 1991).

Para avaliar separadamente em cada grupo os efeitos do curso sobre atitudes, novamente foi aplicado o teste t de *Student*. Entretanto, para grupos com pequeno número de casos, adotou-se o teste não paramétrico de *Wilcoxon* (Siegel, 2000). A fim de analisar a homogeneidade da distribuição dos níveis das variáveis socio demográficas, formação acadêmica e profissional nos grupos foi usada o teste de *Qui-quadrado* e, em sendo esse teste inadequado (caselas com valores esperados inferiores a cinco casos), empregou-se teste exato de Fisher. Para todos os testes estatísticos foi adotado um nível de significância de 5%.

3. Resultados

O tamanho final da amostra foi 172 casos, sendo que 19 profissionais eram enfermeiros (11%); 23 (13,4%) eram técnicos de enfermagem ou agentes de saúde; 10 psicólogos (5,8%) e 100 médicos (58,1%). Dos 172 profissionais, 71 (41,3%) estavam formados entre 1 e 9 anos; 101 (58,7%) estavam formados a mais de 10 anos. A distribuição do sexo foi 45,6% masculino e 54% feminino. A distribuição de

idade foi de idade foi: 56 (36%) menores de 30 anos; 84 (84%) entre 31 e 50 anos e 32 (32%) maiores de 50 anos. A maioria dos profissionais trabalha na Rede Primária de Saúde entre 3 e 6 anos: n=73 (42,4%). A minoria trabalha mais de 7 anos: n=33 (19,2%). Os profissionais que trabalham há menos de dois anos são 66 (38,4%).

Quanto à satisfação com o trabalho desempenhado, 92 profissionais (53,5%) sentem-se satisfeitos; 60 (34,9%) sentem-se um pouco satisfeitos; 1 (6%) sente-se plenamente satisfeitos e 19 (11%) deles não se sentem nem um pouco satisfeitos. A maioria trabalha em dois empregos: n=116 (67,8%); 38 (22,2%) trabalham em mais de três empregos e 17 (9,9%) trabalham unicamente na Rede de Atenção Primária.

Quanto à satisfação com a remuneração, pouco mais da metade dos profissionais não se sente bem remunerada no trabalho na Rede Primária: n=101 indivíduos (58,7%). Os outros 71 profissionais (41,3%) sentem-se bem remunerados.

A maioria dos profissionais não recebeu nenhum treinamento em dependência e uso de álcool na graduação: n=107 profissionais (62,2%). Por outro lado, 54 profissionais (31,4%) tinham recebido algum treinamento e 11 (6,4%) não se lembravam. Depois de formados, apenas 5 (cinco) profissionais tinham recebido treinamento sobre álcool (2,9%). A grande maioria, 165 deles (95,9%), não recebeu nenhum treinamento. Apenas 2 (dois) profissionais (1,2%) não se lembravam.

Apesar da falta de treinamento na área, os profissionais estavam atendendo, em média, quatro pacientes ou menos com diagnóstico de dependência do álcool: n=113 profissionais (65,7%); os outros 59 (34,3%) estavam atendendo, naquele período, mais de cinco pacientes com dependência química

A **Tabela 1** mostra as questões do Instrumento Atitude (24 itens) que apresentaram correlação entre cada item e escore total nível de significância de 5%.

Tabela 1: Questões para avaliação de Atitude, resultado de análise prévia do Instrumento de Atitude,

- 1- Eu não me sinto preparado para falar com um paciente sobre seu uso de álcool.
 - 2- As pessoas fazem uso de drogas porque querem.
 - 3- Falta uma boa educação moral e religiosa para o usuário de drogas.
 - 4- Dependentes de drogas são doentes incuráveis.
 - 5- Estou preparado para ajudar o paciente a aprender a usar suas experiências anteriores e tentar parar de usar drogas no seu atual tratamento.
 - 6- Embora eu possa ajudar o usuário de drogas ele ainda vai continuar usando-as.
 - 7- Considero uma invasão de privacidade falar sobre o uso de drogas com o paciente.
 - 8- Estou preparado para ajudar o paciente a identificar os prejuízos da continuidade do uso de álcool.
 - 9- Estou preparado para ajudar o paciente a identificar os benefícios de parar de beber.
 - 10- O alcoólatra nunca consegue beber menos do que ele deseja.
 - 11- Eu não estou preparado para falar com um paciente sobre seu uso de drogas.
 - 12- A maioria dos alcoólatras vai continuar bebendo independente da ajuda do profissional.
 - 13- Estou preparado para ajudar o paciente a aprender a usar suas experiências anteriores de tentar de parar de beber no atual tratamento.
 - 14- O alcoólatra é uma pessoa fraca moralmente.
 - 15- Estou preparado para ajudar o paciente a perceber situações e fatores de risco para recaída no uso de drogas.
 - 16- Tenho medo da reação de um usuário de drogas às perguntas feitas durante a entrevista.
 - 17- O alcoolismo é sinal de fraqueza de personalidade.
 - 18- Uma boa educação moral e religiosa é o que falta para o alcoólatra.
 - 19- A maioria dos pacientes usuários de drogas é de pessoas desagradáveis.
 - 20- O alcoólatra não consegue controlar a bebida após tomar o primeiro gole.
 - 21- O usuário geralmente é um desempregado.
 - 22- A maioria dos pacientes alcoólatras é desagradável.
 - 23- O usuário de drogas sempre mente.
 - 24- Os alcoólatras são doentes incuráveis.
-

