Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental

Maria Claudia Rodrigues

**Avaliação da eficácia de um protocolo de intervenção breve para a redução do uso
de álcool em universitários**

Ribeirão Preto

2019

Maria Claudia Rodrigues

**Avaliação da eficácia de um protocolo de intervenção breve para a redução do uso
de álcool em universitários**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora.

Área de Concentração: Saúde Mental

Orientador: Prof. Dr. Erikson Felipe Furtado.

Ribeirão Preto

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha Catalográfica

Rodrigues, Maria Claudia

Avaliação da eficácia de um protocolo de intervenção breve para a redução do uso de álcool em universitários, 2019.

140 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP/USP.

Área de concentração: Saúde Mental.

Orientador: Furtado, Erikson Felipe.

1. Intervenção Breve; 2. Álcool; 3. Estudantes universitários; 4. *Binge drinking*.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria Claudia Rodrigues

Avaliação da eficácia de um protocolo de intervenção breve para a redução do uso de álcool em universitários.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutora.
Área de Concentração: Saúde Mental

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

**Dedico esse trabalho aos meus dois pontos de segurança
e afeto incondicional, minha mãe e meu amor!**

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Erikson Felipe Furtado, meu grande exemplo profissional! Gratidão por todo acolhimento, paciência e formação de conhecimento, diante desta oportunidade de desenvolver um trabalho de grande valor pessoal e profissional. Agradeço pela dedicação, confiança e afeto.

A toda minha família, que mesmo longe me enviam amor e confiança. Em especial, minha tão amada mãe, que além de ser mãe/pai/melhor amiga, é a minha maior guerreira, enfrentando todos os obstáculos a minha frente e me dando todo suporte possível para não desistir e persistir.

Ao Rafael, por ser meu herói, meu agora infinito, meu incrível, e minha pausa para respirar. Que bom que você existe! Obrigada por seu amor incondicional!

Aos colaboradores dessa pesquisa, Natália, Kley, Adriana, Caroline, Maitê, Fernanda, Hellen, Laura, Nayara e Taynilo. Vocês fizeram acontecer! Obrigada por acreditarem no MEDINTERVBREVE comigo! Obrigada por me apoiarem tanto! Muito obrigada!

A todos os meus amigos da vida inteira, que deixaram essa caminhada mais leve e prazerosa! Obrigada pela demonstração de carinho e incentivo de TODOS de vocês.

Aos grupos de Mindfulness, participantes e colegas instrutores, e em especial ao Dr. Marcelo Demarzo, Dr. Paul Bernard, Dr. Tim Sweeney, Thaís Requito e Karen Cicuto. Desde a presença amorosa aos saberes científicos. Obrigada por me ajudarem em um processo de reconexão e compaixão. O sentido maior dessa pesquisa se deu por esse processo.

Aos estudantes da FMRP, pela disponibilidade, colaboração e participação no projeto. A base desse projeto são vocês! Que muitos outros estudantes possam ter a oportunidade de vivenciar a trajetória acadêmica de uma maneira mais leve e autocuidadosa! Saúde mental em primeiro lugar, sempre!

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da FMRP/USP, e em especial a querida Ivana, pelo apoio e organização em todo processo.

À CAPES, pelo apoio financeiro concedido para a realização deste projeto. Sem este, não seria possível seguir. Serei resistência e luta por um país com educação de qualidade!

Resumo

RODRIGUES, M. C. **Avaliação da eficácia de um protocolo de intervenção breve para a redução do uso de álcool em universitários.** 2019. 140 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

INTRODUÇÃO: É crescente o número de pesquisas que apontam para o uso excessivo de álcool no meio universitário. Muitos estudos relatam que intervenções breves são necessárias para auxiliar os jovens a reduzirem o consumo de álcool e seus comportamentos de risco. **OBJETIVO:** Avaliar um novo protocolo de intervenção breve para redução do consumo de álcool em estudantes universitários, e a redução dos problemas associados a esse consumo, buscando verificar o padrão de consumo de álcool em grupos de universitários, antes e após serem submetidos a uma de duas diferentes modalidades de intervenção breve: IB *BASICS* e IB Grupo, avaliando a efetividade e viabilidade dos protocolos, de maneira independente e comparativa. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo de intervenção do tipo ensaio clínico, comparativo e prospectivo em quatro momentos de coleta de dados: Rastreamento, Fase 1 (pré-intervenção), e Fases 2 e 3 (6 meses, e 10 à 12 meses pós-intervenção, respectivamente). No rastreamento, tivemos uma amostra de 146 participantes (53 homens e 93 mulheres) ingressantes de uma faculdade pública do interior de São Paulo, de diferentes cursos da área de saúde, onde 116 desses alunos foram alocados de maneira aleatória em um dos dois grupos de intervenção. Na Fase 1, 31 alunos participaram do IB *BASICS*, em duas sessões individuais, e 34 do IB Grupo, em sessão única grupal. Sendo acompanhados na Fase 2 e 3 por 28 participantes do IB *BASICS* e 32 participantes do IB Grupo. **RESULTADOS:** Foi possível verificar que houve uma redução no padrão de consumo de álcool nas duas modalidades de intervenção, de maneira acentuada e progressiva, através das três fases da pesquisa. Não houve diferenças significativas na efetividade entre as modalidades de intervenção avaliadas, demonstrando que a intervenção breve, multifatorial, em modelo grupal, se mostrou tão efetiva quanto o modelo IB *BASICS*. Além disso, foi possível avaliar uma diminuição na ocorrência de problemas e consequências de risco decorrentes do uso de álcool para os dois grupos de intervenção. **CONCLUSÃO:** Essas evidências, possibilitam a indicação da viabilidade desse novo protocolo de intervenção breve, IB Grupo, para o contexto universitário.

Palavras-chave: Álcool; *Binge drinking*; Intervenção breve; Universitários.

Abstract

RODRIGUES, M. C. **Evaluation of the effectiveness of a brief intervention protocol to reduce alcohol use among college students.** 2019. 140 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

INTRODUCTION: There is a growing number of studies that point to the excessive use of alcohol in the university environment. Many studies report that brief interventions are needed to help reduce their alcohol consumption and their risky behaviors.

OBJECTIVE: To evaluate a new brief intervention protocol to reduce alcohol consumption in college students, and to reduce the problems associated with alcohol consumption, seeking to verify the pattern of alcohol consumption in college groups, before and after undergoing one of two different types of brief intervention: IB BASICS and IB Group, evaluating the effectiveness and viability of the protocols, independently and comparatively. **METHOD:** This is a prospective, comparative, and clinical trial intervention study at four data collection times: Baseline, Phase 1 (pre-intervention), and Phases 2 and 3 (6 months, and 10-12 months). post-intervention, respectively). In the screening, we had a sample of 146 participants (53 men and 93 women) entering a public college in the interior of São Paulo, from different health courses, where 116 of these students were randomly allocated to one of two groups. intervention. In Phase 1, 31 students participated in IB BASICS, in two individual sessions, and 34 students in IB Group, in a single group session. Being accompanied in Phase 2 and 3 by 28 IB BASICS participants and 32 IB Group participants. **RESULTS:** It was possible to verify that there was a reduction in the pattern of alcohol consumption in both intervention modalities, in a marked and progressive way, through the three research phases. There were no significant differences in effectiveness between the evaluated intervention modalities, demonstrating that the brief, multifactorial intervention in a group model was as effective as the IB BASICS model. In addition, it was possible to evaluate a decrease in the occurrence of problems and risk consequences resulting from alcohol use for both intervention groups. **CONCLUSION:** These evidences allow the indication of the viability of this new brief intervention protocol, IB Group, for the university context.

Keywords: Alcohol; Binge drinking; Brief intervention; College students.

Sumário

1. Introdução	17
1.1. Saúde mental do estudante universitário	17
1.2. Consumo de álcool no contexto universitário	22
1.3. Comportamento <i>binge drinking</i> e consequências de risco.....	25
1.4. Intervenções breves	30
2. Objetivos	37
2.1. Geral.....	37
2.2. Específicos	37
3. Método	39
3.1. Contexto do estudo	39
3.2. Delineamento do estudo	39
3.3. Sujeitos da pesquisa	40
3.4. Instrumentos	42
3.4.1.Dados sociodemográficos.....	42
3.4.2.Experiência estudantil	43
3.4.3.General Health Questionnaire (GHQ-12).....	43
3.4.4.Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).....	43
3.4.5.Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire (YAACQ).....	44
3.5. Equipe de colaboradores	45
3.6. Procedimentos	45
3.6.1.Rastreamento.....	46
3.6.2.Fase 1	47
3.6.3.Fases 2 e 3	50
3.6.4.Desfecho	50
3.7. Análise estatística.....	50
3.8. Aspectos éticos.....	52

3.9. Infraestrutura e recursos	53
4. Resultados.....	55
4.1. Elaboração dos protocolos de Intervenção Breve.....	55
4.1.1.Grupo controle – “IB <i>BASICS</i> ”	55
4.1.2. Grupo experimental – “IB Grupo”.....	58
4.1.3.Elaboração do folheto informativo.....	60
4.2. Caracterização sociodemográfica.....	62
4.3. Efeito da Intervenção	64
4.4. Caracterização do uso de álcool	66
4.5. Prevalência de <i>binge drinking</i>	69
4.6. Análises multivariadas	70
4.7. Consequências do uso de álcool	79
5. Discussão.....	84
5.1. Características sociodemográficas e o consumo de álcool entre os universitários	85
5.2. O efeito das Intervenções Breves.....	87
5.3. Redução do comportamento de <i>binge drinking</i>	93
5.4. Consequências no consumo de álcool.....	97
6. Considerações finais	103
7. Referências	105
ANEXOS	114
APÊNDICES	121

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Protocolo de Intervenção Breve <i>BASICS</i> (IB <i>BASICS</i>).....	57
Tabela 2 – Protocolo de Intervenção Breve em grupo (IB Grupo).....	59
Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo.....	62
Tabela 4 – Análise das diferenças para médias do escore total do AUDIT da Fase 1 e Fase 3, para os grupos IB <i>BASICS</i> e IB Grupo.....	63
Tabela 5 – Média (M), número de participantes (n), desvio padrão (DP), mínimo (Mín.), máximo (Máx.), escore total do AUDIT, dose no último mês, e escore da Questão 3 do AUDIT, referentes ao grupo de inclusão e a amostra total.....	66
Tabela 6 – Análises multivariadas da evolução longitudinal temporal da variável Intensidade de “ <i>Binge</i> ”.....	70
Tabela 7 – Análises “entre-sujeitos” com as interações propostas, entre, idade, renda, escore total do GHQ, grupo de intervenção, sexo, e presença de transtorno mental comum.....	74
Tabela 8 – Análises multivariadas da evolução longitudinal temporal da variável “Escore Total do AUDIT”.....	76
Tabela 9 – Análise “entre-sujeitos” com as interações propostas entre, idade, renda, escore total do GHQ, grupo de intervenção, sexo, e presença de transtorno mental comum, medida pelo “Escore Total do AUDIT”.....	78
Tabela 10 – Média (M), número de participantes (n), desvio padrão (DP), mínimo (Mín) máximo (Máx), para o escore total do YAACQ, referentes ao grupo de inclusão.....	79

Tabela 11 – Médias das subescalas do YAACQ, para as fases de rastreamento, Fase 1,
Fase 2 e Fase 3, comparando entre-grupo.....82

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos participantes.....	39
Figura 2 - Questões do caderno MED-INTERVBREVE ligadas a autorização do participante para contato.....	45
Figura 3 - Capa do folheto informativo - “ <i>Álcool e universidade</i> ”	62

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Efeito da intervenção IB *BASICS* sobre o escore total do AUDIT, nas três fases da pesquisa (Fase 1 - Pré-intervenção; Fase 2 - 6 meses; Fase 3 - 10-12 meses pós-intervenção).....64
- Gráfico 2** – Efeito da intervenção IB Grupo sobre o escore total do AUDIT, nas três fases da pesquisa (Fase 1 - Pré-intervenção; Fase 2 - 6 meses; Fase 3 - 10-12 meses pós-intervenção).....65
- Gráfico 3** – Prevalência do comportamento *binge drinking*, nos últimos 12 meses, na fase de rastreamento, Fase 1, Fase 2, Fase3.....68
- Gráfico 4** – Prevalência do comportamento *binge drinking*, no último mês (referente as respostas ≥ 5), na Fase 1, Fase 2 e Fase3.....69
- Gráfico 5** – Valor absoluto de redução das médias da Questão 3 do AUDIT (*100), entre a Fase 1 e Fase 3.....71
- Gráfico 6** – Valor percentual relativo de redução das médias da Questão 3 do AUDIT (Δ %), entre a Fase 1 e Fase 3.....71
- Gráfico 7** – Médias marginais estimadas da intensidade de frequência de *binge drinking*, nas três fases da pesquisa (Fase1 - pré-intervenção; Fase 2 - 6 meses; Fase 3 - 10-12 meses pós-intervenção).....72
- Gráfico 8** – Médias marginais estimadas da frequência do uso problemático de álcool (escore total do AUDIT), nas três fases da pesquisa (Pré-intervenção; 6 meses; 10-12 meses pós-intervenção).....73
- Gráfico 9** – Percentual de casos (%) de TMC, não participante não incluídos em intervenção, IB *BASICS*, IB Grupo.....75

Gráfico 10 – Médias marginais estimadas da avaliação longitudinal dos escores totais do
AUDIT, nas três fases da pesquisa (Fase 1 - Pré-intervenção; Fase 2 - 6
meses; Fase 3 - 10-12 meses pós-intervenção).....77

Gráfico 11 – Médias marginais estimadas da avaliação longitudinal dos escores totais do
YAACQ, nas três fases da pesquisa (Fase 1 - pré-intervenção; Fase 2 - 6
meses; Fase 3 - 10-12 meses pós-intervenção).....80

Introdução

1. Introdução

1.1. Saúde mental do estudante universitário

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), em seu relatório mundial de saúde, o conceito de saúde mental se abre de maneira ampla, indo muito além da simples ausência de perturbações mentais, abrangendo, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto eficácia percebida, a autonomia, a competência, e a auto realização do potencial intelectual e emocional da pessoa.

Essas variáveis que compõe esse conceito de saúde mental, podem ser perturbadas diante de processos de transições e adaptações a novas fases da vida de uma pessoa. Nessa perspectiva, temos que a fase de entrada ao ensino superior, é um momento sensível para o cuidado com a saúde mental do indivíduo, pois o estudante passa a deixar as suas vivências adolescentes, expostas até esse momento a uma rotina controlada por um cotidiano estudantil esperado, e começa a experimentar as vivências de uma formação adulta emergente, iniciando uma aproximação da autonomia e enfrentamentos de novos desafios, e uma busca de uma identidade profissional (ARNETT, 2000).

Um dos primeiros estudos que temos sobre saúde mental do estudante universitário, é datado de 1924, de Morrison e Diehl, da Universidade de Minnesota. Esse estudo aborda sobre as necessidades de cuidado com a “higiene mental” dos estudantes ingressos, frente aos novos desafios enfrentados, refletindo sobre a falta de auxílio e treinamento as necessidades desses estudantes no enfrentamento de problemas dentro desse contexto (MORISON; DIEHL, 1924).

Desde então, o interesse em estudar essa fase universitária é crescente no meio científico, frente ao impacto que ela pode trazer a vida do indivíduo. Nesse novo cotidiano, o agora universitário, é apresentado a inúmeras situações diferentes da sua

rotina estudantil conhecida até esse ponto da sua vida. Dentro do cenário acadêmico, o aluno é convidado, desde o seu ingresso, a sair de uma postura passiva de aprendizagem, e adotar um comportamento de busca mais ativa de sua formação, onde, por exemplo, além das aprendizagens comuns em sala de aula, o estudante pode se envolver em importantes atividades extracurriculares, como grupos de estudos, participação em ligas acadêmicas, iniciação em projetos científicos, participações em congressos e eventos semelhantes.

Paralelo a esse contexto acadêmico, o universitário também estará exposto a novas adaptações pessoais, como por exemplo, em muitas situações, a saída da casa dos pais, quando ingressam em uma universidade fora da sua cidade de origem, adaptações quanto à organização pessoal da rotina, como alimentação e organização de atividades domésticas, adaptações com novas moradias, e a adaptação e interação com novas amizades e grupos sociais, marcado geralmente por festas e confraternizações. (COLARES, 2004; FACHINI, 2013).

O que podemos observar é que o processo dentro de uma graduação não consiste apenas na adaptação ao novo método de ensino-aprendizagem, mas inclui também ressignificação de comportamentos, atitudes, valores e estruturas de percepção de uma nova realidade (FERREIRA et al., 2001). E nessa realidade, o jovem, ainda oscilando entre os sentimentos positivos de realização e alcance de uma meta, e sentimentos desafiadores, frente a um desconhecido, pode começar a se deparar com um período crítico, diante de possíveis dificuldades nessa adaptação e posicionamento as novas responsabilidades, além da falta de manejo de enfrentamento e regulação emocional frente a essas novas vivências. Essas manifestações, podem assim contribuir para que esta seja uma fase de intensa vulnerabilidade na vida do estudante, trazendo consequências

importantes sobre sua saúde mental (AGANTE, 2006, PEUKER; FOGAÇA; BIZARRO, 2006, PILLON; CORRADI-WEBSTER, 2006, SIMÃO et al., 2008).

Nesse contexto, o manejo dessas vivências, entre suas possibilidades e instabilidades, pode ser bastante desafiador para o estudante, e por vezes perturbador dessas variáveis referidas a saúde mental. É comum o estudante precisar lidar com pressões, autocobranças, preocupações com desempenho, competições, elevadas horas de estudo, e uma grade curricular muitas vezes intensa, o que pode levar o estudante a desgastes, físico e emocional, e a escolhas de comportamentos pouco saudáveis, como poucas horas de sono, alimentação inadequada, e redução de suas atividades de lazer (COLARES, 2004; FACHINI, 2013; PILLON; CORRADI-WEBSTER, 2006; RIDNER et al, 2016).

No ambiente universitário, o estudante exposto muitas vezes a um excesso de eventos desgastantes como provas, trabalhos, seminários, somados as suas predisposições, cognitivas e emocionais, podem levar a um aumento de autocobrança, baixa confiança, baixa estima, além de distúrbios do sono, desesperança, culpa. Em meio a essa situação, esses estudantes muitas vezes acabam por reduzir suas atividades prazerosas, justificado muitas vezes pelo cansaço, falta de tempo ou falta de organização, o que pode levar esse aluno a uma intensa sobrecarga e exaustão, e muitas vezes a presença de Transtornos Mentais Comuns (TMC).

TMC é um conceito criado por Goldberg e Huxley (1992), para caracterizar um conjunto de sintomas não psicóticos como a insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, que designam situações de sofrimento mental, muitas vezes não abrangidas pelos critérios diagnósticos das classificações internacionais. De maneira geral, podemos entender estes transtornos como quadros de estresse, sintomas de ansiedade e episódios depressivo, levando o indivíduo a queda de

produtividade, diminuição da qualidade de vida e sofrimento (GREEN & BENZEVAL, 2011).

Em uma revisão sistemática sobre as variáveis ligadas à adaptação do estudante ao ensino superior e sua relação com a saúde mental, observou-se um alto índice de TMC, com uma prevalência de: estresse (57,9%), ansiedade (47,4%) e depressão (47,4%). Além disso, as autoras dessa revisão apontam três fatores específicos que podem dificultar a adaptação desse estudante e, conseqüentemente, influenciar em aspectos de sua saúde mental, como o nível de exigência do curso, a infraestrutura da instituição, e dificuldades nos relacionamentos interpessoais. (SAHÃO; KIENEN, 2019).

Em um rastreamento realizado no Estados Unidos, pelo *American College Health Association* - ACHA (2019), uma organização que visa o levantamento nacional de hábitos de saúde, comportamentos e percepções de estudantes universitários, e o seu cuidado com a saúde mental, em uma amostra de 67972 estudantes universitários, 87,4% relataram estarem se sentindo sobrecarregados com atividades acadêmicas, 84,7% exaustos, 45,1% depressivos, 65,7% ansioso e 13,3% consideraram uma ação suicida, nos últimos 12 meses da pesquisa. Desses estudantes, 24,3% foram diagnosticados clinicamente com transtorno de ansiedade, e 20,0% transtorno depressivo (ACHA, 2019).

Em um estudo multicêntrico realizado em 21 países, incluindo o Brasil, buscou examinar as associações de TMC de universitários ingresso e o desgaste percebido na faculdade, comparando estudantes universitários e não-estudantes na mesma faixa etária. Nesse estudo, 20,3% dos estudantes universitários apresentaram algum TMC, e destes, apenas 16,4% estavam recebendo algum tipo de tratamento. Além disso, os autores encontraram associação significativas entre TMC e o desgaste percebido pela faculdade. Os autores sugerem que a identificação e o tratamento eficaz desses transtornos desde a entrada do estudante a universidade, podem promover a redução do desgaste e melhorar

o funcionamento educacional e psicossocial desse estudante (AUERBACH ET. AL., 2016).

Bruffaerts et al. (2018) buscaram avaliar a associação entre problemas de saúde mental e o desempenho acadêmico do estudante universitário ingresso. Em suas análises, aproximadamente 33,3% dos estudantes apresentaram algum problema de saúde mental nos últimos 12 meses, sugerindo uma associação desses problemas com um menor desempenho acadêmico. Os autores sugerem ainda que programas acadêmicos mais rigorosos podem aumentar o sofrimento do aluno e pode levar a problemas de saúde mental mais elevados, e eventualmente diminuir o funcionamento acadêmico (BRUFFAERTS ET AL. 2018).

Além dessas adaptações acadêmicas e pessoais, a vida universitária é também um momento importante para o desenvolvimento interpessoal, com a construção de uma nova rede de contatos sociais, seja dentro de uma turma específica de graduação, ou através do envolvimento com atividades esportivas (ligas atléticas), jogos universitários, e também a integração da comunidade universitária, com as famigeradas festas universitárias. Nesse sentido, esses contextos podem assumir uma intenção de afastamento dos desgastes acadêmicos, adotando uma função de atividade nutritiva, muitas vezes com a expectativa de relaxar e extravasar esses momentos desgastantes. E por vezes, essa busca por soluções para lidar com um contexto exaustivo, pode se tornar bastante disfuncional, principalmente quando esse estudante se expõe a comportamentos de risco, como o uso excessivo de álcool e outras substâncias.

Existem algumas evidências que apontam que na presença dessas vulnerabilidades descritas nessa fase universitária, e em situações onde há TMC, existem uma maior probabilidade do envolvimento disfuncional desses estudantes com o álcool e as suas consequências de risco. E de uma maneira bidirecional, o uso intensivo e prolongado de

álcool pode ser um fator para o desenvolvimento de problemas de saúde mental, como aumento de depressão e ansiedade (KING; JUN, 2019; SAMHSA, 2011).

Diante dessas evidências acerca da saúde mental do estudante universitário, podemos observar que essa fase desafiadora pode influenciar em questões mais globais do desenvolvimento desse aluno, e que muitas vezes, ao se deparar com esse excesso de atividades desgastantes e essas possíveis dificuldades no manejo do enfrentamento dessas situações, o estudante possa buscar alternativas pouco cuidadosas para lidar com essas variáveis, como o uso excessivo de álcool.

1.2. Consumo de álcool no contexto universitário

O consumo de álcool é algo normalizado em muitas culturas, além de se tratar de uma substância lícita, seu consumo muitas vezes é associado a comemorações, festas e eventos sociais, atribuindo um valor positivo e vantajoso de seu consumo. Sendo assim, os riscos associados ao consumo de álcool, muitas vezes, são minimizados por essa visão e associação as expectativas positivas.

Em uma pesquisa global da OMS sobre Álcool e Saúde (WHO, 2011), dos 82 países que responderam um questionário sobre saúde, incluindo o rastreamento do consumo de álcool, 80% dos respondentes entre 18 e 25 anos indicaram consumirem álcool, com dados tendenciais a um aumento, relativos aos últimos 5 anos da pesquisa.

Um estudo multicêntrico realizado pela universidade de Washington, e colaboradores mundiais, mostra que o consumo de álcool, mesmo em nível moderado, pode estar associado a uma série de prejuízos à saúde física e mental, evidenciando, que diferentemente de alguns achados científicos anteriores, não existe uma dose de álcool isenta de riscos, principalmente diante da exposição e vulnerabilidade do usuário a

comportamentos de risco. De acordo com o estudo, em 2016, 12,2% das mortes entre homens, na faixa de 15 a 49 anos, estaria associada ao consumo de álcool, e 3,8% entre as mortes de mulheres, na mesma faixa etária. Nesse estudo, os autores destacam a necessidade de políticas que busquem auxiliar a população na redução do consumo de álcool geral (GBD, 2018).

No ambiente universitário, o uso do álcool está intrinsicamente ligado a essa cultura, sendo associada, por exemplo, a festas, momentos de relaxamento e interação social e até mesmo sexual. Para Ashmore, Del Boca e Beebe (2002), a cultura universitária pode ser reconhecida como sendo “a cultura de festas, diversão e busca de parceiros”. As crenças e as expectativas positivas, ligadas, por exemplo, a desinibição social, ou busca dos efeitos prazerosos do álcool, podem gerar uma forte influência sobre o comportamento dos alunos em relação a escolha desse consumo (MCEWAN, 2009).

