

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARCELLE APARECIDA DE BARROS JUNQUEIRA

**Intervenção breve para os problemas relacionados ao uso
do álcool: avaliação de atitudes entre estudantes de
enfermagem**

RIBEIRÃO PRETO
2010

MARCELLE APARECIDA DE BARROS JUNQUEIRA

**Intervenção breve para os problemas relacionados ao uso do álcool: avaliação
de atitudes entre estudantes de enfermagem**

Tese apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Linha de pesquisa: Uso e Abuso de Álcool e Drogas

Orientador: Dra. Sandra Cristina Pillon

RIBEIRÃO PRETO
2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Junqueira, Marcelle Aparecida de Barros.
Intervenção breve para os problemas relacionados ao uso do álcool: avaliação de atitudes entre estudantes de enfermagem, 2010.
157f.

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Orientadora: Pillon, Sandra Cristina.

1. Estudantes de Enfermagem; 2. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; 3. Abuso de substâncias; 4. Estudos de Intervenção.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Marcelle Aparecida de Barros Junqueira

Intervenção breve para os problemas relacionados ao uso do álcool: avaliação de atitudes entre estudantes de enfermagem

Tese apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.
Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A Deus, por ter tão pouco a pedir e muito a agradecer.

Ao meu filho. Heitor, que me mostrou a face de um amor insuperável.

À minha mãe, Donizetti, e ao meu pai, Valdir, pelo exemplo de vida, por terem me ensinado a importância da educação desde criança.

Ao meu marido, Edvaldo, pelo amor expresso mais em atos do que palavras, pelo companheirismo, pela confiança.

Às minhas irmãs, Flávia e Amanda, ao meu cunhado, Rodrigo, por todo carinho e torcida.

AGRADECIMENTOS

À minha eterna orientadora Prof^a Dr^a. Sandra Cristina Pillon, pela dedicação, disponibilidade, e generosidade ao longo desses anos de convivência.

A todos os estudantes do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia que participaram desse estudo. Muito obrigada!

Aos Professores Dr. Jair Lício Ferreira Santos e Dr^a Marluce S. Macieira, pelas valiosas contribuições durante o Exame de Qualificação.

Aos professores, funcionários e à coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, pelo apoio e incentivo nessa caminhada.

À direção da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, pela autorização para a realização desta pesquisa.

A todos que torceram por mim ao longo dessa jornada, meu profundo agradecimento.

A felicidade exige valentia

"Posso ter defeitos, viver ansioso e ficar irritado algumas vezes, mas não esqueço de que minha vida é a maior empresa do mundo, e posso evitar que ela vá à falência.

Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver, apesar de todos os desafios, incompreensões e períodos de crise. Ser feliz é deixar de ser vítima dos problemas e se tornar autor da própria história.

É atravessar desertos fora de si, mas ser capaz de encontrar um oásis no recôndito da sua alma.

É agradecer a Deus a cada manhã pelo milagre da vida. Ser feliz é não ter medo dos próprios sentimentos. É saber falar de si mesmo. É ter coragem para ouvir um 'não'. É ter segurança para receber crítica, mesmo que injusta.

Pedras no caminho?

Guardo todas, um dia vou construir um castelo...".

Fernando Pessoa

RESUMO

BARROS JUNQUEIRA, M.A. **Intervenção breve para os problemas relacionados ao uso do álcool: avaliação de atitudes entre estudantes de enfermagem.** 2010. 157f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

O estudo teve como objetivo avaliar o efeito de um curso de intervenção breve sobre o uso de álcool, as atitudes e os níveis de conhecimento dos estudantes de enfermagem quanto ao uso, uso nocivo e dependência de álcool. A amostra foi constituída por 120 estudantes de um curso de graduação em enfermagem. Trata-se de estudo da abordagem quantitativa, analítico, experimental, de coorte prospectiva. Os estudantes foram divididos em dois grupos, um grupo que recebeu o curso (grupo experimental) e um grupo que não recebeu o curso (grupo comparado). O instrumento de coleta de dados foi um questionário estruturado, contendo: identificação sociodemográfica, o Teste de Identificação do Uso do Álcool, o conhecimentos sobre o consumo de álcool e a assistência, e a escala de atitudes *The Seaman & Mannello Nurse's Attitudes Toward Alcohol and Alcoholism Scale*. Os dados foram coletados antes do curso e um mês após a realização do mesmo. Verificou-se que a média de idade foi de 20,7 anos, predominantemente do sexo feminino, solteiros, católicos, 81,6% não possuíam outro curso técnico ou de graduação, residindo com os pais; 63,3% dos alunos grupo experimental e 36,6% dos alunos do grupo comparado frequentam festas uma vez por mês ou menos. A maioria dos estudantes respondeu que não dorme em sala ou chega atrasado após frequentarem festa na noite anterior. Quanto ao consumo de álcool, após o curso houve pequena diminuição do número de estudantes do grupo experimental (de 93,3 para 85%) que consumiam álcool em níveis de baixo risco. Entre os estudantes do grupo comparado, essa relação foi inversa, (de 81,6 para 90%); houve uma diminuição do consumo de álcool entre oito estudantes do grupo comparado. Quanto ao nível de conhecimento, os estudantes do grupo experimental apresentaram melhoras após o curso. Em relação às atitudes, verificou se que as mesmas se tornam mais positivas após receberem um curso de intervenção breve. Percebeu-se que, entre os estudantes de ambos os grupos, quanto maior a idade, melhores serão as atitudes relacionadas à disponibilidade para tratar alcoolistas. Entre os alunos do grupo experimental, antes do curso, foi verificado que, quanto maior o consumo de álcool, mais positivas foram as atitudes relacionadas às atitudes pessoais e às habilidades para trabalhar com alcoolistas. Pode-se concluir que o curso de intervenção breve tem potencial positivo para gerar mudanças nas atitudes do futuro profissional enfermeiro, responsável por essa assistência, merecendo, assim, estar incluído enquanto conteúdo curricular dos cursos de enfermagem.

Palavras-chave: Estudantes de Enfermagem. Conhecimentos. Atitudes e Prática em Saúde. Abuso de substâncias. Estudos de Intervenção.

ABSTRACT

BARROS JUNQUEIRA, M.A. **Brief intervention addressing alcohol consumption and related problems: evaluation of attitudes among nursing students.** 2010. 157f. Dissertation (Doctoral Program) – University of São Paulo at Ribeirão Preto, College of Nursing, 2010.

This study evaluates the effect of a brief intervention addressing alcohol consumption, and attitudes and level of knowledge of nursing students regarding alcohol use, harmful use and dependency. The sample was composed of 120 students of a nursing undergraduate program. This is a quantitative, analytical, experimental and prospective cohort study. The students were divided into two groups, one received the course (experimental group) and the other did not receive the course (control group). Data were collected through a structured questionnaire addressing socio-demographic information, the Alcohol Use Disorder Identification Test, another questionnaire addressing knowledge concerning alcohol consumption and care, and The Seaman & Mannello Nurse's Attitudes Toward Alcohol and Alcoholism Scale. Data were collected before and one month after the course was administered. The average age was 20.7 years old, the sample was predominantly female, single, Catholic, 81.6% did have another technical or undergraduate degree, lived with their parents; 63.3% of the experimental group and 36.6% of the control group attended to parties once a month or less. Most of the students reported they did not sleep during classes nor arrive late at classes after attending a party in the night before. After the course, a slight reduction in the number of students from the experimental group who consumed alcohol in low risk levels was observed (from 93.3% to 85%). This relationship was reverse among students from the control group (from 81.6% to 90%); eight students from the control group diminished their alcohol consumption. Students from the experimental group also presented improved knowledge and their attitudes were more positive after the brief intervention. Results from students from both groups revealed that the older the student the more positive the attitudes related to their availability to care for alcoholics. It was verified among students from the experimental group before the intervention that the higher the alcohol consumption the more positive attitudes in relation to personal attitudes and skills to work with alcoholics. The conclusion is that the brief intervention has positive potential to generate changes in the attitudes of future nurses who will be responsible to provide this type of care. Therefore, this course should be included in the curriculum of nursing programs.

Key words: Students, Nursing; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Substance-Related Disorders; Intervention Studies.

RESUMEN

BARROS JUNQUEIRA, M.A. **Intervención Breve para los problemas relacionados al uso del alcohol: evaluación de actitudes entre estudiantes de enfermería.** 2010. 157h. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Este estudio cuantitativo, analítico, experimental y de cohorte prospectivo tuvo como objetivo evaluar el efecto de un curso de intervención breve sobre el uso de alcohol, las actitudes y los niveles de conocimientos de los estudiantes de enfermería acerca del uso, uso nocivo y dependencia del alcohol. La muestra consistió de 120 estudiantes de un curso de pregrado en Enfermería. Los estudiantes fueron divididos en dos grupos, el primer participó en el curso (grupo experimental), y el segundo no participó (grupo comparado). El instrumento de recolecta de datos fue un cuestionario estructurado con: identificación sóciodemográfica, el Test de Identificación del Uso del Alcohol, los conocimientos sobre el consumo del alcohol y la atención, y la Escala de actitudes "*The Seaman & Mannello Nurse's Attitudes Toward Alcohol and Alcoholism Scale*". Los datos fueron recolectados antes del curso y un mes después de su realización. Se verificó que el promedio de edad fue de 20,7 años, con participantes predominantemente del sexo femenino, solteras, católicas, el 81,6% no tenía otro curso técnico o de pregrado, residían con los padres; el 63,3% de los alumnos del grupo experimental el 36,6% de los alumnos del grupo comparado frecuentaban fiestas una vez al mes o menos. La mayoría de los estudiantes respondió que no duerme en el aula o llega atrasado después de frecuentar una fiesta en la noche anterior. Cuanto al consumo del alcohol, después del curso hubo pequeña disminución en el número de estudiantes del grupo experimental (del 93,3% para el 85%) que consumían alcohol en niveles de bajo riesgo. Entre los estudiantes del grupo comparado, esa relación fue inversa, (del 81,6% para el 90%); hubo una disminución del consumo del alcohol entre ocho estudiantes del grupo comparado. Cuanto al nivel de conocimiento, los estudiantes del grupo experimental presentaron mejoras después del curso. En relación a las actitudes, se verificó que ellas se tornan más positivas después del curso de intervención breve. Entre los estudiantes de ambos los grupos, cuanto mayor la edad, mejores son las actitudes relacionadas a la disponibilidad para tratar alcohólicos. Entre los alumnos del grupo experimental, antes del curso, fue verificado que cuanto mayor el consumo del alcohol, más positivas fueron las actitudes relacionadas a las actitudes personales y a las habilidades para trabajar con alcohólicos. Se concluye que el curso de intervención breve tiene potencial positivo para generar cambios en las actitudes del futuro profesional enfermero responsable por esa atención, y por lo tanto merece ser incluida como contenido curricular de los cursos de enfermería

Palabras clave: Estudiantes de Enfermería; Conocimiento, Actitudes y Práctica en Salud; Abuso de sustancias; Estudios de Intervención.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estágios de mudança e elementos associados à intervenção breve..44

Figura 2 - Distribuição dos alunos do Curso de Enfermagem nos Grupos Experimental e Comparado.....71

Figura 3 - Fluxograma do procedimento de coleta de dados.....73

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Distribuição dos estudantes de enfermagem de ambos os grupos segundo a média de idade, desvio padrão e idade mínima e máxima dos. (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....79
- Tabela 2** - Distribuição dos estudantes de enfermagem de ambos os grupos segundo sexo, estado civil, religião, procedência e companheiros de moradia (N=120) Uberlândia, MG, 2010.....80
- Tabela 3** - Estudantes de enfermagem segundo trabalho (N=120) Uberlândia, MG, 2010.....81
- Tabela 4** – Estudantes de enfermagem segundo possuir outro curso de graduação ou curso técnico (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....81
- Tabela 5** – Estudantes de enfermagem segundo a frequência na participação de festas, (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....82
- Tabela 6** - Estudantes de enfermagem segundo dormirem em sala de aula após terem frequentado festas (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....82
- Tabela 7** - Estudantes de enfermagem segundo chegarem atrasados à aula, após terem ido a uma festa, (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....82
- Tabela 8** - Estudantes de enfermagem segundo possuir alguém na família com problemas relacionados ao uso do álcool e/ou drogas, (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....83
- Tabela 9** - Estudantes de enfermagem segundo a classificação do AUDIT, antes e após o curso de intervenção breve, (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....83
- Tabela 10** - Estudantes de enfermagem segundo a classificação do AUDIT, em relação à melhora ou piora antes e após o curso de intervenção breve, (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....84
- Tabela 11** - Estudantes de enfermagem do grupo experimental segundo os níveis de conhecimentos sobre o consumo de álcool e a assistência, obtidos antes e após o curso de intervenção breve, (N=120), Uberlândia, MG, 201085
- Tabela 12** - Estudantes de enfermagem do grupo comparado segundo nível de conhecimento sobre o consumo de álcool e a assistência, antes e após o curso de intervenção breve, (N=120) Uberlândia, MG, 2010.....87

Tabela 13 - Estudantes de enfermagem do grupo experimental segundo média dos escores, desvio padrão e valores mínimos e máximos da escala de atitudes, antes e após o curso (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....	88
Tabela 14 - Estudantes de enfermagem do grupo comparado segundo média dos escores, desvio padrão e valores mínimos e máximos da escala de atitudes, antes e após o curso. (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....	89
Tabela 15 - Estudantes de enfermagem do grupo experimental segundo comparação entre os itens do AUDIT, antes e depois do curso (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....	90
Tabela 16 - Estudantes de enfermagem do grupo comparado segundo comparação entre os itens do AUDIT, antes e depois do curso (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....	91
Tabela 17 - Estudantes de enfermagem de ambos os grupos segundo comparação entre os itens do AUDIT, antes do curso, (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....	92
Tabela 18 - Estudantes de enfermagem de ambos os grupos segundo comparação entre os itens do AUDIT, após o curso (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....	93
Tabela 19 - Estudantes de enfermagem do grupo experimental segundo comparação entre os níveis de conhecimentos sobre o consumo de álcool e a assistência, antes e depois do curso (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....	93
Tabela 20 - Estudantes de enfermagem do grupo comparado segundo comparação entre os conhecimentos sobre o consumo de álcool e a assistência, antes e depois do curso (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....	94
Tabela 21 - Estudantes de enfermagem de ambos os grupos segundo comparação entre os níveis de conhecimento sobre o consumo de álcool e a assistência, antes do curso, (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....	94
Tabela 22 - Estudantes de enfermagem de ambos os grupos segundo comparação entre os níveis de conhecimento em relação à assistência ao usuário de álcool, após o curso (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....	95
Tabela 23 - Estudantes de enfermagem do grupo experimental segundo comparação entre os itens da escala de atitudes, antes e depois do curso (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....	96
Tabela 24 - Estudantes de enfermagem do grupo comparado segundo comparação entre os itens da escala de atitudes, antes e após o curso (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....	98

Tabela 25 - Estudantes de enfermagem de ambos os grupos segundo comparação da escala de atitudes, antes do curso, (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....	100
Tabela 26 - Estudantes de enfermagem de ambos os grupos segundo comparação dos itens da escala de atitudes, após o curso, (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....	102
Tabela 27- Estudantes de enfermagem do grupo experimental segundo correlação entre a idade e os escores da escala de atitudes, antes e após o curso, (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....	104
Tabela 28 - Estudantes de enfermagem do grupo comparado segundo correlação entre a idade e os escores da escala de atitudes, antes e após o curso, (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....	105
Tabela 29 - Estudantes de enfermagem do grupo experimental segundo correlação entre os valores do AUDIT e os escores da escala de atitudes, antes do curso, (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....	105
Tabela 30 - Estudantes de enfermagem do grupo experimental segundo correlação entre os valores do AUDIT e os escores da escala de atitudes, após o curso (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....	106
Tabela 31 - Estudantes de enfermagem do grupo comparado segundo correlação entre os valores do AUDIT e os escores da escala de atitudes, antes do curso, (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....	107
Tabela 32 - Estudantes de enfermagem do grupo comparado segundo correlação entre os valores do AUDIT e os escores da escala de atitudes, após o curso, (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....	107
Tabela 33 - Estudantes de enfermagem de ambos os grupos segundo comparação entre os valores do AUDIT e os escores da escala de atitude entre os grupos, antes e após o curso, (N=120), Uberlândia, MG, 2010....	108
Tabela 34 - Estudantes de enfermagem ambos os grupos segundo comparação entre os valores da escala de atitudes, antes e após o curso. (N=120), Uberlândia, MG, 2010.....	109

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1	Capítulo 1: O Álcool.....	21
2.2	Capítulo 2: A Intervenção breve.....	40
2.3	Capítulo 3: As Atitudes.....	51
3	OBJETIVOS.....	65
4	HIPÓTESES.....	67
5	MATERIAL E MÉTODO.....	69
6	RESULTADOS	77
7	DISCUSSÃO.....	110
8	CONCLUSÃO.....	127
	REFERÊNCIAS.....	131
	APÊNDICES.....	150
	ANEXO.....	156

Introdução

INTRODUÇÃO

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciam que, aproximadamente, 2 bilhões de pessoas, o que corresponde a aproximadamente 40% (ou 2 em cada 5) da população mundial acima de 15 anos, consomem bebidas alcoólicas no mundo, sendo que o total de 76,3 milhões dessas pessoas com diagnósticos de distúrbios relacionados ao uso do álcool. Em 2002, o consumo *per capita* mundial de álcool foi de 6,2 litros anuais, esse consumo, no continente americano, atingiu índices de 8,5 litros por pessoa (OMS, 2002, REHM et al., 2006).

O hábito de consumir bebidas alcoólicas remonta de muito tempo e ganhou diferentes nuances no decurso da história da humanidade. Inicialmente, foi utilizado para fins místico-religiosos em ocasiões muito específicas, e, com o passar do tempo, se tornou parte do cotidiano das pessoas em grande parte do mundo.

A partir de então, começaram a ser observados os efeitos do álcool, bem como as suas consequências. Assim, estudos que envolvem o consumo de bebidas alcoólicas estão cada vez mais presentes nas diferentes áreas de conhecimento, uma vez que as particularidades do uso do álcool se caracterizam por sua multidimensionalidade que vão além do domínio restritamente biológico e englobam uma série de outras questões sociais, econômicas, culturais e até mesmo filosóficas.

Na literatura, evidencia-se uma gama de estudos sobre o impacto do consumo de álcool nas diversas interfaces da saúde. A princípio, a atenção se voltou para a dependência alcoólica. O problema parecia ser a perda de controle do hábito de beber e os sintomas físicos e mentais associados a essa disfunção, a partir de então, levou ao *status* de entidade nosológica. Assim, buscou-se conhecer sua etiogenia, seus mecanismos de ação e sua fisiopatologia, o conjunto de sinais e sintomas que caracterizam uma síndrome, e, por fim, o tratamento.

Com as evidências, percebeu-se que as consequências nocivas do consumo de álcool ultrapassavam a chamada síndrome de dependência e que outros padrões de consumo de bebidas alcoólicas poderiam ser tão ou mais danosos à saúde, nos aspectos físicos, mentais e sociais. Esse ponto demarcou um novo espectro para o qual os profissionais da saúde deveriam estar atentos, aspecto esse relacionado à temática do consumo de bebidas alcoólicas.

Quase metade (40%) da população mundial acima de 15 anos consome bebidas alcoólicas, dessas, 20% fazem uso nocivo de álcool e 5% podem ser considerados dependentes (BARBOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001a).

O uso de bebidas alcoólicas, atualmente, é algo socialmente aceito em nossa sociedade, porém, o limite entre o beber “normalmente” e o beber “abusivo” é muito tênue, e a detecção precoce do rompimento dessa linha pode ser a melhor, ou, às vezes, a única alternativa para enfrentar as consequências relacionadas ao uso de álcool (BARBOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001b).

Frente a essa questão, a Organização Mundial de Saúde resolveu assumir esse fenômeno como problema de saúde pública e propor alternativas a serem implantadas pelos profissionais de saúde, em diversos países, para lidar com os diferentes problemas relacionados ao uso de álcool.

Apesar de a literatura ser ampla sobre a assistência aos usuários de álcool, o que pode ser observado, tanto empiricamente como em estudos científicos, tanto os profissionais quanto os estudantes da área de saúde ainda apresentam estigmas sociais que resultam em atitudes negativas frente à assistência realizada aos usuários de álcool.

Uma das explicações para isso pode estar vinculada à formação acadêmica desses profissionais que, muitas vezes, em suas atuações não estão preparados adequadamente, com habilidades cognitivas e interpessoais, para trabalhar com os usuários ou dependentes de álcool (PILLON, 2003). Tal fato não parece ser uma tarefa simples, uma vez que nem sempre o uso do álcool é entendido como uma patologia, e está envolvido com uma série de preconceitos e atitudes pessoais intrínsecas a esses profissionais (BARROS, 2006).

Em relação à formação profissional nos cursos de graduação, de longa data, as Instituições de Ensino Superior (IES) e o sistema educacional formal se preocupavam muito mais com o conhecimento cognitivo, ou teórico-prático, na formação dos estudantes.

Em 1994, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), ao estabelecer os quatro pilares da educação (aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a conviver), enfatizou que a educação deve superar seu caráter puramente instrumental orientado para a busca de resultados e que passasse a considerá-la, em toda a sua plenitude, realização da pessoa que, na sua totalidade, aprende a ser (DELORS, 1996).

Especificamente sobre o curso de Enfermagem, as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação destacaram claramente que o perfil do aluno deve ser generalista, humanista, crítico e reflexivo, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania. Além disso, sua formação deve atender as necessidades sociais de saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando a integralidade da atenção e a qualidade e a humanização do atendimento (BRASIL, 2001).

Nesse contexto, é imprescindível discutir, durante a formação acadêmica do graduando, o papel que o enfermeiro pode desenvolver na assistência aos pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool em diversos níveis de atenção à saúde, bem como as atitudes relacionadas ao uso do álcool e ao alcoolista.

Uma das estratégias mais difundidas e incentivadas pela Organização Mundial de Saúde é o modelo de Intervenções Breves (IB); por ser de aplicação rápida, fácil e com poucas sessões. Sua utilização pode ser realizada por qualquer profissional de saúde desde que treinado, e, praticamente, em todos os ambientes de assistência a saúde (unidades Básicas, clínicas, hospitais, prontos-socorros) e outros ambientes sociais (escolas, locais de trabalho e outros). Além disso, existem evidências em termos de efetividade, mostrando ser essa uma alternativa relativamente bem-sucedida para a redução do consumo álcool entre os pacientes (BARBOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001a).

Frente a essa situação, portanto, é suscitada a questão norteadora para o presente estudo: os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos no curso sobre intervenções breves podem modificar as atitudes de estudantes de enfermagem, em relação aos pacientes com problemas, relacionados ao uso abusivo e a dependência de álcool?

Os resultados contribuirão para discussão sobre a formação de futuros enfermeiros na assistência a usuários de álcool; no que diz respeito à construção de componentes curriculares e conformação de competências e habilidades, durante o período de graduação; indicando, por exemplo, a necessidade ou não de debates sobre um aporte técnico-científico específico, juntamente com reflexões mais profundas sobre o alcoolismo, ao longo de todo o curso, a fim de gerar atitudes positivas frente ao tema pelos estudantes.

A qualidade da assistência de enfermagem, voltada aos pacientes com problemas envolvendo o uso de álcool, perpassa as habilidades técnicas, bem como

o conhecimento específico da área; mas, também, em igual importância, envolve a disponibilidade sincera do enfermeiro para o acolhimento, a escuta ativa, a valorização do outro e relação interpessoal livre de quaisquer distorções, estereótipos e preconceitos.

Por fim, a formação profissional não deve focar apenas estratégias direcionadas ao treinamento de habilidades práticas na assistência a pacientes usuários de álcool, mas, também, buscar mudanças de atitudes pessoais e interpessoais frente a esse contexto, na busca de melhores cuidados na prática de enfermagem.

Referencial Teórico

CAPÍTULO 1 – O ÁLCOOL

1.1 Apontamentos históricos

Ao longo da história, o álcool apresenta diversas funções, como remédios, perfumes e poções mágicas e, principalmente, em bebidas que acompanham os hábitos alimentares dos povos. No entanto, à medida que as sociedades foram passando por transformações econômicas e sociais, principalmente com a revolução industrial, que provocou as grandes concentrações urbanas, multiplicou-se enormemente a produção e a disponibilidade das bebidas e reduziu-se, de modo drástico, os seus preços, houve mudança profunda na maneira de a sociedade e os homens se relacionarem com o álcool (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

Os primeiros indicadores do consumo humano de bebidas alcoólicas foram encontrados em vasos paleolíticos e existem evidências sobre o aproveitamento humano dessas bebidas há, aproximadamente, quatro milênios. Em todas as aparições, o escopo do consumo do álcool na História Antiga é essencialmente global, refletindo a facilidade relativa da produção de álcool como, por exemplo, por meio da fermentação de frutas e vegetais cultivados localmente, mesmo antes da descoberta dos processos de destilação (ANTHONY, 2009).

Outros indicadores arqueológicos do consumo de álcool aparecem, 6000 a.C., no Egito Antigo, onde pinturas demonstravam o processo de fabricação de cerveja. Os egípcios também bebiam grande quantidade de vinho. Na Grécia e Roma Antiga, o vinho era amplamente utilizado em rituais místicos e festividades, e sua apresentação aos seres humanos era atribuída ao deus Dionísio (na cultura grega) e ao deus Baco (na cultura romana) (HANSON; VENTURELLI, 2001).

A cerveja e o vinho foram as primeiras bebidas alcoólicas consumidas, pois dependiam exclusivamente do processo de fermentação. Com a disseminação, na Idade Média, do processo de destilação, as bebidas alcoólicas começaram a ser utilizadas na sua forma destilada (MANSUR, 1988).

O domínio da técnica de cerâmica (neolítico) permitiu armazenar alimentos como mel, cereais e uva; melhorar o controle do processo da fermentação e das condições de produção de bebidas alcoólicas, fato que favoreceu também o início da

comercialização, e deu lugar aos primeiros pontos de venda, às primeiras tabernas (FORTES; CARDO, 1991).

Na Idade Média, no século XI, um químico árabe, Albucasis, descobre a técnica de destilação, empregando o alambique, obtendo bebidas de teor alcoólico mais elevado. A rápida divulgação da técnica permitiu que a Europa pudesse dispor de destilação com maior concentração de álcool e a preços mais atraentes (FORTES; CARDO, 1991).

As consequências do uso nocivo apareceram há mais de 3.000 anos, documentados em antigas leis da Mesopotâmia, que restringem a venda de bebidas alcoólicas quando os consumidores já se encontravam fortemente alcoolizados. Na China Antiga, há documentação de costumes e códigos visando diminuir as consequências nocivas do beber (ANTHONY, 2009).

Na Era Moderna, movimentos pela temperança ou proibição, baseados no receio das consequências nocivas do consumo de álcool, ou preocupação de que a intoxicação possa comprometer a relação do indivíduo com sua divindade (como no Antigo Testamento, da Bíblia, ou no Alcorão, do Islamismo) estão mais disseminados. É notável que, no mundo Islâmico, as tradições de abstinência (ou moderação) datam de mais de 1.000 anos. Não deve ser surpresa que os padrões de consumo de álcool atuais sejam resultantes dessas antigas tradições (ANTHONY, 2009).

Relatos bíblicos do Antigo Testamento mostraram que a vinicultura sempre esteve intimamente ligada às atividades agrícolas e, também, registraram os primeiros casos de embriaguez por bebidas alcoólicas. O livro do Gênesis (9:32) descreve que *“começou Noé a ser lavrador da terra, e plantou uma vinha. E bebeu do vinho até se embriagar”*.

Entre os séculos XVIII até os meados do século XX, países como Inglaterra, Suécia e Estados Unidos da América, ao perceberem as consequências de grande aumento do nível de alcoolização da população, decorrentes da proliferação indiscriminada dos pontos de venda, começaram a estabelecer normas restritivas à venda de bebidas e medidas de prevenção e controle do alcoolismo (FORTES; CARDO, 1991).

No Brasil, quando os portugueses chegaram, descobriram o costume indígena de produzir uma bebida muito forte, fermentada a partir da mandioca, chamada cauim, utilizada em festas e rituais. No entanto, os portugueses conheciam

o vinho e a cerveja e, mais tarde, aprenderiam a fazer a cachaça a partir da cana-de-açúcar (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2008).

A instalação dos primeiros engenhos, no início da colonização, para a produção de açúcar de cana e aguardente, ofereceu oportunidade para populações excluídas, como índios e negros, de se embriagar com destilados nacionais. A aguardente era oferecida pelos fazendeiros aos escravos, tanto com finalidade medicinal como para alegrá-los em festividades (SOUTO MAIOR; FREYRE, apud FORTES, CARDO, 1991).

Assim, de acordo com os autores supracitados, a bebida está bem entranhada na cultura brasileira, fazendo com que o hábito de beber faça parte da nossa socialização. Portanto, é a forma social e individual de beber que está em jogo, já que existe forte disposição social para consumir as bebidas alcoólicas nas mais variadas formas.

1.2 Conceitos

A definição entre o beber considerado “normal” ou “social” e o beber de “risco” ou “abuso” atravessa parâmetros quantitativos (como o tipo de bebida e número de doses consumidas), e atinge parâmetros qualitativos (como os prejuízos percebidos, a vontade de beber mais, por exemplo) difíceis de serem mensurados (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

Os transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, atualmente, não devem mais classificar os indivíduos como dependentes e não dependentes. Dessa forma, qualquer padrão de consumo pode trazer problemas ao indivíduo. Assim, classifica-se como consumo de baixo risco aquele que consome poucas quantidades de bebidas alcoólicas, cercado das precauções necessárias à prevenção de acidentes relacionados (LARANJEIRA et al., 2003).

O consumo de baixo risco, popularmente conhecido como “beber socialmente”, está permeado por uma série de fatores históricos, sociais e antropológicos que torna extremamente complexa a delimitação de parâmetros de uso considerados “saudáveis” (como tudo que está relacionado ao comportamento humano).

Entre os profissionais e estudiosos da área da saúde, existem dois tipos de classificação para o uso nocivo/abusivo de substâncias e para dependências amplamente aceitas, como a Classificação Internacional de Doenças versão 10 (CID-10), editada pela Organização Mundial de Saúde, que diz respeito a todas as doenças,, e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, versão IV (DSM – IV), editado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), que se refere apenas aos transtornos mentais.

De acordo com Classificação Internacional de Doenças (CID–10), o critério de classificação para uso nocivo (ou prejudicial) é um padrão de uso que causa prejuízo físico ou mental à saúde, que tenha causado um dano real à saúde física ou mental do usuário, sem que os critérios para dependência sejam preenchidos (OMS, 1993).