O instrumento foi aplicado na forma *Liket*, sendo as pontuações assim representadas: concordo muito=1; concordo = 2; não sei = 3; discordo = 4; discordo muito = 5.

Procedeu-se a uma análise geral das médias de pontuações antes e depois; erro padrão desvio padrão. A diferença entre as médias foi testada pelo teste t de *Student* com alfa menor do que 5%. A **Tabela 2** apresenta essas medidas resumos para cada item do instrumento Atitude. Podemos observar mudanças significativas das Atitudes nos itens 1, 2, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15.

Os itens 5, 8, 9, 13, e 15 mostram diminuição do escore médio depois da administração do curso. Entretanto, o teste *t de Student* para amostras pareadas foi altamente significativo (*p-value* < 0,0001 em todos os itens). Isso se deve ao fato de que tais questões estavam orientadas de tal modo que quanto maior o escore, mais negativa é a Atitude relacionada àqueles itens. É, portanto, de se esperar que após o treinamento o escore médio diminua e, quanto menor o escore, mais positiva é a Atitude.

Para alguns itens do questionário, a mudança de Atitude não foi significativa estatisticamente ou piorou após o treinamento. Isso pode ter ocorrido por pelo menos dois fatores: (i) o curso não foi suficientemente eficaz nesses aspectos por não ter enfatizado a questão ou por tê-la omitido; (ii) a redação do item não está suficientemente esclarecedora ou está ambígua. Pela leitura dos itens parece-nos que em tais itens o curso não foi eficaz em provocar mudança. A diferença das médias de Atitude antes e depois do curso não foi significativa nos itens 4 (*p-value* = 0,7365); 6 (*p-value* = 0,2707); 12 (*p-value* = 0,6075); 20 (*p-value* = 0,6075); 23 (*p-value* = 0,2239) e 24 (*p-value* = 0,2790).

Tabela 2: Resultado dos escores: média, erro padrão, desvio padrão, percentis e teste *t de Student* com o respectivo *p-value* segundo cada item do instrumento de Atitude.