Em um estudo longitudinal de levantamento do consumo de álcool e outras drogas da Universidade de Michigan, com dados de 1975 a 2018, denominado “*Monitoring the Future*”, Schulenberg et al. (2019), apontaram que estudantes universitários apresentaram uma maior prevalência no consumo de álcool nos últimos 30 dias, da data de aplicação da pesquisa, quando comparados a população não universitária (63% vs. 59%). Os autores apontaram que desde a data de 1980, os estudantes universitários apresentaram uma maior prevalência no consumo de álcool quando comparados a população não universitária, sendo que de 2005 a 2018, um em cada oito estudantes universitários (12%) relatou ter consumido 10 ou mais doses de álcool pelo menos uma vez nas duas semanas anteriores, a pesquisa, e no ano de 2018, 4,7% desses jovens, na faixa etária de 19 à 30 anos, relataram o consumo diário de álcool.

Essa variação entre estudantes universitários e indivíduos não universitários, também foi apresentada no “I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e

Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras”, realizado em 2010 pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD, 2010). Nesse levantamento, 74,6% da população geral usaram álcool nos últimos 12 meses anteriores a pesquisa, e na população universitária esse percentual aumenta para 86,2% de usuários de álcool.

Neste levantamento, verificou-se que o álcool é a substância mais utilizada entre os universitários, onde aproximadamente 90% dos 18 mil estudantes universitários entrevistados, relataram o consumo de álcool na vida, e 60,5% no mês que antecedeu a entrevista, concluindo que o consumo de bebidas alcoólicas é um comportamento frequente e repetido entre a maioria dos estudantes (SENAD, 2010).

Em um estudo de comportamento sobre o consumo de álcool em estudantes universitários de diferentes cursos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Peuker, Fogaça e Bizarro (2006), constataram que 44,2% dos participantes poderiam ser caracterizados como bebedores de uso nocivo, segundo o questionário *Alcohol Use Disorders Identification Test* – AUDIT. Algumas das justificativas para o consumo de álcool por estes jovens podem estar ligadas a necessidade de ajuda a relaxar e “extravasar”; perder inibições em contextos sociais; ajudar a suportar fazer algo aversivo ou “aborrecedor”, como estudar para provas e trabalhos acadêmicos (PEUKER; FOGAÇA; BIZARRO, 2006, PILLON; CORRADI-WEBSTER, 2006).

A fase universitária pode ser bastante desafiadora, e diante de mudanças, adaptações e expectativas, podem aumentar a probabilidade de exposição desses estudantes a comportamentos de risco, por exemplo, o consumo de álcool, porém de uma maneira excessiva e episódica, ou *binge drinking*, comportamento esse muito característico no meio universitário. (TAVOLACCI et al., 2013).

1.3. Comportamento *binge drinking* e consequências de risco

O termo *binge drinking* tem sido utilizado para descrever o consumo excessivo de álcool durante um curto período de tempo, geralmente levando a intoxicação do indivíduo que está consumindo (Carey, 2001). Segundo a OMS (WHO, 2011), o comportamento *binge drinking* seria o equivalente ao consumo de 60 g ou mais de álcool puro em pelo menos uma ocasião nos últimos sete dias, ou o equivalente a cinco ou mais doses padrão de álcool neste período, onde dose padrão seria o equivalente a 12g de álcool (1 dose padrão seria, aproximadamente, o equivalente a 330 ml de cerveja, ou 100 ml de vinho tinto, ou 30 ml de destilado).

Uma possível explicação deste tipo de comportamento em *binge drinking* observado entre os estudantes universitários, pode estar ligado a percepção e às expectativas (ou crenças) desses jovens sobre esse consumo, e as atitudes e opiniões favoráveis ao uso experimental e regular do álcool (WAGNER et al., 2010, FACHINI; FURTADO, 2013). Segundo Dimeff et al. (2002), as expectativas relacionadas a esse consumo excessivo, incluem aumento de autoconfiança, sociabilidade, desinibição social e atratividade física/sexual, sendo que tais expectativas podem favorecer na percepção do álcool como sendo algo apenas vantajoso e gratificante.

Wechsler et al. (1994) investigaram 17592 estudantes em 140 faculdades e constataram que esse comportamento de *binge drinking* era algo comum no perfil dos universitários pesquisados. Na amostra pesquisada, 44% relataram que haviam praticado comportamento de *binge drinking* nas duas semanas anteriores à pesquisa. Em um estudo de Presley, Meilman e Lyster (1995), os universitários entrevistados relataram consumirem uma média de 4,3 doses-padrão por semana (6,7 para os homens e 3 doses para mulheres), e 10% desses estudantes consumiam uma média de 15 ou mais doses por semana.

Com relação as possíveis consequências ligadas ao *binge drinking*, Mallett, Bachrach e Turrissi (2008), em um estudo com 341 estudantes ingressantes de uma universidade pública americana, buscaram verificar as percepções dos alunos quanto as consequências relacionadas ao consumo de álcool. Os autores apontaram que consequências como, *blackouts* (dificuldades de memória imediata após beber excessivo), ressacas e constrangimento social, foram percebidas como consequências aceitáveis e até mesmo desejáveis para alguns universitários.

Buscando também examinar essas possíveis consequências associadas ao consumo em *binge drinking*, Read, Wardell e Bachrach (2013), avaliaram 997 estudantes de duas universidades dos Estados Unidos durante seu primeiro semestre de faculdade (Ano 1) e um tempo de seguimento de 12 meses depois (Ano 2). Os resultados apontaram que tanto para os homens como para as mulheres, as consequências sociais avaliadas no Ano 1, tais como: *dizer ou fazer coisas embaraçosas, ou tornar-se rude ou desagradável após o consumo de álcool*, foram associados a um aumento do consumo de álcool no Ano 2. Para esses alunos, parece que há algo que reforça paradoxalmente estas consequências, onde, mesmo diante de consequências negativas ou potencialmente nocivas, estes continuam com o comportamento de beber, sugerindo que estas consequências não são tão aversivas ao ponto de provocar mudanças de comportamento.

Ainda neste estudo, Read, Wardell e Bachrach (2013), destacaram que uma consequência percebida como negativa após o consumo excessivo de álcool, para os homens da pesquisa, apontado como um possível preditor para diminuição do comportamento de beber, estavam ligados à percepção da redução do autocuidado, ou seja, algum comprometimento físico, como por exemplo estar menos ativo, perder ou ganhar peso e ter menos tempo para realizar atividades de lazer. Enquanto que para as mulheres, as consequências de *blackout* levaram à diminuição do comportamento de

beber. Segundo os autores, existem, provavelmente, expectativas culturais diferentes ligadas ao comportamento de beber para homens e mulheres que precisam ser melhores estudados. Nessa direção, algumas pesquisas, por exemplo, buscaram relacionar esse comportamento de *binge drinking* com situações de abuso sexual em mulheres na faculdade, seja quando estas se apresentam muito embriagadas e sem condições para protestar ou se proteger; ou quando o comportamento *binge* é verificado no agressor (LAWER et al., 2010; TESTA; HOFFMAN, 2012).

Com relação aos comportamentos de risco ligados ao *binge drinking*, Mesquita, Nunes e Cohen (2008), em uma pesquisa com uma amostra de estudantes de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sobre a avaliação das atitudes destes jovens diante do abuso de substâncias na universidade, apontaram que estes estudantes apresentaram uma percepção de maior tolerância ao consumo de álcool em *binge drinking*, considerando-se pouco vulneráveis, em sua percepção, aos comportamentos de risco e possíveis perdas ligadas ao consumo excessivo de álcool.

No estudo de Wechsler e Nelson (2001), os autores apontaram que aproximadamente metade dos praticantes de *binge drinking* tiveram uma probabilidade de 7 a 10 vezes maior de se envolverem em comportamentos de risco, como atividades sexuais não planejadas ou não protegidas, de se ferir, dirigir, e apresentar baixo desempenho acadêmico, quando comparados aos bebedores de baixo risco. Da amostra investigada, 62,5% perderam aula, após terem consumido de álcool na noite anterior, 62% relataram *blackout*, e 56,7% dos alunos relataram dirigir após consumirem álcool. (WECHSLER; NELSON, 2001).

No rastreamento da ACHA (2019), 34,8% dos alunos da amostra relataram terem consumido 5 ou mais doses na última ocasião em que consumiram álcool, sendo que 19%

relataram terem dirigido após o consumo de álcool em *binge*, nos últimos 30 dias (ACHA,2019).

Segundo o levantamento da SENAD (2010), em relação aos comportamentos de risco decorrentes do uso de bebidas alcoólicas, constatou-se que a chance do estudante dirigir embriagado foi quatro vezes maior entre aqueles que beberam em níveis moderados (3-4 doses) quando comparados aos que haviam consumido apenas 1 dose. Quanto a pegar carona com um motorista alcoolizado, o risco de engajar-se nesse comportamento foi quase quatro vezes maior entre estudantes que ingeriram até 2 doses de álcool do que entre aqueles que não bebiam. Onde foi possível observar que mesmo em pequenas quantidades, o uso do álcool está associado a comportamentos de risco significativos (SENAD, 2010).

O comportamento de *binge drinking* está associado a problemas sociais e acadêmicos significativos, como observamos nos estudos anteriores, mas alguns estudos exploram também que esse comportamento pode apresentar consequências cognitivas e fisiológicas. No estudo de Jennison (2004), a prática de *binge drinking* por universitários, além de demonstrarem estar associada a maiores chances de vivências problemática durante o período da universidade, como déficits acadêmicos, observou-se maiores probabilidades de se estabelecer um padrão de consumo de álcool abusivo e dependente de álcool, quando comparados a bebedores não *binge* (Jennison, 2004).

Em um estudo de Nourse et al. (2017), verificou-se a associação entre o consumo *binge drinking* e TMC. Em sua amostra de estudantes, os envolvidos em *binge drinking* sofreram maiores eventos problemáticos e consequências negativas relacionados ao consumo de álcool, e apresentaram problemas de ansiedade e depressão, maiores do que o grupo controle, apresentando significância para as mulheres da amostra.

No trabalho de López-Caneda et al. (2017), os autores buscaram avaliar possíveis danos cerebrais associados ao comportamento *binge drinking*, através da avaliação cerebral (EEG) de estudantes da Universidade de Madrid, que relataram o comportamento *binge drinking* há pelo menos 2 anos. Em suas conclusões preliminares, os autores apontam para potenciais dificuldades na capacidade de processamento de informações e tomada de decisão desses estudantes.

Em uma revisão sistemática de Less, et al. (2019), os autores buscaram avaliar a relação entre o comportamento *binge drinking* e funções do neurodesenvolvimento de adolescentes e jovens adultos (10-24). Nesse estudo, os autores identificaram que o consumo excessivo de álcool poderia estar associado a déficit neurocognitivos gerais ($g = -0,26$) e déficits específicos na tomada de decisões ($g = -1,70$) e inibição ($g = -0,39$), sugerindo que esses déficits podem aumentar ainda mais a propensão desses jovens a exposição a comportamentos de risco e busca de sensações prazerosas imediatas, não mediando as desvantagens.

O que podemos observar é que o comportamento de *binge drinking*, é característico de uma faixa etária jovem e sendo um comportamento observável no meio universitário, sendo que esse comportamento pode abrir margem para consequência negativas importante, seja de uma maneira social, ou fisiológica. O cuidado com esse comportamento no ambiente universitário, diante de suas particularidades pode ser um momento importante para se oferecer aos estudantes um contexto que estimule a reflexão sobre suas escolhas, visando, nessa perspectiva, a possibilidade da escolha de um beber, no mínimo em baixo risco, se preservando diante de possíveis consequências risco.

1.4. Intervenções breves

As intervenções breves (IBs) tem se mostrado um importante método para auxiliar na redução do consumo de álcool por estudantes universitários. As IBs têm por objetivo, detectar um problema e motivar o indivíduo a alcançar determinadas ações, como por exemplo, iniciar um tratamento ou, ainda, melhorar seu nível de informação sobre os riscos associados ao uso de substâncias, por meio do aumento de sua percepção de risco e de autocuidado. Essas intervenções podem também complementar atividades preventivas e assistenciais, sendo inseridas na rotina usual de atendimentos em serviços de saúde, podendo utilizar de recursos didáticos para obter rapidamente um maior nível de informação do indivíduo sobre seus problemas atuais, avaliando e eliciando a motivação para mudança comportamental (MARQUES; FURTADO, 2004).

Dimeff et al. (2002), em um estudo realizado pela universidade de Washington, testaram algumas intervenções visando a prevenção e possível redução de danos causados pelo uso excessivo de álcool em estudantes universitários, tais como programas de educação sobre o álcool por meio de palestras e conferências, e IBs individuais aos estudantes já rastreados com comportamentos de risco. Os autores indicaram que os universitários que recebem intervenção visando ampliar repertório de comportamento, com estratégias que buscavam um beber moderado, relataram menos comportamentos de risco e consequente redução no comportamento de *binge drinking*, quando comparados a grupos controle.

Um método de prevenção, baseado em IBs, amplamente utilizado para prevenir o uso abusivo de álcool em universitários, é conhecido pelo acrônimo *BASICS* (*Brief alcohol screening and intervention for college students*). Através da abordagem de redução de danos, o *BASICS* tem como objetivo auxiliar o aluno na redução de comportamentos de risco e dos efeitos prejudiciais do consumo excessivo de álcool. O

método é conduzido em duas sessões, de maneira individual, de 50 minutos cada, onde na primeira sessão, é estimado o padrão de consumo de bebidas alcoólicas do estudante, suas consequências negativas e os comportamentos de risco devido ao uso de álcool. E na segunda sessão, é realizada uma reavaliação do padrão de uso de álcool anteriormente referido pelo aluno e são traçadas estratégias para redução do consumo de álcool (DIMEFF et al., 2002).

Fachini et al., (2012), buscaram avaliar a eficácia do protocolo *BASICS*, para redução do consumo de álcool e redução de problemas causados por esse consumo, através de um estudo de revisão sistemática com metanálise. Os autores selecionaram 12 estudos, através da procura de ensaios clínicos randomizados (ECR) em quatro bases de dados: *Medline*, *PsycInfo*, *Web of Science* e *Biblioteca Cochrane*. Os dados dessa metanálise se apresentou favorável ao *BASICS*, avaliando-o como um protocolo de excelente qualidade. Os dados ainda indicaram que depois de aproximadamente 12 meses de *follow-up*, os alunos que recebem intervenção *BASICS*, mostraram uma redução significativa no consumo de álcool (diferença entre as médias = -1,50 drinques por semana, 95% CI: -3,24 para -0,29) e na redução dos problemas relacionados ao consumo de álcool (diferença entre as médias = -0,87, 95% CI: -1,58 para - 0.20) comparados aos grupos controle. Desta maneira, temos o *BASICS* como um método seguro de intervenção a estudantes universitários visando a redução do beber em excesso e comportamentos de risco.

Em um estudo sobre esse método *BASICS*, Kerr-Corrêa et al. (1999) apresentaram algumas limitações na utilização deste método com universitários no contexto brasileiro. Em suas colocações, o modelo em sessões individuais, poderia dificultar sua execução quanto a tempo, espaço e abrangência. Um outro apontamento se refere ao modelo ser proposto em duas sessões, onde há uma alta possibilidade de perda amostral para segunda

sessão. Além disso, os participantes submetidos ao *BASICS*, em seu estudo, relataram incômodo quanto ao tempo longo de entrevista inicial.

Pengpid et al. (2013), em uma pesquisa realizada com estudantes universitários da África do Sul, também buscaram avaliar a eficácia de uma intervenção breve na redução do consumo de álcool entre universitários. Realizou-se um estudo randomizado controlado, com avaliação *follow-up* em 6 e 12 meses. Os estudantes universitários selecionados como bebedores de risco ou uso nocivo de álcool, foram distribuídos aleatoriamente em um grupo experimental ou grupo controle. O grupo experimental recebeu uma intervenção breve sobre os riscos no consumo excessivo de álcool e educação para redução de consumo, enquanto o grupo controle recebeu apenas uma intervenção mínima através de um folheto informativo de educação ao consumo de álcool. Os resultados deste estudo indicaram que o consumo de álcool diminuiu significativamente ao longo do tempo entre os grupos de tratamento ($\beta = -0.18$, $p = 0,009$) a partir da linha de base para 6 e 12 meses de *follow-up*. Os autores evidenciaram a eficácia da intervenção breve com bebedores de risco e/ou nocivos no ambiente universitário.

Através de um estudo de metanálise, Scott-Sheldon et al. (2014), buscaram avaliar a eficácia de intervenções que tinha por objetivo a diminuição do consumo abusivo de álcool por estudantes universitários do primeiro ano de graduação. Os resultados desta metanálise confirmam que intervenções comportamentais para alunos do primeiro ano da faculdade, focadas em redução do consumo de álcool e na redução de comportamentos de risco devido ao seu consumo excessivo, são bem-sucedidas. Os autores apontaram como sendo as intervenções que tiveram melhores resultados na redução do consumo excessivo de álcool pelos estudantes, as intervenções que forneceram *feedback* personalizado ($\beta = 0,56$, $p < 0,001$), treino de identificação de situações de risco, ($\beta =$

0,36, $p < 0,003$), e intervenções que auxiliam os estudantes a definir metas de redução de danos para gerir os seus comportamentos de consumo ($\beta = 0.44$, $p < 0,001$). Os autores concluem que triagens periódicas nos alunos recém ingressos na universidade e intervenções que busquem o treino de habilidades assertivas são eficientes na redução de comportamentos de risco e podem auxiliar na prevenção de casos de dependência de álcool na universidade.

Apesar deste cenário positivo com relação as IBs, Huh et al. (2015), em um estudo de metanálise, que buscou avaliar a eficácia das IBs, identificaram que, de uma maneira geral, os efeitos globais das intervenções utilizadas pelos 17 ensaios clínicos randomizados avaliados, foram muito pequenas e sem alcançar significância estatística para desfechos de redução do consumo de álcool em universitários. Foram comparados três tipos de intervenção: Entrevista motivacional individual; *Feedback* personalizado via *Web*; e Grupo de Entrevista Motivacional. O que eles observaram é que houve apenas uma pequena redução, estatisticamente significativa, para os problemas relacionados ao consumo de álcool entre os participantes que receberam uma entrevista motivacional individual.

Os autores apesar de questionarem a eficácia e a magnitude dos efeitos das IBs para a prevenção e modificação no comportamento de beber em universitários, afirmam que intervenções breves são sim muito importantes no contexto universitário, e além disso, é importante levarmos em consideração que sua amostra foi restrita a apenas três tipos de IBs. Os autores sugerem para que haja o desenvolvimento de estratégias de intervenção mais eficazes, e que apresentem novos desenhos metodológicos (HUH et al., 2015).

Em um estudo de Sharma, Knowlden e Nahar (2017), os autores apontaram possíveis maneiras de fortalecer e aumentar a eficácia dos métodos de intervenção breve

em estudantes universitários. Para eles, um método de intervenção multiteórico pode ter uma melhor resposta na busca de mudança comportamental dos estudantes e deve ser testado, visando assim aumentar a eficácia destas intervenções a curto e longo prazos. Essa busca da redução do comportamento de *binge drinking* em estudantes universitários, se daria através da combinação de teorias comportamentais já estabelecidas, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) (BECK, J., 1997); Teoria Sócio-Cognitiva (BANDURA, 1977; BANDURA, 1986); Modelo Transteórico de mudança comportamental (PROCHASKA, 1979).

Read, Wardell e Bachrach (2013), propõem uma maior atenção para intervenções que trabalhem com o significado pessoal e as implicações das consequências do consumo excessivo de álcool no contexto universitário. A compreensão e interpretação (percepção) de um indivíduo sobre as consequências que ele experimentou com o consumo de álcool, podem servir como mecanismos de influência para uma escolha de mudança de comportamento, assim como a percepção também das vantagens ou resultados positivos ligados ao consumo de bebidas alcoólicas (por exemplo, diversão e socialização), pois as vantagens de beber são variáveis em potencial para se manter o comportamento de *binge drinking*, sendo importante que o estudante reconheça essas vantagens, para talvez, posteriormente, serem reavaliadas (Lee et al., 2010).

Sendo assim, entender o contexto universitário e as variáveis envolvidas no processo da escolha destes estudantes por um comportamento de beber excessivo, devem ser abordados durante um processo de intervenção, através de um trabalho que auxilie o estudante na percepção das possíveis vantagens e desvantagens de suas tomadas de decisões, visando uma ampliação da autopercepção e reflexão quanto os fatores ligados ao consumo de álcool.

Para Fachini (2009), a criação de espaços, onde se possa escutar os estudantes que estão entrando em uma nova fase de vida e onde haja possibilidade de auxiliar estes para uma autopercepção dos riscos de um consumo de álcool excessivo, percepção e autorreflexão das possíveis perdas associadas a esses riscos e na elaboração de possíveis estratégias de controle no uso de álcool, podem ser formas possíveis de orientar os universitários a um beber mais moderado e “consciente”.

Objetivos

2. Objetivos

2.1. Geral

Avaliar um novo protocolo de intervenção breve para redução do consumo de álcool em estudantes universitários, e a redução dos problemas relacionados a esse consumo.

2.2. Específicos

- Verificar o padrão de consumo de álcool em grupos de estudantes universitários, antes e após serem submetidos a uma de duas diferentes modalidades de intervenção breve: IB *BASICS* – intervenção controle, e IB Grupo – intervenção experimental.
- Avaliar a efetividade desses protocolos de intervenção breve para redução do consumo de álcool, e seus problemas relacionados, de maneira independente e comparativa.
- Avaliar comparativamente as diferenças na ocorrência de consequências de risco decorrentes do uso de álcool antes e após a aplicação das intervenções nos dois grupos e sua relação com o tipo de intervenção empregada.
- Avaliar a viabilidade de aplicação do novo protocolo testado (IB Grupo).

Método

3. Método

3.1. Contexto do estudo

Esta pesquisa denominada “MED-INTERVBREVE”, é um desdobramento do projeto intitulado: “*Estudo sobre os fatores associados ao uso de álcool e substâncias psicoativas entre estudantes de graduação da área da saúde*”, identificada pela sigla MED-ÁLCOOL, desenvolvida a partir de 2006 em parceria entre o Núcleo de Pesquisa NPCP/PAI-PAD (Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Clínica e Psicopatologia/Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), em parceria com o Centro de Apoio Educacional e Psicológico (CAEP), coordenado e sob responsabilidade do Professor Doutor Erikson Felipe Furtado da FMRP-USP.

3.2. Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo de intervenção do tipo ensaio clínico, comparativo e prospectivo em quatro momentos de coleta de dados: Rastreamento, Fase 1 – pré-intervenção e Fases 2 e 3 – pós-intervenção (6 meses, e 10 à 12 meses, respectivamente).

No primeiro momento de rastreamento, todos os alunos ingressantes da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) no ano de 2017, foram convidados a responder um conjunto de questionários estruturados, chamado de “Caderno MED-INTERVBREV” (APÊNDICE A), constituído por, inventário de dados sociodemográficos; experiência estudantil; saúde, lazer e estresse; rastreamento de consumo e identificação de problemas relacionados ao uso de álcool; e questionário de consequências ligadas ao uso de álcool. Após o preenchimento do caderno de questões, os estudantes participantes receberam um folheto informativo sobre “*Álcool e Universidade*” (APÊNDICE B).

A Fase 1 da pesquisa, foi realizada no primeiro semestre de 2018. Nesta etapa, os estudantes participantes, que responderam ao caderno MED-INTERVBREVE, foram separados em dois grupos comparativos – IB BASICS e IB Grupo – através de uma distribuição aleatória. Essa alocação nos grupos foi realizada por sorteio, via *software*, onde foram controladas as variáveis sexo e nível de consumo de álcool (*binge drinking*), buscando uma composição equivalente para cada grupo.

Os estudantes incluídos no grupo IB *BASICS* foram submetidos ao método de intervenção breve *BASICS*, aplicado de forma individual e em duas sessões. Os estudantes alocados no IB Grupo, foram submetidos ao novo protocolo de intervenção breve, aplicado de forma grupal e em sessão única. Nas Fases 2 e 3 seguintes, os estudantes participantes foram novamente convidados a responderem aos instrumentos contidos no caderno MED-INTERVBREVE, respectivamente a 6 meses e entre 10 e 12 meses, após terem sido submetidos a um dos dois grupos de intervenção mencionados.

3.3. Sujeitos da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram recrutados a partir da população de estudantes ingressantes da FMRP-USP, matriculados no ano de 2017, nos cursos de medicina, fisioterapia, fonoaudiologia, informática biomédica, nutrição e metabolismo, e terapia ocupacional. Participaram da fase de rastreamento, 146 alunos (93 mulheres e 53 homens) da FMRP-USP, sendo o equivalente a 59,6% da população total estimada (n=245) dos ingressantes dos cursos da FMRP-USP em 2017.

A Figura 1, a seguir, mostra, de uma maneira geral, a distribuição dos participantes, para toda coleta dos dados:

Figura 1 - Distribuição dos participantes.

Após a busca de uma composição equivalente para cada grupo, 30 participantes foram excluídos no pareamento, e 116 alunos, da amostra total, foram alocados em um,

dos dois grupos de intervenção. Na Fase 1, após o novo contato convidando os estudantes a participarem das intervenções, tivemos uma amostra total de 65 participantes (retenção de 56%), onde 31 estudantes participaram do IB *BASICS*, e 34 estudantes participaram do IB Grupo. Para Fase 2, 6 meses após a intervenção, tivemos uma amostra total de 60 participantes (retenção de 92,3%), onde 28 estudantes do grupo IB *BASICS* voltaram a responder o caderno de questões, e para o grupo IB Grupo, 32 participantes. Já na Fase 3, de 10 à 12 meses após a intervenção, não houveram perdas amostrais, IB *BASICS* (n = 28) e IB Grupo (n = 32).

