

“Alcoolismo” e “beber socialmente”: analisando o uso de termos leigos na atenção primária à saúde

“Alcoholism” and “social drinking”: analyzing the use of lay terms in primary health care

Renata Werneck Vargens, Sean Joseph Haley, Vitor Aguiar Lobato de Carvalho, Daniel Storti Netto Puig, Ana Alice da Silva Sudré, Manoela Alves Salgado, Marcelo Santos Cruz, Sandra Lúcia Correia Lima Fortes

Autoria

Metadados

RESUMO

Introdução: Expressões informais como “beber socialmente” e “alcoolismo” estão presentes nas consultas da atenção primária à saúde (APS). Buscamos compreender como a percepção cultural destes profissionais interfere no cuidado, incluindo suas normas descritivas e injuntivas que embasam suas atitudes e intervenções. **Metodologia:** A metodologia utilizada foi a análise de conteúdo. Entrevistamos 33 profissionais de nível superior da APS no município do Rio de Janeiro por questionário semiestruturado com perguntas sobre “beber socialmente” e “alcoolismo”. **Resultados:** Os entrevistados percebem “beber socialmente” como consumo de baixa frequência/quantidade, com amigos e família, sem perder o controle e “alcoolismo” como uso grave e problemático. A confiança normativa dos profissionais no “beber socialmente” prejudica investigar aprofundadamente o uso de álcool. A gravidade associada ao “alcoolismo” reforça estigma e dificulta intervenções precoces. **Conclusão:** Estes termos culturais atravessam a prática clínica, porém são imprecisos e prejudiciais. Capacitações para abordagem ao uso de álcool devem incluir aspectos culturais.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool. Cuidado Culturalmente Competente.

ABSTRACT

Introduction: Informal expressions such as “social drinking” and “alcoholism” are commonly encountered in primary health care (PHC) consultations in Brazil. This study aimed to understand how the cultural perceptions of PHC professionals influence patient care, including the descriptive and injunctive norms that underlie their attitudes and interventions. **Methodology:** We employed a qualitative content analysis methodology. Thirty-three higher-level PHC professionals in the city of Rio de Janeiro were interviewed using a semi-structured questionnaire with specific questions about “social drinking” and “alcoholism.” **Results:** Participants perceived “social drinking” as low-frequency/low-quantity consumption with friends and family, without loss of control, while “alcoholism” was viewed as severe and problematic use. Professionals’ normative confidence in “social drinking” hinders thorough investigation of alcohol use. The severity associated with “alcoholism” reinforces stigma and impedes early interventions. **Conclusion:** These cultural terms permeate clinical practice yet are imprecise and potentially harmful. Training programs for alcohol use approach should incorporate cultural aspects.

KEYWORDS: Primary Health Care. Alcohol-Related Disorders. Culturally Competent Care.

INTRODUÇÃO

O uso de álcool e drogas é um dos principais contribuintes para os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALYs) no Brasil¹. Nesse contexto, o estado do Rio de Janeiro tem a maior taxa de mortes relacionadas ao álcool do país². Embora estudos recentes demonstrem que a maioria das pessoas seja abstinência ou apresente consumo de baixo risco, o percentual que apresenta uso problemático de álcool ainda é elevado.

Plens *et al.*, por exemplo, apontaram que 73,5% dos brasileiros adultos não haviam consumido bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias; porém, o percentual de uso moderado e pesado atingiu 11,7% dos casos observados³. Resultado semelhante foi encontrado por De Vargas *et al.*, cujo estudo constatou que 78% dos avaliados eram abstinentes ou faziam uso de baixo risco, mas 22% apresentavam uso problemático e 10% provável dependência de álcool⁴. Em seu levantamento nacional, Bastos *et al.* apontaram que cerca de 30% da população consumiu bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias e, destes, quase 55% consumiram em forma de *binge*, definido como mais de cinco doses para homens ou mais de quatro doses para mulheres, em uma única ocasião⁵.

Por sua característica territorial, a Atenção Primária à Saúde (APS) é privilegiada no que se refere a intervenções relacionadas ao uso de álcool, estruturando o cuidado a partir de uma abordagem centrada na pessoa, de forma longitudinal e integral⁶. Assim, revisões sistemáticas apontam que intervenções breves podem contribuir para a redução do consumo de álcool entre os usuários da APS⁷⁻⁹. Entretanto, o rastreamento, a detecção e o tratamento, incluindo a intervenção breve, são práticas incomuns nas unidades básicas de saúde no Brasil⁹, contribuindo para a lacuna de cuidado em relação ao uso problemático de álcool. Nesse cenário, compreender os aspectos culturais envolvidos no uso de álcool pode trazer à luz barreiras de acesso que se relacionam com o aumento dessa lacuna^{10,11}.

Estudos internacionais apontam que alguns fatores podem influenciar os profissionais de saúde no rastreio e no desenvolvimento de intervenções para esse público. Dentre esses fatores, destacam-se a falta de tempo, o consumo alcoólico dos próprios profissionais, a descrença na eficácia da intervenção, as preocupações com possíveis reações dos pacientes e a falta de serviços especializados para encaminhamento¹²⁻¹⁵.

No Brasil, os obstáculos incluíram falta de tempo dos profissionais, sobrecarga de tarefas, falta de comprometimento da gestão e preocupações com a resistência dos pacientes, além de problemas vinculados à abordagem adotada e ao estigma associado a pacientes com transtornos relacionados ao uso de álcool¹⁶⁻¹⁸. Nessa perspectiva, atitudes morais sobre o uso de álcool podem influenciar o acesso dos pacientes ao tratamento, prejudicando a oferta de serviços e impactando os resultados alcançados¹⁹.

Tais atitudes morais envolvem distinções sobre quando é apropriado beber, em que quantidade, em quais ambientes e quem está autorizado a beber, sendo encontradas em todo o mundo, expressas tanto por indivíduos quanto por comunidades²⁰. Quando são compartilhadas por um grupo de pessoas e acompanham sanções formais ou informais, essas distinções passam a constituir normas culturais²¹, que podem ser descritivas ou injuntivas. As normas descritivas são aquelas que informam e caracterizam o que a maioria das pessoas faz; e as normas injuntivas são aquelas que influenciam e direcionam o comportamento^{22,23}.

Historicamente, normas injuntivas relacionadas à aceitabilidade social do consumo de bebidas alcoólicas e seus efeitos têm demonstrado influência sobre os padrões de uso de álcool em diferentes comunidades²². De maneira recorrente, o consumo é influenciado pelos comportamentos e expectativas de indivíduos reunidos em um determinado contexto. Por exemplo, a maioria das pessoas bebe em companhia, ou seja, em ambientes sociais. Entretanto, quando o uso passa a ser problemático, o indivíduo torna-se o foco do problema e o contexto cultural em que o comportamento ocorre tende a ser deixado de lado²⁰.

Assim, a percepção subjetiva das equipes de APS em relação ao uso de álcool pode influenciar o cuidado ofertado, tanto na identificação de padrões de consumo problemáticos quanto nas intervenções possíveis^{16,18}. A visão dos profissionais de saúde, construída socialmente, transcende o conhecimento técnico-científico e se manifesta em suas práticas¹⁶. A linguagem estigmatizante permanece amplamente presente nos registros clínicos, refletindo preconceitos arraigados que perpetuam equívocos e comprometem a qualidade do cuidado. Compreender o contexto cultural e a percepção da equipe que atenderá esses indivíduos torna-se, portanto, fundamental. Afinal, a linguagem faz parte do contexto cultural.

No âmbito do cuidado ao uso problemático de álcool, críticas a termos formais já foram relatadas anteriormente^{24,25}. Além dos termos formais, expressões informais que fazem parte da cultura brasileira também podem dificultar o acesso ao cuidado adequado neste campo²⁶. No Brasil, duas expressões tradicionalmente utilizadas nos espaços de saúde para caracterizar o uso de álcool são: “beber socialmente” e “alcooolismo”. Embora não constituam categorias clínicas diagnósticas, elas estão associadas ao uso de álcool²⁵⁻²⁸. As concepções em torno dessas expressões carregam aspectos que extrapolam o cuidado clínico, incorporando um viés moral à classificação descrita pelos profissionais que as utilizam²⁵⁻²⁸. Portanto, entender o peso atribuído a essas formas de julgamento pode auxiliar tanto na compreensão do funcionamento das equipes da APS em relação ao cuidado ao uso problemático de álcool quanto na proposição de ações que contribuam para a desconstrução do estigma associado a tais expressões^{25,28,29}.

Diante disso, o objetivo do presente estudo foi compreender a percepção dos profissionais da APS a respeito das expressões referidas e os efeitos de sua utilização sobre o cuidado prestado. Essa compreensão é importante, pois os aspectos culturais que envolvem os profissionais podem interferir na construção do cuidado, afetando a investigação do uso de álcool realmente apresentado pelo paciente, a identificação de padrões patológicos de consumo e a elaboração de estratégias terapêuticas individualizadas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, baseado em entrevistas semiestruturadas com uma amostra de profissionais de nível superior da APS que poderiam participar de uma capacitação sobre a abordagem de pacientes usuários de álcool. As entrevistas foram realizadas previamente à montagem da capacitação dos profissionais, a fim de conhecer suas percepções sobre o uso de álcool pelos pacientes e sobre os cuidados prestados pelas equipes de saúde. Ainda que a capacitação se embase em treinamentos da Organização Mundial da Saúde (OMS), a compreensão dessas percepções e a adaptação cultural dos materiais são importantes para a aceitabilidade das metodologias apresentadas nas aulas.

O treinamento foi estruturado a partir das Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves (EDIBs)²⁹, visando ao reconhecimento precoce dos problemas relacionados ao uso de álcool e à intervenção rápida, conforme preconizado pela OMS¹⁴. A capacitação parte de pesquisa já publicada, voltada à implementação de protocolo para aumentar o rastreamento e a intervenção breve no cuidado ao uso problemático de álcool no Sistema Único de Saúde (SUS)³⁰. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ (Parecer n.º 2.819.938; CAAE n.º 94348618.4.0000.5259).

O roteiro da entrevista semiestruturada foi desenvolvido pela equipe de pesquisa, integralmente composta por profissionais com experiência em Saúde Mental na APS, e submetido a avaliações de pesquisadores externos com experiência nesta área. O recrutamento para as entrevistas foi aberto a todas as unidades participantes em ambas as áreas programáticas, buscando equilibrar o número de participantes entre elas, bem como entre unidades grandes (5 ou mais equipes de Saúde da Família) e pequenas (4 ou menos equipes de Saúde da Família).

Os pedidos de entrevistas foram feitos aos profissionais por meio dos gerentes das unidades e diretamente pela equipe de pesquisa, durante as reuniões de equipe nas unidades. Para evitar contaminação, as entrevistas foram realizadas por quatro entrevistadores experientes

em pesquisa qualitativa, contratados fora da equipe de pesquisa, sem contato prévio com as unidades pesquisadas.

As entrevistas foram conduzidas em salas reservadas nas unidades de saúde, geralmente um escritório ou sala de exames. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra, juntamente com as notas de campo, com a utilização do *software* Sonix®.

O recrutamento de profissionais de saúde se estendeu por quatro meses, enquanto os pesquisadores avaliavam padrões temáticos recorrentes e informações divergentes para verificar a suficiência dos dados.

Para verificar como aspectos culturais interferem neste cuidado, analisamos as falas dos profissionais de saúde relativas às normas descritivas dos padrões de consumo de álcool. Como indicativas dessas normas, foram selecionadas duas expressões utilizadas no Brasil: “beber socialmente” e “alcoolismo”²⁵⁻²⁸, sem equivalência com critérios diagnósticos de classificações nosológicas, como CID-10 e DSM-V. As expressões escolhidas carregam em si pressupostos que podem influenciar a percepção dos profissionais em face do cuidado a ser investido no usuário. A princípio, “beber socialmente” é visto como um uso aceitável de álcool, mas sem um aprofundamento específico sobre o que seria socialmente aceito para o indivíduo dentro de seu contexto de vida. Já o termo “alcoolismo” associa-se ao uso intenso, com possíveis consequências sobre a vida do paciente; porém, novamente, o termo não qualifica quais danos estão acontecendo e, de certa forma, incute um viés estigmatizante^{25-28,32}.

Foram analisadas as compreensões dos profissionais a partir de pressupostos culturais, e não técnicos, utilizando a análise de conteúdo como ferramenta metodológica³². Esta tem por finalidade selecionar e sistematizar o conteúdo das mensagens que surgem ao longo das entrevistas e seu significado, utilizando deduções lógicas, considerando sua origem (quem as emitiu) e o contexto em que se inserem. Dessa forma, é possível assinalar e classificar todas as unidades de registro existentes no texto, obtendo indicadores úteis ao objetivo da pesquisa.

Participantes e procedimento

Profissionais de nível superior atuando nas unidades da APS de duas áreas programáticas da cidade do Rio de Janeiro foram convidados a participar das entrevistas. O processo de amostragem dos profissionais atendeu a critérios relativos à profissão, ao gênero e à área da unidade. Os entrevistados foram recrutados de forma independente, durante as reuniões de equipe de suas unidades de trabalho. Ao todo, foram entrevistados 33 profissionais, entre setembro e novembro de 2018, como se observa na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais de nível superior entrevistados (N=33)

Categoria profissional	Número de participantes	Número de participantes da área A (maior) / área B (menor)	Número de participantes em unidades > 5 equipes	Número de mulheres	Faixa de idade (anos)	Faixa de tempo trabalhando na unidade (meses)	Participantes com treinamentos prévios em transtornos por uso de substâncias
Médicos	21	14 / 7	17	15	27 a 64	1 a 84	8
Enfermeiros	8	2 / 6	4	7	23 a 45	3 a 54	2
Dentistas	2	2 / 0	2	1	37 a 53	24 a 72	1
Psicólogos	2	1 / 1	2	2	39 a 52	9 a 36	2
Total	33	19 / 14	25	25	23 a 64	1 a 84	13

Fonte: elaborada pelos autores

As entrevistas incluíram perguntas sobre os seguintes eixos temáticos: informações dos participantes; experiência na unidade; experiência relacionada ao uso de álcool pelos pacientes e danos associados; e fatores culturais relacionados ao uso de álcool, com duas perguntas relativas ao emprego de termos leigos (“como você define beber socialmente?” e “como você define alcoolismo?”).

Mesmo que houvesse duas perguntas específicas sobre como os entrevistados definiam “alcoolismo” e “beber socialmente”, todas as entrevistas foram analisadas na íntegra, tendo em vista que citações relacionadas ao objetivo da pesquisa poderiam aparecer entremeadas a outras respostas fornecidas pelos entrevistados.

A revisão e a análise dos dados começaram após as primeiras entrevistas. O primeiro conjunto de códigos foi desenvolvido com o grupo de pesquisa completo, de forma interativa. Foram formadas duplas para a análise das entrevistas subsequentes, com dois pesquisadores revisando cada transcrição. Todos foram instruídos a identificar passagens que transcendessem ou não fossem consistentes com códigos e hipóteses recém-desenvolvidos. Nas reuniões semanais, os pesquisadores revisavam a codificação e sugeriam novos códigos, até que fosse alcançado o consenso entre todos os membros da equipe.

RESULTADOS

A partir da leitura das transcrições das entrevistas, emergiram categorias temáticas para cada uma das expressões, algumas específicas para “alcoolismo” ou “beber socialmente” e

outras comuns, como “limite/controle”, “consequências negativas”, “frequência/quantidade” e “inespecificidade dos termos”.

Beber socialmente

Quanto à expressão “beber socialmente”, em geral, foram encontradas explicações nas quais este padrão de consumo de álcool é visto como aceitável e “não problemático”, não sendo caracterizado como doença ou transtorno, dentro de parâmetros socialmente definidos. A análise dos códigos levou ao desenvolvimento de cinco categorias, conforme o detalhamento a seguir.

Categoria 1: “beber socialmente” como uso não problemático de álcool, quando não apresenta perda de limite ou controle

Nas entrevistas, frequentemente, a expressão “beber socialmente” foi relacionada ao uso não problemático de álcool, envolvendo situações em que o consumo não provoca alterações de humor e/ou comportamentos que comprometeriam os relacionamentos interpessoais. Existe, neste caso, a ideia de que haveria controle sobre a quantidade ingerida.

“O termo beber socialmente seria [...] usos pontuais de quantidades controladas de álcool, que não comprometam a funcionalidade da pessoa, e não levem a uma intoxicação alcoólica grave ao ponto dela, no outro dia, ter sintomas de ressaca, alterações de humor que “vai” atrapalhar o funcionamento da vida da pessoa, muitas vezes, comprometendo os relacionamentos interpessoais. [...] Acho que beber social seria quando a pessoa tem controle sobre a quantidade ingerida” (Psiquiatra, mulher, 31 anos).

As noções de “limite” e “controle”, presentes em algumas respostas, corroboram a associação entre “beber socialmente” e a ideia de um uso não problemático. Ao mesmo tempo, dentre os problemas decorrentes do consumo de álcool, foram citados: perdas de compromissos em função de seu uso (por consumo, intoxicação ou abstinência), violência doméstica, brigas em bares ou ambientes públicos, problemas financeiros e problemas físicos, entre outros. A interferência no trabalho, tipicamente expressa por faltas, foi reiteradamente apontada como ponto relevante no uso problemático – portanto, não social. A esse respeito, uma entrevistada relatou o seguinte:

“Aquilo ali não é abusivo porque eu vejo que ela [a paciente] tem esse limite, sabe parar, não se descontrola, não fica caindo, passando mal, indo pra emergência, vindo pra cá [unidade de saúde], faltando emprego. Faltar emprego para mim já é alerta máximo” (Enfermeira, 29 anos).

Categoria 2: “beber socialmente” relacionado a quantidade e/ou frequência

Muitas respostas definiram a expressão “beber socialmente” a partir da quantificação do número de doses ou da frequência de consumo de álcool, relacionando o termo a pequenas quantidades, que ficariam abaixo do prejuízo funcional.

“Acho que se entende num senso comum que beber socialmente, é aquela pessoa que bebe aos finais de semana, que bebe uma quantidade pouca, que consegue ter controle sobre a quantidade de bebida que ela vai ingerir, sobre o que ela vai beber” (Enfermeira, 29 anos).

Nesses relatos, a ideia de “beber socialmente” envolvia quantidades consideradas “pequenas” de forma inespecífica pelos entrevistados. Tal definição possivelmente aponta para uma mistura com o conceito de uso prejudicial de álcool, que considera número de doses e dias de uso ao longo da semana. Em algumas falas, estes dois conceitos, um cultural e outro científico, aproximam-se:

“Acho que beber socialmente teria que ser uma medida que não causasse mal nem à pessoa que bebe nem aos outros, entendeu? Então de repente a pessoa acha que bebe socialmente, mas pode estar afetando a família e ele mesmo. [...] O ideal seria medir os danos, porque eu acho que a quantidade, às vezes... é lógico que cientificamente tem a quantidade lá, não sei quantos copos, tem as dosagens lá do que é beber socialmente” (Psicóloga, 52 anos).

Além das referências de quantidade, os entrevistados também utilizam referências de frequência para pensar o termo “beber socialmente”. Por um lado, a ideia de uso cotidiano foi considerada problemática. Por outro, a menção a “final de semana”, em certas respostas, remete a momentos de confraternização com amigos e familiares em um período de descanso e sem compromissos, quando o uso de álcool tem maior aceitação social.

“Beber socialmente eu acho que entenderia, por exemplo, uma, duas latinhas a cada final de semana [risos]. Uma taça de vinho, sei lá, duas vezes por semana. Algo desse tipo” (Médica, 27 anos).

Categoria 3: “beber socialmente” a partir de aspectos socioculturais

Para conceituar o termo “beber socialmente”, os entrevistados também utilizaram características socioculturais referentes ao consumo de álcool. Nesta categoria, foram analisadas respostas que explicitaram a importância de beber com amigos, em grupos e em situações de interação social, nas quais o uso de álcool seria considerado culturalmente aceitável.

“Para mim, [beber socialmente] seria beber numa festa, numa comemoração ou numa conversa informal. Teve uma vontade, ‘Ah, vou lá tomar uns chopinhos’. Seria isso, umas duas vezes ou três, talvez, na semana, e em torno de duas ou três doses de qual bebida que for” (Enfermeira, 30 anos).

Nesse entendimento, além da inscrição do consumo em situações culturalmente aceitáveis, considera-se que não se deve ultrapassar os limites do “bom convívio”, mantendo um comportamento adequado à situação social. Conforme relatado, perder limite ou controle indica gravidade. Culturalmente, o equilíbrio e o bem-estar emocional, independentes do uso de álcool, são apontados como pontos relevantes para a compreensão da expressão “beber socialmente”.

Nas respostas obtidas, as características socioculturais se apresentaram como aspectos relacionados à regulação e ao controle sociais. Um profissional, por exemplo, definiu “beber socialmente” como aquele tipo de consumo de álcool que envolve um grupo social que divide, protege, acolhe e ampara se algum membro do grupo não estiver bem ou beber em demasia. Nesse contexto, haveria um componente afetivo e um senso de responsabilidade com o outro. Se alguém bebe demais, os outros membros se sentem responsáveis por seu cuidado:

“O beber socialmente acho que tem essa coisa que eu falei, da regulação social, da autorregulação que traz um benefício naquele momento e que está dentro de uma rede de cuidados. Então, por exemplo, beber social para mim tem uma proteção. [...] Se um dos componentes não está bem, passa mal, a própria rede cuida dele. Não vai deixá-lo vomitado na rua, vai levar pra casa, vai dar um banho, no dia seguinte vai perguntar como está. [...] Então isso vai construir um afeto, um carinho” (Médico, 50 anos).

Quando o uso de bebidas alcoólicas é visto como forma de lidar com situações negativas, ele passa a ser compreendido como prejudicial. Beber para fugir de problemas – sejam questões factuais (problemas de relacionamento interpessoal, familiares, laborais, financeiros etc.), sejam aspectos emocionais (tristeza, ansiedade, frustração, raiva etc.) – foi entendido pelos entrevistados como um sinal de gravidade. A menção dessa “fuga da realidade” como motivação para o consumo de álcool pode ser exemplificada pela resposta a seguir:

“Aí se eu começo a tomar várias, eu vou me embriagar – mesmo que só no final de semana. Para mim, isso não é recreativo [...], talvez eu esteja fazendo isso para fugir da minha realidade, e isso já me demonstra uma possível tendência a usar daquela droga ali, e aí pode ser que, no futuro, isso se desenvolva como uma questão de alcoolismo” (Médica, 38 anos).

Categoria 4: “beber socialmente” como forma de minimizar ou não investigar situações mais graves

A noção de “acobertar” esteve presente nas entrevistas para se referir ao paciente que apresenta uso problemático de bebidas alcoólicas, mas não o reconhece, considerando-se um bebedor social, ou seja, sem prejuízos. Essa percepção gera a preocupação de que o termo “beber socialmente” possa encobrir quadros mais severos de uso de álcool que não sejam identificados pelo próprio paciente.

“É um termo que as pessoas às vezes até se escondem, né. Utilizam pra se esconder ou pra dizer que ‘Não! Tô fazendo algo que é normal, que a sociedade aceita como normal’” (Enfermeira, 30 anos).

Essa preocupação não se restringe à autopercepção dos pacientes: nas entrevistas, também foi apontado o risco de que o profissional de saúde acatasse o termo, entendendo-o como um tipo de uso não prejudicial, e perdesse a oportunidade de investigar devidamente o real padrão de consumo daquele indivíduo. Nesse caso, o profissional apenas relataria em

prontuário “uso social”, sem, de fato, saber o que essa expressão significa para o paciente, denotando certo comodismo ou despreparo.

Categoria 5: “beber socialmente” como algo variável, subjetivo, inespecífico

Nesta categoria, foram incluídas respostas que compreenderam o termo “beber socialmente” como uma expressão extremamente inespecífica e imprecisa, sem aplicabilidade na prática clínica, e cujo significado varia conforme a percepção do indivíduo.

“Eu entendi [...] que não dá para ficar só com essa resposta de ‘bebo socialmente’, porque é uma interpretação subjetiva e cada pessoa entende alguma coisa” (Médica, 37 anos).

Poucos participantes perceberam “beber socialmente” como uma expressão imprecisa, com inúmeros significados. Os que tiveram essa percepção problematizaram o uso indiscriminado do termo, reforçando a necessidade de melhor caracterizá-lo e de aprofundar a investigação junto ao paciente. Em suas respostas, a confusão e a inespecificidade do conceito foram apontadas como um problema, ressaltando o risco de não se realizar uma avaliação consistente do padrão de uso de álcool do indivíduo atendido. Além disso, alguns profissionais indicaram que a necessidade de compreender o significado da expressão para o paciente acentua-se quando se considera seu estado emocional. Um dos entrevistados sugeriu, ainda, alterações na percepção do termo caso o indivíduo estivesse atravessando dificuldades físicas ou emocionais.

“Às vezes, quando um paciente fala que ‘bebe socialmente’, vou investigar. [...] Beber socialmente não tem um [significado] claro. [...] Porque eu não sei o significado disso pra quem tá adoecido, pra quem tá triste. Não sei mesmo” (Médica, 40 anos).

Como visto, as normas descritivas associadas à expressão “beber socialmente” remetem à ideia de uso não problemático de álcool, em frequência e quantidade baixas, que ocorre principalmente em situações de interação social, sem ultrapassar normas e limites sociais. Quando esses aspectos estão ausentes, o consumo passa a ser considerado um fator que merece maior atenção profissional. Neste caso, o termo “beber socialmente” é abandonado, sendo substituído por outros que denotam maior gravidade, como “alcoolismo”.

Alcoolismo

Observou-se que, frequentemente, o termo “alcoolismo” associa-se a conceitos de uso de álcool problemático e grave. A análise dos códigos levou ao desenvolvimento de seis categorias.

Categoria 1: “alcoolismo” compreendido como doença/transtorno

Nesta categoria, foram agrupadas respostas nas quais os entrevistados fizeram referência, de forma mais ou menos específica, a classificações diagnósticas em suas definições

do termo “alcoholismo”. Nessas definições, houve menção à ideia de transtorno ou doença, com o emprego de termos como “uso nocivo” ou “dependência”, ou, ainda, referências à ideia de “hábito” como uso prejudicial de álcool. Em nenhuma entrevista a associação de “alcoholismo” com alguma definição de categoria clínica ficou clara, sendo apontada sempre de forma ampla, vaga e sem maiores elaborações quanto ao seu significado.

Vale ressaltar novamente que “alcoholismo” não é um termo utilizado pelas principais classificações internacionais de doenças atuais (CID-10 e DSM-V). Assim, ao tentarem definir “alcoholismo”, alguns entrevistados enfatizaram sua relação com a gravidade do uso de álcool e suas consequências, porém sem remeter a um quadro específico, fornecendo apenas explicações gerais.

“Alcoholismo é um transtorno” (Psicóloga, 52 anos).

“[Considero alcoholismo como] Doença do uso do álcool” (Médico, 30 anos).

“Acho que todo o uso nocivo de álcool é um alcoholismo” (Psiquiatra, mulher, 31 anos).

“Alcoólatra hoje em dia tá mais reservado pra aqueles pacientes que são graves” (Médica, 29 anos).

Categoria 2: “alcoholismo” a partir de critérios de quantidade/frequência

Um dos parâmetros mais identificados pelos entrevistados como característicos de uso problemático de álcool, em contraposição aos critérios associados ao termo “beber socialmente”, relaciona-se à quantidade elevada e ao uso frequente de bebidas alcoólicas, destacando-se o consumo diário.

“Se a pessoa fizer o uso diário, independentemente da quantidade, pra mim já é alcoholismo. Se ela tomar um copinho por dia, eu já consideraria” (Médica, 31 anos).

Alguns profissionais consideraram que a associação entre frequência e quantidade forneceria uma informação mais confiável sobre o padrão de uso de álcool, revelando-se mais adequada para apontar se haveria necessidade de investigá-lo em detalhes. Nesse sentido, a frequência ou a quantidade, de forma isolada, não seriam suficientes para definir “alcoholismo”, mas sim a articulação entre os dois aspectos.

“Alcoholismo não é só o que bebe todo dia. É aquele que bebe no fim de semana, que já ultrapassa o seu limite, que já há uma alteração no comportamento [...]. Então não é só a frequência, mas a quantidade” (Psiquiatra, mulher, 64 anos).

Ao mesmo tempo, outros profissionais observaram que os critérios de frequência e quantidade, mesmo que considerados conjuntamente, podem não ser suficientes para justificar um diagnóstico. Nessa perspectiva, embora se reconheça a importância de avaliá-los, outros fatores tornam-se relevantes para o entendimento do alcoholismo e a avaliação de sua gravidade, como alterações comportamentais.

Categoria 3: “alcoolismo” a partir de noções de “descontrole” e “perda de limite”

Nas entrevistas, observou-se, com frequência, a associação entre “alcoolismo” e a noção de descontrole relacionado ao uso de álcool. Diversos exemplos foram utilizados, como: “perda do controle” (Dentista, homem, 53 anos), “uso abusivo e desenfreado” (Médica, 27 anos), “pessoa que bebe exageradamente [...] e não tem controle sobre essa vontade” (Enfermeira, 29 anos), “ultrapassa o seu limite” (Médica, 64 anos) ou “usa bebida ilimitada na sua vida” (Enfermeira, 30 anos).

As noções de perda de controle e limite social também incluíram uma preocupação, por parte dos entrevistados, com a forma como o indivíduo percebe e controla seu próprio uso de álcool. Na visão dos profissionais, frequentemente o paciente não reconhece as consequências atuais ou potenciais de seu uso. Um dentista explicou:

“[...] as pessoas não têm noção da perda do controle. Isso em algum momento atrapalha e vai repercutir em algum momento, seja na criação dos filhos, seja no exemplo que dá para os seus filhos, seja da violência doméstica, na questão da produtividade no trabalho” (Dentista, homem, 53 anos).

As alterações comportamentais podem chegar a romper importantes limites sociais. Em algumas respostas, a expressão “perder a noção” representa essa gravidade.

“Eu acho que é quando você chega a um nível de perder a noção mesmo das coisas. Meu pai, como experiência, ele conta [...] dele chegar a um nível que não voltava para casa, não tinha limite mesmo” (Enfermeira, 23 anos).

Categoria 4: “alcoolismo” como padrão de uso relacionado a danos à saúde e às relações sociais, familiares e de trabalho

O aspecto enfatizado nesta categoria foi o padrão de uso de bebidas alcoólicas com consequências negativas em termos de saúde, ou com prejuízos no âmbito das relações sociais, familiares e de trabalho. Essa compreensão se aproxima do entendimento de uso problemático de álcool com comprometimento de funcionalidade e sofrimento clinicamente significativos, fora das normas sociais vigentes. Em relação à saúde, destacam-se problemas físicos e mentais.

“[...] alcoolismo gera problemas, consequências para a saúde física e mental da própria pessoa e envolve todo o contexto familiar – desestrutura a família, desestrutura as relações do sujeito. Então termina levando a consequências maiores na vida social e em todos os aspectos, no econômico e tudo” (Enfermeira, 45 anos).

Nesse contexto, o termo “alcoolismo” foi associado à ideia de desestruturação da vida da pessoa, com consequências danosas no funcionamento diário. Entre os prejuízos funcionais mencionados, destaca-se aquele que ocorre no âmbito profissional.

“[...] [prejuízo funcional:] a pessoa acha que o uso de substância dela é normal, mas isso atrapalha. Acorda, aí ela perde trabalho, compromisso porque bebeu a mais num dia de semana e tal. Eu acho que eu considero o alcoolismo isso, quando tem um prejuízo funcional importante” (Psiquiatra, mulher, 31 anos).

Consequências na esfera familiar também foram citadas pelos entrevistados de modo recorrente, em exemplos como: esgarçamento das relações, situações de violência doméstica e sofrimento familiar. O aspecto social mais amplo – por exemplo, a relação com vizinhos e amigos – também foi apontado como foco de prejuízos observáveis quando o indivíduo se expõe em situações constrangedoras e vergonhosas.

“[...] a desorganização que isso [uso crônico e abusivo de álcool] causa na vida do paciente – faltar trabalho, agressividade em casa, enfim, passar por situações de risco ou vergonha” (Médico, 31 anos).

“A gente tem casos na área que pessoas [os profissionais] já entram em casos [de pacientes] sem trabalhar, tão em casa, perderam família, e aí você precisa reintroduzir essa pessoa na sociedade de alguma maneira” (Enfermeira, 30 anos).

Categoria 5: “alcoholismo” como uso de álcool para lidar com dificuldades recorrentes ou sofrimento persistente

Esta categoria inclui os relatos sobre indivíduos que fazem uso de álcool como recurso para lidar com problemas da vida, com determinadas situações sociais, ou para aliviar o sofrimento. Alguns dos entrevistados abordaram a relação entre o uso de álcool e a dificuldade de socialização. Neste caso, referiram-se a indivíduos que buscam no consumo de álcool um instrumento para participar de eventos sociais e interagir melhor:

“Acho que [alcoholismo é] o uso do álcool diariamente [...] recorrer ao álcool para, por exemplo, se acalmar depois do trabalho. Necessariamente usar o álcool para poder interagir com as pessoas quando vai em eventos” (Médica, 37 anos).

Além da associação com a interação social, alguns participantes do estudo caracterizaram o “alcoholismo” como o uso de álcool para diminuir o sofrimento, relaxar, aliviar o estresse e se sentir bem. Nesse sentido, a caracterização do consumo de bebidas alcoólicas para aliviar o sofrimento foi compreendida como tentativa de automedicação ou forma de esquecer problemas, uma “fuga”. Ao se referirem a esse tipo de “alívio do sofrimento”, os profissionais ressaltaram a intensidade dessas experiências para o paciente, destacando a importância do uso de álcool como “porto seguro” ou como instrumento de sobrevivência para aquela pessoa. Em algumas respostas, foram mencionados casos de indivíduos cujas vidas estariam tão desestruturadas que o álcool passaria a funcionar como uma espécie de apoio para seguir vivendo. Frequentemente, falas relativas ao alcoholismo ressaltam que o uso de álcool se torna necessário para lidar com esses problemas.

“Pra mim é quando a pessoa precisa de usar o álcool para ficar alegre, esquecer problema, usar isso como fuga, como terapêutica, usar isso como algum tipo de terapia [...]” (Médica, 31 anos).

“O álcool já é um instrumento pra ela, pra ela sobreviver” (Médica, 40 anos).

“[...] necessita do álcool pra sentir, se sentir mais tranquila, se sentir mais feliz, se sentir menos sofrida. Eu acho que quando ela tem essa dependência de eu vou beber para poder me sentir melhor [...] eu acho que a partir daí já é alcoolismo” (Médica, 27 anos).

Para alguns, não há relação com algum problema ou situação específica que o indivíduo esteja atravessando. Em vez disso, observam que a necessidade do uso de álcool se impõe na vida cotidiana daquele paciente, cujo consumo de bebidas alcoólicas torna-se necessário para a realização de atividades rotineiras. Novamente, o termo “alcoolismo” relaciona-se ao uso problemático.

“A bebida tá inserida em todas as rotinas da pessoa. Não existe associação de relaxamento sem a bebida” (Médica, 40 anos).

Categoria 6: “alcoolismo” como termo inadequado, associado a estigma, e variável com o contexto sociocultural

Para além de buscar uma definição conclusiva da expressão “alcoolismo”, alguns entrevistados enfatizaram as variadas compreensões desse termo tendo em vista questões socioculturais, nas quais um mesmo padrão de uso pode ser considerado “problemático” (ou “alcoolismo”) em determinados contextos e, em outros, não.

“O problema do alcoolismo é que ele não tem classe [...]. Então, de certa forma, [...], dependendo da classe, do momento que você tá, do lugar que você tá, ele é aceitável socialmente. E em alguns outros momentos e dependendo do lugar, ele não é” (Dentista, homem, 53 anos).

Em outras falas, foi apontado que o termo estaria “ultrapassado”, que teria deixado de ser utilizado por ser inadequado, sendo compreendido pela perspectiva do estigma, da rotulação que despersonaliza o indivíduo.

“[...] Já não é muito utilizado. O [sufixo] -ismo, a própria terminação já traz uma denominação de doença, volta a ser uma individualização, uma culpabilização, eu não costumo utilizar muito” (Médico, 30 anos).

“(...) o alcoolismo, ele rotula. Ele despersonaliza o ser humano” (Médico, 50 anos).

DISCUSSÃO

Este estudo descreve o entendimento dos profissionais da APS sobre os termos “beber socialmente” e “alcoolismo”, utilizados de maneira recorrente pela população geral e por profissionais de saúde, o que torna compreensível sua presença no diálogo terapêutico^{16,25-28,31}. Neste contexto, contudo, a utilização de termos com significados claros é fundamental para orientar a capacitação desses profissionais na abordagem ao paciente usuário de álcool.

Nas definições de “beber socialmente” e “alcoolismo” fornecidas pelos entrevistados, foi possível identificar pontos que distinguem o uso problemático do uso não problemático de álcool.

Dentre os aspectos que apontam situações de maior gravidade, destacaram-se: a presença de consequências negativas, o consumo de grandes quantidades com muita frequência, a percepção de perda de limite/controle, o consumo de bebidas alcoólicas como única forma de aliviar sofrimento e o consumo de bebidas alcoólicas quando se está sozinho.

Geralmente, a expressão “beber socialmente” é bem aceita no contexto cultural, pois remete a um consumo não problemático de bebidas alcoólicas. No entanto, trata-se de um termo impreciso e variável, sendo necessário investigar seu significado^{25-28,31}. Dessa forma, é importante que os profissionais reconheçam a fragilidade da expressão em questão, compreendendo que devem caracterizar melhor o padrão de uso de bebidas alcoólicas pelos pacientes atendidos.

De fato, o termo “beber socialmente” pode mascarar um consumo mais grave do que o entendimento cultural sugere. Muitas vezes, o paciente pode admitir que consome bebidas alcoólicas, sem identificar-se com um padrão prejudicial²⁸. Por sua vez, a equipe o questionaria sobre o uso de álcool, mas, frente a uma resposta de “uso social” (que não remete a gravidade), não aprofundaria a investigação. Desse modo, assume-se precocemente que se trataria de um “uso não problemático” e perde-se a oportunidade de identificar e abordar esse tema adequadamente. A inadequação de expressões vagas no contexto de uso de substâncias psicoativas, aliás, já foi relatada anteriormente^{25,27,28}.

Por seu turno, o termo “alcoolismo” remeteu ao uso grave de bebidas alcoólicas e associou-se a preconceito, discriminação e estigma. Tais aspectos são considerados relevantes na abordagem ao usuário de álcool, à medida que criam barreiras e não acrescentam informações precisas^{16,26,27}. Em estudo realizado em Minas Gerais, por exemplo, os profissionais de saúde de dois dos três municípios estudados mantiveram atitudes negativas em relação a seus pacientes com problemas relacionados ao álcool, mesmo após treinamento³³. Evitar termos que possam aumentar barreiras é, portanto, fundamental^{16,25,26}.

Assim, na busca por definições de “beber socialmente” e “alcoolismo” presentes nas falas dos entrevistados, verificou-se que os profissionais traziam uma mistura de conceitos e termos imprecisos, tentando remeter a terminologias técnicas das quais não se recordavam claramente. Isso pode ser observado nas definições que remetiam à quantidade/frequência de consumo de álcool, nas quais os participantes buscavam definir pontos de corte. A esse respeito, algumas definições técnicas utilizam critérios de frequência e quantidade, como o consumo em *binge*. Dessa forma, o aspecto quantitativo se torna variável, impreciso e subjetivo, dificultando a identificação e o manejo de pacientes com transtornos relacionados ao uso de álcool^{25,28}.

A tentativa de aproximação com definições técnicas também foi notada no uso frequente da expressão “ter limite”, que equivale a beber respeitando as normas injuntivas presentes naquele grupo. “Não ter limite”, em geral, remete a consequências negativas, aproximando-se

de critérios utilizados nas classificações diagnósticas mais comuns (CID-10, DSM-V), já que, nessas classificações, itens associados a “perda de controle” e “prejuízo” aparecem como aspectos importantes para a identificação de problemas relacionados ao uso de álcool.

Algumas definições fornecidas pelos entrevistados para os termos “beber socialmente” e “alcoolismo” evidenciaram a influência de normas sociais, como exemplificado pela atribuição de gravidade ao ato de “beber para aliviar sofrimento”, “beber para fugir de problemas” ou “beber sozinho com sofrimento emocional”. Os profissionais tendem a aceitar certo grau de consumo de álcool, entendendo aquilo como única fonte de prazer e alívio para indivíduos que passam por diversas privações em suas vidas²⁶⁻²⁸. Associações entre a experiência pessoal do profissional de saúde em relação ao consumo de álcool e suas atitudes na abordagem ao uso problemático desta substância já foram descritas na literatura¹⁶.

Diante disso, observa-se uma lacuna entre os dois termos estudados, com um termo remetendo à gravidade extrema enquanto o outro alude ao uso não problemático. Entre eles, falta o devido cuidado ao uso problemático de álcool, com escassez de ações preventivas e de detecção precoce de quadros mais graves^{9,27,31}. Nesse cenário, compreender o uso prejudicial de álcool dentro de um espectro de adoecimento, com uma grande variabilidade de características e formas de apresentação, possibilitará uma abordagem mais adequada do tema. Da mesma forma, entender que aspectos culturais da linguagem informal atravessam a prática dos profissionais de saúde e interferem no cuidado ofertado ao paciente também é de suma importância, mas frequentemente ignorado.

Indica-se, portanto, que as capacitações para o cuidado ao paciente que apresenta uso problemático de álcool na APS no Brasil reconheçam a inadequação de termos leigos, como “beber socialmente” e “alcoolismo”, e capacitem as equipes no uso da terminologia adequada. Atualmente, a classificação utilizada na APS brasileira é a CID-10. Neste nível assistencial, os termos que se destacam como importantes para o conhecimento dos profissionais de saúde são: “uso nocivo” (CID-10: F10.1); “dependência” (CID-10: F10.2); e “problemas relacionados ao estilo de vida – uso de álcool” (CID-10: Z72.1). Neste último caso, sugere-se a avaliação do grau de risco através do instrumento AUDIT, validado no Brasil e de fácil e rápida aplicação, conforme preconizado na capacitação estruturada a partir desta pesquisa, bem como em outros estudos⁹.

Capacitar os profissionais de saúde para essa perspectiva mais ampla de cuidado ao uso inadequado de álcool constitui um desafio na atualidade, especialmente ao pensarmos a educação permanente de equipes da APS^{7,11,28,34}. Sobre essa questão, um estudo apontou que mais de 60% dos profissionais da APS não desenvolvem abordagens preventivas sobre o consumo de álcool¹⁵. Por seu turno, uma pesquisa desenvolvida com profissionais de saúde de Santa Catarina demonstrou que 78% nunca usaram instrumentos ou escalas padronizadas para a abordagem de pacientes que apresentem problemas relacionados ao uso de álcool³⁵. Sendo

a prevenção um pilar da APS, esses pacientes precisam ser identificados e abordados adequadamente. Nessa perspectiva, instrumentalizar a equipe da APS com abordagens validadas pode ser um caminho possível para ampliar o escopo de ação dos profissionais da ponta, trazendo melhorias de qualidade ao cuidado fornecido^{7,9,11,33,34}.

Este trabalho apresentou uma importante limitação. Por ter sido delineado para duas áreas do município do Rio de Janeiro, em função da restrição das áreas de abrangência em que a capacitação seria realizada, houve uma redução no número de entrevistas. Assim, o estudo apresenta restrições quanto à sua generalização para outras regiões. Entretanto, os resultados estão em concordância com a literatura referente ao tema do uso prejudicial de álcool, o que fortalece sua aplicabilidade.

Em suma, constatou-se a ocorrência de um uso inadequado de expressões populares relativas a padrões de consumo de bebidas alcoólicas, o que pode interferir no cuidado prestado aos pacientes pelas equipes da APS. Com isso, evidenciou-se a necessidade de que a abordagem, a detecção e a classificação dos transtornos relacionados ao uso problemático de álcool sejam realizadas de modo mais específico e condizente com a CID-10, classificação diagnóstica utilizada nos atendimentos da APS brasileira. Além disso, a ampliação da exploração dos componentes culturais envolvidos no cuidado ao uso prejudicial de álcool também pode contribuir para a estruturação de formas mais qualificadas de atendimento.

CONCLUSÃO

Diante da importante lacuna no cuidado ao uso problemático de álcool na APS no Brasil, cuja superação tem na capacitação dos profissionais um passo fundamental, conhecer de que maneira esse problema é abordado nas consultas mostra-se relevante para a adaptação cultural das capacitações internacionais existentes. Em suas práticas, os profissionais de saúde são atravessados pelo meio social e cultural em que se inserem. Nesse quadro, esta pesquisa qualitativa sobre dois termos leigos culturalmente disseminados e rotineiramente utilizados em consultas da APS, funcionando como normas culturais descritivas, revelou aspectos significativos associados à baixa taxa de detecção e cuidado.

Nas referidas consultas, o uso de termos imprecisos dificulta a abordagem detalhada dos padrões de consumo de álcool (incluindo quantidade, frequência e prejuízos relacionados ao uso de bebidas alcoólicas). Por um lado, o termo “beber socialmente” remete a um padrão de baixo risco e pode dificultar a detecção precoce. Esse atraso na identificação do padrão de uso real traz obstáculos à implementação de intervenções adequadas (como a intervenção breve), desviando a APS de sua tarefa de promoção da saúde e prevenção de agravos nesta importante área de cuidado. Por outro lado, o termo “alcoolismo” reforça estigmas, não permitindo que os

quadros de uso prejudicial de álcool sejam abordados e cuidados em todas as suas facetas, a partir de definições técnicas adequadas, como, por exemplo, as categorias “uso nocivo” e “dependência” contidas na CID-10, que é utilizada na APS no Brasil.

Diante do que foi exposto, este trabalho traz o entendimento de que normas sociais, de fato, atravessam a prática dos profissionais de saúde na compreensão e no uso de termos leigos que os circundam. Ao mesmo tempo, demonstra que “alcoolismo” e “beber socialmente” são conceituações vagas, imprecisas, subjetivas e preconceituosas, que podem dificultar a detecção precoce de padrões prejudiciais ou dificultar o tratamento adequado de pacientes graves. É fundamental, portanto, abordar aspectos culturais relativos à linguagem nos programas de formação e capacitação dos profissionais atuantes na APS brasileira, a fim de fortalecer a construção de uma comunicação clara e garantir uma avaliação de risco adequada em relação ao uso de álcool. A utilização de termos mais precisos, como “uso de risco”, “uso prejudicial”, “uso nocivo” ou “dependência”, é mais efetiva.

REFERÊNCIAS

1. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare [internet]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2022 ago. 22 [acesso em 2022 ago. 24]. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
2. GBD 2016 Brazil Collaborators. Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* [internet]. 2018 [acesso em 2024 mai. 18]; 392(10149): 760-775. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31221-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31221-2)
3. Plens JA, Valente JY, Mari JJ, Ferrari G, Sanchez ZM, Rezende LFM. Patterns of alcohol consumption in Brazilian adults. *Sci Rep* [internet]. 2022 mai. 21 [acesso em 2024 mai. 18]; 12(1): 8603. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-12127-2>
4. Vargas D, Bittencourt MN, Barroso LP. Padrões de consumo de álcool de usuários de serviços de atenção primária à saúde de um município brasileiro. *Cienc Saude Colet* [internet]. 2014 jan. [acesso em 2024 mai. 18]; 19(1): 17-25. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1972>
5. Bastos FIPM, Vasconcelos MTL, Boni RB, Reis NB, Coutinho CFS. III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ [internet]. 2017 [acesso em 2024 mai. 18]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>
6. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* [internet]. 2005 [acesso em 2024 mai. 18]; 83(3): 457-502. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
7. Zerbetto SR, Furino VO, Furino FO. A implementação da intervenção breve na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Rev APS* [internet]. 2017 [acesso em 2026 fev. 4]; 20(1): 157-82. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.15782>

8. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, *et al.* Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* [internet]. 2007 abr. 18 [acesso em 2024 mai. 18]; (2): CD004148. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004148.pub3>
9. Silva Filho JA, Batista Neto JBS, Graça JMB, Oliveira SR, Vargas D. Intervenção breve para uso de substâncias psicoativas no Brasil: revisão sistemática. *Saúde Debate* [internet]. 2023 [acesso em 2026 fev. 4]; 47(138): 693-706. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313823>
10. Fontanella BJB, Demarzo MMP, Mello GA, Fortes SLCL. Os usuários de álcool, Atenção Primária à Saúde e o que é “perdido na tradução”. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2011 abr. [acesso em 2024 mai. 18]; 15(41): 573-85. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200020>
11. Rush BR, Powell LY, Crowe TG, Ellis K. Early interventions for alcohol use: family physicians' motivations and perceived barriers. *CMAJ* [internet]. 1995 [acesso em 2024 mai. 18]; 152(6): 863-9. Disponível em: <https://www.cmaj.ca/content/152/6/863>
12. Babor TF, McRee BG, Kassebaum PA, Grimaldi PL, Ahmed K, Bray J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. *Subst Abus* [internet]. 2007 [acesso em 2024 mai. 18]; 28(3): 7-30. DOI: https://doi.org/10.1300/j465v28n03_03
13. Blake H, Yildirim M, Premakumar V, Morris L, Miller P, Coffey F. Attitudes and current practice in alcohol screening, brief intervention, and referral for treatment among staff working in urgent and emergency settings: an open, cross-sectional international survey. *PLoS One* [internet]. 2023 [acesso em 2026 fev. 4]; 18(9): e0291573. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291573>
14. Chan PS, Fang Y, Wong MC, Huang J, Wang Z, Yeoh EK. Using Consolidated Framework for Implementation Research to investigate facilitators and barriers of implementing alcohol screening and brief intervention among primary care health professionals: a systematic review. *Implement Sci* [internet]. 2021 nov. 20 [acesso em 2024 mai. 18]; 16(1): 99. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01170-8>
15. Agerwala SM, McCance-Katz EF. Integrating screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) into clinical practice settings: a brief review. *J Psychoactive Drugs* [internet]. 2012 [acesso em 2024 mai. 18]; 44(4): 307-17. DOI: <https://doi.org/10.1080/02791072.2012.720169>
16. Magela N, Padovani FHP, Sanine PR. O álcool na atenção primária à saúde: atitude dos profissionais de saúde quanto ao consumo e uso prejudicial de álcool e o alcoolismo. *Saúde Soc* [internet]. 2023 [acesso em 2026 fev. 4]; 32(4): e220661pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220661pt>
17. Ronzani TM, Higgins-Biddle J, Furtado EF. Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Soc Sci Med* [internet]. 2009 [acesso em 2024 mai. 18]; 69(7): 1080-4. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.026>
18. Oliveira MC, Ronzani TM. Estigmatização e prática de profissionais da APS referentes ao consumo de álcool. *Psicol Cienc Prof* [internet]. 2012 [acesso em 2024 mai. 18]; 32(3): 648-61. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000300010>
19. Fortney J, Mukherjee S, Curran G, Fortney S, Han X, Booth BM. Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. *J Behav Health Serv Res* [internet]. 2004 [acesso em 2024 mai. 18]; 31(4): 418-429. DOI: <https://doi.org/10.1007/bf02287693>

20. Room R, Kuntsche S, Dietze P, Munné M, Monteiro M, Greenfield TK. Testing Consensus About Situational Norms on Drinking: A Cross-National Comparison. *J Stud Alcohol Drugs* [internet]. 2019 [acesso em 2024 mai. 18]; 80(6): 651-659. DOI: <https://doi.org/10.15288/jsad.2019.80.651>
21. Room R. Normative Perspectives on Alcohol Use and Problems. *J Drug Issues* [internet]. 1975 [acesso em 2024 mai. 18]; 5(4): 358-368. DOI: <https://doi.org/10.1177/002204267500500407>
22. Borsari B, Carey KB. Descriptive and injunctive norms in college drinking: a meta-analytic integration. *J Stud Alcohol* [internet]. 2003 mai. [acesso em 2024 mai. 18]; 64(3): 331-341. DOI: <https://doi.org/10.15288/jsa.2003.64.331>
23. Cialdini RB, Kallgren CA, Reno RR. A Focus Theory of Normative Conduct: A Theoretical Refinement and Reevaluation of the Role of Norms in Human Behavior. In: Zanna MP, editor. *Advances in Experimental Social Psychology*. v. 24. New York: Academic Press; 1991. p. 201-234.
24. Chhabra N, Hu H, Feinstein RT, Karnik NS. Stigmatizing language in substance use-related International Classification of Diseases codes. *J Addict Med* [internet]. 2025 [acesso em 2026 fev. 4]; 19(5): 621-623. DOI: <https://doi.org/10.1097/adm.0000000000001462>
25. Chagas C, Paula TCS, Galduróz JCF. A linguagem e o estigma: os termos utilizados na área de álcool e outras drogas. *Epidemiol Serv Saúde* [internet]. 2021 [acesso em 2026 fev. 4]; 30(1): e2020921. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100024>
26. Neves DP. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? *Cad Saúde Pública* [internet]. 2004 jan. [acesso em 2024 mai. 18]; 20(1): 7-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000100002>
27. Campos EA, Reis JG. Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo - Brasil. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2010 jul. [acesso em 2024 mai. 18]; 14(34): 539-550. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000006>
28. Corradi-Webster CM, Minto EC, Aquino FMC, Abade F, Yosetake LL, Gorayeb R, *et al.* Capacitação de profissionais do programa de saúde da família em estratégias de diagnóstico e intervenções breves para o uso problemático de álcool. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* [internet]. 2005 fev. [acesso em 2024 mai. 18]; 1(1): 1-10. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v1i1p01-10>
29. Furtado EF. Implementação de estratégias de diagnóstico e intervenções breves para problemas relacionados ao álcool em serviços de atenção primária na região de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: PAI-PAD/FMRP-USP; 2003. Relatório Técnico PAI-PAD/OMS-Brazil-rp-01/2003.
30. Haley SJ, Athié K, Wyka KE, Salgado MA, Teixeira DS, Alves K, *et al.* Implementation Protocol To Increase Problematic Alcohol Use Screening and Brief Intervention in Brazil's National Health System. *Int J Ment Health Addict* [internet]. 2021 [acesso em 2026 fev. 4]; 19(1): 72-84. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00127-9>
31. Ahern J, Galea S, Hubbard A, Midanik L, Syme SL. "Culture of drinking" and individual problems with alcohol use. *Am J Epidemiol* [internet]. 2008 mai. 1 [acesso em 2024 mai. 18]; 167(9): 1041-1049. DOI: <https://doi.org/10.1093/aje/kwn022>
32. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
33. Ronzani TM, Motta DCB, Souza ICWD. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2009 [acesso em 2024 mai. 18]; 43: 51-61. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800009>

34. Schneider DR, Lima DS. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. *Psico* [internet]. 2011 mai. 25 [acesso em 2024 mai. 18]; 42(2): 161-168. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/article/view/7153>
35. Lavezzo BO, Horr JF, Micheli DD, Silva EA, Reichert RA. Atenção psicossocial a usuários de álcool e outras drogas: um estudo dos profissionais de um município sul-brasileiro. *Trab Educ Saúde* [internet]. 2023 [acesso em 2026 fev. 4]; 21: e02128222. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2128>

Autoria			
Nome	Afiliação institucional	ORCID 	CV Lattes 
Renata Werneck Vargens	Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	https://orcid.org/0000-0002-1340-2274	http://lattes.cnpq.br/5663605043464277
Sean Joseph Haley	City University of New York (CUNY)	https://orcid.org/0000-0002-3762-8091	http://lattes.cnpq.br/8319224702200709
Vitor Aguiar Lobato de Carvalho	Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	https://orcid.org/0000-0002-1820-2204	http://lattes.cnpq.br/7793048580625574
Daniel Storti Netto Puig	Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	https://orcid.org/0000-0003-0285-0714	http://lattes.cnpq.br/2742776770941098
Ana Alice da Silva Sudré	Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	https://orcid.org/0000-0001-7800-5643	http://lattes.cnpq.br/6629253943447345
Manoela Alves Salgado	Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	https://orcid.org/0000-0001-7261-6339	http://lattes.cnpq.br/0104747616326296
Marcelo Santos Cruz	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	https://orcid.org/0000-0003-0057-2095	http://lattes.cnpq.br/3536956625860134
Sandra Lúcia Correia Lima Fortes	Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	https://orcid.org/0000-0002-9918-1555	http://lattes.cnpq.br/8632178826165568
Autor correspondente	Renata Werneck Vargens  renatavargens@gmail.com		

Metadados		
Submissão: 20 de setembro de 2024		Aprovação: 19 de fevereiro de 2026
		Publicação: 15 de julho de 2026
Como citar (Vancouver)	Vargens RW, Haley SJ, Carvalho VAL, Puig DSN, Sudré AAS, Salgado MA <i>et al.</i> “Alcoolismo” e “beber socialmente”: analisando o uso de termos leigos na atenção primária à saúde. Rev. APS [Internet]. 2026; 29 (único): e292646003. DOI: 10.34019/1809-8363.2026.v29.46003	
Cessão de Primeira Publicação à Revista de APS	Os autores mantêm todos os direitos autorais sobre a publicação, sem restrições, e concedem à Revista de APS o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença <i>Creative Commons Attribution</i> (CC-BY), que permite o compartilhamento irrestrito do trabalho, com reconhecimento da autoria e crédito pela citação de publicação inicial nesta revista, referenciando inclusive seu DOI e/ou a página do artigo.	
Conflito de interesses	Sem conflitos de interesses.	
Financiamento	Agradecemos o financiamento da CAPES / Fulbright, concedido ao Professor Doutor Sean Haley, da City University of New York (CUNY), e o financiamento do CNPq, sob o processo n.º 424991/2018-7.	
Contribuições dos autores	Concepção do projeto: SJH, SLCLF. Metodologia: SJH, SLCLF. Coleta de dados: VALC, DSNP, AASS. Análise de dados: RWV, VALC, PSNP, AASS. Revisão da literatura: RWV, SJH, MAS, SLCLF. Escrita inicial: VALC, DSNP, AASS. Redação do manuscrito: RWV, SJH, SL. Revisão: MAS, MSC. Edição: MAS, MSC. Supervisão: SJH, MSC, SLCLF. Validação: SJH, MSC, SLCLF. Aquisição de financiamento SJH, SLCLF. Os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho	

Início