Itens	Média	Erro padrão	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Percentis			t Student	p-value
						25	50	75		
A1	2,91	0,10	1,31	1	5	2,00	3,00	4,00	-7,43	< 0,0001
D1	3,87	0,09	1,13	1	5	3,00	4,00	5,00		
A2	3,36	0,09	1,23	1	5	2,00	4,00	4,00	-2,63	0,0093
D2	3,65	0,10	1,32	1	5	3,00	4,00	5,00		
A3	3,24	0,10	1,37	1	5	2,00	4,00	4,00	-4,76	< 0,0001
D3	3,77	0,09	1,23	1	5	3,00	4,00	5,00		
A4	4,15	0,07	0,90	1	5	4,00	4,00	5,00	0,34	0,7365
D4	4,12	0,08	1,01	1	5	4,00	4,00	5,00		
A5	3,18	0,09	1,15	1	5	2,00	3,00	4,00	11,85	< 0,0001
D5	1,94	0,07	0,97	1	5	1,00	2,00	2,00		
A6	2,91	0,09	1,12	1	5	2,00	3,00	4,00	1,11	0,2707
D6	2,79	0,10	1,36	1	5	2,00	3,00	4,00		
A7	3,99	0,08	0,99	1	5	4,00	4,00	5,00	-2,45	0,0154
D7	4,22	0,07	0,88	1	5	4,00	4,00	5,00		
A8	2,64	0,09	1,12	1	5	2,00	3,00	3,00	9,38	< 0,0001
D8	1,74	0,05	0,65	1	4	1,00	2,00	2,00		
A9	2,72	0,09	1,17	1	5	2,00	3,00	4,00	10,49	< 0,0001
D9	1,70	0,05	0,61	1	3	1,00	2,00	2,00		
A10	2,27	0,08	1,08	1	5	2,00	2,00	3,00	-3,13	0,0021
D10	2,66	0,11	1,42	1	5	2,00	2,00	4,00		
A11	2,81	0,10	1,26	1	5	2,00	3,00	4,00	-8,50	< 0,0001
D11	3,83	0,09	1,14	1	5	3,00	4,00	5,00		
A12	3,24	0,09	1,13	1	5	2,00	3,00	4,00	-1,72	0,0875
D12	3,44	0,11	1,38	1	5	2,00	4,00	5,00		
A13	3,13	0,08	1,10	1	5	2,25	3,00	4,00	13,41	< 0,0001
D13	1,80	0,06	0,79	1	5	1,00	2,00	2,00		
A14	3,36	0,09	1,23	1	5	2,00	4,00	4,00	-5,19	< 0,0001
D14	3,81	0,09	1,23	1	5	3,00	4,00	5,00		
A15	3,10	0,08	1,07	1	5	2,00	3,00	4,00	12,71	< 0,0001
D15	1,90	0,06	0,83	1	5	1,00	2,00	2,00		
A16	3,33	0,10	1,25	1	5	2,00	4,00	4,00	-5,84	< 0,0001
D16	3,98	0,08	1,06	1	5	4,00	4,00	5,00		
A17	3,69	0,09	1,12	1	5	3,00	4,00	4,00	-4,87	< 0,0001
D17	4,14	0,07	0,98	1	5	4,00	4,00	5,00		
A18	3,49	0,09	1,16	1	5	3,00	4,00	4,00	-5,35	< 0,0001
D18	3,98	0,08	1,11	1	5	4,00	4,00	5,00		
A19	3,64	0,08	1,11	1	5	3,00	4,00	4,00	-2,10	0,0372
D19	3,86	0,09	1,18	1	5	4,00	4,00	5,00		
A20	2,19	0,08	0,99	1	5	2,00	2,00	3,00	-0,51	0,6075
D20	2,25	0,10	1,27	1	5	1,00	2,00	3,00		
A21	3,96	0,07	0,96	1	5	4,00	4,00	5,00	-2,13	0,0349
D21	4,10	0,07	0,95	1	5	4,00	4,00	5,00		
A22	3,38	0,10	1,25	1	5	2,00	4,00	4,00	-2,92	0,0040
D22	3,68	0,10	1,32	1	5	3,00	4,00	5,00		
A23	3,51	0,09	1,20	1	5	3,00	4,00	4,00	-1,22	0,2239
D23	3,62	0,10	1,33	1	5	2,00	4,00	5,00		
A24	4,09	0,07	0,95	1	5	4,00	4,00	5,00	-1,09	0,2790
D24	4,17	0,07	0,96	1	5	4,00	4,00	5,00		

A: Atitude Antes
D Atitude Depois

A análise do escore total do instrumento Atitude (**Tabela 3**) mostra que a Atitude dos profissionais melhorou, genericamente, após a administração do Curso. A estatística *t de Student* mostra uma diferença altamente significativa (*p-value* < 0,0001). A Tabela 3 mostra as medidas resumos dos escores de Atitude. Para realização de tais estatísticas, os itens 5, 8, 9, 13 e 15, cuja orientação é negativa em relação à Atitude, as pontuações foram invertidas (5 = concordo muito; 4 = concordo; 3 = não sei; 2 = discordo e 1 = discordo muito).

Tabela 3 Medidas resumo para os escores totais antes e depois e teste de comparação de médias.

Estatística	Escore Atitude Antes	Escore Atitude Depois	Depois - Antes
Média	78,74	90,85	12,10
Erro Padrão	0,80	0,81	0,87
Desvio Padrão	10,49	10,57	11,39
Variância	110,06	111,79	129,66
Mínimo	43,00	58,00	-15,00
Máximo	106,00	114,00	51,00
Percentis			
25	73,00	84,00	3,00
50	78,00	90,00	10,00
75	85,00	99,00	20,75
Teste t de Student			13,94
<i>p-value</i>			< 0,0001

A Análise Fatorial foi realizada utilizando-se da matriz de correlação de Pearson. Para facilitar a interpretação dos fatores formados aplicou-se a transformação de Varimax.

Através da Análise das questões que compõem cada fator, os fatores foram nomeados como seguem:

- **O fator 1** apresenta maiores correlações com os itens 15, 13, 21, 9 e 8. Denominado fator **preparação**.
- **O fator 2** apresenta maiores correlações com os itens 3 e 18 do instrumento. Denominado **fator etiológico moral**.
- **O fator 3** apresenta maiores correlações com as questões 12 e 24. Denominado **fator prognóstico pessimista**.

- **O fator 4** apresenta maiores correlações com as questões 22 e 19. Denominado **fator pré-conceito pessoal**.
- **O fator 5** apresenta maiores correlações com a questão 20. Denominado **fator controle do uso**.

A **Tabela 4** mostra os itens do instrumento Atitude, agrupados com as maiores cargas fatoriais (acima de 0,70). Estão congregados os cinco fatores com seus respectivos nomes e a descrição dos itens que os formaram. Desta forma, justificamos os nomes que atribuímos a cada um dos cinco fatores.

Tabela 4: Itens do Instrumento Atitude agrupados segundo os fatores.

	<p>5- Estou preparado para ajudar o paciente a aprender usar sua experiência anterior para tentar parar de usar drogas no seu atual tratamento.</p> <p>8- Estou preparado para ajudar o paciente a identificar os prejuízos da continuidade do uso de álcool.</p> <p>9- Estou preparado para ajudar o paciente a identificar os benefícios de parar de beber.</p> <p>13- Estou preparado para ajudar o paciente a aprender a usar suas experiências anteriores de tentar de parar de beber no atual tratamento.</p> <p>15- Estou preparado para ajudar o paciente a perceber situações e fatores de risco para recaída no uso de drogas.</p>
<p>Fator 1 Preparação</p>	
<p>Fator 2 Etiológico Moral</p>	<p>3- Falta uma boa educação moral e religiosa para o usuário de drogas.</p> <p>18- Uma boa educação moral e religiosa é o que falta para alcoólatra.</p>
<p>Fator 3 Prognóstico pessimista</p>	<p>12- A maioria dos alcoólatras vai continuar bebendo independentemente da ajuda do profissional.</p> <p>24- Os alcoólatras são doentes incuráveis.</p>
<p>Fator 4 Pré-conceito pessoal</p>	<p>19- A maioria dos pacientes usuários de drogas é de pessoas desagradáveis.</p> <p>22- A maioria dos pacientes alcoólatras é desagradável.</p>
<p>Fator 5 Controle do uso</p>	<p>20 - O alcoólatra não consegue controlar a bebida após tomar o primeiro gole.</p>

A Análise de Cluster foi realizada com o objetivo de determinar quantos e quais grupos poderiam ser formados a partir dos cinco fatores obtidos.

Pela Análise de Cluster, os 172 indivíduos que participaram do Estudo foram distribuídos em cinco grupos, de forma que a variância dentro do grupo seja a menor possível e, entre os grupos, a maior possível. Pretende-se com isso agrupar indivíduos que compartilhem características relacionadas à Atitude, utilizando os fatores formados pela análise Fatorial, cujo resultado foi apresentado anteriormente

A **Tabela 5** mostra as medidas resumos de cada fator segundo os grupos. Pode-se analisar a média de mudança de Atitude, agora representada pelos cinco fatores, a saber: fator 1 – preparação; fator 2 – etiológico moral; fator 3 – pessimismo; fator 4 – preconceito pessoal; e fator 5 – controle do uso.

Tabela 5: Medidas resumo dos cinco fatores por grupo segundo a diferença das médias de pontuações do instrumento Atitude antes e depois, desvio padrão e pontuações mínimas e máximas para um dos cinco grupos.