Quanto as perdas amostrais, dos 116 alunos que buscamos contato na Fase 1, 41 não tivemos retorno de contato (telefone não existente, caixa postal, ou sem respostas via e-mail), tivemos 6 recusas (sem informações adicionais sobre os motivos da recusa), e 4 participantes com dificuldades no agendamento e incompatibilidade de horários.

Na Fase 2, para o IB *BASICS*, tivemos 1 participante com incompatibilidade de horário, e 2 participantes sem retorno de contato. Para o IB Grupo, tivemos 2 participantes sem retorno de contato.

3.4. Instrumentos

3.4.1. Dados sociodemográficos

Para as questões ligadas aos dados sociodemográficos, buscando a caracterização geral da amostra do estudo, foram levantadas as informações sobre sexo, data de nascimento, cor de pele, estado civil, renda familiar, ser praticante de religião e curso de graduação em que está matriculado na FMRP-USP.

3.4.2. Experiência estudantil

Algumas questões foram estruturadas para avaliar os aspectos relacionados à experiência estudantil dos participantes, tais como: se já cursou outra faculdade, satisfação com a carreira, satisfação com o curso, desempenho escolar, se já pensou em abandonar o curso, e a participação em atividades extracurriculares.

3.4.3. General Health Questionnaire (GHQ-12)

Para avaliar a saúde geral dos estudantes, especificamente quanto a sua percepção de bem-estar e nível de estresse, foi utilizado o *general health questionnaire-12* (GHQ-12), um instrumento que corresponde a uma versão abreviada do *general health questionnaire* de Goldberg (1972), adaptado para o Brasil por Pasquali et al. (1994). Sua versão compõe 12 itens, que devem ser respondidos de acordo com a experiência dos sintomas descritos no questionário. Suas respostas são dadas em uma escala *Likert* de quatro pontos (GOUVEIA et. al., 2003).

3.4.4. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Como instrumento de mensuração do consumo de álcool, foi utilizado o *Alcohol use disorders identification test* (AUDIT). Trata-se de um instrumento de rastreamento, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (BABOR et al., 1992), utilizado para identificar padrões de consumo do álcool. A tradução brasileira foi desenvolvida a partir da última versão publicada do manual de utilização do AUDIT, editada pela OMS e publicada no Brasil em 2003, a qual apresenta uma sensibilidade de 90% e uma especificidade de 80% (BABOR et al., 2003). O AUDIT apresenta um total de dez questões que investigam três domínios: padrão do consumo de álcool (questões 1, 2 e 3), sinais e sintomas de dependência (questões 4, 5 e 6) e problemas decorrentes do uso de álcool (questões 7, 8, 9 e 10) (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001).

As questões possuem respostas cuja pontuação varia de zero a quatro pontos. A questão 3 do instrumento identifica o padrão de uso do tipo *binge drinking*, que se refere a um consumo de álcool igual ou superior a cinco doses em uma única ocasião (BABOR et al., 2003). Neste estudo, foi definido como uma dose padrão o equivalente a 12 g de etanol. No Quadro 1, a seguir, é possível observar as zonas de risco do uso de álcool, equivalente a pontuação do AUDIT.

Quadro 1 – Zonas de risco do uso de álcool identificadas através da pontuação do AUDIT.

Zonas de risco		Pontuação
Uso de baixo risco		0 – 7
Uso de risco		8 – 15
Uso nocivo	Uso problemático de álcool	16 – 19
Provável dependência		20 – 40

3.4.5. Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire (YAACQ)

Para avaliar as consequências decorrentes do uso de álcool pelos estudantes universitários, foi utilizado o *Young adult alcohol consequences questionnaire* (YAACQ), desenvolvido por Read et al. (2006). O YAACQ consiste em um questionário do tipo auto relato, contendo 48 itens, que visam medir as consequências negativas relacionadas ao consumo de álcool em jovens adultos. O questionário apresenta uma lista de situações, em frases afirmativas, que podem acontecer às pessoas, durante ou após, terem consumido bebidas alcoólicas. O avaliado deve assinalar uma das opções de resposta classificadas dicotomicamente (SIM/NÃO) para indicar se a frase descreve uma situação que lhe aconteceu no último ano ou não (READ et al., 2006).

O YAACQ é dividido em oito subescalas, de acordo com consequências específicas ligadas ao uso de álcool: Social/interpessoal, controle de impulso,

autopercepção, autocuidado, comportamentos de risco, acadêmico/ocupacional, dependência e blackout (Kahler et al., 2004).

Para Devos-Comby e Lange (2008), em um estudo de revisão sobre medidas padronizadas de problemas relacionados ao álcool entre estudantes universitários, o YAACQ é um questionário completo, consistente e de elaborada categorização de problemas relacionados ao consumo de bebida por jovens universitários.

Para a incorporação do questionário YAACQ, foi necessário a autorização de sua autora original, Dra. Jennifer Read, da universidade de Buffalo, Estados Unidos. A autora foi então contatada pessoalmente, via e-mail, autorizando a tradução livre e utilização do instrumento.

3.5. Equipe de colaboradores

A pesquisa contou com uma equipe de colaboradores para execução de suas fases. Na coleta de dados inicial, o projeto contou com o apoio de alunas do aprimoramento do programa “*Abordagem Multidisciplinar em Prevenção e Atenção ao uso de Álcool e Drogas na Comunidade*”, ligados ao HC-FMRP/USP, sob coordenação do Prof. Dr. Erikson Felipe Furtado.

Na Fase 1, uma equipe composta de nove colaboradores foi treinada pela responsável do projeto, para auxiliarem na intervenção IB *BASICS*, e na reaplicação dos instrumentos do caderno MED-INTERVBREVE nas fases seguintes (Fases 2 e 3).

3.6. Procedimentos

O presente estudo foi desenvolvimento em quatro momentos: Rastreamento, Fase 1 (pré-intervenção), Fase 2 (6 meses após intervenção) e Fase 3 (10 à 12 meses após a intervenção). A seguir serão descritos os procedimentos realizados para execução de cada um desses momentos.

3.6.1. Rastreamento

Aplicação do caderno MED-INTERVBREVE

Foram realizadas visitas em sala de aula, previamente agendadas com professores dos cursos da FMRP, através de contato telefônico ou via e-mail. Mediante o aceite do docente responsável, foram realizadas as visitas em sala de aula, onde foi exposto aos alunos os objetivos da pesquisa e suas considerações éticas. Aos que aceitaram colaborar com o projeto, foram entregues os cadernos contendo os questionários autoaplicáveis (Dados sociodemográficos, Experiência estudantil, GHQ-12, AUDIT, YAACQ). Foram realizados esclarecimentos necessários para a participação dos estudantes, preenchimento e devolução dos questionários, bem como fornecidas as informações sobre os procedimentos das intervenções. Aos participantes, foi solicitado o fornecimento de meios para contato, visando possibilitar a participação deste na Fase 1. Todas as informações tiveram caráter confidencial, respeitando os procedimentos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos.

Os questionários foram devolvidos em dois envelopes lacrados e separados, onde foi solicitado aos alunos que destacassem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e a ficha de identificação e os separassem do resto do material, visando assim evitar identificação dos participantes e seus respectivos dados de pesquisa.

Após a entrega dos questionários respondidos, os alunos receberam o folheto informativo, mencionado na seção anterior.

Autorização dos participantes para contato

Os participantes foram solicitados a responderem a três questões ligadas a autorização de contato. Essas autorizações se referiam ao interesse em participar de uma das intervenções da Fase 1 do projeto, ser informado sobre os resultados obtidos no

caderno de questões, e ser orientado, se caso fosse identificado algum padrão de risco ou problemas de saúde (Figura 2).

	Não	Sim
1. Você deseja e nos autoriza a entrar em contato com você, para participação em uma das três diferentes modalidades de intervenção preventiva?	☐ 0	☐ 1
2. Você deseja e nos autoriza a entrar em contato com você, para informar seus resultados?	☐ 0	☐ 1
3. Você deseja e nos autoriza a entrar em contato com você, para orientação sobre como proceder ou buscar ajuda, caso seja identificado algum padrão de risco ou de problema de saúde?	☐ 0	☐ 1

Figura 2 – Questões do caderno MED-INTERVBREVE ligadas a autorização do participante para contato.

Dessas autorizações, 78% dos participantes autorizaram o contato para participarem da próxima etapa de intervenção do projeto, 95,9% autorizaram o contato para receberem os resultados obtidos no caderno de questões, e 94,5% autorizaram o contato em caso de padrão de consumo de risco ou problemas de saúde.

3.6.2. Fase 1

Treinamento da equipe de colaboradores – IB *BASICS*

Antes do início da Fase 1, a equipe de colaboradores recebeu um treinamento específico, visando a aquisição das habilidades necessárias, e a padronização dos interventores para realização da intervenção controle, IB *BASICS*. O treinamento ocorreu em março de 2018, e foi realizado no Hospital das Clínicas da FMRP/USP.

A equipe de colaboradores foi composta por 9 psicólogos que foram recrutados, via rede social, respeitando como critério de inclusão, já possuir formação em psicologia.

O treinamento foi realizado pela pesquisadora responsável do projeto MED-INTERVBREVE, e contou com o seguinte protocolo:

I- Recrutamento dos colaboradores (1 hora):

- Entrevista individual inicial com os interessados na colaboração da pesquisa;
- Reunião geral, contextualizando o projeto de pesquisa e os procedimentos de participação dos colaboradores.

II- Leitura teórica (3 horas):

- Material do projeto de pesquisa completo;
- Material teórico de apoio intervenção breve em universitários;
- Resumo do manual *BASICS*.

III- Aula teórica (2 horas):

- Aula teórica sobre contexto do estudo, abordando o tema: “Álcool e universidade”;
- Aula teórica sobre a aplicação do *BASICS*.

IV- Aula prática (2 horas):

- Atividade prática por meio de *role play* sobre Entrevista Motivacional;
- Atividade prática por meio de *role play* da aplicação do *BASICS*;

O recrutamento dos colaboradores (tópico I), foi realizado entre setembro e outubro de 2017, onde a entrevista com os colaboradores e a reunião inicial foram realizadas pela responsável do projeto, em sala de aula, no HC-FMRP/USP. Após a reunião, o material da pesquisa e o material de apoio teórico foram enviados, via e-mail, para leitura dos colaboradores (tópico II). Em seguida, foram agendadas as aulas teóricas e práticas, que aconteceram em sala de aula do HC-FMRP/USP. Este procedimento de treinamento dos colaboradores teve por objetivo a padronização da intervenção *BASICS*, visando evitar possíveis vieses no processo de intervenção.

IB BASICS e IB Grupo

Para realização das intervenções, os participantes foram novamente contatados e informados sobre sua alocação de grupo, onde se verificou, mais uma vez, sua concordância em prosseguir no estudo, e sua concordância em se submeter à intervenção designada.

Para o IB *BASICS*, os colaboradores da pesquisa entram em contato, via telefone, *WhatsApp*, ou e-mail, para realização do agendamento das sessões. Após esse agendamento, ao início da 1ª sessão, o aluno foi novamente convidado a responder o caderno MED-INTERVBREVE, como medida de pré-intervenção. Após as intervenções da 1ª sessão, o interventor agendou com o aluno, dia e horário possível para a realização da 2ª sessão, buscando respeitar o prazo de 15 dias após a aplicação da primeira sessão, seguindo os procedimentos do manual *BASICS*.

Para o IB Grupo, a responsável pela pesquisa, junto com uma colaboradora, aprimoranda do programa “*Abordagem Multidisciplinar em Prevenção e Atenção ao uso de Álcool e Drogas na Comunidade*”, realizaram os procedimentos de contato com os participantes designados para essa intervenção experimental. Após a confirmação de interesse em participar do IB Grupo, foi montado grupos de *WhatsApp*, organizados de acordo com as disponibilidades de horários para realização do grupo, incluindo no máximo 10 participantes em cada grupo. Após agendamentos, foram realizados 4 grupos, que contou como interventora a pesquisadora responsável, e a presença de uma colaboradora auxiliar ao momento do grupo. A intervenção aconteceu em uma sala de aula no HC-FMRP/USP. O primeiro grupo contou com 10 participantes, um segundo grupo com 7, um terceiro grupo com 9 participantes e o quarto grupo com 8 participantes. Assim como no IB *BASICS*, como medida de pré-intervenção, os participantes foram

convidados a responderem o caderno MED-INTERVBREVE, antes do início da intervenção.

Em ambas as intervenções, após o término, os estudantes receberam novamente o folheto informativo “Álcool e Universidade”.

3.6.3. Fases 2 e 3

Novas avaliações longitudinais das variáveis de desfecho foram realizadas, em dois momentos: Fase 2, 6 meses, após a intervenção, e Fase 3, de 10 à 12 meses, após a intervenção. Os participantes dos dois grupos foram novamente contatados, e convidado para responderem o caderno MED-INTERVBREVE para o *follow-up*, possibilitando as análises do efeito das intervenções, no período estabelecido. Foi realizado o agendamento individualmente, em dia e horário combinado.

3.6.4. Desfecho

Após o término da Fase 3, todos os alunos que participaram desta pesquisa, receberam, via e-mail, um *link* contendo um formulário *online*, com notas de agradecimento a participação nesta pesquisa e disponibilizando novamente os contatos do projeto, caso tenham interesse em receber os resultados obtidos. Além disso, o formulário continha o questionário *online* do AUDIT, onde o aluno poderia responder as questões referentes ao seu consumo de álcool, e ao final receber orientações breves como devolutiva, baseado em suas respostas e seu nível de consumo.

3.7. Análise estatística

Os dados coletados foram digitados e arquivados em um único banco de dados, inicialmente como um arquivo de planilha tipo Excel, e posteriormente transferidos para

uma planilha do aplicativo de análise estatística IBM SPSS 26. Foram então submetidos a verificação e depuração de erros de digitação e inconsistências.

As análises estatísticas foram iniciadas após o processo de verificação e depuração de erros. Inicialmente foi realizada análise descritiva para calcular médias e desvios padrão para as variáveis numéricas, bem como as frequências das variáveis nominais e ordinais. Foram utilizadas estatísticas descritivas (médias, porcentagens e desvio-padrão) para caracterizar a amostra segundo as variáveis sociodemográficas definidas (sexo, idade, cor de pele, estado civil, renda familiar, religião e curso).

Conforme os objetivos analíticos do estudo, focados na avaliação da efetividade das intervenções para redução dos problemas relacionados ao consumo de álcool, foram identificadas as variáveis simples originadas dos questionários, que compunham os critérios de desfechos, e a partir daí foram computadas variáveis compostas na forma de escores totais ou parciais das escalas utilizadas, permanecendo como variável central independente, o tipo de intervenção realizada, compondo dois grupos para a análise longitudinal, sendo um grupo submetido à intervenção padrão (IB *BASICS*) e outro grupo submetido à intervenção experimental (IB Grupo). As observações das variações observadas pelas variáveis de desfecho, dependentes, foram seriadas em três fases temporais, Fases 1, 2 e 3 (pré-intervenção, 6 meses e 10-12 meses, pós-intervenção).

Para análise da efetividade isolada de cada intervenção, a amostra foi dividida segundo o grupo de intervenção, e foi realizada avaliação de diferença de médias, pré- e pós-intervenção, intra-grupo, com utilização de análise T-teste para diferença de médias.

Para a análise comparativa temporal longitudinal dos efeitos das duas intervenções, em busca de diferenças entre as intervenções, entre-grupos, assim como da

interação com variáveis intervenientes, foram realizadas análises multivariadas, do tipo GLM – *General Linear Model*, de medidas seriadas.

Variáveis intervenientes ou cofatores, ou ainda variáveis sociodemográficas ou de caracterização dos grupos de estudantes, também foram analisadas com emprego de análises de diferenças de médias (T-teste) ou de proporções (chi-quadrado). Algumas variáveis relacionadas a caracterização de consequências do consumo de álcool, com distribuição irregular e baixa frequência de casos, foram avaliadas com emprego de técnicas não-paramétricas.

Em todos os casos, considerou-se um valor de alfa igual a 5%, com nível de significância de $p \leq 0,05$.

3.8. Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pela Comissão de Graduação, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP), através da 836ª reunião ordinária, realizada em 09 de maio de 2017 (ANEXO A), e em seguida o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Hospital das Clínicas da FMRP-USP, na 451ª reunião ordinária realizada em 05 de junho de 2017, com processo - HCRP nº 4790/2017 (ANEXO B).

Neste projeto foram adotados os procedimentos éticos de respeito aos direitos dos participantes, sujeitos humanos de pesquisa, de acordo com as resoluções sobre "pesquisa envolvendo seres humanos" do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 1996; BRASIL, 2012).

Os estudantes foram convidados a participar voluntariamente da pesquisa, sendo enfatizada a confidencialidade dos dados e a garantia do anonimato. Os participantes

foram previamente informados e esclarecidos através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C), dos objetivos e abrangência da pesquisa, bem como da possibilidade de retirarem seu consentimento em qualquer fase do estudo sem nenhum tipo de penalidade ou prejuízo.

O estudante também foi esclarecido de que não haveria nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, e que toda assistência necessária seria assegurada durante toda pesquisa, bem como garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, durante e depois da participação.

Como riscos, os participantes foram alertados sobre a possibilidade de se lembrar de momentos desconfortáveis durante a entrevista e/ou participação no grupo, porém, sendo orientados sobre a assistência assegurada durante toda pesquisa. Já como benefícios, há a possibilidade de uma autopercepção e autorreflexão das possíveis consequências associadas ao consumo de álcool, e elaboração de possíveis estratégias de controle no uso de álcool, o que pode ajudar e orientar a um beber moderado e de baixo risco.

3.9. Infraestrutura e recursos

Como infraestrutura, foram utilizados na Fase 1, uma sala de aula, localizada nas dependências do Hospital das Clínicas da FMRP-USP, para realização das intervenções do Grupo A e do Grupo B. Como recursos, foram utilizadas folhas de sulfite para atividades junto aos participantes e canetas esferográficas.

Resultados

4. Resultados

Para a apresentação dos resultados, a seguir, serão descritas a elaboração dos protocolos de intervenção breve (controle e experimental), e a elaboração do folheto informativo, seguidas das análises descritivas dos dados e análise multivariadas, obtidos longitudinalmente, nas fases de rastreamento, Fase 1, Fase 2 e Fase 3, caracterizando as variáveis sociodemográficas, efeito das intervenções, consumo de álcool e consequências de risco, a partir das modalidades de intervenção.

4.1. Elaboração dos protocolos de Intervenção Breve

4.1.1. Grupo controle – “IB *BASICS*”

O método *BASICS*, trata-se de um protocolo desenvolvido pela Universidade de Washington, especificamente para estudantes universitários. Foi elaborada a partir da abordagem de redução de danos, na qual a meta é orientar o aluno a reduzir os comportamentos de risco e os efeitos prejudiciais da bebida (DIMEFF et al., 2002; FACHINI; FURTADO, 2013).

Para esta pesquisa, foi utilizada uma adaptação do método original de intervenção, conduzidas em duas sessões, de maneira individual.

1ª Sessão

Na 1ª sessão teve como objetivo a aproximação com o estudante e a verificação do seu padrão de consumo de álcool, visando ampliar os saberes com relação ao seu consumo, quanto as suas intenções e comportamentos associados. Para isso, foram abordados os temas, a saber:

Primeiras experiências com o uso de álcool:

- *Você se lembra da sua primeira experiência com álcool?*

Padrão de ingestão de álcool habitual e das ocasiões esporádicas:

- *Quando geralmente você costuma beber?*
- *Você costuma beber mais em festas, do que em outras ocasiões? Se sim, por que?*

Riscos pessoais e consequências negativas associadas ao uso do álcool:

a. Problemas comportamentais relacionados ao álcool - rever com o estudante algumas vivências negativas.

- *Você já vivenciou experiências negativas relacionados ao consumo de álcool?*
- *Conhece histórias ruins ligadas ao consumo de álcool?*

b. Verificar expectativas positivas em relação ao álcool

- *Quais são as experiências positivas que você espera quando toma bebidas alcoólicas?*

Fatores cognitivos, sociais e emocionais, associados ao consumo de álcool:

- *Você já pensou por que você escolhe beber?*
- *O que você pensa depois de beber demais? E como você se sente?*
- *Você já escolheu beber só por que estavam todos bebendo?*
- *Por que você acha que estudantes universitários bebem, por vezes, em excesso?*
- *Você já percebeu que escolheu beber por conta de alguma emoção, seja positiva ou negativa?*

Potenciais dificuldades na capacidade de processamento de informações e tomada de decisão:

- *O que você sabe sobre, ou o que acha que o álcool pode causar na vida de um indivíduo?*

- *Já se expôs a algum comportamento de risco? (podemos repensar sobre essa situação?)*

Após a entrevista, o estudante foi convidado a realizar uma automonitorização (APÊNDICE C) diária do consumo de álcool durante o período de uma semana, a partir da sessão 1, até a próxima sessão, buscando a auto verificação do seu padrão de consumo.

2ª Sessão

A 2ª Sessão se baseia no método de feedback personalizado (FP) do padrão de consumo de álcool do estudante e suas consequências de riscos, referentes as respostas dos questionários AUDIT e YAACQ, e as informações observadas no automonitoramento. Após uma avaliação e discussão do FP, foram levantadas, junto com o estudante, possíveis estratégias para uma escolha consciente do consumo de álcool, e alguns aconselhamentos e recomendações, baseados no seu FP.

Aconselhamentos e recomendações:

- Estabelecer limites de quantidade máxima de doses por semana, buscando formas para que o estudante coloque em prática esses limites, negociando a quantidade que ele decidir como melhor para ele;
- Contar as doses e monitorar o comportamento de ingestão, através de estratégias simples que os estudantes possam utilizar;
- Modificar o como e o que se bebe (passar de bebidas mais fortes para mais fracas em teor alcoólico; beber mais devagar; espaçar as bebidas; alternar bebidas alcoólicas com bebidas sem álcool);

Na Tabela 1, a seguir, temos o delineamento das Sessões 1 e 2, do protocolo de Intervenção Breve *BASICS* (IB *BASICS*).

Tabela 1 – Protocolo de Intervenção Breve *BASICS* (IB *BASICS*)

Sessão	Delineamento	
Sessão 1	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - Primeiras experiências com o uso de álcool. - Padrão de ingestão de álcool habitual e das ocasiões esporádicas. - Riscos pessoais e consequências negativas associadas ao uso do álcool. - Fatores cognitivos, sociais e emocionais, associados ao consumo de álcool. - Potenciais dificuldades na capacidade de processamento de informações e tomada de decisão.
Sessão 2	Feedback Personalizado	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do Feedback Personalizado. - Revisão e discussão da automonitorização. - Escolha consciente do consumo de álcool. - Aconselhamentos e recomendações.

4.1.2. Grupo experimental – “IB Grupo”

O protocolo experimental de intervenção breve em grupo, foi realizado em sessão única, grupal, em grupos de no máximo 10 participantes cada, com duração aproximada de 1 hora e 30 minutos. O objetivo geral deste protocolo foi motivar a redução do uso excessivo ocasional de álcool (*binge drinking*) em universitários, possibilitando a diminuição dos possíveis comportamentos de risco causados por esse uso excessivo.

A elaboração deste protocolo teve como orientação teórica o modelo cognitivo de Beck (BECK, J., 1997), estratégias de redução de danos (MARLATT et al., 1999) e técnicas de Entrevista Motivacional (MILLER; ROLLNICK, 2001).

O protocolo foi organizado em três temas: Percepções sobre o consumo de álcool, percepções sobre a função do uso de álcool e redução de danos.

a) Percepções sobre o consumo de álcool: Este tema teve duração aproximada de 20 minutos, e visou estabelecer uma aproximação com os estudantes sobre suas

percepções e crenças acerca do uso de álcool, pensando no contexto universitário e em seguida trazendo a temática para suas percepções pessoais, e suas possíveis experiências e expectativas quanto ao consumo.

b) Percepções sobre a função do uso de álcool: Esse tema teve duração aproximada de 40 minutos. Neste momento, foi brevemente levantado, de forma psicoeducativa, o modelo cognitivo de Beck. De acordo com o modelo cognitivo a forma como o sujeito percebe as situações, interfere nas reações motivacionais, emocionais e comportamentais (BECK, J., 1997). A partir deste modelo, foi apontado que a ação de consumir álcool encontra-se como sendo um comportamento. Sendo assim, foram levantados junto com os participantes, os possíveis antecedentes do comportamento de beber, e especificamente, o comportamento de *binge drinking*.

Para esse tema, também foram exploradas estratégias de tomada de decisão para o comportamento de consumo de álcool. Os participantes foram convidados a escreverem as possíveis vantagens e desvantagens de beber álcool, em seu contexto individual, visando autopercepção e reflexão quanto os fatores ligados ao seu consumo de álcool (APÊNDICE D).

c) Redução de danos: Neste último tópico, de aproximadamente 30 minutos de duração, foram levantados os possíveis riscos de um consumo excessivo de álcool e de episódios de *binge drinking*. A partir dessa reflexão, os participantes foram convidados a anotarem estratégias pessoais para formas possíveis de um “beber consciente”, visando uma diminuição da frequência de consumo, da quantidade episódica e a redução dos comportamentos de risco.

