

# Artigos originais

## Atitudes frente ao álcool e o potencial bebedor-problema: correlatos demográficos e psicossociais

Valdiney V. Gouveia  
Lúcio Domingos da Silva  
Katia Corrêa Vione  
Ana Karla Silva Soares  
Rebecca Alves Aguiar Athayde

**Resumo** O presente estudo objetivou conhecer correlatos demográficos e psicossociais das atitudes frente ao álcool e das que levam a ser um potencial bebedor-problema. Participaram 342 policiais militares de João Pessoa (PB), com idade média de 35,9, a maioria homem (94%), casada (75%) e católica (45,6%). Estes responderam os seguintes instrumentos: CAGE, QABP, QSG-12, POSIT e ao perfil demográfico. Os resultados indicaram o índice de 15,8% de potenciais bebedores-problema. Além disso, comprovou-se que as atitudes frente ao álcool e o consumo abusivo desta droga se correlacionaram positivamente com idade, agressão e depressão dos participantes. Propôs-se um modelo explicativo da disposição frente ao álcool, que apresentou indicadores de ajuste satisfatórios. Conclui-se que as variáveis demográficas e psicossociais podem ajudar a explicar as atitudes frente ao álcool e estas, por sua vez, o consumo abusivo desta bebida. Estes resultados são consistentes com a literatura. Contudo, recomenda-se replicá-lo, sendo também sugeridos estudos futuros que considerem outras variáveis, como o envolvimento parental e a prática de esportes.

**Palavras-chave:** Álcool. Alcoolismo. Violência. Ansiedade. Idade.



**Valdiney V. Gouveia**  
Psicólogo, doutor em Psicologia Social, professor da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Brasil

**À direita**  
**Lúcio Domingos da Silva**  
Major da Polícia Militar da Paraíba, João Pessoa, Brasil

Alguns estudiosos indicam que a bebida alcoólica teve origem no período Neolítico da pré-história, mais precisamente devido ao aparecimento da agricultura e à descoberta da cerâmica<sup>1</sup>. Especificamente, segundo Viala-Artigue e Mechetti<sup>1</sup>, o manejo incorreto de grãos em vasos de cerâmica expostos à chuva teria originado as primeiras bebidas fermentadas. Na Idade Média as bebidas alcoólicas já eram consumidas em todas as regiões da Europa. Todavia, devido à grande quantidade de doenças e germes presentes na água, estimularam-se medidas higiênicas para o seu uso<sup>2</sup>.

Com a Revolução Industrial pôde ser observado um grande aumento na oferta e, conseqüentemente, na popularidade das bebidas alcoólicas, principalmente por que estas, antes produzidas artesanalmente, passaram a ser feitas por técnicas e em escala industrial<sup>3</sup>. Até o final do século XVII

**Rebecca Alves Aguiar Athayde**

Acadêmica de Psicologia, bolsista de Iniciação Científica do CNPq na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Brasil

**À esquerda****Katia Corrêa Vione**

Acadêmica de Psicologia, bolsista de extensão da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Brasil

**Ana Karla Silva Soares**

Acadêmica de Psicologia, bolsista de Apoio Técnico à Pesquisa do CNPq na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Brasil

o consumo de álcool já se havia generalizado, conotado como uma atividade eminentemente social e sendo a bebida considerada “néctar divino”<sup>4</sup>.

De fato, como descreve a literatura, desde os primórdios da civilização o álcool esteve presente na sociedade como um elemento importante em rituais religiosos, comemorações e confraternizações<sup>5</sup>. Apresenta no entanto significados distintos de acordo com o contexto, ora sendo percebido como produto repleto de significados culturais, como símbolo da fé cristã, ora como a origem de diversos transtornos psíquicos, fisiológicos e sociais.

A expressão “alcooolismo crônico” foi utilizada pela primeira vez por Magnus Huss por volta de 1849 para designar um quadro clínico de manifestações patológicas, psíquicas, motoras e sensoriais que atingiam cada vez mais consumidores de bebidas alcoólicas em grande escala<sup>6</sup>. Coerente com esta concepção, estudos epidemiológicos na sociedade contemporânea constataam o alcooolismo como um problema crescente<sup>7</sup>.

Apesar de as bebidas alcoólicas serem classificadas como “droga”, sua comercialização é lícita. Deste modo, não constitui surpresa que cerca de 10% da população brasileira seja dependente de álcool, enquanto um número bem maior de pessoas enfrenta problemas relacionados com o consumo excessivo de bebidas alcoólicas<sup>6,8</sup>. A dependência desta substância é responsável por cerca de 90% das internações em hospitais e clínicas psiquiátricas no Brasil<sup>7</sup>.

Segundo Chaieb<sup>9</sup>, o alcooolismo é uma doença individual, comprovadamente influenciada por fatores genéticos, ou seja, herda-se uma predisposição genética para o desenvolvimento do alcooolismo. Na literatura encontram-se estudos epidemiológicos a partir de diferentes amostras, como estudantes de ensino médio, superior ou mesmo entre a população geral<sup>7,10</sup>. Por exemplo, um estudo realizado em 107

idades do Brasil constatou que os participantes do sexo masculino com idades entre 18 e 24 anos apresentaram maior índice de prevalência como dependentes de álcool <sup>7</sup>.

O álcool é a droga mais utilizada entre os adolescentes. O início do consumo é precoce, uma vez que dentre a faixa etária de 10 aos 12 anos quase metade dos estudantes já fizeram o uso dessa substância. Apesar de as taxas de uso crescerem com a idade, os indivíduos caracterizados como “bebedor-problema” iniciaram cedo, ainda bem jovens, o consumo de bebidas alcoólicas, bebendo em grande quantidade <sup>11</sup>.

Em estudo realizado nos Estados Unidos, os pesquisadores identificaram que o número de vezes que um indivíduo intoxicou-se antes dos 16 anos é o melhor indicador de um futuro dependente alcoólico <sup>12</sup>. Já em estudo realizado na Nova Zelândia, constatou-se que o maior consumo de álcool aos 14 anos foi a principal variável na predição de o indivíduo se tornar no futuro um “bebedor-problema” <sup>13</sup>.

Talvez um dos maiores problemas político-legais que facilite a condição de bebedor-problema seja a inexistência de controle eficaz quanto ao consumo de bebidas alcoólicas <sup>14</sup>. Neste sentido, Carlini e colaboradores <sup>14</sup> demonstraram em seu estudo que de cada seis pessoas que consumiram bebidas alcoólicas uma se tornou dependente. Portanto, a acessibilidade é um dos fatores de risco evidente para esta condição. Preocupante a respeito é o fato de estudos realizados entre

jovens do ensino médio e estudantes universitários nas diversas regiões do país revelarem, consistentemente, que o álcool é a droga mais utilizada, sendo seguida pelo tabaco <sup>10,11</sup>.

Estudo transversal realizado em escolas públicas e particulares de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, constatou que o uso de drogas ilícitas é maior na classe socioeconômica alta, enquanto que o de álcool é maior no proletariado. Tal estudo ainda relacionou o aumento do consumo de drogas com o aumento da idade (exceto para os medicamentos), apontando, também, o sexo masculino como o maior consumidor <sup>15</sup>. Além disso, foram conduzidos levantamentos acerca da influência do álcool na conduta das pessoas. Observou-se, por exemplo, que o número de crimes envolvendo autores e vítimas sob o efeito do álcool ultrapassou 50% das ocorrências criminais <sup>7</sup>. Desta forma, o consumo do álcool é atualmente considerado importante problema de saúde pública, visto que mata ou incapacita pessoas, desestrutura famílias, acarreta diversos custos para a sociedade, requerendo ainda a atenção de profissionais da saúde, tais como médicos e psicólogos <sup>4</sup>.

Levando-se em consideração que são diversas as explicações para o problema do álcool, torna-se necessária a identificação de fatores que podem influenciar seu consumo. Diante disto, o presente estudo teve como objetivo principal identificar fatores demográficos e psicossociais relacionados à aceitação do consumo de álcool, procurando ainda conhe-

cer em que medida este construto explica a condição de ser um potencial bebedor-problema. No final, pretende-se apresentar um modelo explicativo preliminar, que poderá ser objeto de estudos futuros. Demanda-se neste contexto, antes de descrever o estudo propriamente dito, levantar algumas das variáveis que podem ser correlacionadas com o comportamento de consumir álcool.

### **Variáveis associadas com o consumo do álcool**

O uso e a dependência de drogas são fenômenos bastante complexos que não podem ser reduzidos a uma faceta da dimensão biológica, psicológica ou social<sup>12</sup>. Há uma ampla gama de fatores intervenientes e os estudos epidemiológicos mostram o direcionamento para a compreensão de tal realidade<sup>11</sup>. Além de fatores sócio-demográficos que têm sido relacionados com o consumo de álcool<sup>16,17</sup>, tais como sexo (masculino), idade (mais velhos) e classe socioeconômica (baixa), os estudos têm mostrado associação do uso de drogas, lícitas ou ilícitas, com fatores como envolvimento parental em consumo de álcool (-), menos conflitos (-) e tentativas de separação na família (+), baixa percepção de apoio paterno e materno (+) e menor frequência na prática de esportes (+)<sup>11,18</sup>.

Soldera, Dalgalarrondo, Correa Filho e Silva<sup>19</sup> consideraram uma amostra com jovens de escolas públicas e privadas da cidade de Campinas, também no Estado de São Paulo, procurando conhecer variáveis correlatas ao abuso de álcool e outras drogas. Na oportunidade

aqueles autores destacaram que a dimensão religiosa promoveu menor uso da substância. Esta correlação negativa entre religiosidade e atitudes frente ao uso de álcool foi encontrada em diversos estudos<sup>11,20,21</sup>, levando a concluir que os que se expressam como ativamente religiosos (participação em grupos de jovens, confiança em conselheiros religiosos, crença em Deus, habilidade para rezar) apresentam menor propensão ao uso de drogas em geral, entre elas o álcool<sup>22</sup>. Estudos internacionais apontam a religiosidade como importante moderador, ou seja, como um fator de proteção contra o consumo de álcool e drogas entre estudantes adolescentes<sup>23</sup>. Uma das explicações para isto é que o envolvimento religioso poderia contribuir para reforçar a esperança e possibilitar um sentimento de segurança em relação ao futuro, além de fazer com que a pessoa assuma um perfil mais conservador, inclinando-se ao não-envolvimento em comportamentos de risco, tal como o uso de drogas lícitas ou ilícitas<sup>11</sup>.

No caso de variáveis referentes ao bem-estar psicológico, como a ansiedade e a depressão, estas, na maioria das vezes, são identificadas a partir de observações do comportamento e queixas do paciente. A depressão é um dos transtornos que acompanha com maior frequência o alcoolismo e é de suma importância diagnosticá-la rapidamente, pois quando ocorre concomitantemente ao abuso de bebidas alcoólicas, resulta em um quadro grave, que aumenta o risco de suicídio. Tal fato é observado tanto em adolescentes quanto em adultos; alcoolistas não-depressivos podem se matar, mas o risco é bem maior

quando o abuso de bebidas alcoólicas está associado com a depressão <sup>24</sup>.

Percebendo a necessidade de avaliação mais objetiva acerca do desconforto psíquico, Goldberg <sup>25</sup> desenvolveu um instrumento auto-aplicável denominado Questionário de Saúde Geral (QSG). Com versões de 60, 30, 20 e 12 itens, o questionário tem o propósito de detectar doenças psiquiátricas não-severas e, a versão mais reduzida, medir o bem-estar psicológico, principalmente, ansiedade e depressão <sup>26</sup>. Útil para detectar possíveis depressivos tal instrumento pode ser usado em conjunto com outros que mensuram a disposição frente ao álcool <sup>26</sup>, tal como o CAGE, utilizado para detectar indivíduos que são bebedores-problema. Como explicado, a associação entre tais variáveis indica o agravamento do quadro clínico do indivíduo, que pode levar ao suicídio <sup>24,26</sup>.

Outra variável relevante para o estudo do alcoolismo é a agressão. Na literatura há consenso de que o comportamento agressivo e o uso de álcool estão relacionados, contudo, a direção desta relação nem sempre é clara <sup>27</sup>. Tremblay e Ewart <sup>28</sup> observaram que indivíduos com pontuações altas em traços agressivos reportavam que o álcool aumentava o comportamento de agressão. Estudo longitudinal realizado por Raskin White, Brick e Hansell <sup>29</sup>, verificou que o comportamento agressivo prévio leva ao aumento no consumo de álcool, mas que o uso do álcool não leva necessariamente a um comportamento agressivo posterior. Este modelo baseia-se na suposição de que indivíduos

agressivos estão mais propensos que os não-agressivos a selecionarem situações em que sejam encorajados a consumir grande quantidade de bebida alcoólica <sup>27</sup>.

Que algumas variáveis parecem se relacionar com o consumo de álcool é evidente. Mas, talvez o mais importante preditor do consumo desta substância sejam as atitudes que as pessoas apresentam a seu respeito. Neste sentido, pensar acerca de pesquisas para explicar o consumo de álcool deveria implicar em contar com instrumentos adequados para avaliar atitudes e, finalmente, o comportamento em si ou algum indicador do uso potencial desta droga. Coelho Júnior, Gonttiès e Gouveia <sup>17</sup> adaptaram para a realidade brasileira o teste *The Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers* (POSIT), questionário que serve como indicador de atitudes que as pessoas têm diante do uso de drogas em geral, mas também do álcool em particular (existem itens específicos para tanto). Por outro lado, Capriglione e colaboradores <sup>30</sup> comprovaram que é possível identificar na população não-clínica potenciais bebedores-problema por meio de um questionário denominado CAGE, acrônimo referente às suas quatro perguntas. Tal instrumento tem a vantagem de ser curto e auto-aplicável, apresentando resultados satisfatórios <sup>31</sup>. Empregando-o em uma amostra de 470 pessoas da população geral de João Pessoa, Gouveia, Vasconcelos e Jesus <sup>16</sup> verificaram um índice de 17% de potenciais bebedores problema.

Em resumo, identificam-se algumas variáveis demográficas e psicossociais que podem ser relacionadas com as atitudes frente ao

álcool e à condição de ser um potencial bebedor-problema. Existindo instrumentos para avaliar estes dois aspectos, a presente pesquisa pretende conhecer se as pontuações dos participantes são afetadas pelas variáveis sexo, idade, religiosidade e ainda por desconforto psicológico, caracterizado por ansiedade e depressão, bem como pela propensão à agressão. Complementarmente, procura-se identificar o índice de bebedor-problema na amostra considerada, possibilitando compará-lo com o da população geral. É importante salientar que o grupo pesquisado, policiais militares, é ainda pouco estudado no contexto brasileiro, podendo este trabalho resultar em contribuição significativa.

## Método

A pesquisa contou com a participação de 342 policiais militares da cidade de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba. Estes tinham idades entre 21 e 57 anos ( $m = 35,9$ ;  $dp = 5,92$ ; amplitude de 21 a 57 anos), sendo majoritariamente sargentos (63%), do sexo masculino (94%), casados (75%) e católicos (45,6%) ou evangélicos (35,2%). Tratou-se de amostra de conveniência, isto é, fizeram parte do estudo policiais que tendo sido convidados concordaram em participar da pesquisa.

Os dados foram coletados em uma escola de formação de oficiais da Polícia Militar na cidade de João Pessoa, que todos os participantes frequentam. O responsável pela coleta foi um oficial da própria polícia militar, devidamente instruído e qualificado para a ativi-

dade. Embora o instrumento tenha sido respondido individualmente, os interessados em participar do estudo estavam concentrados em um ambiente comum. Seguindo as recomendações éticas das Diretrizes e Normas para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, antes de iniciar a distribuição do instrumento de coleta de dados foi detalhadamente explicado que a participação na pesquisa seria voluntária, enfatizando-se a importância da mesma para os próprios participantes. Foi assegurado, também, o sigilo e anonimato das respostas, explicando-se que seriam tratadas estatisticamente no conjunto. Cada indivíduo que concordou em participar do estudo recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, após dirimir qualquer dúvida subjacente sobre o processo, assinou-o. A seguir foi entregue o questionário para que fosse devidamente preenchido e devolvido, processo que durou, em média, 40 minutos.

O levantamento de dados foi feito por meio de questionários entregues aos participantes na forma de um livreto, composto por quatro partes principais. Cada uma destas era relativa a um conjunto de questionamentos ou técnicas específicos: CAGE; POSIT; QSG-12; QABP, além de questões demográficas destinadas a delinear o perfil dos pesquisados. Estes instrumentos são apresentados a seguir.

### CAGE

Compõe-se de quatro perguntas (por exemplo, "Você já sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?") para as quais existem duas respostas alterna-

tivas: “sim” e “não”. Trata-se de uma ferramenta útil e válida para a triagem, tendo sido adaptada primeiramente por Capriglione e colaboradores<sup>30</sup> para a população não-clínica. Na literatura utiliza-se frequentemente o critério de duas ou mais respostas afirmativas para indicar a presença da “síndrome de dependência do álcool”, ou seja, indica que o indivíduo é um potencial bebedor-problema. O mesmo critério foi adotado nesta pesquisa.

### POSIT

Este instrumento, adaptado para o contexto brasileiro por Coelho Júnior, Gontiès e Gouveia<sup>17</sup>, permite conhecer atitudes das pessoas frente ao álcool e outros tipos de drogas (por exemplo, maconha), avaliando a potencialidade do futuro consumidor (tendência ao consumo) de bebidas alcoólicas. Os participantes devem responder em uma escala dicotômica (sim ou não) cada um dos seus 17 itens, como, por exemplo, “Costuma perder atividades ou acontecimentos porque gastou dinheiro com bebidas alcoólicas?” e “No mês passado dirigiu um carro estando embriagado?”.

### QSG-12

Compreende uma versão abreviada do Questionário de Saúde Geral de Goldberg<sup>25</sup>, inicialmente adaptado para o Brasil por Pasquali e colaboradores<sup>32</sup>. A presente versão é composta por 12 itens. Cada item é respondido em termos do quanto a pessoa tem experimentado os sintomas descritos, sendo suas respostas dadas em uma escala de quatro pontos. No caso de itens que negam a saúde mental tais como “Suas preocupações lhe

têm feito perder muito sono?” e “Tem se sentido pouco feliz e deprimido?”, as opções de resposta variam de 1 (absolutamente não) a 4 (muito mais que de costume). No caso de itens afirmativos, por exemplo, “Tem se sentido capaz de tomar decisões?” e “Tem podido concentrar-se bem no que faz?”, as respostas também foram escalonadas de 1 a 4, que representam as situações (mais que de costume) e (muito menos que de costume), respectivamente. Quanto maior a pontuação total nesta medida pior nível de saúde mental.

### QABP

Este instrumento é denominado Questionário de Agressão de Buss-Perry<sup>33</sup>, tendo sido desenvolvido por esses pesquisadores no contexto estadunidense. A versão brasileira conta com 26 itens, tendo sido adaptada por Gouveia, Chaves, Peregrino, Branco e Gonçalves<sup>34</sup>. Teoricamente, avalia a agressão em quatro componentes: *agressão física*, por exemplo, “Se alguém me bater, eu o bato de volta”; *agressão verbal*, expressa por afirmações como “Não consigo ficar calado/a quando as pessoas discordam de mim”; *raiva*, caracterizada por assertivas como “Alguns amigos dizem que sou cabeça quente”; e *hostilidade*, definida, por exemplo, em frases como “Quando as pessoas são muito gentis, duvido de suas intenções”. As respostas são dadas em escala tipo Likert, de cinco pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). No presente estudo considerou-se a pontuação geral, a qual é diretamente proporcional à agressividade, ou seja, quanto maior a pontuação mais agressiva se mostra a pessoa.

## Questões demográficas

Além desses instrumentos, foram incluídas questões de natureza demográfica, como idade, sexo, estado civil, posto (cargo) de trabalho e religiosidade. Neste caso, compreendeu um único item, perguntando em que medida a pessoa se considerava religiosa, sendo as respostas dadas em escala de cinco pontos, variando de 0 (nada religioso) a 4 (totalmente religioso). Estas variáveis foram incluídas com o propósito principal de caracterizar os participantes do estudo.

A tabulação e análise dos dados foi feita pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) em sua versão 15. Foram calculadas estatísticas descritivas, tais como médias, desvios-padrão, frequências e porcentagens, além de correlações de Pearson. Complementarmente, utilizou-se o programa AMOS (versão 7) para testar um “modelo causal” preliminar, propondo explicar as atitudes frente ao álcool e a possibilidade de ser um bebedor-problema. Neste caso, adotaram-se os seguintes indicadores de ajuste do modelo:

- O  $\chi^2$  (*qui-quadrado*), que testa a probabilidade de o modelo teórico se ajustar aos dados; quanto maior este valor, pior o ajustamento. Este indicador é sensível ao tamanho da amostra (amostras grandes, isto é,  $n > 200$ ), devendo, portanto, ser interpretado com alguma reserva. Portanto, tem sido mais promissor considerar sua razão em relação aos graus de liberdade ( $\chi^2/g.l.$ ). Neste caso, valores entre 2 e 3, ou menos, indicam um ajustamento

adequado, sendo considerado aceitável um valor de até 5.

- O *Goodness-of-Fit Index* (GFI) e o *Adjusted Goodness-of-Fit Index* (AGFI), que variam de 0 a 1, com valores na casa dos 0,90 ou superiores, indicando um ajustamento satisfatório.
- O *Comparative Fit Index* (CFI), que é um índice comparativo, adicional, de ajuste ao modelo, com valores mais próximos de 1 indicando melhor ajuste; aceitam-se valores de 0,90 ou superiores como expressando um modelo ajustado.
- A *Root-Mean-Square Error of Approximation* (RMSEA), com seu intervalo de confiança de 90% (IC90%). É preciso que o valor correspondente seja igual ou inferior a 0,08, aceitando-se valores de até 0,10.

## Resultados

Primeiramente, buscou-se conhecer o índice de bebedor-problema na amostra estudada, a fim de tornar possível situá-lo em relação à população geral. Neste caso, adotou-se o mesmo critério de Gouveia e colaboradores<sup>16</sup>, isto é, duas ou mais respostas afirmativas ao CAGE. A partir de então, observou-se que 15,8% dos respondentes podem ser considerados como potenciais bebedores-problema. O passo seguinte foi conhecer os correlatos das atitudes frente ao álcool (POSIT) e de ser um potencial bebedor-problema (CAGE). Estas variáveis foram operacionalizadas como contínuas, sendo a maior pontuação indicativa de atitudes favoráveis e maior propensão ao uso de álcool, respectivamente.

**Tabela 1.** Correlações das variáveis demográficas e psicossociais com as medidas de atitudes frente ao álcool e potencial bebedor-problema.

Disposições frente ao álcool			
	Correlatos	POSIT	CAGE
	Demográficos	Sexo	0,08
Idade		0,11*	0,15**
Psicossociais	Religiosidade	-0,05	-0,01
	Ansiedade	0,25**	0,21**
	Depressão	0,29**	0,20**
	Agressão	0,32***	0,38**

Notas: \* $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,001$  (teste bi-caudal).

Nesta tabela, como fica evidente, procurou-se verificar como as variáveis demográficas e psicossociais se correlacionam com as disposições frente ao álcool, avaliada por meio do POSIT (atitudes frente ao álcool) e CAGE (tendência a tornar-se um bebedor problema). Destacase, inicialmente, que estas duas medidas se correlacionaram direta e significativamente entre si ( $r = 0,54$ ,  $p < 0,001$ ). Em termos específicos, o POSIT e o CAGE apresentaram correlações muito parecidas com as variáveis consideradas ( $p < 0,05$ ), a saber (valores respectivos entre parênteses): *idade* ( $r = 0,11$  e  $0,15$ ), *ansiedade* ( $r = 0,25$  e  $0,21$ ), *depressão* ( $r = 0,29$  e  $0,20$ ) e *agressão* ( $r = 0,32$  e  $0,38$ ); unicamente sexo e religiosidade não se correlacionaram ( $p > 0,05$ ) com variáveis que indicam disposições favoráveis ao álcool.

Como é possível depreender dos resultados anteriormente apresentados, as atitudes frente

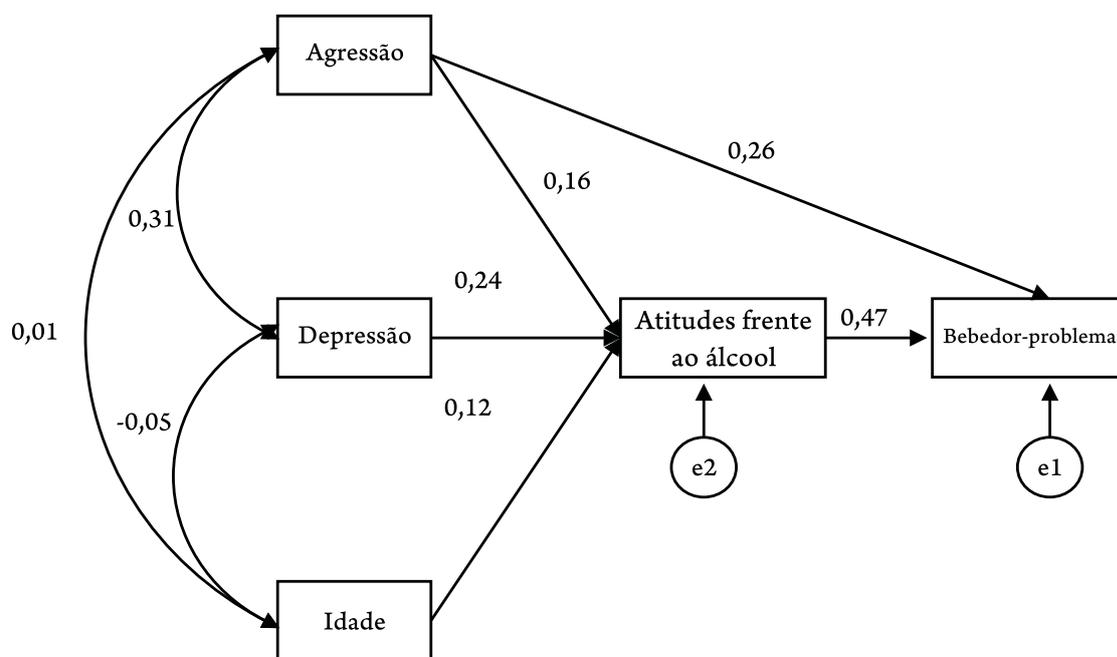
ao álcool e o potencial abuso de bebida alcoólica apresentam correlatos tanto demográficos como psicossociais. Concretamente, pessoas mais velhas, que apresentam maior pontuação em ansiedade, depressão e agressão costumam ter atitudes mais favoráveis frente a esta droga, assim como é mais provável serem classificadas como bebedores-problema. Não obstante, os coeficientes de correlação não permitem estabelecer precisamente qualquer ordem de temporalidade. Por exemplo, não indica se o álcool leva a agressão ou o contrário, isto é, a pessoa agressiva tem atitudes mais favoráveis diante do álcool e, provavelmente como consequência, procura beber mais.

A propósito, procurando entender a possibilidade ou tendência de ser um bebedor-problema, decidiu-se partir da Tabela 1 e, considerando o que tem sido descrito na literatura, delinear um modelo explicativo. No caso,

testaram-se dois modelos alternativos. O primeiro deles considerou as variáveis idade, ansiedade, depressão e agressão como capazes de explicar atitudes frente às bebidas alcoólicas, identificadas pelo POSIT, e estas como predictoras de um bebedor-problema, apontado pelo CAGE. O segundo modelo é muito similar, unicamente excluindo a variável *ansiedade*. O primeiro modelo, que incluiu a variável ansiedade, apresentou os seguintes indicadores de ajuste:  $\chi^2(3) = 6,41$ ,  $\chi^2/\text{gl} = 2,14$ , GFI = 0,99, AGFI = 0,96, CFI = 0,99 e RMSEA = 0,058 (0,00-0,12). No entanto, devido à variável ansiedade apresentar uma contribuição pequena ( $\Delta = 0,07$ ) na explicação das atitudes frente ao álcool, optou-se pelo segundo modelo. Os indicadores de ajuste deste modelo foram:  $\chi^2(2) = 5,20$ ,  $\chi^2/\text{gl} = 2,60$ , GFI = 0,99, AGFI = 0,96, CFI = 0,99 e RMSEA = 0,069 (0,00-0,14).

Considerando a diferença entre os qui-quadrados e os respectivos graus de liberdade destes modelos, constata-se que não diferem estatisticamente entre si [ $\chi^2(1) = 1,26$ ,  $p = 0,26$ ]. Neste sentido, adotando o critério de parcimônia, optou-se pelo segundo modelo. Uma síntese deste modelo pode ser observada na Figura 1 a seguir.

Como se constata, a agressão, a depressão e a idade, de forma direta, fazem com que as pessoas apresentem atitudes mais positivas frente ao álcool. Por sua vez, apresentar tais atitudes torna mais provável que a pessoa se enquadre na condição de potencial bebedor-problema. É importante destacar que todos os Lambdas foram estatisticamente diferentes de zero ( $|z| > 1,96$ ,  $p < 0,05$ ), isto é, as variáveis apresentaram saturação considerável nos fatores correspondentes.



**Figura 1.** Modelo causal explicativo da disposição frente ao álcool.

## Discussão

Inicialmente, quanto ao índice de potenciais bebedores-problema, aquele que se comprovou neste estudo, 15,8%, é um pouco inferior ao observado na população geral da mesma cidade, 17%<sup>29</sup>. Contudo, não é esta uma diferença estatisticamente significativa ( $z = 0,47, p = 0,32$ ), resultado que parece consistente. Vale lembrar que o álcool não é uma droga proibida, não havendo qualquer razão para esperar que os policiais sejam menos propensos ao seu uso do que as pessoas de diferentes interesses e ofícios na sociedade.

No que se refere à relação das variáveis demográficas com as disposições frente ao álcool, verificou-se apenas a correlação direta da idade com os indicadores de atitudes frente ao álcool e potencialidade de ser um bebedor-problema. Tais resultados corroboram os descritos na literatura, que apontam além do início precoce, o aumento da idade como fator que eleva a tendência ao consumo de álcool bem como de drogas em geral<sup>11</sup>. Por outro lado, os estudos apontam que os homens mostram-se mais favoráveis ao consumo de bebidas alcoólicas do que as mulheres, o que não foi confirmado. Ressalta-se, não obstante, que a quase totalidade dos participantes foi do sexo masculino (94%) e a pouca variabilidade deste fator pode penalizar sua contribuição para explicar as pontuações em medidas sobre a aprovação ao uso de álcool<sup>15</sup>, como identificado com o POSIT e CAGE.

Quanto às variáveis psicossociais, observou-se que o bem-estar psíquico *ansiedade* e *depres-*

*são* bem como a *agressão* se correlacionaram com as disposições frente ao álcool. Isso era esperado e, de fato, o modelo explicativo adotado vai ao encontro do que é descrito na literatura<sup>11,24,28</sup>. Porém, é importante salientar que a ansiedade teve pouca contribuição para a explicação das disposições frente ao álcool, justificando a escolha de não considerá-la no modelo final. Outro dado interessante é a relação direta da agressão com a tendência a se tornar um bebedor problema, reforçando achados que apontam que indivíduos com traços agressivos apresentam maior predisposição a se envolverem em atividades relacionadas ao uso do álcool e outras drogas<sup>28,29</sup>.

Embora se afirme que foi apresentado um “modelo causal” explicativo, não se afirma neste contexto a existência de relação causa-efeito, apenas comprovada em pesquisas com delineamento experimental. Este estudo testou unicamente a hipótese de que não seria absurdo pensar em uma sequência temporal em que variáveis demográficas e psicossociais pudessem explicar atitudes favoráveis frente ao álcool e estas, por sua vez, a potencialidade de ser um bebedor-problema. Os indicadores de ajuste do referido modelo cumprem os valores que têm sido definidos como pontos de corte, isto é, valores aceitáveis para indicar que o modelo teórico se ajusta aos dados. Por exemplo, o AGFI e CFI foram acima de 0,90.

## Considerações finais

Diante dos resultados e discussão apresentados acredita-se que os objetivos do presente estudo, identificar o índice de potenciais

bebedores-problema na amostra investigada, possibilitando compará-lo com o que ocorre na população geral, tenham sido alcançados. A pesquisa permitiu também levantar os correlatos demográficos e psicossociais das atitudes frente ao álcool do potencial bebedor-problema, definindo aspectos que permitiriam elaborar um modelo explicativo a respeito.

Apesar desses êxitos na aplicação desse conjunto de técnicas é fundamental reconhecer as potenciais limitações do estudo já que o universo não corresponde a uma amostra aleatória ou representativa do conjunto dos policiais militares, mas está circunscrito a uma amostra de conveniência. Além dessa característica que restringe a possibilidade de generalização é preciso considerar ainda que a mensuração da religiosidade correspondeu a um único item, compreendendo auto-relato acerca do quanto a pessoa se considera religiosa. Estes aspectos precisam ser levados em conta no delineamen-

to de estudos futuros que procurem replicar o que ora se descreve. Não obstante, considerando os achados descritos, que são consistentes com aqueles da literatura, entende-se que este estudo é promissor, servindo como fundamento heurístico a partir do qual se pode elaborar um modelo explicativo do consumo problemático de álcool.

Finalmente, em termos de estudos futuros, deve ser enfatizado que há muito ainda o que pesquisar. Por suposto, replicar a presente pesquisa é o primeiro desafio, ampliando o universo da amostra ou considerando outros grupos populacionais. Porém, é igualmente interessante ir além, incluindo outras variáveis que poderão ser importantes na explicação das atitudes frente ao álcool e do consumo problemático desta substância. A propósito, seria importante tratar em estudos futuros variáveis como envolvimento parental e prática de esportes <sup>11,18</sup>.

## Resumen

---

### **Las actitudes frente al alcohol y el potencial bebedor-problema: correlatos demográficos y psicossociales**

El presente estudio tuvo como objetivo conocer correlatos demográficos y psicossociales de las actitudes hacia el alcohol y del hecho de ser un potencial bebedor-problema. Participaron 342 policías militares de João Pessoa (PB), con edad promedio de 35.9 años, la mayoría varones (94%), casados (75%) y católicos (45,6%). Todos contestaron los siguientes instrumentos: CAGE, CABP, CSG-12, POSIT y preguntas demográficas. Los resultados indicaron un 15.8% de potenciales bebedores-problema. Además de eso, se ha comprobado que las aptitudes hacia el alcohol y el uso abusivo de esta droga se correlacionaron positivamente con edad, agresión y depresión de los participantes. Un modelo explicativo de la disposición hacia el alcohol ha sido propuesto, que

presentó indicadores de ajuste satisfactorios. Concluyendo, las variables demográficas y psicosociales pueden ayudar a explicar las actitudes hacia el alcohol y estas, a su vez, explican el uso abusivo de esta droga. Estos resultados son coherentes con aquellos presentes en la literatura. Sin embargo, se recomienda replicarlo, siendo también sugeridos estudios futuros que tengan en cuenta otras variables, a ejemplo de la implicación parental y la práctica de deportes.

**Palabras-clave:** Alcohol. Alcoholismo. Violência. Ansiedad. Edad.

## **Abstract**

---

### **The attitudes toward alcohol and the potential problem-drinker: demographic and psychosocial correlates**

This study aimed to know demographic and psychosocial correlates of attitudes toward alcohol and propensity of becoming a problem-drinker. Participants were 342 military police officers from João Pessoa (PB) with a mean age of 35.9 years, most men (94%), married (75%) and Catholic (45,6%). They answered the following instruments: CAGE, QABP, GHQ-12, POSIT, and demographic questions. Results indicated an index of potential problem-drinkers of 15.8%. Furthermore, it was verified that attitudes toward alcohol and the abusive consumption of this drug correlated positively with the participants' age, aggression and depression. An explanatory model of the disposition toward alcohol, which showed satisfactory indexes of fit, was proposed. It was concluded that the demographic and psychosocial variables can help to explain the attitudes toward alcohol and this, on the other hand, explained the abusive consumption of this drug. These results are consistent with the literature. However, replication of this study is recommended and also future studies which consider other variables, such as parental involvement and sports practice are suggested.

**Key words:** Alcohol. Alcoholism. Violence. Anxiety. Age.

## **Referências**

---

1. Viala-Artigues J, Mechetti C. Histoire de l'alcool archéologie partie 1 [Online]. [acessado em 2009 Ago 7]. Paris : Fédération des Acteurs de l'Alcoologie et de l'Addictologie; 2003. Disponível em : URL : <http://www.alcoologie.org/Histoire-de-l-alcool-archeologie,118.html>
2. Montanari M, Flandrin JL. Historia da alimentação. São Paulo: Estação Liberdade; 1998.
3. Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas - CEDRI. Bebidas alcoólicas [folheto online].[acessdo em 2008 Ago 07]. Disponível em: URL: <http://200.144.91.102/cebridweb/default.aspx>

4. Laranjeira R, Romano M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2004; 26, (Supl.1), 68-77.
5. Gigliotti A, Bessa MA. Síndrome de dependência do álcool: critérios diagnósticos. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(Supl 1):11-3.
6. Bresighello MLM. Jovens universitários e álcool: conhecimentos e atitudes [dissertação]. São Carlos, São Paulo: Universidade Federal de São Carlos; 2005.
7. Galduróz JCF, Caetano R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(Supl 1):3-6.
8. Laranjeira R, Pinski I. O alcoolismo. São Paulo: Contexto; 2000.
9. Chaieb JÁ. Acusação: não! Diagnóstico: sim! *Cad Saúde Pública* 2004;20(1):28-9.
10. Andrade AG, Queiroz S, Villaboim RCM, César F, Alves MCGP, Bassit AZ, et al. Uso de álcool e drogas entre alunos de graduação da Universidade de São Paulo (1996). *Rev ABP-APAL* 1997;19:53-9.
11. Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Rev Saúde* 2001;35(2):150-8.
12. Clapper RL, Buka SL, Goldfield EC, Lipsitt LP, Tsuang MT. Adolescent problem behaviors as predictors of adult alcohol diagnoses. *Int J Addict* 1995;30:507-23.
13. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. The prevalence and risk factors associated with abusive or hazardous alcohol consumption in 16-year-olds. *Addiction* 1995;90:935-46.
14. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento Domiciliar Nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil. São Paulo: CEBRID; 2002.
15. Muza GM, Betiol H, Mucillo G, Barbieri MA. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil): I – Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. *Rev Saúde Pública* 1997;31:21-9.
16. Gouveia VV, Vasconcelos TC, Jesus GR. Índice de potenciais bebedores-problema: uma estimativa com base no CAGE. *Temas* 1999;29:44-53.
17. Coelho Júnior LL, Gontiès B, Gouveia VV. Questionário para detectar potencial uso de drogas entre adolescentes (Posit): adaptação brasileira. *J Bras Psiquiatr* 2003;52(2):109-16.
18. Flisher AJ, Parry CDH, Evans J, Muller M, Lombard C. Substance use by adolescents in Cape Town: prevalence and correlates. *J Adolesc Health* 2003;32:58-65.
19. Soldera M, Dalgalarondo P, Correa Filho, HR, Silva, CAM. Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. *Rev Saúde Pública* 2004;38(2):277- 83.
20. Gouveia VV, Pimentel CE, Medeiros EM, Gouveia RS, Palmeira J. Escala de atitudes frente ao uso de drogas: evidências de validade fatorial e preditiva. *J Bras Psiquiatr* 2007;56(1):53-9.
21. Sanchez ZVDM, Oliveira LG, Nappo AS. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004;9(1):43-55.
22. Sousa PLR, Tillmann IA, Horta CL, Oliveira FM. A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação. *Psiquiatria na Prática Médica [Online]* 2001 [acessado

em 2009 ago 7];34(4). Disponível em: URL: <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial07.htm>

23. Dalgalarondo P, Banzato CEM, Botega NJ. Increased frequency of schizophrenia among Brazilian Protestant inpatients. *J Bras Psiquiatr* 2004;53(3):143-52.
24. King ALS, Nardi AE, Cruz MS. Risco de suicídio em paciente alcoolista com depressão. *J Bras Psiquiatr* 2006;55(1):70-3.
25. Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press; 1972.
26. Gouveia VV, Chaves SSS, Oliveira ICP, Dias MRD, Gouveia RSV, Andrade PR. A utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. *Psic: Teor e Pesq* 2003;19(3):241-8.
27. White HR. Longitudinal perspectives on alcohol use and aggression during adolescence. In: Galanter M, editor. *Alcohol and violence: epidemiology, neurology, psychology and family issues*. New York: Hardcover; 1997. (Recent Developments in Alcoholism; vol 13).
28. Tremblay PF, Ewart LA. The Buss and Perry aggression questionnaire and its relations to values, the Big Five, provoking hypothetical situations, alcohol consumption patterns, and alcohol expectancies. *Pers Individ Dif* 2005;38:337-46.
29. White HR, Brick J, Hansell S. A longitudinal investigation of alcohol use and aggression in adolescence. *J Stud Alcohol* 1993;(Suppl 11):62-77.
30. Capriglione MJ, Monteiro MG, Masur J. Aplicação do questionário CAGE para detecção da síndrome de dependência do álcool em 700 adultos na cidade de São Paulo. *Revista ABP* 1985;7:50-3.
31. Paz Filho GJ, Sato LG, Tuleski MJ, Takata SY, Ranzi CCC, Saruhashi SY, et al. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. *Rev Assoc Med Bras* 2000;47(1):65-9.
32. Pasquali L, Gouveia VV, Andriola WB, Miranda FJ, Ramos ALM. Questionário de saúde geral de Goldberg (QSG): adaptação brasileira. *Psic: Teor e Pesq* 1994;10:421-37.
33. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *J Pers Soc Psychol* 1992;63(3):452-9.
34. Gouveia VV, Chaves CMCM, Peregrino RR, Branco AOC, Gonçalves MP. Medindo componentes da agressão: o questionário de Buss-Perry. *Arq Bras Psicol* 2008;60(3):92-103.

Recebido: 8.7.2009      Aprovado: 19.7.2009      Aprovação final: 21.7.2009

## **Contatos**

---

Valdiney V. Gouveia – *vvgouveia@gmail.com*

Lúcio Domingos da Silva – *lidscleo@yahoo.com.br*

Katia Corrêa Vione – *katiavione@gmail.com*

Ana Karla Silva Soares – *karla.s.soares@hotmail.com*

Rebecca Alves Aguiar Athayde – *rebeccaathayde@yahoo.com*

Valdiney V. Gouveia

Universidade Federal da Paraíba CCHLA – Departamento de Psicologia. Doutorado em Psicologia Social. CEP 58.051-900. João Pessoa/PB, Brasil.