Grupos		F1	F2	F3	F4	F5
1	Média	0,48	0,17	-0,28	0,90	0,41
	Desvio Padrão	0,78	1,18	0,58	0,66	0,79
	Mínimo	-1,93	-1,85	-1,23	-1,36	-1,29
	Máximo	2,24	2,60	1,26	2,55	2,29
	N	50				
2	Média	-1,21	-0,38	-0,12	-0,23	0,23
	Desvio Padrão	0,48	0,56	0,74	1,05	0,73
	Mínimo	-2,31	-1,55	-1,11	-1,70	-1,53
	Máximo	-0,16	1,67	1,95	2,80	1,54
	N	44				
3	Média	0,35	0,24	-0,28	-0,70	-0,03
	Desvio Padrão	0,61	1,04	0,49	0,54	0,57
	Mínimo	-1,17	-1,30	-1,17	-1,92	-1,24
	Máximo	1,95	2,36	0,74	0,44	1,12
	N	51				
4	Média	0,42	-0,47	-0,30	-0,03	-2,44
	Desvio Padrão	1,01	0,79	0,56	0,92	0,78
	Mínimo	-1,18	-1,50	-1,02	-1,68	-3,67
	Máximo	2,10	1,33	0,76	0,95	-1,10
	N	13				
5	Média	0,41	0,15	2,67	0,11	0,20
	Desvio Padrão	1,04	1,01	0,64	0,87	0,63
	Mínimo	-1,92	-1,61	1,39	-0,86	-0,69
	Máximo	2,17	1,74	3,77	1,94	1,35
	N	14				
ANOVA	F	31,04*	4,03*	74,47	24,41*	45,34
	<i>p-value</i>	< 0,0001	0,0046	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
Total	Média	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Desvio Padrão	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	Mínimo	-2,31	-1,85	-1,23	-1,92	-3,67
	Máximo	2,24	2,60	3,77	2,80	2,29
	N	172				

- Correção de Brown-Forsythe

A **Tabela 6** mostra se há diferença na mudança de Atitude entre os grupos resumidamente as principais diferenças encontradas entre os grupos, segundo os fatores de Atitude.

Tabela 6: Principais diferenças entre os grupos segundo os fatores de Atitude.

Atitudes	Grupo 2	Grupo 4	Grupo 3	Grupo 1	Grupo 5
Preparo	Mais Despreparado				
Atitude Moral	Menos Moralista (4)	Menos Moralista (2)	Mais Moralista (1,5)	Mais Moralista (3,5)	Mais Moralista (1,3)
Pessimista					Mais pessimista
Preconceito Pessoal			Menos Preconceito Pessoal	Mais Preconceito Pessoal	
Controle		Não tem controle		Tem controle	

Como a Análise Fatorial e a Análise Cluster foram realizadas com base na resposta da aplicação do instrumento Atitude antes do curso ser ministrado, os resultados aqui apresentados são um diagnóstico do perfil de Atitude dos profissionais antes da realização do Curso.

Pela **Tabela 7** podemos observar o seguinte: A distribuição da profissão dos respondentes não é homogênea entre os grupos ($p\text{-value}= 0,036$). Verificou-se, no grupo G4, maior predominância de alunos com formação superior em medicina (84,62%). Já no grupo G1, observou-se uma presença maior (28%) de indivíduos com formação técnica quando comparado com os demais grupos, com cerca de 7,00% de participação desse tipo de profissão.

Tabela 7: Número de casos atendidos semanalmente segundo os grupos e a formação.

Profissão		Grupos					Total
		G1	G2	G3	G4	G5	
Superior - medicina	Casos	25	29	30	11	7	102
	% linha	50,00	65,91	58,82	84,62	50,00	59,30
Superior - outros	Casos	11	12	17	1	6	47
	% linha	22,00	27,27	33,33	7,69	42,86	27,33
Técnico	Casos	14	3	4	1	1	23
	% linha	28,00	6,82	7,84	7,69	7,14	13,37
Total	Casos	50	44	51	13	14	172
	% linha	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Teste Exato de Fisher = 15,67 (p -value = 0,036)

A **Tabela 8** mostra o número de profissionais distribuídos nos grupos segundo o número de atendimentos. A distribuição da profissão dos respondentes não é homogênea entre os grupos (p -value= 0,015). Verificou-se que 100% dos indivíduos do grupo G4 atendem, em média quatro ou menos pacientes com diagnóstico de dependência do álcool semanalmente. Os grupos G1 e G5 apresentam distribuição semelhante do número médio de atendimento de dependentes do álcool, sendo que cerca de metade deles atende quatro ou menos. Os grupos G2 e G3 destacam-se por atender, na sua maioria (65,91% e 70,59%, respectivamente) poucos dependentes do álcool.

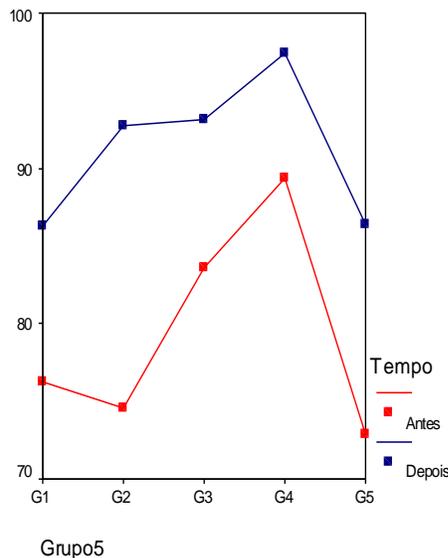
Tabela 8: Distribuição de atendimento médio semanal de pacientes com diagnóstico de dependência do álcool por grupos.

Número de atendimentos		Grupos					Total
		G1	G2	G3	G4	G5	
4 ou menos	Casos	27	29	36	13	8	113
	%	54,00	65,91	70,59	100,00	57,14	65,70
Mais do que 5	Casos	23	15	15	0	6	59
	%	46,00	34,09	29,41	0,00	42,86	34,30
Total	Casos	50	44	51	13	14	172
	%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Teste Exato de Fisher = 12,08 (p -value = 0,015)

Realizando-se uma análise de variâncias com medidas repetidas no escore de atitudes, observou-se a existência de interação entre curso e grupo ($F= 5,12$; $p\text{-value} = 0,001$). Pela ANOVA nas diferenças dos escores das atitudes verificou-se que o Grupo 2 apresentou maior aumento de escore de atitudes em relação aos demais grupos (comparação múltipla de Duncan). (**Gráfico 1**).

Gráfico 1: Perfil médio de atitudes antes e depois do curso



Discussão

Os fatores encontrados para Atitudes, correspondem ao que se observa na prática. Entretanto quando se comparam os fatores e os grupos, temos o seguinte: (i) O grupo 2 considera-se o mais despreparado dentre os cinco grupos formados, sendo o menos moralista, semelhante nesse aspecto ao grupo 4. Apresenta uma atitude de otimismo em relação ao prognóstico dos dependentes, similarmente aos grupos 1, 3 e 4. Possui também uma Atitude de ausência de preconceito pessoal sobre o dependente, aspecto semelhante ao dos grupos 5 e 4. Com referência à Atitude de falta de controle do uso da bebida, o grupo acredita que o usuário pode adquirir controle do uso e o nível de concordância se assemelha ao dos grupos 3 e 5. (ii) O grupo 4, quanto à Atitude “preparo” para ajudar ou atender o dependente, reuniu profissionais que se sentem despreparados em nível semelhante aos profissionais dos grupos 1, 3 e 5. Em relação aos demais grupos, é o que mais acredita que os usuários não têm controle sobre o uso de bebida.

(iii) O grupo 3 se destaca por ser um dos mais moralistas, em nível similar aos grupos 1 e 5 e por ser o menos preconceituoso. O seu nível de preparo percebido equipara-o aos grupos 1 e 5. Apesar de acreditar no conceito moral da dependência do álcool, é um dos grupos que apresenta menor preconceito em relação a características pessoais do dependente (como por exemplo, higiene e aparência pessoal). (iv) O grupo 1 reúne os profissionais que veem a etiologia da dependência pelo ângulo moralista. De todos os grupos, é o que tem essa característica de forma mais marcante. Além disso, é o mais preconceituoso e acredita que o dependente não tem controle sobre o uso da bebida. (v) O grupo 5 apresentou Atitude mais pessimista quanto ao prognóstico, comparado aos demais grupos. Reúne os profissionais cuja Atitude ante a etiologia moral da dependência de álcool apresenta a maior concordância comparada aos outros grupos. Além de mostrar uma Atitude de concordância com a etiologia moral da dependência química em nível semelhante ao grupo 3

O Treinamento se mostrou eficaz em mudar as Atitudes para melhor nos cinco fatores de Atitudes encontrados, entretanto o estudo não nos permite dizer se os profissionais, de fato, mudaram na prática clínica nem se essa mudança favorável das Atitudes se mantém ao longo do tempo. Seria necessário para responder à essas questões um estudo de follow up e uma análise cujo desfecho fosse a mudança na prática clínica.

Conclusão

O estudo mostra um diagnóstico dos principais fatores de Atitudes de profissionais que trabalham na Rede Primária de Saúde e que um treinamento de curta duração é eficaz na mudança das Atitudes de profissionais que trabalham na rede primária de saúde.

As principais mudanças de Atitudes foram melhora na percepção com relação ao preparo para ajudar os pacientes dependentes de álcool; melhora na Atitude negativa em relação á etiologia da dependência do álcool; sobre a imagem do dependente e sobre o fato de que a dependência seria uma perda do controle e que o controle não poderia ser retomado. Assim houve também uma melhora na percepção do prognóstico da dependência do álcool.