Ainda, de acordo com a CID-10 (OMS, 1993), a síndrome de dependência alcoólica, comumente chamada alcoolismo, caracteriza-se por um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem depois de repetido consumo do álcool. O diagnóstico definitivo de dependência só pode ser realizado se três ou mais dos seguintes critérios forem apresentados em algum momento no último ano:

- desejo poderoso de usar o álcool
- dificuldade para controlar o consumo
- utilização persistente, apesar de evidência clara de consequências claramente nocivas
- maior prioridade dada ao uso da droga, em detrimento de outras atividades e obrigações
- aumento da tolerância à droga
- estado de abstinência fisiológica

Em outras palavras, o uso nocivo de álcool é utilizado por indivíduos que bebem eventualmente, mas é incapaz de controlar ou adequar seu modo de consumo. Isso pode levar aos problemas sociais (brigas, falta de emprego), físicos (acidentes) e psicológicos (heteroagressividade). Finalmente, a dependência de álcool é caracterizada pelo consumo compulsivo e destinado a evitar os sintomas de abstinência, cuja intensidade é capaz de ocasionar problemas sociais, físicos e/ou psicológicos (LARANJEIRA et al., 2003).

Uma vez que o consumo excessivo se torna uma constante, isto é condição evidente para o começo da dependência. Dependência significa que o ato de usar a

droga deixou de ser uma função social e de eventual prazer e passou a ser disfuncional, um ato em si mesmo. A pessoa perde progressivamente a liberdade para decidir se quer ou não beber e fica à mercê da própria dependência para determinar quando usar a substância (LARANJEIRA; SURJAN, 2001).

A CID-10 classifica como *consumo* de álcool qualquer tipo de ingestão da bebida, o termo *consumo de baixo risco* indica consumo que está dentro dos limites legais e médicos, e é pouco provável que ocasione problemas relacionados ao álcool. O *abuso de álcool* é um termo geral para qualquer nível de risco, desde o consumo de risco até a dependência ao álcool (OMS, 1993).

O abuso de álcool pode produzir danos à saúde sem necessariamente causar dependência. A CID-10 introduziu o termo *consumo prejudicial* na nomenclatura, que se caracteriza por padrão de uso que já está causando danos à saúde, seja do ponto de vista físico ou mental; um tipo de padrão em que o bebedor é criticado pelo seu meio social, cultural ou familiar pela forma em que está consumindo a bebida alcoólica (OMS, 1993).

Outro conceito importante é o de *consumo de risco*, que se refere a padrão de consumo que acarreta riscos ou consequências prejudiciais ao bebedor. Essas consequências podem representar dano para a saúde física ou mental, podendo levar a consequências sociais para o bebedor e para os demais. É um padrão de consumo que, assim como os antecedentes familiares, deve ser levado em conta para a avaliação da extensão do risco (OMS, 1993).

O segundo critério de classificação, no DSM-IV (1995), o abuso de substâncias é caracterizado por padrão mal adaptativo de uso de substância, levando a prejuízos ou sofrimentos clinicamente significativos, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses.

- uso recorrente da substância, resultando em fracasso no cumprimento de obrigações importantes relativas ao seu papel no trabalho, na escola ou em casa;
- uso recorrente da substância em situações nas quais isso representa perigo físico;
- problemas legais recorrentes, relacionados à substância;
- uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes, ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância.

De acordo com o DSM-IV (1995), a dependência a substâncias é um padrão mal adaptativo de uso de substância, levando a prejuízos ou sofrimentos

cl clinicamente significativos, manifestados por três (ou mais) dos critérios mostrados a seguir, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses.

- Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

a) necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado;

b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância;

- abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:

(a) síndrome de abstinência característica para a substância

(b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência

- a substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido

- existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância

- muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos

- importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância

- o uso da substância continua, apesar da consciência de se ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.

Nos últimos anos, houve acúmulo crescente de evidências de confiabilidade e validade no diagnóstico da dependência do álcool, tanto em estudos clínicos e populacionais quanto nos de base genética, realizados em diversos países. No entanto, os critérios para dependência do álcool ainda devem ser aprimorados para a utilização em diferentes populações (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

O quadro da Síndrome de Dependência ao Álcool é bastante estudado e conhecido, e, embora seus critérios sejam claros, os transtornos relacionados ao uso do álcool constituem grande problema de saúde pública, tanto pela dificuldade de tratamento quanto pela identificação inicial em casos mais avançados (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

1.3 Dados epidemiológicos

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, no ano 2002, o consumo de álcool causou a morte de uma pessoa a cada dois minutos, na região das Américas. Nesse período, calcula-se que 5,4% do total de mortes no continente americano são atribuídas ao uso álcool (OMS, 2002).

Do ponto de vista orgânico, o álcool possui efeitos tóxicos capazes de provocar danos a qualquer sistema ou órgão do corpo, cuja capacidade de abuso é comparável a outras substâncias indutoras de dependência, objeto de fiscalização internacional.

As doenças físicas consequentes do alcoolismo são de origem gastrointestinal, como úlceras, varizes esofágicas, gastrite e cirrose, neuromuscular, como câibras, formigamentos e perda de força muscular, ou cardiovascular, como a hipertensão, além de impotência ou infertilidade (HECKMANN; SILVEIRA, 2009).

Também, entre as consequências do consumo de álcool (nocivo e dependência), se apresenta relacionado a outros transtornos mentais. Bott et al. (2005), ao analisarem a relação entre transtornos psiquiátricos e os níveis de consumo de bebidas alcoólicas, observaram que:

- bebedores pesados apresentam mais comorbidades quando comparados aos bebedores de consumo moderado;
- transtornos psiquiátricos estão relacionados mais à quantidade e à frequência do beber que aos sintomas decorrentes de um transtorno decorrente do uso de álcool;
- cada vez mais é dada atenção à relação entre o beber de risco e os prejuízos sociais do álcool, bem como à relação com doença;
- o beber de risco, ao longo do tempo, pode ser precursor de transtornos relacionados ao uso e ao desenvolvimento do abuso/dependência.

Sob o ponto de vista social, considera-se que o consumo de bebidas alcoólicas está relacionado à violência criminal e doméstica, maus-tratos infantis, vandalismo e direção de veículos de forma perigosa; isso sem mencionar os problemas familiares, interpessoais e no trabalho (OMS, 2006).

Estudos realizados no Brasil mostraram que o consumo de álcool estava fortemente presente entre as vítimas e agressores de casos de violência, homicídios, suicídios, afogamentos e acidentes de trânsito (GAWRYSZEWSKI et al.,

2005; CARLINI-COTRIM; MATTA CHASIN, 2000; DUARTE, CARLINI-COTRIM, 2000; NERY FILHO; MIRANDA; MEDINA, 1995; OLIVERIA; MELCOP, 2003).

No Brasil, o consumo anual de álcool *per capita*, incluindo o consumo não registrado, foi estimado em 8,32 litros de álcool puro por adulto, quantidade muito acima da média mundial, de 5,8 litros (OMS, 2004).

De acordo com a OMS (2006), estima-se que o álcool seja responsável por 3,7% do total de mortes no mundo, e por 14,4% da carga total de morbidade. Em uma escala mundial, metade da população adulta consome bebidas alcoólicas, sendo que as taxas de abstinência ao álcool vêm diminuindo em todo o mundo, e estimam-se novas diminuições.

Essa organização apontou que o uso do álcool foi responsável por 1,3% da carga global em anos de vida perdidos por incapacidade ou morte, relacionados ao uso abusivo de drogas. No sexo masculino, a taxa quase dobra. Se considerar apenas a incapacidade para pessoas de 15 a 44 anos de idade, de ambos os sexos, a taxa da perda de anos por incapacidade é de 5,5%, configurando como a segunda causa de perda mais importante. Também destacou que os gastos hospitalares com os problemas de saúde, provocados pelo álcool, ultrapassam a arrecadação com impostos sobre o mesmo (OMS, 2001).

Dados do I Levantamento Nacional sobre os padrões do consumo de álcool na população brasileira demonstrou que 52% dos brasileiros adultos, maiores de 18 anos, bebem (pelo menos 1 vez por ano), 29% são abstinentes, e 24% bebem frequentemente e pesado. Também, 12% da população brasileira referiu fazer uso nocivo ou dependente de álcool, o que representa bom índice em termos de saúde pública para que possa se dimensionar o custo social do álcool (LARANJEIRA et al., 2007). A pesquisa também apontou que o beber em *binge* está fortemente presente na cultura do consumo de álcool entre os brasileiros, especialmente entre os jovens (40% de pessoas entre 18 e 34 anos já beberam na forma de *binge*).

O *binge drinking*, é definido como o consumo de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião por homens, ou quatro ou mais por mulheres, pelo menos uma vez nas últimas duas semanas (HECKMANN; SILVEIRA, 2009).

No estudo do levantamento nacional, encontrou-se alta frequência de adolescentes (9%) que bebem mais do que 1 vez por semana (12% meninos e 6% meninas). Em relação à dose usual, quase 50% dos meninos bebeu mais do que 3

doses por situação habitual e cerca de um terço deles consumiu 5 doses ou mais. Em relação ao beber em *binge*, os adolescentes apresentaram altas taxas, com 21% dos meninos e 12% das meninas (LARANJEIRA et al., 2007).

Quando se comparam jovens de 18 a 25 anos com os adolescentes, as diferenças são significativas quanto à idade de experimentação e do uso regular. No início do consumo, os adolescentes começaram aos 13,9 anos de idade e os adultos jovens aos 15,3 anos. O uso regular pelos adolescentes começou aos 14,8 anos e pelos adultos jovens aos 17,3 anos (LARANJEIRA et al., 2007).

Considerando que esses jovens podem se tornar os futuros profissionais da área da saúde e afins, representando a renovação (ou a e reprodução) permanente das práticas assistenciais, torna-se cada vez mais necessário o acompanhamento constante de seus hábitos de vida, inclusive o consumo de bebidas alcoólicas, pois pode se presumir que tais hábitos irão refletir, em maior ou menor grau, no tipo de assistência que realizará.

1.4 O consumo de bebidas alcoólicas entre estudantes universitários brasileiros

1.4.1 Estudantes universitários

Dos estudos mais antigos entre universitários, Mesquita (1995), Kerr-Corrêa et al. (1999) referiram que os estudantes da área de ciências biológicas, mais especificamente aqueles da saúde, constituem um grupo da população que merece enfoque diferenciado em relação ao uso e/ou abuso de álcool e de outras drogas, pois são os profissionais que trabalharão as questões de saúde na comunidade.

Considerando essa particularidade, no estudo desenvolvido por Andrade et al. (1997) constatou se que o consumo de álcool nos últimos doze meses anterior à realização da pesquisa, entre os estudantes da área de biológicas (93,3%), foi o mais prevalente, quando se comparou com as áreas de humanas (86%) e exatas (92,6%).

Estudo com 1.500 estudantes universitários mostrou que 92% usaram álcool e/ou drogas pelo menos uma vez na vida e que, do total, 45% utilizavam o álcool de maneira frequente (FIORINI et al., 2003).

Uma avaliação do uso de álcool e outras drogas, em 1.953 estudantes universitários, 349 do período diurno e 1.604 do período noturno, identificou que 60% havia usado álcool, além de identificarem problemas relacionados ao uso em 418 (23%) universitários (DOMINGOS; DOMINGOS, 2005).

Um estudo sobre a relação entre uso de drogas e comportamentos de risco de estudantes universitários concluiu que os homens dirigem mais sob efeito do álcool que as mulheres, e estiveram mais envolvidos em brigas com amigos e polícia do que as mulheres. Em relação aos comportamentos sexuais, os homens tiveram relações em maior número, com número maior de parceiras e com menor proteção e sob efeito de álcool (PILLON; O'BRIEN; CHAVEZ, 2005).

Stempliuk et al. (2005) realizaram pesquisa com o objetivo de comparar as prevalências de uso de diversas drogas e as opiniões sobre esses usos entre estudantes de graduação de uma universidade pública, nos anos 1996 e 2001. As drogas que apresentaram aumento de uso estatisticamente significativo foram, na vida: álcool, tabaco, maconha, inalantes, alucinógenos, anfetaminas, anticolinérgicos, barbitúricos e ilícitas em geral.

Ainda, em relação às expectativas sobre os efeitos do álcool e o padrão de beber de risco entre universitários, Peuker e Bizarro (2006) realizaram estudo com 165 universitários, com média de 22 anos, que responderam aos inventários AUDIT e IECPA. Constatou-se que 44% dos participantes eram consumidores de risco e que 48% possuíam expectativas positivas altas.

As crenças e expectativas de 1.345 estudantes universitários, em relação aos efeitos do álcool e o consumo, foram investigadas. Dessa amostra, 18,8% experimentaram bebidas alcoólicas pela primeira vez aos 14 anos e 73,6% havia apresentado episódios de intoxicação aguda pelo menos uma vez na vida (OLIVEIRA; SOIBELMANN; RIGONI, 2007).

Outro estudo, sobre as percepções do uso de drogas em estudantes universitários e do consumo de seus pares, demonstrou que as percepções, relatadas para o uso do álcool, foram de 93,6% entre os estudantes já haviam consumido bebidas alcoólicas na vida, porém, esses índices foram um pouco

maiores 96,7% quando autodeclarados pelos estudantes (OLIVEIRA JUNIOR, 2009).

1.4.2 Estudantes universitários da área de ciências biológicas e da saúde

Silva et al. (2006) que realizaram estudo a respeito dos fatores associados ao uso de álcool e outras drogas, entre 926 estudantes universitários da área de ciências biológicas, concluíram que 84,7% consumiram bebidas alcoólicas no último ano.

Na pesquisa realizada com 521 alunos da área das ciências da saúde, o "uso na vida" de álcool foi relatado por 87,7% dos estudantes, sendo que o uso abusivo de álcool nos últimos 30 dias foi relatado por 12,4% dos universitários. Entre os eventos ocorridos após a ingestão de bebidas alcoólicas, os estudantes mencionaram o envolvimento em briga (4,7%), acidentes (2,4%), falta à escola (33,7%), falta ao trabalho (11,8%) e condução de veículos (47,3%) (LUCAS et al., 2006).

Outro levantamento, conduzido com o objetivo de investigar o uso de álcool, tabaco e drogas em 538 estudantes da área de saúde de uma universidade particular, apontou consumo elevado dessas substâncias. Ao investigar a história de consumo, amigos ou conhecidos foram apontados como corresponsáveis para o início do uso; além de que esses amigos auxiliavam também na manutenção do consumo e, dentre os motivos para usar pela primeira vez, destacaram-se a busca por diversão ou prazer, como motivos para manter o consumo, a quebra da rotina, para curtir os efeitos e para reduzir a ansiedade e o estresse. Cerca de 30% dos alunos consumiram uma ou mais substâncias antes mesmo de ingressarem na universidade (CHIAPETTI; SERBENA, 2007).

Ao analisarem as condutas de saúde, em estudantes da área de saúde no início e no final do curso, o consumo de álcool, tabaco e inalantes e a prática sexual foram as mais frequentes entre estudantes do final do curso (FRANCA; COLARES, 2008). Esses autores, em outro estudo, avaliaram as diferenças de conduta de saúde, dessa vez considerando os gêneros dos universitários. Concluíram que o

álcool e o tabaco foram consumidos pela maioria dos estudantes, mas, no sexo masculino, os índices de consumo foram mais elevados (COLARES; FRANCA; GONZÁLES, 2009).

1.4.3 Estudantes do curso de medicina

Na literatura também se destacaram os estudos realizados entre estudantes de medicina (BORINI et al., 1994; SALDANHA et al., 1994; ANDRADE et al., 1995, LUCAS et al., 2006; TOCKUS; GONÇALVES, 2008). Os resultados apontaram que o álcool foi a droga mais utilizada no meio acadêmico, principalmente a cerveja, e apontaram, ainda, que os estudantes consideraram o ambiente universitário como fator de risco para o aumento do consumo.

Um estudo sobre a prevalência do uso de drogas, entre estudantes de medicina de uma universidade do Ceará, mostrou que o consumo de álcool nos últimos 30 dias aumentava significativamente com o decorrer do curso (de 57,7% para 80,3%). Além disso, 31,5% da amostra referiu ter tido problemas relacionados com álcool pelo menos uma vez na vida (MATOS et al., 1999).

Lemos (2007) analisou o consumo de substâncias psicoativas de 404 estudantes de um curso de medicina, na Bahia, e percebeu que as drogas mais utilizadas no critério *uso na vida* foram álcool (92,8%) e lança-perfume (46,2%). O uso de álcool apresentou-se constante nos seis anos de curso.

Uma outra pesquisa, com 421 estudantes do curso de medicina, identificou que o uso de bebidas alcoólicas esteve presente em 85,3% da amostra. Desses, 39,6% foram classificados como bebedores problemáticos com riscos potenciais à saúde, e os homens apresentaram mais chances de consumir nesse padrão quando comparados às mulheres (AMORIM et al., 2008).

Já em outro estudo, Pereira et al. (2008) caracterizaram o perfil do uso de substâncias psicoativas entre 168 universitários do curso de medicina e identificaram que 86,9% desses relataram uso na vida de álcool.

Tockus e Gonçalves (2008) também estudaram o uso de substâncias psicoativas em estudantes de medicina, e, desses, 78% usaram álcool pelo menos uma vez na vida e 70,4% fizeram uso de álcool nos últimos três meses. Também foi

descrito que 23,87% relataram que tiveram forte desejo, ou urgência, em consumir bebidas alcoólicas, 17% dos respondentes relataram ter deixado de fazer atividades esperadas em razão do consumo de álcool.

Ao estudarem a relação consumo de drogas e comportamento sexual de risco em 245 estudantes de medicina, os autores abaixo descreveram que a prevalência de uso na vida de álcool entre foi de 92,3%, também encontraram associação entre uso de álcool e outras drogas e comportamento sexual de risco (SANTOS; SAKAE; ESCOBAR, 2009).

1.4.4 Estudantes do curso de enfermagem

Marçal, Assis e Lopes (2005) realizaram um levantamento sobre o uso de bebidas alcoólicas com 177 estudantes do curso de enfermagem de uma universidade pública do Rio de Janeiro. Os resultados evidenciaram que a maioria faz uso de bebida alcoólica, iniciando o uso dos 13 aos 16 anos, sendo que, para alguns, o consumo cresceu após a entrada na universidade.

Em outra pesquisa sobre os padrões de consumo de álcool, com 254 estudantes de enfermagem, predominantemente do sexo feminino, com idade média de 21 anos, mostrou 16,5% de abstêmios, 63% consumiam em níveis de baixo risco, 18,5% uso de risco, 2% uso nocivo. A pesquisa apontou que os alunos que bebiam em níveis problemáticos de álcool chegavam mais atrasados às aulas e dormiam mais em sala de aula no dia seguinte, após terem frequentado festas (PILLON; CORRADI-WEBSTER, 2006).

Nesse mesmo sentido, Balan e Campos (2006) avaliaram o consumo de álcool entre estudantes de enfermagem de uma universidade estadual paulista, e puderam constatar que 25,71% da amostra estudada apresentou *score*, segundo o teste AUDIT, compatível com ingestão moderada e alta de bebidas alcoólicas, sinalizando situação de alerta quanto ao futuro e ao desenvolvimento de quadros mais graves, relacionados ao consumo dessa substância.

Rodrigues et al. (2007) também realizaram estudo com delineamento semelhante, com o objetivo de rastrear a predisposição para desenvolver o alcoolismo em acadêmicos recém-ingressados e formandos em curso de

enfermagem. Os resultados obtidos identificam que a prevalência de beber de risco entre os acadêmicos participantes é considerada alta (21,36% da amostra), pois apresentam escore >8, sendo 35,71% dos homens e 19,10% das mulheres, o que pode trazer danos tanto profissionais como pessoais.

Outro estudo, que também buscou rastrear a predisposição para desenvolver o alcoolismo em acadêmicos do curso de enfermagem do Rio Grande do Norte, porém utilizando como instrumento o CAGE, concluiu que metade (50%) faz uso de álcool, e, dentre os pesquisados, 34% se sentem fisicamente mal após beberem, 33% tropeçam, cambaleiam e trançam as pernas, e 33% sentem calor e suam. No que se refere aos sintomas mentais e emocionais, 50% referiram lentidão do raciocínio, 25% sensações estranhas e assustadoras quando bebem, e 25%, perda da memória (MIRANDA et al., 2007).

Mardegan et al. (2007) traçaram o perfil do uso de substâncias psicoativas entre os universitários do curso de enfermagem de uma universidade pública do Espírito Santo e encontraram que 82,1% relataram uso na vida de álcool, 11,7% informaram uso frequente e 6,2% uso pesado dessa substância.

Sobre a abstinência do consumo de álcool entre estudantes de enfermagem, constatou-se que 30% nunca consumiram bebida alcoólica. Daqueles que haviam consumido bebidas alcoólicas identificou-se que o uso inicial ocorreu entre 12 e 16 anos e, predominantemente, em casa com os familiares, embora costumassem beber com os amigos também. Desses, 62% já haviam se embriagado e 57% não lembram quantas vezes. As bebidas mais consumidas foram a cerveja, vinho e as bebidas destiladas (STAM; BRESSAN, 2007).

No levantamento com estudantes de enfermagem, a prevalência de consumo de álcool foi de 50,3% entre os que consumiram bebidas alcoólicas. Desses, 58,5% declararam ter feito o primeiro consumo entre 13 e 17 anos de idade, concluindo-se que o consumo de álcool pelos estudantes é bastante elevado, que a precocidade do consumo leva a situação preocupante (LEITE; SANTOS; MARQUES, 2008).

Em estudo de Botti, Lima e Simões (2010) foi avaliado o padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre estudantes universitárias de enfermagem de uma faculdade particular de Minas Gerais, e encontraram que 89,57% dos estudantes já fizeram uso na vida de álcool.

Finalmente, os achados dessa revisão de literatura sobre o consumo de álcool entre estudantes universitários brasileiros (mais especificamente os

graduandos da área de saúde, do curso de medicina e de enfermagem) corroboram as conclusões de Wagner e Andrade (2008) que realizaram estudo também dessa natureza.

Os autores pontuaram que esses estudos não são representativos do universo desses estudantes, devido às diferenças metodológicas adotadas entre eles, e apontaram a necessidade de outros estudos que viabilizem a comparação dos resultados, bem como estudos que tenham delineamento longitudinal, a fim de avaliar as tendências de comportamento. Assim, haveria a contribuição para adequações e inovações de programas preventivos nessa comunidade.

1.5 A política de assistência ao uso problemático de álcool no Brasil – a formação de recursos humanos em saúde como um dos eixos norteadores

Ao considerar os estudos epidemiológicos sobre consumo de álcool no mundo, a Organização Mundial de Saúde destacou os problemas relacionados ao uso do álcool como um dos maiores desafios da saúde pública global. Essa organização propõe que medidas devem ser adotadas enquanto estratégias de políticas públicas tais como: medidas para reduzir o acesso às bebidas alcoólicas, regulamentação de preços, impostos e locais de venda e consumo, restrições à publicidade envolvendo álcool, fiscalização do uso de álcool no trânsito, medidas de promoção à saúde e prevenção primária e, ainda, investimento dos recursos humanos em saúde com vistas à implementação de medidas de detecção, intervenção breve e serviços de tratamento (OMS, 2006).

Dessa forma, o Brasil deve estar alinhado a essas propostas de políticas públicas internacionais a fim de oferecer assistência organizada e efetiva junto às pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool, baseando-se em ações pautadas nas diretrizes do Sistema Único de Saúde de integralidade, universalidade, equidade, controle social e descentralização.

O Consenso Brasileiro sobre Políticas Públicas do Álcool considera que o álcool não é uma substância qualquer, pois é substância capaz de causar danos por meio de três mecanismos distintos: a toxicidade direta ou indireta, a intoxicação e a dependência. Esses danos podem ser agudos ou crônicos, porém, dependem do

padrão de consumo de cada um, que se caracteriza não somente pela frequência e quantidade com que se bebe, mas, também, pelo tempo entre um episódio e outro, e ainda pelo contexto em que se bebe (LARANJEIRA; ROMANO, 2004).

Ainda, de acordo com o Consenso, o valor da perspectiva da saúde pública para as políticas do álcool é a sua habilidade em identificar riscos e/ou grupos de riscos e sugerir intervenções apropriadas para beneficiar o maior número de pessoas (LARANJEIRA; ROMANO, 2004).

No Brasil, nas últimas décadas, uma grande reforma da assistência à saúde mental foi colocada em marcha, isso porque para as pessoas que tinham problemas com álcool só havia como opção de tratamento a internação psiquiátrica (CRUZ; FERREIRA, 2008).

Segundo Delgado e Cordeiro (2008), até o ano de 2002 a saúde pública não desenvolvia ações sistemáticas relacionadas ao uso de álcool e outras substâncias. O que havia eram poucos ambulatórios e serviços especializados no tratamento para dependentes que trabalhavam de maneira pouco articulada e assistemática.

O hospital psiquiátrico, todavia, reforça o estigma de pessoas com problemas com álcool e outras drogas, dificultando a reinserção dos dependentes de álcool e outras drogas em sua família, em seu trabalho, em seu grupo social. Por esse e outros motivos, a reforma psiquiátrica brasileira tem substituído os grandes hospitais psiquiátricos por uma rede de assistência à saúde mental, que procura dar mais espaço e importância aos serviços extra-hospitalares (CRUZ; FERREIRA, 2008).

Com a publicação da “Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas”, em 2003, finalmente o uso de álcool e outras drogas entram na agenda da saúde pública brasileira; onde se reconhece que o álcool é um grande problema de saúde pública (DELGADO; CORDEIRO, 2008).

A política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas considera que a rede de assistência do Sistema Único de Saúde deve estar integrada a outros serviços de saúde existentes, destacando-se a importância da atenção e o cuidado em uma rede dirigida às pessoas que apresentam diferentes problemas com álcool e outras drogas, que devem ser diversificadas e amplas, para atender às suas diferentes necessidades (BRASIL, 2003; DELGADO; CORDEIRO, 2008; CRUZ; FERREIRA, 2008).

Essa Rede de Atenção Integral não inclui apenas os profissionais de saúde e diferentes serviços de saúde, mas, também, familiares, organizações

governamentais e não-governamentais em interação constante, cada um com seu núcleo específico de ação, mas apoiando-se mutuamente (BRASIL, 2003; DELGADO; CORDEIRO, 2008; CRUZ; FERREIRA, 2008).

Ainda nesse contexto, o Decreto 6.117, de 22 de maio de 2007, que aprova a Política Nacional sobre o álcool e dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido e sua associação com a violência e a criminalidade, estabelece as seguintes diretrizes (BRASIL, 2007):

- promover a integração entre governo e sociedade sobre os problemas relacionados ao consumo de álcool;
- estabelecer ações descentralizadas e autônomas na gestão execução;
- estimular as instâncias de controle social;
- utilizar a lógica ampliada do conceito de redução de danos;
- ampliar e fortalecer as redes locais de atenção integral às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool, no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- estimular que as redes locais de atenção tenham inserção e atuação comunitárias;
- promover programas de educação permanente para os recursos humanos em saúde;
- promover ações de comunicação, informação e educação relativas às consequências do uso do álcool;
- incentivar a regulamentação, monitoramento e fiscalização da publicidade relativa ao assunto;
- estimular medidas que restrinjam a venda, a exposição e o consumo de álcool;
- fiscalizar a associação do álcool com o ato de dirigir;
- fortalecer medidas de controle de vendas a pessoas com sinais de embriaguez;
- estimular medidas de prevenção ao uso de álcool nas escolas;
- fomentar o desenvolvimento de pesquisas científicas na área;
- criar mecanismos de avaliação para as ações propostas.

Em um país como o Brasil, em que a regulação do álcool ainda não é extensa, e em um momento em que aumenta o nível de conscientização popular, devido ao incremento dos danos causados pelo álcool, está configurada a oportunidade para uma ação política efetiva e transparente. No cenário da política sobre o álcool há diversos atores em cena como: interesses comerciais, o meio de comunicação de massa, organizações não-governamentais, campanhas públicas, governos e comunidades (LARANJEIRA; ROMANO, 2004).

O Ministério da Saúde calcula que, aproximadamente, 20% dos pacientes tratados na rede primária bebem em níveis de alto risco. Essas pessoas têm seu primeiro contato com os serviços de saúde por intermédio de clínicos gerais. Apesar disso, esses pouco detectam a presença de acometimento por tal uso, o que tem repercussão negativa sobre as possibilidades de diagnóstico e tratamento. O foco da assistência está voltado para as doenças clínicas, decorrentes da dependência - que ocorrem mais tardiamente - e não para a dependência subjacente (BRASIL, 2003).

Os fatos acima assumem importância maior no contexto preventivo, ao se considerar que, via de regra, o período médio entre o primeiro problema decorrente do uso de álcool e a primeira intervenção voltada para esse problema é de aproximadamente cinco anos. Dentre inúmeros fatores que influenciam a ineficácia da assistência disponível, destaca-se a crença errônea de que os pacientes raramente se recuperam, sendo um fator decisivo, e, para tanto, a falta de oferta de currículo relativo à abordagem do uso de álcool e drogas, minimamente suficiente, pelas escolas formadoras, na desejável possibilidade de abordagens multiprofissionais para os consumidores (BRASIL, 2003).

O Ministério da Saúde ressalta que o diagnóstico e o tratamento da dependência ao álcool, quando ocorrem de forma precoce, desenvolvem papel fundamental no prognóstico desse transtorno, ampliando-se em uma perspectiva global de prevenção e promoção da saúde, e se agrava ao se constatar que, de forma geral, há despreparo significativo e desinformação das pessoas que trabalham diretamente com o problema como usuários, familiares ou profissionais de saúde (BRASIL, 2003).

A respeito dos profissionais de saúde, para o Ministério da Saúde, existem diversos impedimentos para diagnosticar, tratar ou encaminhar as pessoas que apresentam complicações decorrentes do consumo de álcool. No plano cognitivo, os trabalhadores de saúde apresentam falta de conhecimentos sobre a variedade de apresentações sintomáticas gerados pelo uso abusivo e pela dependência ao álcool, bem como de meios para facilitar o seu diagnóstico. Apresenta também visão negativa do paciente e de suas perspectivas evolutivas frente ao problema, o que impede atitude mais produtiva (BRASIL, 2003).

Partindo-se desse quadro, torna-se de fundamental importância maior investimento em estudos que envolva as habilidades cognitivas dos estudantes, futuros profissionais da saúde, como medidas de detecção e intervenção breve na

assistência aos usuários com problemas relacionados ao uso de álcool; bem como as atitudes em relação aos dependentes de bebidas alcoólicas.

Tais investimentos devem constar dentre as prioridades nas agendas políticas dos órgãos de fomento de pesquisa, a fim de prover recursos financeiros e técnicos para o desenvolvimento de pesquisas sobre esse tema. No primeiro momento, esse investimento pode parecer oneroso, mas a longo prazo, pode exercer um papel potencial na prevenção de gastos diretos e indiretos relacionados as conseqüências físicas e sociais, como internações por intoxicação alcoólica, tratamento da dependência e outras doenças, invalidez por acidente automobilístico, violência que o uso nocivo do álcool pode causar.

CAPÍTULO 2 – AS INTERVENÇÕES BREVES

2.1 Conceitos

A técnica de intervenção breve (IB) foi proposta como abordagem terapêutica para usuários de álcool, em 1972, por Sanchez-Craig e colaboradores, no Canadá. É uma estratégia bem estruturada, focal e objetiva, que utiliza procedimentos técnicos, permitindo estudos sobre sua efetividade (NEUMANN, 1992).