Para isso, foram abordadas questões sobre a qualidade da bebida *versus* quantidade de bebida; autopercepção de limites de consumo; prejuízos de um consumo abusivo; estratégias para modificar o consumo abusivo, como escolher bebidas com

menor teor alcoólico, alternar bebidas alcoólicas com bebidas não alcoólicas, consumo mais lento e atento da bebida.

Na Tabela 2, segue a descrição dos temas, subtemas e as questões disparadoras abordadas no protocolo de Intervenção Breve em grupo (IB Grupo).

Tabela 2 – Protocolo de Intervenção Breve em grupo (IB Grupo)

Temas	Subtemas	Questões Disparadoras
Percepções sobre o consumo de álcool	Consumo de álcool no contexto universitário	<ul style="list-style-type: none"> - <i>O que vocês pensam sobre o consumo de álcool no contexto universitário?</i> - <i>Quando o consumo de álcool se torna problemático?</i>
	Consumo de álcool pessoal	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Quais as experiências pessoais quanto ao consumo de álcool (positivas e negativas)?</i>
Percepções sobre a função do uso de álcool	Modelo cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Por que uma pessoa ESCOLHE o comportamento de consumir álcool?</i> - <i>Na percepção de vocês, o que pode motivar o uso de bebida alcoólica no contexto universitário?</i> - <i>O que já levou e/ou poderia levar você a um comportamento de beber excessivo (binge drinking)?</i>
	Vantagens x Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Toda escolha tem vantagens e desvantagens. Quais as vantagens e as desvantagens em beber, e qual as vantagens e as desvantagens em não beber?</i> <p>(Anotação pessoal no quadro de Vantagens e Desvantagens)</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Qual conclusão com esse quadro pessoal?
Redução de dados	O que fazer para “beber consciente”?	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Quais estratégias possíveis para eu me divertir, mas também “beber consciente”?</i> <p>(Anotação pessoal das estratégias de beber consciente)</p>

4.1.3. Elaboração do folheto informativo

Foi realizado a elaboração de um folheto informativo, desenvolvido com informações e orientações aos estudantes sobre o consumo de álcool. O folheto foi

desenvolvido como fonte de orientação para os participantes de maneira geral, e como material de apoio para os participantes das intervenções breves.

O material foi desenvolvido a partir de revisões de literatura da área, seguindo as estratégias de redução de danos (MARLATT et al., 1999) e conteúdo adaptado das técnicas de Entrevista Motivacional (MILLER; ROLLNICK, 2001). Para sua elaboração, foram consultados como referencial, o manual da OMS, *“drinking and driving: an international good practice manual”* (OMS, 2007); o manual de intervenção breve *BASICS* (Dimeff, 2002); e técnicas de tomada de decisão baseada em psicologia cognitiva (STEMBERG, 2000), e no modelo cognitivo-comportamental de Aaron Beck (Beck, J., 1997).

Buscando uma maior adequação do folheto ao contexto estudado, foram realizadas duas reuniões com grupos de estudantes, membros da Liga de Saúde Mental, e membros do Centro Acadêmico Rocha Lima, da FMRP/USP. Estas reuniões, em formato de roda de conversa, foram realizadas nas dependências da FMRP/USP e tiveram o objetivo de averiguar as percepções sobre consumo de álcool por estudantes universitários. Algumas perguntas disparadoras foram realizadas: *“Como vocês percebem o consumo de álcool na universidade?”*; *“O que leva um universitário beber?”*; *“Por que do comportamento binge drinking?”*; *“o que você falaria para um amigo reduzir o consumo de álcool?”*.

Após esses momentos de roda de conversas com os alunos, foi possível finalizar o material, que inclui itens como: cenário geral do consumo de álcool na universidade; identificação de risco do consumo; padrão de consumo do tipo *binge drinking* e dose padrão; tabela para o cálculo de nível de álcool no sangue (NAS); crenças quanto ao comportamento de beber; balança decisional; e dicas para o “beber consciente”.

A figura 1, ilustra a capa do folheto informativo (APÊNDICE B).

Figura 3 – Capa do folheto informativo - “*Álcool e universidade*”.

O folheto informativo foi entregue a todos os alunos que responderam ao caderno de questões MED-INTERVBREVE, na fase de rastreamento, e ao final das intervenções breves, IB BASICS e IB Grupo.

4.2. Caracterização sociodemográfica

A Tabela 3 a seguir, apresenta a caracterização dos participantes, quanto as variáveis sexo, estado civil, cor de pele, renda familiar, religião e curso de graduação, em relação ao seu grupo de inclusão (Grupo sem intervenção; IB *BASICS*; IB Grupo).

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo.

		Grupos						Total		X ² p
		Grupo Sem Intervenção		Grupo "IB Basics" (Controle)		Grupo "IB Grupo" (Experimental)				
		N	%	N	%	N	%	N	% Amostra	
Sexo	Masculino	11	20,8%	21	39,6%	21	39,6%	53	36%	0,002 ns
	Feminino	19	20,4%	37	39,8%	37	39,8%	93	64%	
	Total	30		58		58		146	100%	
Estado Civil	Solteiro	29	20,1%	57	39,6%	58	40,3%	144	99%	5,407 ns
	Casado	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1%	
	União estável	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	1%	
	Total	30		58		58		146	100%	
Cor da pele	Branca	27	21,1%	52	40,6%	49	38,3%	128	88%	1,369 ns
	Parda	3	18,8%	5	31,3%	8	50,0%	16	11%	
	Negra	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%	2	1%	
	Total	30		58		58		146	100%	
Renda (SM)	Até 1 SM	2	15,4%	6	46,2%	5	38,5%	13	9%	6,004 ns
	Até 3 SM	11	25,0%	12	27,3%	21	47,7%	44	30%	
	Até 6 SM	7	17,9%	15	38,5%	17	43,6%	39	27%	
	Até 10 SM	7	20,6%	17	50,0%	10	29,4%	34	23%	
	> 10 SM	3	18,8%	8	50,0%	5	31,3%	16	11%	
	Total	30		58		58		146	100%	
Religião	Não	14	20,9%	25	37,3%	28	41,8%	67	46%	0,322 ns
	Sim	16	20,3%	33	41,8%	30	38,0%	79	54%	
	Total	30		58		58		146	100%	
Curso	Medicina	5	22,7%	11	50,0%	6	27,3%	22	15%	24,426 0,007
	Fisioterapia	1	3,2%	18	58,1%	12	38,7%	31	21%	
	Fonoaudiologia	9	34,6%	4	15,4%	13	50,0%	26	18%	
	Nutrição e Metabolismo	0	0,0%	9	50,0%	9	50,0%	18	12%	
	Terapia Ocupacional	6	37,5%	4	25,0%	6	37,5%	16	11%	
	Informática Biomédica	9	27,3%	12	36,4%	12	36,4%	33	23%	
	Total	30		58		58		146	100%	

Nota: SM = Salário Mínimo

A amostra total deste estudo contou com a participação de 53 (36%) homens e 93 (64%) mulheres, com média etária de 21,2 anos (DP = 2,98; Mín-Máx: 17-35). Houve predominância de estudantes solteiros (99%), da cor branca (88%), com renda acima de

6 salários mínimos (61%) e praticantes de alguma religião (54%). Quanto ao curso de graduação, a maioria dos participantes encontra-se matriculada no curso de informática biomédica (23%), seguidos dos cursantes de fisioterapia (21%). Foi possível verificar diferença estatística entre grupos de intervenção e a variável curso de graduação ($p < 0,007$).

4.3. Efeito da Intervenção

Para verificação de efeito da intervenção, foi realizado uma comparação de médias, com análise de diferenças, usando T-test, para as médias do escore total do AUDIT da Fase 1 e da Fase 3, separadamente, para os grupos IB *BASICS* e IB Grupo, como é possível verificar seus valores na Tabela 4, a seguir:

Tabela 4 – Análise das diferenças para médias do escore total do AUDIT da Fase 1 e Fase 3, para os grupos IB *BASICS* e IB Grupo

IB <i>BASICS</i>	Fase 1 (n=31) M (DP)	Fase 3 (n=32) M (DP)	t	p
	7,8 (6,1)	4,3 (2,9)	-2,754	0,007
IB Grupo	Fase 1 (n=34) M (DP)	Fase 3 (n=32) M (DP)	t	p
	7,6 (6,7)	4,8 (3,6)	-2,111	0,038

Na Tabela 4, podemos observar que no grupo IB *BASICS*, durante a Fase 1, temos uma média 7,8 (DP = 6,1) e durante a Fase 3, apresenta uma queda para 4,3 (DP = 2,9) de média ($t = -2,754$; $p = 0,007$). Já para o IB Grupo, na Fase 1, temos uma média de 7,6 (DP = 6,7), e na Fase 3, também podemos observar uma queda para 4,8 (DP = 3,6), de média ($t = -2,111$; $p = 0,038$).

No Gráfico 1, a seguir, observamos a representação desse efeito da intervenção IB *BASICS*, para o escore total do AUDIT, nas três fases da pesquisa.

Gráfico 1 – Efeito da intervenção IB *BASICS* sobre o escore total do AUDIT, nas três fases da pesquisa (Fase 1 - Pré-intervenção; Fase 2 - 6 meses; Fase 3 - 10-12 meses pós-intervenção).

Podemos observar, nesse Gráfico 1, a diminuição das médias sobre o escore total do AUDIT, longitudinalmente, nas fases da pesquisa, iniciando na Fase 1, nos valores de pré-intervenção, com uma média de 7,8, seguindo para Fase 2, 6 meses após os estudantes terem recebido a intervenção, com uma média de 5,9 e atingindo a menor média, de 4,3, na Fase 3, entre 10 e 12 meses após intervenção.

A seguir, temos no Gráfico 2, a representação do efeito da intervenção, agora para o IB Grupo, para o escore total do AUDIT, nas três fases da pesquisa.

Gráfico 2 – Efeito da intervenção IB Grupo sobre o escore total do AUDIT, nas três fases da pesquisa (Fase 1 - Pré-intervenção; Fase 2 - 6 meses; Fase 3 - 10-12 meses pós-intervenção).

No Gráfico 2, podemos também observar uma diminuição significativa das médias sobre o escore total do AUDIT, nas fases da pesquisa, iniciando na Fase 1, com uma média de 7,6, seguindo para Fase 2, com uma média de 5,8 e atingindo a menor média, de 4,8, na Fase 3.

4.4. Caracterização do uso de álcool

Como caracterização do consumo de álcool apresentado pelos participantes, temos na Tabela 5, a Média (M), número de participantes (n), desvio padrão (DP), mínimo (Mín.), máximo (Máx.), para o escore total do AUDIT, a pontuação da maior quantidade de dose, equivalente ao último mês, e o escore da questão 3 do AUDIT, referente ao comportamento de *binge drinking*, para o IB *BASICS* e IB Grupo, separadamente, e para a amostra total.

Tabela 5 – Média (M), número de participantes (n), desvio padrão (DP), mínimo (Mín.), máximo (Máx.), escore total do AUDIT, dose no último mês, e escore da Questão 3 do AUDIT, referentes ao grupo de inclusão e a amostra total.

Grupos / Variáveis		Grupo Sem Intervenção					Grupo IB <i>BASICS</i> (Controle)					Grupo IB Grupo (Experimental)					Amostra total				
		M	n	DP	Mín	Máx.	M	n	DP	Mín	Máx.	M	n	DP	Mín	Máx.	M	n	DP	Mín	Máx.
Escore total do AUDIT	Rastreamento	6,8	30	8,7	0,0	33,0	4,9	58	5,4	0,0	21,0	5,2	58	6,0	0,0	30,0	5,4	146	6,4	0,0	33,0
	Fase 1						7,8	31	6,1	0,0	21,0	7,6	34	6,7	0,0	30,0	7,7	65	6,4	0,0	30,0
	Fase 2						5,9	28	4,5	0,0	15,0	5,8	32	4,7	0,0	21,0	5,8	60	4,6	0,0	21,0
	Fase 3						4,3	28	3,0	0,0	11,0	4,8	32	3,7	0,0	16,0	4,6	60	3,3	0,0	16,0
Maior dose no último mês	Rastreamento	1,8	30	1,7	0,0	4,0	1,7	58	1,6	0,0	4,0	1,7	58	1,4	0,0	4,0	1,7	146	1,5	0,0	4,0
	Fase 1						2,1	31	1,5	0,0	4,0	2,7	34	1,6	0,0	4,0	2,4	65	1,6	0,0	4,0
	Fase 2						1,6	28	1,3	0,0	4,0	1,6	32	1,0	0,0	3,0	1,6	60	1,1	0,0	4,0
	Fase 3						2,0	28	1,5	0,0	4,0	1,8	32	1,1	0,0	4,0	1,9	60	1,3	0,0	4,0
Questão 3 do AUDIT (<i>Binge</i>)	Rastreamento	1,3	30	1,3	0,0	3,0	1,0	58	1,1	0,0	3,0	1,0	58	1,1	0,0	3,0	1,1	146	1,1	0,0	3,0
	Fase 1						1,4	31	1,1	0,0	3,0	1,6	34	1,1	0,0	3,0	1,5	65	1,1	0,0	3,0
	Fase 2						1,2	28	1,0	0,0	3,0	1,4	32	0,9	0,0	3,0	1,3	60	0,9	0,0	3,0
	Fase 3						1,1	28	0,8	0,0	3,0	1,2	32	0,8	0,0	3,0	1,2	60	0,8	0,0	3,0

Na Tabela 5, observamos para o IB *BASICS*, que na fase de rastreamento, apresenta uma média de 4,9 (DP = 5,4), para o escore total do AUDIT, havendo um aumento dessa média na Fase 1 (pré-intervenção), para 7,8 (DP = 6,1). Esse aumento, também é observado no grupo IB Grupo, onde na fase de rastreamento há uma média de 5,2 (DP = 6,0), e na Fase 1, essa média vai para 7,6 (DP = 6,7). Nas fases seguintes, verificamos uma diminuição dessas médias, sendo que para o IB *BASICS* temos na Fase 2 (6 meses após a intervenção) uma média de 5,9 (DP = 4,5), e na Fase 3 (10 – 12 meses após a intervenção), uma média de 4,3 (DP = 3,0). Já para o IB Grupo, temos na Fase 2, uma média de 5,8 (DP = 4,7) e na Fase 3, uma média de 4,8 (DP = 3,7).

Com relação aos valores médios relativos à maior quantidade de doses de álcool consumidas no último mês, também observamos esse aumento na comparação da fase de rastreamento para a Fase 1, em ambos os grupos. Para o IB *BASICS*, na fase de rastreamento temos uma média de 1,7 (DP = 1,6), e na Fase 1, temos uma média de 2,1 (DP = 1,5). Já para o IB Grupo, na fase de rastreamento, temos uma média de 1,7 (DP = 1,4), e na Fase 1, uma média de 2,7 (DP = 1,6). Na Fase 2, observamos uma diminuição dessas médias para ambos os grupos, onde no IB *BASICS*, temos uma média de 1,6 (DP = 1,3), e no IB Grupo, temos para essa Fase 2, uma igual média de 1,6 (DP = 1,0). Já na Fase 3, houve um pequeno aumento médio em ambos os grupos, sendo a média para o IB *BASICS* de 2,0 (DP = 1,5), e uma média de 1,8 (DP = 1,1) para o IB Grupo.

Quanto a questão 3 do AUDIT, relativo ao comportamento de *binge drinking*, no IB *BASICS*, temos na fase de rastreamento um valor médio de 1,0 (DP = 1,1), e um aumento médio para Fase 1, de 1,4 (DP = 1,1), seguidos também de uma diminuição das médias para as fases seguintes, 1,2 (DP = 1,0) e 1,1 (DP = 0,8), para as Fases 2 e 3 respectivamente. Para o IB Grupo, temos uma média de 1,0 (DP = 1,1) na fase de

rastreamento, um aumento para 1,6 (DP = 1,1) na Fase 1, e uma diminuição dessas médias para as Fase 2 e 3 seguintes, 1,4 (DP = 0,9) e 1,2 (DP = 0,8), respectivamente.

4.5. Prevalência de *binge drinking*

No Gráfico 3, a seguir, temos os valores referentes a prevalência do comportamento de *binge drinking*, relativo aos últimos 12 meses, referentes as fases de rastreamento, Fase 1, Fase 2 e Fase 3, considerando a amostra total.

Gráfico 3 – Prevalência do comportamento *binge drinking*, nos últimos 12 meses, na fase de rastreamento, Fase 1, Fase 2, Fase 3.

Podemos observar no Gráfico 3, que na fase de rastreamento temos um valor percentual de 34,2% para comportamento de *binge*, já na Fase 1, temos uma porcentagem de 49,2 %. Nas Fases 2 e 3, seguintes, observamos uma diminuição de seus valores percentuais, sendo na Fase 2, um valor de 43,3%, e na Fase 3, um valor de 31,7%, na pontuação positiva para *binge drinking*.

A seguir, temos no Gráfico 4, os valores referentes a prevalência do comportamento de *binge drinking*, com relação ao último mês, referentes as fases de rastreamento, Fase 1, Fase 2 e Fase 3, considerando a amostra total.

Gráfico 4 – Prevalência do comportamento *binge drinking*, no último mês (referente as respostas ≥ 5), na Fase 1, Fase 2 e Fase3.

Podemos observar no Gráfico 4, o valor de 33,6%, na fase de rastreamento, para pontuação positiva de *binge drinking*. Já na Fase 1, temos um valor de 52,3 %, e observamos uma diminuição de seus valores percentuais na Fases 2, com uma pontuação de 26,7%. Porém, na Fase 3, seguinte, esse valor sofre um pequeno aumento, para 31,7%, na pontuação positiva para *binge drinking*, relativo a prevalência de consumo no último mês.

4.6. Análises multivariadas

A seguir, temos as análises multivariadas referentes as variáveis do modelo GLM de medidas repetidas e suas interações. Inicialmente, as análises não apresentaram significância estatística, considerando as três fases temporais da pesquisa (pré-

intervenção, 06 meses após a intervenção, e 10 a 12 meses após a intervenção). Na Tabela 6, a seguir, pode-se observar que as interações mais relevantes, consideradas a partir do valor de F, foram para as variáveis *Idade* e *Renda*, embora não significantes, com $p > 0,05$.

Tabela 6 – Análises multivariadas da evolução longitudinal temporal da variável Intensidade de “Binge”.

Efeito	Wilks' Lambda Value	F	df	p
Intensidade de “Binge”, longitudinal (B')	0,958	1,049	2,0	0,36
B' * Idade	0,935	1,681	2,0	0,20
B' * Renda	0,950	1,273	2,0	0,29
B' * Escore total do GHQ	0,993	0,181	2,0	0,83
B' * Grupo de Intervenção (IB Grupo)	0,969	0,762	2,0	0,47
B' * Sexo	0,993	0,177	2,0	0,84
B' * TMC ⁺	0,989	0,270	2,0	0,76
B' * Grupo * Sexo	0,996	0,104	2,0	0,90
B' * Grupo * TMC ⁺	0,972	0,690	2,0	0,51
B' * Sexo * TMC ⁺	0,988	0,303	2,0	0,74
B' * Grupo * Sexo * TMC ⁺	0,975	0,617	2,0	0,54

Notas: B' – refere-se à variável “Questão 3 do AUDIT”, como critério para “Intensidade da frequência de beber excessivo episódico, longitudinal, em três mensurações sequenciais, em cada fase da pesquisa, pré-intervenção, 6 meses e 10-12 meses pós-intervenção”; TMC⁺ – refere-se à variável dicotômica (positivo/negativo) originada da aplicação do ponto-de-corte ≥ 3 para o instrumento GHQ (*General Health Questionnaire*)

Ao verificar comparativamente a diferença das médias dos escores da questão 3 do AUDIT, entre as fases de pré-intervenção e 10-12 meses pós-intervenção (Fases 1 e 3, respectivamente), observa-se uma discreta vantagem de 3,6 pontos percentuais a mais de redução para o grupo que foi submetido à intervenção experimental (IB Grupo). Isto fica melhor visualizado através dos gráficos de colunas, com a apresentação dos valores

absolutos da diferença entre os escores médios das duas fases da pesquisa (Gráfico 5), e com a apresentação dos valores percentuais (Gráfico 6).

Gráfico 5 – Valor absoluto de redução das médias da Questão 3 do AUDIT (*100), entre a Fase 1 e Fase 3.

Gráfico 6 – Valor percentual relativo de redução das médias da Questão 3 do AUDIT (Δ %), entre a Fase 1 e Fase 3.

No Gráfico 7, observamos as médias marginais estimadas da intensidade de frequência de *binge drinking*, nas três fases da pesquisa.

Covariáveis aparecendo no modelo foram avaliadas com os seguintes valores: Idade = 21,23, Renda = 3,07, GHQ Total = 14,58

Gráfico 7 – Médias marginais estimadas da intensidade de frequência de *binge drinking*, nas três fases da pesquisa (Fase1 - pré-intervenção; Fase 2 - 6 meses; Fase 3 - 10-12 meses pós-intervenção)

Ao se verificar, considerando as covariáveis e interações com variáveis intervenientes, os resultados das comparações “entre sujeitos” para diferenças entre grupos de intervenção, em sua verificação longitudinal das medidas repetidas dos escores da questão 3 do AUDIT, utilizada como critério para intensidade da frequência de beber excessivo episódico (*binge drinking*), em função da modalidade de intervenção que foi aplicada, observa-se uma evidente redução dos escores médios para as duas intervenções. O Gráfico 7, permite observar que há uma diferença inicial entre os dois grupos, onde o

IB Grupo apresenta um escore médio inicial mais elevado e alcança um valor semelhante ao IB *BASICS* na Fase 3 da pesquisa, 10-12 meses após a intervenção

No Gráfico 8, a seguir, temos as médias marginais estimadas da frequência do uso problemático de álcool, referente ao escore total do AUDIT (Ponto de corte > 7,0), nas Fase 1, 2 e 3.

Gráfico 8 – Médias marginais estimadas da frequência do uso problemático de álcool (escore total do AUDIT), nas três fases da pesquisa (Pré-intervenção; 6 meses; 10-12 meses pós-intervenção)

Observa-se, no Gráfico 8, uma também evidente redução dos escores médios para as duas intervenções no decorrer das três fases da pesquisa, onde tanto o IB *BASICS*, quanto o IB Grupo, na Fase 1, iniciam com o uma pontuação média acima de 7,0 pontos, indicando o uso problemático de álcool, chegando na Fase 3 com uma pontuação média

abaixo de 5,0 pontos, indicando, através dos critérios do AUDIT, o uso de álcool em baixo risco.

Na Tabela 7, observa-se as análises “entre-sujeitos” com as interações propostas, entre, idade, renda, escore total do GHQ, grupo de intervenção, sexo, e presença de transtorno mental comum.

Tabela 7 – Análises “entre-sujeitos” com as interações propostas, entre, idade, renda, escore total do GHQ, grupo de intervenção, sexo, e presença de transtorno mental comum.

Variáveis e Interações do Modelo GLM-MR	Tipo III Soma de Quadrados	df	Média dos Quadrados	F	p
Interceptação	8,694	1	8,694	3,801	0,057
Idade	1,533	1	1,533	0,670	0,417
Renda	0,521	1	0,521	0,228	0,635
Escore total do GHQ	0,001	1	0,001	0,000	0,987
Grupo de intervenção	0,489	1	0,489	0,214	0,646
Sexo	0,110	1	0,110	0,048	0,827
TMC ⁺	4,318	1	4,318	1,888	0,176
Grupo * Sexo	0,007	1	0,007	0,003	0,956
Grupo * TMC⁺	9,284	1	9,284	4,059	0,049
Sexo * TMC ⁺	0,868	1	0,868	0,379	0,541
Grupo * Sexo * TMC ⁺	0,750	1	0,750	0,328	0,570
Erro	112,073	49	2,287		

No modelo submetido à análise “entre-sujeitos” com as interações propostas, pode-se encontrar um único resultado estatisticamente significante para a interação entre grupos de intervenção e presença de transtorno mental comum (Tabela 7).

A interação entre grupo e presença de transtorno mental comum (TMC) pode ser melhor esclarecida através de análise de proporções de casos, com emprego de análise do *qui-quadrado*. A comparação das proporções de casos positivos de transtorno mental comum (TMC⁺) entre os grupos, incluindo o grupo não submetido a nenhuma intervenção (grupo “não incluído em intervenção”) e que só participou da etapa do rastreamento, revelou uma proporção mais elevada de casos no grupo que recebeu a intervenção breve

em grupo (IB Grupo), com 58,6% de casos (N=58; 34/58), enquanto o grupo IB *BASICS*, apresentou 48,3% (N=58; 28/58), e o grupo “não incluído em intervenção” teve 50% (N=30; 15/30) (Gráfico 9). A análise do *qui-quadrado* não confirmou diferenças estatisticamente significantes ($\chi^2=1,359$; $df=2$; $p=0,507$).

Gráfico 9 – Percentual de casos (%) de TMC, não participante não incluídos em intervenção, IB *BASICS*, IB Grupo.

Apesar da ausência de uma confirmação estatística para as diferenças proporcionais encontradas, a análise GLM-MR confirmou uma interação significativa entre grupo de intervenção e TMC. Quando se observa a maior proporção de casos no IB Grupo, sugere que a maior presença de casos positivos de TMC tenha contribuído para a inclinação mais acentuada da curva de redução da intensidade de frequência de *binge drinking* neste grupo, já que a mesma análise GLM-MR também indicou diferenças na

variação dessa variável entre os grupos positivo e negativo para TMC (com valores sempre mais elevados dos escores da questão 3 do AUDIT no grupo TMC⁺).

Ao se avaliar a evolução longitudinal temporal da variável “Escore Total do AUDIT”, utilizada como critério para intensidade de uso problemático de álcool, observa-se que as análises multivariadas das variáveis do modelo GLM de medidas repetidas e suas interações, não apresentaram significância estatística, considerando os três níveis referentes às fases temporais da pesquisa (Fase 1, Fase 2 e Fase 3). A interação mais relevante, considerada a partir do valor de F, foi para a variável Sexo, embora não significativa, como podemos observar, a seguir, na Tabela 8.

Tabela 8 – Análises multivariadas da evolução longitudinal temporal da variável “Escore Total do AUDIT”.

Efeito	Wilks' Lambda Value	F	df	p
Escore total do AUDIT, longitudinal (AUDIT')	0,954	1,164	2,0	0,32
AUDIT' * Idade	0,974	0,634	2,0	0,53
AUDIT' * Renda	0,966	0,856	2,0	0,43
AUDIT' * Escore total do GHQ	0,978	0,531	2,0	0,59
AUDIT' * Grupo de Intervenção (Grupo)	0,949	1,290	2,0	0,28
AUDIT' * Sexo	0,920	2,082	2,0	0,14
AUDIT' * TMC ⁺	0,963	0,928	2,0	0,40
AUDIT' * Grupo * Sexo	0,997	0,083	2,0	0,92
AUDIT' * Grupo * TMC ⁺	0,981	0,454	2,0	0,64
AUDIT' * Sexo * TMC ⁺	0,943	1,453	2,0	0,24
AUDIT' * Grupo * Sexo * TMC ⁺	0,953	1,194	2,0	0,31

Notas: AUDIT' – refere-se à variável “Escore Total do AUDIT”, como critério para “Intensidade do uso problemático de álcool, longitudinal, em três mensurações sequenciais, em cada fase da pesquisa, pré-intervenção, 6 meses e 10-12 meses pós-intervenção”; TMC⁺ – refere-se à variável dicotômica (positivo/negativo) originada da aplicação do ponto-de-corte ≥ 3 para o instrumento GHQ (General Health Questionnaire)

No Gráfico 10, a seguir, podemos observar a representação das médias marginais estimadas da avaliação longitudinal dos escores totais do AUDIT, nas três fases da pesquisa.

Gráfico 10 – Médias marginais estimadas da avaliação longitudinal dos escores totais do AUDIT, nas três fases da pesquisa (Fase 1 - Pré-intervenção; Fase 2 - 6 meses; Fase 3 - 10-12 meses pós-intervenção)

Ambos grupos apresentam uma redução muito acentuada nos escores, através das fases da pesquisa, declinando após a Fase 1, e atingindo seu menor valor na Fase 3. Os resultados estatísticos indicam que não há diferença entre os grupos. Ambos produzem diminuição progressiva das médias dos escores totais do AUDIT, sem que se identifiquem vantagens de uma ou outra intervenção sobre essa variável.

Na Tabela 9, a seguir, temos as análises “entre-sujeitos” com as interações propostas entre, idade, renda, escore total do GHQ, grupo de intervenção, sexo, e presença de transtorno mental comum, medida pelo escore total do AUDIT.

Tabela 9 – Análise “entre-sujeitos” com as interações propostas entre, idade, renda, escore total do GHQ, grupo de intervenção, sexo, e presença de transtorno mental comum, medida pelo “Escore Total do AUDIT”.

Medida: Escore Total do AUDIT					
Variáveis e Interações do Modelo GLM-MR	Tipo III Soma de Quadrados	df	Média dos Quadrados	F	p
Interceptação	0,005	1	0,005	0,000	0,993
Idade	89,282	1	89,282	1,360	0,249
Renda	43,794	1	43,794	0,667	0,418
Escore total do GHQ	11,372	1	11,372	0,173	0,679
Grupo de intervenção	0,525	1	0,525	0,008	0,929
Sexo	212,206	1	212,206	3,231	0,078
TMC+	111,907	1	111,907	1,704	0,198
Grupo * Sexo	25,219	1	25,219	0,384	0,538
Grupo * TMC+	171,212	1	171,212	2,607	0,113
Sexo * TMC+	9,383	1	9,383	0,143	0,707
Grupo * Sexo * TMC+	60,106	1	60,106	0,915	0,343
Erro	3217,793	49	65,669		

A análise “entre-sujeitos” também não revelou interação significativa, indicando novamente apenas uma tendência estatística para a interação com a variável Sexo. O que se observa é que os grupos comparativos, em função do tipo de intervenção recebida, não apresentam diferenças na evolução longitudinal e no padrão de redução dos escores totais do AUDIT, ou seja, na intensidade do uso problemático de álcool.

4.7. Consequências do uso de álcool

Como caracterização das consequências do consumo de álcool apresentado pelos participantes, temos na Tabela 10, a Média (M), número de participantes (n), desvio padrão (DP), mínimo (Mín.), máximo (Máx.), para o escore total do YAACQ, referentes

ao grupo de inclusão, IB BASICS e IB Grupo, para cada fase da pesquisa (rastreamento, Fase 1, Fase 2, Fase 3).

Tabela 10 – Média (M), número de participantes (n,) desvio padrão (DP), mínimo (Mín) máximo (Máx), para o escore total do YAACQ, referentes ao grupo de inclusão.

Grupo/Variável		IB BASICS (Controle)					IB Grupo (Experimental)				
		M	n	DP	Mín.	Máx.	M	n	DP	Mín.	Máx.
YAACQ Total	Rastreamento	5,5	58	7,5	0,0	26,0	4,9	58	6,1	0,0	28,0
	Fase 1	9,4	31	8,2	0,0	27,0	8,2	34	7,3	0,0	28,0
	Fase 2	6,4	28	6,4	0,0	17,0	5,8	32	5,8	0,0	24,0
	Fase 3	4,6	28	4,1	0,0	12,0	4,9	32	4,2	0,0	18,0

Observa-se, na Tabela 10, que na fase de rastreamento, o IB *BASICS*, apresenta uma média de 5,5 (DP = 7,5), para o escore total do YAACQ, sendo que na Fase 1, há um aumento dessa média, para 9,4 (DP = 8,2). Para o IB Grupo, também é possível verificar um aumento das médias na fase de rastreamento 4,9 (DP = 6,1), para 8,2 (DP = 7,3) na Fase 1. Nas fases seguintes, verificamos uma diminuição dessas médias, indicando em ambos os grupos uma diminuição das consequências de risco associadas ao consumo de álcool, após as intervenções. Para o IB *BASICS* temos na Fase 2 uma média de 6,4 (DP = 6,4), e na Fase 3, uma média de 4,6 (DP = 4,1), já para o IB Grupo, temos na Fase 2, uma média de 5,8 (DP = 5,8) e na Fase 3, uma média de 4,9 (DP = 4,2).

No Gráfico 11, a seguir, podemos observar a representação das médias marginais estimadas (GLM) da avaliação longitudinal dos escores totais do YAACQ, nas três fases da pesquisa.

Gráfico 11 – Médias marginais estimadas da avaliação longitudinal dos escores totais do YAACQ, nas três fases da pesquisa (Fase 1 - pré-intervenção; Fase 2 - 6 meses; Fase 3 - 10-12 meses pós-intervenção)

Ambos grupos apresentam uma redução muito acentuada nos escores, através das fases da pesquisa, declinando após a Fase 1, e atingindo seu menor valor na Fase 3, apresentando para uma leve tendência de redução maior para o IB *BASICS*. Porém, os resultados estatísticos indicam que não há diferença entre os grupos, sendo que ambos os grupos produzem diminuição progressiva das médias dos escores totais do YAACQ, sem que se identifiquem vantagens de uma ou outra intervenção sobre essa variável.

Na Tabela 11, a seguir, temos a Média (M), número de participantes (n), desvio padrão (DP), e valores U e p (2-tailed), para os valores relativos às 8 subescalas do questionário YAACQ, referentes a cada grupo de intervenção.

Tabela 11 – Médias das subescalas do YAACQ, para as fases de rastreamento, Fase 1, Fase 2 e Fase 3, comparando entre-grupo.

Subescalas/Variáveis		IB BASICS		IB Grupo		U*	p
		M (DP)	n	M (DP)	n		
YAACQ/ Social e interpessoal	Rastreamento	1,0 (1,3)	58	1,0 (1,2)	58	1484,00	0,636
	Fase 1	1,6 (1,3)	31	1,7 (1,2)	34	507,50	0,951
	Fase 2	1,2 (1,0)	28	1,3 (1,0)	32	386,50	0,546
	Fase 3	0,8 (0,8)	28	1,2 (0,8)	32	415,50	0,075
YAACQ/ Controle de Impulso	Rastreamento	0,8 (1,2)	58	0,6 (1,2)	58	1484,00	0,177
	Fase 1	1,4 (1,6)	31	1,2 (1,5)	34	507,50	0,787
	Fase 2	1,1 (1,3)	28	0,8 (1,1)	32	386,50	0,323
	Fase 3	0,6 (0,9)	28	0,6 (1,0)	32	415,50	0,579
YAACQ/ Autopercepção	Rastreamento	0,3 (0,8)	58	0,4 (0,9)	58	1632,50	0,708
	Fase 1	0,4 (0,8)	31	0,7 (1,1)	34	482,50	0,466
	Fase 2	0,4 (0,7)	28	0,7 (1,0)	32	395,50	0,336
	Fase 3	0,2 (0,5)	28	0,5 (0,8)	32	377,00	0,184
YAACQ/ Autocuidado	Rastreamento	0,6 (1,3)	58	0,4 (0,7)	58	1681,50	0,997
	Fase 1	0,9 (1,5)	31	0,4 (0,6)	34	488,00	0,541
	Fase 2	0,3 (0,9)	28	0,2 (0,5)	32	446,00	0,962
	Fase 3	0,2 (0,5)	28	0,1 (0,3)	32	435,50	0,775
YAACQ/ Comportamentos de risco	Rastreamento	0,7 (1,2)	58	0,6 (1,0)	58	1631,50	0,741
	Fase 1	1,7 (1,6)	31	1,2 (1,2)	34	469,50	0,434
	Fase 2	1,5 (1,5)	28	0,8 (1,1)	32	345,50	0,106
	Fase 3	1,3 (1,5)	28	0,8 (1,0)	32	381,00	0,289
YAACQ/ Acadêmico ocupacional	Rastreamento	0,3 (0,9)	58	0,3 (0,8)	58	1645,50	0,743
	Fase 1	0,4 (1,0)	31	0,5 (1,0)	34	495,50	0,575
	Fase 2	0,1 (0,3)	28	0,2 (0,5)	32	409,00	0,228
	Fase 3	0,0 (0,0)	28	0,0 (0,2)	32	420,00	0,182
YAACQ/ Dependência	Rastreamento	0,3 (0,7)	58	0,1 (0,3)	58	1521,00	0,184
	Fase 1	0,6 (0,9)	31	0,2 (0,4)	34	387,00	0,025
	Fase 2	0,5 (0,5)	28	0,2 (0,4)	32	334,50	0,040
	Fase 3	0,2 (0,4)	28	0,1 (0,3)	32	424,00	0,565
YAACQ/ Blackout	Rastreamento	1,4 (1,7)	58	1,5 (1,6)	58	1542,50	0,420
	Fase 1	2,3 (1,9)	31	2,2 (2,0)	34	502,50	0,743
	Fase 2	1,3 (1,2)	28	1,5 (1,4)	32	407,00	0,530
	Fase 3	1,2 (1,1)	28	1,3 (1,2)	32	422,50	0,694

*U = Estatística de Mann-Whitney

Na Tabela 11, observa-se uma diminuição das médias de consequências relacionadas ao uso de álcool para todas as subescalas, apresentando diferenças significantes entre os grupos apenas a subescala “Dependência”, para a Fase 1, (U = 387,00; p = 0,025) e para Fase 2, (U = 334,500; p = 0,040).

Discussão

5. Discussão

O presente estudo trata-se de uma avaliação inédita que buscou a comparação entre duas modalidades presenciais de intervenção breve, uma individual e outra grupal. Nosso objetivo foi avaliar um novo protocolo de intervenção breve para redução do consumo de álcool em estudantes universitários, e a redução dos problemas relacionados a esse consumo, buscando verificar possíveis mudanças no seu padrão de consumo, após serem submetidos a uma de duas diferentes modalidades de intervenção breve: IB *BASICS* – intervenção controle (método *BASICS*, individual); e IB Grupo – intervenção experimental (intervenção breve em grupo).

Com os achados, podemos verificar que houve uma redução no padrão de consumo de álcool nas duas modalidades de intervenção, de maneira acentuada e progressiva, através das três fases da pesquisa, assim como na redução do comportamento, evidente no meio universitário, de *binge drinking*. Porém, não houve diferenças significativas na efetividade entre as modalidades de intervenção avaliadas, demonstrando que a intervenção breve, multifatorial, em modelo grupal, se mostrou tão efetiva quanto o modelo padrão de intervenção breve, de modalidade individual, *BASICS*. Além disso, foi possível avaliar uma diminuição na ocorrência de problemas e consequências de risco decorrentes do uso de álcool para os dois grupos de intervenção. Essas evidências, possibilitam a indicação da viabilidade desse novo protocolo de intervenção breve, IB Grupo, para o contexto universitário.

A discussão, a seguir, se deteve aos aspectos importantes das características gerais dessa amostra estudada, refletindo sobre o efeito das intervenções, o padrão de consumo de álcool por esses universitários, e os problemas decorrentes desse consumo.

5.1. Características sociodemográficas e o consumo de álcool entre os universitários

Para esse estudo, verificamos uma amostra composta em sua maioria por mulheres, com predominância de estudantes da cor branca, solteiros, com renda acima de 6 salários mínimos e praticantes de alguma religião. Esta caracterização sociodemográfica se assemelha aos de outros estudos com universitários, principalmente no que se refere a proporção de mulheres compondo a amostra, especificamente para cursos da área de saúde (COLARES; FRANCA; GONZALEZ, 2009; FORMIGA, et al. 2013; PEUKER; FOGAÇA; BIZARRO, 2006; RAMIS et al. 2012).

No estudo de Formiga et al. (2013), sobre o consumo de álcool em universitários, a amostra foi composta por 63,0% de mulheres, muito próxima a verificada neste estudo (64%), apresentando também uma predominância de estudantes solteiros e de renda econômica média alta/alta. Na amostra do estudo de Colares, Franca e Gonzalez (2009), sobre condutas de saúde em universitários, 69,6% eram mulheres. No estudo de Ramis, et al. (2012), a amostra foi composta por 53,9% de mulheres, e com predominância da cor branca. E no estudo de Peuker, Fogaça e Bizarro (2006), sobre o comportamento de beber problemático em universitários, 51,0% da amostra foi composta por mulheres.

Já no estudo de Bedendo, et al. (2013), da Universidade Federal de São Paulo, sobre os problemas associados ao padrão *binge drinking*, mais da metade dos estudantes eram do sexo masculino (55,2%), com renda familiar mensal de 1 a 3 salários-mínimos (56,3%).

Uma hipótese para essa composição de amostra com prevalência de mulheres, pode estar associada ao perfil dos cursos de graduação avaliados, tanto por este estudo, como pelos estudos citados. Na maioria destes estudos, os participantes selecionados cursavam áreas da saúde, onde, de uma maneira geral, culturalmente são comumente

compostas por uma maioria de mulheres, tais como cursos de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, entre outros. Na nossa amostra, 62% dos participantes estão distribuídos nos cursos de fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e metabolismo, e terapia ocupacional, cursos que culturalmente temos uma proporção maior de mulheres, sendo apenas 38% nos cursos de medicina e informática biomédica, contrariamente com uma proporção maior de homens.

Essa visão apenas nos abre a uma possibilidade de pesarmos em estudos que possam abarcar outros cursos de graduação, buscando avaliar diferentes perfis socioeconômicos de estudantes, tanto para o reconhecimento dos padrões de consumo de álcool, como para avaliação da efetividade das intervenções para as demais populações universitárias.

Quanto ao consumo de álcool da amostra, foi possível verificar uma média acentuada, principalmente quando analisamos a amostra total n Fase1 (pré-intervenção), com uma pontuação indicando uma tendência ao uso problemático de álcool ($M = 7,7$). Essa alta prevalência é similar aos achados do estudo de Schulenberg et al, (2019), onde 77% dos estudantes relataram consumir álcool no último mês anterior a pesquisa. Assim como o estudo de Fachini, (2013), onde 81,9%, dados estudantes da amostra consumiram álcool nos últimos 12 meses da pesquisa, e 16,9% dos estudantes apresentaram um indicativo para uso problemático de álcool. Por sua vez, o estudo nacional realizado pela SENAD (2010) apresentou uma prevalência de 72% de universitários que realizaram o mesmo padrão de consumo de álcool.

Percebemos assim, uma alta prevalência no consumo de álcool por esses estudantes universitário, que consequentemente, pode levar a problemas e comportamentos de risco associados a esse consumo, nos direcionando assim para o

nosso objetivo na busca de intervenções viáveis e eficazes que possa auxiliar na redução desse quadro.

5.2. O efeito das Intervenções Breves

Através das análises de efetividade isolada de cada intervenção, observou-se um efeito significativo na diminuição do consumo de álcool por estudantes universitários, tanto para intervenção controle (IB *BASICS*), quanto para intervenção experimental (IB Grupo), baseada na avaliação das três fases da pesquisa, indicando assim um efeito positivo similar para redução do consumo de álcool entre os universitários da amostra.

Esse achado é considerável quando pensamos na implementação de uma Intervenção Breve no contexto universitário. De um lado temos uma Intervenção Breve, padrão ouro na literatura científica, mas que evidentemente necessita de mais recursos e tempo para sua implementação, apoiando-se em dois encontros individuais (FACHINI et al., 2012). Já, por outro lado, temos uma Intervenção Breve, de maneira grupal, em sessão única, que atingiu o mesmo efeito da intervenção anterior, podendo assim ser uma opção mais viável, no sentido econômico, de tempo e de espaço. Obviamente, precisamos ter cuidados metodológicos quando pensamos na generalização desses dados, já que a amostra se encontra circunscrita a um contexto universitário específico, mas essas evidências apontadas já chamam a atenção para uma possibilidade de direcionamento para uma escolha de intervenção efetiva com esse objetivo de reduzir padrões problemático de uso de álcool.

Em uma metanálise que buscou comparar sete tipos de intervenção breve, para reduzir o uso problemático de álcool entre estudantes universitários, onde seis foram modelos *online* (*Alcohol 101/Alcohol 101 Plus*, *AlcoholEdu*, *Check Your Drinking*

(CYD), *College Drinker's Check-up (CDCU)*, *Electronic CHECKUP TO GO (e-CHUG)*, e *Tertiary Health Research Intervention Via Email (THRIVE)*), e o *BASICS*, como modelo presencial, o *BASICS* foi avaliado como o método de maior efeito, se mostrando mais eficaz quanto a redução do uso problemático de álcool. Porém, nessa nossa mesma direção, os autores apontam a intervenção *BASICS* como um método que consome muitos recursos, onde sugerem que essa intervenção possa ser mais eficiente em casos de estudantes que apresentem um maior risco do consumo de álcool, como alunos em uso nocivo ou provável dependência (HENNESSY et al., 2019).

Em um estudo brasileiro, que buscou comparar a quantidade e frequência do uso de álcool e em dois grupos de estudantes universitários que faziam uso de álcool de risco e que foram alocados aleatoriamente para um grupo de intervenção, através do *BASICS*, e um grupo sem intervenção, avaliados em um período de 24 meses, os resultados indicaram uma redução significativa no consumo de álcool, após 24 meses, tanto para o *BASICS*, quanto para o grupo sem intervenção, além disso, na avaliação de 24 meses após a intervenção, a média do AUDIT ainda equivalia a um uso problemático de álcool ($M = 7,3$), no grupo submetido ao *BASICS* (SIMÕES et al., 2008).

Em um outro estudo brasileiro de Silva e Tucci (2015), com o objetivo avaliar o padrão de consumo de álcool, antes e após a aplicação da intervenção *BASICS*, em uma amostra de estudantes universitários brasileiros, as autoras também apontam para uma redução do consumo de álcool, quando comparados o grupo controle e o grupo experimental, entre a fase de pré-intervenção e pós-intervenção (6 meses após a intervenção), porém, é possível observar que houve uma estabilização do escore médio do AUDIT entre 6 meses e 12 meses, pós-intervenção, ou seja, após 6 meses da aplicação do *BASICS*, não houve modificação no consumo de álcool por esses estudantes, sendo

que, nesse segundo momento de pós-intervenção (12 meses), 56,2% dos estudantes da amostra apresentaram uso problemático de álcool, segundo critérios do AUDIT.

Dados esses diferentes dos encontrados no presente estudo, onde observa-se uma diminuição progressiva das médias sobre o escore total do AUDIT, longitudinalmente, nos três momentos da pesquisa, para ambas as intervenções. Quanto ao uso problemático de álcool, encontramos uma evidente redução dos escores médios para as duas intervenções no decorrer das três fases da pesquisa, onde tanto o IB *BASICS*, quanto o IB Grupo, na Fase 1, iniciam com o uma pontuação indicando o uso problemático de álcool, chegando na Fase 3 com o uso de álcool em baixo risco, segundo os critérios do AUDIT.

O que podemos observar na literatura, tanto internacional quanto nacional, é que boa parte das intervenções breves presenciais atingem uma redução no consumo de álcool, quando comparados a grupo controles, e principalmente os estudos que fizeram comparações com grupos sem intervenção, porém, alguns estudos apontam para a necessidade de maior evidências sobre os efeitos dessas intervenções para a redução do consumo de álcool, levantando a dificuldade em direcionar de uma maneira consistente para escolha de um tipo de intervenção mais eficaz (HUH et al., 2015; MUN et al., 2015; SEIGERS; CAREY, 2010; TANNER-SMITH; LIPSEY, 2015).

No estudo de Huh et al. (2015), os autores compararam três tipos de intervenções: Entrevista Motivacional individual com *Feedback* personalizado; apenas *Feedback* personalizado; e Entrevista Motivacional em grupo. Eles sugerem nesse estudo a necessidade de cuidados metodológicos na escolha de uma Intervenção Breve, apontando para essa baixa verificação dos efeitos gerais das intervenções para redução do consumo de álcool. Apesar disso, os autores apontam para essa redução do uso de álcool nos grupos sob intervenção, sendo que para essa comparação, a intervenção de Entrevista

Motivacional individual, apresentou uma redução estatisticamente significativa, apesar de pequena, no padrão de consumo de álcool (HUH et al., 2015).

Young e Neighbors (2019) avaliaram a inclusão de uma tarefa de “escrita expressiva” buscando melhorar a eficácia de uma intervenção baseada em feedback normativo personalizado (PNF), assim eles avaliaram a intervenção PNF; a escrita expressiva, explorando a lembrança de uma ocasião negativa ligada a um episódio de *binge drinking*; um PNFplus que seria o feedback normativo personalizado junto com a “escrita expressiva”; e o controle, que receberam informações *on-line* sobre risco ligados ao consumo de álcool. Apesar do consumo de álcool ter reduzido em todas as condições no período de 1 mês, incluindo o grupo controle, os achados sugerem que as intervenções não tiveram um grande efeito significativo nessa redução do consumo.

No estudo de metanálise de Tanner-Smith e Lipsey (2015), as intervenções breves para redução do uso de álcool, em jovens adultos, apontaram níveis significativamente mais baixos de consumo de álcool do que as condições de controle, apesar de um baixo efeito para essa redução (redução 6,2 para 5,4 dias de consumo de álcool no mês). Nesse estudo, os autores sugerem perfis de intervenção hipotéticos, baseados nas pesquisas analisadas. Esses resultados sugerem que o programa com possibilidade de maior efeito para jovens adultos seria intervenção com busca na modificação de expectativas quanto ao uso de álcool, com atividades de balança decisional (vantagens e desvantagens do uso de álcool), e estabelecimento de metas específicas, sendo realizado dentro do campus universitário, descartando elementos como, educação ao álcool, feedback normativo (procedimento onde compara o uso de álcool do estudante ao seu grupo de referência) e intervenções em mais de uma sessão.

Mesmo sendo um levantamento hipotético, baseada em uma amostra de artigos heterogêneos, com diferentes modalidades de intervenção, esse estudo trás um

direcionamento para elaboração de uma Intervenção Breve similar a que elaboramos e avaliamos nessa presente pesquisa. Nós temos que modelos de Intervenção Breve são abordagens geralmente baseada em redução de danos e voltada não especificamente a um tratamento, mas baseada em metas flexíveis com base no indivíduo e em sua motivação (ACUFF et al., 2019). No contexto universitário, organizar um protocolo que possam trazer esses elementos básicos, mesclando com o trabalho de reflexão e consciência de tomadas de decisão e autocuidado, pode ser um caminho muito efetivo para um cuidado com o estudante quanto ao consumo de álcool.

Existem poucos ensaios clínicos, dentro do nosso conhecimento, que buscaram avaliar os efeitos de Intervenção Breve em grupo e Intervenção Breve individual (ALFONSO; HALL; DUNN, 2013; HUSTAD et al., 2014). Em contraste com os nossos achados, uma metanálise, indicou que as intervenções breves em grupo para redução do uso de álcool em universitários, são menos eficazes do que as intervenções individuais, baseadas nos estudos de sua amostra (CAREY et al., 2007). Não foram avaliados nesta metanálise, características específicas de cada intervenção, e não se sabe os componentes específicos das intervenções em grupo avaliadas, mas os autores sugerem que as intervenções, de uma maneira geral, que apresentaram maior efeito para redução do uso de álcool, usaram entrevistas motivacionais e balança decisional, itens esses contemplados no IB grupo desta pesquisa.

No estudo de Alfonso, Hall e Dunn, (2013), os autores compararam três tipos de intervenção: *BASICS*; Intervenção em grupo, baseada em técnicas de entrevista motivacional, chamado *CHOICES* (PARKS; WOODFORD, 2005), e uma intervenção via *WEB*, que fornecia um *feedback* personalizado (Walters, Vader e Harris, 2007). Destas três intervenções, apenas o *BASICS* demonstrou uma redução estatisticamente significativa no consumo de álcool pelos estudantes da amostra. Contudo, não podemos

saber se esse efeito se dá diante da robustez do *BASICS* e/ou a falta de componentes do *CHOICES*, que se mostrou uma das primeiras alternativas para uma Intervenção Breve em grupo, mas nesse momento da pesquisa, uma abordagem em adaptação.

Já no estudo Hustad et al. (2014), que teve por objetivo avaliar comparativamente a eficácia de uma Intervenção Motivacional Breve individual e uma Intervenção Motivacional Breve em grupo, em universitários, observa-se para as intervenções, individual e em grupo, um desfecho similar aos achados do presente estudo, onde para ambas, observou-se significativa redução no consumo de álcool, pelos alunos da amostra, bem como um efeito similar para ambas as intervenções pareadas. Os autores também apontam que intervenção breve grupal pode tornar-se mais eficiente do que as intervenções individuais, no sentido de ser uma opção mais viável para centros universitários, pois além de atender uma população maior de alunos, também é possível economizar tempo, espaço físico e número de profissionais interventores (HUSTAD et al, 2014).

Uma outra direção de relevância a se apontar aqui, é a crescente de estudos na área de intervenção breve que visam avaliar métodos de intervenção via *web*, como uma forma alternativa aos métodos presenciais, diante das vantagens de poder ser um método econômicos e de maior abrangência, porém os efeitos dessas intervenções são ainda questionados. Em um estudo de revisão sistemática sobre as intervenções para redução do consumo de álcool em estudantes universitários, Rodrigues e Furtado (2019), apontaram que as intervenções presenciais, dentro da amostra de estudos avaliada, indicaram uma maior redução proporcional no consumo de álcool em comparação com as intervenções via *web*.

No estudo de Carey et al. (2012), comparando intervenções presenciais e via *web*, as análises apontaram maiores reduções nos problemas relacionados ao álcool após as

intervenções presenciais, quando comparados a controles e intervenção via web. Bem como no estudo de Walters et al. (2009), onde houveram reduções significativas apenas para a intervenção presencial, quando comparados a intervenção via web.

É importante também estarmos atentos para algumas possíveis desvantagens desses métodos de intervenção, por exemplo, a diminuição do controle das respostas fornecidas pelos participantes e a possibilidades dessas intervenções tornarem-se “generalistas”, não possibilitando trabalhar questões importantes para reflexão e ativação de motivação para redução do consumo de álcool, possível apenas em intervenções presenciais (RODRIGUES; FURTADO, 2019).

A comparação entre os efeitos de IBs, se faz bastante necessária para podermos ter uma escolha de intervenção mais eficaz para o contexto universitário. Alguns cuidados na escolha da intervenção para essa proposta são necessários, desde o rastreamento inicial e mensuração do desfecho, com a utilização de instrumentos padronizados e adequados a população, até a atenção na adequação do ambiente a ser trabalhado a intervenção, como tempo e espaço disponíveis, presença de equipe treinada e/ou software adequado (DIMEFF, et al, 2002; WALTERS et al, 2009). Além disso, a atenção na adequação e no manejo das estratégias da intervenção, a avaliação adequada das medidas de desfecho e o tempo de *follow-up*, são pontos fundamentais na tentativa de controlar e alcançar efeitos satisfatórios quanto a redução do consumo de álcool pelos estudantes universitário.

5.3. Redução do comportamento de *binge drinking*

Refletir sobre o comportamento *binge drinking* na universidade é algo que abre margem a diferentes observações, seja o apontamento e preocupação dos riscos associados a esse comportamento; seja a observação cultural do *beber* relacionada ao

meio universitário, principalmente quando falamos da fase inicial da vida universitária. Segundo Adam et al. (2000), o comportamento de beber é apresentado como um aspecto intrínseco da cultura universitária, exibindo, por vezes, uma definição mais característica de "*ser aluno*" do que o próprio estudo ou os trabalhos acadêmicos. Nesta visão, pensar em universidade estaria mais associado, por exemplo, a festas e ao consumo de álcool, do a própria formação profissional (FACHINI; FURTADO, 2013; MCEWAN B., 2009).

No presente estudo, temos uma considerável prevalência do comportamento de *binge drinking* entre os estudantes da amostra. Logo na fase de rastreamento, os estudantes apresentaram uma prevalência de 34,2%, para esse comportamento, considerando os últimos 12 meses, e 33,6% positivo para *binge drinking*, relativo ao último mês.

Ao compararmos com outros estudos, podemos verificar um percentual similar quanto a esse rastreado. No estudo da Universidade de Michigan, apresentado por Schulenberg et al. (2019), essa proporção de consumo de álcool em *binge* foi de 32,7%, relativo ao consumo desses estudantes da amostra no ano de 2017. Já no levantamento nacional realizado pela SENAD (2010), houve uma prevalência de 31,3%, de *binge drinking*, entre os estudantes de 27 capitais brasileiras.

Avaliando esses percentuais, podemos entender que mais de 1/4 da população universitária apresenta comportamento de consumo de álcool do tipo *binge*. Diante desta alta prevalência, podemos considerar algumas possibilidades, iniciando por uma normalização desse consumo no meio universitário. Como citado anteriormente, o consumo de álcool tornou-se parte da cultura universitária, e diante disso, podemos pressupor também uma normalização desse consumo em excesso, onde, muitas vezes, o comportamento de *binge drinking* é visto pelo estudante como algo comum e até mesmo "responsável" e seguro (WECHSLER; NELSON, 2001).

Alguns estudos apontam para essa tendência dos estudantes a apresentarem um maior consumo de álcool em *binge*, por geralmente estarem expostos a ambientes “*open bar*” de maneira frequente, ou seja, ambientes onde por um determinado valor antecipado, a pessoa pode consumir a bebida alcoólica à vontade (KUO et al., 2003; KNIGHT et al., 2002; PILLON; CORRADI-WEBSTER, 2006).

Uma outra possibilidade a ser considerada diante dessa prevalência, estaria ligada a expectativa desses estudantes, diante da escolha do consumo de álcool em excesso. É comum observarmos os estudantes apontarem para o consumo de álcool, principalmente em festas, visando a uma “busca de relaxamento” através desse comportamento *binge drinking*, ou um momento para “extravasar”, após possíveis momentos de desgastes acadêmicos, além de possíveis expectativas ligadas a interação social. Para Fachini e Furtado (2013), o consumo de álcool pode estar ligado a essa expectativa de busca de um alívio diante de pressões acadêmicas, bem como uma gratificação, diante de, por exemplo, períodos de provas, trabalhos exaustivos e desgastantes.

Chiapetti e Serbena (2007) realizaram um levantamento do uso de álcool por estudantes da área de saúde em uma universidade de Curitiba. Os autores apontaram que entre os principais motivos para o uso frequente de álcool, levantado pelos estudantes da amostra, o mais referido foi “*quebrar a rotina e/ou curtir os efeitos do álcool*”, seguido do motivo “*diminuir a ansiedade e o estresse*”. Já no estudo de Nehlin e Öster (2019), onde as autoras avaliaram os motivos de beber na percepção de universitários suecos, através da versão abreviada do questionário *The Drinking Motives Questionnaire-Revised* (DMQ-R), observaram que a “*busca por diversão*”, e “*busca por sensação agradável*”, e motivos sociais, como “*melhora da interação social*” e “*deixar o evento mais divertido*”, estão entre os motivos mais comuns para a escolha de beber dos estudantes com padrão de consumo em *binge drinking*.

Assim, a soma de uma expectativa positiva, ou normalizada, desse consumo, e exposições frequentes a ambientes com álcool, podem implicar em uma alta prevalência de *binge drinking*. Essas observações podem reforçar a ideia de trabalharmos em intervenções que visem essa redução do comportamento de consumo em *binge*, baseadas na ativação de reflexões sobre suas tomadas de decisão, através do reconhecimento da função ou intenção do comportamento de beber, percepção das vantagens e desvantagens dessa escolha, e busca de escolhas com maior autocuidado.

Evidenciando a importância dessas intervenções para redução do comportamento de *binge drinking*, considerando os resultados das comparações “entre sujeitos” para diferenças entre grupos de intervenção, em sua verificação longitudinal das medidas repetidas dos escores referentes ao *binge drinking* (questão 3 do AUDIT), foi possível verificar uma evidente redução dos escores médios para as duas intervenções, ou seja, uma diminuição do comportamento de *binge drinking* considerando as três fases da pesquisa. Além disso, foi possível também verificar uma discreta vantagem a mais de redução do consumo em *binge drinking* para o grupo que foi submetido ao IB Grupo, apesar da análise comparativa temporal (entre-grupos), não indicar diferenças de efeito entre as intervenções.

Com isso, uma Intervenção Breve que possa possibilitar o jovem a refletir sobre o seu funcionamento diante da escolha do consumo de álcool, com suas intenções e motivações, e ao mesmo tempo refletir sobre seus limites, até mesmo o reconhecimento de um limite fisiológico de seu organismo, pode ajudá-lo na busca de um equilíbrio entre as vantagens do consumo de álcool, diretamente ou indiretamente, como sensações agradáveis no beber ou a diversão e socialização que podem estar envolvidas, e a evitação das desvantagens e consequências de risco, como, por exemplo, o *blackout*, ou apagões após a intoxicação de um beber excessivo.

Observou-se também uma diferença inicial entre os dois grupos quanto a intensidade na frequência de *binge*, onde o IB Grupo apresentou um escore médio inicial mais elevado, a na Fase 3, alcança um valor reduzido semelhante ao IB *Basics*, chegando a dados que sugerem que o que pode ter contribuído para a inclinação mais acentuada da curva de redução da intensidade de frequência de *binge drinking* no IB grupo, possa ter sido a maior presença de casos positivos de TMC. Uma interpretação possível seria de que a modalidade de intervenção breve em grupo teria um benefício mais acentuado para os participantes positivos para TMC.

Essa informação é de grande relevância, pois assim como alguns dados da literatura sugerem que o IB *Basics* seja adotado em contextos com alunos em uso de alto risco de álcool, (HENNESSY et al., 2019) esse achado pode motivar analisarmos a possibilidade dessa modalidade testada ser implementada para casos de alunos positivos para presença de TMC.

5.4. Consequências no consumo de álcool

Ambas as intervenções apresentaram uma redução muito acentuada nos escores relativos as consequências associadas ao consumo de álcool, comparando as três fases da pesquisa, e atingindo seu menor valor na Fase 3. Os resultados estatísticos indicarem que não há diferença entre os grupos, sendo que ambos produzem diminuição progressiva das médias dos escores totais do YAACQ, sem que se identifiquem vantagens de uma ou outra intervenção sobre essa variável., apesar da indicação para uma leve tendência de redução maior para o IB *BASICS*.

Quando avaliamos as subescalas do YAACQ, temos como maiores médias apresentadas, em ambas as intervenções, a subescala *blackout*, sem apresentar diferenças

significativas entre os grupos, seguida da subescala *social/interpessoal*, que apresentou uma leve tendência favorável ao IB *BASICS*.

No estudo de Nourse, et al. (2017), os autores apontam para já evidente correlação positiva entre o comportamento de *binge drinking* e consequências negativas associadas a esse consumo. Em sua amostra, a maioria dos estudantes relataram ter sofrido como consequências mais significativas, também o *blackout*, seguidas de *comportamento de risco*, como correr riscos "tolos", e *controle de impulsos*, como por exemplo, não conseguir parar de beber após ter começado, de acordo com as questões do YAACQ.

Alguns estudos destacam o *blackout* como uma consequência comum entre universitários, além de ser uma consequência de risco importante a ser levada em consideração quando pensamos em uma intervenção para redução de problemas associados ao álcool (ACUFF et al., 2019; MILLER et al., 2018).

Miller et al. (2018), avaliaram o *blackout* como um moderador da resposta de universitários a uma intervenção breve *online* baseada em feedback normativo personalizado (FNP). Com uma amostra de 26% dos estudantes relatando terem sofrido *blackout* nos últimos 30 dias anteriores a pesquisa, os autores identificaram que a presença de *blackout* na fase de pré-intervenção, pode resultar em uma melhor resposta a uma intervenção breve, sugerindo ser essa uma medida significativa de triagem para seleção de participantes para uma intervenção breve.

Assim como nos estudos de Acuff et al. (2019), que diante de uma alta prevalência de *blackout* na amostra (62%), os participantes que passaram por uma intervenção motivacional breve, diminuíram significativamente a ocorrência dessa consequência até pelo menos 6 meses após a intervenção, momento em que nesse estudo os efeitos da intervenção reduzem de diferença, em comparação a condição de controle.

Identificar as consequências do consumo de álcool na população universitária pode ser algo desafiador, pois muitos estudantes podem não identificarem esses comportamentos de risco, ou mesmo não associarem possíveis consequências negativas aos efeitos do álcool, podendo até mesmo perceber algumas dessas consequências, por exemplo, a tolerância ao álcool, como algo vantajoso, ou até mesmo honroso.

Para Martinez, Sher e Wood (2014), em um estudo que buscou avaliar as consequências do consumo de álcool como modificador dessa escolha de consumo, apontaram que essa modificação pode ser acelerada por meio de intervenções que combinem técnicas de redução de danos e estimulação da percepção das consequências ligadas ao uso de álcool, trabalhando com as experiências negativas vivenciada por esses alunos, como uma forma de aprendizado para mudança de comportamento.

Sendo assim, podemos evidenciar os nossos achados, permitindo afirmar que a intervenção breve testada (IB Grupo), pode ser uma alternativa viável e eficaz tanto para redução do consumo de álcool, e principalmente para os padrões excessivos, como para redução das consequências associadas a esse consumo.

Limites

Temos ciência que muitos dados deste estudo ainda precisam ser explorados de maneira mais cuidadosa, ampliando as observações aqui feitas e possibilitando ir além de nossos objetivos. Um exemplo disso é a presença de um diferencial deste estudo que é um folheto informativo, como intervenção mínima, entregues tanto na fase de rastreamento, para todos os alunos respondentes do caderno MED-INTERBREVE, como na fase de intervenção, para ambos os grupos. Uma ação importante, para futuros estudos, possa ser explorar a interferência dessa intervenção mínima sobre a redução do consumo

de álcool e problemas relacionados, algo que não conseguimos explorar com mais atenção em nossos achados.

Como esses achados sugerem uma possibilidade do uso de IB Grupo como uma estratégia alternativa para o método padrão IB *BASICS*, faz-se importante uma avaliação das especificidades do conteúdo dessa intervenção, talvez buscando avaliar a influência dos conteúdos do protocolo sobre as reduções do padrão de consumo e suas consequências.

Além disso, a avaliação em uma população universitária mais heterogênea, com a aplicação em uma amostra maior, incluindo, por exemplo, outros cursos de graduação, podem ajudar a sustentar as evidências aqui encontradas.

Dificuldades Apresentadas

- Foi estabelecido contato inicial com os alunos do Centro Acadêmico Lima Rocha (CARL) e com membros da Liga de Saúde Mental da FMRP, com rodas de conversa sobre o consumo de álcool na universidade. Para isso foi necessária uma demanda de tempo importante. Apesar disso, esse processo foi de extrema importância para uma instrumentação qualitativa adicional na elaboração do folheto informativo, bem como na elaboração do protocolo IB Grupo.
- Como procedimento para o início da coleta de dados, foi realizado contato com os professores dos cursos da FMRP. Auxiliando na viabilidade desses contatos, contamos com o apoio da psicóloga, Dra. Fátima Colares, do CAEP, que nos disponibilizou os nomes e e-mails de docentes. O contato com os professores, realizado em sua maioria via e-mail, foi demorado no que se refere ao processo envio-resposta-agendamento, o que estendeu o período de coleta de dados inicial.

- Devido a indisponibilidade de horários para agendamento da aplicação dos questionários, os ingressantes do curso de Ciências Biomédicas não entraram nesta avaliação, sendo sugerido pelos representantes da comissão de organização de curso a abertura de uma nova aplicação do caderno de questões para o início do ano letivo de 2018, porém, por uma escolha de acordo, não os incluímos na amostra dos alunos, pois isso inviabilizaria o início da Fase 1 no tempo correto ao cronograma.
- No momento da aplicação do caderno de questões no curso de Medicina, havia uma divisão da turma, onde foi possível a aplicação em apenas uma das partes turmas, não sendo possível o agendamento com os demais alunos, devido a uma incompatibilidade nos horários.
- Para o agendamento com alunos randomizados para receberem as intervenções destinadas, houveram muitas dificuldades no contato inicial, onde muitos números de telefones não constavam como existentes, e algumas tentativas de contato via e-mail, não obtivemos respostas. Além disso, contamos também com algumas dificuldades quanto a organização de horários compatíveis com a grade curricular dos alunos. O mesmo aconteceu nas fases 2 e 3, seguintes.

Todas as dificuldades apresentadas foram superadas, visando assegurar a viabilidade do projeto, e o andamento do cronograma estabelecido, sendo possível o aprendizado de manejo, enfrentamento e desenvolvimento de técnicas e métodos necessários para a pesquisa.

Considerações Finais

6. Considerações finais

O consumo de álcool por estudantes universitários se expressa de maneira significativa neste contexto, como foi possível observar com os achados desse estudo, sendo que modalidades de intervenção breve podem ser um caminho viável dentro do contexto acadêmico, para ajudar no cuidado à saúde do estudante e possibilitar a redução do consumo excessivo de álcool, principalmente o comportamento de *binge drinking*, e suas possíveis consequências de risco.

Porém, verificar o padrão de consumo de álcool nessa população não é uma tarefa simples, principalmente diante da normalização do padrão de consumo em excesso neste contexto. Nessa aproximação com os alunos, viabilizada por esse estudo, foi aparente o quanto o álcool está associado a *pausa* em uma pesada rotina acadêmica, a confraternizações, e integração social. Assim, o oferecimento de modalidades de intervenção que visam reduzir um consumo, pode levar a um estranhamento, e por vezes o afastamento da proposta por esses alunos, diante dessas associações primárias positivas.

Uma possibilidade a essa dificuldade pode ser propor uma intervenção voltada para uma visão mais integral à saúde mental desse estudante e assim possibilitar a reflexão sobre o comportamento de consumo de álcool e suas consequências, como foi proposto na modalidade de intervenção breve grupal, multifatorial, neste estudo.

Os resultados aqui obtidos poderão subsidiar a elaboração de medidas mais efetivas de prevenção e promoção de saúde na população universitária, sendo o IB Grupo uma alternativa viável para direção da redução do consumo problemático de álcool pelos estudantes universitários. Essa implantação de programas de intervenções breves específicos a esta população, pode ser uma oportunidade importante de se abordar o tema de saúde mental na universidade, e principalmente ampliar a visão desses estudantes ao

seu autocuidado, proporcionando uma maior compreensão, reflexão e sensibilização de suas escolhas de comportamentos, e nessa perspectiva, trazer possibilidades de um consumo de álcool mais consciente, visando evitar comportamentos de riscos.

Sendo assim, é desejável que o universitário possa aproveitar da melhor maneira essa importante e intensa fase de sua vida, diante de suas possibilidades e instabilidades, mas que seja possível haver mais espaços para reflexão e ressignificação de comportamentos, atitudes e valores, que possam ajudar esses estudantes a ampliarem a percepção de si nesse cenário, suas escolhas, pessoais e profissionais, e uma vivência desse momento mais compassivo e de autocuidado.

7. Referências

ACUFF, S. F. et al. Brief Motivational Interventions Are Associated with Reductions in Alcohol-Induced Blackouts Among Heavy Drinking College Students. **Alcoholism: clinical and experimental research**, v. 43, n. 5, p. 989-996, 2019.

ACHA - AMERICAN COLLEGE HEALTH ASSOCIATION. **American College Health Association-National College Health Assessment II: Reference Group Executive Summary Spring 2019**. Silver Spring, MD: American College Health Association; 2019.

ADAM, D. et al. A Culture of Consumption: An investigation into alcohol-related drinking problems amongst university students. Unpublished report, University of Waikato, Hamilton, NZ, 2000.

AGANTE, D. M. C. **Comportamentos relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas durante as festas académicas nos estudantes do ensino superior**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Universidade de Coimbra, Portugal, 2006.

ALFONSO, J.; HALL, T. V.; DUNN, M. E. Feedback-based alcohol interventions for mandated students: an effectiveness study of three modalities. **Clin Psychol Psychother**, 2013, 20:411-423, 2013.

ARNETT, J. J. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. **American Psychologist**, v. 55, p. 469-480, 2000.

ASHMORE, R. D.; DEL BOCA, F. K.; BEEBE, M. "Alkie," "Frat Brother," and "Jock": perceived types of college students and stereotypes about drinking. **Journal of Applied Social Psychology**, v. 32, n. 5, p. 885-907, 2002.

AUERBACH, R. P. et. al. Mental disorders among college students in the WHO World Mental Health Surveys. **Psychological Medicine**. v. 46, n. 14, p. 2955–2970, 2016.

BABOR, T. F. et al. **AUDIT**: The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. Geneva: World Health Organization, 1992.

BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. **Brief intervention for hazardous and harmful drinking**: a manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization, 2001.

BABOR, T. F. et al. **AUDIT**: Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool - Roteiro para Uso em Atenção Primária. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003.

BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. **Psychological Review**, v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977.

BANDURA, A. **Social Foundations of Thought and Action: a Social Cognitive Theory**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1986.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva: teoria e prática** (S. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BEDENDO, A. et al. Binge drinking: padrão associado ao risco de problemas do uso de álcool entre universitários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25 p. 2925-2933, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

BRUFFAERTS, R. et al. Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. **Journal of Affective Disorders**. v. 225, p. 97–103, 2018.

CAREY, K. B. Face-to-face versus computer-delivered alcohol interventions for college drinkers: A meta-analytic review, 1998 to 2010. **Clinical Psychology Review** v. 32, p. 690–703, 2012.

CAREY, K. B. et. al. Individual-level interventions to reduce college student drinking: A meta-analytic review. **Addictive Behaviors**, v. 32, p. 2469–2494, 2007.

COLARES, V.; FRANCA, C.; GONZALEZ, E. Condutas de saúde entre universitários: Diferenças entre gêneros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 521-528, 2009.

COLARES, M. F. A. **Reflexões e vivências de estudantes de medicina do ciclo básico através do sociodrama educacional**. 2004. 269f. Doutorado (Tese). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

CHIAPETTI, N.; SERBENA, C. A. Uso de Álcool, Tabaco e Drogas por Estudantes da Área de Saúde de uma Universidade de Curitiba. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20 n. 2, p. 303-313, 2007.

DEVOS-COMBY, L.; LANGE, J. E. Standardized measures of alcohol-related problems: A review of their use among college students. **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 22, n. 3, p. 349–361, 2008.

DIMEFF, L. A. et al. **Alcoolismo entre estudantes universitários**: uma abordagem de redução de danos. (J. M. Bertolote, Trad). São Paulo: Editora Unesp, 2002.

FACHINI, A. et al. Efficacy of brief alcohol screening intervention for college students (*BASICS*): a meta-analysis of randomized controlled trials. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy**, v. 7, p. 40, 2012.

FACHINI, A.; FURTADO, E. F. Uso de álcool e expectativas do beber entre universitários: uma análise das diferenças entre os sexos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 29, n. 4, p. 421-428, 2013.

FERREIRA, J. A.; FERREIRA, J. A.; ALMEIDA, L. S.; SOARES, A. P. C. **Adaptação acadêmica em estudante do 1º ano: diferenças de gênero, situação de estudante e curso**. Revista Psico-USF, v. 6, p. 1-10, 2001.

FORMIGA, N. S. et al. Identificação de problemas relacionados ao uso de álcool (AUDIT): A fidedignidade de uma medida sobre o consumo exagerado de álcool em universitários. **Psicologia.pt**, v. 1, p. 1-13, 2013.

GBD 2016 ALCOHOL COLLABORATORS. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet**. v. 392, p. 1015-1035, 2018.

GOLDBERG D.; HUXLEY P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock, 1992.

GOLDBERG, D. The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. London, New York: Oxford University Press, 1972.

GOUVEIA, V. V. et al. A utilização do GHQ-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. **Teoria e Pesquisa**; v. 19, p. 241-248, 2003.

GREEN, M. J.; BENZEVAL, M. Ageing, social class and common mental disorders: longitudinal evidence from three cohorts in the West of Scotland. **Psychological Medicine**, 41, 565–574, 2011.

HENNESSY, E. A. et al. Comparative Effectiveness of Brief Alcohol Interventions for College Students: Results from a Network Meta-Analysis. **Prevention Science**, v. 20, p. 715–740, 2019.

HUH, D. et al. Brief motivational interventions for college student drinking may not be as powerful as we think: An individual participant-level data meta-analysis. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 39, n. 5, p. 919–931, 2015.

HUSTAD, ET AL. The comparative effectiveness of individual and group brief motivational interventions for mandated college students. **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 28, n. 1, p. 74–84, 2014.

JENNISON, K. M. The short-term effects and unintended long-term consequences of binge drinking in college: A 10-year follow-up study. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 30, p. 659–684, 2004.

KAILER, C.W. et al. Mapping the continuum of alcohol problems in college students: A Rasch model analysis. **Psychol. Addict. Behav.** 18: 322-333, 2004.

KERR-CORRÊA, F. et al. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da UNESP. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, p. 95-100, 1999.

KNIGHT, J. R. et al. Alcohol abuse and dependence among US college students. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, v. 63, n. 3, p. 263-70, 2002.

KING, R. A.; JUN, M. C. **Results of the Indiana College Substance Use Survey**. Bloomington, IN: Institute for Research on Addictive Behavior, Indiana University, 2019.

KUO, M. et al. The marketing of alcohol to college students: the role of low prices and special promotions. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 25, n. 3, p. 204-11, 2003.

LAWYER, S. et al. Forcible, drug-facilitated, and incapacitated rape and sexual assault in undergraduate women. **Journal of American College Health**, v. 58, p. 453–460, 2010.

LEE, C. M. et al. Exploring the role of positive and negative consequences in understanding perceptions and evaluations of individual drinking events. **Addictive Behaviors**, v. 35, p. 764–770, 2010.

LEES, B. et al. Neurobiological and Cognitive Profile of Young Binge Drinkers: a Systematic Review and Meta-Analysis. **Neuropsychology Review**. v. 29, p. 357–385, 2019.

LÓPEZ-CANEDA, E. et al. The brain of binge drinkers at rest: Alterations in theta and beta oscillations in first-year college students with a binge drinking pattern. **Frontiers in Behavioral Neuroscience**, 11, 168, 2017.

MALLET, K. A.; BACHRACH, R. L.; TURRISI, R.. Are all negative consequences truly negative? Assessing variations among college students' perceptions of alcohol related consequences. **Addictive Behaviors**, v. 33, p. 1375–1381, 2008.

MARQUES, A. C. P. R.; FURTADO, E. F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, Supl I, p. 28-32, 2004.

MARLATT, A. et al. **Redução de Danos - Estratégias Práticas para Lidar Com Comportamentos**. ed. Artmed, 1999.

MARTINEZ, J. A.; SHER, K. J.; WOOD, P. K. Drinking Consequences and Subsequent Drinking in College Students Over 4 Years. *Psychol Addict Behav*, v. 28, n. 4, p. 1240–1245, 2014.

MESQUITA, E. M.; NUNES, A. J.; COHEN, C. Avaliação das atitudes dos estudantes de medicina frente ao abuso de drogas por colegas do meio acadêmico. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, supl. 1, p. 8-12, 2008.

MILLER, M. B. et. al. Blackouts as a Moderator of Young Adult Veteran Response to Personalized Normative Feedback for Heavy Drinking. **Alcohol Clin Exp Res**, v. 42, n. 6, p. 1145–1153, 2018.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. Entrevista Motivacional – preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

McEWAN, B. Student Culture and Binge Drinking. Tese (Doutorado). University of Waikato, Hamilton, 2009.

MORRISON, A. W.; DIEHL, H. S. Some studies on mental hygiene needs of freshmen university students. **JAMA**, v. 83, n. 21, p. 1666-1672, 1924

MUN, E. Y. et al. Project INTEGRATE: An Integrative Study of Brief Alcohol Interventions for College Students. *Psychol Addict Behav*. v. 29, n. 1, p. 34–48, 2015.

NEHLIN, C.; ÖSTER, C. Measuring drinking motives in undergraduates: an exploration of the Drinking Motives Questionnaire-Revised in Swedish students. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy**, 14:49, 2019.

NOURSE, R.; ADAMSHICK, P.; STOLTZFUS, J. College Binge Drinking and Its Association with Depression and Anxiety: A Prospective Observational Study. **East Asian Arch Psychiatry** 2017;27:18-25, 2017.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Beber e Dirigir: manual de segurança viária para profissionais de trânsito e saúde. Genebra, Global Road Safety Partnership, 2007.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório mundial de saúde. Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança. WHO Geneva; 2001.

PARKS, G.A.; WOODFORD, M.S. **CHOICES about alcohol: A brief alcohol abuse prevention and harm reduction program for college students**. In G.R.Walz & R.K. Yep (Eds.), *Compelling perspectives on counseling*. Alexandria, VA: American Counseling Association, 2005.

PASQUALI, L. et al. Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG): adaptação brasileira. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 10, p. 421-37, 1994.

PENGPID et al. Screening and Brief Interventions for hazardous and harmful alcohol use among university students in South Africa: Results from a randomized controlled trial. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 10, p. 2043-2057, 2013.

PEUKER, A. C.; FOGAÇA, J.; BIZARRO, L. Expectativa e beber problemático entre universitários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, p. 193-200, 2006.

PILLON, S. C.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool entre estudantes universitários (AUDIT). **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 14, p. 325-332, 2006.

PRESLEY, C. A.; MEILMAN, P. W.; LYERLA, R. **Alcohol and drugs on American college campuses**: Use, consequences, and perceptions of the campus environment. Carbondale: Southern Illinois University, v.2, 1995.

PROCHASKA, J. O. **Systems of Psychotherapy**: A Transtheoretical Analysis. Homewood, IL: Dorsey Press, 1979.

READ, J. P.; KAHLER, C. W.; STRONG, D.; COLDER, C. R. Development and preliminary validation of the Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire. **Journal of Studies on Alcohol**, v. 67, p. 169–178, 2006.

READ, J. P.; WARDELL, J. D.; BACHRACH, R. L. Drinking consequence types in the first college semester differentially predict drinking the following year. **Addictive Behaviors**, v. 38, p. 1464–1471, 2013.

RIDNER, S. L. et al. Predictors of well-being among college students. **Journal of American College Health**, v. 64, n. 2, p. 116-124, 2016.

RODRIGUES, M. C.; FURTADO, E. E. Revisão sistemática das intervenções para redução do uso de álcool em universitários. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, 2019 (no prelo).

SAMHSA, Substance abuse and mental health services administration. The DAWN Report: Trends in Emergency Department Visits Involving Underage Alcohol Use: 2005 to 2009. Rockville, substance abuse and mental health services administration, 2011

SAHÃO, F. T. Saúde mental do estudante universitário: comportamentos que favorecem a adaptação ao ensino superior. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2019.

SCHULENBERG et al. **Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975–2018: Volume II, College students and adults ages 19–60**. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan, 2019.

SCOTT-SHELDON et al. Efficacy of alcohol interventions for first-year college students: A meta-analytic review of randomized controlled trials. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 82, n. 2, p. 177–188, 2014.

SENAD, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras**. Brasília: SENAD, 2010.

SHARMA, M.; KNOWLDEN, A. P.; NAHAR, V. K. Applying a new theory to alter binge drinking behavior in college students. **Family and Community Health**, v. 40, n. 1, p. 52-55, 2017.

SEIGERS, D. K. L.; CAREY, K. B. Screening and Brief Interventions for Alcohol Use in College Health Centers: A Review. **Journal of American College Health**, v. 59, n. 3, 151-158, 2010.

SILVA, E. C.; TUCCI, A. M. Intervenção Breve para Redução do Consumo de Álcool e suas Consequências em Estudantes Universitários Brasileiros. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 28, n. 4, p. 728-736, 2015.

SIMÃO, et al. Prevention of “risky” drinking among students at a Brazilian university. **Alcohol & Alcoholism**, v. 43, p. 470–476, 2008.

STERNBERG, R. J. **Psicologia cognitiva**. Tradução de Maria Regina Borges Osório. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

TANNER-SMITH, E. E; LIPSEY, M. W. Brief Alcohol Interventions for Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 51, p. 1–18, 2015.

TAVOLACCI, M. P. et al. Prevalence and association of perceived stress, substance use and behavioral addictions: a cross-sectional study among university students in France, 2009–2011. **BMC Public Health**, 13:724, 2013.

TESTA, M.; HOFFMAN, J. H. Naturally occurring changes in women's drinking from high school to college and implications for sexual victimization. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, 73, p. 26–33, 2012.

WAGNER, G. A. et al. **Álcool e drogas**: Terceira Pesquisa sobre atitudes e uso entre alunos da universidade de São Paulo - CAMPI Cidade universitária, Faculdade de Direito e complexo de saúde. In ANDRADE, A. G.; DUARTE, P. C. A. V.; OLIVEIRA L. G. (eds.), I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras (pp. 129-147). Brasília: SENAD, 2010.

WALTERS, S. T.; VADER, A. M.; HARRIS, T. R. A controlled trial of web-based feedback for heavy drinking college students. **Prevention Science**, v. 8, n. 2, p. 83–88, 2007.

WECHSLER, H.; NELSON, T. F. Binge drinking and american college student: What's five drinks? **Psychology of Addictive Behaviors**. v. 15, n. 4, p. 287-291, 2001.

WECHSLER, H. et al. Health and behavioral consequences of *binge drinking* in college: a national survey of students at 140 campuses. **Journal of the American Medical Association**, v. 272, p. 1672-1677, 1994.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health**. WHO, Geneva; 2011.

YOUNG, A. M.; NEIGHBORS, C. Incorporating Writing into a Personalized Normative Feedback Intervention to Reduce Problem Drinking Among College Students. **Alcoholism: clinical and experimental research**, v. 43, n. 5, p. 917-926, 2019.

ANEXOS

ANEXO A – Declaração da Comissão de Graduação (CG) da Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto – USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Ofic. N°067 SVGRAD/FMRP/10.05.2017

EF/dcg

Prezado Professor,

A Comissão de Graduação (CG) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, em sua 836ª reunião ordinária, realizada em 09 de maio de 2017, aprovou no mérito, com base no parecer de membro do Colegiado, o projeto de pesquisa intitulado *"Avaliação da Eficácia de um Protocolo de Intervenção breve para a Redução de uso de Álcool em Universidades"*, que será desenvolvido pela aluna Maria Cláudia Rodrigues, sob sua orientação.

Informo que tal aprovação foi condicionada a que:

- Os horários e locais designados para a realização da coleta de dados não prejudiquem as atividades acadêmicas curriculares;
- O início das atividades somente ocorra após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

Atenciosamente,

Prof. Dr. Eduardo Ferrioli
Presidente da Comissão de Graduação

Ilmo. Sr.

PROF. DR. ERIKSON FELIPE FURTADO

Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento

ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Projeto MED-INTERVBREVE

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 08 de junho de 2017.

Ofício nº 1730/2017
CEP/MGV

PROCESSO HCRP nº 4790/2017

Prezados Pesquisadores,

O trabalho intitulado **"AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE UM PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO BREVE PARA A REDUÇÃO DO USO DE ÁLCOOL EM UNIVERSITÁRIOS"** – Projeto de Pesquisa Versão IV – 23/05/2017, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 451ª Reunião Ordinária realizada em 05/06/2017, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão IV – 23/05/2017.**

De acordo com Carta Circular nº 003/2011/CONEP/CNS, datada de 21/03/2011, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última do referido Termo; o pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (ICH-GCP), bem como a Resolução nº 466/2012 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.
Atenciosamente.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimos Senhores
MARIA CLAUDIA RODRIGUES
PROF. DR. ERIKSON FELIPE FURTADO (Orientador)
Depto. de Neurociências e Ciências do Comportamento

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Campus Universitário – Monte Alegre
14048-900 Ribeirão Preto SP

Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e FMRP-USP
FWA-00002733; IRB-00002186 e
Registro Plataforma Brasil /CONEP nº 5440
(016) 3602-2228
cep@hcrp.usp.br

www.hcrp.usp.br

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do estudo denominado “**Avaliação da Eficácia de um Protocolo de Intervenção Breve para a Redução do uso de Álcool em Universitários**”, cujos objetivos são:

- Avaliar a eficácia de um protocolo de intervenção breve para redução de episódios de beber compulsivo (*binge drinking*) em estudantes universitários;
- Verificar mudanças no padrão de consumo de álcool em grupos de estudantes universitários, de forma comparativa, após serem submetidos, por sorteio aleatório, a uma de três diferentes modalidades de intervenção preventiva, compondo três grupos: **Grupo A** – intervenção mínima (oferecimento de folheto educativo); **Grupo B** – intervenção “padrão” (método *BASICS*); e **Grupo C** – intervenção experimental (método sob avaliação);
- Avaliar comparativamente diferenças na ocorrência de problemas decorrentes do uso de álcool antes e após aplicação das intervenções nos três grupos acima mencionados e sua relação com o tipo de intervenção empregada.

Em sua participação, você será solicitado a preencher um conjunto de questionários estruturados chamado de “Caderno de Pesquisa Med-IntervBrev”, constituído de inventário de dados sociodemográficos e vida estudantil e de rastreamento de consumo e identificação de problemas relacionados ao uso de álcool.

Em um segundo momento, após um sorteio aleatório, que será realizado através de um número de identificação (ver na margem superior da página), você será convidado, através de contato telefônico, mediante sua autorização, a participar de uma das três diferentes modalidades de intervenção preventiva: **Grupo A** – onde será oferecido uma intervenção mínima do tipo “folheto informativo”; **Grupo B** – submetido ao método de intervenção *BASICS*, que ocorrerá em dois encontros, a combinar, de 50 minutos cada; e o **Grupo C** - submetido a um novo Protocolo de Intervenção Breve, de forma grupal e em sessão única com duração de 1 hora e 30 minutos, aproximadamente.

Se concordar, você será contatado e solicitado a responder novamente os questionários, após 6 meses, 9 meses e 12 meses do período de “intervenção”, para acompanhamento (*follow-up*), encerrando assim sua participação formal neste projeto.

Sua participação será importante para colaborar na elaboração de estratégias de redução do consumo abusivo de álcool na universidade. Como possibilidade de riscos, você, por exemplo,

poderá se lembrar de momentos desconfortáveis durante a entrevista e/ou participação no grupo, porém, sua assistência será assegurada durante toda pesquisa. Além disso, sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possam, de alguma forma, expor sua identidade, serão mantidos em sigilo. Você poderá recusar a participar do estudo, ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e sem sofrer qualquer prejuízo.

Diante da possibilidade de riscos na pesquisa, como quebra de sigilo, ou qualquer dano decorrente da sua participação, você terá o direito a indenização conforme as leis vigentes no país. Será garantido a você o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, e o que você queira saber antes, durante e/ou depois da sua participação.

Como benefícios, haverá a possibilidade de uma autopercepção e autorreflexão das possíveis consequências associadas ao consumo de álcool, e elaboração de possíveis estratégias de controle no uso de álcool, o que poderá ajudar e orientar a um beber mais moderado e de baixo risco.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: MARIA CLAUDIA RODRIGUES e PROF. DR. ERIKSON FELIPE FURTADO, e você poderá manter contato pelo telefone (16) 3602-2727, de segunda-feira a sexta-feira das 09:00 às 16:00, e/ou e-mail: projeto.medintervbrev@gmail.com. Também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CEP-HCFMRP-USP, localizado no subsolo do Hospital das Clínicas, de segunda-feira a sexta-feira das 08:00 às 17:00, ou pelo telefone (16) 3602 2228 e/ou e-mail: cep@hcrp.fmrp.usp.br.

Enfim, tendo sido orientado quanto aos conteúdos aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do estudo, solicito que, se assim desejar, manifeste seu livre consentimento em participar do projeto, estando totalmente ciente dos riscos e benefícios citados e de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação.

Ciente das informações citadas,

Eu _____ (*nome do participante da pesquisa*), residente de _____, portador do RG _____, estou sendo convidado a participar do estudo denominado “Avaliação da Eficácia de um Protocolo de Intervenção Breve para a Redução do uso de Álcool em Universitários”, e declaro que recebi informações a respeito do sigilo e confidencialidade dos meus dados, e caso não queira participar isso não acarretará nenhum prejuízo.

Estou ciente e de acordo:

- Com os riscos e benefícios citados e de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação;
- Com o rigor quanto ao sigilo e confidencialidade dos meus dados;
- Que poderei sair do estudo a qualquer momento, sem que haja prejuízo no andamento do mesmo;
- Que poderei me informar sobre o andamento do estudo a qualquer momento e tirar todas as minhas dúvidas;
- Que poderei ter acesso aos resultados dos questionários, me identificando através do código numérico que receberei (ver na margem superior da página), e entrando em contato com os pesquisadores responsáveis para maiores esclarecimentos.

Ribeirão Preto, ____ / ____ / ____

De acordo:

Nome (legível)

Assinatura

ESTA É A SUA VIA! DESTAQUE E LEVE COM VOCÊ!

Pesquisadores responsáveis:

Me. Maria Claudia Rodrigues, Psicóloga.

Prof. Dr. Erikson Felipe Furtado, Coordenador.

Depto. Neurociências e Ciências do
Comportamento - FMRP-USP

Depto. Neurociências e Ciências do
Comportamento - FMRP-USP

Telefone: (16) 3602-2727

Telefone: (16) 3602-2727

Comitê de Ética em Pesquisa do CEP-HCFMRP-USP - (016)3602-2228

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
(nome do participante da pesquisa), residente de _____, portador do RG _____, estou sendo convidado a participar do estudo denominado “Avaliação da Eficácia de um Protocolo de Intervenção Breve para a Redução do uso de Álcool em Universitários”, e declaro que recebi informações a respeito do sigilo e confidencialidade dos meus dados, e caso não queira participar isso não acarretará nenhum prejuízo.

Estou ciente e de acordo:

- Com os riscos e benefícios citados e de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação;
- Com o rigor quanto ao sigilo e confidencialidade dos meus dados;
- Que poderei sair do estudo a qualquer momento, sem que haja prejuízo no andamento do mesmo;
- Que poderei me informar sobre o andamento do estudo a qualquer momento e tirar todas as minhas dúvidas;
- Que poderei ter acesso aos resultados dos questionários, me identificando através do código numérico que receberei (ver na margem superior da página), e entrando em contato com os pesquisadores responsáveis para maiores esclarecimentos.

Ribeirão Preto, ____ / ____ / ____

De acordo:

Nome (legível)

Assinatura

ESTA VIA É PARA SER ASSINADA, DESTACADA, COLOCADA NO ENVELOPE LACRADO (SEPARADO DO ENVELOPE MAIOR CONTENDO O RESTANTE DO QUESTIONÁRIO) E DEVOLVIDA AOS PESQUISADORES

Pesquisadores responsáveis:

Me. Maria Claudia Rodrigues, Psicóloga.

Prof. Dr. Erikson Felipe Furtado, Coordenador.

Depto. Neurociências e Ciências do
Comportamento - FMRP-USP

Depto. Neurociências e Ciências do
Comportamento - FMRP-USP

Telefone: (16) 3602-2727

Telefone: (16) 3602-2727

Comitê de Ética em Pesquisa do CEP-HCFMRP-USP - (016)3602-2228

APÊNDICES

APÊNDICE A – “Caderno de Pesquisa MED-INTERVBREV”

**FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FMRP-USP**

MEDINTERVBREVE

*Programa de Prevenção e Intervenção Breve ao
Consumo Excessivo de Álcool em Universitários*

**AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE UM PROTOCOLO DE
INTERVENÇÃO BREVE PARA A REDUÇÃO DO USO DE
ÁLCOOL EM UNIVERSITÁRIOS**

Ribeirão Preto

2017

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do estudo denominado “**Avaliação da Eficácia de um Protocolo de Intervenção Breve para a Redução do uso de Álcool em Universitários**”, cujos objetivos são:

- Avaliar a eficácia de um protocolo de intervenção breve para redução de episódios de beber compulsivo (*binge drinking*) em estudantes universitários;
- Verificar mudanças no padrão de consumo de álcool em grupos de estudantes universitários, de forma comparativa, após serem submetidos, por sorteio aleatório, a uma de três diferentes modalidades de intervenção preventiva, compondo três grupos: **Grupo A** – intervenção mínima (oferecimento de folheto educativo); **Grupo B** – intervenção “padrão” (método *BASICS*); e **Grupo C** – intervenção experimental (método sob avaliação);
- Avaliar comparativamente diferenças na ocorrência de problemas decorrentes do uso de álcool antes e após aplicação das intervenções nos três grupos acima mencionados e sua relação com o tipo de intervenção empregada.

Em sua participação, você será solicitado a preencher um conjunto de questionários estruturados chamado de “*Caderno de Pesquisa MedIntervBrev*”, constituído de inventário de dados sociodemográficos e vida estudantil e de rastreamento de consumo e identificação de problemas relacionados ao uso de álcool.

Em um segundo momento, após um sorteio aleatório, que será realizado através de um número de identificação (ver na margem superior da página), você será convidado, através de contato telefônico, mediante sua autorização, a participar de uma das três diferentes modalidades de intervenção preventiva: **Grupo A** – onde será oferecido uma intervenção mínima do tipo “folheto informativo”; **Grupo B** – submetido ao método de intervenção *BASICS*, que ocorrerá em dois encontros, a combinar, de 50 minutos cada; e o **Grupo C** - submetido a um novo protocolo de Intervenção Breve, de forma grupal e em sessão única com duração de 1 hora e 30 minutos, aproximadamente.

Se concordar, você será contatado e solicitado a responder novamente os questionários, após 6 meses, 9 meses e 12 meses do período de “intervenção”, para acompanhamento (*follow-up*), encerrando assim sua participação formal neste projeto.

Sua participação será importante para colaborar na elaboração de estratégias de redução do consumo abusivo de álcool na universidade. Como possibilidade de riscos, você, por exemplo, poderá se lembrar de momentos desconfortáveis durante a entrevista e/ou participação no grupo, porém, sua assistência será assegurada durante toda pesquisa. Além disso, sua privacidade será

respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possam, de alguma forma, expor sua identidade, serão mantidos em sigilo. Você poderá recusar a participar do estudo, ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e sem sofrer qualquer prejuízo.

Diante da possibilidade de riscos na pesquisa, como quebra de sigilo, ou qualquer dano decorrente da sua participação, você terá o direito a indenização conforme as leis vigentes no país. Será garantido a você o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, e o que você queira saber antes, durante e/ou depois da sua participação.

Como benefícios, haverá a possibilidade de uma autopercepção e autorreflexão das possíveis consequências associadas ao consumo de álcool, e elaboração de possíveis estratégias de controle no uso de álcool, o que poderá ajudar e orientar a um beber mais moderado e de baixo risco.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: MARIA CLAUDIA RODRIGUES e PROF. DR. ERIKSON FELIPE FURTADO, e você poderá manter contato pelo telefone (16) 3602-2727, de segunda-feira a sexta-feira das 09:00 às 16:00, e/ou e-mail: **projeto.medintervbrev@gmail.com**. Também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CEP-HCFMRP-USP, localizado no subsolo do Hospital das Clínicas, de segunda-feira a sexta-feira das 08:00 às 17:00, ou pelo telefone (16) 3602 2228 e/ou e-mail: **cep@hcrp.fmrp.usp.br**.

Enfim, tendo sido orientado quanto aos conteúdos aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do estudo, solicito que, se assim desejar, manifeste seu livre consentimento em participar do projeto, estando totalmente ciente dos riscos e benefícios citados e de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação.

Ciente das informações citadas,

Eu _____ (**nome do participante da pesquisa**), residente de _____, portador do RG _____, estou sendo convidado a participar do estudo denominado “Avaliação da Eficácia de um Protocolo de Intervenção Breve para a Redução do uso de Álcool em Universitários”, e declaro que recebi informações a respeito do sigilo e confidencialidade dos meus dados, e caso não queira participar isso não acarretará nenhum prejuízo.

Estou ciente e de acordo:

- Com os riscos e benefícios citados e de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação;
- Com o rigor quanto ao sigilo e confidencialidade dos meus dados;
- Que poderei sair do estudo a qualquer momento, sem que haja prejuízo no andamento do mesmo;
- Que poderei me informar sobre o andamento do estudo a qualquer momento e tirar todas as minhas dúvidas;
- Que poderei ter acesso aos resultados dos questionários, me identificando através do código numérico que receberei (ver na margem superior da página), e entrando em contato com os pesquisadores responsáveis para maiores esclarecimentos.

Ribeirão Preto, ____ / ____ / ____

De acordo:

Nome (legível)

Assinatura

ESTA É A SUA VIA! DESTAQUE E LEVE COM VOCÊ!

Pesquisadores responsáveis:

<p>Me. Maria Claudia Rodrigues, Psicóloga.</p> <p>Depto. Neurociências e Ciências do Comportamento - FMRP-USP</p> <p>Telefone: (16) 3602-2727</p>	<p>Prof. Dr. Erikson Felipe Furtado, Coordenador.</p> <p>Depto. Neurociências e Ciências do Comportamento - FMRP-USP</p> <p>Telefone: (16) 3602-2727</p>
---	--

Comitê de Ética em Pesquisa do CEP-HCFMRP-USP - (016)3602-2228

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ (nome do participante da pesquisa), residente de _____, portador do RG _____, estou sendo convidado a participar do estudo denominado “Avaliação da Eficácia de um Protocolo de Intervenção Breve para a Redução do uso de Álcool em Universitários”, e declaro que recebi informações a respeito do sigilo e confidencialidade dos meus dados, e caso não queira participar isso não acarretará nenhum prejuízo.

Estou ciente e de acordo:

- Com os riscos e benefícios citados e de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação;
- Com o rigor quanto ao sigilo e confidencialidade dos meus dados;
- Que poderei sair do estudo a qualquer momento, sem que haja prejuízo no andamento do mesmo;
- Que poderei me informar sobre o andamento do estudo a qualquer momento e tirar todas as minhas dúvidas;
- Que poderei ter acesso aos resultados dos questionários, me identificando através do código numérico que receberei (ver na margem superior da página), e entrando em contato com os pesquisadores responsáveis para maiores esclarecimentos.

Ribeirão Preto, ____ / ____ / ____

De acordo:

Nome (legível)

Assinatura

ESTA VIA É PARA SER ASSINADA, DESTACADA E COLOCADA NO ENVELOPE LACRADO (SEPARADO DO RESTANTE DO QUESTIONÁRIO) E DEVOLVIDA AOS PESQUISADORES

Pesquisadores responsáveis:

<p>Me. Maria Cláudia Rodrigues, Psicóloga.</p> <p>Depto. Neurociências e Ciências do Comportamento - FMRP-USP</p> <p>Telefone: (16) 3602-2727</p>	<p>Prof. Dr. Erikson Felipe Furtado, Coordenador.</p> <p>Depto. Neurociências e Ciências do Comportamento - FMRP-USP</p> <p>Telefone: (16) 3602-2727</p>
---	--

Comitê de Ética em Pesquisa do CEP-HCFMRP-USP - (016)3602-2228

A. FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

As informações solicitadas abaixo são sigilosas e não serão acessíveis a outras pessoas, exceto os pesquisadores-responsáveis, cujos nomes e localização estão descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Esta ficha de identificação deverá ser destacada, juntamente com o Termo de Consentimento devidamente assinado, e devolvida no envelope fechado e lacrado que você recebeu juntamente com este caderno de questionários.**

Por favor, preencha seus dados com clareza, usando os espaços e com letra de forma:

4. Nome:	
5. E-mail:	
6. Residência (Av./Rua):	
6.1. Número:	6.2. Compl.:
6.3. Cidade:	6.4. Est.:
6.5. CEP	
6.6. Celular. (c/ DDD):	

POR FAVOR, ASSINALE A SUA OPÇÃO NOS ITENS ABAIXO:

	Não	Sim
7. Você deseja e nos autoriza a entrar em contato com você, para participação em uma das três diferentes modalidades de intervenção preventiva?	☐ 0	☐ 1
8. Você deseja e nos autoriza a entrar em contato com você, para informar seus resultados?	☐ 0	☐ 1
9. Você deseja e nos autoriza a entrar em contato com você, para orientação sobre como proceder ou buscar ajuda, caso seja identificado algum padrão de risco ou de problema de saúde?	☐ 0	☐ 1

B. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Responda a TODAS as questões, preenchendo os campos indicados e fornecendo os seus dados de forma legível (letra de forma) ou marcando com X quando necessário.

(Evite rasurar – em caso de engano, escreva ERRO, e forneça a informação correta ao lado)

10. Nacionalidade ☐ 1 Brasileira ☐ 2 Estrangeira ☐ 3 Estr. Naturalizado
11. Cor da pele ☐ 1 Branca ☐ 2 Parda ou Mulata ☐ 3 Negra
12. Sexo ☐ 1 Masculino ☐ 2 Feminino
13. Data de Nascimento

--	--

 Dia

--	--

 Mês

--	--	--	--

 Ano
- Não Sim
14. A maior parte de sua vida você viveu no Estado de São Paulo? ☐ 0 ☐ 1
- Não Sim
15. A maior parte de sua vida você viveu em outro Estado Brasileiro? ☐ 0 ☐ 1
- Não Sim
- 15.1. – Qual? (Informe a sigla)

--	--
- Não Sim
16. A maior parte de sua vida você viveu em Ribeirão Preto? ☐ 0 ☐ 1
- Não Sim
17. A maior parte de sua vida você viveu em outra cidade acima de 250.000 hab.? ☐ 0 ☐ 1
- Não Sim
18. A maior parte de sua vida você viveu em meio rural? ☐ 0 ☐ 1
19. Seu estado civil: ☐ 1 Solteiro ☐ 2 Casado ☐ 3 Viúvo
- Não Sim
- ☐ 4 União estável / Amasiado / Amigado ☐ 5 Outro
20. Você tem filho (s) com até três anos de idade? ☐ 0 ☐ 1
21. Caso tenha filhos informe, quantos filhos você tem:

--	--
- Não Sim
22. Você reside com seus pais ou familiares (que não esposa e filhos)? ☐ 0 ☐ 1
- Não Sim
23. Você reside em habitação coletiva (república, moradia estudantil, pensão, c/ colegas)? ☐ 0 ☐ 1
- Não Sim
24. Você reside sozinho (ou com seu cônjuge / companheiro, se for casado ou amasiado)? ☐ 0 ☐ 1

25. Sua renda familiar é: ☐ 1. até 1 salário mínimo (R\$ 937,00) ☐ 2. até 3 salários mínimos ☐ 3. até 6 salários mínimos ☐ 4. até 10 salários mínimos ☐ 5. Acima de 10 salários mínimos

	Não	Sim
26. Você exerce alguma atividade remunerada?	☐ 0	☐ 1

26.1. Qual?

[illegible]

	Não	Sim
27. Você recebe complementação financeira para compor sua renda (mesada, rendimentos, renda do cônjuge)?	☐ 0	☐ 1

27.1. Qual?

[illegible]

28. Você é praticante de alguma religião? ☐ 0 ☐ 1

28.1. Qual?

[illegible]

A respeito dos seus pais:

- 29. Escolaridade dos seus pais:**

29.1. Pai	☐ 1 Sem escolaridade	☐ 2 Ensino Fundamental
	☐ 3 Ensino Médio/Técnico	☐ 4 Ensino Superior
29.2. Mãe	☐ 1 Sem escolaridade	☐ 2 Ensino Fundamental
	☐ 3 Ensino Médio/Técnico	☐ 4 Ensino Superior

	Não	Sim
30. São seus pais adotivos?	☐ 0	☐ 1

	Não	Sim
31. São pais separados?	☐ 0	☐ 1

	Não	Sim
32. Pai é falecido?	☐ 0	☐ 1

	Não	Sim
33. Mãe é falecida?	☐ 0	☐ 1

33.1.Profissão do pai:

[illegible]

33.2. Profissão da mãe:

[illegible]

C. EXPERIÊNCIA ESTUDANTIL

34. Seu curso atual é:
☐ 1 Medicina	☐ 2 Fisioterapia	☐ 3 Fonoaudiologia
☐ 4 Nutrição e Metabolismo	☐ 5 Terapia Ocupacional	
☐ 6 Ciências Biomédicas	☐ 7 Informática Biomédica	

35. Em que ano você ingressou na FMRP?

--	--	--	--

36. Você já fez algum outro curso universitário (mesmo incompleto)?

Não **Sim**

□ 0 □ 1

36.1.Qual?

[illegible]

Não Sim

37. Você está satisfeito com sua escolha de carreira?

0 1

38. Você gostaria de mudar de carreira?

Não **Sim**

0 1

38.1. Para qual?

[illegible]

Não Sim

39. Você está satisfeito com seu curso na FMRP?

□ 0 □ 1

40. Você gostaria de mudar de escola?

Não **Sim**

0 1

40.1. Para qual?

[illegible]

Não Sim

41. Você está satisfeito com seu desempenho como estudante?

$\square$ 0 $\square$ 1

42. Você já trancou matrícula ou abandonou alguma disciplina do curso?

Não **Sim**

0 1

43. Você já pensou em abandonar o curso?

Não **Sim**

☐ 0 ☐ 1

43.1.Em qual ano?

--	--	--	--

44. Assinale as atividades extracurriculares em que você está envolvido:

☐ 0 Nenhuma	☐ 1 Membro ativo de Liga
☐ 2 Membro ativo de Centro Acadêmico	☐ 3 Iniciação Científica
☐ 4 Projetos culturais/extensão/sociais	☐ 5 Estágios voluntários
☐ 6 Membro ativo de Atletica	☐ 7 Outras atividades

D. SAÚDE GERAL, LAZER E ESTRESSE

Sobre o seu bem-estar geral e nível de estresse, você diria que:

	Melhor	Igual	Menos	Bem menos
45. Tem sido capaz de manter a atenção nas coisas que faz, como de costume?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Nunca	Igual	Pouco mais	Muito mais
46. Você tem perdido o sono por preocupação?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Pouco mais	Igual	Menos	Muito menos
47. Você sente que está tendo um papel útil na vida que está levando?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Pouco mais	Igual	Menos	Muito menos
48. Você tem sentido que é capaz de tomar decisões?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Nunca	Igual	Pouco mais	Muito mais
49. Você com frequência tem se sentido agoniado e tenso?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Nunca	Igual	Pouco mais	Muito mais
50. Você tem notado que está difícil superar suas dificuldades?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Melhor	Igual	Menos	Bem menos
51. Você tem sido capaz de apreciar ou gostar de suas atividades normais do dia-a-dia?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Pouco mais	Igual	Menos	Muito menos
52. Você tem sido capaz de enfrentar seus problemas?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Nunca	Igual	Pouco mais	Muito mais
53. Você tem se sentido triste e deprimido?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Nunca	Igual	Pouco mais	Muito mais
54. Você tem perdido a confiança em você mesmo?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Nunca	Igual	Pouco mais	Muito mais
55. Você tem se achado uma pessoa sem muito valor?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Pouco mais	Igual	Menos	Muito menos
56. Você tem se sentido feliz, de um modo geral?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

E. USO DE ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

Por favor, informe nesta seção sobre o tipo e padrão de uso, sem deixar nenhum item sem resposta.

57. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?	Nunca	Uma vez por mês ou menos	2-4 vezes por mês	2-3 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana
	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

PRESTE ATENÇÃO AO RESPONDER AS PRÓXIMAS QUESTÕES!

UMA **DOSE** DE ÁLCOOL É IGUAL A: - ½ GARRAFA OU UMA LATA OU UM COPO DE CERVEJA, UMA GARRAFINHA LONG-NECK DE CERVEJA OU BEBIDA “ICE”, UMA TAÇA DE VINHO OU CHAMPANHE, UM CÁLICE DE DESTILADO, UMA DOSE DE LICOR OU BATIDA

58. Quantas DOSES de álcool você consome num dia normal?	0 ou 1	2 ou 3	4 ou 5	6 ou 7	8 ou mais
	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
59. Com que frequência você consome cinco ou mais DOSES em uma única ocasião?	Nunca	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
60. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?	Nunca	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
61. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?	Nunca	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
62. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?	Nunca	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
63. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?	Nunca	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
64. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?	Nunca	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

65. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?	Não	Sim, mas não no último ano	Sim, durante o último ano		
	☐ 0	☐ 2	☐ 4		
66. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?	Não	Sim, mas não no último ano	Sim, durante o último ano		
	☐ 0	☐ 2	☐ 4		
67. A primeira vez que “tomou um porre” (bebeu exageradamente, ficou embriagado pelo álcool), foi com a idade de:	____anos	☐ Nunca me embriaguei			
68. Você costuma beber sozinho?	☐ Nunca	☐ Raramente	☐ Às vezes	☐ Sempre	
69. Você costuma frequentar festas “Open Bar”?	☐ Nunca	☐ Raramente	☐ Às vezes	☐ Sempre	
70. Pense em uma ocasião em que você mais bebeu, no último mês, quantas doses foram?	☐ Nenhuma	☐ 1-2 doses	☐ 3-4 doses	☐ 5-6 doses	☐ 7- ou mais

Segue abaixo uma lista de situações que podem acontecer às pessoas, durante ou depois, de terem consumido bebidas alcoólicas. Ao lado de cada item, apresentado a seguir, marque com (X), na coluna do SIM ou do NÃO, para indicar se esse item descreve uma situação que lhe aconteceu no último ano.

No último ano...

LISTA	NÃO	SIM
71. Enquanto bebendo, eu disse ou fiz coisas embaraçosas.	☐	☐
72. A qualidade do meu trabalho ou trabalho escolar tem sido prejudicado por causa do meu comportamento de beber.	☐	☐
73. Eu tenho me sentido mal por causa do meu comportamento de beber.	☐	☐
74. Eu tenho dirigido mesmo quando eu sabia que tinha bebido muito para conduzir com segurança.	☐	☐
75. Eu tive uma ressaca (dor de cabeça, estômago doente) na manhã seguinte após ter bebido.	☐	☐
76. Eu desmaiei de beber.	☐	☐
77. Tenho me colocado em situações bobas de risco, quando bebo.	☐	☐
78. Eu tenho ficado muito mal do estômago ou vomitado depois de beber.	☐	☐

9	0	0	0	1
---	---	---	---	---

79. Eu tenho me colocado em problemas no trabalho ou na escola por causa de beber.	☐	☐
80. Eu frequentemente bebo mais do que eu tinha originalmente planejado.	☐	☐
81. Meu comportamento de beber criou problemas entre eu e meu namorado/namorada /cônjuge, pais ou outros parentes próximos.	☐	☐
82. Tenho estado infeliz devido ao meu comportamento de beber.	☐	☐
83. Tenho entrado em brigas físicas por estar bebendo.	☐	☐
84. Tenho gasto muito tempo bebendo.	☐	☐
85. Eu tenho faltado ao trabalho ou faltado em aulas, por ressaca ou problemas de saúde causados por beber.	☐	☐
86. Eu tenho sentido como se precisasse beber após acordar (antes do café da manhã).	☐	☐
87. Eu tenho sido muito rude, desagradável ou ofensivo depois de beber.	☐	☐
88. Eu tenho me sentido culpado por beber.	☐	☐
89. Eu danifiquei propriedade, ou fiz desordem, como criar um alarme falso de incêndio, ou outras coisas parecidas, após ter bebido.	☐	☐
90. Por causa do meu comportamento de beber, eu não tenho me alimentado corretamente.	☐	☐
91. Eu tenho sido menos ativo fisicamente por causa de beber.	☐	☐
92. Eu tive "tremores" depois de parar ou reduzido a bebida (por exemplo, tremores nas mãos de modo que copo de café chega a chacoalhar o pires ou ter dificuldade para acender um cigarro).	☐	☐
93. O meu namorado/namorada/cônjuge/pais têm se queixado para mim sobre o meu comportamento de beber.	☐	☐
94. Eu acordei em um lugar inesperado depois de beber pesado.	☐	☐
95. Eu descobri que eu precisava de maiores quantidades de álcool para sentir qualquer efeito, ou que eu não poderia mais ficar alto ou bêbado com a quantidade que costumava me deixar alto ou bêbado.	☐	☐
96. Como consequência de beber, eu me descuidei de me proteger ou proteger o meu parceiro(a), de uma doença sexualmente transmissível (DST) ou de uma gravidez indesejada.	☐	☐
97. Eu descuidei das minhas obrigações com a família, o trabalho ou a escola por causa de beber.	☐	☐
98. Muitas vezes acabei bebendo em noites em que eu tinha planejado não beber.	☐	☐
99. Ao beber, fiz coisas impulsivas que lamentei mais tarde.	☐	☐
100. Muitas vezes achei difícil limitar o quanto eu bebo.	☐	☐
101. Meu comportamento de beber me colocou em situações sexuais que mais tarde me arrependi.	☐	☐
102. Eu não tenho sido capaz de me lembrar de grandes períodos de tempo quanto bebo pesadamente.	☐	☐
103. Ao beber, eu disse coisas duras ou cruéis a alguém.	☐	☐

9	0	0	0	1
---	---	---	---	---

104. Por causa do meu comportamento de beber, eu não dormi corretamente. ☐ ☐
105. Minha aparência física foi prejudicada pelo meu beber. ☐ ☐
106. Eu disse coisas enquanto bebia que mais tarde me arrependi. ☐ ☐
107. Eu acordei no dia seguinte de beber e descobri que não conseguia me lembrar de uma parte da noite anterior. ☐ ☐
108. Eu tenho excesso de peso por beber. ☐ ☐
109. Eu não tenho estado com a mente tão afiada por causa do meu comportamento de beber. ☐ ☐
110. Eu recebi uma nota mais baixa em um exame do que eu normalmente poderia receber por causa do meu comportamento de beber. ☐ ☐
111. Eu tentei parar de beber porque eu pensei que eu estava bebendo demais. ☐ ☐
112. Eu tenho me sentido ansioso, agitado ou inquieto depois de parar ou reduzir a bebida. ☐ ☐
113. Não tenho tido tanto tempo para praticar atividades de lazer ou recreação por causa de beber. ☐ ☐
114. Eu machuquei alguém enquanto bebia ou estava intoxicado. ☐ ☐
115. Muitas vezes eu penso que preciso reduzir ou parar de beber. ☐ ☐
116. Eu tenho me sentido com menos energia ou mais cansado por causa do meu comportamento de beber. ☐ ☐
117. Eu tive um apagão depois de beber pesadamente (ou seja, não conseguia me lembrar de nada do que aconteceu). ☐ ☐
118. Beber me fez sentir deprimido ou triste. ☐ ☐
119. Eu já sofri algum tipo de violência sexual após ter bebido pesado. ☐ ☐
120. Eu já sofri algum tipo de violência sexual por alguém que havia bebido pesado. ☐ ☐
121. Eu já cometi algum tipo de violência sexual após ter bebido pesado. ☐ ☐

122. Você fuma atualmente? ☐ Não ☐ Sim
123. Se sim, quantos cigarros você fuma por dia? ☐ Menos de 11 cigarros ☐ De 11 a 20 cigarros ☐ De 21 a 30 cigarros ☐ Mais de 30 cigarros
124. Você já usou alguma droga ilícita, ao longo da vida? ☐ Nunca ☐ Uma a duas vezes ☐ Entre 03 e 09 vezes ☐ Entre 10 e 20 vezes ☐ Mais de 20 vezes

"No, I don't think you're crazy. Like most of us,
you're just a victim of bad programming."

Não, eu não acho que você esteja louco! Como a maioria de nós você
apenas foi mal programado.

MUITO OBRIGADO POR SUA PARTICIPAÇÃO!

APÊNDICE B – Folheto Informativo

Para um beber consciente, liste algumas das vantagens e desvantagens do comportamento de beber:

VANTAGENS **X** **DESVANTAGENS**

Vantagens em beber?
(Exemplos: Relaxar, suportar 'aborrecimentos', socializar...)

Desvantagens em beber?
(Exemplos: Ressaca, 'passar vergonha', 'apagões'...)

ATENÇÃO!

Não se deve beber:

Se for dirigir veículos, operar máquinas ou quando se é responsável pela segurança dos outros.

Se estiver grávida ou pretendendo engravidar e amamentando.

Se há alguma condição médica em que beber é contra indicado.

Se tiver dificuldade em parar de beber ou controlar seu consumo.

MINIMIZANDO O VACILO:

- **Do clichê "Se beber, não dirija!"**
Decida quem será o motorista (alguém que não tenha ingerido bebida alcoólica) antes de começar a beber.
Chame um taxi ou combine de dormir na casa de um amigo. Evite consequências permanentes.

- **Se alimentar!**
Com comida no estômago, o álcool é absorvido mais lentamente.
Isto fará com que você não fique intoxicado muito rapidamente.

- **Dê um espaço entre os drinks!**
Busque alternar a bebida alcoólica com água, refrigerantes ou sucos.
Não esqueça da sua hidratação corporal!

- **Beba devagar!**
Quanto mais rápido você beber, mais rapidamente ficará intoxicado, e mais rápido terá possíveis consequências negativas.

- **Gerencie o seu beber!**
Observe o seu comportamento.
Fique atento ao que bebe, como bebe e o quanto você bebe.

ONDE PROCURAR AJUDA?

Centro de Apoio Educacional e Psicológico – CAEP/FMRP-USP
(16) 3315-3195/3352; caep@fmrp.usp.br
Centro de Psicologia Aplicada – CPA/FFCLRP-USP
(16) 3315-3722/4835; psicologia@listas.ffclrp.usp.br

Contato:
Projeto MedIntervBreve
HC-FMRP/USP – 3º andar, sala 333
(16) 3602-2727; projeto.medintervbreve@gmail.com

REALIZAÇÃO:

ÁLCOOL & UNIVERSIDADE

Open bar? Aula? Festa?
Prova? Pesquisa?
E agora?

MEDINTERVBREVE
Programa de Pós-graduação em Saúde Mental
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo
(PPGSM-FMRP-USP)

BEM-VINDOS À VIDA UNIVERSITÁRIA!

"Não existe consumo de álcool isento de riscos"

Aproveite a vida universitária de uma forma responsável, agradável e consciente!

CONQUISTA versus CRISE

A entrada no Ensino Superior é marcada por uma mistura de emoções! Temos a felicidade e a euforia da conquista de uma importante **META**, e as ansiedades, inseguranças e medos no enfrentamento e adaptação à nova condição de **UNIVERSITÁRIO!**

Novas vivências, novas responsabilidades, novas interações sociais e... **MUITAS FESTAS!!!**

MAS A FESTA É OPEN BAR?

Segundo dados da SENAD (2010), o álcool é a substância mais utilizada entre os universitários:

Comparando com a população geral:

NÍVEIS DE RISCO NO CONSUMO DE ÁLCOOL:

- Baixo risco:** beber consciente, sem grandes problemas com o consumo.
- Consumo de risco:** Quantidade significativa em ocasiões específicas.
- Consumo nocivo:** Aumento da importância da bebida e dificuldade em controlar o uso.
- Provável dependência:** Problemas graves causados pelo uso, como "apagões", acidentes, culpa.

O padrão de consumo de risco é o mais frequente entre universitários, também chamado de comportamento **binge drinking** (beber para embriagar-se ou beber pesado episódico – "porre").

Binge drinking = consumo de 4-5 ou mais doses padrão em uma ocasião.

HOMEM										
1	.015	.010	.007	.004	.002	.001				
2	.046	.037	.030	.025	.021	.018				
3	.077	.064	.054	.046	.040	.035				
4	.109	.091	.077	.067	.059	.052				
5		.101	.088	.077	.069					
6			.096	.086						
(kg)	54	64	73	80	90	100				

MULHER										
1	.029	.021	.016	.012	.009	.006				
2	.074	.059	.048	.040	.034	.029				
3	.119	.096	.080	.068	.059	.051				
4		.112	.096	.084	.074					
5					.096					
(kg)	45	54	64	73	80	90				

NAS E OS EFEITOS DO ÁLCOOL:

- O NAS é afetado por fatores individuais. Você pode até aguentar mais álcool que o habitual para chegar a ficar bêbado, MAS ainda assim, você atinge o mesmo NAS e pode correr riscos para sua saúde física e mental.

- Aprenda a perceber seus estágios de intoxicação, evitando assim a embriaguez e preservando seus limites de baixo risco.

POR QUE ESCOLHO BEBER AGORA?

Observar o papel do consumo de álcool em sua vida, pode ser muito importante para entender seu funcionamento mental!

Frases como:

- Beber é o meu jeito de não pensar na faculdade.
- Beber ajuda a me sentir bem em uma festa.
- Beber me torna mais sociável.
- Beber é o jeito como eu e meus amigos nos divertimos

Estas frases representam **pensamentos distorcidos** que podem contribuir para consequências negativas para sua saúde mental.

Manifestações de intoxicação em função da concentração do nível de álcool no sangue.

- 0,02 a 0,03% Relaxamento, e início da diminuição do tempo de reação.
- 0,04 a 0,05% Queda do tempo de reação e início da descoordenação.
- 0,06 a 0,09% Prejuízo do raciocínio, menor capacidade de processar informações e tomada de decisão.
- 0,10 a 0,14% Prejuízo evidente do raciocínio e de coordenação; visivelmente bêbado.
- 0,15 a 0,25% Alto risco de "apagões" e acidentes.
- 0,26 a 0,35% Possibilidade do desmaio; perda de consciência; risco de morte.
- 0,36 a 0,40% Dose letal.

Fonte:
DANCEY, L. A., et al. Alcoolismo entre estudantes universitários: uma abordagem do rede de dados. (L. M. Bickel, Trad.). São Paulo: Editora Lemos, 2002.
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras. Brasília: SENAD, 2010.
WORLD HEALTH ORGANIZATION. Drinking and driving: an international good practice manual. Genebra: 2007.

APÊNDICE C – Automonitoramento

Projeto MEDINTERVBREVE

"Avaliação da eficácia de um protocolo de Intervenção Breve para redução do uso de álcool em universitários"

Contato: projeto.medintervbreve@gmail.com / (16) 3602-2727

Responsáveis: Doutora Maria Claudia Rodrigues/ Prof. Dr. Erikson Felipe Furtado

MEDINTERVBREVE

Programa de Pesquisa e Intervenção Breve em
Consumo Excessivo de Álcool em Universitários

Automonitoramento

Você deverá anotar a data, o horário de início de consumo e final do consumo, e a quantidade de doses consumidas ao longo de duas semanas.

	Segunda-Feira		Terça-Feira		Quarta-Feira		Quinta-Feira		Sexta-Feira		Sábado		Domingo	
Data														
Horário (início - fim)														
Doses de Álcool														

Observações:

APÊNDICE D – Balança Decisional

Projeto MEDINTERVBREVE
Avaliação da eficácia de um protocolo de intervenção breve para redução
do uso de álcool em universitários
Contato: projeto.medintervbreve@gmail.com / (16) 3602-2727

MEDINTERVBREVE
Módulo de Prevenção e Intervenção Breve
para Redução do Consumo de Álcool

Balança Decisional
Vantagens x Desvantagens

Vantagens (consumir álcool)	Desvantagens (consumir álcool)
Vantagens (NÃO consumir álcool)	Desvantagens (NÃO consumir álcool)

Conclusão: