

ESTUDO DAS CRENÇAS SOBRE O ALCOOLISMO

Orientadora: MARILENE SCHMARCZEK

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande
do Sul para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem

MITIYO SHOJI ARAUJO

Porto Alegre
1983



BIBLIOTECA

FICHA CATALOGRÁFICA

ARAUJO, Mitiyo Shoji

Estudo das crenças sobre o alcoolismo. Porto Alegre, UFRGS/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 1983: XIII, 80 f.

Dissert: Mestre em Enfermagem (Enfermagem psiquiátrica)

1. Alcoolismo. 2. Crenças. 3. Dissertação.

I Universidade Federal do Rio Grande do Sul

II Título

Orientadora Inicial: Dra. MARIA APARECIDA MINZONI

a Valdir e

Guilherme Araujo

A G R A D E C I M E N T O S

à Maria Aparecida Minzoni, postumamente, pelo esforço e dedicação.

à Dra. Maria Elena da Silva Nery, pelo empenho na criação do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e sua primeira coordenadora.

à Marilene Schmarczek, Mestre em Saúde da Comunidade com área de concentração em Saúde Mental, pelo incentivo constante, carinho e dedicação.

à Dra. Olga Rosária Eidt, pelo estímulo

à Sra. Suzana Souza Silveira, pela atenção e interesse na conclusão desta pesquisa.

aos funcionários da Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela colaboração na busca de material bibliográfico.

aos funcionários da Biblioteca Central da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela colaboração na busca de material bibliográfico.

aos pacientes, pela colaboração ao responder os formulários.

a Valdir, meu esposo, pelo estímulo, interesse e amor, na conclusão desta pesquisa.

a Guilherme, meu filho, pela paciência com que me acompanhou em todos os locais durante a fase de conclusão desta pesquisa.

a Dr. José Manoel Bertolote, pela orientação na estatística.

a Dra. Ernestine Maurer Bastian, a Dra. Evalda Cançado Arantes, a Dra. Maria de Lourdes de Souza, pela avaliação desta dissertação e sugestões valiosas.

a Lucia Vauthier Machado Nunes, pelo auxílio nas referências bibliográficas.

4.4.4 Redação da monografia	29
5. RESULTADOS	30
5.1 Estudo descritivo	30
5.1.1 Quanto às pessoas afetadas pelo alcoolis- mo	30
5.1.2 Quanto à população atingida	31
5.1.3 Quanto à gravidade da doença	33
5.1.4 Quanto à importância da doença no pensa- mento das pessoas	36
5.1.5 Quanto à aceitação social	40
5.1.6 Quanto ao domínio da doença	41
5.1.7 Quanto ao funcionamento sócio-econômico..	44
5.2 Discussão	49
6. CONCLUSÃO	54
6.1 Recomendações	55
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
8. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	62
ANEXO	64

LISTAGEM DE QUADRO E TABELAS

Quadro 1 - Distribuição de freqüência de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B), segundo características biológicas-sociais

Tabela 1 - Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto à quantidade de pessoas afetadas pelo alcoolismo

Tabela 2 - Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto à população atingida (faixa etária)

Tabela 3 - Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto à população atingida (valor atribuído às pessoas)

Tabela 4 - Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto à gravidade da doença em relação ao que o alcoolista sente (se causa mal-estar)

Tabela 5 - Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto à gravidade da doença (possibilidade de restabelecimento).

- Tabela 6 - Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto à gravidade da doença (possibilidade de morrer).
- Tabela 7 - Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto à gravidade da doença (progressão da doença)
- Tabela 8 - Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto à importância da doença no pensamento dos mesmos (a freqüência com que pensam na doença).
- Tabela 9 - Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto à importância da doença no pensamento dos mesmos (o valor monetário atribuído para evitar a doença)
- Tabela 10- Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto à importância da doença no pensamento dos mesmos (a freqüência com que falam na doença)
- Tabela 11- Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto à aceitação social do alcoolismo (se é limpa ou suja)

- Tabela 12 - Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto à aceitação social do alcoolismo (se é doença boa, ruim, aceitável ou vergonhos)
- Tabela 13 - Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto ao domínio da doença (possibilidade de se evitar o alcoolismo)
- Tabela 14 - Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto ao domínio da doença (conhecimento da doença)
- Tabela 15 - Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto ao funcionamento sócio-econômico (se perturba o relacionamento familiar)
- Tabela 16 - Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto ao funcionamento sócio-econômico (se perturba o relacionamento social)
- Tabela 17 - Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto ao funcionamento sócio-econômico (se causa incapacidade para o trabalho)

Tabela 18 - Distribuição de freqüência de crença de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto ao funcionamento sócio-econômico (se causa acidentes de trânsito)

Tabela 19 - Distribuição de freqüência de crença de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto ao funcionamento psíquico (se causa perda de juízo).

LISTAGEM DE ANEXO

Anexo 1. Modelo de formulário usado para medir as crenças sobre o alcoolismo.

R E S U M O

Trata-se de um estudo das crenças de 17 alcoolistas de ascendência brasileira e 17 de não brasileira (alemã e italiana) sobre a doença alcoolismo. Os dados foram coletados em agosto de 1979 em um hospital psiquiátrico da Grande Porto Alegre, utilizando um formulário de JENKINS (1967) adaptado.

As duas amostras apresentaram diferença estatisticamente significativa no que diz respeito à importância da doença no seu pensamento: os alcoolistas de ascendência brasileira demonstraram muita preocupação pela sua doença (pensam e falam frequentemente nela), e fariam grande esforço para evitá-la; os alcoolistas de ascendência não brasileira demonstraram pouca preocupação pela sua doença (pensam mas não chegam a falar nela) e fariam pouco esforço para evitá-la.

S U M M A R Y

This study deals with the beliefs of 17 alcoholics, Brazilian descendants, as well as 17 non-Brazilian (Germans and Italians) about the disease of alcoholism. The data were collected on August of 1979 at a psychiatric hospital in Grande Porto Alegre, making use of a 1967 JENKINS adapted form.

Both samples presented statistically significant differences, regarding the importance of the disease in their own point of view: Brazilian descendant alcoholics showed deep concern for their problem (thinking and speaking constantly about it) and inclined to severe efforts to avoid it. Those alcoholics of non-Brazilian descent showed little worry for their problem (thinking about it but not actually discussing it), showing little inclination to avoid it.

1 - INTRODUÇÃO

O alcoolismo é um problema mundial, figurando entre os principais problemas de saúde pública (OMS, 1982) e tem preocupado muito os profissionais de saúde devido ao número crescente de pessoas por ele afetadas e aos males que causa. Isso vem ocorrendo porque a população está exposta ao livre consumo de álcool a baixo custo.

A revisão da literatura sobre a prevalência do alcoolismo mostra-nos que o alcoolismo é bem difundido, o que significa um elevado número de alcoolistas. Pode-se pensar que as cifras citadas tendem a aumentar, considerando-se que o consumo de álcool é liberado e socialmente aceito e que, ainda, não se tem encontrado um meio eficaz para o tratamento e prevenção desta doença.

Os meios de tratamento resumem-se a internação, com a finalidade de desintoxicação e ao seguimento ambulatorial. No Rio Grande do Sul, os critérios usados para recuperação são baseados na abstinência, enquanto que em São Paulo, ARAUJO (1979) há 7 (sete) anos vem usando o critério do "beber controlado" ou do "beber menos", e ainda não dispõe de resultados comparativos ao critério da abstinência.

O número crescente de alcoolistas e a falta de meios eficazes para tratamento se refletem nos hospitais psiquiátricos que apresentam elevados índices de internação e reinternação por alcoolismo.

Diante deste quadro, pensamos que um maior conhecimento das crenças sobre o alcoolismo proporcionaria subsídios para programas preventivos e de reabilitação. Isto inclui, tam

bém, a opinião do próprio alcoolista sobre a sua doença. Este aspecto do problema não tem sido abordado, embora seja conhecida a importância de se valorizar a opinião do paciente sobre sua doença para o sucesso do tratamento, conforme enfatiza PERESTRELLO (1970).

Neste sentido, consideramos que os programas preventivos podem ser desenvolvidos por pessoal não-médico e se constitui em um novo campo de investigações para a Psiquiatria.

Atualmente, há uma forte tendência a adequar os programas de saúde ao contexto sócio-cultural da população a ser atingida, uma vez que este, no caso do alcoolismo, segundo BERTOLOTE (1979) e NEGRETTE (1980) determina diferentes padrões de ingestão, atitudes frente ao álcool, seu consumo e suas consequências.

A 32a. Assembléa Mundial de Salud (OMS, 1979) realizada em maio de 1979 solicitou encarecidamente aos Estados Membros o seguinte:

"a tomar medidas para reducir el consumo de alcohol, sobre todo entre las personas jóvenes, los adolescentes y las embarazadas, a organizar programas intensivos de prevención, a adoptar medidas legislativas y disposiciones em relación com la producción y la venta de bebidas alcohólicas, y a estudiar los factores sociológicos y de comportamiento que contribuyem al abuso del alcohol." (p. 413)

O autor, trabalhando com alcoolistas masculinos de uma parte da Grande Porto Alegre, muitos deles provenientes de zonas de colonização alemã e italiana, sentiu necessidade de fazer um estudo sistematizado das crenças em relação ao alcoolismo em diferentes culturas. Isto devido às dificuldades encon-

tradas no manejo de alcoolistas em grupo¹: diversidade de conduta frente ao álcool e aos problemas causados pelo uso excessivo de bebida alcoólica.

Entendendo, então, que temos um problema de Saúde Mental, o alcoolismo, pedindo melhores soluções, parece-nos que uma pesquisa sobre as crenças em relação a esta doença abrange algumas de nossas necessidades. Com as crenças emanadas dos próprios alcoolistas, pensamos em contribuir tanto no tratamento dos mesmos quanto no desenvolvimento de programas preventivos.

Desse modo, o objetivo deste estudo é identificar as crenças de alcoolistas de ascendência brasileira e não brasileira sobre o alcoolismo.

Com estes dados pode-se ampliar os conhecimentos sobre a forma como é vista esta doença e sobre alguns fatores que influenciam a população na procura do tratamento, abandono de tratamento ou sua participação em programas preventivos.

1.1 - Problema

Dificuldade em trabalhar com alcoolistas provenientes de culturas diferentes, devido à diversidade de conduta frente ao alcoolismo e suas conseqüências.

1.2 - Objetivo

Identificar as crenças de alcoolistas de ascendência brasileira e não brasileira (alemã e italiana) sobre o alcoo-

¹ Os alcoolistas recebiam um atendimento em grupo — o grupo de orientação, coordenado por um enfermeiro.

lismo.

1.3 — Limitações do estudo

Os dados obtidos neste estudo não podem ser generalizados devido ao pequeno número de observações. Não foi possível fazer o estudo de correlações pelo mesmo motivo.

Por ser um estudo com pessoas já doentes, os resultados são mais úteis em programas terapêuticos, o que não impede que sejam utilizados em programas de prevenção primária.

A adaptação nas escalas de JENKINS sem ter sido feito validação também se constitui numa importante limitação deste estudo.

2. DEFINIÇÃO DE TERMOS

Alcoolista — é aquela pessoa que, em consequência do uso prolongado do álcool, sofre danos físicos, psíquicos ou sociais, ou nos três aspectos (JELLINEK, 1960).

Alcoolismo — doença caracterizada pela presença regular de dependência sócio-cultural e/ou psíquica e física do álcool. Esta última dependência manifesta-se pela incapacidade de deter-se ou de abster-se após a ingestão do álcool. (MARCONI, 1967)

Ascendência brasileira — foram considerados de ascendência brasileira os alcoolistas cujos pais eram brasileiros e cujo idioma usado no lar era o português.

Ascendência não brasileira — foram considerados de ascendência não brasileira os alcoolistas cujos pais eram estrangeiros ou tinham ascendência estrangeira (alemã ou italiana) e cujo idioma usado no lar era o alemão ou italiano (mesmo que fosse dialeto).

Crença — "é aquilo que se crê; opinião adotada com fé e convicção". Vem do verbo crer — "acreditar, dar como verdadeiro". (FERREIRA, 1975) p.399

Hospital psiquiátrico previdenciário — é aquela instituição que atende exclusivamente a pacientes previdenciários (MINZONI, 1975)

Hospital terapêutico — é aquele que procura satisfazer as necessidades reais dos pacientes, não adotando atitudes patriarcais e permitindo a estes liberdade de ação, iniciativa e assunção de responsabilidade (MINZONI, 1975).

3 — REVISÃO DA LITERATURA

Atualmente há uma forte tendência em se conceituar o alcoolismo como uma doença. Esta tendência teve sua origem em 1885, quando RUSCH denominou alcoolismo como uma "doença odiosa". Em 1888, o conceito de doença surgiu na linguagem médica através da tese de doutoramento de TROTTER. Em 1935, os Alcoolicos Anônimos adotaram o conceito de doença para o alcoolismo (GLATT, 1975). Apesar disso, uma pesquisa nacional realizada por RILEY, em 1948, nos Estados Unidos, numa amostra representativa de homens e mulheres, revelou que apenas 20% das pessoas encarava o alcoolista como uma pessoa doente e que mais de 50% pensava que o alcoolista não necessitava de tratamento e podia parar de beber, se quisesse. (JELLINEK, 1960)

Os progressos significativos na conceituação do alcoolismo como doença datam dos anos 50, com a valiosa contribuição de JELLINEK. (1960)

Somente em 1956 a Associação Médica Americana classificou o alcoolismo como doença; a partir de então, o alcoolista passou a ser tratado em hospital geral. (DICKINSON, 1975)

Em 1958, dois anos após a adoção do conceito de doença para o alcoolismo pela Associação Médica Americana, ROPER realizou uma nova pesquisa nacional nos Estados Unidos, através da pergunta: "Se você conhecesse alguém que habitualmente bebe tanto e que isto venha a afetar sua capacidade de trabalho e de relacionar-se com pessoas, você diria que esta pessoa é moralmente fraca ou que é doente?". As respostas foram as seguintes: moralmente fraco — 35%; doente — 58%; sem opinião — 7%. (JELLINEK, 1960).

A seguir, citam-se diversos conceitos de alcoolismo e de alcoolista segundo vários autores.

HORWITZ (1969) definiu alcoolismo como uma dependência psicológica e sobretudo física ao álcool, núcleo patogênico que se forma após um longo processo que obedece a um conjunto de causas: psicológicas, biológicas e culturais.

Segundo SEIXAS, BLUME, CLOUD, LIEBER e SIMPSON, o alcoolismo é uma doença crônica, progressiva e fatal, caracterizada pela incapacidade do doente se abster do álcool. Doença esta que leva o paciente a um acometimento deletério de sua vida psíquica, física e social; e que, na fase inicial, apresenta como sintomas constantes o aumento da tolerância e desconforto na abstinência.

MARCONI (1967) definiu o alcoolismo como doença caracterizada pela presença regular de dependência sócio-cultural e/ou psíquica, e física ao álcool. Esta última dependência manifesta-se pela incapacidade de deter-se ou de abster-se após a ingestão do álcool.

O'NEIL e ORR (1975) definiram alcoolismo como doença crônica caracterizada por repetidas ingestões de bebidas alcoólicas numa extensão tal que excede as usuais da norma dietética e social da comunidade, que interfere na saúde do bebedor, suas relações interpessoais e no funcionamento econômico. Além desses aspectos, a Organização Mundial da Saúde (1979) define o alcoolismo como uma perturbação crônica da conduta.

Para CHAFETZ e DEMONE (1962) alcoolismo é uma perturbação crônica da conduta que se manifesta por uma preocupação indevida com o álcool em detrimento da saúde física e mental, pe

la perda de controle quando inicia o ato de beber (embora não tenha atingido o ponto de uma intoxicação) e por uma atitude auto-destrutiva nas relações pessoais e situações de vida.

CAMPBELL, SCADDING & ROBERTS (1979) ao pesquisarem 38 (trinta e oito) termos diagnósticos comuns (entre eles o alcoolismo) entre 60 (sessenta) universitários de curso não-médico, 120 acadêmicos de medicina, 58 (cincoenta e oito) trabalhadores de famílias e 175 (cento e setenta e cinco) estudantes secundários. Tendo os acadêmicos de medicina como grupo de referência, o alcoolismo ficou em 15º lugar na aceitação como doença. Foi considerada como tal por 52% de estudantes, 60% dos acadêmicos de medicina, 65% de acadêmicos não médicos e 85% dos trabalhadores de famílias.

Observa-se através destes dados que o conceito de alcoolismo-doença é pouco aceito, mesmo entre os universitários e os do curso de medicina.

Ainda um outro estudo relacionado ao conceito de alcoolismo foi feito por ORCUTT, J.D; CAIRL, R.E. & MILLER, E.T. (1981). Eles fizeram uma pesquisa entre o público em geral, incluindo chefes de serviços de segurança. Eles apresentaram um conceito moralístico de alcoolismo e pensam que o alcoolista é responsável por ser alcoolista.

No Rio Grande do Sul, BUNSE (1978) relata que o uso excessivo de bebida alcoólica entre os colonos italianos é visto como defeito moral e que, portanto, o bêbado deve se envergonhar de suas atitudes.

Os Anais do 1º Simpósio da Imigração e Colonização Alemã no Rio Grande do Sul (1974) relatam o uso da bebida al-

coólica entre os descendentes de alemães em todas as festas (principalmente o chope), ocasiões em que, segundo MÜLLER, (1981) se bebia muito. Os jovens raramente bebiam, limitando-se ao uso de refrigerantes.

ROCHE (1969) relatou que a convivência dos colonos alemães com os luso-brasileiros fez com que aqueles adotassem a aguardente de cana, aumentando os problemas ligados ao uso excessivo de bebida alcoólica. Contudo, o alcoolismo não se constituiu numa calamidade entre eles.

Para efeito deste estudo usar-se-á a definição de MARCONI, por ser a mais utilizada no meio psiquiátrico, principalmente no que tange às pesquisas epidemiológicas sobre o alcoolismo.

Da mesma forma que existem várias definições sobre o alcoolismo, o mesmo ocorre com alcoolista.

GAYFORD (1977) define o alcoolista como o indivíduo que não consegue controlar o seu ato de beber e que, conseqüentemente, pode causar agressão à sua saúde física, mental e seu bem-estar social e, nesse processo, causa considerável quebra e infelicidade à sua família e à sociedade em geral.

JELLINECK (1960) definiu o alcoolista como aquela pessoa que, em conseqüência do uso prolongado do álcool, sofre danos físicos, psíquicos ou sociais, ou nos três aspectos simultaneamente.

Para a OMS (1951), o alcoolista é aquele bebedor excessivo, cuja dependência do álcool é tal que demonstra um transtorno mental e físico, transtorno nas suas relações inter

personais, em seu comportamento social e quanto aos aspectos econômicos, ou que mostram os sinais prodrômicos de tal desenvolvimento.

AMIGOT e JOVELLAR (1976) empregam a expressão "bebedor problema" como sinônimo de alcoolista e o define como toda pessoa que sofre danos em sua saúde física ou mental, ou em sua vida social (trabalho e família) por beber álcool. É todo aquele que não pode deixar de beber; é dependente de tal forma que o ato de beber se torna uma obsessão.

Para FREDDY (1977) um ex-alcoolista, o alcoolista é todo aquele que perdeu a capacidade de controlar sua ação de beber.

DICKINSON (1975) vê o alcoolista como "um doente físico, emocional e espiritual, uma pessoa imatura, sensível, pouco tolerante à menor frustração, cheio de medo, dependente, portanto uma não-pessoa". Esta definição basicamente traça o alcoolista sob aspectos negativos.

O estudo de LARSON (1977) sobre características de paciente percebidas pelo enfermeiro conclui que os alcoolistas foram percebidos como lentos e esquecidos na aprendizagem sobre sua doença, imprecisos, inseguros e não sucedidos na prestação de medidas preventivas de auto-cuidado. Também foi percebido como o mais improvável (entre pacientes com micose, enfizema e laringite) para reduzir a frequência de episódios agudos de sua doença. Estes resultados também traçam o paciente alcoolista em termos negativos e muito pessimistas quanto ao prognóstico.

Para fins deste estudo, usar-se-á a definição de alcoolista de JELLINECK (1960) também por ser a mais utilizada em

pesquisas epidemiológicas.

Tendo visto os conceitos de alcoolismo e alcoolista, passamos a verificar as conseqüências do alcoolismo na saúde da população em diversos países do mundo.

O relatório apresentado ao Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde (1979) nos mostra que "a evidência de cada vez maiores danos, em grande número de países em desenvolvimento, dá a entender que os problemas relacionados com álcool constituem importante obstáculo a seu desenvolvimento sócio-econômico e, além disso, provavelmente irão sobrecarregar seus recursos de saúde, a menos que sejam tomadas medidas apropriadas".

Atualmente, existem medidas apropriadas para o alcoolismo, segundo MARCONI (1976):

1. Prevenção primária — consiste em diminuir o número ou impedir a aparição de bebedores excessivos, mediante educação em massa orientada a mudar o modelo cultural masculino de ingestão excessiva de álcool.
2. Prevenção secundária — tratamento precoce dos casos de alcoolismo para evitar as complicações físicas, psíquicas e neurológicas.
3. Prevenção terciária — reabilitação dos casos avançados para diminuir ou evitar a invalidez e a morte por alcoolismo.

Ainda sobre prevenção, os relatos da OMS (1979a), baseados em observações, demonstram a existência de uma estreita

relação entre quantidade de bebida alcoólica consumida e os problemas causados pelo uso excessivo de bebida alcoólica. Cita como exemplo a França que demonstrou uma diminuição considerável na taxa de mortalidade por cirrose hepática num período de grande restrição da disponibilidade de bebidas alcoólicas, durante as grandes guerras mundiais. Esta taxa de mortalidade, entre homens de idade adulta, sofreu redução de 50% e, em Paris, onde o controle era maior, a redução foi de até 80%. Essa redução sofreu rápido aumento quando a aquisição de bebidas alcoólicas tornou a ser fácil.

Dessa forma, segundo a OMS (1979a), o alcoolismo deixa de ser algo inato do indivíduo, passando a ser um problema associado com o grau de exposição à bebida. Esta associação indica a possibilidade de prevenção do alcoolismo visto que a redução da disponibilidade de bebidas alcoólicas reduz também os problemas causados pelo uso excessivo de bebidas alcoólicas.

Para reduzir ou estabilizar o consumo de bebidas alcoólicas a OMS (1979a) sugere:

"aumento del precio de las bebidas alcohólicas en relación con los ingresos disponibles; establecimiento de cupos de producción; aplicación de restricciones en la publicidad; reglamentación de las importaciones; e imposición de reducciones sobre el número de puntos de venta." (p.415)

E como medidas imediatas, dada a magnitude do problema, a OMS (1982) sugere:

"revisar las prácticas en materia de publicidad; servir unicamente bebidas no alcohólicas em las recepciones oficiales de los organismos de salud; movilizar el apoyo de las radios locales; sugerir a las líneas aéreas que se abstengam de ofrecer bebidas alcohólicas gratuitas em sus vuelos; y hacer tomar conciencia a los padres de la importancia de dar una dimensión familiar a los problemas relacionados com el alcohol." (p.247)

Em nosso meio, a tendência é aumentar cada vez mais o número de pessoas afetadas pelo alcoolismo devido ao modelo cultural não modificado e ao livre consumo de álcool a baixo custo. Os dados a seguir refletem este aspecto.

Segundo os critérios de FREITAS (1977), o alcoolismo é uma das prioridades em Saúde Mental, mas a Política Nacional de Saúde (1973) informa que os alcoolistas egressos de hospitais psiquiátricos são precariamente atendidos. Tanto isso ocorre que, segundo o relatório elaborado pelo Ministério de Previdência e Assistência Social em 1974, o alcoolismo em nosso meio, concorre com cerca de 15,0% para as internações psiquiátricas. Em algumas regiões este total chega a alcançar a impressionante cifra de 80,0% do total das internações psiquiátricas.

A falta de programas preventivos agravam a situação. Isto pode ser observado através das primeiras internações em hospitais psiquiátricos com o diagnóstico de alcoolismo.

VILELA (1976) refere ser o alcoolismo a segunda causa de internações entre as primeiras internações em hospitais psiquiátricos do Brasil, isto é, 13,4%.

A OMS (1979) nos mostra que o número de primeiras internações psiquiátrica por alcoolismo, no Brasil, triplicou entre 1960 e 1970.

Os dados de prevalência do alcoolismo também refletem a gravidade do problema.

No Brasil, AZOUBEL NETO e COSTA (1967) encontraram 6,40% de alcoolistas na população acima de 15 anos, em bairro de baixo nível sócio-econômico de Ribeirão Preto (São Paulo).

Em Porto Alegre (Rio grande do Sul) LUZ JUNIOR (1974) encontrou uma prevalência de 6,20% em bairro com características semelhantes, na população acima de 15 anos.

O alcoolismo, não se trata de problema exclusivamente brasileiro, mas de outras partes do mundo.

Na Argentina, TARNOPOLSKY, DEL OLMO e VALDEMARIN (1970) encontraram uma prevalência de 2,72% em 1969 (Buenos Aires). Em Córdoba, já YUDICELLO e BELAUS (1972) encontraram uma prevalência de 6,60% em 1972.

No Chile, MUÑOZ (1970) encontrou, em 1954, 7,10% de pais alcoolistas e 0,50% de mães alcoolistas, ao estudar as famílias dos alunos de uma escola de Santiago.

Ainda no Chile, o estudo de MARCONI (1970) realizado em Santiago detectou 4,20% de alcoolistas entre 10% da população entrevistada ao acaso. Entre os anos de 1956 e 1957, HONORATO e colaboradores (1970) encontraram 12,70% de alcoolistas ao estudar uma população predominantemente operária. Em 1958, HORWITZ e colaboradores (1970) encontraram 5,10% de alcoolistas ao estudar 251.279 domicílios da Grande Santiago. Em 1959 (STEGEN, 1970) encontrou 1,80% de alcoolistas numa amostra de crianças dos portos de Valparaiso e Quilpué. Entre os anos de 1965 e 1966, MOYA e colaboradores (1970) estudaram a relação entre a prevalência do alcoolismo e o nível sócio-econômico, encontrando cifras mais altas em populações marginais (7,60%).

No México, a prevalência era de 0,55% em 1960 (ARELLANO, 1970). No Peru, MARIÁTEGUI (1967) encontrou em Lins (Lima) 1,80% de alcoolistas na população acima de 14 anos.

WILKINSON (1969) afirmou que o alcoolismo crônico é o quarto problema de Saúde Pública na Austrália.

Os estudos realizados nos diversos pontos dos Estados Unidos revelaram que a prevalência do alcoolismo varia de 2,25% a 5,25% na população acima de 20 anos (OMS, 1967). Já em 1968, o Manual da Associação Médica Americana estimava a prevalência entre 2 a 3%.

Na Dinamarca, o alcoolismo foi estimado em 1,95% da população acima de 20 anos, em 1948 (OMS, 1967). No Canadá, em 1951, a estimativa foi de 1,60% de alcoolistas na população acima de 20 anos (OMS, 1967)

A publicação da OMS de 1967 mostra que o alcoolismo na Finlândia foi estimado para 1,12% na população acima de 20 anos.

Na França, o alcoolismo foi estimado para 5,20% na população acima de 20 anos, em 1951. Na Inglaterra e em Gales, os dados mais recentes (1963) nos mostram uma prevalência em torno de 1,10% (OMS, 1967). Na Suíça os dados colhidos em 1953 dão-nos uma estimativa em torno de 2,10% (OMS, 1967).

A maioria dos estudos aqui citados foram baseados no método de JELLINECK para pesquisas epidemiológicas (HORWITZ, 1969). Este método inclui também os aspectos culturais relacionados ao álcool. CASTRO (1970), BERTOLOTE (1979) e NEGRETE (1980) reforçam a colocação de JELLINECK e acrescentam que as condutas frente às doenças variam de acordo com aqueles fatores.

Os estudos MACLAY e WARE (1961) nos mostram que a cultura determina diferenças significativas na percepção de alguns conceitos.

JENKINS (1966), baseado no estudo de ROSENSTOCK e colaboradores (1961), realizou um estudo entre diferentes grupos étnicos sobre as percepções em relação à tuberculose. Concluiu que o grau de instrução, nível sócio-econômico, idade e sexo tiveram pouca influência na percepção em relação a esta doença e que as diferenças étnicas determinam diferenças perceptuais significativas.

Um outro estudo de JENKINS (1967) nos mostra diferenças perceptuais entre câncer, poliomielite, tuberculose e enfermidade mental. Este estudo foi realizado na jurisdição urbana de Flórida, em uma amostra com características semelhantes à da população (distribuição por sexo, raça e idade). Os resultados são associados às crenças das pessoas da amostra em relação à susceptibilidade às doenças, gravidade das mesmas e sua importância no pensamento e sentimento das pessoas. Os resultados possibilitaram a ampliação dos conhecimentos sobre a forma como são vistas estas doenças e os fatores que influenciam a participação em programas preventivos. Um estudo desse tipo, com alcoolistas e profissionais que assistem a esses pacientes, pode trazer dados importantes para a assistência de enfermagem a populações vulneráveis ao alcoolismo, pois ampliará os conhecimentos sobre a forma como é vista esta doença e dos fatores que influenciam a população na procura de tratamento, abandono de tratamento, ou sua participação em programas preventivos.

Segundo MURRAY (1977), o enfermeiro é o profissional mais capacitado para aconselhar e ajudar o doente mental a atingir uma estabilidade e o profissional que se encontra na posição mais privilegiada para entender os sentimentos do paciente, segundo diferenças culturais e individuais.

4 - SUJEITOS E MÉTODOS

4.1 - Fazem parte deste estudo todos os pacientes masculinos¹ com diagnóstico de alcoolismo, admitidos no mês de agosto de 1979, num hospital psiquiátrico da Grande Porto Alegre. O total da amostra é de 34 (trinta e quatro) alcoolistas.

Todos os alcoolistas tem nacionalidade brasileira, porém 17 (dezessete) têm ascendência brasileira e 17 (dezessete) não brasileira (alemã e italiana).

Quadro 1 - Distribuição de freqüência de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B), segundo características biológico-sociais

Características biológico-sociais	amostra A		amostra B		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
1. Grupo etário ($\chi^2_c = 1,0623$; $p > 0,05$)						
25 ← 30	2	11,8	1	5,9	3	
30 ← 35	3	17,6	3	17,6	6	
35 ← 40	2	11,8	7	41,1	9	
40 ← 45	4	23,5	2	11,8	6	
45 ← 50	1	5,9	2	11,8	3	
50 ← 55	2	11,8	2	11,8	4	
55 ← 60	3	17,6	-	0,0	3	
2. Estado civil ($\chi^2_c = 0,118$; $p > 0,05$)						
casados	8	47,1	3	17,6	11	
amasiados	-	0,0	4	23,6	4	
solteiros	2	11,8	1	5,9	3	
separados	7	41,1	9	52,9	16	
3. Escolaridade ($\chi^2_c = 1,47115$; $p > 0,05$)						
analfabeto	2	11,8	1	5,9	3	
primário incomp.	3	17,6	4	23,5	7	
primário compl.	6	35,3	10	58,8	16	
secundário incomp.	2	11,8	2	11,8	4	
secundário compl.	3	17,6	-	0,0	3	
superior	1	5,9	-	0,0	1	
4. Ocupação ($\chi^2_c = 0,128$; $p > 0,05$)						
A	-	0,0	-	0,0	-	
B	-	0,0	-	0,0	-	
C	-	0,0	-	0,0	-	
D	-	0,0	3	17,6	3	
E	12	70,6	7	41,2	19	
F	5	29,4	7	41,2	12	

¹ - Fazem parte deste estudo somente os alcoolistas masculinos pois eles recebiam atendimento exclusivo. As paciente alcoolistas não tinham atendimento específico de alcoolismo e eram incluídas no esquema geral de tratamento das doenças mentais.

Esta amostra é formada por alcoolistas com idade igual ou superior a 25 anos e inferior a 60 anos. Em relação à amostra de alcoolistas de ascendência brasileira, 58,82% tem idade inferior a 40 anos e 41,18% tem idade entre 40 e 60 anos. Esta relação se inverte quanto aos alcoolistas de ascendência brasileira. Desta forma observa-se que a maior parte dos alcoolistas hospitalizados de 25 a 40 anos constitui-se pelos de ascendência brasileira e os de 40 a 60 anos constitui-se pelos de ascendência não brasileira.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as duas amostras quanto à idade ($\chi^2 = 1.0625 : p > 0,05$).

As duas amostras são semelhantes em relação ao estado civil. Entre casados e amasiados, 41,18% e 47,06% são respectivamente de alcoolistas de ascendência brasileira e não brasileira; e entre solteiros e separados encontrou-se 58,82% de alcoolistas de ascendência brasileira e 52,94% de não brasileira.

O teste χ^2 não revelou diferença significativa entre as duas amostras em relação ao estado civil
($\chi^2 = 0,118 : p > 0,05$).

Quanto à escolaridade, observou-se que 88,24% dos alcoolistas de ascendência brasileira e 64,71% dos de ascendência não brasileira são entre analfabetos ou cursaram o primário, concluindo-o ou não. Apenas 11,76% dos de ascendência brasileira e 35,29% de não brasileira cursaram até o 2º grau ou seguiram instrução superior. Não se observou diferença estatisticamente significativa entre as duas amostras em relação à escolaridade ($\chi^2 = 1,4712 : p > 0,05$)

Para a classificação das ocupações dos sujeitos, usou-se a classificação de HUTCHINSON (1960), porque esta é mais adequada aos dados obtidos. Os sujeitos se enquadram nos níveis D (cargos inferiores de supervisão, inspeção e ocupações não manuais), E (ocupações manuais especializadas e cargos de rotina não manuais) e F (ocupações manuais semi-especializadas e não especializadas). 58,82% dos alcoolistas de ascendência brasileira e 70,59% dos de não brasileira têm ocupação D e E; e 41,18% dos de ascendência brasileira e 29,41% dos de não brasileira têm ocupação F. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as duas amostras quanto à ocupação ($\chi^2 = 0,129 : p > 0,05$).

4.2 - Área do estudo

Este estudo foi realizado em um hospital psiquiátrico previdenciário da Grande Porto Alegre que atende à demanda populacional de 236.090 habitantes.

A capacidade do hospital é de 160 leitos: 100 para ocupação de pacientes masculinos e 60 para femininos. Existem duas unidades de internação, uma para cada sexo.

Cada unidade de internação possui uma ala isolada com capacidade para 50,0% dos leitos da unidade. Esta ala é utilizada para os pacientes nos primeiros dias de internação, com a finalidade de observar-lhes a sociabilidade.

O hospital dispõe de uma área externa, fechada com telas de arame, que é comum para todos os pacientes. Esta área é utilizada para o lazer e a recreação orientada.

Existe um salão que é comum para todos os pacientes, onde fica o aparelho de televisão. Este é manuseado por um atendente de Enfermagem ou um paciente responsável.

Cada unidade dispõe de uma área para a praxiterapia. Esta atividade é coordenada por um atendente de Enfermagem, sob a supervisão de uma enfermeira.

Além da praxiterapia, os pacientes se ocupam de outras atividades que são organizadas em comissões. Exceto a "comissão de paciente-atendente", que é coordenada por um enfermeiro, as comissões são coordenadas pelos atendentes, sob a supervisão de um enfermeiro.

O refeitório é único para todos os pacientes. Os pacientes masculinos fazem as refeições antes dos femininos. Há um intervalo de cinco minutos entre um grupo e outro.

São oferecidas quatro refeições diárias: desjejum, almoço, jantar e ceia. Os horários das refeições são rígidos e os cardápios são determinados pela nutricionista.

O hospital em estudo foi classificado como "hospital terapêutico" segundo os critérios de classificação de situações de hospitais psiquiátricos de Minzoni (1975). Identificaram-se 27 situações terapêuticas, 20 situações custodiais e 4 situações custodiais e terapêuticas.

4.3 — Métodos

4.3.1 — Estudo piloto

O instrumento utilizado foi testado previamente em dez alcoolistas com mais de 7 (sete) dias de internação, durante

o mês de julho de 1979.

O instrumento demonstrou clareza nos quesitos, não necessitando de modificações.

4.3.2 — Instrumento

4.3.2.1 — Ficha de características biológico-sociais.

Esta ficha foi elaborada para a obtenção de características biológicas e sociais (nome, idade, sexo, ascendência, grau de instrução e ocupação).

Modelo da ficha de características biológico-sociais usado:

Nº	NOME	Estado civil	Ascendência	Idade	Escolaridade	Ocupação

4.3.2.2 — Formulário usado para medir as crenças sobre o alcoolismo.

OSGOOD, SUCI & TANNENBAUM (1957) idealizaram uma técnica que permite a quantificação dos significados latentes das palavras e conceitos, através das correlações com outros conceitos e dimensões da vontade — a diferencial semântica.

MACLAY & WARE (1961) modificaram o método de OSGOOD et alii (1957) de modo a adequá-lo ao estudo com indivíduos analfabetos e pertencentes a culturas diferentes.

Posteriormente, JENKINS (1967), baseado num estudo de ROSENSTOCK, HOCBAUM & KEGELES (1961) sobre os "Determinantes do Comportamento em Relação à Saúde", desenvolveu escalas relacionadas a conduta frente à saúde, adicionando expressões nos diversos pontos, de modo que estas expressões sempre eram opostas em si no extremo de cada escala.

As escalas elaboradas por JENKINS (1967) permitem a observação quantitativa das crenças em relação à susceptibilidade à doença, sua gravidade e sua importância no pensamento dos indivíduos. Estas escalas foram usadas pelo mesmo autor para a observação de crenças de uma amostra de 436 pessoas da jurisdição urbana de Flórida, em 1962, em relação a quatro doenças: doença mental, poliomielite, tuberculose e câncer. Este estudo teve como objetivo obter dados para planejar as ações de saúde de acordo com as crenças dos indivíduos em relação a estas doenças, para poder aumentar a resposta da população aos programas preventivos e curativos.

Com base nas escalas de JENKINS (1967), foram feitas adaptações de modo a adequá-las à obtenção de crenças em relação ao alcoolismo. Isso deve-se ao fato de que as escalas de JENKINS (1967) não incluem alguns aspectos sociais, econômicos e psicológicos relacionados às doenças, e que são importantes no que diz respeito ao alcoolismo.

O formulário adaptado (anexo 1) permitiu a observação dos seguintes aspectos:

- a. quantidade de pessoas afetadas pelo alcoolismo (Anexo 1 - questão 01):

- na sua opinião:
 - muitas pessoas têm esta doença.
 - algumas pessoas têm esta doença.
 - poucas pessoas têm esta doença.
 - quase ninguém tem esta doença.

b. população atingida (Anexo 1 - questão 02 e 11)

- Esta doença aparece em:
 - bebês
 - crianças
 - adolescentes
 - adultos jovens
 - idade média
 - pessoas idosas
- Esta doença atinge as pessoas:
 - Boas
 - Boas e más
 - Más

c. gravidade da doença (Anexo 1 - questão 03,04,05 e 08)

- Esta doença causa:
 - muito mal-estar
 - algum mal-estar
 - pouco mal-estar
 - muito pouco mal-estar
- Quanto ao restabelecimento:
 - a pessoa se restabelece completamente
 - a pessoa fica com uma debilidade temporária
 - a pessoa fica com uma debilidade permanente

- Esta doença:
 - geralmente causa a morte
 - freqüentemente causa a morte
 - às vezes causa a morte
 - raramente causa a morte
 - nunca causa a morte
- Esta doença progride:
 - rapidamente
 - lentamente

d. Importância da doença no pensamento dos indivíduos (Anexo 1

- questão 10, 12 e 13)

- Você pensa nesta doença:
 - freqüentemente
 - às vezes
 - ocasionalmente
 - quase nunca
 - nunca
- Para evitar esta doença você daria:
 - o pagamento de um dia de trabalho
 - o pagamento de uma semana de trabalho
 - o pagamento de um mês de trabalho
 - o pagamento de um ano de trabalho
- Você fala nesta doença
 - freqüentemente
 - às vezes
 - ocasionalmente
 - quase nunca
 - nunca

e. Classificação da doença quanto à aceitação social (anexo 1 - questão 06 e 14)

- Você considera esta doença:

- limpa

- suja

- Esta é uma doença:

- boa

- aceitável

- vergonhosa

- ruim

f. Domínio da doença (Anexo 1 - questão 07 e 09)

- Em sua opinião:

- nada pode evitar a doença

- é difícil de se evitar a doença

- pode-se evitar a doença com pouco esforço

- pode-se evitar a doença facilmente.

- Esta é uma doença:

- conhecida

- misteriosa

- desconhecida

g. Funcionamento psico-sócio-econômico (Anexo 1 - questão 15, 16, 17, 18 e 19)

- Esta doença perturba o relacionamento familiar:

- freqüentemente

- às vezes

- ocasionalmente

- quase nunca

- nunca

- Esta doença perturba o relacionamento social_
 - freqüentemente
 - às vezes
 - ocasionalmente
 - quase nunca
 - nunca.
- Esta doença causa incapacidade para o trabalho:
 - freqüentemente
 - às vezes
 - ocasionalmente
 - quase nunca
 - nunca
- Esta doença causa acidentes de trânsito
 - freqüentemente
 - às vezes
 - ocasionalmente
 - quase nunca
 - nunca
- Esta doença causa perda do juízo
 - freqüentemente
 - às vezes
 - ocasionalmente
 - quase nunca
 - nunca.

4.3.2.3 - Lista de situações para a classificação de hospitais psiquiátricos (MINZONI, 1975)

Esta lista de situações foi usada para classificar a área em estudo, segundo os critérios de MINZONI (1975). A mesma

foi aplicada sem teste prévio uma vez que já foi usada em outros estudos, tendo sido comprovada a sua aplicabilidade.

4.4 — Procedimento

A seguir são descritas as maneiras em que foram coletados os dados do presente estudo.

Não foi necessário solicitar oficialmente a permissão para desenvolver este estudo nesta instituição. Foi feito um pedido verbal e o mesmo foi aceito pela Direção da referida instituição. Isto se deve ao fato de que o autor deste estudo faz parte do quadro de funcionários no momento da pesquisa.

Os dados foram coletados no período de 07 de agosto a 07 de setembro de 1979, levando-se em conta que o período de desintoxicação é de sete dias.

4.4.1 — Ficha de dados biológico-sociais

Os dados referentes a nome, idade, escolaridade, estado civil e ocupação foram obtidos através dos prontuários de todos os pacientes admitidos no mês de agosto, com diagnóstico médico de alcoolismo.

Os nomes dos alcoolistas foram coletados, prevendo-se uma necessidade de reentrevistá-los.

Cada alcoolista recebeu um número conforme a seqüência de baixa hospitalar. A mesma numeração foi usada no formulário correspondente a cada alcoolista.

Os dados referentes à ascendência foram obtidos na entrevista (ascendência brasileira ou não brasileira).

4.4.2 - Formulário usado para medir as crenças sobre o alcoolismo

Os alcoolistas foram entrevistados individualmente, se te dias após seu internamento.

O próprio autor aplicou todos os formulários, não necessitando treinar outras pessoas para tal.

Primeiramente foi explicado aos alcoolistas o motivo da entrevista com fins de pesquisa e se obteve o consentimento dos mesmos.

Devido ao analfabetismo de uma parte da amostra, as questões foram lidas uma a uma pelo entrevistador, após a emissão das respostas.

Os entrevistados não apresentaram dificuldade em responder às questões, de forma que nenhuma delas ficou sem resposta.

O formulário, disposto em forma de questionário, foi apresentado ao entrevistado da seguinte maneira:

- a. Este é um estudo relacionado ao alcoolismo que estamos realizando; portanto, solicitamos a sua colaboração no sentido de responder às perguntas de acordo com a sua opinião.
- b. Escolha apenas uma resposta para cada questão; aquela que mais se assemelha ao seu pensamento.
- c. Se você tiver dificuldade em responder alguma questão, passa-se adiante; posteriormente, volta-se àquela questão.

O entrevistador, por sua vez:

- a. Numerou cada formulário de acordo com a ficha de características biológico-sociais da amostra.
- b. Solicitou ao entrevistado os dados de ascendência brasileira ou não brasileira. Quando não brasileira, a ascendência foi especificada (alemã ou italiana).
- c. Deu todas as instruções já descritas.
- d. Assinalou cada resposta escolhida pelo entrevistado, no momento da entrevista.

4.4.3 — Processamento de dados

As características biológico-sociais da amostra foram separados conforme a ascendência dos alcoolistas, brasileira e não brasileira, formando assim duas amostras.

Os dados referentes às características biológico-sociais e às crenças em relação ao alcoolismo foram organizados em quadros. Após, os dados foram processados manualmente, utilizando-se o método da porcentagem e o teste χ^2 de SIEGEL (1975) para verificação de significância estatística.

Para a aplicação do teste χ^2 utilizou-se a tabela de dupla entrada, com junção de classificações adjacentes, devido ao pequeno número de observações. Não foi feito estudo de correlação pelo mesmo motivo.

4.4.4 — Redação da monografia

A elaboração desta monografia foi baseada nas normas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Associação Brasileira de Normas Técnicas (1979).

5 — RESULTADOS

5.1 — Estudo descritivo

O tamanho das amostras é um limite que se impõe para conclusões amplas. De qualquer forma, trata-se de um estudo inicial, quanto às crenças sobre o alcoolismo, aberto a futuras investigações.

Os resultados são descritos agrupadamente conforme os aspectos pesquisados: quantidade de pessoas afetadas pelo alcoolismo, população atingida, gravidade da doença, importância da doença no pensamento dos indivíduos, aceitação social, domínio da doença e funcionamento sócio econômico.

5.1.1 — Quanto às pessoas afetadas pelo alcoolismo.

Tabela 1 — Distribuição de frequência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto à quantidade de pessoas afetadas pelo alcoolismo.

Quantidade de pessoas afetadas	Amostra A		Amostra B		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
a. muitas pessoas têm esta doença	14	82,3	16	94,1	30	88,2
b. algumas pessoas	2	11,8	-	-	2	5,9
c. poucas pessoas	1	5,9	1	5,9	2	5,9
d. quase ninguém	-	-	-	-	-	-
TOTAL	17	100,0	17	100,0	34	100,0

$$(x^2 = 0,283 : p > 0,05)$$

Através dos resultados podemos dizer que a maior parte da população em estudo (88,3%) pensa que muitas pessoas são portadoras da doença alcoolismo (94,1% da amostra B e 82,3% da amostra A).

Apenas 5,9% pensa que algumas pessoas têm essa doença (11,8% da amostra A) e 5,9% pensa que poucas pessoas tem essas doenças (5,9% da amostra A e 5,9% da amostra B).

5.1.2 - Quanto à população atingida

Tabela 2 - Distribuição de frequência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto à população atingida (faixa etária).

Idade da população atingida	amostra A		amostra B		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
a. bebês	-	-	-	-	-	-
b. crianças	-	-	3	17,6	3	8,8
c. adolescentes	11	64,7	12	70,6	23	67,6
d. adultos jovens	5	29,4	2	11,8	7	20,6
e. idade média	1	5,9	-	-	1	3,0
f. pessoas idosas	-	-	-	-	-	-
TOTAL	17	100,0	17	100,0	34	100,0

$$(x^2 = 1,4712 : p > 0,05)$$

Em relação ao aparecimento da doença, 67,6% pensa que

o alcoolismo tem início na adolescência (64,7% da amostra A e 70,6% da amostra B); 20,6% pensa que inicia no adulto jovem (29,4% da amostra A e 11,8%) e 8,8% pensa que inicia quando criança (17,6% da amostra B).

Tabela 3 - Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto à população atingida (valor atribuído às pessoas)

Valor atribuído às pessoas	Amostra A		Amostra B		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
a. pessoas boas	-	-	1	5,9	1	3,0
b. pessoas boas e más	16	94,1	15	88,2	31	91,1
c. pessoas más	1	5,9	1	5,9	2	5,9
TOTAL	17	100,0	17	100,0	34	100,0

$$(x^2 = 0,531 : p > 0,05)$$

Quanto às pessoas atingidas, segundo os aspectos pesquisados, 91,1% da população pensa que a doença atinge independentemente do valor atribuído às pessoas (boas ou más) ... (94,1% da amostra A e 88,2% da amostra B); 3% pensa que a doença só atinge as pessoas boas (5,9% da amostra B) e 5,9% pensa que a doença só atinge as pessoas más (5,9% de ambas as amostras).

5.1.3 — Quanto à gravidade da doença

Um dos aspectos pesquisados foi sobre o efeito imediato do uso excessivo da bebida alcoólica.

Tabela 4 — Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto à gravidade da doença em relação ao que o alcoolista sente (se causa mal-estar)

O alcoolista sente	amostra A		amostra B		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
a. muito mal-estar	17	100,0	12	70,6	29	85,3
b. algum mal-estar	-	-	-	-	-	-
c. pouco mal-estar	-	-	2	11,8	2	5,9
d. muito pouco mal-estar	-	-	3	17,6	3	8,8
T o t a l	17	100,0	17	100,0	34	100,0

$$(x^2 = 6,52 : p < 0,01)$$

85,3% responde que a doença causa muito mal-estar,.. (100% dos de ascendência brasileira e 70,6% dos de ascendência não brasileira); 8,8% e 5,9% pensa respectivamente que causa muito pouco e pouco mal-estar (17,6% e 11,8% respectivamente dos de ascendência não brasileira). A diferença dos resultados das duas amostras é estatisticamente significativa para $\alpha = 0,01$.

Outro aspecto pesquisado quanto à gravidade da doença, foi em relação à recuperação.

Tabela 5 — Distribuição de frequência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto à gravidade da doença (possibilidade de restabelecimento).

Possibilidade de restabelecimento	amostra A		amostra B		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
a. há restabelecimento completo	6	35,3	6	35,3	12	35,3
b. ocorre debilidade temporária	6	35,3	8	47,1	14	41,2
c. ocorre debilidade permanente	5	29,4	3	17,6	8	23,5
T O T A L	17	100,0	17	100,0	34	100,0

$$(x^2 = 0,1634 : p > 0,05)$$

35,3% pensa que há restabelecimento completo da doença (35,3% dos de ascendência brasileira e não brasileira), 41,2% pensa que ocorre debilidade temporária (35,3% dos de ascendência brasileira e 47,1% dos de ascendência não brasileira), e 23,5% pensa que ocorre debilidade permanente (17,6% dos de ascendência não brasileira e 29,4% de ascendência brasileira).

Ainda quanto à gravidade, foi perguntado aos entrevistados se o alcoolismo causa morte.

Tabela 6 — Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto à gravidade da doença (possibilidade de morrer).

Risco de morte	Amostra A		Amostra B		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
a. geralmente causa morte	3	17,6	6	35,3	9	26,5
b. freqüentemente causa morte	7	41,2	5	29,4	12	35,2
c. às vezes causa morte	4	23,5	5	29,4	9	26,5
d. raramente causa morte	2	11,8	1	5,9	3	8,8
e. nunca causa morte	1	5,9	-	-	1	3,0
T O T A L	17	100,0	17	100,0	34	100,0

$$(x^2 = 0,12443 : p > 0,05)$$

26,5% respondeu que geralmente causa a morte (17,6% da população de ascendência brasileira e 35,3% da não brasileira); 35,2% respondeu que a doença freqüentemente causa a morte (41,2% da população de ascendência brasileira e 29,4% da não brasileira); 26,5% respondeu que às vezes causa a morte (23,5% da população de ascendência brasileira e 29,4% de ascendência não brasileira); 8,8% respondeu que raramente causa a morte (11,8% da população de ascendência brasileira e 5,9% de ascendência não brasileira) e 3% respondeu que a doença nunca

causa a morte (5,9% da população de ascendência brasileira e 0% da população de ascendência não brasileira).

Em relação à evolução da doença, se é rápida ou lenta, as respostas foram as seguintes:

Tabela 7 — Distribuição de frequência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto à gravidade da doença (progressão da doença).

Progressão da doença	amostra A		amostra B		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
a. rápida	7	41,2	2	11,8	9	26,5
b. lenta	10	58,8	15	88,2	25	73,5
T O T A L	17	100,0	17	100,0	34	100,0

$$(x^2 = 2,075 : p > 0,05)$$

26,5% respondeu que é rápida (41,2% da população de ascendência brasileira e 11,8% da de ascendência não brasileira) e 73,5% respondeu que é lenta (58,8% dos de ascendência brasileira e 88,2% dos de ascendência não brasileira).

5.1.4 — Quanto à importância da doença no pensamento das pessoas

Quanto à medida em que os alcoolistas pensam em sua doença, as respostas foram as seguintes:

Tabela 8 — Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto à importância da doença no pensamento dos mesmos (a freqüência com que pensam na doença).

Freqüência com que pensa na doença	amostra A		amostra B		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
a. freqüentemente	11	64,7	9	52,9	20	58,8
b. às vezes	3	17,6	2	11,9	5	14,7
c. ocasionalmente	2	11,8	3	17,6	5	14,7
d. quase nunca	1	5,9	-	-	1	3,0
e. nunca	-	-	3	17,6	3	8,8
T O T A L	17	100,0	17	100,0	34	100,0

$$(x^2 = 0,1214 : p > 0,05)$$

58,8% pensa freqüentemente na sua doença (64,7% da população de ascendência brasileira e 52,9% de não brasileira); 14,7% às vezes pensa na sua doença (17,6% dos de ascendência brasileira e 11,9% de não brasileira); 14,7% ocasionalmente pensa na doença (11,8% dos de ascendência brasileira e 17,6% de não brasileira); 3,0% quase nunca pensa na doença (5,9% dos de ascendência brasileira e 0,0% dos de não brasileira) e 8,8% respondeu que nunca pensa na sua doença (17,6% da população de ascendência não brasileira e 0,0% dos de ascendência brasileira).

Quanto ao valor atribuído pelos entrevistados para evitar a doença, as respostas foram as seguintes:

Tabela 9 — Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto à importância da doença no pensamento dos mesmos (o valor monetário atribuído para evitar a doença)

Valor monetário atribuído para evitar a doença	amostra A		amostra B		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
a. O pagamento de um dia de trabalho	1	5,9%	3	17,6	4	11,8
b. de 1 (uma) semana	-	-	2	11,8	2	5,9
c. de 1 (um) mês	4	23,5	4	23,5	8	23,5
d. de 1 (um) ano	12	70,6	8	47,1	20	58,8
T O T A L	17	100,0	17	100,0	34	100,0

$$(x^2 = 0,9693 : p > 0,05)$$

11,8% daria o pagamento de um dia de trabalho (5,9% dos de ascendência brasileira e 17,6% dos de ascendência não brasileira); 5,9% daria o pagamento de uma semana de trabalho (0,0% dos de ascendência brasileira e 11,8% dos de ascendência não brasileira); 23,5% daria o pagamento de um mês de trabalho (23,5% de ambas as populações) e 58,8% daria o pagamento de um ano de trabalho (70,6% dos de ascendência brasileira e 47,1% dos de ascendência não brasileira).

Quanto à freqüência em que os alcoolistas falam em sua doença, as respostas foram as seguintes:

Tabela 10 — Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto à importância da doença no pensamento dos mesmos (a freqüência com que falam na doença).

a freqüência com que falam na doença	amostra A		amostra B		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
a. freqüentemente	12	70,5	5	29,4	17	50,0
b. às vezes	1	5,9	2	11,8	3	8,8
c. ocasionalmente	1	5,9	3	17,6	4	11,8
d. quase nunca	1	5,9	2	11,8	3	8,8
e. nunca	2	11,8	5	29,4	7	20,6
T O T A L	17	100,0	17	100,0	34	100,0

$$(x^2 = 4,035 : p < 0,05)$$

50,0% fala freqüentemente (70,5% dos de ascendência brasileira e 29,4% dos de ascendência não brasileira); 8,8% fala às vezes (5,9% dos de ascendência brasileira e 11,8% dos de ascendência não brasileira); 11,8% fala ocasionalmente (5,9% dos de ascendência brasileira e 17,6% dos de ascendência não brasileira); 8,8% quase nunca fala (5,9% dos de ascendência brasileira e 11,8% dos de ascendência não brasileira) e 20,6% nunca fala (11,8% dos de ascendência e 29,4% dos de ascendência não brasileira). A diferença dos resultados das duas amostras é estatisticamente significativa para $\alpha = 0,05$.

5.1.5 - Quanto à aceitação social

Em relação aos aspectos de sujidade e limpeza, as respostas foram as seguintes:

Tabela 11 - Distribuição de frequência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto à aceitação social do alcoolismo (se é limpa ou suja).

Aspectos de limpeza e sujeira da doença	amostra A		amostra B		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
a. limpa	1	5,9	1	5,9	2	5,9
b. suja	16	94,1	16	94,1	32	94,1
T O T A L	17	100,0	17	100,0	34	100,0

$$(\chi^2 = 0,531 : p > 0,05)$$

5,9 considera o alcoolismo uma doença limpa (5,9% de ambas as populações) e 94,1% considera uma doença suja (94,1% de ambas as populações).

Sobre a maneira como eles vêm a sua doença entre boa, aceitável, vergonhosa e ruim, as respostas ficaram

Tabela 12 — Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto à aceitação social do alcoolismo (se é doença boa, ruim, aceitável ou vergonhosa)

se é doença boa, ruim, aceitável ou vergonhosa	amostra A		amostra B		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
a. boa	-	-	-	-	-	-
b. aceitável	-	-	-	-	-	-
c. vergonhosa	13	76,5	13	76,5	26	76,5
d. ruim	4	23,5	4	23,5	8	23,5
T O T A L	17	100,0	17	100,0	34	100,0

$$(x^2 = 0,163 : p > 0,05)$$

entre vergonhosa 76,5% (76,5% de ambas as populações) e ruim 23,5% (23,5% de ambas as populações).

5.1.6 — Quanto ao domínio da doença

Foi perguntado aos entrevistados sobre as possibilidades de se evitar o alcoolismo e as respostas foram as seguintes:

Tabela 13 — Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto ao domínio da doença (possibilidade de se evitar o alcoolismo).

Possibilidade de se evitar a doença	amostra A		amostra B		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
a. nada pode evitar a doença	-	-	1	5,9	1	3,0
b. é difícil evitar a doença	9	53,0	8	47,1	17	50,0
c. pode-se evitar com pouco esforço	3	17,6	4	23,5	7	20,6
d. pode-se evitar facilmente	5	29,4	4	23,5	9	26,4
T O T A L	17	100,0	17	100,0	34	100,0

$$(x^2 = 0,1192 : p > 0,05)$$

3,0% respondeu que nada pode evitar a doença (0,0% dos de ascendência brasileira e 5,9% dos de ascendência não brasileira); 50,0% respondeu que é difícil de se evitar a doença (53,0% dos de ascendência brasileira e 47,1% dos de ascendência não brasileira); 20,6% respondeu que se pode evitar a doença com pouco esforço (17,6% dos de ascendência brasileira e 23,5% dos de ascendência não brasileira) e 26,4% respondeu que se pode evitar a doença facilmente (29,4% dos de ascendência brasileira e 23,5% dos de ascendência não brasileira).

Quanto ao conhecimento da doença, as respostas foram as seguintes:

Tabela 14 — Distribuição de frequência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto ao domínio da doença (conhecimento da doença).

Conhecimento da doença	amostra A		amostra B		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
a. conhecida	16	94,1	15	88,2	31	91,1
b. misteriosa	1	5,9	-	-	1	3,0
c. desconhecida	-	-	2	11,8	2	5,9
T O T A L	17	100,0	17	100,0	34	100,0

$$(\chi^2 = 1,2055 : p > 0,05)$$

91,1% respondeu que o alcoolismo é uma doença conhecida (94,1% dos de ascendência brasileira e 88,2% dos de ascendência não brasileira); 3,0% respondeu que é misteriosa (5,9% dos de ascendência brasileira e 0,0% dos de ascendência não brasileira) e 5,9% respondeu que é desconhecida (0,0% dos de ascendência brasileira e 11,8% dos de ascendência não brasileira).

5.1.7 — Quanto ao funcionamento sócio-econômico

Quanto ao relacionamento familiar, os resultados foram os seguintes:

Tabela 15 — Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto ao funcionamento sócio-econômico (se perturba o relacionamento familiar).

Perturba o relacionamento familiar	amostra A		amostra B		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
a. freqüentemente	10	58,8	12	70,6	22	64,7
b. às vezes	7	41,2	3	17,6	10	29,5
c. ocasionalmente	-	-	1	5,9	1	2,9
d. quase nunca	-	-	-	-	-	-
e. nunca	-	-	1	5,9	1	2,9
T O T A L	17	100,0	17	100,0	34	100,0

$$(x^2 = 0,1287 : p > 0,05)$$

64,7% respondeu que freqüentemente perturba o relacionamento familiar (58,8% dos entrevistados de ascendência brasileira e 70,6% dos de ascendência não brasileira); 29,5% respondeu às vezes (41,2% dos de ascendência brasileira e 17,6% dos de ascendência não brasileira); 2,9% respondeu ocasionalmente (0,0% dos de ascendência brasileira e 5,9% dos de ascendência não brasileira); ninguém respondeu quase nunca e 5,9% respondeu nunca (0,0% dos de ascendência brasileira e 5,9% dos de ascendência não brasileira).

Quanto ao relacionamento social

Tabela 16 — Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto ao funcionamento sócio-econômico (se perturba o relacionamento social).

Perturba o relacionamento social	amostra A		amostra B		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
a. freqüentemente	10	58,8	9	52,9	19	55,9
b. às vezes	4	23,5	4	23,5	8	23,5
c. ocasionalmente	2	11,8	1	5,9	3	8,8
d. quase nunca	-	-	1	5,9	1	3,0
e. nunca	1	5,9	2	11,8	3	8,8
T O T A L	17	100,0	17	100,0	34	100,0

$$(\chi^2 = 0,1192 : p > 0,05)$$

55,9% respondeu que freqüentemente perturba (58,8% dos entrevistados de ascendência brasileira e 52,9% dos de ascendência não brasileira); 23,5% respondeu às vezes (23,5% dos de ascendência brasileira e dos de não brasileira); 8,8% respondeu ocasionalmente (11,8% dos de ascendência brasileira e 5,9% dos de não brasileira); 3,0% respondeu quase nunca (0,0% dos de ascendência brasileira e 5,9% dos de não brasileira) e 8,8% respondeu que nunca perturba (5,9% dos de ascendência brasileira e 11,8% dos de ascendência não brasileira).

Quanto a medida em que o alcoolismo incapacita para o trabalho as respostas foram as seguintes:

Tabela 17 — Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto ao funcionamento sócio-econômico (se causa incapacidade para o trabalho).

Causa incapacidade para o trabalho	amostra A		amostra B		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
a. freqüentemente	11	64,7	12	70,6	23	67,6
b. às vezes	3	17,6	1	5,9	4	11,8
c. ocasionalmente	1	5,9	1	5,9	2	5,9
d. quase nunca	-	-	2	11,8	2	5,9
e. nunca	2	11,8	1	5,9	3	8,8
T O T A L	17	100,0	17	100,0	34	100,0

$$(x^2 = 0,134378 : p > 0,05)$$

67,6% respondeu freqüentemente (64,7% dos de ascendência brasileira e 70,6% dos de não brasileira); 11,8% respondeu às vezes (17,6% dos de ascendência brasileira e 5,9% de não brasileira); 5,9% respondeu ocasionalmente (5,9% de ambas as populações); 5,9% respondeu quase nunca (0,0% dos de ascendência brasileira e 11,8% de não brasileira) e 8,8% respondeu nunca (11,8% dos de ascendência brasileira e 5,9% de não brasileira).

Quanto à freqüência com que alcoolismo causa acidentes de trânsito, as respostas foram:

Tabela 18 — Distribuição de freqüência de crença de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto ao funcionamento sócio-econômico (se causa acidentes de trânsito).

Causa acidentes de trânsito	amostra A		amostra B		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
a. freqüentemente	10	58,8	14	82,3	24	70,6
b. às vezes	6	35,3	1	5,9	7	20,6
c. ocasionalmente	1	5,9	2	11,8	3	8,8
d. quase nunca	-	-	-	-	-	-
e. nunca	-	-	-	-	-	-

$$(x^2 = 1,275 : p > 0,05)$$

70,6% pensa que freqüentemente causa (58,8% dos de ascendência brasileira e 82,3% de não brasileira); 20,6% pensa que às vezes causa (35,3% dos de ascendência brasileira e 5,9% de não brasileira), e 8,8% pensa que ocasionalmente causa (5,9% dos de ascendência brasileira e 11,8% de não brasileira). Ninguém respondeu que o alcoolismo quase nunca ou nunca causa acidentes de trânsito.

Quanto à freqüência com que o alcoolismo causa perda de juízo, as respostas foram as seguintes:

Tabela 19 — Distribuição de freqüência de crenças de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) quanto ao funcionamento psíquico (se causa perda de juízo).

Causa perda do juízo	amostra A		amostra B		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
a. freqüentemente	9	52,9	7	41,1	16	47,0
b. às vezes	6	35,3	7	41,1	13	38,2
c. ocasionalmente	-	-	2	11,8	2	5,9
d. quase nunca	1	5,9	-	-	1	3,0
e. nunca	1	5,9	1	5,9	2	5,9
T O T A L	17	100,0	17	100,0	34	100,0

$$(x^2 = 0,118 : p > 0,05)$$

freqüentemente - 47,0% (52,9% dos de ascendência brasileira e 41,1% de não brasileira); às vezes - 38,2% (35,3% dos de ascendência brasileira e 41,1% de não brasileira); ocasionalmente - 5,9% (0,0% dos de ascendência brasileira e 11,8% de não brasileira); quase nunca - 3,0% (5,9% dos de ascendência brasileira e 0,0% de não brasileira) e nunca - 5,9% (5,9% de ambas as amostras).

5.2 — Discussão

A discussão a seguir é feita comparando-se os resultados das amostras de alcoolistas de ascendência brasileira (amostra A) e não brasileira (amostra B) entre si e aos de outras pesquisas realizadas até o momento.

Os dados não podem ser equiparados aos de outros estudos uma vez que a metodologia utilizada é diferente em cada estudo e também os objetivos são diferentes em cada situação.

Segundo os resultados obtidos quanto à quantidade de pessoas afetadas pelo alcoolismo e à população atingida, as duas amostras pensam que muitas pessoas são acometidas por esta doença e que esta surge na adolescência. Este dado da amostra B¹ não condiz com o relato de MÜLLER (1981) que refere que os jovens, descendentes de alemães raramente fazem uso da bebida alcoólica, o que significa que o alcoolismo deveria acometer pessoas de uma faixa etária acima da adolescência.

LUZ (1974), em seu estudo sobre a prevalência do alcoolismo obteve entre alcoolistas, que o início do uso de bebida alcoólica ocorre ao 18 (dezoito) anos ou mais (53,8%). Este dado, embora seja proveniente de uma vila marginal de Porto Alegre, pode ser comparado aos dados encontrados neste estudo. Neste, os alcoolistas pensam que o início ocorre na adolescência.

Quanto à influência da bondade ou maldade das pessoas em adquirir o alcoolismo, a maioria respondeu que tanto

¹ Este resultado foi de 80% dos alcoolistas de ascendência italiana e 66,6% dos de ascendência alemã.

as pessoas boas quanto as más são susceptíveis à doença. Apenas 5,9% das duas amostras respondeu que só atinge as pessoas más; 5,9% e 0,0% das amostras B e A, respectivamente, respondeu que atinge as pessoas boas. Os aspectos das duas amostras, embora seja uma minoria, de que o alcoolismo só afeta as pessoas más, estaria ligado às suas características mitológicas? O autor não dispõe de dados para argumentar esta colocação.

Quanto à gravidade da doença, perguntou-se aos alcoolistas se a doença causa mal-estar. A maioria pensa que o alcoolismo causa muito mal-estar mas 29,4% da amostra B pensa que causa pouco ou muito pouco mal estar (a maioria é de ascendência alemã), dando uma diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 6,52 : p < 0,01$). O uso dietético habitual da bebida alcoólica seria um fator influente nesta diferença?

A maioria das duas amostras pensa na possibilidade de restabelecimento (com ou sem debilidade temporária), embora pense também na possibilidade de morrer por alcoolismo (82,3% da amostra A e 94,1% da amostra B). Através deste resultado, pode-se dizer que o alcoolismo, entre eles, é um fator determinante da mortalidade. Mas o fato de pensarem na possibilidade de restabelecimento ao se absterem, seria um dos motivos que os mantêm no uso da bebida alcoólica? Ou a esperança de um dia poderem ser bebedores controlados? ARAUJO (1979) está experimentando novos critérios para a recuperação de alcoolistas — passar de alcoolista da fase do "bebedor excessivo" para o de "bebedor controlado". O mesmo ainda não dispõe de resultados para se avaliar este novo critério.

Quanto à progressão da doença, a maioria pensa que o alcoolismo tem evolução lenta. 41,2% da amostra A pensa que o

alcoolismo evolui rapidamente. Este resultado poderia estar ligado aos seguintes fatores: hábito de beber (quantidade e frequência); ambiente familiar; vulnerabilidade aos efeitos da bebida alcoólica.

O grau de importância que os alcoolistas atribuem à sua doença pode ser medido através da frequência com que pensam e falam do alcoolismo e das medidas que tomariam para evitá-lo. A maioria da amostra A e cerca de 50,0% da amostra B fariam grande esforço para evitar o alcoolismo. A amostra A demonstrou mais preocupação em relação à sua doença — pensa frequentemente (64,7%) e fala frequentemente (70,5%) no assunto.

Quanto à amostra B pouco mais de 50,0% não fariam muito esforço para evitar o alcoolismo. 52,9% pensa frequentemente e poucos falam frequentemente 29,4%. Ainda na amostra B, ... 41,2% nunca ou quase nunca falam sobre o alcoolismo, enquanto na amostra A apenas 17,7% (menos da metade da amostra B) se encontram na mesma situação, podendo-se observar uma diferença estatisticamente significativa ($x^2 = 4,035 : p < 0,05$). Isso nos leva a pensar que o uso dietético habitual de bebidas alcoólicas leva os alcoolistas de amostra B a não ter o alcoolismo como doença. Aliás é restrito o número de pessoas que consideram o alcoolismo como doença (CAMPBELL et alii, 1979), independente do fator cultural.

O resultado quanto à aceitação foi idêntica nas duas amostras: 94,1% pensa ser uma doença suja e 76,5% pensa ser uma doença vergonhosa. Isto nos leva a pensar numa das barreiras que dificultam a busca de tratamento: a vergonha de ser alcoolista. Esta vergonha, citada pelos alcoolistas, é também algo imposto pelo ambiente sócio-cultural (BUNSE, 1978). É co-

um se observar nas admissões de alcoolistas em hospitais psiquiátricos a expressão "Você de novo por aqui?" entre as equipes que trabalham com eles.

O alcoolismo é tido como uma doença conhecida pela maioria das duas amostras (mas não aceita intimamente, por isso se envergonham) e cerca de 50,0% das duas amostras pensam que é difícil se evitar a doença, e o restante pensa que o alcoolismo pode ser evitado facilmente ou com pouco esforço. Esta parte das duas amostras poderia estar representando os alcoolistas que abandonaram o tratamento, pois existe uma crença que eles podem se recuperar sozinhos.

O alcoolismo como fator causador de desajuste familiar é opinião da maioria das duas amostras. Provavelmente, este dado é proveniente de suas próprias experiências, onde 41,1% e 52,9% respectivamente das amostras A e B são separados conjugalmente. Estes dados confirmam o relatório da OMS (1982) em que cita que as separações matrimoniais são mais frequentes nas famílias que têm alcoolistas.

As duas amostras demonstraram pensar que o alcoolismo traz problemas no relacionamento social. Este dado vem de encontro ao citado pela OMS (1982) que diz que o alcool traz problemas para a comunidade em geral, através da perturbação da ordem pública.

Quanto ao alcoolismo como causador de incapacidade para o trabalho, a maioria das duas amostras respondeu afirmativamente. Esta incapacidade para o trabalho pode ser traduzido como absenteísmo e baixa produtividade, acidentes de trabalho e até desemprego (OMS, 1982).

Em relação aos acidentes de trânsito, 100,0% das duas amostras respondeu entre ocasionalmente e frequentemente, que o alcoolismo é responsável por eles. NORMAN (1963) em seu estudo sobre o uso excessivo de bebida alcoólica e acidentes de trânsito conclui que há uma estreita relação entre ambos. Segundo o relatório da OMS (1982) , há dados que indicam que as pessoas que bebem regularmente são mais susceptíveis aos acidentes de trânsito do que as que não bebem.

O último aspecto pesquisado foi se o alcoolismo causa perda do juízo. A maioria das duas amostras respondeu afirmativamente. Este dado é condizente com o relatório da OMS (1982). A perda do juízo é consequência do uso excessivo e prolongado de bebidas alcoólicas. Traz como consequências dissolução da família, perda de amigos, da saúde, da auto-estima, do emprego, de meios de sobrevivência, da liberdade e até da vida.

6. CONCLUSÃO

Os dados obtidos permitem concluir que a população deste estudo crê que:

- muitas pessoas são afetadas pelo alcoolismo;
- o alcoolismo tem seu início na adolescência;
- não há influência da bondade ou maldade das pessoas na susceptibilidade ao alcoolismo;
- é possível o restabelecimento do alcoolismo com ou sem debilidade temporária;
- há possibilidade (de média a grande) de se morrer por alcoolismo;
- o alcoolismo progride lentamente;
- o alcoolismo é uma doença suja;
- o alcoolismo é uma doença vergonhosa;
- o alcoolismo é uma doença conhecida;
- é difícil de se evitar o alcoolismo;
- o alcoolismo freqüentemente é causa de desajuste familiar;
- o alcoolismo freqüentemente é causa de desajuste no relacionamento social;
- o alcoolismo freqüentemente causa incapacidade para o trabalho;
- o alcoolismo freqüentemente causa acidentes de trânsito;
- o alcoolismo causa perda de juízo (às vezes a freqüentemente).

Houve diferença estatisticamente significativa entre os seguintes aspectos:

- os alcoolistas de ascendência brasileira crêem que o alcoolismo causa muito mal-estar (100%); demonstram grande preo-

cupação pela sua doença (pensam e falam freqüentemente) e fariam grande esforço para evitar a sua doença.

- 70% dos alcoolistas de ascendência não brasileira crêem que o alcoolismo causa muito mal-estar e 29,4% pensa que causa pouco ou muito pouco mal-estar; 52,9% pensa freqüentemente na doença mas a maioria pouco fala nela. A maioria pouco se esforçaria para evitar o alcoolismo.

6.1 - Recomendações

Os dados obtidos, embora o estudo seja limitado, podem contribuir na elaboração de programas preventivos, educativos (divulgação do conceito de alcoolismo-doença) e terapêuticos.

Na área de enfermagem, estes dados nos mostram a necessidade de um trabalho mais intenso entre a população de ascendência não brasileira cuja maioria pouco se esforçaria para evitar o alcoolismo. Este trabalho se refere aos níveis de prevenção primária, principalmente, e secundária.

No momento, cabem outras recomendações tais como:

- a necessidade de que seja feito um estudo da validade e confiabilidade do instrumento, por tratar-se de adaptação nas escalas de JENKINS (1967) para estudo de alcoolismo;
- após a avaliação do instrumento, seja reaplicado o estudo com alcoolistas em tratamento ambulatorial;
- a necessidade de se realizar estudos explicativos, no sentido de apreender a influência de variáveis adotadas no instrumento de crenças e o tratamento preventivo do alcoolismo;
- a necessidade de se realizar estudos exploratórios sobre aspectos socio-culturais do alcoolismo (OMS, 1979).

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. The problem. Manual on alcoholism. 1968. cap.1 p. 03-09
- AMIGOT, J.S. & JOVELLAR, A.F. - Educación para la Salud. Buenos Aires, Guadalupe, 1972. 189-195
- ARAUJO, V.A. A psicoterapia de grupo para alcoolistas. Arquivos da Clínica Pinel, 5 (3): 192-199, 1979.
- ARELLANO, H.M.C. - México; estado actual de la investigación epidemiológica em América Latina. IN: MARIÁTEGUI, J. & CASTRO, S. A. - Estudios sobre epidemiologia psiquiátrica en América Latina. Buenos Aires, ACTA, 1970. cap.3.5. p.126-139
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, Rio de Janeiro. Referências Bibliográficas: NB.66. IN: Normas ABNT sobre documentação. Rio de Janeiro, 1978. U.JI p.13-27.
- AZEVEDO, O.V. - Centro de tratamento do alcoolista. IV CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA. Fortaleza, Setembro, 1976.
- AZUBEL NETO, D. - Estado actual de la epidemiología del Alcoholismo em algunos países de América Latina; Brasil. IN: HORWITZ, J. et alii. - Bases para una epidemiología del alcoholismo en América Latina. Buenos Aires, ACTA, 1967. cap. 3.2. p.72-76.
- BERTELOTE, J.M. - Epidemiologia do alcoolismo - alternativas metodológicas para seu estudo. Arquivo da Clínica Pinel, 5(3): 176-185, 1979.
- BUNSE, H.A.W. - O vinhateiro. Estudo etnográfico-lingüístico sobre o colono italiano no Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Instituto Estadual do Livro, 1978, p.21-56.

- CAMPBELL, E.J.M., SCADDING, J.G. & ROBERTS, R.S. - The concept of disease. British Medical Journal, 2(6193):757-762, 1979.
- CASTRO, G.A. - Salud Mental, investigación y contexto sócio-cultural. IN: MARIÁTEGUI, J. & CASTRO, G.A. - Epidemiología psiquiátrica en América Latina. Buenos Aires, ACTA, 1970. cap. 5 p.181-189.
- CHAFETZ, M.E. & DEMONE, H.W. - Alcoholism and Society. New York, Oxford University Press, 1962.
- DICKINSON, C. - The alcoholic: an unperson? FORUM, 14(2): 194-203, 1975.
- FERREIRA, A.B.H. - Novo dicionário da língua portuguesa. 1.ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975. p.399-400
- FREDDY, C. - Alcoholism - The friendly foe. Nursing Mirror. 144(10):71-72, 1977.
- FREITAS, J. - Diretrizes Programáticas de Saúde Mental. IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Brasília, 1977. 21 p.
- GAYFORD, J.J. - Alcoholism. Nursing Care Supplement Series 3. Nursing Mirror, 145(21):1-4, 1977.
- GLATT, M.M. - The birth of the disease concept. Nursing Times. 71(21):822-823, 1975.
- HORWITZ, J. - Epidemiología y prevención del alcoholismo; consideraciones preliminares. Archivos de Biología y Medicina Experimentales. Suplemento nº 3:244-251, 1969. Simpósio Internacional sobre alcohol y alcoholismo.
- HUTCHINSON, B. Mobilidade e trabalho. São Paulo, Cebrape, INEP, MEC, 1960. 451 p.
- JELLINECK, E.M. - The disease concept of alcoholism. New Haven, College and University Press, 1960. cap.4 parte IV,6 p.182-189.

- JENKINS, C.D. - Group Differences in Perception: A Study of Community Beliefs and Feelings About Tuberculosis. American Journal of Sociology, 7:417-429, January, 1966.
- JENKINS, C.D. - La diferencial semântica para la salud, técnica para medir las creencias sobre las enfermedades. Revista Internacional de Educação Sanitária. 10(3-4):134-144, 1967.
- LARSON, P.A. - Nurse perceptions of patient characteristics. Nursing Research. 26(6):416-421, Nov.Dec., 1977.
- LUZ JUNIOR, E. - Estudo da prevalência do alcoolismo numa vila marginal de Porto Alegre. Rev. de Medicina ATM. 9(2):407-432, 1974.
- MACLAY, H. & Ware, E. - Cross cultural use of the semantic differential. Behavioural Sciences. 6:185-190, July, 1961.
- MARCONI, J. Alcoholismo. IN: ROJAS, R.A. - Epidemiologia. Buenos Aires, Inter-Médica, 1976, Tomo II, cap.10, p.480-492.
- MARCONI, J. Delimitación del alcoholismo y los problemas del alcohol para estudios epidemiológicos en América Latina. IN: HORWITZ, J. et alii. - Bases para una epidemiología del alcoholismo en América Latina. Buenos Aires, ACTA, 1967. cap.2, p.17-23.
- MARCONI, J. & MUÑOZ, L. - Chile; visión general de la investigación en salud mental en Chile. IN: MARIÁTEGUI, J. & CASTRO, G.A. - Estudios sobre epidemiología psiquiátrica en América Latina. Buenos Aires, ACTA, 1970. cap.3.4 p.115-125.
- MARIÁTEGUI, J. - Estado actual de la epidemiología del alcoholismo y problemas del alcohol en algunos países de América Latina; Peru. IN: HORWITZ, J. et alii. - Bases para una epidemiología del alcoholismo en América Latina. Buenos Aires, ACTA, 1967. cap. 3.9 p.119-126.

- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL DA SECRETARIA DE SERVIÇOS MÉDICOS. - Assistência Psiquiátrica na Previdência Social. Brasília, 1974, 133p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. - Política Nacional de Saúde. Brasília, em publicação, 1973. p.122-125.
- MINZONI, J.A. - Assistência de Enfermagem ao doente mental internado, análise de uma experiência de treinamento de atendentes em hospital psiquiátrico. Tese de Livre Docência. Ribeirão Preto, 1975.
- MÜLLER, T.L. - Colônia alemã - histórias e memórias. 2 ed. Porto Alegre, Escola Superior de Teologia São Lourenço de Brindes, 1981. p.53-135.
- MURRAY, E.W. - Rehabilitation of the mentally ill. Nursing Mirror. 145 (22):39-40, 1977.
- NEGRETTE, J.C. - Influências culturais no desempenho de alcoolistas crônicos. Arquivos da Clínica Pinel. 6(4):211-221, 1980.
- NORMAN, L.G. - Los accidentes del trafico. Epidemiología y prevención. Cuadernos de Salud Publica nº 12, Genebra, Organización Mundial de la Salud. cap. 4. p.67-73. 1963.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. - Segundo informe del Subcomité de Alcoholismo del Comité de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. 1952.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. - Servicios de prevención y tratamiento de la dependencia causada por el alcohol y otras drogas. 14º informe del comité de Expertos de la OMS en Salud Mental. World Health Organization: Technical Report Series nº 363:344, 1967.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. - Problemas relacionados con el alcohol: Intensificación del programa de la OMS. Crónica de la OMS. 33(10):413-418, 1979.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. - Aumentam os problemas relacionados ao álcool. A saúde do Mundo. p.30. Abril, 1979.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. - Los problemas relacionados con el alcohol: una amenaza creciente para la salud. Crónica de la OMS, 36 (6): 243-247, 1982.
- O'NEIL, T. & ORR, J. - Alcoholism - Yesterday, today and tomorrow. Nursing Times. 71 (18):683-686, 1975.
- ORCUTT, J.D., CAIRL, R.E. & MILLER, E.T. - Professional and public conceptions of alcoholism. Journal of Studies on alcohol, 41(7):652-661, 1981.
- OSGOOD, C.E., SUCI, G. & TANNENBAUM, P. - The Measurement of the Meaning. Urbana, University of Illinois, 1957. p.2-10, 318-325.
- PERESTRELLO, D. - A medicina da pessoa. 2. ed. Rio de Janeiro, Imago, 1970. 179 p.
- ROCHE, J. - A colonização alemã e o Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Globo, 1969. Vol II. p.633-702.
- ROSENSTOCK, I.M., HOCBAUM, G.M. & KEGELER, S.S. - Determinants of health behaviour. Presented at the Golden Anniversary White House Conference on Children and Youth, 1961.
- SEIXAS, A.C., BLUME, S., CLOUD, L., LIEBER, C. & SIMPSON, K. - Definition of alcoholism. Annals of Internal Medicine. 65 (6):764, 1976.
- SIEGEL, S. - Estatística não paramétrica. São Paulo. McGraw-Hill do Brasil, 1975. p.117-124.

- TARNOPOLSKY, A., DEL OLMO, G. & VALDEMARÍN, D. - Prevalência de enfermedades en el partido de Lanús; informe preliminar. IN: MARIÁTEGUI, J. & CASTRO, G.A. - Estudios sobre epidemiología psiquiátrica em América Latina. Buenos Aires, ACTA, 1970. p. 54-63.
- YUDICELLO, A. & BELAUS, I. - Una encuesta epidemiológica sobre alcoholismo en la ciudad de Córdoba. IN: CONGRESO ARGENTINO DE PSIQUIATRIA, 5º. Córdoba, 1972. 11p.
- WILKINSON, P. et alii. - Epidemiology of alcoholism. Medical drinking patens of a sample of Australian alcoholics. Medical Journal of Australia. 1(20):1020-1025, May, 1969.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Technical Report Series nº 42, 1951. Expert Committes of Mental Health. Alcoholism Subcommittes, Ceneve.

8 - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ANDER-EGG, E. - Introducción a las técnicas de investigación social. Buenos Aires, Humanitas, . 2 ed. cap.15, p.191-196.
- BONARIUS, J.C.J. - Research in the Personal Construct Theory of George A. Kelly, Role Construct Repertory Test and Basic Theory. IN: MAHER, B.A. - Progress in Experimental Personality Research. New York, Academic Press, 1965.p.1-46.
- BURNETT, P., BETAK, J., CHANE, D., ENDERS, W.T. & MONTEMAYOR, J. - Transportation-Related Constructs of Activity Spaces of Small Town Residents. The University of Texas at Austin, Research Report Nº 18. December, 1974.
- CAINE, T.M. & SMAIL, D.J. - A Study of the Reliability and Validity of the Repertory Grid Technique as a Measure of Hysteroid/Obsessoid Component of Personality. British Journal of Psychiatry. 115:1305-1308, 1969.
- ENDERS, W.T. - A identificação de Barreiras à Acessibilidade e Utilização dos Recursos Hospitalares e Recomendações para Melhoramentos não Capital-Intensivos. Programa de Pós-Graduação em Administração, Faculdade de Ciências Econômicas - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1976.
- EPTING, F.R., SUCHMAN, D.I. & NICKESON, C.J. - An Evolution Elicitation Procedures for Personal Constructs. British Journal of Psychology. 62(4):513-517. 1971.
- HARRISON, J. & SARRE, P. - Personal Construct Theory in the Measurement of Environmental Images - Problems and Methods. Environment and Behaviour, 3(4):361-374. December, 1971.

- JENKINS, G.D. - Identification of Public Beliefs about Health Problems as a Basis for Predicting Use of Health Services. Final Project Report to the Division of Community Health Services, USPHS; University of North Carolina School of Public Health, Department of Epidemiology, Chapel Hill, 1964, p.182-185..
- KELLY, G.A. - A Theory of Personality. New York, Norton & Company, 1963. 190 p.
- KIM, J.O. - Factor Analysis. IN: NIE, N.H. et alii. - Statistical Package for the Tocial Sciences Second Edition. USA, MacGraw-Hill Book Company, 1975. Cap. 24. p.468-486.
- LANE, S.T.M. - Semantic Differencial Scales for Portuguese Speakers in Brazil. International Journal of Psychology. 8 (2):117-152, 1973.
- SIEGEL, S. - Non-Parametric Statistical for the Behavioural Sciences. New York. McGraw-Hill, 1954. p.127-136.
- SLATER, P.M.A. - Composite Diagrams and Systems of Angular Relationships Applying to Grids. London, Clare House, Academic Department of Psychiatry. 28 p. Mimeografado.
- TRIANOIS, H.G. - Differential Perception of Certain Jobs and People Managers, Clerks and Workers in Industry. Journal of Applied Psychology. 43(4):221-225.
- TUTTE, C.J. & BETAC, J.F. - The Use of the Repertory Grid Test to Elicit Aspects of Neighborhood Cognitive Structure. Department of Geography, McMaster University, Hamilton, Ontario. Mimeografado.
- WIENER, D.N. & EHRLICH, D. - Goals and Values. American Journal of Psychology, 73(4):615-617. December, 1960.

Anexo 1. Modelo de formulário usado para medir as crenças sobre o alcoolismo.

Nº _____

1. Na sua opinião:

- a. muitas pessoas têm esta doença
- b. algumas pessoas têm esta doença
- c. poucas pessoas têm esta doença
- d. quasi, ninguém tem esta doença

2. Esta doença aparece em:

- a. bebês
- b. crianças
- c. adolescentes
- d. adultos jovens
- e. idade média
- f. pessoas idosas

3. Esta doença causa:

- a. muito mal-estar
- b. algum mal-estar
- c. pouco mal-estar
- d. muito pouco mal-estar

4. Quanto ao restabelecimento:

- a. a pessoa se restabelece completamente
- b. a pessoa fica com uma debilidade temporária
- c. a pessoa fica com uma debilidade permanente

5. Esta doença:
 - a. geralmente causa a morte
 - b. freqüentemente causa a morte
 - c. às vezes causa a morte
 - d. raramente causa a morte
 - e. nunca causa a morte

6. Vocês considera esta doença:
 - a. limpa
 - b. suja

7. Em sua opinião
 - a. nada pode evitar a doença
 - b. é difícil de se evitar a doença
 - c. pode-se evitar a doença com pouco esforço
 - d. pode-se evitar a doença facilmente

8. Esta doença progride:
 - a. rapidamente
 - b. lentamente.

9. Esta é uma doença:
 - a. conhecida
 - b. misteriosa
 - c. desconhecida.

10. Você pensa nesta doença:
 - a. freqüentemente
 - b. às vezes
 - c. ocasionalmente
 - d. quase nunca
 - e. nunca.

11. Esta doença atinge as pessoas:
- a. boas
 - b. boas e más
 - c. más.
12. Para evitar esta doença você daria:
- a. o pagamento de um dia de trabalho
 - b. o pagamento de uma semana de trabalho
 - c. o pagamento de um mês de trabalho
 - d. o pagamento de um ano de trabalho.
13. Você fala nesta doença:
- a. freqüentemente
 - b. às vezes
 - c. ocasionalmente
 - d. quase nunca
 - e. nunca
14. Esta é uma doença:
- a. boa
 - b. aceitável
 - c. vergonhosa
 - d. ruim
15. Esta doença perturba o relacionamento familiar
- a. freqüentemente
 - b. às vezes
 - c. ocasionalmente
 - d. quase nunca
 - e. nunca.

16. Esta doença perturba o relacionamento social:
- a. freqüentemente
 - b. às vezes
 - c. ocasionalmente
 - d. quase nunca
 - e. nunca.
17. Esta doença causa incapacidade para o trabalho:
- a. freqüentemente
 - b. às vezes
 - c. ocasionalmente
 - d. quase nunca
 - e. nunca.
18. Esta doença causa acidentes de trânsito:
- a. freqüentemente
 - b. às vezes
 - c. ocasionalmente
 - d. quase nunca
 - e. nunca.
19. Esta doença causa perda do juízo:
- a. freqüentemente
 - b. às vezes
 - c. ocasionalmente
 - d. quase nunca
 - e. nunca.