De acordo com Fleming e Manwell (1999), a intervenção breve é uma técnica com tempo limitado, centrado no paciente, na forma de aconselhamento, focalizando a mudança de comportamento do indivíduo, e aumentando sua adesão ao tratamento. Contudo, a estratégia não serve apenas para os problemas relacionados ao álcool, mas, também, pode ajudar os pacientes a mudarem uma série de comportamentos como modificar a dieta, parar de fumar, perder peso, entre outros.

As intervenções breves podem durar de cinco a 30 minutos, e são constituídas por curta sequência de etapas: identificação e dimensionamento do problema ou riscos, oferta de aconselhamento, orientação, e, em alguns casos, acompanhamento periódico do sucesso para se atingir metas voluntárias do paciente. Dessa forma, deve ser focal e objetiva (BARBOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001a).

A utilização da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas é utilizada em indivíduos considerados como usuários de risco (ou abusivo/prejudicial), e, no caso da dependência alcoólica ou a outras drogas, os indivíduos devem ser encaminhados a serviços especializados. A técnica pode ser aplicada por profissionais de diferentes formações (médicos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, agentes comunitários, auxiliares de enfermagem, entre outros), desde que devidamente treinados (BARBOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001a).

De acordo com Fleming e Manwell (1999), a intervenção breve pode ser usada por três situações clínicas distintas:

- primeira - a intervenção breve pode ajudar as pessoas que fazem uso abusivo do álcool, mas que ainda não são dependentes. Nesse caso, o objetivo da estratégia é reduzir os níveis de consumo para baixo risco;
- segunda - a intervenção breve pode ser útil para facilitar a adesão ao tratamento e abstinência em pacientes que estão sendo tratados com terapia farmacológica para a dependência de álcool e outras comorbidades, como a depressão;
- terceira - a intervenção breve pode ser benéfica, pois envolve dependentes ou pessoas com problemas relacionados ao uso do álcool que não respondem a essa intervenção sozinhos, embora a técnica, por si só, não seja suficiente para esses casos, de forma que pode ajudar os profissionais a identificarem esses casos e encaminhá-los para tratamento especializado.

As IBs têm como objetivo principal detectar o uso de risco (real ou potencial) de bebidas alcoólicas e motivar o indivíduo para que faça algo a respeito disso como: iniciar um tratamento, melhorar seu nível de informação, autocrítica e autocuidado (BARBOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001a; MARQUES; FURTADO, 2004).

A intervenção breve deve reduzir o risco de danos provenientes do uso continuado de álcool e/ou outras drogas ou, mais precisamente, reduzir as chances e condições que favoreçam o desenvolvimento de problemas decorrentes do uso dessas substâncias. As metas devem ser estabelecidas individualmente, de acordo com o padrão de consumo atual e os riscos associados (MARQUES; FURTADO, 2004).

Um objetivo importante da IB é auxiliar no desenvolvimento da autonomia das pessoas, atribuindo-lhes a capacidade de assumir a iniciativa e a responsabilidade por suas escolhas (NEUMANN, 1992).

A IB tem sido utilizada para prevenir ou reduzir o consumo de álcool e/ou outras drogas, bem como problemas associados, e orientar, de modo focal e objetivo, sobre os efeitos e consequências relacionados ao consumo de risco (DE MICHELI; FORMIGONI, 2008).

2.2 Elementos da intervenção breve

A literatura propõe seis componentes essenciais que devem estar presentes para caracterizar a intervenção. Identificado pelo acrônimo FRAMES, originado pela primeira letra das palavras em inglês: *Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathic e Self-efficacy* (MILLER;SANCHEZ, 1993).

1 – *Feedback*: triagem ou avaliação do uso de bebidas alcoólicas ao paciente e retroalimentação por meio da devolutiva dos resultados de sua avaliação. Isso se faz com a aplicação de um instrumento de identificação do padrão do consumo de álcool, preconizado pela Organização Mundial de Saúde para esse fim: o teste de identificação do uso do álcool (AUDIT), por exemplo.

2 – *Responsibility*: ênfase na autonomia e respbilidade do paciente, e apoio no estabelecimento de metas a serem atingidas no tratamento.

3 – *Advice*: aconselhamento e suporte de informações que o profissional deve oferecer ao paciente sobre as vantagens da diminuição ou interrupção do uso de álcool.

4 – *Menu*: refere-se ao fornecimento de um menu de opções de estratégias de modificação do comportamento, através da análise conjunta das situações de consumo, riscos e prejuízos das bebidas alcoólicas.

5 – *Empathic*: visa manter comportamento empático, compreensivo, sem juízo de valor moral ou social.

6 – *Self-efficacy*: promover a confiança do paciente em seus recursos e seu sucesso, por meio do auxílio na análise de prós e contras, associados ao álcool, e no reforço dos aspectos positivos.

Várias estratégias podem auxiliar o profissional de saúde a atingir sua meta em um espaço de tempo limitado, como mostrado a seguir (FLEMING; MANWELL, 1999).

- O profissional pode utilizar os problemas de saúde relacionados ao uso do álcool para aumentar a conscientização de que isso pode causar sérios problemas.
- O profissional pode oferecer ao paciente um contrato escrito (em forma de prescrição), que especifica as metas para a redução do consumo.
- Em muitos casos, se o profissional tem vínculo de confiança com o paciente, o mesmo pode influenciar na mudança de comportamento.

2.2 Pressupostos teóricos das IBs

Os primeiros referenciais teóricos, utilizados como fundamentos para a criação desse tipo de intervenção, são originários das teorias comportamental e cognitivista. Os pressupostos teóricos das intervenções breves são mostrados abaixo (MARQUES; FURTADO, 2004).

- 1 – O comportamento disfuncional pode ser mudado.
- 2 – A motivação precisa ser avaliada e adequada para a ação.
- 3 – A percepção do paciente quanto à sua responsabilidade no processo de equilíbrio deve ser desenvolvida.

Por esses aspectos, na aplicação da técnica de intervenção breve, a motivação do paciente parece ser a chave fundamental para a mudança do comportamento e efetividade da intervenção; assim, em função da característica da brevidade da técnica, incluiu-se a abordagem da motivação na estrutura da intervenção breve (DICLEMENTE; PROCHASKA, 1998).

Prochaska e DiClemente (1982) desenvolveram o Modelo Transteórico que descreve a prontidão para a mudar como estágios de mudança pelos quais o indivíduo transita. Esse modelo baseia-se na mudança comportamental e tem caráter processual, pois as pessoas apresentam diversos níveis de motivação ou prontidão para mudar.

Os autores descreveram que, quando os clientes iniciam um tratamento, chegaram a cinco estágios de mudança bem definidos, confiáveis e bem relacionados entre si, apresentados abaixo.

Estágio 1 - pré-contemplação: nesse estágio, o paciente não considera a possibilidade de mudança e não percebe que seu comportamento pode ter algum problema.

Estágio 2 - contemplação: nesse estágio, o paciente apresenta a chamada ambivalência, ou seja, ele tanto considera a necessidade de mudança quanto a rejeita.

Estágio 3 - preparação: nesse estágio, o paciente reconhece que tem um problema e se propõe a mudar, estabelecendo planos e metas.

Estágio 3 - ação: nesse estágio, o paciente coloca em prática as estratégias e os planos para alcançar sua meta de mudança.

Estágio 4 - manutenção: nesse estágio, o paciente tenta manter a mudança e evitar recaídas.

O quadro a seguir ilustra os estágios de mudança e os elementos associados à intervenção breve.

Estado	Definição	Elementos da IB que devem ser destacados
Pré-comtemplação	O bebedor com consumo de risco ou prejudicial não pensa em mudar em um futuro próximo, e pode não se dar conta das consequências reais ou potenciais desse tipo de consumo	Dar <i>feedback</i> sobre os resultados do teste de padrão de consumo e informar sobre os prejuízos do álcool
Contemplação	O bebedor pode ter-se dado conta das consequências associadas ao álcool, mas se mostra indeciso para mudar	Ressaltar os benefícios da mudança, dando informações sobre os problemas decorrentes do álcool, e discutir uma meta a ser cumprida
Preparação	O bebedor já está decidido a mudar e planeja entrar em ação	Falar sobre eleger uma meta, dar ânimo e apoio
Ação	O bebedor já está agindo para reduzir ou cessar o consumo de álcool, mas a mudança ainda não é permanente	Revisar os conselhos e estratégias e dar apoio
Manutenção	O bebedor está conseguindo ter um consumo moderado ou abster-se de álcool de forma relativamente permanente	Dar apoio

Fonte: BARBOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001.

Figura 1 - Estágios de mudança e elementos associados à intervenção breve

De acordo com Miller e Rollnick (2001), existem algumas ferramentas para motivar o indivíduo para a mudança do comportamento; as quais fazem parte do que se conhece por entrevista motivacional, definida como técnica dirigida a ajudar

peças a reconhecer e agir a respeito de seus problemas. Particularmente é útil quando o indivíduo se encontra na fase de pré-contemplação ou contemplação.

A entrevista motivacional é composta por cinco princípios gerais:

- 1 – expressar empatia - acolher, mostrar compreensão sem fazer juízos de valor. Exercer escuta reflexiva;
- 2 – mostrar discrepância - fazer uma comparação junto ao paciente sobre o comportamento que ele apresenta e suas metas pessoais e o que gostaria de fazer, e como ele poderia atingir suas metas;
- 3 – evitar confrontação - colocar argumentos claros, convidando o paciente a pensar no assunto;
- 4 – lidar com a resistência do paciente - lembrar que a decisão é sempre do paciente, entender a ambivalência como processo normal, e propor novas informações e alternativas;
- 5 – fortalecer a autoeficácia do paciente - encorajar e estimular o paciente a cada etapa vencida.

Outras estratégias para atingir os objetivos da IB envolvem o exercício comportamental e o cognitivo para perceber a realidade, detectar riscos e problemas relacionados ao álcool, aplicação de outros instrumentos que reforcem a existência de problemas, o oferecimento de alternativas para diminuir ou parar de beber, colaboração no plano para atingir metas, acompanhamento e avaliação (MARQUES; FURTADO, 2004).

Também é indicado realizar informações simples aos pacientes com o uso de recursos didáticos como folhetos explicativos, orientar sobre os limites recomendados do beber de baixo risco, mostrar domínio teórico-prático sobre o assunto, avaliar o estado de mudança do paciente e ajustar as medidas das IBs ao mesmo (BARBOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001).

2.3 Diferença entre intervenção breve e aconselhamento

A modalidade assistencial denominada intervenção breve aos problemas relacionados ao uso abusivo do álcool refere-se a uma sessão curta de aconselhamento, cujo objetivo é auxiliar o indivíduo a modificar determinado

comportamento. Dessa forma, incluem dar *feedback* ao paciente acerca de um comportamento, recomendação clara de uma modificação comportamental, apresentação das opções de como consegui-la, análise e resposta às reações do paciente e garantia de acompanhamento. As intervenções eficazes podem ajudar a desenvolver o senso de motivação e autoeficácia do indivíduo, necessários à modificação comportamental (BARNES; SAMET, 1997).

Intervenção breve, no entanto, é uma técnica mais estruturada que o aconselhamento, mas não mais complexa. Possui formato também claro e simples e pode ser utilizada por qualquer profissional. Qualquer intervenção, mesmo que breve, é melhor que nenhuma. A IB está indicada inclusive para pacientes gravemente comprometidos. A literatura demonstra que tais intervenções são estruturadas de uma a quatro sessões, produzem impacto igual ou maior que tratamentos mais extensivos para a dependência de álcool (LARANJEIRA et al., 2003).

Terapias fundamentadas na entrevista motivacional produzem bons resultados no tratamento e podem ser utilizadas na forma de intervenções breves. Motivar o paciente melhora suas chances de procurar e aderir ao tratamento especializado. As intervenções breves utilizam técnicas comportamentais para alcançar a abstinência ou a moderação do consumo. Começam pelo estabelecimento de uma meta. Em seguida, desenvolve-se a automonitorização, identificação das situações de risco e estratégias para evitar o retorno ao padrão do beber problemático (LARANJEIRA et al., 2003).

2.2 Diferença entre intervenção breve e terapia breve

Embora haja semelhanças nos nomes, a literatura aponta que a intervenção breve e a terapia breve não devem ser confundidas, pois apresentam importantes diferenças quando comparadas entre si, principalmente no que diz respeito à amplitude das metas de tratamento (MARQUES; FURTADO, 2004).

A intervenção breve baseia-se principalmente na terapia motivacional, e usa muitos elementos da terapia cognitiva comportamental, no entanto, ela se difere porque frequentemente não se destina à abstinência completa, mas se concentra na

redução de danos, aumentando a disponibilidade do paciente para mudar seu comportamento, além disso, a técnica tem um tempo limitado (FLEMING; MANWELL, 1999).

Em função da heterogeneidade e gravidade dos pacientes e seus problemas, a intervenção breve pode ser ampliada para uma terapia breve com até seis sessões. O espectro de problemas também determina que se apliquem intervenções mais especializadas para pacientes com problemas graves, além de adicionais terapêuticos, como manuais de autoajuda, aumentando a efetividade dos tratamentos (LARANJEIRA et al., 2003).

As intervenções breves têm como objetivo primário detectar o problema e motivar o paciente a alcançar determinadas ações. No caso das psicoterapias breves, os objetivos são mais amplos como obter mudanças mais profundas e persistentes de padrões de reação emocional ou comportamental. As intervenções breves não exigem muito tempo e se incorporam facilmente à rotina dos serviços, e as psicoterapias breves são momentos terapêuticos mais intensos, com sessões mais longas e menos estruturadas (MARQUES; FURTADO, 2004).

2.4 Estudos de sobre intervenção breve no Brasil

Até o momento, no Brasil, a maior parte dos estudos publicados a respeito das intervenções breves se referem a estudos de revisão de literatura.

Marques e Furtado (2004) apresentaram um artigo sobre os conceitos básicos necessários à compreensão das intervenções breves em uma revisão da literatura sobre sua efetividade e uma discussão sobre as possibilidades de implantação das IBs no Brasil.

Pesquisa sobre a efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas, para adolescentes atendidos em um serviço de atenção primária, desenvolvida por De Micheli, Fisberg e Formigoni (2004), conclui que uma sessão única de intervenção breve dirigida a adolescentes usuários de substâncias psicoativas era efetiva na redução do consumo de substâncias.

Corradi-Webster et al. (2005) avaliaram os benefícios do treinamento em intervenção breve junto a equipes do Programa Saúde da Família, com uso de grupo

focal, no qual foram levantados vários benefícios como: quebra de estereótipos, investigação detalhada sobre os benefícios do curso para a assistência.

Ao realizarem um relato de experiência sobre a implantação de estratégias de identificação e intervenções breves para problemas relacionados ao abuso de álcool entre bombeiros, Ronzani et al. (2005) concluíram que ela se mostra estratégia muito promissora e bem aceita por esses profissionais.

Outro estudo sobre o processo de implantação de estratégias de triagem, associadas às intervenções breves, para prevenção do uso abusivo de álcool em um município, os resultados mostraram que existem dificuldades na implantação efetiva nas atividades de rotina dos serviços, tanto em relação aos gestores (organização e gerenciamento) quanto dos profissionais (restrições e falta de motivação) envolvidos diretamente na sua execução (RONZANI et al., 2005).

Segatto et al. (2007) realizaram revisão de literatura sobre a aplicação da intervenção breve especialmente nos serviços de urgência e emergência, destacando a aplicabilidade e desafios inerentes a esses serviços.

Outra revisão de literatura descreveu as estratégias de intervenção em programas de tratamento para adolescentes, usuários de álcool e outras drogas, bem como os procedimentos de avaliação da efetividade (ALMEIDA; OLIVERIA; PINHO, 2008).

Andretta e Oliveira (2008) pesquisaram os efeitos da entrevista motivacional em adolescentes infratores e perceberam diminuição na ingestão de álcool e aumento dos períodos de abstinência e mudanças no estado motivacional.

Através de estudo que avaliou a eficácia do uso de naltrexona, com a aplicação de intervenção breve, em pacientes com dependência de álcool, concluiu-se que, embora o grupo naltrexona tenha demonstrado tendência para reduzir taxa de recaída, não foi encontrada nenhuma diferença em outras variáveis de consumo de álcool entre os grupos naltrexona e placebo (CASTRO; LARANJEIRA, 2009).

Sobre a implantação de estratégias de triagem, associadas às intervenções breves para prevenção do uso abusivo de álcool na atenção primária à saúde, Ronzani, et al (2009) realizaram um estudo junto a 113 profissionais e gestores da atenção primária. O estudo mostrou que a efetividade da implementação das estratégias de prevenção ao uso de álcool nos serviços está associada ao engajamento dos gestores no processo de implementação de tais estratégias.

2.5 Cenários e efetividade

Os cenários onde as intervenções breves podem ser aplicadas são variados: ambulatório médico, pronto-socorro, serviços de atenção à saúde mental, empresas, penitenciárias, consultórios médicos, entre outros. Contudo, a Organização Mundial de Saúde destaca os serviços de atenção primária à saúde como ambientes estratégicos para a implantação das estratégias de detecção do uso nocivo de álcool e das IBs, por serem os serviços mais próximos da população e o vínculo associado a esses serviços (BARBOR; HIGGINS-BIDDLE, 2000; 2001a, 2001b).

Barbor e Higgins-Biddle (2000) descrevem que é necessária a disseminação das estratégias de identificação do uso nocivo de álcool e a intervenção breve e sua incorporação nos sistemas de saúde pública. Além disso, os próprios profissionais de saúde devem incorporar essas medidas na rotina de suas práticas assistências e disseminá-las à população em geral.

Em relação à efetividade da técnica de intervenção breve, estudos demonstram consenso em relação às vantagens quanto ao custo-benefício, devido à simplicidade, rapidez e praticidade do método (KAHAN et al., 1995; WILK et al., 1997; AALTO; PEKURI; SEPPA, 2002; KANERA et al., 2003; BALLESTROS, 2004; BERTHOLET et al., 2005; REIFF-HEKKING et al., 2005; MUNDIT, 2006).

Uma metanálise, publicada pela Biblioteca Cochrane, em 2008, avaliou 21 ensaios clínicos publicados em diversas bases de dados, onde se concluiu que os participantes que recebem intervenção breve reduziram seu consumo de álcool comparado ao grupo controle, especialmente as pessoas do sexo masculino (KANER et al., 2008).

Dessa forma, a intervenção breve aparece como uma tecnologia assistencial extremamente simples, útil e comprovadamente eficaz para as pessoas com problemas relacionados ao uso do álcool. Aparentemente, seria natural que a abordagem sobre o uso de bebidas alcoólicas e a utilização da estratégia intervenção breve fosse amplamente utilizadas pelos profissionais de saúde em diferentes contextos, porém, não é isso o que acontece, como relatado em alguns estudos (AALTO; PEKURI; SEPPA, 2001; AALTO; PEKURI; SEPPA, 2002; AALTO; PEKURI; SEPPA, 2003; AALTO; HYVONEN; SEPPA, 2005; MCCORMICK, 2006).

Entre as dificuldades e barreiras para a abordagem do uso de álcool e implementação da intervenção breve, de acordo com os estudos supracitados, estão as dificuldades teóricas e práticas diretamente relacionadas à técnica, insegurança na sua utilização, dúvidas quanto à sua efetividade, receio de aborrecer o paciente ao abordar o uso de álcool, desconforto por parte do profissional ao abordar o assunto.

Por meio desses estudos, pode se perceber que existem certas influências da educação formal recebida (dificuldades teóricas e práticas) e das atitudes pessoais dos profissionais para que a utilização da intervenção breve seja utilizada de modo efetivo; o que, por fim, acaba interferindo na assistência aos usuários de álcool, por parte dos profissionais de saúde.

CAPÍTULO 3 – AS ATITUDES

3.1 Aspectos gerais

As atitudes exprimem o que a pessoa sente em relação a certas situações e avaliam a questão em particular com certo grau de aprovação ou desaprovação (ALLPORT, 1973). Nesse contexto, as atitudes dizem respeito aos sentimentos relacionados a determinados objetos sociais – objetos físicos, tipos de indivíduos, determinadas pessoas (geralmente personalidades), instituições sociais, políticas e outros. Coloca também que há diferenças entre interesses e valores das atitudes (NUNNALLY, 1970). De modo que as atitudes são sempre relativas a um determinado “alvo” ou objeto, diferentemente dos interesses e valores que, por sua vez, se referem a numerosas atividades.

Caracteriza-se como organização, relativamente duradoura de crenças inter-relacionadas, que descreve, avalia e defende a ação com relação a um objeto ou situação, com cada crença, possui componentes cognitivos, afetivos e comportamentais (ROKEACH, 1981).

De acordo com Katz (1960) apud Rokeach (1981), as funções da atitude abordam diferentes aspectos:

- a função instrumental, de ajustamento, ou utilitária;
- a função protetora do ego, na qual a pessoa protege a si mesma do reconhecimento das verdades básicas sobre si mesmo, ou das realidades desagradáveis do mundo externo;
- a função expressiva de valor, da qual o indivíduo deriva satisfações ao expressar atitudes apropriadas aos seus valores pessoais e ao seu autoconceito;
- a função de conhecimento, baseada na necessidade que o indivíduo tem de dar uma estrutura adequada ao universo.

Asch (1977) observa que os indivíduos agem, muitas vezes, em função de “ponto de vista”, e têm uma concepção ou perspectiva dos problemas que enfrentam, e é a esse fenômeno que ele classifica como atitude. Ainda, segundo ele, ter um ponto de vista implica algo muito significativo a respeito das pessoas e dos processos sociais, sendo que, por meio dessa função, surgem organizações e

oposições de ordem social. Um ponto de vista também significa ter orientação diante de amplas áreas de realidade social, fixar, conceitualmente, situações complexas e organizar, em torno de ideias, emoções, motivos e ações.

Em relação às atitudes, Guilford (1954) destaca que a atitude seria uma disposição pessoal, presente em todos os indivíduos, podendo variar em diferentes graus, assim, o indivíduo reage de maneira positiva ou negativa a objetos, situações, fatos, indivíduos, proposições etc.

As crenças e as atitudes humanas se fundamentam em quatro atividades do homem: pensar, sentir, comportar-se e interagir (BEM, 1973).

Uma definição de atitude se refere à tendência psicológica que é manifestada pela avaliação de uma questão particular com certo grau de aprovação ou desaprovação. A tendência psicológica fazer referência ao estado interno da pessoa e a avaliação a todas as classes de repostas, evidentes ou não, podendo estar divididas em comportamentais (as ações), cognitivas (pensamentos) e afetivas (sentimentos e emoções) (EAGLY, 1994)

Essa tendência psicológica pode ser entendida como uma espécie de viés que predispõe o indivíduo a ter respostas avaliativas positivas, ou negativas, toda vez que é exposto a determinada entidade particular (EAGLY, 1994).

A literatura menciona onze definições diferentes de atitude. Embora exista uma diversidade de enfoques, alguns elementos essenciais foram destacados, ou seja, uma organização de crenças, com carga afetiva favorável ou desfavorável, com uma intencionalidade, ou pré-disposição, para a ação, em direção a uma meta ou objeto social. As definições basearam-se em três componentes: cognitivo, afetivo e comportamental (FIGUEIREDO, 1998).

Em contrapartida, Fishbein e Ajzen (1975) defendem a tese unidimensional das atitudes, pois segundo os pesquisadores, o componente afetivo é a única característica das atitudes, definido como um sentimento pró ou contra um determinado objeto. Crenças e comportamentos associados a uma atitude não são partes integrantes da mesma, mas, sim, elementos pelas quais se pode medir a atitude, ou seja, crenças e comportamentos de pessoas ou grupos seriam os indicadores pelas quais as atitudes poderiam ser mensuradas.

Vargas (2005) coloca que existe concordância entre os estudiosos do assunto de que atitude é uma predisposição para responder a um objeto e não uma conduta

afetiva em relação ao mesmo, sendo que a atitude mantém-se de forma persistente, o que significa ser imutável.

Atitudes se desenvolvem com base na resposta avaliativa. Assim, uma pessoa não tem atitudes formadas até que responda avaliativamente a uma entidade (EAGLY, 1994). A entidade particular sobre a qual recai a resposta avaliativa (atitudes) e é chamada objeto de atitudes.

Virtualmente, qualquer coisa é passível de ser avaliada e, portanto, assumir o papel de objeto de atitudes (EAGLY, 1994). Um objeto de atitudes pode ser alguma coisa muito genérica ou pode ser parte ou construto relativamente abstrato desse mesmo objeto.

Quando se pensa em estudar dependência química ou uso de álcool e atitudes, há que se especificar qual aspecto do complexo “atitudes” relacionadas ao “uso de álcool” se quer avaliar, pois há uma variedade de objetos de atitudes referentes ao bebedor e ao uso de álcool (SILVA, 2005).

Alguns exemplos desses objetos de atitudes podem ser: (i) atitude do profissional perante sua própria confiança em tratar usuários de álcool; (ii) atitude do profissional perante a natureza da dependência química; (iii) atitude do profissional com respeito à sua própria responsabilidade de tratar o dependente; (iv) atitude dos profissionais em face ao prognóstico da dependência e (v) atitude do profissional com relação à pessoa, caráter e integridade moral do dependente (SILVA, 2005).

3.2 As atitudes de profissionais e estudantes de enfermagem em relação ao uso de álcool

3.2.1 Atitudes de profissionais de enfermagem

No Brasil, os estudos de atitudes frente aos pacientes alcoolistas foram pouco explorados nas décadas de 1970 e 1980. Somente no final da década de noventa é que começou a se publicar estudos sobre esse assunto (PILLON, 2003).

Um estudo envolvendo estudantes de enfermagem, enfermeiros de um hospital e docentes de enfermagem de uma grande universidade pública brasileira,

objetivou avaliar as atitudes desses estudantes e profissionais frente ao alcoolista. Porém, nesse estudo ficou evidente que, no Brasil, não havia instrumentos para tal, e, mediante a literatura internacional, identificaram-se escalas que avaliavam as crenças e atitudes desses grupos estudados, desenvolvidas na década de setenta, e eram de grande utilização na literatura e que, por isso, foram validadas para o idioma português (PILLON, 2003).

A demanda da população com problemas relacionados ao uso do álcool requer a preparação educacional do enfermeiro para responder às necessidades de saúde da população, as quais incentivam e/ou favorecem mudanças para a busca de novas abordagens institucionais e sociais, recolocando o enfermeiro frente às discussões de sua prática assistencial, educacional e de pesquisa (PILLON, 2003).

A prática da enfermagem, assim como os problemas relacionados ao uso do álcool dependem ou se relacionam com os aspectos sociais em constante movimento. O conhecimento da realidade social influencia seus agentes (no caso enfermeiro e usuário de substância), e é por eles influenciado, numa relação dialética. A ação do enfermeiro influencia quem faz o uso de álcool, assim como a ação desse tem sua interferência na abordagem do enfermeiro (PILLON, 2003).

Estudos sobre as atitudes dos profissionais de enfermagem, em relação ao uso de álcool, na maioria das vezes, denotam: dificuldades para trabalhar com essa questão; com divergências nas formas de abordagens de pacientes, assistência baseada no modelo biomédico com fator moralista, sentimentos de incômodo, pena e desconforto, prognóstico ruim, necessidade de melhorar as habilidades e conhecimentos teóricos e práticos na assistência ao paciente com problemas relacionados ao uso de bebidas alcoólicas.

As atividades do enfermeiro, em relação ao uso e ao usuário de álcool, é fundamental por parte dos enfermeiros, profissionais de saúde, e para a comunidade, sendo necessária a compreensão e entendimento de suas crenças, valores culturais e conceitos a respeito do próprio uso e depois os de seus próprios familiares ou de pessoas próximas que fazem uso de substâncias psicoativas (PILLON, 2003).

Na enfermagem brasileira, nos últimos anos, houve crescente número de estudos que mencionam o alcoolismo como um tema a ser estudado, embora de longa data, a assistência aos pacientes com problemas relacionados ao uso do

álcool tenha sido uma constante na prática profissional do enfermeiro (PILLON, 2003).

De longa data, também, a literatura vem retratando que os enfermeiros têm apresentado percepção pessimista quanto aos resultados do tratamento, sendo que os enfermeiros tendem a ser mais moralistas em relação aos bebedores que os demais profissionais, e os percebem mais como fracos de caráter do que como doentes (STARKEY, 1980), além de pouco os tolerarem (SCHMID; SCHMID, 1973; ROTHERAM, 1980).

Em estudos nacionais, numa investigação, sobre os conceitos, sentimentos e práxis da equipe de enfermagem de um pronto-socorro geral sobre alcoolistas, os principais sentimentos atribuídos eram o medo, a pena e a raiva, e que a assistência realizada se baseava na abordagem biologicista (CAMPOS, 2000).

Em uma investigação com profissionais da Estratégia Saúde Família, incluído enfermeiras e auxiliares ou técnicos de enfermagem, as atitudes foram positivas em relação a esses, de forma geral, embora algumas vezes estivessem associados a sentimentos como ansiedade, estresse, medo, insegurança e desconforto (BARROS, 2006).

A pesquisa também evidenciou a satisfação profissional e pessoal ao trabalhar com pacientes usuários, esse fato foi mais observado nos profissionais com curso de graduação. Ainda apresentaram maior percepção dos problemas físicos, relacionados ao uso de drogas, e um prognóstico não muito positivo quanto aos pacientes usuários. O grupo dos profissionais de saúde do PSF, sem curso de graduação, composto predominantemente por agentes comunitários de saúde, apresentou sentimentos e atitudes que demonstraram maior aceitação quanto ao uso e usuário de drogas, porém, com maiores dificuldades na abordagem a esses pacientes.

Ao investigar 196 enfermeiros de um hospital geral, Vargas e Labate (2006) mostraram resultados nos quais os enfermeiros percebiam as bebidas alcoólicas como prejudiciais, beber com moderação não era algo inofensivo e, sim, errado. Nessa investigação, ficaram evidentes as dificuldades na aceitação do beber como um direito da pessoa, mas considerando as bebidas alcoólicas como capazes de tornar pessoas saudáveis em "débeis e loucas".

Um estudo qualitativo teve por objetivo conhecer as concepções e as tendências de atitudes em dez enfermeiros de Unidades de Atenção Básica Distritais

de Saúde (UDBS) frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista. Os autores concluíram que os enfermeiros eram permissivos ao uso moderado do álcool, no entanto, rejeitavam o alcoolismo, concebendo-o como doença fatal e o associaram à vontade da pessoa, revelando a influência do conceito moral em suas concepções e atitudes (VARGAS; LUIS, 2008).

Numa tentativa de avaliar as condutas dos enfermeiros frente ao alcoolista, Vargas, Oliveira e Luis (2009) identificaram que o atendimento caracterizava-se por ser rápido e focado nos sintomas que norteavam as condutas do profissional. O tipo de assistência realizada a essa população gerava insatisfação nos mesmos, pois acreditam que maior atenção deveria ser dada a esses indivíduos nos serviços.

As atitudes em relação ao uso de álcool e outras drogas foram avaliadas em comparação com a hanseníase, obesidade, depressão, esquizofrenia, HIV/AIDS e uso de tabaco. Nessa investigação, entrevistou-se 609 profissionais da Atenção Primária à Saúde, e, entre eles, os enfermeiros (RONZANI; HIGGINS-BIDDLE; FURTADO, 2009). O uso do álcool, do tabaco, da maconha e da cocaína foram os comportamentos mais negativamente considerados. Os auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde demonstraram a sentença mais severa ao uso de álcool. Além disso, os usuários de maconha/cocaína e os alcoólatras sofreram a maior taxa de rejeição por profissionais.

Ao investigar o quanto o tema sobre o uso do álcool é investigado nas consultas, para analisar os conhecimentos e atitudes de médicos e profissionais de enfermagem, em relação ao uso de álcool, identificou-se que 78% dos pacientes internados nas enfermarias de clínica geral foram questionados em relação ao seu consumo de álcool. No entanto, a utilidade clínica das informações registradas era geralmente pobre e de precisão questionável. Porém, as atitudes em relação à avaliação do álcool foram positivas (PULFORD et al., 2007).

Evidências internacionais demonstram que existe déficit no conhecimento e nas habilidades práticas dos enfermeiros para o aconselhamento sobre as questões relacionadas ao álcool. Também descrevem que os enfermeiros admitem a necessidade de formação continuada para o atendimento às pessoas com problemas relacionados ao consumo de álcool (OWENS; GILMORE; PIRMOHAMED, 2000).

Ao estudarem as atitudes de enfermeiras de um complexo hospitalar de La Paz, Bolívia, em relação ao paciente alcoólico, Reyes e Luis (2004) verificaram que

as enfermeiras concordavam que a vida do alcoólatra era desagradável, porém, foram avaliados como os pacientes de sua preferência e declaram indiferença quanto a se sentirem cômodas com a assistência de enfermagem oferecida a esses pacientes. O estudo revelou, também, que as enfermeiras conceituam o alcoólatra como paciente grave e irrecuperável.

Happell; Carta; Pinikahana (2002) aplicaram um questionário em 134 enfermeiros sobre o conhecimento dos enfermeiros, atitudes, crenças e práticas sobre o uso das substâncias psicoativas. Os resultados mostraram atitudes positivas para o uso da substância e houve algumas diferenças de competências e conhecimentos na gestão de problemas com álcool e drogas.

As atitudes e os conhecimentos de uma equipe médica e de enfermagem de um serviço de pronto atendimento, em relação ao uso e aos usuários de substâncias psicoativas, indicaram que os resultados, de modo geral, foram satisfatórios; mas se identificou déficit no conhecimento sobre estratégias de rastreamento e intervenção, uma vez que a maioria dos participantes nunca recebeu treinamentos específicos e isso poderia implicar em assistência de má qualidade (KELLEHER; COTTER, 2009).

Em serviços de pronto atendimento, Indig et al. (2009) examinaram as crenças e atitudes dos profissionais, incluindo a equipe de enfermagem, sobre o uso de álcool. A pesquisa mostrou que não fazia parte da rotina dos profissionais atenderem pacientes com problemas relacionados ao álcool, no entanto, os profissionais relataram a necessidade de formação complementar, recursos e apoio para melhorar sua assistência aos pacientes com problemas relacionados ao álcool.

A literatura, de modo geral, dá indícios do inconsistente ou inadequado preparo educacional nessa temática, e ressalta a influência desse fator no desenvolvimento de prática inadequada, muitas vezes impregnada de preconceitos que se refletem no cuidado ao paciente. Todos os estudos depõem a favor da oferta de conhecimentos específicos em álcool na educação formal e de complementar na forma de treinamentos, considerando essa temática vital para a formação do enfermeiro (PILLON, 2003).

Uma visão negativa ou estereotipada consolidada, talvez pela deficiência no currículo, é um dos fatores que pode estar contribuindo ou dificultando a identificação e, conseqüentemente, a intervenção dos enfermeiros. Uma educação formal adequada deveria incluir conteúdos abordando a problemática do uso de

álcool e drogas e suas consequências, visando identificar e intervir minimamente ou mesmo realizar encaminhamento adequado (PILLON, 2003).

Frente ao exposto, é notável que existam grandes fragilidades na assistência às pessoas com problemas relacionados ao uso do álcool, e, embora as atitudes dos profissionais de enfermagem se mostrem positivas em poucos estudos mais recentes, um dos maiores desafios nesse contexto está no preparo e na formação educacional dos enfermeiros para trabalharem junto a esses pacientes.

3.2.2 Atitudes de estudantes de enfermagem

Um dos estudos mais antigos é o de Gil-Merlos (1985) que se interessou em avaliar a aceitação e rejeição do paciente alcoolista entre alunos de graduação em enfermagem. Para tanto, investigou, no decorrer de dois anos, 60 estudantes, utilizando-se dos fundamentos do sociodrama. No decorrer das atividades de ensino de enfermagem, em enfermagem psiquiátrica, o pesquisador solicitava que o aluno escolhesse os pacientes de seu interesse. Posteriormente, nos grupos, a escolha era discutida e justificada.

Nesse processo, o alcoolismo apareceu como uma das doenças mais rejeitadas pelas atitudes negativas em relação ao paciente. Também ficou evidente o pouco conhecimento sobre o alcoolismo e o dependente.

Nessa investigação, ficaram evidenciadas algumas das principais dificuldades do enfermeiro em aceitar o paciente e oferecer-lhes cuidados. Os motivos alegados para a não aceitação dizem respeito a sentimentos como insegurança, angústia, incapacidade e o desgaste emocional durante a relação de ajuda, ou também à presença de ideias preconceituosas não superadas. O referido autor conclui que os alunos aceitavam o conceito de alcoolismo como doença, mas, na prática, persistiam com atitudes negativas e julgamentos de valores, que o ensino não havia conseguido eliminar. A título de proposta para a melhora no atendimento a esses pacientes, sugere uma revisão nos programas de ensino de enfermagem por parte dos professores responsáveis.

Esse estudo tem o mérito de revelar que, enquanto os motivos de aceitação ou rejeição não forem identificados, o cuidado de enfermagem aos pacientes

alcoolistas tornam-se limitados, uma vez que tais pessoas estão sendo “deixadas de lado”. Além disso, alerta para o fato da necessidade de se investigar as razões disso, ressaltando o papel dos órgãos formadores como agentes de mudança.

Enrique Flores e Luis (2004) realizaram pesquisa com estudantes de enfermagem da Universidade Maior de San Andrés, e concluíram que as atitudes relacionadas às drogas demonstram a aprovação do uso das folhas de coca, álcool, tranquilizantes e desaprovam o uso da cocaína. O uso pessoal de drogas, nos últimos 12 meses, corresponde às folhas de coca diariamente, ao álcool, menos que uma vez por semana, e tabaco diariamente.

Em estudo nacional, realizado na Região Sul, foi identificado que os alunos compreendem que o conhecimento sobre o fenômeno das drogas, incluindo o álcool, é fundamental para o exercício da profissão e incorporam o cuidado às pessoas envolvidas com substâncias psicoativas ao papel do enfermeiro, mas, também, demonstrou desarticulação entre a teoria e a prática, conteúdos centrados nos modelos médico e moral, e dificuldades na comunicação interpessoal (CARRARO; RASSOOL; LUÍS, 2005).

Outro levantamento da mesma natureza, realizado no Rio de Janeiro, identificou a existência de fragilidade nos conhecimentos teóricos específicos (álcool e drogas), obtidos pelos estudantes, bem como a manutenção de atitudes e crenças não tão positivas em relação ao usuário, o que pode interferir na futura atenção de enfermagem (LOPES; LUÍS, 2005).

Mendonza e Pillon (2005) estudaram uma amostra de 159 estudantes do último semestre de um curso de enfermagem, da Colômbia, para conhecer as crenças, atitudes e conhecimentos sobre o álcool e outras drogas. As autoras concluíram que esses estudantes possuem preparo teórico sobre álcool e drogas, possuem atitudes positivas, mas apresentam dificuldades na prática para atuar frente a essa problemática.

Uma pesquisa realizada com estudantes de enfermagem de um curso de pós-graduação brasileiro, demonstrou que é escassa a educação formal desses profissionais sobre a assistência ao uso de álcool e outras drogas, incluindo competências e habilidades, porém, demonstraram atitudes positivas sobre tratamentos de intervenção (RASSOL et al., 2006).

Lemos et al. (2007) avaliaram as crenças sobre o álcool de 181 estudantes de enfermagem, em 16 faculdades particulares. Os resultados demonstraram que a

maioria dos estudantes acredita ter conhecimento e formação adequada sobre drogas, entretanto, ficaram evidentes divergências em relação à forma de abordagem do paciente, revelando atitude de assumir a responsabilidade de intervir com o usuário, apesar de considerarem o encaminhamento para assistência a melhor forma de intervenção, reforçando o distanciamento entre o saber e o fazer.

Pode se perceber que as atitudes de estudantes de enfermagem em relação ao paciente e a assistência frente aos problemas relacionados uso ao álcool não diferem das atitudes dos profissionais já formados. Sendo, assim, é imprescindível uma maior reflexão sobre essas atitudes e sua influência na educação formal.

3.3 A relação entre atitudes e educação

De acordo com a Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), a educação deve transmitir, de fato, de forma maciça e eficaz, cada vez mais saberes e saber-fazer evolutivos. Simultaneamente, compete-lhe encontrar e assinalar as referências que impeçam as pessoas de ficarem submergidas nas ondas de informações, mais ou menos efêmeras. Não basta, de fato, que cada um acumule, no começo da vida, um determinado conhecimento do qual possa abastecer-se indefinidamente. É, antes, necessário estar à altura para aproveitar e explorar, do começo ao fim da vida, todas as ocasiões de atualizar, aprofundar e enriquecer esses primeiros conhecimentos, e de se adaptar a um mundo em mudança (DELORS et al, 1996).

Além disso, a necessidade de o ensino contribuir para a formação da capacidade de discernimento e do sentido das responsabilidades individuais se impõe cada vez mais nas sociedades modernas. Ajudar a transformar a interdependência real, em solidariedade desejada, corresponde a uma das tarefas essenciais da educação. Deve, para isso, preparar cada indivíduo para compreender a si mesmo e ao outro, através de melhor conhecimento do mundo (DELORS et al, 1996).

Para que se possa compreender a crescente complexidade dos fenômenos mundiais, e dominar o sentimento de incerteza que suscita, é necessário, antes,

adquirir um conjunto de conhecimentos e, em seguida, aprender a relativizar os fatos e a revelar sentido crítico perante o fluxo de informações. Facilitar a compreensão verdadeira dos acontecimentos, para lá da visão simplificadora, ou deformada, transmitida, muitas vezes, pelos meios de comunicação social, e o ideal seria que ajudasse cada um a se tornar cidadão deste mundo turbulento e em mudança, que nasce cada dia perante nossos olhos. A compreensão deste mundo passa, evidentemente, pela compreensão das relações que ligam o ser humano ao seu meio ambiente (DELORS et al, 1996).

Nessa perspectiva, a educação deve organizar-se em torno de quatro pilares de conhecimento (DELORS et al, 1996):

1 – Aprender a conhecer: visa tanto a aquisição de conhecimentos como domínio dos instrumentos desse conhecimento. Incute a compreensão do mundo e o prazer pela busca desse conhecimento.

2 – Aprender a fazer: mais diretamente ligado à questão da formação profissional, desenvolvendo as competências pessoais.

3 – Aprender a viver junto: uma educação que seja capaz de motivar uma cultura de paz e desenvolver projetos comuns, através do conhecimento do outro.

4 – Aprender a ser: elaborar pensamentos autônomos e críticos e para formular os seus próprios juízos de valor, de modo a poder decidir, por si mesmo, como agir nas diferentes circunstâncias da vida.

A aprendizagem dos conteúdos educacionais se divide em quatro tipos: conteúdos factuais, de conceitos e princípios, conteúdos procedimentais e conteúdos atitudinais (ZABALA, 1998).

Especificamente, quanto ao termo de aprendizagem de conteúdos atitudinais, esse termo engloba uma série de conteúdos que, por sua vez, podem se agrupar em valores, atitudes e normas. Aprende-se uma atitude quando a pessoa pensa, sente e atua de forma mais ou menos constante frente ao objeto concreto a quem dirige essa atitude. Essas atitudes, no entanto, variam desde disposições basicamente intuitivas, com certo grau de automatismo e escassa reflexão das razões que as justificam, até atitudes fortemente reflexivas, fruto de clara consciência dos valores que as regem (ZABALA, 1998).

Ainda, em termos gerais, a aprendizagem dos conteúdos atitudinais supõe conhecimento e reflexão sobre os possíveis modelos, uma análise e uma avaliação de normas, apropriação e elaboração do conteúdo, implicando a análise de fatores

positivos e negativos, tomada de posição, envolvimento afetivo e uma revisão e avaliação da própria atuação (ZABALA, 1998).

Especificamente sobre o estudante de enfermagem, vale destacar que as competências a serem adquiridas não são apenas técnicas, pelo contrário. Deve haver o desenvolvimento de competências éticas, políticas, técnicas, que habilitem o profissional de enfermagem a se tornar, na prática, o agente de transformação social, o ser crítico/reflexivo, que utilize a ferramenta da ação-reflexão, que aprenda a conhecer, a fazer, a ser e a viver coletivamente, pois, acredita-se serem essas competências fundamentais a todo ser humano livre e autônomo (FAUSTINO; EGRY, 2002).

O aluno requer a predominância da formação sobre a informação, em que o ensino é direcionado para o desenvolvimento da capacidade de aprender a aprender; de articular conhecimentos, de desenvolver habilidades e atitudes; de saber buscar informações para resolução de problemas e de enfrentamento de situações de imprevisibilidade; de mobilizar a sua inteligência para fazer face aos desafios do trabalho; de apreender a realidade social e de reconhecer as lacunas do seu conhecimento (FERNANDES et al., 2005).

Para tanto, tornam-se necessárias estratégias que levem em conta a realidade concreta e a necessidade de se trabalhar, além das questões técnicas, as emoções e as relações interpessoais. Deve-se buscar metodologias que procurem desenvolver valores e atitudes no processo ensino/aprendizagem, considerando que a prestação do cuidado é realizada por sujeitos portadores de valores, culturas e ideologias que permeiam a prática sanitária desses agentes (FERNANDES et al., 2005).

Acredita-se que a utilização desses referenciais teórico-pedagógicos, em especial os pilares da educação contemporânea e a construção de competências, como categorias de análise da formação da enfermeira, contribuirá para a conformação de um referencial pedagógico necessário à formação da enfermeiro, enquanto profissional crítico-reflexivo, transformador da realidade social e agente de mudanças (FERNANDES et al., 2005).

O conhecimento, direto ou indireto, é uma base necessária das atitudes, no entanto, o significado desse fato é muitas vezes subestimado. As atitudes são dirigidas a pessoas, objetos e grupos, e, portanto, as relações estabelecidas devem, necessariamente, depender das informações e crenças a respeito de suas

características e processos. Assim, uma determinada atitude não pode surgir se não existir o objeto apropriado no meio natural ou social (ASCH, 1997).

Segundo o autor acima, não pode haver, portanto, uma teoria de atitudes ou de ação social que não se fundamente num exame de sua base cognitiva. Dessa forma, a disponibilidade de dados é, de maneira fundamental, uma função das condições sociológicas. Não somente o nível de desenvolvimento histórico controla o conteúdo do conhecimento, mas, também, as relações sociais existentes decidem que dados serão acessíveis e que ênfase receberão.

Até mesmo os sentimentos que compõem as atitudes (entendidos como necessidades psicológicas permanentes, e que exercem força orientadora em inúmeras atividades e, mantêm grande variedade de objetivos) têm um conteúdo cognitivo acentuado, formando-se ao redor de objetos ricos e multilaterais, tais como o eu, as outras pessoas, os grupos ou os ideais. Embora incluam mais do que a organização cognitiva das experiências, pois contêm poderosos componentes emocionais e motivadores (ASCH, 1997).

Tem sido amplamente aceito que atitudes positivas valorizam o processo de aprendizagem, pois refletem o estado interno do indivíduo e afetam sua escolha, ação ou comportamento frente a um objeto. Dessa forma, o conhecimento das atitudes é de grande importância na determinação do aprendizado das pessoas (SANTOS, 2001).

Sabe-se que o aprendizado pode sofrer influência de atitudes, embora essas também provoquem o aprendizado (GAGNE; BRIGGS, 1979, apud SANTOS, 2001).

Em outras palavras, as atitudes estimulam os indivíduos na escolha de ações e determinam o estado mental da motivação para aprender. Portanto, elas são estabelecidas pela experiência das pessoas sobre algo. Essa experiência pode, em geral, ter uma resposta positiva ou negativa para uma determinada situação e influenciar a motivação pessoal para adquirir novas habilidades. Uma atitude favorável, geralmente, eleva a motivação para estudar e para reter informações em uma dada situação. De modo oposto, uma atitude negativa pode bloquear o aprendizado e a retenção de novas informações (SANTOS, 2001).

Logo, qualquer que seja a atitude, ela pode influenciar no desenvolvimento de comportamento que exige respostas a determinadas situações. Nesse sentido, observa-se que há forte relação entre atitudes e aprendizagem de novas habilidades (SCHWIRIAN et al., 1989, apud SANTOS, 2001).

Nessa perspectiva é possível vislumbrar que, embora os estudantes de enfermagem possam apresentar atitudes negativas em relação aos pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e a assistência prestada, as mesmas podem ser modificadas a partir da aquisição e reflexão de novos conhecimentos e habilidades.

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Avaliar o efeito de um curso de intervenção breve sobre o uso de álcool, as atitudes e os níveis de conhecimentos dos estudantes de enfermagem quanto ao uso, uso nocivo e dependência de álcool.

3.2 Específicos

- Descrever características sociodemográficas, aspectos do beber, o padrão do consumo de álcool, o nível de conhecimento e as atitudes dos estudantes que receberam o curso de intervenção breve, grupo experimental, e dos estudantes do grupo comparado que não receberam o referido curso.

- Avaliar as possíveis relações entre as características sociodemográficas, os aspectos do beber, o padrão do consumo de álcool, o nível de conhecimento e as atitudes do grupo experimental e do grupo comparado antes e após o referido curso.

Hipótesis

4 HIPÓTESES

H0 = Não haverá mudanças nas atitudes dos estudantes do grupo experimental após receberem o curso de intervenção breve.

H1 = Haverá mudanças nas atitudes dos estudantes do grupo experimental após receberem o curso de intervenção breve.

H0 - Não haverá mudanças nas atitudes dos estudantes do grupo controle após curso de intervenção breve.

H1 - Haverá mudanças nas atitudes dos estudantes do grupo controle após curso de intervenção breve.

Material e Método

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Delineamento

Trata-se de estudo da abordagem quantitativa, analítico, experimental, de coorte prospectiva.

4.2 Local

O estudo foi realizado no Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais.

4.3 População

O curso de bacharelado em Enfermagem conta com 360 alunos de graduação, matriculados no ano 2010.

4.4 Critério de inclusão

O critério de inclusão para a participação do estudo foi o estudante estar matriculado no curso de graduação em Enfermagem (bacharelado) e aceitar participar voluntariamente do estudo.

4.5 Critério de Exclusão

O critério de exclusão foi o estudante não aceitar participar do estudo.

4.6 Amostra

A amostra foi constituída por 120 (33,3%) alunos do Curso de Graduação em Enfermagem do 1° ao 4° ano. A figura a seguir representa esquematicamente o processo de amostragem.

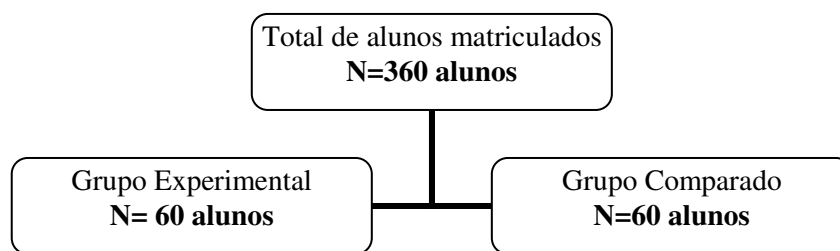


Figura 2: Distribuição dos alunos do Curso de Enfermagem nos Grupos Experimental e Comparado.

4.7 Procedimentos para coleta de dados

Primeiramente, uma autorização formal foi solicitada ao coordenador do Curso de Enfermagem e diretor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia para a realização da pesquisa.

Após essa etapa, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia; aprovado em 5 de junho de 2009, Protocolo 215/09 do CEP/UFU 051/09 (Anexo).

A seguir foi realizada uma divulgação junto a todos os alunos do curso a respeito do projeto de pesquisa. Após, foi feita uma reunião com os alunos

inicialmente interessados em participar do estudo, para esclarecimentos dos objetivos e detalhamento do mesmo.

Salientou-se que a liberdade de participar ou não da pesquisa não iria interferir na vida acadêmica, esclarecendo-se que o referido curso sobre intervenção breve não teria caráter avaliativo de desempenho, não constaria do registro histórico escolar ou resultaria em prejuízos acadêmicos.

Os estudantes que concordaram em participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido – (TCLE) (Apêndice A). Os TCLEs foram guardados em envelopes devidamente identificados e separados dos questionários que foram respondidos, garantindo assim o anonimato dos entrevistados.

Um total de 120 alunos aceitou participar do estudo. A amostra foi então dividida em dois grupos de 60 alunos por meio de um sorteio.

Inicialmente foi avaliado o perfil sociodemográfico, os aspectos relacionados ao beber, o padrão de consumo do álcool, conhecimentos e atitudes referentes ao uso nocivo de álcool de todos os estudantes participantes do estudo.

Posteriormente, um grupo recebeu o curso de extensão universitária sobre intervenção breve (a qual foi denominado grupo experimental) e outro grupo não recebeu o curso sobre intervenção breve (a qual foi denominado grupo comparado).

A segunda medida ocorreu um mês após o término do curso, período em que foram mensurados novamente as atitudes, o padrão de consumo do álcool e o nível de conhecimentos dos estudantes de ambos os grupos, a fim de avaliar as possíveis mudanças, após o curso de intervenção breve.

Os dados foram coletados de outubro de março a maio de 2010.

Para garantir que o grupo controle não tivesse prejuízos quanto ao aporte de conhecimento teórico-prático sobre a intervenção breve, o que indiretamente beneficiaria o grupo experimental, a pesquisadora se comprometeu a realizar o curso com os interessados após o término da pesquisa.

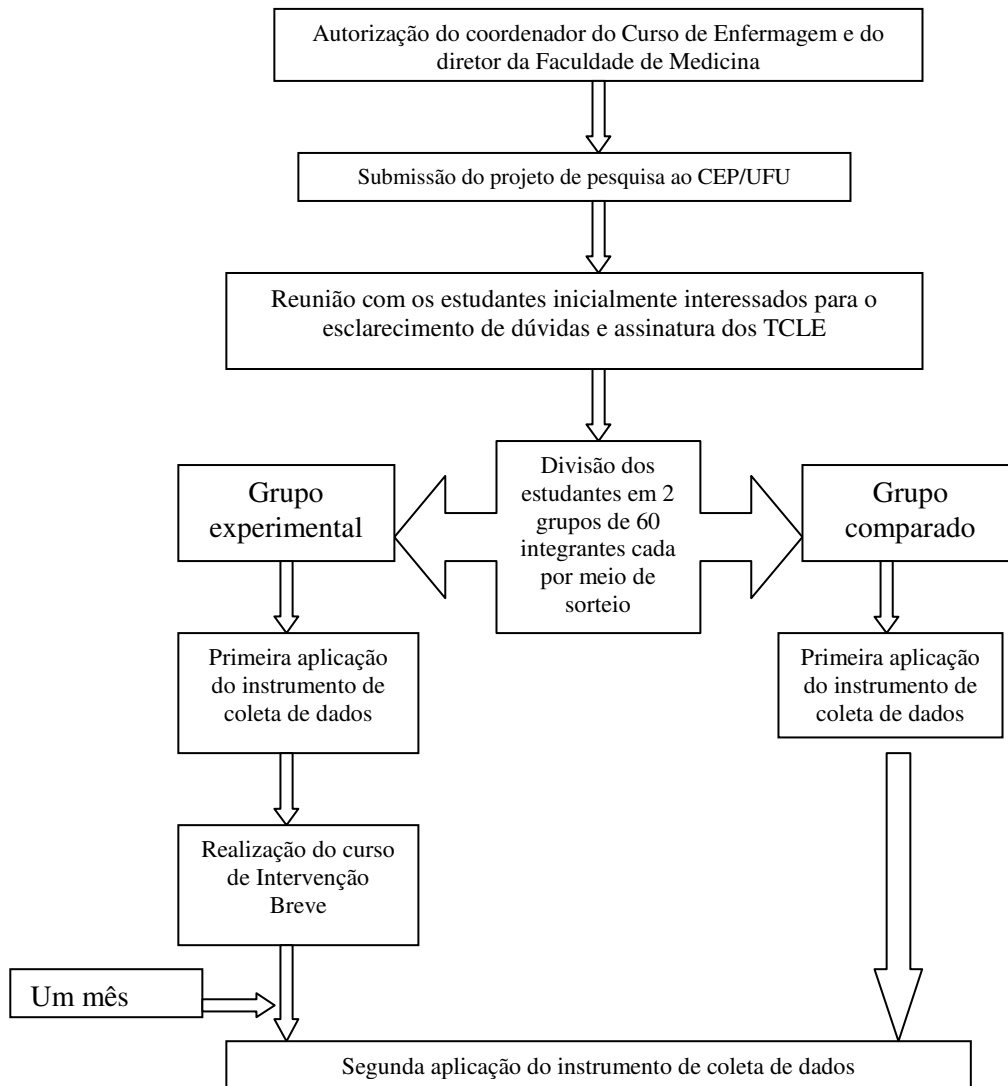


Figura 3: Fluxograma do procedimento de coleta de dados

4.8 Sobre o curso em intervenção breve

O curso foi elaborado com carga horária de 16 horas, distribuídas no período de um mês, sendo 12 horas teóricas e 4 horas práticas, planejado de acordo com as normas de um curso de extensão universitária. O referencial teórico-prático utilizado foi o manual elaborado por Barbor e Higgins-Biddle (2001a) e preconizado pela Organização Mundial da Saúde, intitulado “Intervenção breve para o consumo de risco e prejudicial de álcool: um manual para a Atenção Primária”.

O conteúdo programático ministrado baseou-se nos seguintes tópicos:

- a) o uso de álcool na sociedade - conceituação básica e breve retrospectiva dos aspectos sociais, epidemiológicos e clínicos;
- b) classificação dos níveis de consumo de álcool - uso, uso nocivo e dependência;
- c) estratégia de identificação do uso nocivo e provável dependência do álcool (AUDIT);
- d) condutas básicas de atendimento ao paciente com problemas relacionados ao uso abusivo e dependente de álcool: educação em saúde sobre o uso de álcool, aconselhamento, intervenção breve, encaminhamento para especialistas e acompanhamento.

4.9 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados constitui-se de um questionário estruturado, autoaplicável, dividido em (Apêndice B):

- a) informações sociodemográficas, comportamentos e aspectos relacionados ao beber;
- b) o teste de identificação do uso de álcool (AUDIT), instrumento preconizado pela Organização Mundial de Saúde para esse fim. Trata-se de instrumento de fácil aplicação e validação transcultural, utilizado em diferentes serviços (BARBOR et al., 2001b).

O AUDIT apresenta quatro zonas de classificação, mostradas a seguir.

Zona I: (até 7 pontos) considerado consumo de baixo risco do álcool ou abstinências.

Zona II: (de 8 a 15 pontos) considerado uso de risco de álcool.

Zona III: (de 16 a 19 pontos) considerado uso nocivo de álcool.

Zona IV: (acima de 20 pontos) provável dependência alcoólica.

- c) Os conhecimentos dos estudantes o consumo de álcool e a assistência foram avaliados por meio de um questionário estruturado composto por dez questões, baseadas no estudo de Pillon (2003), e o conteúdo programático do curso proposto sobre intervenção breve, sendo que seus valores variavam de 1 ponto para nenhum conhecimento, e 3 pontos para muitos conhecimentos.

d) “The Seaman & Mannello Nurse’s Attitudes Toward Alcohol and Alcoholism Scale”. Uma escala composta por 30 itens que avalia as atitudes em relação ao alcoolismo, dividida entre 5 subescalas, traduzida e validada por Pillon (2003), usada numa amostra de 319 enfermeiros e testada por Barros (2006) em profissionais de saúde na assistência primária.

As subescalas estão composta por cinco grupos, indicados abaixo.

Escores de Q. Disponibilidade de tratamento para os casos: terapia x punição - valores baixos indicam que os profissionais de saúde provavelmente percebem os alcoolistas como doentes e que o tratamento por terapia deve ser oferecido. Valores altos indicam que os profissionais de saúde percebem que o alcoolista tem boa saúde física e deveria ser punido pelo seu uso de álcool.

Escores de R. Satisfação pessoal/profissional para trabalhar com dependente de álcool - valores baixos indicam que os profissionais de saúde percebem que trabalhar com alcoolistas é compensador. Eles desejam tê-los como pacientes e se sentem confortáveis nessa atuação profissional. Valores altos indicam sentimentos de desconforto e confusão para tratá-los. Os profissionais com esses escores questionam suas habilidades para cuidar com êxito desses pacientes.

Escores de S. Inclinação x identificação - habilidade para ajudar os alcoolistas - valores baixos indicam que os profissionais de saúde percebem os alcoolistas como cidadãos respeitáveis, que podem ser ajudados para ter uma vida normal. Os profissionais de saúde percebem que os alcoolistas querem ser curados e, como profissionais, podem ajudá-los a atingir esse objetivo. Valores altos indicam que os profissionais de saúde acreditam que se o próprio paciente não tentar se ajudar, o profissional não poderá fazê-lo.

Escores de T. Percepção das características pessoais do alcoolista - valores baixos indicam que os profissionais percebem que os alcoolistas são pessoas basicamente infelizes, solitárias e sensíveis, duvidam de si próprio e têm graves dificuldades emocionais. Valores altos indicam que os profissionais de saúde percebem os alcoolistas como pessoas que simplesmente bebem excessivamente e que não têm problemas psicológicos.

Escores de U. Atitudes pessoais em relação ao uso de álcool - valores baixos indicam que os profissionais percebem que o uso do álcool em si, não é ruim. O uso moderado do álcool pode ser benéfico. Valores altos indicam que os profissionais

percebem que o perigo está no álcool e não na pessoa que o consome e em qualquer quantidade é prejudicial, ou, ao menos, moralmente errado.

Para padronizar a forma de respostas utilizadas nas escalas foi estabelecido o estilo *likert-scale*, com respostas variando de 1-“Discordo Muito” a 5-“Concordo Muito”.

4.10 Análise de dados

Para a análise dos dados, um banco de dados foi elaborado no programa *Statistical Program of Social Science - SPSS – version 18 for Windows*.

A análise descritiva dos dados está apresentada em números, porcentagens, valores mínimos e máximos, médias e desvio padrão.

O nível de significância (valor de p) foi estabelecido em 0,05 para todas as variáveis.

Para a análise bivariada dos dados, foram utilizados os seguintes testes estatísticos não-paramétricos (SIEGEL, 1975):

- Teste de Wilcoxon - para comparar variáveis de duas amostras dependentes, obtidas através do esquema de pareamento;
- Teste U de Mann–Whitney- para comparar variáveis de duas amostras independentes, obtidas através do esquema de pareamento.
- Coeficiente de correlação por postos de Spearman - para avaliar a correlação entre as variáveis de duas amostras dependentes.

4.11 Aspectos éticos

A pesquisa foi realizada considerando os preceitos éticos envolvendo seres humanos como não maleficência, benevolência, justiça e autonomia; seguindo os preceitos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL,1996).

Resultados

6 RESULTADOS

6.1 Perfil da amostra

A amostra foi composta por 120 alunos, divididos em dois grupos; o experimental com 60 alunos que receberam o curso de intervenção breve, e o comparado, com 60 alunos, que não receberam o curso.

Os resultados estão apresentados de acordo com a sequência mostrada abaixo.

Parte I - Informações sociodemográficas, comportamentos e aspectos relacionados ao beber.

Parte II - Avaliação do padrão de consumo de bebidas alcoólicas.

Parte III - Avaliação dos níveis de conhecimento sobre o consumo de álcool e a assistência.

Parte IV - Avaliação da escala de atitudes relacionadas ao uso e usuário de álcool.

6.3 Análise descritiva

6.3.1. Parte I: Informações sociodemográficas, comportamentos e aspectos relacionados ao beber

Tabela 1 – Distribuição dos estudantes de enfermagem de ambos os grupos segundo a média de idade (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Média de Idade	Desvios Padrão	Valores Mínimos	Valores Máximos
Grupo Experimental	21,8	4,4	17	37 anos
Grupo Comparado	19,6	3,0	17	32 anos
Total de alunos	20,7	3,1	17	37 anos

A Tabela 1 apresenta que, do total de alunos, a média de idade foi de 20,7±3,1 anos, dos alunos do grupo experimental 21,8±4,4 anos e dos alunos do grupo comparado foi de 19,6±3 anos.

Tabela 2 - Distribuição dos estudantes de enfermagem de ambos os grupos segundo as informações sociodemográficas (N=120) Uberlândia, MG, 2010

	Grupo experimental		Grupo comparado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Feminino	53	83,3	47	78,3	100	83,3
Masculino	7	11,7	13	21,7	20	16,6
Estado civil						
Casados	08	13,3	02	3,3	10	8,3
Solteiros	50	83,3	58	96,6	108	90,0
União consensual	01	1,6	00	0,00	01	0,8
Outros	01	1,6	00	0,00	01	0,8
Religião						
Católica	33	55,0	32	53,3	65	54,1
Evangélica	18	30,0	15	25,0	33	27,5
Espírita	06	10,0	08	13,3	14	11,6
Ateu	01	1,6	00	0,0	01	0,8
Outras	02	3,3	05	8,3	07	5,8
Procedência						
Uberlândia	24	40,	20	33,3	44	36,6
Outras cidades do estado de MG	22	36,6	35	58,3	57	47,5
Outros Estados	14	23,3	05	8,3	19	15,8
Companheiros de moradia						
Pais	31	51,6	29	48,3	60	50,0
Parentes	11	18,3	18	30,0	29	24,1
Amigos	15	25,0	11	18,3	26	21,6
Sozinho	03	5,0	02	3,3	05	4,1

A Tabela 2 mostra que os estudantes de ambos os grupos pertencem ao sexo feminino, eram solteiros e católicos. Os alunos do grupo experimental (40%) eram provenientes do município de Uberlândia e 35 (58,3%) do grupo comparado eram de outras cidades do Estado de Minas Gerais. Sendo que, 31 (51,6%) do grupo experimental e 29 (48,3%) do grupo comparado, residiam com os pais.

Tabela 3 - Estudantes de enfermagem segundo o trabalho (N=120) Uberlândia, MG, 2010

	Grupo Experimental		Grupo Comparado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	05	8,3	03	5,0	08	6,6
Não	55	91,6	57	95,0	112	93,3
Total	60	100,0	60	100,0	120	100,0

A Tabela 3 demonstra que os estudantes de ambos os grupos não trabalhavam (91,6 e 95%, respectivamente).

Tabela 4 – Estudantes de enfermagem segundo possuir outro curso de graduação ou curso técnico (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Grupo Experimental		Grupo Comparado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não possui curso técnico ou graduação	49	81,6	49	81,6	98	81,6
Somente outra Graduação	06	10,0	02	3,3	08	6,6
Somente curso Técnico ou Auxiliar de Enfermagem	04	6,6	07	11,6	11	9,1
Outros cursos técnicos	01	1,6	02	3,3	03	2,5
Total	60	100,0	60	100,0	120	100,0

A Tabela 4 indica que 49 (81,6%) dos alunos de ambos os grupos não possuíam outros cursos técnicos ou de graduação.

Tabela 5 – Estudantes de enfermagem segundo a frequência na participação de festas, (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Grupo Experimental		Grupo Comparado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nunca	06	10,0	09	15,0	15	12,5
Uma vez por mês ou menos	38	63,3	22	36,6	60	50,0
De duas a três vezes p/ mês	12	20,0	18	30,0	30	25,0
Uma vez por semana	04	6,6	10	16,6	14	11,6
Não respondeu	00	0,0	01	1,6	01	0,8
Total	60	100,0	60	100,0	120	100,0

A Tabela 5 apresenta que os estudantes, 38 (63,3%) do grupo experimental e 22 (36,6%) do grupo comparado, frequentavam festas uma vez por mês ou menos.

Tabela 6 - Estudantes de enfermagem segundo dormirem em sala de aula após terem frequentado festas (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Grupo Experimental		Grupo Comparado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	07	11,6	08	13,3	15	12,5
Não	53	88,3	50	83,3	103	85,8
Não responderam	00	0,0	02	3,3	02	1,6
Total	60	100,0	60	100,0	120	100,0

A Tabela 6 mostra que os estudantes, 53 (88,3%) do grupo experimental e 50 (83,3%) do grupo comparado, responderam que não dormiam em sala de aula após ter frequentado uma festa na noite anterior.

Tabela 7 - Estudantes de enfermagem segundo chegarem atrasados à aula, após terem ido a uma festa, (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Grupo Experimental		Grupo Comparado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	08	13,3	04	6,6	12	10,0
Não	52	86,6	54	90,0	106	88,3
Não responderam	-	-	02	3,3	02	1,6
Total	60	100,0	60	100,0	120	100,0

A Tabela 7 mostra que os estudantes, 52 (86,6%) do grupo comparado e 106 (90%) do grupo experimental, referiram que não chegavam atrasados à sala de aula após frequentarem festas na noite anterior.

Tabela 8 - Estudantes de enfermagem segundo possuir alguém na família com problemas relacionados ao uso do álcool e/ou drogas, (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Grupo Experimental		Grupo Comparado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Álcool	26	43,3	21	35,0	47	39,1
Drogas	08	13,3	01	1,6	09	7,5
Álcool e drogas	01	1,6	-	-	01	0,8
Não	25	41,6	38	63,3	63	52,5
Total	60	100,0	60	100,0	120	100,0

A Tabela 8 mostra que, dos estudantes, 26 (43,3%) do grupo experimental, possuíam alguém na família com problemas decorrentes do uso de álcool, e 38 (63,3%) do grupo comparado não possuíam ninguém.

6.3.2 Parte II: Informações sobre o padrão do consumo de bebidas alcoólicas.

Tabela 9 - Estudantes de enfermagem segundo a classificação do AUDIT, antes e após o curso de intervenção breve, (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Grupo Experimental				Grupo Comparado			
	Antes		Após		Antes		Após	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Zona I – Abstemios ou de Baixo Risco.	56	93,3	51	85,0	49	81,6	54	90,0
Zona II – Uso de Risco	06	10,0	07	11,6	08	13,3	05	8,3
Zona III – Uso Nocivo	01	1,6	01	1,6	03	05,0	01	1,6
Zona IV – Provável dependência	01	1,6	01	1,6	-	-	-	-

A Tabela 9 indica que houve mudanças no número de alunos de 56 (93,3%) para 51 (85%) entre os que consumiam em níveis de baixo risco de álcool ou eram abstêmios (Zona I), no grupo experimental, e de 49 (81,6%) para 54 (90%) no grupo comparado.

Tabela 10 - Estudantes de enfermagem segundo a classificação do AUDIT, em relação à melhora ou piora antes e após o curso de intervenção breve, (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Igual		Melhor		Pior		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Grupo Experimental	57	47,5	01	0,8	02	1,6	60	50,0
Grupo Comparado	51	42,5	08	6,6	01	0,8	60	50,0
Total	108	90,0	09	7,5	03	2,5	120	100,0

A Tabela 10 mostra que no grupo comparado houve melhora do consumo, de acordo com a classificação do AUDIT, para 8 estudantes.

6.3.3 Parte III: Informações sobre os níveis de conhecimentos sobre o uso de álcool e a assistência realizada.

Tabela 11 - Estudantes de enfermagem do grupo experimental segundo os níveis de conhecimentos sobre o consumo de álcool e a assistência, obtidos antes e após o curso de intervenção breve, (N=120), Uberlândia, MG, 2010

		Antes do curso		Após o curso	
		N	%	N	%
1. Aspectos epidemiológicos e sociais	Nenhuma informação	1	1,7	1	1,7
	Poucas Informações	46	76,7	18	30
	Muitas informações	12	21,7	41	68,3
2. Identificação dos sinais e sintomas	Nenhuma informação	2	3,3	-	-
	Poucas Informações	37	61,7	11	18,3
	Muitas informações	21	35	49	81,7
3. Rastreamento do padrão de consumo de álcool.	Nenhuma informação	22	36,7	1	1,7
	Poucas Informações	32	53,3	24	40
	Muitas informações	6	10	35	58,3
4 Educação em saúde sobre o uso responsável de álcool.	Nenhuma informação	10	16,7	-	-
	Poucas Informações	37	61,7	14	23,3
	Muitas informações	13	21,7	46	76,7
5. Como atuar profissionalmente, no tratamento para os problemas relacionados ao abuso e dependência de álcool.	Nenhuma informação	21	35	1	1,7
	Poucas Informações	35	58,3	17	28,3
	Muitas informações	04	6,7	42	70
6. Formas de aconselhamento para parar de usar álcool.	Nenhuma informação	18	30	1	1,7
	Poucas Informações	36	60	22	36,7
	Muitas informações	6	10	37	61,7
7. Motivação do paciente para tratamento da dependência de álcool.	Nenhuma informação	17	28,3	1	1,7
	Poucas Informações	36	60	22	36,7
	Muitas informações	7	11,7	37	61,7
8. Técnicas sobre intervenção na abordagem de álcool.	Nenhuma informação	30	50	1	1,7
	Poucas Informações	26	43,3	15	25
	Muitas informações	4	6,7	44	73,3
9. Barreiras no diagnóstico e tratamento	Nenhuma informação	22	36,7	-	-
	Poucas Informações	34	56,7	23	38,3
	Muitas informações	4	6,7	37	61,7
10. Desenvolvimento de um protocolo de assistência aos problemas relacionados ao abuso e dependência de álcool	Nenhuma informação	39	65	3	5
	Poucas Informações	20	33,3	29	48,3
	Muitas informações	1	1,7	28	46,7

A Tabela 11 indica que os alunos do grupo experimental receberam poucas, ou nenhuma, informações a respeito do uso do álcool e a assistência em todas as variáveis relacionadas ao conhecimento sobre o tema, adquirido antes da aplicação do curso.

Tabela 12 - Estudantes de enfermagem do grupo comparado segundo nível de conhecimento sobre o consumo de álcool e a assistência, antes e após o curso de intervenção breve, (N=120) Uberlândia, MG, 2010

		Antes do curso		Após o curso	
		N	%	N	%
1. Aspectos epidemiológicos e sociais	Nenhuma informação	2	3,3	3	5
	Poucas Informações	34	56,7	32	53,3
	Muitas informações	24	40	25	41,7
2. Identificação dos sinais e sintomas	Nenhuma informação	-	-	2	3,3
	Poucas Informações	22	36,7	32	53,3
	Muitas informações	38	63,3	26	43,3
3. Rastreamento do padrão de consumo de álcool.	Nenhuma informação	22	36,7	19	31,7
	Poucas Informações	32	53,3	30	50
	Muitas informações	6	10	11	18,3
4 Educação em saúde sobre o uso responsável de álcool.	Nenhuma informação	6	10	4	6,7
	Poucas Informações	22	36,7	37	61,7
	Muitas informações	32	53,3	19	31,7
5. Como atuar profissionalmente, no tratamento para os problemas relacionados ao abuso e dependência de álcool.	Nenhuma informação	13	21,7	16	26,7
	Poucas Informações	43	71,7	38	63,3
	Muitas informações	4	6,7	6	10
6. Formas de aconselhamento para parar de usar álcool.	Nenhuma informação	5	8,3	9	15
	Poucas Informações	43	71,7	41	68,3
	Muitas informações	12	20	10	16,7
7. Motivação do paciente para tratamento da dependência de álcool.	Nenhuma informação	7	11,7	9	15
	Poucas Informações	39	65	38	63,3
	Muitas informações	14	23,3	13	21,7
8. Técnicas sobre intervenção na abordagem de álcool	Nenhuma informação	17	28,3	17	28,3
	Poucas Informações	39	65	36	60
	Muitas informações	4	6,7	7	11,7
9. Barreiras no diagnóstico e tratamento	Nenhuma informação	16	26,7	14	23,3
	Poucas Informações	37	61,7	36	60
	Muitas informações	7	11,7	10	16,7
10. Desenvolvimento de um protocolo de assistência aos problemas relacionados ao abuso e dependência de álcool	Nenhuma informação	31	51,7	22	36,7
	Poucas Informações	26	43,3	32	53,3
	Muitas informações	3	5	6	10

A Tabela 12 apresenta que os alunos do grupo comparado receberam poucas, ou nenhuma, informações a respeito do uso do álcool e a assistência em todas as variáveis relacionadas ao conhecimento sobre o tema, adquirido antes da aplicação do curso.

6.3.4 Parte IV: Informações sobre as atitudes relacionadas ao uso e usuário de álcool.

Tabela 13 - Estudantes de enfermagem do grupo experimental segundo média dos escores, desvio padrão e valores mínimos e máximos da escala de atitudes, antes e após o curso (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Antes do curso				Após o curso			
	Média	Desvio Padrão	Mín	Máx	Média	Desvio Padrão	Mín	Máx
Escore Q - Disponibilidade de tratamento para os casos	13,4	2,6	07	20	13,3	3,0	08	22
Escore R - Satisfação pessoal/profissional em trabalhar com dependente de álcool	16,0	2,4	10	21	15,4	2,4	10	22
Escore S - Habilidade para ajudar os alcoolistas.	19,4	2,7	12	28	17,7	2,4	14	24
Escore T - Percepção das características pessoais do alcoolista.	16,4	3,6	08	20	15,9	5,4	09	24
Escore U - Atitudes pessoais em relação ao uso de álcool.	20,0	2,6	13	21	19,6	3,3	09	26

A Tabela 13 indica que houve diminuição na média em todos os escores da escala de atitudes entre os estudantes do grupo experimental, após a realização do curso de intervenção breve, indicando tendência para atitudes positivas.

Tabela 14 - Estudantes de enfermagem do grupo comparado segundo média dos escores, desvio padrão e valores mínimos e máximos da escala de atitudes, antes e após o curso. (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Antes do curso				Após o curso			
	Média	Desvio Padrão	Mín	Máx	Média	Desvio Padrão	Mín	Máx
Escore Q - Disponibilidade de tratamento para os casos	13,3	3,1	07	25	13,5	3,0	08	22
Escore R - Satisfação pessoal/profissional em trabalhar com dependente de álcool	18,0	2,7	12	26	17,2	2,6	10	24
Escore S - Habilidade para ajudar os alcoolistas.	19,4	2,2	15	23	19,0	2,4	14	26
Escore T - Percepção das características pessoais do alcoolista.	16,7	3,0	10	23	16,3	3,6	10	25
Escore U - Atitudes pessoais em relação ao uso de álcool.	18,3	3,6	09	26	18,9	3,3	10	28

A Tabela 14 indica que houve poucas variações na média em todos os escores da escala de atitudes dos estudantes do grupo comparado, após a realização do curso de intervenção breve, e o escore S da escala de atitudes apresentou maior valor, indicando atitudes negativas, no sentido de habilidade e inclinação para lidar com alcoolistas.

6.4 Análise Bivariada

Tabela 15 - Estudantes de enfermagem do grupo experimental segundo comparação entre os itens do AUDIT, antes e depois do curso (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Probabilidade**
1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?	0,244
2. Quantas doses de álcool você consome num dia normal?	0,593
3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?	0,046*
4. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?	0,083
5. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?	0,317
6. 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?	0,317
7. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?	1,000
8. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?	0,564
9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?	0,785
10. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?	0,083

(*) $p < 0,05$ (**) teste de Wilcoxon

A Tabela 15 aponta que os estudantes do grupo experimental diminuíram a frequência de consumo de cinco ou mais doses em uma única ocasião (variável 3), após o curso de intervenção breve, com diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 16 - Estudantes de enfermagem do grupo comparado segundo comparação entre os itens do AUDIT, antes e depois do curso (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Probabilidade**
1.Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?	0,103
2.Quantas doses de álcool você consome num dia normal?	0,477
3.Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?	0,116
4.Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?	0,408
5.Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?	1,000
6.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?	0,584
7.Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?	0,285
8.Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?	0,101
9.Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?	0,655
10. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?	0,035*

(*) $p < 0,05$ (**) teste de Wilcoxon

A Tabela 16 mostra que houve diferenças estatísticas significativas no número de estudantes do grupo comparado, em relação às preocupações de outros, em função do modo de beber (variável 10), após o curso de intervenção breve, com diferenças estatisticamente significativas mais elevadas antes do curso.

Tabela 17 - Estudantes de enfermagem de ambos os grupos segundo comparação entre os itens do AUDIT, antes do curso, (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Probabilidade**
1.Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?	0,052
2.Quantas doses de álcool você consome num dia normal?	0,862
3.Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?	0,501
4.Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?	0,493
5.Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?	0,823
6.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?	0,317
7.Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?	0,215
8.Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?	0,254
9.Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?	0,518
10. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?	0,074

(*) $p < 0,05$ (**)teste U de Mann-Whitney

A Tabela 17 mostra que, na comparação entre os estudantes de ambos os grupos, não houve diferenças no padrão do consumo de álcool, antes do curso.

Tabela 18 - Estudantes de enfermagem de ambos os grupos segundo comparação entre os itens do AUDIT, após o curso (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Probabilidade**
1.Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?	0,075
2.Quantas doses de álcool você consome num dia normal?	0,216
3.Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?	0,597
4.Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?	0,987
5.Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?	0,522
6.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?	0,560
7.Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?	0,456
8.Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?	0,976
9.Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?	0,753
10. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?	0,745

(*) $p < 0,05$ (**) teste U de Mann-Whitney

A Tabela 18 mostra que, na comparação de estudantes de ambos os grupos, não houve diferenças no padrão do consumo de álcool, após o curso.

Tabela 19 - Estudantes de enfermagem do grupo experimental segundo comparação entre os níveis de conhecimentos sobre o consumo de álcool e a assistência, antes e depois do curso (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Probabilidade**
1. Aspectos epidemiológicos e sociais	0,000*
2. Identificação dos sinais e sintomas	0,000*
3. Rastreamento do padrão de consumo de álcool.	0,000*
4. Educação em saúde sobre o uso responsável de álcool.	0,000*
5. Como atuar profissionalmente, no tratamento para os problemas relacionados ao abuso e dependência de álcool.	0,000*
6. Formas de aconselhamento para parar de usar álcool.	0,000*
7. Motivação do paciente para tratamento da dependência de álcool.	0,000*
8. Técnicas sobre intervenção breve na abordagem de álcool	0,000*
9. Barreiras no diagnóstico e tratamento	0,000*
10. Desenvolvimento de um protocolo de assistência aos problemas relacionados ao abuso e dependência de álcool	0,000*

(*) $p < 0,05$ (**) teste de Wilcoxon

A Tabela 19 apresenta que os estudantes do grupo experimental melhoraram os níveis de conhecimentos em relação a todos os aspectos investigados, após o curso, com diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 20 - Estudantes de enfermagem do grupo comparado segundo comparação entre os conhecimentos sobre o consumo de álcool e a assistência, antes e depois do curso (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Probabilidade**
1. Aspectos epidemiológicos e sociais	0,965
2. Identificação dos sinais e sintomas	0,023*
3. Rastreamento do padrão de consumo de álcool.	0,146
4 Educação em saúde sobre o uso responsável de álcool.	0,114
5. Como atuar profissionalmente, no tratamento para os problemas relacionados ao abuso e dependência de álcool.	0,841
6. Formas de aconselhamento para parar de usar álcool.	0,276
7. Motivação do paciente para tratamento da dependência de álcool.	0,614
8. Técnicas sobre intervenção na abordagem de álcool	0,592
9. Barreiras no diagnóstico e tratamento	0,336
10. Desenvolvimento de um protocolo de assistência aos problemas relacionados ao abuso e dependência de álcool	0,023*

(*) $p < 0,05$ (**) teste de Wilcoxon

A Tabela 20 mostra que os estudantes do grupo comparado melhoraram os níveis de conhecimentos após o curso, demonstrados pelas variáveis 2 e 10, com diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 21 - Estudantes de enfermagem de ambos os grupos segundo comparação entre os níveis de conhecimento sobre o consumo de álcool e a assistência, antes do curso, (N=120), Uberlândia, MG, 2010

Variáveis Analisadas	Probabilidade**
1. Aspectos epidemiológicos e sociais	0,054
2. Identificação dos sinais e sintomas	0,001*
3. Rastreamento do padrão de consumo de álcool.	0,005*
4 Educação em saúde sobre o uso responsável de álcool.	0,001*
5. Como atuar profissionalmente, no tratamento para os problemas relacionados ao abuso e dependência de álcool.	0,161
6. Formas de aconselhamento para parar de usar álcool.	0,003*
7. Motivação do paciente para tratamento da dependência de álcool.	0,011*
8. Técnicas sobre intervenção na abordagem de álcool	0,031*
9. Barreiras no diagnóstico e tratamento	0,176
10. Desenvolvimento de um protocolo de assistência aos problemas relacionados ao abuso e dependência de álcool	0,118

(*) $p < 0,05$ (**) teste U de Mann-Whitney

A Tabela 21 aponta que, na comparação entre estudantes de ambos os grupos, os do grupo comparado apresentaram maiores níveis de conhecimentos em relação à assistência ao usuário de álcool, nas variáveis 2, 3, 4, 6, 7 e 8, antes do curso de intervenção breve, com diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 22 - Estudantes de enfermagem de ambos os grupos segundo comparação entre os níveis de conhecimento em relação à assistência ao usuário de álcool, após o curso (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Probabilidade**
1. Aspectos epidemiológicos e sociais.	0,003*
2. Identificação dos sinais e sintomas.	0,000*
3. Rastreamento do padrão de consumo de álcool.	0,000*
4 Educação em saúde sobre o uso responsável de álcool.	0,000*
5. Como atuar profissionalmente, no tratamento para os problemas relacionados ao abuso e dependência de álcool.	0,000*
6. Formas de aconselhamento para parar de usar álcool.	0,000*
7. Motivação do paciente para tratamento da dependência de álcool.	0,000*
8. Técnicas sobre intervenção na abordagem de álcool	0,000*
9. Barreiras no diagnóstico e tratamento	0,000*
10. Desenvolvimento de um protocolo de assistência aos problemas relacionados ao abuso e dependência de álcool	0,000*

(*) $p < 0,05$ (**) teste U de Mann-Whitney

Na Tabela 22 fica denotado que, na comparação, os estudantes do grupo experimental apresentaram melhoras nos níveis de conhecimentos em todas as variáveis, após o curso de intervenção breve, com diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 23 - Estudantes de enfermagem do grupo experimental segundo comparação entre os itens da escala de atitudes, antes e depois do curso (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Probabilidade**
1. A vida do alcoolista é muito desagradável.	0,044*
2. Eu me sinto bem em trabalhar com alcoolistas.	0,008*
3. Os alcoolistas não estão preocupados com seu estilo de vida.	0,000*
4. Os alcoolistas são pessoas muito sensíveis.	0,006*
5. O álcool em quantidade moderada não faz mal à saúde.	0,2
6. Os alcoolistas são mais susceptíveis às doenças físicas.	0,4
7. Eu prefiro trabalhar com alcoolistas a outro tipo de paciente.	0,4
8. Os alcoolistas respeitam seus familiares.	0,022*
9. Os alcoolistas sofrem de sentimento de inferioridade.	0,3
10. Não há nada de errado com o beber moderado.	0,8
11. Eu sinto que os alcoolistas são infelizes, por apresentarem problemas físicos, como por exemplo, Delirium Tremens.	0,5
12. Os alcoolistas merecem um espaço no hospital, como qualquer outro paciente.	0,05
13. Os alcoolistas querem parar de beber.	0,1
14. Os alcoolistas bebem por problemas sociais e psicológicos.	0,1
15. A bebida alcoólica é prejudicial quando usada moderadamente.	0,018*
16. Todos os pacientes alcoolistas precisam de consultas psiquiátricas.	0,6
17. Eu acho que meus pacientes se tornariam agressivos se falassem com eles sobre o uso da bebida alcoólica.	0,016*
18. O alcoolista que não obedece às ordens dos profissionais de saúde deve ser tratado com indiferença.	0,4
19. Os alcoolistas pensam que são pessoas más porque bebem.	0,3
20. As pessoas bebem porque querem.	0,6
21. Os alcoolistas deveriam receber tratamento médico.	0,1
22. Eu me sinto bem quando trabalho com alcoolistas.	0,001*
23. A maioria dos alcoolistas não gosta de ser alcoolistas.	0,06
24. Os alcoolistas são pessoas isoladas e solitárias.	0,3
25. Quando usada moderadamente, a bebida alcoólica não é prejudicial a saúde.	0,8
26. O alcoolismo é uma doença.	0,7
27. Eu me sinto a vontade em falar sobre alcoolismo.	0,7
28. Embora eu possa ajudar o alcoolista, ele ainda pode continuar bebendo.	0,1
29. Os alcoolistas tem geralmente graves problemas emocionais.	0,4
30. O uso de grandes quantidades de álcool não pode tornar pessoas normais em pessoas fracas normalmente.	0,08

(*) $p < 0,05$ (**) teste de Wilcoxon

A Tabela 23 demonstra que os alunos do grupo experimental apresentaram mudanças nas atitudes em relação às variáveis 1 e 17, de forma negativa, após o curso de intervenção, com diferenças estatisticamente significativas.

A tabela também mostra que os estudantes do grupo experimental apresentaram mudanças de atitudes em relação às variáveis 2, 3, 4, 8, 15 e 22 de modo positivo, após o curso de intervenção breve, com diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 24 - Estudantes de enfermagem do grupo comparado segundo comparação entre os itens da escala de atitudes, antes e após o curso (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Probabilidade**
1. A vida do alcoolista é muito desagradável	0,201
2. Eu me sinto bem em trabalhar com alcoolistas.	0,232
3. Os alcoolistas não estão preocupados com seu estilo de vida.	0,1092
4. Os alcoolistas são pessoas muito sensíveis.	0,923
5. O álcool em quantidade moderada não faz mal à saúde.	0,071
6. Os alcoolistas são mais susceptíveis às doenças físicas.	0,947
7. Eu prefiro trabalhar com alcoolistas a outro tipo de paciente	0,013*
8. Os alcoolistas respeitam seus familiares.	0,400
9. Não há nada de errado com o beber moderado.	0,309
10. Os alcoolistas sofrem de sentimento de inferioridade	0,022*
11. Eu sinto que os alcoolistas são infelizes, por apresentarem problemas físicos, como por exemplo. Delirium Tremens.	0,062
12. Os alcoolistas merecem um espaço no hospital, como qualquer outro paciente.	0,073
13. Os alcoolistas querem parar de beber.	0,832
14. Os alcoolistas bebem por problemas sociais e psicológicos	0,453
15. A bebida alcoólica é prejudicial quando usada moderadamente	0,847
16. Todos os pacientes alcoolistas precisam de consultas psiquiátricas.	0,180
17. Eu acho que meus pacientes se tornariam agressivos se falassem com eles sobre o uso da bebida alcoólica	0,817
18. As pessoas bebem porque querem.	0,855
19. Os alcoolistas pensam que são pessoas más porque bebem.	0,224
20. O alcoolista que não obedece às ordens dos profissionais de saúde deve ser tratado com indiferença.	0,985
21. Os alcoolistas deveriam receber tratamento médico.	0,194
22. Eu me sinto bem quando trabalho com alcoolistas.	0,390
23. A maioria dos alcoolistas não gosta de ser alcoolistas	0,553
24. Os alcoolistas são pessoas isoladas e solitárias.	0,831
25. Quando usada moderadamente, a bebida alcoólica não é prejudicial a saúde.	0,188
26. O alcoolismo é uma doença.	0,493
27. Eu me sinto a vontade em falar sobre alcoolismo.	0,923
28. Embora eu possa ajudar o alcoolistas, ele ainda pode continuar bebendo.	0,697
29. Os alcoolistas tem geralmente graves problemas emocionais.	0,068
30. O uso de grandes quantidades de álcool não pode tornar pessoas normais em pessoas fracas normalmente.	0,031*

(*) $p < 0,05$ (**) teste de Wilcoxon

A Tabela 24 mostra que os alunos do grupo comparado apresentaram mudanças de atitudes para positivo, em relação às variáveis 7 e 30, após o curso de intervenção breve, com diferenças estatisticamente significativas.

Ainda, na tabela, observa-se que os alunos do grupo comparado apresentaram atitudes mais negativas, em relação à variável 10, após o curso de intervenção breve, com diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 25 - Estudantes de enfermagem de ambos os grupos segundo comparação da escala de atitudes, antes do curso, (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Probabilidade**
1. A vida do alcoolista é muito desagradável	0,579
2. Eu me sinto bem em trabalhar com alcoolistas.	0,028*
3. Os alcoolistas não estão preocupados com seu estilo de vida.	0,190
4. Os alcoolistas são pessoas muito sensíveis.	0,629
5. O álcool em quantidade moderada não faz mal à saúde.	0,247
6. Os alcoolistas são mais susceptíveis às doenças físicas.	0,340
7. Eu prefiro trabalhar com alcoolistas a outro tipo de paciente	0,002*
8. Os alcoolistas respeitam seus familiares.	0,539
9. Não há nada de errado com o beber moderado.	0,722
10. Os alcoolistas sofrem de sentimento de inferioridade	0,024*
11. Eu sinto que os alcoolistas são infelizes, por apresentarem problemas físicos, como por exemplo Delirium Tremens.	0,035*
12. Os alcoolistas merecem um espaço no hospital, como qualquer outro paciente.	0,012*
13. Os alcoolistas querem parar de beber.	0,956
14. Os alcoolistas bebem por problemas sociais e psicológicos	0,238
15. A bebida alcoólica é prejudicial quando usada moderadamente	0,653
16. Todos os pacientes alcoolistas precisam de consultas psiquiátricas.	0,217
17. Eu acho que meus pacientes se tornariam agressivos se falassem com eles sobre o uso da bebida alcoólica	0,425
18. As pessoas bebem porque querem.	0,041*
19. Os alcoolistas pensam que são pessoas más porque bebem.	0,806
20. O alcoolista que não obedece às ordens dos profissionais de saúde deve ser tratado com indiferença.	0,019*
21. Os alcoolistas deveriam receber tratamento médico.	0,069
22. Eu me sinto bem quando trabalho com alcoolistas.	0,055
23. A maioria dos alcoolistas não gosta de ser alcoolistas	0,924
24. Os alcoolistas são pessoas isoladas e solitárias.	0,510
25. Quando usada moderadamente, a bebida alcoólica não é prejudicial a saúde.	0,090
26. O alcoolismo é uma doença.	0,049*
27. Eu me sinto a vontade em falar sobre alcoolismo.	0,027*
28. Embora eu possa ajudar o alcoolistas, ele ainda pode continuar bebendo.	0,761
29. Os alcoolistas tem geralmente graves problemas emocionais.	0,028*
30. O uso de grandes quantidades de álcool não pode tornar pessoas normais em pessoas fracas normalmente.	0,066

(*) $p < 0,05$ (**) teste U de Mann-Whitney

A Tabela 25 mostra que os estudantes do grupo experimental apresentaram atitudes negativas nas variáveis 2, 10, 11, 18 e 20, antes do curso de intervenção breve, com diferenças estatisticamente significativas.

Com os estudantes do grupo comparado, as atitudes negativas foram em relação às variáveis 7, 12, 26, 27 e 29, antes do curso de intervenção breve, com diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 26 - Estudantes de enfermagem de ambos os grupos segundo comparação dos itens da escala de atitudes, após o curso, (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Probabilidade**
1. A vida do alcoolista é muito desagradável	0,304
2. Eu me sinto bem em trabalhar com alcoolistas.	0,000*
3. Os alcoolistas não estão preocupados com seu estilo de vida.	0,000*
4. Os alcoolistas são pessoas muito sensíveis.	0,028*
5. O álcool em quantidade moderada não faz mal à saúde.	0,5556
6. Os alcoolistas são mais susceptíveis às doenças físicas.	0,176
7. Eu prefiro trabalhar com alcoolistas a outro tipo de paciente	0,254
8. Os alcoolistas respeitam seus familiares.	0,012*
9. Não há nada de errado com o beber moderado.	0,869
10. Os alcoolistas sofrem de sentimento de inferioridade	0,553
11. Eu sinto que os alcoolistas são infelizes, por apresentarem problemas físicos, como por exemplo Delirium Tremens.	0,958
12. Os alcoolistas merecem um espaço no hospital, como qualquer outro paciente.	0,022*
13. Os alcoolistas querem parar de beber.	0,347
14. Os alcoolistas bebem por problemas sociais e psicológicos	0,155
15. A bebida alcoólica é prejudicial quando usada moderadamente	0,013*
16. Todos os pacientes alcoolistas precisam de consultas psiquiátricas.	0,064
17. Eu acho que meus pacientes se tornariam agressivos se falassem com eles sobre o uso da bebida alcoólica	0,000*
18. As pessoas bebem porque querem.	0,004*
19. Os alcoolistas pensam que são pessoas más porque bebem.	0,557
20. O alcoolista que não obedece às ordens dos profissionais de saúde deve ser tratado com indiferença.	0,007*
21. Os alcoolistas deveriam receber tratamento médico.	0,064
22. Eu me sinto bem quando trabalho com alcoolistas.	0,000*
23. A maioria dos alcoolistas não gosta de ser alcoolistas	0,338
24. Os alcoolistas são pessoas isoladas e solitárias.	0,832
25. Quando usada moderadamente, a bebida alcoólica não é prejudicial a saúde.	0,428
26. O alcoolismo é uma doença.	0,013*
27. Eu me sinto a vontade em falar sobre alcoolismo.	0,001*
28. Embora eu possa ajudar o alcoolistas, ele ainda pode continuar bebendo.	0,047*
29. Os alcoolistas tem geralmente graves problemas emocionais.	0,976
30. O uso de grandes quantidades de álcool não pode tornar pessoas normais em pessoas fracas normalmente.	0,121

(*) $p < 0,05$ (**) teste U de Mann-Whitney

A Tabela 26 mostra que, na comparação entre estudantes de ambos os grupos, nas variáveis 17, 18 e 20, os estudantes do grupo experimental apresentaram atitudes negativas, após o curso de intervenção breve, com diferenças estatisticamente significativas.

Os estudantes do grupo comparado apresentaram atitudes mais negativas nas variáveis 2, 3, 4, 8, 12, 15, 22, 25, 27 e 28, após o curso de intervenção breve, com diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 27- Estudantes de enfermagem do grupo experimental segundo correlação entre a idade e os escores da escala de atitudes, antes e após o curso, (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Antes do Curso		Após o Curso	
	Valor de r_s	Probabilidade**	Valor de r_s	Probabilidade**
Escore Q - Disponibilidade de tratamento para os casos	-0,293	0,023*	-0,302	0,019*
Escore R - Satisfação pessoal/profissional em trabalhar com dependente de álcool	0,046	0,728	0,122	0,354
Escore S - Habilidade para ajudar os alcoolistas.	0,117	0,374	0,123	0,351
Escore T - Percepção das características pessoais do alcoolista.	-0,136	0,299	-0,192	0,143
Escore U - Atitudes pessoais em relação ao uso de álcool.	0,163	0,214	0,238	0,067

(*) $p < 0,05$ (**) Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman

A Tabela 27 demonstra que, entre estudantes do grupo experimental, houve correlação negativa entre a idade e o escore Q da escala de atitudes, com diferenças estatisticamente significativas. Isso indica que quanto maior a idade melhores serão as atitudes relacionadas à disponibilidade para tratar alcoolistas.

Tabela 28 - Estudantes de enfermagem do grupo comparado segundo correlação entre a idade e os escores da escala de atitudes, antes e após o curso, (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Antes do Curso		Após o Curso	
	Valor de r_s	Probabilidade**	Valor de r_s	Probabilidade**
Escore Q - Disponibilidade de tratamento para os casos	-0,302	0,006*	0,302	0,562
Escore R - Satisfação pessoal/profissional em trabalhar com dependente de álcool	-0,0592	0,654	0,122	0,612
Escore S - Habilidade para ajudar os alcoolistas.	0,052	0,692	0,123	0,178
Escore T - Percepção das características pessoais do alcoolista.	-0,154	0,239	0,192	0,896
Escore U - Atitudes pessoais em relação ao uso de álcool.	0,000	1,000	0,238	0,734

(*) $p < 0,05$ (**) Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman

A Tabela 28 apresenta que, entre estudantes do grupo comparado, houve correlação negativa entre a idade e o escore Q da escala de atitudes, com diferenças estatisticamente significativas. Isso indica que quanto maior a idade melhor serão as atitudes relacionadas à disponibilidade para tratar alcoolistas.

Tabela 29 - Estudantes de enfermagem do grupo experimental segundo correlação entre os valores do AUDIT e os escores da escala de atitudes, antes do curso, (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Antes do Curso	
	Valor de r_s	Probabilidade**
Escore Q - Disponibilidade de tratamento para os casos	-0,046	0,726
Escore R - Satisfação pessoal/profissional em trabalhar com dependente de álcool	-0,015	0,909
Escore S - Habilidade para ajudar os alcoolistas.	-0,264	0,042*
Escore T - Percepção das características pessoais do alcoolista.	0,080	0,542
Escore U - Atitudes pessoais em relação ao uso de álcool.	-0,462	0,000*

(*) $p < 0,05$ (**) Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman

A Tabela 29 demonstra que, entre os estudantes do grupo experimental, antes do curso, houve correlação negativa entre os valores do AUDIT e o escore S e U da escala de atitudes, com diferenças estatisticamente significativas. Isso indica que quanto maior o padrão de consumo de álcool mais positivas as atitudes relacionadas às habilidades pessoais e profissionais para lidar com alcoolistas e as atitudes pessoais, em relação ao uso do álcool.

Tabela 30 - Estudantes de enfermagem do grupo experimental segundo correlação entre os valores do AUDIT e os escores da escala de atitudes, após o curso (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Após o Curso	
	Valor de r_s	Probabilidade**
Escore Q - Disponibilidade de tratamento para os casos	-0,011	0,933
Escore R - Satisfação pessoal/profissional em trabalhar com dependente de álcool	0,083	0,526
Escore S - Habilidade para ajudar os alcoolistas.	-0,122	0,355
Escore T - Percepção das características pessoais do alcoolista.	0,061	0,642
Escore U - Atitudes pessoais em relação ao uso de álcool.	-0,25	0,022*

(*) $p < 0,05$ (**) **Coefficiente de Correlação por Postos de Spearman**

A Tabela 30 aponta que, entre os estudantes do grupo experimental, após o curso, houve correlações negativas entre os valores do AUDIT e o escore U que se refere às atitudes pessoais, ou seja, quanto maior o consumo do álcool mais positivas são as atitudes positivas em relação ao beber.

Tabela 31 - Estudantes de enfermagem do grupo comparado segundo correlação entre os valores do AUDIT e os escores da escala de atitudes, antes do curso, (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Antes do Curso	
	Valor de r_s	Probabilidade**
Escore Q - Disponibilidade de tratamento para os casos	-0,127	0,333
Escore R - Satisfação pessoal/profissional em trabalhar com dependente de álcool	-0,061	0,643
Escore S - Habilidade para ajudar os alcoolistas.	0,047	0,720
Escore T - Percepção das características pessoais do alcoolista.	0,005	0,972
Escore U - Atitudes pessoais em relação ao uso de álcool.	-0,176	0,179

(*) $p < 0,05$ (**) **Coefficiente de Correlação por Postos de Spearman**

A Tabela 31 indica que, entre estudantes do grupo comparado, não houve correlação entre o padrão do consumo de álcool e os escores da escala de atitudes, antes do curso.

Tabela 32 - Estudantes de enfermagem do grupo comparado segundo correlação entre os valores do AUDIT e os escores da escala de atitudes, após o curso, (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Após o Curso	
	Valor de r_s	Probabilidade**
Escore Q - Disponibilidade de tratamento para os casos	0,022	0,866
Escore R - Satisfação pessoal/profissional em trabalhar com dependente de álcool	-0,177	0,176
Escore S - Habilidade para ajudar os alcoolistas.	-0,050	0,705
Escore T - Percepção das características pessoais do alcoolista.	-0,134	0,305
Escore U - Atitudes pessoais em relação ao uso de álcool.	-0,219	0,093

(*) $p < 0,05$ (**) **Coefficiente de Correlação por Postos de Spearman**

A Tabela 32 demonstra que, entre estudantes do grupo comparado, não houve correlação entre o padrão do consumo de álcool e os escores da escala de atitudes, após o curso.

Tabela 33 - Estudantes de enfermagem de ambos os grupos segundo comparação entre os valores do AUDIT e os escores da escala de atitude entre os grupos, antes e após o curso, (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Probabilidade**	
	Grupo Experimental	Grupo Controle
AUDIT	0,600	0,014*
Escore Q - Disponibilidade de tratamento para os casos	0,766	0,636
Escore R - Satisfação pessoal/profissional em trabalhar com dependente de álcool	0,017*	0,056
Escore S - Habilidade para ajudar os alcoolistas.	0,000*	0,253
Escore T - Percepção das características pessoais do alcoolista.	0,044*	0,141
Escore U - Atitudes pessoais em relação ao uso de álcool.	0,726	0,215

(*) $p < 0,05$ (**) teste de Wilcoxon

A Tabela 33 denota que, entre os alunos do grupo experimental, depois do curso, os escores R, S, T, da escala de atitudes mostraram valores mais baixos, com diferenças estatisticamente significativas. Tal achado mostra que esses alunos tiveram atitudes mais positivas relacionados ao alcoolista.

Entre os alunos do grupo comparado, após o curso, o padrão do uso de álcool diminuiu, com diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 34 - Estudantes de enfermagem ambos os grupos segundo comparação entre os valores da escala de atitudes, antes e após o curso. (N=120), Uberlândia, MG, 2010

	Probabilidade**	
	Antes do Curso	Depois do Curso
Escore Q - Disponibilidade de tratamento para os casos	0,709	0,6665
Escore R - Satisfação pessoal/profissional em trabalhar com dependente de álcool	0,001*	0,000*
Escore S - Habilidade para ajudar os alcoolistas.	0,617	0,004*
Escore T - Percepção das características pessoais do alcoolista.	0,706	0,293
Escore U - Atitudes pessoais em relação ao uso de álcool.	0,006*	0,104

(*) $p < 0,05$ (**) teste U de Mann-Whitney

A Tabela 34 apresenta que, entre os alunos do grupo comparado, antes do curso, as atitudes foram negativas em relação à satisfação pessoal e profissional em trabalhar com o alcoolista.

Entre os alunos do grupo experimental, também antes do curso, as atitudes foram negativas relacionadas às atitudes pessoais voltadas ao beber, com diferenças estatisticamente significativas.

Após o curso, os alunos do grupo experimental apresentavam atitudes positivas referentes à satisfação pessoal e habilidade profissional para lidar com os alcoolistas.

Discussão

7 DISCUSSÃO

Parte I - Informações sociodemográficas, comportamentos e aspectos relacionados ao beber

A amostra do presente estudo foi composta por estudantes do curso de enfermagem, caracterizados por jovens com média de idade de 20,7 anos, predominantemente do sexo feminino e solteiros. A média de idade pode explicar outro resultado do presente estudo, no qual, 81,6% dos estudantes não possuía outro curso técnico ou de graduação (Tabelas 1 a 4).

As características sociodemográficas assemelham-se às de outros estudos quando demonstraram que os alunos ingressantes de cursos de enfermagem, no Brasil, geralmente, caracterizam-se por mulheres, solteiras, com idade até 24 anos (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005; TEIXEIRA et al., 2006; SPÍNDOLA; MARTINS; FRANCISCO, 2008).

Quanto à relação entre idade e o uso de álcool, Matute e Pillon (2008) encontraram que há maior possibilidade de consumo mais elevado, ou de maior risco, entre estudantes mais jovens. Flóripes (2008) considera que, na medida em que o estudante fica mais velho, ele tende a assumir mais responsabilidades, e isso faz com que diminua o padrão de consumo, em decorrência das atividades de seu dia a dia.

Há de se pensar, no entanto, que é muito importante o desenvolvimento de estudos sobre o consumo de álcool entre estudantes, pois isso refletirá, a longo prazo, nas questões sociais, econômicas e de saúde. Mas, por outro lado, esse comportamento tem sido bastante discutido como parte do estilo de vida desses estudantes ou se de fato vai ser modificado ao longo do tempo, com a maturidade (NEWBURY-BIECH; WALSHAW; KAMALI, 2001).

No presente estudo, houve predomínio de estudantes de ambos os grupos (91,6 e 95%) que referiram não trabalhar (Tabela 3). Os resultados corroboram os da literatura. Estudo realizado em uma universidade pública, com horário de aulas em período integral, o que, a princípio, dificultaria o envolvimento em atividades

laborais, no qual os autores Spíndola, Martins e Francisco (2008), ao analisarem essa questão em uma universidade pública, também chegaram à mesma conclusão.

No estudo, observou-se que 51,6% dos alunos do grupo experimental e 48,3% dos alunos do grupo comparado residiam com os pais (Tabela 2). Na literatura, esses resultados atingem índices bastante superiores, variando de 94,7 a 83,3% (SPÍNDOLA; MARTINS; FRANCISCO, 2008).

Tal fato pode ser justificado para essa diferença, uma vez que o estudo foi realizado em um município considerado de referência tanto na área da saúde como da educação em nível superior, diferentemente dos municípios menores, fazendo com que muitos jovens deixem a casa dos pais para poder estudar. Quanto à procedência dos estudantes, isso também tem ocorrido, pois, 60% dos alunos do grupo experimental e 66,6% dos alunos do grupo comparado são procedentes de outros municípios (Tabela 2).

A respeito da religião, a maioria dos estudantes de ambos os grupos declararam ser católicos (Tabela 2). A afiliação religiosa e o comportamento religioso frequentemente aparecem nos resultados de pesquisas sobre o uso de substâncias psicoativas como fator protetor. Em pesquisa com estudantes de enfermagem, demonstrou-se que a prática religiosa pode influenciar a modulação do consumo de bebidas alcoólicas, além de estar relacionada à própria história da enfermagem (FUNAI, 2010).

Essa predominância da religião católica também foi identificada na pesquisa de Kawakame e Miyadahira (2005), junto a 264 estudantes de enfermagem de uma faculdade do interior do Estado de São Paulo, sobre qualidade de vida e hábitos de saúde.

Em relação a frequentar festas, no presente estudo, 63,3% dos alunos grupo experimental e 36,6% do grupo comparado frequentavam festas uma vez por mês ou menos, e 30% dos estudantes do grupo comparado mostrou frequência de duas a três vezes por mês (Tabela 5).

Vale ressaltar que esse comportamento é muito comum na vida universitária e um meio de socializar-se, uma vez que são jovens que estão distantes de seus familiares e saindo da adolescência, e, também, esse parece ser um fenômeno cultural entre os universitários, como se fosse um rito de passagem da adolescência para a vida adulta. Também deve ser ressaltado que as bebidas alcoólicas estão

presentes praticamente em todas essas festas universitárias, e que o consumo de álcool dos estudantes universitários é muito incentivado por seus pares.

Pillon e Corradi-Webster (2006) encontraram relação proporcional entre o uso de bebidas alcoólicas e a frequência a festas, ou seja, quanto maior a frequência a festas, maiores os riscos de consumo de bebidas alcoólicas.

Quanto a dormir em sala de aula, após ter frequentado uma festa na noite anterior, 88,3% dos estudantes do grupo experimental e 83,3% do grupo comparado responderam negativamente que esse comportamento tenha acontecido (Tabela 6). Também, a maioria dos estudantes dos grupos experimental e comparado (90 e 86,6%, respectivamente) referiram que não chegavam atrasados após frequentarem festas na noite anterior (Tabela 7).

Essa informação é importante dentre os fatores de proteção em relação a comportamentos de risco, principalmente o consumo de bebidas alcoólicas, como demonstrado na pesquisa de Pillon e Corradi-Webster (2006), na qual foi mostrado que 71,2% dos estudantes, que faziam uso em níveis problemáticos de bebidas alcoólicas, dormiam em sala de aula após terem frequentado festa na noite anterior e a metade chegava atrasada à aula.

No presente estudo, 43,3% dos estudantes do grupo experimental e 35% do grupo comparado possuíam alguém na família com problemas relacionados ao uso de álcool (Tabela 8). Torna-se importante conhecer o uso de álcool entre os familiares de estudantes de enfermagem.

A esse respeito, a literatura demonstra que a presença de um familiar alcoolista afeta negativamente outras pessoas da mesma família, estima-se que, para cada pessoa alcoolista, cinco ou seis pessoas da família provavelmente serão afetadas (HILL; GAUER; GOMES, 1998), além disso, as relações e vínculos familiares mais próximas podem funcionar dentre os fatores protetores para o uso abusivo de álcool (TAVARES, BERÉIA; LIMA, 2004; SOLDEIRA et al., 2004; SANCHEZ; OLIVEIRA, NAPPO, 2005; GALDOURÓZ et al., 2010).

O uso de álcool e/ou de drogas por um dos familiares de estudantes de enfermagem, na literatura, ficou demonstrado, em âmbito nacional e internacional, índices de 80,37% para o uso regular de bebidas alcoólicas (LEITE; SANTOS; MARQUES, 2008), e 51,1% apresentavam problemas de álcool e/ou de drogas (BALDWIN et al., 2006).

Parte II - Informações sobre o padrão de consumo de bebidas alcoólicas

Quanto ao padrão de consumo de álcool, após o curso de Intervenção Breve, o estudo mostrou que houve pequena diminuição do percentual de estudantes do grupo experimental (de 93,3 para 85%) que consumiam álcool em níveis de baixo risco de álcool ou eram abstêmios (Tabela 9). Entre os estudantes do grupo comparado, essa relação foi inversa, ou seja, houve aumento do percentual de estudantes que consumiam álcool em níveis de baixo risco ou eram abstêmios, após o curso (de 81,6 para 90%). O estudo demonstrou, ainda, que houve melhora do consumo de álcool entre oito estudantes do grupo comparado (Tabela 10).

O estudo apontou que, na comparação de ambos os grupos, não houve diferenças no padrão do consumo de álcool, antes e após o curso. Esse resultado sugere que não foi a aquisição específica de conhecimentos teóricos e práticos que interferiu no padrão de consumo de bebidas alcoólicas, entre os estudantes de enfermagem, podendo haver outras variáveis que não foram mensuradas e podem estar influenciando.

Além disso, é importante mencionar o tempo em que as mensurações foram realizadas no presente estudo, pois o padrão de consumo de álcool foi avaliado apenas um mês após a realização do curso de intervenção breve, assim, novos estudos a esse respeito são necessários, estudos que avaliem a relação do consumo de álcool e um curso de intervenção breve em períodos de tempo maiores.

Nesse contexto, ao avaliar a evolução de comportamentos de saúde, incluindo o consumo de álcool, em estudantes de enfermagem, ao longo do curso, os autores verificaram que não houve mudanças nesses comportamentos, concluindo que os conteúdos gerais abordados, durante o curso, não interferem no comportamento de saúde dos estudantes, sugerindo, assim, a necessidade de programas específicos para esse fim (ALBERDI-ERICE et al., 2007).

Revisão da literatura sobre programas de prevenção ao uso abusivo de álcool, em estudantes universitários, apontou que a educação formal, por si só, não é capaz de causar impacto no comportamento de beber desses estudantes, mas que estratégias personalizadas como intervenção breve e outras técnicas motivacionais podem propiciar efeitos positivos nesse sentido (HUNTER FAGER; MAZUREK MELNYK, 2004).

Nesse ponto, talvez, o que deve ser analisado refere-se ao conteúdo e ao método com que os conteúdos formais sobre o uso do álcool estão sendo trabalhados nos cursos de graduação, oferecidos pelas escolas formadoras. Pois, caso a educação formal esteja sendo realizada de forma moralista, por falta de preparo dos docentes, em relação aos conteúdos teóricos e práticos escassos e defasados, centrados no modelo biologicista, certamente tal educação não surtirá efeito no comportamento desses jovens.

Ainda, a respeito do padrão de consumo de bebidas alcoólicas no presente estudo, identificou-se diminuição das preocupações de outras pessoas em relação ao modo de beber, nos estudantes do grupo comparado após o curso. Os estudantes do grupo experimental diminuíram a frequência de consumo de cinco ou mais doses em uma única ocasião (o que pode ser entendido como beber de modo a embriagar-se), após o curso de intervenção breve.

Esse padrão de consumo é bastante comum entre os jovens, mas, também, preocupante para os profissionais de saúde e da educação, uma vez que o jovem pode se envolver em diversos comportamentos de risco para a saúde.

Esse resultado é algo positivo, pois como demonstrado no levantamento nacional sobre o consumo de bebidas alcoólicas na população brasileira, indicando que grande parte dos brasileiros que bebem já excederam uma ou várias vezes, criando situações de alto risco (LARANJEIRA et al., 2008).

A frequência pela qual esse fenômeno ocorre é comum; mais da metade das pessoas que bebem no padrão embriaguez, o fazem pelo menos uma vez por semana. Como mencionado, a literatura aponta que esse tipo de consumo ocorre com mais frequência entre os jovens, assim, 40% com idade entre 18 e 34 anos já consumiram nesse padrão (LARANJEIRA et al., 2008).

A investigação sobre o padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre jovens, especialmente entre os estudantes universitários, tem sido tema mais frequente na literatura científica nacional, atualmente, e não poderia ser diferente. Em decorrência das consequências (sociais, físicas, interpessoais, entre outras) em torno do uso de bebidas alcoólicas em seus diferentes níveis, faz-se imprescindível analisar o que, quanto e como se bebe, os fatores diretamente correlacionados, bem como os fatores de risco e os fatores protetores para o uso nocivo do álcool entre os jovens estudantes, por se tratar de público que já é formador de opinião no presente e no futuro.

Parte III - Informações sobre os níveis de conhecimento sobre o uso de álcool e a assistência realizada

O atual estudo indicou que os estudantes de ambos os grupos receberam pouca ou nenhuma informação a respeito do uso do álcool e a assistência realizada (Tabelas 11 e 12). Esse fato não se diferencia da literatura publicada nas últimas décadas.

Ao analisarem o conhecimento de estudantes de enfermagem e os conteúdos recebidos no curso de graduação, sobre a assistência aos usuários de álcool e outras drogas, os autores concluíram que as aulas que abordam esse tema são esparsas, perdendo-se no conteúdo geral de três disciplinas diferentes, não ultrapassando doze horas em todo o curso (LUÍS; PILLON, 2003).

Outras pesquisas, conduzidas no Brasil por Ramos et al. (2001) e Assunção (2000), revelaram que o conteúdo sobre álcool e drogas girou em torno de 4 a 8 horas. Em levantamento, realizado por Hoffman e Heineman (1987), sobre os conteúdos que abordam álcool e drogas em 300 escolas americanas de enfermagem, identificou-se que 76% dessas oferecem de 1 a 5 horas, no total de 1000 horas do currículo para essa temática.

A educação formal dos enfermeiros sobre as questões e assistência aos usuários ou dependentes de álcool aparece com importantes lacunas em vários outros estudos (RAMOS et al., 2001; PILLON, 2003, PILLON; BONI et al, 2004; LARANJEIRA, 2005; CARRARO; RASSOL; LUÍS, 2005; MENDONZA; PILLON, 2005; LOPES; LUÍS, 2005; RASSOL et al., 2006; GRIFFITHS et al., 2007; PULFORD et al., 2007; LUÍS, PILLON; 2003; TSAI, 2009; LACEY, 2009; KELLEHER; PKELLEHER; COTTER, 2009).

Na análise desses estudos, é possível avaliar a respeito da educação formal dos enfermeiros, tanto para os aspectos teóricos quanto aqueles da assistência a pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool, que parece universal, por isso, torna-se cada vez mais urgente repensar esse contexto na formação do enfermeiro.

Quanto ao conhecimento dos estudantes de enfermagem em relação ao álcool e à assistência, antes do curso, os resultados do estudo mostraram que os alunos do grupo comparado referiram maiores níveis de conhecimento em seis

variáveis relacionadas à identificação de sinais e sintomas, identificação do padrão de consumo, educação em saúde, aconselhamento, técnicas de intervenção e motivacionais (Tabela 21).

Após o curso de intervenção de breve, no entanto, o estudo indicou que entre os estudantes do grupo experimental houve melhora em todos os aspectos investigados, e, mediante a comparação dos estudantes do grupo comparado e os do grupo experimental, também houve melhora nos níveis de conhecimento em todas as variáveis (Tabela 22).

Estudos realizados com enfermeiros indicaram melhora geral no nível de conhecimento sobre o uso de álcool e a assistência, após um curso de intervenção breve, como, por exemplo, Ockene (1997), Bendtsen e Akerlind (1999), Anderson et al. (2004) e Silva (2005) que perceberam a melhora entre enfermeiros que atuavam na atenção primária. Walther et al. (2008) observaram evolução no contexto hospitalar e Nordqvist et al. (2006) em serviços de emergência.

No presente estudo, entre os estudantes do grupo comparado, houve melhora, especificamente nas variáveis que abordavam questões como a identificação dos sinais e sintomas e o desenvolvimento de protocolos assistenciais, após o curso de intervenção breve (Tabela 20). Tal fato pode ter acontecido por ser tema importante e que ainda é muito pouco explorado em salas de aula, despertando o interesse dos alunos.

Parte IV - Informações sobre as atitudes relacionadas ao uso e usuário de álcool

No presente estudo, ao comparar os escores da escala de atitudes do grupo experimental, antes e após o curso, observou-se que houve diminuição na média de todos os escores da escala, após a realização do curso, indicando tendência para atitudes positivas. Houve melhora estatisticamente significativa de forma positiva nas atitudes relacionadas à satisfação pessoal/profissional para trabalhar com dependente de álcool, percepção das características pessoais do alcoolista e habilidade para ajudar os alcoolistas (Tabelas 13 e 33)

Ao se comparar os escores da escala de atitudes do grupo comparado, antes e após o curso, no entanto, percebeu-se que houve poucas variações na média da maioria dos escores da escala de atitudes, porém, houve aumento no valor do Escore S, indicando atitudes negativas, no sentido de habilidades e inclinação para lidar com alcoolistas (Tabelas 14 e 33).

O fato de o grupo comparado, após o curso, apresentar inclinação para atitudes mais negativas, no sentido de habilidades e inclinação para trabalhar com o alcoolista, pode ser entendido como autocrítica incitada a partir da primeira avaliação das atitudes; ou seja, ao serem questionados sobre suas atitudes em relação ao alcoolista, fez com que os estudantes refletissem melhor sobre o tema e se deparassem com dificuldades que até então nem pensavam que existiam.

Em um segundo momento, quando foram comparados os valores dos escores da escala de atitudes dos estudantes do grupo experimental com os do grupo comparado, constatou-se que, antes do curso, os estudantes do grupo comparado apresentaram atitudes mais negativas em relação à satisfação pessoal e profissional para trabalhar com pacientes alcoolistas. Antes mesmo do curso, os estudantes do grupo experimental apresentaram atitudes mais negativas às atitudes pessoais relacionadas ao beber (Tabela 34).

Após o curso de intervenção breve, na comparação dos valores da escala de atitudes entre os dois grupos, notou-se que os estudantes do grupo experimental apresentaram atitudes mais positivas em relação à satisfação pessoal e profissional para trabalhar com pacientes alcoolistas, e habilidade profissional para trabalhar com tais pacientes (Tabela 34).

Isso leva a pensar que a aquisição de conhecimentos pode ter propiciado melhor reflexão sobre o alcoolismo e as questões correlacionadas e, também, pode ter colaborado para que os estudantes tivessem a sensação de maior segurança ao trabalhar com esses pacientes.

Além do mais, o senso comum pode ser a base de muitos preconceitos, e, por isso, na medida em que os estudantes foram expandindo o conhecimento sobre o uso de álcool e suas interfaces, também foi propiciada melhor reflexão a respeito de estereótipos até então preestabelecidos.

O resultado dos estudantes do grupo experimental corrobora os de outras pesquisas, realizadas com estudantes de enfermagem, que avaliaram as atitudes antes e após a aplicação de intervenção educacional sobre intervenção breve. Os

resultados das pesquisas indicaram que também houve mudanças significativamente mais positivas nas atitudes e crenças após a intervenção (ARTHUR, 2001, MARTINEZ; MURPHY-PARKER, 2003; RASSOL; RAWAF, 2008; VADLAMUDI et al., 2008).

Estudo sobre as atitudes de estudantes de enfermagem (n=181), após um curso teórico-prático, com carga horária de quatro horas, sobre intervenção breve; demonstrou que o fato de um curso de intervenção breve mudar positivamente as atitudes de estudantes de enfermagem poderá causar efeitos a longo prazo no comportamento desses futuros profissionais em relação à detecção, aconselhamento e encaminhamento de pacientes com problemas relacionados ao consumo de álcool; isso, por sua vez, gerará modificação positiva na relação com esses pacientes e na efetividade da qualidade da assistência realizada (VADLAMUDI et al., 2008).

Nesse contexto, outra pesquisa também realizada com estudantes de enfermagem (n=212) concluiu que, após intervenção educacional de cinco semanas sobre intervenção breve, as mudanças nas atitudes e no conhecimento dos estudantes, em relação aos pacientes alcoolistas, foram significativas e positivas. O autor apontou esse fato como muito importante, uma vez que a formação do profissional enfermeiro deve suplantar os limites da assistência à saúde tradicional e se qualificar para assistência mais ampliada a essas pessoas (ARTHUR, 2001).

Em uma pesquisa semelhante, Rassol e Rawaf (2008) avaliaram as competências e as habilidades de estudantes de enfermagem (n=110) ao trabalhar com pacientes alcoolistas, após um curso de 10 horas, com ênfase nos cuidados. Os autores concluíram que, embora o curso melhore as suas competências e habilidades, se deve considerar que o mais importante; nesse caso, não é somente a aquisição de conhecimento, mas que as verdadeiras mudanças nas habilidades e atitudes devem ocorrer na “transferência” do conhecimento teórico para a prática, para a oferta de assistência de qualidade às pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias.

Dessa forma, a valorização do relacionamento interpessoal, permeada por sentimentos de confiança e empatia, por meio do contato direto com pessoas que têm problemas, referentes ao uso do álcool, são fundamentais para mudanças de comportamentos e atitudes.

Ao avaliarem as mudanças nas atitudes de estudantes de enfermagem (n=75), frente aos pacientes alcoolistas e da assistência realizada por meio de dois programas educacionais diferentes, Martinez e Murphy-Parker (2003) observaram que somente leituras não contribuíam muito para mudanças nas atitudes dos estudantes, ressaltaram, ainda, que atividades práticas, relacionadas ao assunto (como contato com pacientes bem-sucedidos, por exemplo), geram maiores e melhores mudanças.

Anderson et al. (2004), ao analisaram o impacto de um curso de intervenção breve entre enfermeiros da atenção primária à saúde, mencionaram que, antes de tudo, deve haver disposição terapêutica e o compromisso profissional para ajudar os indivíduos com problemas relacionados ao uso nocivo de álcool.

O efeito positivo, nas atitudes dos estudantes de enfermagem que receberam o curso de intervenção breve, pode ser também percebido quando foram analisadas as mudanças nas variáveis da escala de atitudes (Tabelas 23 a 26).

Dessa forma, os alunos do grupo experimental, após o curso de intervenção breve, apresentaram mudanças nas atitudes de forma negativa em relação às variáveis (Tabela 23):

1. A vida do alcoolista é muito desagradável.

17. Eu acho que meus pacientes se tornariam agressivos se falassem com eles sobre o uso da bebida alcoólica.

Esses mesmos alunos, entretanto, apresentaram mudanças positivas em relação às seguintes variáveis, após o curso de intervenção:

2. Eu me sinto bem em trabalhar com alcoolistas.

3. Os alcoolistas não estão preocupados com seu estilo de vida.

4. Os alcoolistas são pessoas muito sensíveis.

8. Os alcoolistas respeitam seus familiares.

15. A bebida alcoólica é prejudicial quando usada moderadamente.

22. Eu me sinto bem quando trabalho com alcoolistas.

São percebidas as mudanças de atitudes, houve número maior de variáveis que se tornaram positivas em comparação às variáveis negativas entre os estudantes do grupo experimental, após receberem o curso de intervenção breve. Isso parece reforçar a hipótese de que o curso de intervenção breve pode ter influenciado os estudantes a apresentarem atitudes mais positivas.

Em relação às atitudes negativas, pode significar que os alunos que receberam o curso de intervenção breve podem ter percebido que nem sempre o alcoolista se enquadra no estereótipo clássico como “bêbado de sarjeta”, sendo que, algumas vezes, o alcoolista pode ainda ter vida social aparentemente normal.

Quanto a discordarem mais da avaliação, a respeito de os pacientes se tornariam agressivos se falassem sobre o uso da bebida alcoólica, pode ser indicativo de que os estudantes ficariam um pouco menos receosos para trabalhar com esse tipo de paciente.

Essa ambivalência nas atitudes dos estudantes de enfermagem, frente ao paciente alcoolista, também foi identificada por Vargas (2001). Ao analisar os itens da escala de atitudes de estudantes de enfermagem, concluiu que os estudantes ao mesmo tempo que percebem os alcoolistas como fracos, que só querem curtir a vida e são culpados por seus problemas de saúde, também consideram que esses pacientes são doentes, querem se recuperar e não podem e não devem ser considerados imorais.

O estudo de Vargas (2001) também demonstrou, quanto aos sentimentos que o paciente alcoolista desperta no estudante, que a raiva aparece com percentual menor de 10%, mas o medo é um sentimento presente, mais evidenciado nos momentos que envolvem agressividade por parte do paciente.

Por outro lado, os estudantes do grupo comparado, após o curso, apresentaram mudanças de atitudes para positivo em relação às variáveis (Tabela 24):

7. Eu prefiro trabalhar com alcoolistas a outro tipo de paciente.

30. O uso de grandes quantidades de álcool não pode tornar pessoas normais em pessoas fracas normalmente.

Apresentaram, porém, mudanças de atitudes para negativas em relação à variável:

10. Os alcoolistas sofrem de sentimento de inferioridade.

No caso dos alunos do grupo comparado, verificou-se que houve poucas mudanças nas variáveis da escala de atitudes, após o curso de intervenção, sendo que o resultado das variáveis, modificadas para positivo, pode sugerir que esses estudantes tenham refletido sobre o alcoolista ser paciente como outro qualquer, e os limites do beber de baixo risco; ou seja, a simples menção ao problema pode ter gerado pequena mudança.

A exemplo do que foi exposto, um estudo com enfermeiros que trabalhavam em um hospital geral, mesmo com a aquisição de conhecimentos adquirida por meio de um curso de curta duração, sobre o uso nocivo de álcool, resultou em mudanças de atitudes, embora modestas, na assistência realizada aos pacientes alcoolistas (WALTHER et al., 1999).

No presente estudo, quando se comparou as variáveis da escala de atitudes dos estudantes antes do curso de intervenção breve (Tabela 25), verifica-se que os estudantes do grupo experimental apresentaram atitudes negativas nas seguintes variáveis:

2. Eu me sinto bem em trabalhar com alcoolistas.

10. Os alcoolistas sofrem de sentimento de inferioridade.

20. O alcoolista, que não obedece às ordens dos profissionais de saúde, deve ser tratado com indiferença.

18. As pessoas bebem porque querem.

11. Eu sinto que os alcoolistas são infelizes, por apresentarem problemas físicos, como, por exemplo. delirium tremens.

Nessa mesma situação, os estudantes do grupo comparado apresentaram atitudes mais negativas em relação às variáveis:

7. Eu prefiro trabalhar com alcoolistas a outro tipo de paciente.

12. Os alcoolistas merecem um espaço no hospital, como qualquer outro paciente.

26. O alcoolismo é uma doença.

27. Eu me sinto à vontade em falar sobre alcoolismo.

29. Os alcoolistas têm geralmente graves problemas emocionais.

Observa-se que o número de variáveis da escala de atitudes negativas, antes do curso de intervenção breve, foi semelhante.

De acordo com a revisão de literatura, a maioria das atitudes dos estudantes de enfermagem, em relação ao álcool, ao alcoolista e à assistência realizada são negativas e estão relacionadas às dificuldades para trabalhar com esses pacientes, permeadas por sentimentos como receio e insegurança, sem habilidades teóricas e práticas para assistir pessoas com problemas relacionados ao uso nocivo de bebidas alcoólicas (GIL MERLOS, 1985; CARRARO; RASSOOL; LUÍS, 2005; LOPES; LUÍS, 2005; VASQUES MENDONZA; PILLON, 2005; RASSOL et al., 2006; LEMOS et al., 2007).

Nesse contexto, em relação à comparação das variáveis da escala de atitudes dos estudantes de ambos os grupos, agora, após o curso de intervenção breve (Tabela 26), demonstrou-se que o grupo experimental apresentou atitudes negativas nas seguintes variáveis:

17. *Eu acho que meus pacientes se tornariam agressivos se falassem com eles sobre o uso da bebida alcoólica.*

18. *As pessoas bebem porque querem.*

20. *O alcoolista que não obedece às ordens dos profissionais de saúde deve ser tratado com indiferença.*

Nesse sentido, o grupo comparado apresentou atitudes mais negativas nas variáveis:

2. *Eu me sinto bem em trabalhar com alcoolistas.*

3. *Os alcoolistas não estão preocupados com seu estilo de vida.*

4. *Os alcoolistas são pessoas muito sensíveis.*

8. *Os alcoolistas respeitam seus familiares.*

12. *Os alcoolistas merecem um espaço no hospital, como qualquer outro paciente.*

15. *A bebida alcoólica é prejudicial quando usada moderadamente.*

22. *Eu me sinto bem quando trabalho com alcoolistas.*

25. *Quando usada moderadamente, a bebida alcoólica não é prejudicial à saúde.*

27. *Eu me sinto à vontade em falar sobre alcoolismo.*

28. *Embora eu possa ajudar o alcoolista, ele ainda pode continuar bebendo.*

Nota-se que, após o curso de intervenção breve, a quantidade de variáveis negativas do grupo de estudantes que fizeram o curso é menor em relação aos estudantes que não fizeram o curso. Partindo-se desse pressuposto, tem-se indicativos de que as atitudes de estudantes de enfermagem tendem a ser menos negativas após aquisição de conhecimentos, através do curso de intervenção. Tal fato, novamente, evidencia o efeito positivo do curso de intervenção breve nas atitudes dos estudantes de enfermagem.

Ao avaliar o impacto de um curso de intervenção breve em profissionais da atenção primária à saúde, Silva (2004) identificou que, mesmo entre profissionais com perfis diferentes quanto às características sociodemográficas com diferentes

níveis de formação, houve mudanças de atitudes positivas entre esses profissionais após o curso.

É importante salientar algumas considerações realizadas em outros estudos que também identificaram o impacto positivo nas atitudes de estudantes e profissionais de enfermagem, após receberem um curso de intervenção breve, descrito a seguir.

De acordo com Nordqvist et al. (2006), em estudo sobre as mudanças de atitudes em enfermeiros de um serviço de emergência, após curso de intervenção breve, lembraram que, para que as mudanças nas atitudes dos profissionais desencadeiem ações práticas, se torna necessário maior apoio organizacional e institucional.

Nesse sentido, Bendtsen e Akerlind (1999), em pesquisa sobre o impacto de um treinamento sobre intervenção breve entre enfermeiras que atuavam na atenção primária, concluíram que o treinamento pode mudar as atitudes dessas profissionais em relação ao álcool, o alcoolista e sua assistência, mas que esses profissionais ainda têm potencial subutilizado em seus ambientes de trabalho.

Os resultados relacionados às atitudes dos estudantes confirmam a primeira hipótese do estudo; ou seja, que as atitudes de estudantes de enfermagem, em relação ao uso de álcool e ao alcoolista, tornam-se mais positivas após receberem um curso de intervenção breve.

Parte V - Correlação entre idade e atitudes relacionadas ao álcool, ao alcoolista e à assistência.

O estudo mostrou que, para os estudantes de ambos os grupos, houve correlação negativa entre a idade e o Escore Q da escala de atitudes (Tabelas 27 e 28). Esse resultado leva a se pensar que, em função da maturidade, quanto maior a idade melhores serão as atitudes relacionadas à disponibilidade para tratar alcoolistas.

Tal achado pode estar relacionado ainda ao ano letivo em que os alunos se encontram; ou seja, o contato em si com uma variedade de pessoas, dentre os

pacientes alcoolistas, faz com que o estudante perceba esses pacientes como pessoas que devem ser assistidas.

Em outra pesquisa, realizada com alunos dos últimos semestres do curso de enfermagem, houve a oportunidades de aplicar os conhecimentos adquiridos, principalmente, por meio de sessões educativas, trabalhos comunitários, atividades junto a estudantes do ensino fundamental e médio. O grupo do 8º semestre afirmou ter aplicado esses conhecimentos em estágios curriculares e seminários na universidade (BRAGA; BASTOS, 2004).

Parte VI - Correlação entre o padrão de consumo de álcool e as atitudes relacionadas ao álcool, ao alcoolista e à assistência prestada

O presente estudo mostrou que, entre os alunos do grupo experimental, antes do curso de intervenção breve, houve correlação negativa entre os valores do AUDIT e os escores S e U da escala de atitudes; ou seja, quanto maior o padrão de consumo de álcool mais positivas foram as atitudes relacionadas às habilidades pessoais e profissionais para trabalhar com alcoolistas e as atitudes pessoais, em relação ao uso do álcool (Tabela 29).

Após o curso, para esses mesmos estudantes, houve correlações negativas entre os valores do AUDIT e o escore U, referente às atitudes pessoais, ou seja, quanto maior o consumo do álcool mais positivas são as atitudes em relação ao beber (Tabela 30).

O resultado dessa correlação pode ser claramente entendido, uma vez que o estudante que fazia uso de bebidas alcoólicas tendia a apresentar atitudes de maior aceitação em relação ao consumo de álcool. As pesquisas evidenciam que o consumo de álcool está bastante presente entre os estudantes de enfermagem (MARÇAL; ASSIS; LOPES, 2005; PILLON; CORRADI-WEBSTER, 2006; BALAN; CAMPOS, 2006; RODRIGUES et al., 2007; MIRANDA et al., 2007; MARDEGAN et al., 2007; STAM; BRESSAN, 2007; LEITE; SANTOS; MARQUES, 2008; BOTTI; LIMA;SIMÕES, 2010).

Como exemplo, a pesquisa de Braga e Bastos (2004), sobre o uso de substâncias psicoativas entre estudantes de um curso de enfermagem, mostrou que

o álcool foi a substância mais utilizada, sendo maior no grupo de estudantes do terceiro ano, quer experimentando (90%) ou com uso esporádico. Merecendo destaque o uso frequente de álcool em 7% dos alunos do quarto ano, considerando-se ser esse um grupo predominantemente feminino e de estudantes da área da saúde.

Entre os estudantes do grupo comparado, não houve correlação entre os valores do AUDIT e os escores da escala de atitudes, nem antes nem após o curso de intervenção breve (Tabelas 31 e 32).

No momento em que foi realizada a correlação entre os valores do AUDIT e os escores da escala de atitudes, comparando-se os alunos entre os grupos, foi identificado que entre aqueles do grupo comparado, após o curso, o padrão do uso de álcool diminuiu, com diferenças estatisticamente significativas (Tabela 33).

Esse resultado, como mencionado anteriormente, pode sugerir que o curso de intervenção breve não necessariamente gerou impacto no padrão de consumo de bebidas alcoólicas, entre os estudantes de enfermagem. No entanto, outros estudos são necessários a esse respeito.

As demais variáveis sociodemográficas e os aspectos relacionados ao beber não puderam ser correlacionadas estatisticamente aos valores do AUDIT e com os escores relativos à escala de atitudes, por apresentarem frequências muito baixas.

Conclusão

8 CONCLUSÃO

As instituições de ensino superior podem representar ambiente promissor para a formação da pessoa como um todo, considerando que, na maioria das vezes, o perfil do aluno ingressante na universidade é de pessoas bastante jovens, que estão saindo da adolescência, período que ainda envolve a conformação de ideias, comportamentos, opiniões, (pré)conceitos. Esse estudante está em um momento propício para o ajustamento de novas atitudes, a partir da reflexão ou reavaliação das antigas concepções.

As atitudes dos estudantes de enfermagem se tornam mais positivas após receberem um curso sobre intervenção breve, identificadas na comparação das atitudes dos estudantes antes e depois do curso, em ambos os momentos avaliados.

Essa informação é relevante no sentido de fornecer indicadores de que as atitudes pessoais e a inclinação para cuidar de pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool podem ser modificadas, a partir do momento em que se oferece suporte teórico-prático mínimo sobre esse assunto, ajudando a repensar ou mesmo modificar alguns estereótipos que tanto dificultam a assistência a ser realizada.

Pode-se concluir sobre a importância de se investigar as atitudes de modo prospectivo, ao longo de todo o curso de enfermagem, e, posteriormente, na vida profissional, com esses estudantes já inseridos no contexto de trabalho. Isso auxiliaria entender como a aquisição de conhecimentos específicos pode contribuir para a prática assistencial, junto aos usuários nocivos de bebidas alcoólicas.

O estudo também mostrou que, de modo geral, o curso de intervenção breve não influencia o modo de beber dos estudantes, visto que poucas variações aconteceram nos estudantes do grupo comparado.

Esse achado denota a necessidade de conhecer melhor o comportamento do beber entre os estudantes de enfermagem, quais variáveis influenciam esse comportamento, o que implica nesse contexto, o que protege ou predispõe o uso nocivo de álcool, e, por fim, quais as melhores estratégias para o enfrentamento dessa questão.

Outro resultado a ser considerado no presente estudo refere-se à correlação positiva entre idade do estudante e a disponibilidade para realizar assistência junto

aos pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool. Tal resultado demonstra que a maturidade do aluno, nesse caso, talvez com as possíveis experiências pessoais e/ou acadêmicas sobre as questões relativas ao uso do álcool, apresente efeito positivo na maneira de atender os pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool.

A contribuição desse estudo está no fato de que, oferecer mais subsídios sobre a aquisição de conhecimentos, pode modificar as atitudes e a assistência realizada junto à pessoa com problemas relacionados ao uso do álcool e ao alcoolismo, uma vez esse assunto ainda é pouco explorado na literatura nacional e internacional.

Vale ressaltar também a originalidade do presente estudo na produção científica nacional na área da enfermagem.

Dentre as limitações do estudo, destaca-se a amostra por conveniência, uma vez que a participação dos estudantes no estudo foi voluntária, isso talvez tenha involuntariamente pré-selecionado os estudantes que já apresentassem maior interesse no assunto, e talvez mais predisposição para mudanças.

Outra limitação se refere ao ambiente em que o estudo foi realizado, que não pode ser controlado pelo tempo em que decorreu o curso, outras variáveis não mensuradas podem ter interferido nas mudanças de atitudes dos estudantes que participaram do estudo, e não apenas a ocorrência do curso sobre intervenção breve, como, por exemplo, o aluno ter buscado informações adicionais fora do curso, ou mesmo por meio do contato com pacientes alcoolistas, durante as práticas e/ou estágios acadêmicos.

Outros estudos, portanto, são necessários para explorar esse tema, com outras amostras, em diferentes locais, bem como aquelas que adotem outros métodos de pesquisa, ou que abordem outras metodologias de aprendizagem a respeito de intervenções breves para o uso abusivo de álcool, o uso de outras técnicas motivacionais, de práticas e vivências junto a pacientes alcoolistas ou de outras estratégias de ensino.

Conclui-se que a aquisição de conhecimento teórico-prático pode ser fator potencial para gerar mudanças nas atitudes dos futuros profissionais enfermeiros, responsáveis pela assistência a pessoas com problemas relacionados ao uso de bebidas alcoólicas, merecendo estar incluído dentre os componentes curriculares dos cursos de graduação em enfermagem.

Apesar de todos os percalços encontrados no caminhar do docente do curso de enfermagem e em sua relação com o discente, pode ser animador pensar que o investimento em formação profissional comprometida com a qualidade de ensino, a qual procura oferecer subsídios teóricos e práticos dentre os mais relevantes problemas de saúde pública, como é a questão do uso nocivo de álcool enfocado por esse estudo; possa contribuir não apenas para a capacitação técnica do futuro profissional, mas também o ajude em seu desenvolvimento pessoal.

Referências

REFERÊNCIAS ¹

- AALTO, M.; PEKURI, P.; SEPPÄ, K. Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. **Addiction**, London, v. 96, p.305–311, 2001.
- AALTO, M.; PEKURI, P.; SEPPÄ, K. Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking: a patient perspective. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v.66, p.39–43, 2002.
- AALTO, M.; PEKURI, P.; SEPPÄ, K. Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking during a 3-year brief intervention implementation project. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v.69, p.9-14, 2003.
- AALTO, M.; PEKURI, P.; SEPPÄ, K. Obstacles to carrying out brief intervention for heavy drinkers in primary health care: a focus group study. **Drug and Alcohol Review**, Abingdon, jun., v. 22, p. 169 – 173, 2003.
- AALTO, M.; HYVONEN, S.; SEPPÄ, K. Do primary care physicians' own AUDIT scores predict their use of brief alcohol intervention? A cross-sectional survey. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v.25, 2005.
- ALBERDI-ERICE et al. Trends in smoking and alcohol consumption among nursing students. **Enferm. Clin**, Barcelona, mar-apr.v.17, n.2, 2007.
- ALLPORT, G.W. Attitudes in the History of Social Psychology. In: WARREN, A.; JAHODA, M. **Attitudes**. Penguin Modern Psychology Reading – Second Edition. 1973.
- ALMEIDA, M. M.; OLIVEIRA, M. A.; PINHO, P. H. O tratamento de adolescentes usuários de álcool e outras drogas: uma questão a ser debatida com os adolescentes? **Rev. psiquiatr. clín.** [online], São Paulo, vol.35, supl 1, p.76-81, 2008.
- AMORIM, A.V.C; et al. Álcool e alcoolismo: estudo de prevalência entre discentes do curso de Medicina da UNIFENAS em Belo Horizonte – Minas Gerais. **Revista Médica de Minas Gerais – RMMG**, Belo Horizonte, vol. 18, n.1, 2008.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

ANDRADE, A.G.; et al. Uso de álcool e drogas em alunos da graduação da Universidade de São Paulo. **Rev ABP-APAL**, São Paulo, v.19, n.2, p.53-9, 1997.

ANDERSON, P. et al. Attitudes and managing alcohol problems in general practice an interaction analysis based on findings from a WHO collaborative study. **Alcohol & Alcoholism**, Oxford, v. 39, n. 4, p. 351–356, 2004.

ANDRADE, T.M; ESPINHEIRA, C.G.D. A presença das bebidas alcoólicas e outras substancias na sociedade brasileira. In: ANDRADE, T.M. **O uso de substancias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas, publicas e fatores culturais**. Brasília – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Curso SUPERA, 2008.

ANDRETTA, I; OLIVEIRA, M.S. Efeitos da entrevista motivacional em adolescentes infratores, **Estud. Psicol**, Campinas, v.25, n.1, jan-mar, p.45-53, 2008.

ANTHONY, J.C. Consumo nocivo de álcool: dados epidemiológicos mundiais. In: ANDRADE, A.G; ANTHONY, J.C; SILVEIRA, C.M. **Álcool e suas conseqüências : uma abordagem multiconceitual**. Barueri- SP : Minha Editora, 2009.

ARTHUR, D. The effects of the problem-based Alcohol Early-Intervention Education Package on the knowledge and attitudes of students of nursing. **J Nurs Educ**, Thorofare, v.40, n.2, p. 63-72, 2001.

ASCH, S.E. **Psicologia social**. 4^a ed. São Paulo, Editora Nacional, 1997.

ASSUNÇÃO A.N. **Alcoolismo e Ensino de Enfermagem**: convergências e divergências entre o discurso e a prática. Florianópolis: Ed. Universitária UFPel, 2000.

BALAN, T. G.; CAMPOS, C.J.G. Padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre graduandas de enfermagem de uma Universidade Estadual Paulista. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 2, n.2, p.1-12, 2006

BALESTROS J, et al. Brief Interventions for hazardous drinkers delivered in primary care equally effective in men and womem. **Addiction**, v.99, n.1, p.3-4, 2004.

BALWIN, J.N. et al. Assessment of alcohol and other drug use behaviors in health professions students. **Subst Abus**, v. 27, n.3, p. 27-37, 2006.

BARBOR T; HIGGINS-BIDDLE J.C . Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health, **Addiction**, London, v.95, n.5, p.677–686, 2000.

BARBOR T; HIGGINS-BIDDLE J.C . **Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol: um manual para la utilización en Atención Primaria**. OMS: Departamento de Salud Mental y Dependência de Substancias. 2001a.

BARBOR, T. et al. **AUDIT – the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care**. Geneva: World Health Organization, 2001b.

BARNES, H.N; SAMET, J.H. **Intervenções Breves para pacientes que abusam de drogas**. The Medical clinics of North America, 1997.

BARROS, M. A. **Os profissionais do Programa Saúde da Família frente ao uso, abuso e dependência de drogas**. 2006.114f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2006.

BEM, D.J. **Convicções, atitudes e assuntos humanos**; São Paulo: EPU, 1973.

BENDTSEN, P; AKERLIND, I. Changes in attitudes and practioners in primary health care with regard to early intervention for problem drinkers. **Alcohol & Alcoholism**, Oxford, v.34, n. 5, p.795-800, 1999

BERTHOLET; N; et al.Reduction of Alcohol Consumption by Brief Alcohol Intervention in Primary Care: Systematic Review and Meta-analysis **Arch Intern Méd**, Chicago, v.165, p.986-995, 2005.

BONI, R., et al.Os conteúdos álcool e drogas no ensino de enfermagem da UFES: uma análise crítica.**Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 01, p.38-46, 2004.

BORINI, P, et al. Padrão de uso de bebidas alcoólicas de estudantes de medicina (Marília, São Paulo): parte 1. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v.43, n.2, p.93-103, 1994.

BOTTI, N.C.L; LIMA, A.F.D; SIMOES, W.M.B. Uso de Substancias psicoativas de enfermagem da Universidade Católica de Minas Gerais, **SMAD**, Ribeirão Preto, v.6, n.1, p.7-15, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 que envolve pesquisa em seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde. 1996.

BOTT, K; et al. Psychiatric disorders among at-risk consumers of alcohol in the general population. **J Stud Alcohol**, New Brunswick, v.66, n.2, p.246-53, 2005.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura (BR). **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Brasília (DF): Ministério da Educação e Cultura, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional sobre o álcool e dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido e sua associação com a violência e a criminalidade**. Decreto 6.117, de 22 de maio de 2007. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

BRAGA, V.A.B; BASTOS A,F,B. Formação do acadêmico de enfermagem e seu contato com as drogas psicoativas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.13,n.2, p.241-9, 2004.

CAMPOS, C.J.G. **O atendimento de enfermagem ao alcoolista em pronto socorro geral: conceitos, sentimentos e práxis**. In: Luis, M.A.V. organizador. Programa e Resumos do 6 encontro de pesquisadores de saúde mental e 5 encontro de especialistas em enfermagem psiquiátrica. Ribeirão Preto: FIERP/EERP/USP/FAPESP, 2000.

CARRARO, T. E.; RASSOOL, G.H; LUIS, M.A.V. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no Sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. spe,oct, p.863-71, 2005.

CARLINI-COTRIM, B; MATTA CHASIN A.A. Blood alcohol content and deaths from fatal injury: a study in the metropolitan area of São Paulo, Brazil. **J Psychoactive Drugs**, San Francisco, v. 32, n.3, p.269-75, 2000.

CARLINI, E.A. Epidemiologia do Uso de Álcool no Brasil. **Arq Méd ABC**, Santo André, p. 4-7, 2006; Supl.2.

CARRARO, T.E; RASSOL, G.H; LUIS, M.A.V. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no sul do Brasil: Atitudes e crenças de estudantes de enfermagem sobre o cuidado. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, set-out, p.863-871, 2005.

CASTRO, L. A.; LARANJEIRA, R. Ensaio clínico duplo-cego randomizado e placebocontrolado com naltrexona e intervenção breve no tratamento ambulatorial da dependência de álcool. **J. bras. Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p.79-85, 2009.

CHIAPETTI, N.; SERBENA, C. A. Uso de álcool, tabaco e drogas por estudantes da área de saúde de uma Universidade de Curitiba. **Psicol. Reflex. Crit**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p.303-13, 2007.

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

CORRADI-WEBSTER, C; et. al. Capacitação de profissionais do PSF em estratégias de diagnóstico e Intervenção Breve para o uso problemático de álcool, **SMAD**, v.1, n.1, p. 10, 2005.

CRUZ, M.S; FERREIRA, M.B. A rede de saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: papel das UBS, Caps ad, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos. IN: Cruz, M.S. **As redes comunitárias e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas**. Brasília: Secretaria nacional de Políticas Sobre drogas, Curso SUPERA, 2008.

DELGADO, P.G; CORDEIRO, F. A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasil. IN; ANDRADE, T.M. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, políticas pública e fatores culturais**. Brasília: Secretaria nacional de Políticas Sobre drogas, Curso SUPERA, 2008.

DELORS, J et al. **Educação um tesouro a descobrir**: Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. São Paulo: Cortez. 1996.

DE MICHELI, D; FISBERG,M; FORMIGONI, M.L.O.S. Estudo da efetividade da Intervenção Breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primaria a saúde, **Rev Assoc Med Brás**, São Paulo, v.50, n.3, p.305-13, 2004.

DE MICHELI,D; FORMIGONI,M.L.O.S. **Intervenção breve para casos de risco de substancia psicoativas**: Brasília: Secretaria nacional de Políticas Sobre drogas. Curso SUPERA, 2008.

DICLEMENTE C.C, PROCHASKA J.O. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. In: MILLER, W.R; HEATHER, N. **Treating Addictive Behaviors**. New York, NY: Plenum Press; 1998.

DSM-IV - **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1995.

DOMINGOS, N. A. M.; DOMINGOS, J.C.V. Levantamento sobre o uso de álcool e drogas em universitários. **Rev. bras. ter. cogn**, São Paulo, jun, vol.1, n.1, p.75-82, 2005.

DUARTE, P.C.A.V; CARLINI-COTRIM B. Álcool e violência: estudo dos processos de homicídios julgados nos Tribunais de Júri de Curitiba, PR, entre 1995 e 1998.**Jornal Brasileiro de Dependências Químicas**, São Paulo, v.1, n.1, p.17-25, 2000.

EAGLY,A.H;CHAIKEN,S. **The psychology of attitudes**. HBJ Harcourt Brace Jovanovich College Publishers .USA .1994.

ENRIQUEZ FLORES, I.E.; LUIS, M.A.V. Uso y actitudes relacionados a las drogas en las estudiantas de enfermería de la Universidad Mayor de San Andrés. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. spe, abr, p.376-82, 2004.

FAUSTINO R.L.H; EGRY E.Y. A formação da enfermeira na perspectiva da educação reflexões e desafios para o futuro. **Rev Esc Enferm USP**, São paulo, v.36, n.4, p.332-7, 2002.

FERNANDES, J.D. et al. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.39, n.4, p.443-9, 2005.

FIGUEIREDO, M.A. Escalas Afetivo-Cognitivas de Atitude. Construção, Validação e Interpretação de Resultados. In: ROMANELLI, G. ;BIASOLI-ALVES, Z.M.M. **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto, SP: USP Pós-graduação em Psicologia. 1998.

FIORINI, J.E. et al . Use of licit and illicit drugs at the university of Alfenas. **Rev. Hosp. Clin**, São Paulo, v. 58, n. 4, p.199-206, 2003

FISHBEIN, M.; AJZEN, I. **Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory research**. Reading MA: Addison-Wesley.1975.

FLEMING, M; MANWELL L. Brief intervention in primary care settings: a primary treatment method for at-risk, problem and dependent drinkers. **Alcohol Res Health**, Rockville, v.23, p.128-37,1999

FLORIPES, T. M. F. **Beber se embriagando (binge drinking): estudo de uma população de estudantes universitários que fazem uso do álcool de risco**. 2008. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu. 2008.

FORTES, J.R.A; CARDO W.N. **Alcoolismo: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Sarvier.1991.

FRANCA. C; COLARES, V. Estudo comparativo de condutas de saúde entre universitários no início e no final do curso, **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.3, p. 420-7, 2008.

FUNAI. A. **Uso de álcool e religiosidade entre estudantes de enfermagem**.2010.92f.Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica). – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2010.

GALDURÓZ, J.C; CAETANO, R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 26, p.3-6, 2004. Supl I.

GALDUROZ, J.C.F. et al . Fatores associados ao uso pesado de álcool entre estudantes das capitais brasileiras. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p.267-73, 2010.

GAWRYSZEWSKI V.P; et al. Informações sobre homicídios e sua integração com o setor saúde e segurança pública. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v.39, n.4, p.626-33, 2005.

GÊNESIS. BÍBLIA. Português. **A bíblia sagrada**. Tradução João Ferreira de Almeida. Brasília: Sociedade Bíblica do Brasil, 1969. Cap. 1-9.

GIGLIOTTI, A; BESSA, M.A. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v.26, p.11-13, 2004, Supl I.

GIL-MERLOS, A.S. **Aceitação e rejeição do alcoolismo: um estudo com alunos de enfermagem** [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1985.

GRIFFITHS, R.D, et al. Drink a little; take a few drugs: do nurses have knowledge to identify and manage in-patients at risk of drugs and alcohol? : **Drug Alcohol Rev**. Abingdon, v.26, n.5, p.545-52, 2007.

GUILFORD, J.P. **Psychometric Methods**. New York: McGraw-Hill Book Company, 2 ed,1954.

HANSON G, VENTURELLI. **Drugs and Society**. Jones and Bartlett Publishers – 6th edition.2001.

HAPPELL B; CARTA B; PINIKAHANA J. Nurses' knowledge, attitudes and beliefs regarding substance use: a questionnaire survey. **Nurs Health Sci**, Carlton, v.4, n.4, dez, p.193-200, 2002.

HECKMANN , W; SILVEIRA, C.M. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: ADRADE,A.G; ANTHONY,J.C;SILVEIRA,C.M. **Álcool e suas conseqüências : uma abordagem multiconceitual**. Barueri- SP : Minha Editora, 2009.

HILL E, GAUER G, GOMES W.B. Uma análise semiótico-fenomenológica das mensagens auto-reflexivas de filhos adultos de alcoolistas. **Psicologia: reflexão e crítica**. [on line], Porto Alegre, v.11,n.1. 1998

HOFFMAN A, HEINEMAN M.E. Substance abuse education in school of nursing: A national survey. **J Nurs Educ**, Thorofare, v. 26, p.282–287,1987.

HUNTER FAGER J; MAZUREK MELNYK, B. The effectiveness of intervention studies to decrease alcohol use in college undergraduate students: an integrative analysis, **Worldviews Evid Based Nurs**, Malden, v.1,n.2, p. 102-19, 2004.

INDIG, D. et al. Attitudes and beliefs of emergency department staff regarding alcohol-related presentations. **Int Emerg Nurs**, Limerick, v.17, n.1, jan, p.23-30, 2009.

KAHAN, M; WILSON, L; BECKER, L. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review. **CMAJ**, Ottawa, v.152, n.6, p.851-9, 1995.

KANER, E.F.S; et al.. **Efectividad de las intervenciones breves para controlar el consumo de alcohol en poblaciones que asisten a centros de atención primaria**. In: La Biblioteca Cochrane Plus, Oxford: Update Software Ltd, 2008.

KANERA, E; et al.Promoting brief alcohol intervention by nurses in primary care: a cluster randomised controlled trial. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v.51, p. 277–284, 2003.

KAWAKAME, P. M.G; MIYADAHIRA, A.M.K. Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p.164-72, 2005.

KELLEHER S; C.; PKELLEHER, S; COTTER, P. A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. **Int Emerg Nurs**, Limerick, v.17, n.1, jan, p.3-14, 2009.

KERR-CORREA, F;et al . Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp. **Rev. Bras. Psiquiatr.**,São Paulo, v. 21,n. 2, ,jun, p.95-100, 1999 .

LACEY, J. Alcohol brief interventions: exploring perceptions and training needs. **Community Pract**, London. v.82, n.6, p.30-3, 2009.

LARANJEIRA, R.; SURJAN J. Conceitos básicos e diagnóstico. **Jornal Brasileiro de Dependências Químicas**, São Paulo, v. 2, supl 1, p.2-6, 2001.

LARANJEIRA, R. et al. **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2 ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo/ Associação Médica Brasileira. 2003.

LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n.1, p. 68-77, 2004.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento Nacional do sobre os padrões do consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas. 2008.

LEITE, F. M. S; SANTOS, L. P; MARQUES, C. P. Consumo de álcool entre os acadêmicos de enfermagem. **REEUNI** – Revista Eletrônica de Enfermagem do UNIEURO, Brasília, v.1, n.3, set-dez, p. 42-56, 2008.

LEMOS, B.K.J. et al. Fenômeno das drogas: crenças e atitudes de graduandos de enfermagem. **R Enferm UERJ**.v.15, n.12, out-dez, p. 538-43, 2007.

LEMOS, K.M. et al . Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Medicina de Salvador (BA). **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34, n. 3, p.118-127, 2007.

LOPES, G.T; LUIS, M.A.V. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no estado do Rio de Janeiro - Brasil: atitudes e crenças. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. spe, out, p.872-9, 2005 .

LUCAS, A.C. S. et al . Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, mar, p.673-671, 2006.

LUIS, M. A. V.; PILLON, S. C. O conhecimento dos alunos de Enfermagem sobre álcool e drogas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 1, p.21-27, 2003.

MANSUR, J. **O que é alcoolismo?**. São Paulo: Brasiliense. 1988.

MARÇAL, C.L.A; ASSIS, F; LOPES, G.T. o uso de bebidas alcoólicas entre estudantes do curso de enfermagem da universidade do estado do rio de janeiro (FENF/UERJ). **SMAD**, v.1, n.2, 2005.

MARDEGAN, P.S. et al . Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de enfermagem. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 260-266, 2007.

MARQUES, A.C.P.R.,FURTADO,E.F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Rev Bras Psiquiatr** , São Paulo, v.26, supl I, p. 28-32, 2004.

MARTINEZ, R.J; MURPHY-PARKER,D. Examining the Relationship of Addiction Education and Beliefs of Nursing Students Toward Persons With Alcohol Problems. **Archives of Psychiatric Nursing**, Orlando, v.17, n. 4, p. 156-164, 2003.

MATOS, S. F.G.; et al. Consumo de drogas e desempenho acadêmico entre estudantes de Ceará. **Rev Psiquiat Clin**, São Paulo, v. 26, n.4, p.188-194, 1999.

MATUTE, R. C.; PILLON, S. C. Alcohol consumption by nursing students in Honduras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. esp, p. 584-489, 2008.

MCCORMICK, K.A. et al. How Primary Care Providers Talk to Patients About Alcohol A Qualitative Study. **J GEN INTERN MED**; Philadelphia, v.21, p.966–972, 2006.

MENDOZA, E.V.; PILLON, S.C.La formación de enfermeras y el fenómeno de las drogas en Colombia: conocimientos, actitudes y creencias. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. spe, out, p.845-853, 2005.

MESQUITA, A.M. et al Estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: uso de substâncias psicoativas em 1991. **Rev ABP-APAL**, São Paulo, v.17, n.2, p. 47-54, 1995.

MILLER,W.R.;SANCHES, V.C. **Motivating young adults for treatment and lifestyle change**. In: HOWARD, G. Issues in alcohol use misuse in young adults. Notre dame, In: university of notre dame press. 1993.

MILLER, W.R., ROLLNICK, S. - Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

MIRANDA et al. Predisposição ao uso e abuso de álcool entre estudantes de graduação em enfermagem da UFRN. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 11, n.4, dez, p. 663 – 9, 2007.

MUNDIT, M.P. Analyzing the costs and benefits of brief intervention. **Alcohol Research & Health**, Rockville, v.29, n.1, p. 34-35, 2006.

NAVARRETE,P.R.; LUIS, M.A.V. Clinical nurses attitude towards alcoholic patients. **Rev Lat Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, (numero especial), mar-abr, p.420-6, 2004.

NERY FILHO, A; MIRANDA, M ; MEDINA M.G. **Efeito da alcoolemia numa amostra da população urbana de Salvador**. Seminário internacional:o uso e abuso de drogas, CETAD, Bahia, 1995.

NEUMANN, B,R,G. Intervenção breve. In: **A intervenção breve na dependência de drogas: a experiência brasileira**. São Paulo: Contexto; 1992.

NEWBURY-BIRCH, D.; WALSHAW, D.; KAMALI, F. Drink and drugs: from medical students to doctors. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v. 64, p. 265-270, 2001.

NORDQVIST, C. et al. Attitude changes among emergency department triage staff after conducting routine alcohol screening. **Addictive Behaviors**, New York, v. 31, n.2, p.191–202, 2006.

NUNNALLY Jr,J. **Introduction to Psychological measurement**. New York: MxGraw Hill.1970.

OCKENE, J.K. et al. Provider training for patient-centered alcohol counseling in a primary care setting. **Arch Intern Med**; Chicago, v.157, n.20, p. 2334-41, 1997.

OLIVEIRA E, MELCOP A.G. **Álcool e transito**. Instituto RAID /COFEN-MS/DETRAN-PE. Recife,2004.

OLIVEIRA,M;SOIBELMANN,M.;RIGONI,M. Estudo de crenças e expectativas acerca do álcool em estudantes universitários, Granada Espanha, **International Journal of clinical and health psychology**, Granada, v.17, n.2, 2007.

OLIVEIRA JUNIOR, H. P. et al . Percepção dos estudantes universitários sobre o consumo de drogas entre seus pares no ABC Paulista, São Paulo, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. spe, p.421-433, 2009.

OMS. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Artes Médicas:Porto Alegre,1993.

OMS.**Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2001.

OMS.The **World Health Report 2002** - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, World.Health Organization, 2002.

OMS. **Global status report on alcohol**. Genebra: WHO, 2004.

OMS. **Segundo informe**. Comité de Expertos de la OMS en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol. Reunión. Ginebra, Suiza. OMS. Series de Informes Técnicos.2006.

OWENS, L; GILMORE, I.T; PIRMOHAMED, M. General practice nurses' knowledge of alcohol use and misuse: a questionnaire survey. **Alcohol Alcohol**, Oxford, v.35, p.3, mai-jun, p.259-62, 2000.

PEREIRA, D. S. et al . Uso de substâncias psicoativas entre universitários de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 3, p.188-195, 2008 .

PEUKER, A.C.; ; BIZARRO, L.Expectativas e beber problemático entre universitários. **Psic. Teor. e Pesq**, Brasília, v.22, n.2, p. 193-200, 2006.

PILLON, S.C. **O uso de álcool e a educação formal dos enfermeiros**. 2003. 91f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 2003.

PILLON, S.C. Atitudes dos Enfermeiros com relação ao alcoolismo: uma avaliação de conhecimentos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 7, n.3, p.303-307, 2005.

PILLON S.C; LARANJEIRA R.Formal education and nurses' attitudes towards alcohol and alcoholism in a Brazilian sample. **Sao Paulo Med J**, São Paulo, v.123, n.4, p. 175-80, 2005.

PILLON, S.C.; O'BRIEN, B.;CHAVEZ, K.A.P. A relação entre o uso de drogas e comportamentos de risco entre universitários brasileiros. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.13, n.spe2, p.1169-1176, 2005.

PILLON.S.C; LUIS, M.A.V; LARANJEIRA.R. Atitudes dos enfermeiros relacionadas ao alcoolismo. **Nursing (São Paulo)**. v.9, n.96, maio, p.811-16, 2006.

PILLON, S.C; CORRADI-WEBSTER, C.M; Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool entre estudantes universitários. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, jul-set, p.325-32, 2006.

PROCHASKA, J. O. ; DICLEMENTE, C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, v.20, p.161-173, 1982.

PROCHASKA, J. O. ; DICLEMENTE, C. **Stages of change in the modification of problem behaviors**. In : HERSEN, M; EISER, M; MILLER, W. Progress in behavior modification . Sycamore: Sycamore Press. 1992

PULFORD, J. et al. Alcohol assessment: the practice, knowledge, and attitudes of staff working in the general medical wards of a large metropolitan hospital. **N Med J**, Sidney, v.120, n.1257, 2007.

RAMOS, L.H, et al . O Ensino sobre Dependência Química em cursos de Graduação de Enfermagem no Brasil. **Rev Acta Paul Enf**, São Paulo, v.14, n.3, p.35 – 43, 2001.

RASSOL, G.H; et al. Undergraduate nursing students' perceptions of substance use and misuse: a Brazilian position. **J Psychiatr Ment Health Nurs**, Oxford, v.13, n.1, fev, p.85-9, 2006.

RASSOOL, G.H; RAWAF,S. .Educational intervention of undergraduate nursing students' confidence skills with alcohol and drug misusers. **Nurse Education Today**, Edinburgh, v.28, p. 284–292, 2008.

REHM J, et al. **Alcohol consumption and the global burden of disease 2002**. Ginebra: OMS, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Dirección de Toxicomanías; 2006.

REIFF-HEKKING, R.; et al. Brief Physician and Nurse Practitioner–delivered Counseling for High-risk Drinking Results at 12-Month Follow-up. **J Gen Intern Med**, Philadelphia, v.20, p.7–13, 2005.

REYES N, P; LUIS, M. Atitude de enfermeira de um complexo hospitalar em relação ao paciente alcoólico. **Revista Latino americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, mar-abr. p.420-426, 2004.Número especial.

RODRIGUES, A.P., et al. Avaliação do nível de propensão para o desenvolvimento do alcoolismo entre estudantes do curso de graduação em enfermagem da Universidade Católica Dom Bosco. **SMAD**, fev, v.3, n.1, 2007

RONZANI, T.M. et al. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, mai-jun, v.21, n.3, p. 852-861, 2005.

RONZANI, T.M. et al . Estratégias de rastreamento e intervenções breves para problemas relacionados ao abuso de álcool entre bombeiros. **Estud. psicol.** (Natal), Natal, v. 12, n. 3, dec, p.285-290, 2007.

RONZANI, T.M. et al. Prevenção do uso de álcool na atenção primária. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.43, supl 1, p.51-61, 2009.

RONZANI T.M; HIGGINS-BIDDLE J; FURTADO E.F. Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. **Soc Sci Med**, Oxford, v.69, n.7, oct, p.1084-4, 2009.

ROKEACH. M. **Crenças, atitudes e valores**. Rio de janeiro: Interciência, 1981.

ROTHERAM, F. Nurses and alcohol problems. **Nurs Times**, London, v.76, p. 2197–2198, 1980.

SALDANHA, V.B.; et al. Epidemiologia do uso de álcool em estudantes da Universidade Federal de Santa Maria. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.43, n.12, p.655-658, 1994

SANCHEZ, Z.M.; OLIVEIRA, L.G.; NAPPO, S.A. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, aug, p.599-605, 2005.

SANTOS, S.R. Análise das atitudes de enfermeiros e estudantes de enfermagem na Paraíba-BR quanto a utilização do computador. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.6; nov-dez, p.56-61, 2001.

SANTOS, W. J; SAKAE, T.M; ESCOBAR, B.T. Relação entre o uso de drogas e comportamento sexual de risco em universitários de um Curso de Medicina **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 53, n.2, abr.-jun, p. 156-164, 2009

SEGATTO, M.L. et al. Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência:perspectivas e desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23 n.8, ago, p.1753-1762, 2007

SILVA.C.J.**Impacto de um curso em diagnóstico e tratamento do uso nocivo e dependência do álcool sobre a atitude e conhecimento de profissionais da rede de atenção primária à saúde.** Tese (Doutorado) 190f. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação do Departamento de Psiquiatria. São Paulo: UNIFESP, 2005.

SILVA, L.et al .Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, apr, p.280-8, 2006.

SILVA, A.P; BEZERRA, A.L.S. Consumo de álcool entre universitários. **Revista Ciências do Ambiente On-Line**, Campinas, ago, v.3, n.2, 2007.

SCHIMID J, SCHIMID D. Nursing students' attitudes towards alcoholics. **Nurs Res**, New York, v.22, p.246–248, 1973.

SOLDERA, M. et al . Uso pesado de álcool por estudantes dos ensinos fundamental e médio de escolas centrais e periféricas de Campinas (SP): prevalência e fatores associados. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 3, sep, p.174-179, 2004.

SPINDOLA, T.; MARTINS, E. R.C.; FRANCISCO, M.T.R. Enfermagem como opção: perfil de graduandos de duas instituições de ensino. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 2, apr, p.164-9, 2008.

STAMM, M; BRESSAN,L. Consumo de álcool entre estudantes do curso de enfermagem de um município do oeste catarinense. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.6, n. 3, p.319-324, 2007.

STARKEY, P.J. Nurses' attitudes toward alcoholism. **AORNJ**; Denver, v.31, n.5, p. 819 – 832, 1980.

STEMPLIUK, V.A. et al . Comparative study of drug use among undergraduate students at the University of São Paulo: São Paulo campus in 1996 and 2001. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 27, n. 3, sep, p.185-93, 2005.

TAVARES, B. F., BÉRIA, J. U.; LIMA, M. S. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.6, p.787-796, 2004.

TEIXEIRA, E. et al . Trajetória e tendências dos cursos de enfermagem no Brasil. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 4, aug, p.479-87, 2006.

TOCKUS, D.; GONCALVES, P. S. Detecção do uso de drogas de abuso por estudantes de medicina de uma universidade privada. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 3, p.184-87, 2008.

TSAI, Y.F . Nurses' perceived facilitators and barriers to assessing for alcohol use in Taiwan. **J Clin Nurs**, Oxford, v.18, n.14, p.2078-86, 2009.

VARGAS, D. **Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente ao paciente alcoolista**.2001.147f.Dissertação.(Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

VARGAS, D.. **A construção de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista**: um estudo psicométrico. (Tese de Doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.2005.

VARGAS, D.; LABATE, R.C. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente ao uso do álcool e alcoolismo. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n.1, feb, p.47-51, 2006.

VARGAS, D.; LUIS. Álcool, alcoolismo e alcoolista: concepções e atitudes de enfermeiros de unidades básicas distritais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. especial, ago, p.543-550, 2008.

VARGAS, D; OLIVEIRA, M.A.F; LUIS, M.A.V. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária à saúde: percepções e condutas do enfermeiro. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n.6, p.73-9, 2009.

VADLAMUDI, R.S. et al. Nurses' attitudes, beliefs and confidence levels regarding care for those who abuse alcohol: Impact of educational intervention. **Nurse Education in Practice**, Edinburg, v.8, p.290–298, 2008.

ZABALA. A. **A prática educativa**: como ensinar. Porto Alegre: Artmed. 1998.

WAGNER, G.A; ANDRADE, A.G. Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros. **Rev Psiquiatr Clin**, São Paulo, v.35, (número especial), p. 48-54, 2008.

WALTHER, M. Teaching hospital staff about hazardous drinking the effect of a single intervention. **Alcohol & Alcoholism**. Oxford, v.43, n.1, p. 51–52, 2008.

WILK, A.I; JENSEN, N.M; HAVIGHURST, T.C. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. **J Gen Intern Med**, Philadelphia, v.12, n.5, p.274-83, 1997.

Apêndices

APÊNDICE A**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Por favor, responda as seguintes questões.

Parte 1

Iniciais do nome:

1) Idade: _____ anos

Sexo () feminino () masculino

2) Estado civil: (1) solteiro (2) casado (3) união consensual (4) viúvo (5) outro

3) Período: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8)

4) Religião (1) católica (2) protestante/evangélica (3) espírita (4) ateu (5) outras

5) Procedência (1) Uberlândia (2) estado de Minas Gerais (3) outro estado

6) Mora com: (1) pais (2) parentes/avós/primos/tios (3) amigos (4) sozinho

7) Trabalha (1) sim (2) não

8) Área da saúde (1) sim (2) não

9) Possui outro curso: (0) não

(1) graduação

(2) Técnico de enfermagem

(3) auxiliar de enfermagem

(4) outros _____

Parte 2

10) Com que frequência você vai a festas em um mês : (1) nunca (2) uma vez por mês ou menos (3) 2 a 3 vezes por mês (4) 1 vez por semana

11) Você dorme em sala de aula no dia da após ter freqüentado uma festa: (1) sim (2) não

12) Você costuma chegar atrasado em aula após ter ido a uma festa na noite anterior: (1) sim (2) não

13) Alguém na sua família tem problemas relacionados: (1) álcool (2) drogas (3) álcool e drogas (4) não

PARTE 3: Por favor, responda com toda a sinceridade. Coloque um X no quadro que melhor descreve sua resposta a cada questão.

Observação: Um drink ou dose equivale a 150 ml (uma taça) de vinho ou 350 ml (uma lata) de cerveja ou 40 ml (uma dose) de destilado (whisky, vodka, pinga).

10. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Uma vez por mês ou menos <input type="checkbox"/> 1	2-4 vezes por mês <input type="checkbox"/> 2	2-3 vezes por semana <input type="checkbox"/> 3	4 ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/> 4
11. Quantas doses de álcool você consome num dia normal?	0 ou 1 <input type="checkbox"/> 0	2 ou 3 <input type="checkbox"/> 1	4 ou 5 <input type="checkbox"/> 2	6 ou 7 <input type="checkbox"/> 3	8 ou mais <input type="checkbox"/> 4
12. Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Menos que uma vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4
13. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Menos que uma vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4
14. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Menos que uma vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4
15. 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 <input type="checkbox"/> 0	Menos que uma vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4
16. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Menos que uma vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4
17. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Menos que uma vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4
18. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?	Não <input type="checkbox"/> 0		Sim, mas não no último ano <input type="checkbox"/> 2		Sim, durante o último ano <input type="checkbox"/> 4
19. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?	Não <input type="checkbox"/> 0		Sim, mas não no último ano <input type="checkbox"/> 2		Sim, durante o último ano <input type="checkbox"/> 4

PARTE 4 – Assinale o quanto você possui de conhecimento teórico e prático sobre os seguintes temas:

1. Aspectos sociais e epidemiológicos do consumo de álcool.
 Nenhuma informação Poucas informações Muitas informações
2. Identificação dos sinais e sintomas do uso, abuso e dependência de álcool.
 Nenhuma informação Poucas informações Muitas informações
3. Rastreamento do padrão de consumo de álcool.
 Nenhuma informação Poucas informações Muitas informações
- 4 Educação em saúde sobre o uso responsável de álcool.
 Nenhuma informação Poucas informações Muitas informações
5. Como atuar profissionalmente, no tratamento para os problemas relacionados ao abuso e dependência de álcool.
 Nenhuma informação Poucas informações Muitas informações
6. Formas de aconselhamento para parar de usar álcool.
 Nenhuma informação Poucas informações Muitas informações
7. Motivação do paciente para tratamento da dependência de álcool.
 Nenhuma informação Poucas informações Muitas informações
8. Técnicas sobre intervenção na abordagem de álcool
 Nenhuma informação Poucas informações Muitas informações
9. Barreiras no diagnóstico e tratamento (meios que impedem a equipe de saúde, o paciente e a família a intervir nos problemas relacionado ao abuso e dependência de álcool.).
 Nenhuma informação Poucas informações Muitas informações
10. Desenvolvimento de um protocolo de assistência aos problemas relacionados ao abuso e dependência de álcool
 Nenhuma informação Poucas informações Muitas informações

PARTE 5: - Assinale a alternativa que você mais se identifica:

- 1-A vida do alcoolista é muito desagradável.
 Concordo muito Concordo Indiferente Discordo Discordo Muito
- 2- Me sinto bem em trabalhar com dependentes de álcool.
 Concordo muito Concordo Indiferente Discordo Discordo Muito
- 3- Alcoolistas não estão preocupados com seu estilo de vida.
 Concordo muito Concordo Indiferente Discordo Discordo Muito
- 4- Alcoolistas são pessoas muito sensíveis.
 Concordo muito Concordo Indiferente Discordo Discordo Muito
- 5- Álcool usado ocasionalmente não fazem mal à saúde
 Concordo muito Concordo Indiferente Discordo Discordo Muito
- 6- Alcoolistas são mais susceptíveis às doenças físicas.
 Concordo muito Concordo Indiferente Discordo Discordo Muito
- 7- Prefiro trabalhar com alcoolistas a outro tipo de paciente.
 Concordo muito Concordo Indiferente Discordo Discordo Muito
- 8-Alcoolistas respeitam seus familiares.
 Concordo muito Concordo Indiferente Discordo Discordo Muito

- 9-Os dependentes de álcool sofrem de sentimento de inferioridade.
()Concordo muito ()Concordo ()Indiferente ()Discordo ()Discordo Muito
- 10-Não há nada de errado em usar álcool ocasionalmente
()Concordo muito ()Concordo ()Indiferente ()Discordo ()Discordo Muito
- 11-Eu sinto que os alcoolistas são infelizes, por apresentarem problemas físicos.
()Concordo muito ()Concordo ()Indiferente ()Discordo ()Discordo Muito
- 12-Alcoolistas merecem um espaço no hospital, como qualquer outro paciente.
()Concordo muito ()Concordo ()Indiferente ()Discordo ()Discordo Muito
- 13-Alcoolistas querem parar de usar tais substâncias
()Concordo muito ()Concordo ()Indiferente ()Discordo ()Discordo Muito
- 14-Os alcoolistas usam álcool por problemas sociais e psicológicos
()Concordo muito ()Concordo ()Indiferente ()Discordo ()Discordo Muito
- 15-O álcool é prejudicial quando usada moderadamente.
()Concordo muito ()Concordo ()Indiferente ()Discordo ()Discordo Muito
- 16-Todos os alcoolistas precisam de consultas psiquiátricas.
()Concordo muito ()Concordo ()Indiferente ()Discordo ()Discordo Muito
- 17-Eu acho que meus pacientes se tornariam agressivos se falassem com eles sobre o uso de álcool.
()Concordo muito ()Concordo ()Indiferente ()Discordo ()Discordo Muito
- 18-O dependente de álcool que não obedece às ordens dos profissionais deve ser tratado com indiferença.
()Concordo muito ()Concordo ()Indiferente ()Discordo ()Discordo Muito
- 19-Os alcoolistas pensam que são pessoas más porque usam a álcool.
()Concordo muito ()Concordo ()Indiferente ()Discordo ()Discordo Muito
- 20-As pessoas usam álcool porque querem.
()Concordo muito ()Concordo ()Indiferente ()Discordo ()Discordo Muito
- 21-Os alcoolistas deveriam receber tratamento médico.
()Concordo muito ()Concordo ()Indiferente ()Discordo ()Discordo Muito
- 22-Eu me sinto bem quando trabalho com alcoolistas.
()Concordo muito ()Concordo ()Indiferente ()Discordo ()Discordo Muito
- 23-A maioria dos alcoolistas não gosta de ser dependentes.
()Concordo muito ()Concordo ()Indiferente ()Discordo ()Discordo Muito
- 24-Os alcoolistas são pessoas isoladas e solitárias.
()Concordo muito ()Concordo ()Indiferente ()Discordo ()Discordo Muito
- 25-Quando usada moderadamente, a bebida alcoólica não é prejudicial à saúde.
()Concordo muito ()Concordo ()Indiferente ()Discordo ()Discordo Muito
- 26-O alcoolismo é uma doença.
()Concordo muito ()Concordo ()Indiferente ()Discordo ()Discordo Muito
- 27-Eu me sinto à vontade em falar sobre alcoolismo..
()Concordo muito ()Concordo ()Indiferente ()Discordo ()Discordo Muito
- 28-Embora eu possa ajudar o alcoolista, ele ainda pode continuar usando, mesmo em tratamento.
()Concordo muito ()Concordo ()Indiferente ()Discordo ()Discordo Muito
- 29-Os alcoolistas tem geralmente graves problemas emocionais.
()Concordo muito ()Concordo ()Indiferente ()Discordo ()Discordo Muito
- 30-O uso de álcool em grande quantidade não pode tornar pessoas normais em pessoas fracas normalmente.
()Concordo muito ()Concordo ()Indiferente ()Discordo ()Discordo Muito

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada **INTERVENÇÃO BREVE PARA OS PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DO ÁLCOOL: AVALIAÇÃO DE ATITUDES ENTRE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM.**, sob a responsabilidade dos pesquisadores **Marcelle Aparecida de Barros Junqueira e Sandra Cristina Pillon**

Nesta pesquisa nós estamos buscando entender **o efeito de um curso de Intervenção Breve sobre o uso de álcool, as atitudes e os níveis de conhecimentos dos estudantes de Enfermagem quanto ao uso, uso nocivo e dependência de álcool.**

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador **Marcelle Aparecida de Barros Junqueira, em sala de aula, antes e após a realização do curso.**

Na sua participação você **deverá assinalar um questionário de marcar X.**

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

Os riscos consistem em **possíveis constrangimentos de responder a questões delicadas.** Os benefícios serão **colaborar na formação do futuro enfermeiro para assistência de pessoas com problemas relacionados ao uso do álcool.**

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: **Marcelle Aparecida de Barros Junqueira, telefone (34) 3218-2132, Avenida Pará, Bloco 2U, Uberlândia – MG, CEP 38.400-902, ou Sandra Cristina Pillon, telefone (16) 3602-3381, Av. Bandeirantes, 3.900, Campus Universitário USP, Monte Alegre, cep: 14.040-902, Ribeirão Preto –SP.** . Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco J, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131

Uberlândia, dede 200.....

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

Anexo

ANEXO



Universidade Federal de Uberlândia
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
 Avenida João Naves de Ávila, nº. 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –
 CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4131
 e-mail: cep@propp.ufu.br; www.comissoes.propp.ufu.br

ANÁLISE FINAL Nº. 215/09 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO
 CEP/UFU 051/09

Projeto Pesquisa: Intervenção breve para os problemas relacionados ao alcoolismo: Avaliação de atitudes entre estudantes de enfermagem.

Pesquisador Responsável: Marcelle Aparecida de Barros

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Data de entrega do 1º relatório parcial: Dezembro de 2009.

Data de entrega do 2º relatório parcial: Dezembro de 2010.

Data de entrega do relatório final: maio de 2011.

SITUAÇÃO: PROTOCOLO DE PESQUISA APROVADO.

O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Uberlândia, 05 de junho de 2009.

Prof. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
 Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma.