UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

JANAINA SOARES

**EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO BREVE GRUPAL REALIZADA
POR ENFERMEIROS NO USO DE RISCO E NOCIVO DE ÁLCOOL**

SÃO PAULO

2016

JANAINA SOARES

**EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO BREVE GRUPAL REALIZADA
POR ENFERMEIROS NO USO DE RISCO E NOCIVO DE ÁLCOOL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Doutora em Ciências

Área de concentração: Cuidados em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Divane de Vargas

SÃO PAULO

2016

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

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Soares, Janaina

Efetividade da intervenção breve grupal realizada por enfermeiros no uso de risco e nocivo de álcool / Janaina Soares. -- São Paulo, 2016.
164 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientador: Prof. Dr. Divane de Vargas
Área de concentração: Cuidados em Saúde

1. Enfermagem em saúde comunitária. 2. Alcoolismo. 3. Estudos de intervenção. 4. Atenção primária à saúde. 5. Enfermagem. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Janaina Soares

Título: Efetividade da intervenção breve grupal realizada por enfermeiros no uso de risco e nocivo de álcool.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção de título de Doutora em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^(a). Dr^(a). _____
_____.

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^(a). Dr^(a). _____
_____.

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^(a). Dr^(a). _____
_____.

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^(a). Dr^(a). _____
_____.

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^(a). Dr^(a). _____
_____.

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho

A minha família, principalmente aos meu pais Célio e Maria José, pelo apoio e consideração em todos os momentos dessa trajetória e a permitirem que alcançasse mais um objetivo em minha vida.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Divane de Vargas meu orientador por ter mais que tudo acreditado em meu potencial e ter me feito sentir-me segura e nos momentos mais difíceis estar ao meu lado, além de me sentir privilegiada por ser meu mestre de doutorado, meu muito obrigada.

As Profs. Dr^{as}. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira e Margarita Antonia Villar Luís pela atenção e contribuições neste trabalho desde a qualificação, até a finalização, meus sinceros agradecimentos.

Ao Prof. Dr. Erikson Felipe Furtado por apoiar a pesquisa com o fornecimento do folheto educativo sobre o uso do álcool do PAI-PAD.

Aos meus colegas do NEPEAA pelas significativas contribuições desde a preocupação com o andamento do meu trabalho até a troca, apoio e acolhimento durante essa trajetória.

Ao corpo docente da Saúde Mental da FEUSP pelas contribuições de ensino no PAE e nas aulas, muito obrigada.

Aos Funcionários do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e psiquiátrica pelas contribuições diretas e indiretamente neste trabalho, pelo acolhimento e amizade, meus sinceros agradecimentos.

Ao Bernardo dos Santos pelas contribuições no cálculo dos dados deste estudo, muito obrigada.

Aos funcionários da Unidade Básica de Saúde da Sé por abrir as portas do serviço e assim oportunizar a realização deste estudo.

Aos funcionários do Centro de Saúde Escola do Butantã por abrir as portas do serviço para o estudo e pelas fundamentais contribuições para o desenvolvimento do estudo.

A todos meus amigos, Erika, Bárbara, Mily, Luiza, Edmara, Lany, Carol, Marina, Talita, Tathi, meu muito obrigada!

A minha amiga, companheira, namorada, esposa Bruna Portas agradeço à toda sua dedicação, parceria, compreensão, carinho e cuidado nesses longos quatro anos de doutorado, Muito obrigada!

"A máquina, que produz abundância, tem-nos deixado em penúria. Nossos conhecimentos fizeram-nos céticos; nossa inteligência, empedernidos e cruéis. Pensamos em demasia e sentimos bem pouco. Mais do que de máquinas, precisamos de humanidade. Mais do que de inteligência, precisamos de afeição e doçura. Sem essas virtudes, a vida será de violência e tudo será perdido. (...) Soldados! Não batalheis pela escravidão! Lutai pela liberdade! No décimo sétimo capítulo de São Lucas está escrito que o Reino de Deus está dentro do homem – não de um só homem ou grupo de homens, mas dos homens todos! Está em vós! Vós, o povo, tendes o poder – o poder de criar máquinas. O poder de criar felicidade! Vós, o povo, tendes o poder de tornar esta vida livre e bela... de fazê-la uma aventura maravilhosa. Portanto – em nome da democracia – usemos desse poder, unamo-nos todos nós. Lutemos por um mundo novo... um mundo bom que a todos assegure o ensejo de trabalho, que dê futuro à mocidade e segurança à velhice. (...)"

Filme: O Grande Ditador

Autor: Charles Chaplin

Soares, J. Efetividade da intervenção breve grupal realizada por enfermeiros no uso de risco e nocivo de álcool [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: Estima-se que no Brasil, cerca de 20% dos usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam padrão de consumo de álcool problemático, sendo escassas as estratégias para o enfrentamento desse fenômeno. Apesar de as Intervenções Breves (IBs) serem apontadas como recurso importante na redução do consumo nocivo do álcool no cenário da APS, existem diversas barreiras que dificultam a sua implantação no país, carência de recursos humanos, falta de tempo dos profissionais e a alta demanda de usuários nos serviços tem sido apontadas como as principais dificuldades a serem enfrentadas. **Objetivo:** Verificar a efetividade Intervenção Breve Grupal (IBG) realizada por enfermeiros, na redução do uso de risco e nocivo de álcool em usuários de um serviço de APS. **Método:** Tratou-se de um ensaio clínico, controlado com *follow-up* de 90 dias, realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). A amostra foi composta 180 sujeitos que apresentaram pontuação sugestiva de padrão de uso de risco ou nocivo de álcool no AUDIT. Os usuários que foram randomizados para o Grupo Experimental (GE), foram submetidos à IBG, enquanto os indivíduos alocados no Grupo Controle (GC) receberam um folheto informativo sobre problemas relacionados ao consumo nocivo de álcool. Ambos os grupos participaram de uma avaliação de seguimento após 90 dias. A IBG foi composta por quatro sessões grupais, com encontros semanais e uma sessão de seguimento após 90 dias. Para coleta de dados foram aplicados os instrumentos de caracterização sociodemográfica, clínica e comportamental, o AUDIT e a Régua de Prontidão para Mudança (RPM). O modelo linear misto foi utilizado para avaliar a efetividade da IBG na redução do consumo de álcool e na alteração do estágio de prontidão para mudança. O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** Dos 180 sujeitos que faziam uso de risco/nocivo de álcool, n=44 completaram todas as fases da pesquisa. O GE apresentou redução estatisticamente significativa ($p \leq 0,01$) de cerca de 10 pontos no escore do AUDIT após a IBG (Antes IBG=15,89±6,62 - uso de risco; Após IBG=6,40±5,05 - uso de baixo risco) mantendo o uso de baixo risco no seguimento (6,69±6,38 – uso de baixo risco). O GC apresentou redução estatisticamente significativa ($p \leq 0,01$) de cerca de 3 pontos no escore do AUDIT (Antes =13,11±4,54 - uso de risco; Após =9,83±5,54 - uso de risco) voltando ao padrão de uso de álcool igual a aquele identificado no início, no seguimento (13,00±5,70 - uso de risco). As diferenças entre os dois grupos (GE x GC) na redução do consumo foram estatisticamente significativas ($p \leq 0,01$). Com relação à efetividade da intervenção nos estágios de prontidão para mudança do padrão do uso do álcool observou-se que o GE apresentou aumento dos escores de motivação após a IBG (Antes IBG=6,55±3,41 – preparação; Após IBG=8,00±2,88 – ação) e manteve os escores de motivação elevados no seguimento (7,92±3,06-ação). No GC houve um aumento da motivação inicial (Antes=5,42±3,26 – preparação; Após =6,67±3,05 - preparação) e redução dos escores de motivação no seguimento (4,80±2,86 - contemplação), evidenciando diferenças estatisticamente significativas ($p=0,03$) no seguimento entre os grupos. **Conclusão:** Evidenciou-se que a intervenção breve grupal realizada pelo enfermeiro no contexto da APS foi efetiva para redução do consumo de álcool em indivíduos com padrão de uso de risco/nocivo, bem como influencia positivamente nos estágios de prontidão para mudança do hábito de beber nesses usuários.

Palavras-chaves: Enfermagem em saúde comunitária. Alcoolismo. Estudos de intervenção. Atenção primária à saúde. Enfermagem

Soares, J. Effectiveness of brief intervention group performed by nurses in the use of hazardous and harmful alcohol [thesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, about 20% of primary health care facilities's users presented problematic alcohol consumption pattern, and strategies for combating this phenomenon are scarces. Despite the brief interventions (BIs) are pointed as important feature in reducing harmful alcohol consumption in the Primary health care facilities, there are several barriers that hinder its deployment in the country, lack of human resources, lack of time of the professionals and the high demand of users in the services has been identified as the main difficulties to be faced. **Objective:** To verify the effectiveness of Brief Intervention Group (BIG) performed by nurses, in reducing the hazardous and harmful use of alcohol in an PHC service users. **Methods:** This was a controlled clinical trial with follow-up of 90 days, held in a Basic Health Unit (BHU). The sample was composed of 180 subjects who have submitted scores suggestive of usage pattern of hazardous or harmful to alcohol in the AUDIT. Users who were randomized to the Experimental Group (EG), were submitted to BIG, while individuals allocated in the Control group (CG) received a leaflet about problems related to the harmful consumption of alcohol. Both groups participated in a follow-up review after 90 days. The BIG was composed of four group sessions, with weekly meetings and a follow-up session after 90 days. Data collection instruments were applied to sociodemographic, clinical, and behavioral profiling, AUDIT and the readiness to change (RPM). The mixed linear model was used to evaluate the effectiveness of the BIG in reducing alcohol consumption and change in the stage of readiness for change. The significance level adopted was 5%. **Results:** Of 180 subjects who made of alcohol hazardous and harmful use, n=44 completed all phases of the research. The EG presented statistically significant reduction ($p \leq 0.01$) of about 10 points in the score of the AUDIT after BIG (Before BIG = 15.89 ± 6.62 -use of risk; After BIG = 6.40 ± 5.05 -low-risk use) while maintaining the use of low risk following (6.69 ± 6.38 – use of low risk). The CG presented statistically significant reduction ($p \leq 0.01$) of about 3 points in the AUDIT score (Before-use of 13.11 ± 4.54 risk; After 9.83 ± 5.54 -use of risk) returning to the pattern of use of alcohol equal to that identified in the beginning, following (13.00 ± 5.70 -use of risk). The differences between the two groups (EG x CG) in reduced consumption were statistically significant ($p \leq 0.01$). Regarding the effectiveness of intervention in stages of readiness to change the pattern of alcohol use showed that the EG scores increased motivation after BIG (Before BIG = 6.55 ± 3.41 -preparation; After BIG = 8.00 ± 2.88 -action) and kept the scores high motivation following (7.92 ± 3.06 -action). In the CG increased initial motivation (Before = 5.42 ± 3.26 -preparation; After 6.67 ± 3.05 -preparation) and reduction of scores of motivation following (4.80 ± 2.86 -contemplation), showing statistically significant differences ($p = 0.03$) following among groups. **Conclusion:** It was evidenced that the intervention group performed by nurse soon in the context of the APS was effective for reducing alcohol consumption in individuals with hazardous or harmful use, as well as positively influence in stages of readiness to change the habit of drinking in these users.

Keywords: Community Health Nursing. Alcoholism. Intervention Studies. Primary Health Care. Nurse

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Modelo de Mudança.....	58
Figura 2 - Princípios do processo de mudança por estágios motivacionais.....	61
Figura 3 - Adaptação da figura da Régua de Prontidão para Mudança (RPM).....	77
Figura 4 - Cartões utilizados para o sorteio do grupo controle (C) e experimental (E).....	79
Figura 5 - Grupo	80
Figura 6 - Fluxograma da amostra	88
Figura 7 - Distribuição dos escore de padrão de uso de álcool de acordo com o tempo avaliado.	94
Figura 8 - Distribuição dos escore de motivação para mudança de acordo com o tempo avaliado	95

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas, de acordo com os grupos (N=44)	90
Tabela 2 - Distribuição das características clínicas, de acordo com os grupos (N = 44).	91
Tabela 3 - Distribuição das características comportamentais, de acordo com os grupos (N=44).	92
Tabela 4 - Distribuição do escore médio do AUDIT referente ao padrão de uso de álcool do grupo controle e experimental, conforme o tempo avaliado.	93
Tabela 5 - Distribuição do escore médio de motivação para mudança do grupo controle e experimental conforme o tempo avaliado.....	95
Tabela 6 - Distribuição das variáveis sociodemográficas da população desistente (N=132)	97
Tabela 7 - Distribuição das características clínicas da população desistente (N=132).....	98
Tabela 8 - Distribuição das características comportamentais da população desistente (N=132).	99

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22
2 OBJETIVOS	31
2.1 OBJETIVO GERAL	31
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	33
3.1 INTERVENÇÕES BREVES PARA REDUÇÃO DO USO DE RISCO E NOCIVO DO ALCOOL	33
3.2 O ENFERMEIRO NO CONTEXTO DAS INTERVENÇÕES BREVES	37
3.3 INTERVENÇÕES INDIVIDUAIS <i>VERSUS</i> INTERVENÇÕES EM GRUPO PARA O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	41
4 APORTE TEÓRICO	46
4.1 GRUPOTERAPIA	46
4.2 UTILIZAÇÃO DE GRUPOS POR ENFERMEIROS	48
5 INTERVENÇÃO BREVE – HISTÓRIA, FUNDAMENTOS E TÉCNICA.....	54
5.1 MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO	54
5.2 INTERVENÇÃO BREVE	62
5.2.1 <i>Rastreamento para problemas relacionados ao álcool</i>	64
5.2.2 <i>Devolutiva (Feedback)</i>	64
5.2.3 <i>Responsabilidade do paciente</i>	64
5.2.4 <i>Aconselhamento</i>	64
5.2.5 <i>Menu de opções</i>	65
5.2.6 <i>Empatia</i>	65
5.2.7 <i>Auto eficácia</i>	65
5.3 AUTO MUDANÇA GUIADA.....	66
5.3.1 <i>Princípios da Auto Mudança Guiada</i>	66
6 HIPÓTESES	69
7 MATERIAL E MÉTODO	71
7.1 DELINEAMENTO	71
7.2 TESTE PILOTO	71
7.3 CONTEXTO DO ESTUDO	73
7.4 AMOSTRA	74
7.5 CÁLCULO AMOSTRAL.....	75
7.7 INSTRUMENTOS DE COLETA.....	75
7.8 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	77
7.8.1 <i>Etapas do Estudo</i>	78
7.8.1.1 <i>Etapa 1- Treinamento da equipe de pesquisa</i>	78
7.8.1.2 <i>Etapa 2 – Rastreamento e randomização</i>	78
7.8.1.3 <i>Etapa 3 – Intervenção</i>	79
7.8.1.4 <i>Intervenção breve grupal</i>	80
7.8.1.4.1 <i>1ª Sessão - “Refletindo sobre o consumo”</i>	81
7.8.1.4.2 <i>2ª Sessão – “Discutindo novos caminhos”</i>	82
7.8.1.4.3 <i>3ª Sessão – “Planejando ações de mudança”</i>	82
7.8.1.4.4 <i>4ª Sessão – “Entrando em ação”</i>	83
7.8.1.5 <i>Etapa 4 – Seguimento</i>	84
7.9 ANÁLISE DOS DADOS.....	85
8 RESULTADOS	87
8.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA.....	89
8.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA AMOSTRA	91
8.3 CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS DA AMOSTRA	91

8.4 EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO BREVE GRUPAL.....	92
8.5 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS DESISTENTES	96
8.6 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS DESISTENTES	98
8.7 CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS DOS DESISTENTES	98
9 DISCUSSÃO	101
10 CONCLUSÃO	123
11 REFERÊNCIAS	125
12 APÊNDICES E ANEXOS	140

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Após a pesquisa realizada durante o mestrado em 2010, sobre o tema atitudes de enfermeiros frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista, foi observado que os enfermeiros com experiências no atendimento aos usuários de álcool e que realizaram alguma capacitação na área de álcool e outras drogas, tinham uma tendência a terem atitudes mais positivas frente aos usuários de álcool.

Considerando esses resultados, e visto que o conhecimento sobre o tema álcool e outras drogas favorece a redução do estigma, e uma vez que, no Brasil, existem cursos de capacitação para profissionais da saúde promovidos pela Secretaria de Políticas sobre drogas (SENAD) desde 2006/2007, ou seja, a quase 10 anos profissionais de saúde, inclusive, profissionais da atenção primária de todo o país vêm sendo capacitados para a qualificação da atenção aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil, com a perspectiva desses implementarem medidas e estratégias de prevenção ao uso de substâncias, inclusive frente ao uso nocivo de álcool, tendo em vista que, uma parcela importante da população que frequenta serviços de atenção básica fazem uso problemático de álcool, entretanto, medidas de baixo custo, como a Intervenção Breve, são pouco utilizadas pelos profissionais desses serviços.

Assim, para compreender melhor, quais os motivos dos profissionais de saúde, ainda terem dificuldades para implementação da prática de atenção ao uso de substâncias na atenção básica, mesmo após receberem capacitação relacionada ao enfrentamento dessa problemática, observamos na literatura, que as maiores dificuldades para implementação das intervenções breves na atenção básica brasileira, estão relacionadas a falta de tempo, a falta de recursos e principalmente a alta de demanda de pacientes que frequentam o serviço.

Nessa perspectiva, como enfermeira experiente no cuidado em saúde mental e aos usuários de álcool e outras drogas, assim como, em vivências e capacitações voltadas ao cuidado da saúde mental na atenção básica, comecei a pensar na possibilidade da utilização da abordagem em grupo pelo enfermeiro, para prevenção e redução de danos do uso nocivo de álcool na atenção básica. Tendo em vista, o vasto número de enfermeiros nos serviços de saúde brasileiros, e o fato de ser comum a prática dessa abordagem em grupo por este profissional de saúde na prevenção de variados comportamentos de risco na atenção básica.

Diante disso, e sabendo-se que já existe uma estratégia de enfrentamento para essa problemática validada e eficaz em diversos países do mundo e já conhecida por muitos profissionais da saúde, por meio das capacitações disponibilizadas a quase 10 anos no país, que é a intervenção breve, pensamos na hipótese de que a associação da intervenção breve com a abordagem em grupo e a sua aplicabilidade nesses serviços, diante das barreiras expostas, seria efetiva e mais atraente a implementação dessas nos serviços de atenção primária à saúde, devido ao fato da abordagem em grupo, necessitar de poucos profissionais para sua realização e atender a um maior número de usuários ao mesmo tempo.

Assim, consideramos investigar o uso dessa tecnologia inovadora (Intervenção Breve Grupal), conduzidas por enfermeiros, na redução do consumo de risco e nocivo de álcool de usuários atendidos num serviço de atenção primária à saúde, visto a necessidade de se investir em pesquisas que busque evidências sobre estratégias na área de prevenção e redução do uso nocivo de álcool e outras drogas mais adequadas à realidade prática dos trabalhadores desses serviços, para que os mesmos possam fazer uso dessas ferramentas com maior efetividade e assim, introduzi-las em sua rotina de serviço, satisfazendo as diretrizes políticas nacionais públicas relacionadas a atenção aos usuários de álcool e outras drogas voltadas a redução de danos da população vulnerável e por sua vez, a prevenção do desenvolvimento de problemas crônicos psicossociais relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Desde os tempos mais remotos o consumo de álcool esteve ligado a rituais mágico-religiosos. Os primeiros indícios do consumo humano de bebidas alcoólicas que continham etanol podem ser encontrados em casos paleolíticos e há evidências sobre o aproveitamento humano dessas bebidas há cerca de quatro milênios (Anthony, 2009). Até a idade-média as bebidas alcoólicas eram fabricadas por meio do processo de fermentação. Com o advento da destilação, passaram a produzir bebidas de mais alto teor alcoólico e após a revolução industrial houve o aumento da oferta e generalização do consumo, levando o uso de álcool a ter um duplo significado, ou seja, por um lado o seu consumo era de caráter quase mágico ou de ritualização, e por outro, era tido como produto comercial de alto valor, sendo fator de desenvolvimento social para alguns países (Anthony, 2009).

Com o aumento da comercialização e da banalização do uso de álcool, e a ingestão de grandes quantidades da substância num curto espaço de tempo objetivando a embriaguez como facilitadora de desinibição social, em eventos festivos e comemorativos, o uso passa a gerar além da síndrome de dependência alcoólica, outras consequências sérias do ponto de vista da saúde pública (Brasil, 2009).

Esta percepção das consequências nocivas do uso do álcool, entretanto, não é recente. Ela aparece há mais de 3.000 anos atrás, documentada em antigas leis da Mesopotâmia, onde se limitava a quantidade de álcool ofertada à aqueles indivíduos que já apresentavam sinais de intoxicação, medida similar às atuais leis de *Dram Shop* (nome dado às lojas que vendem bebidas alcoólicas), que restringem a venda de álcool quando os consumidores já se encontram fortemente alcoolizados (Cheng, 2009).

Com relação ao uso de bebidas alcoólicas no mundo, estima-se que a cada ano, cerca de dois bilhões de pessoas, ou seja, aproximadamente 40% (ou duas em cada cinco pessoas) da população mundial acima de 15 anos fazem o uso dessa

substância, (WHOSIS, 2003). Destes 16% faz uso de maneira nociva* (INPAD, 2014) fenômeno que se constitui um dos maiores e mais onerosos problemas de saúde pública ao redor do mundo atualmente.

O consumo nocivo de álcool causa anualmente 3,3 milhões de mortes (5,9% do total, sendo, 7,6% de homens e 4% das mulheres) e a perda de 139 milhões (5,1% do total) de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYS) em todo o mundo (WHO, 2014).

Estima-se que o custo econômico resultante da utilização do álcool nas economias desenvolvidas varia entre 0,5% e 2,7% do Produto Interno Bruto (PIB) (WHO, 2000).

Segundo o Relatório Global sobre consumo de álcool (WHO, 2014), as regiões no mundo com mais elevados níveis de consumo de álcool ainda são consideradas a Europa e a região das Américas.

Na União Europeia (UE), calcula-se que os custos tangíveis (possíveis) do álcool em 2003 tenham sido €125 bilhões, e os intangíveis €270 bilhões (Anderson, Baumberg, 2006). Os custos sociais e econômicos muito elevados têm conduzido a uma crescente preocupação, não só da OMS, mas de vários organismos da União Europeia (Anderson, Baumberg, 2006).

A Europa é a região global com mais elevado consumo de álcool, sendo que por ano estima-se que uma pessoa consuma 11 litros de álcool, e cerca de 5% dos homens e 1% das mulheres são dependentes, além disso, o consumo de álcool é responsável por 7,4% de todas as incapacidades e mortes prematuras nesse continente (Madelin, 2008). A população europeia corresponde a 14,7% dos consumidores de álcool do mundo todo e o consumo de álcool dessa população corresponde à um quarto, ou seja, 25,7% do consumo de álcool no mundo (WHO, 2014). No que se refere à mortalidade, o álcool é responsável por cerca de 195.000 mortes por ano na UE, e a percentagem de mortes atribuíveis ao álcool é maior nas idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos e é mais elevada no sexo masculino (cerca de 25 a 30% do número total de mortes) que no sexo feminino (10 a 15%) (Madelin, 2008).

* Uso Nocivo/Abuso é um padrão de uso onde aumenta o risco de consequências prejudiciais para o usuário. Na CID-10, o termo “uso nocivo” é utilizado como aquele que resulta em dano físico ou mental. Na DSM-IV, utiliza-se o termo “abuso”, definido de forma mais precisa e considerando também consequências sociais de um uso problemático, na ausência de compulsividade e fenômenos como tolerância e abstinência (OMS, 1994).

Na região das Américas, 20,9% da população com mais de 15 anos fazem uso pesado episódico de álcool (5 ou mais doses numa única ocasião), e observa-se que no Canadá 10,2% da população fazem uso de álcool e dentre esses, 18,8% dos homens e 7,4% das mulheres com 15 anos ou mais fizeram uso pesado de álcool em 2010 (WHO, 2014).

Nos Estados Unidos cerca de 16% da população, fazem uso pesado episódico de álcool (WHO, 2014), sendo que o uso nocivo de álcool é responsável por mais de 100.000 mortes anualmente e tem sido considerado a principal causa de morbidade no país (DHHS, 2001).

No que refere a América Latina e região do Caribe, o consumo de álcool é um dos fatores de risco mais importantes para a Carga Global de Doenças (*Global Burden of Disease* – GBD), uma vez que, nessa região, 10% das mortes e incapacitações são atribuídas ao álcool (Anthony et. al., 1998) e estima-se que a dependência alcoólica, represente mais de 50% de toda a carga de morbidade relacionada com o álcool, sendo que, dos mais de 30 milhões de pessoas possíveis de preencher critérios diagnósticos para transtornos por consumo de álcool, apenas 25% recebem algum tipo de assistência médica (Kohn et al., 2005).

No Brasil cerca de 20 milhões de pessoas (12%), precisam de atendimento eventual de saúde mental (transtornos mentais menos graves), dentre os quais se enquadram os transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas (6 a 8%), em contrapartida o sistema assistencial têm privilegiado as pessoas mais acometidas, nos dispositivos de atenção hospitalar, porém, os usuários que já apresentam padrão de dependência alcoólica não constituem a maior parcela da população de consumidores desta substância, assim tornando-se necessário se pensar em “problemas associados ao uso nocivo de álcool” do que apenas se pensar na “dependência” propriamente dita (Brasil, 2002), considerando que no Brasil estima-se que o consumo total de álcool equivale à 8,7 litros, por pessoa, sendo que, apesar de 42% da população brasileira em 2010 não ter ingerido álcool nos últimos 12 meses, 16% dos bebedores fizeram uso pesado episódico de álcool, consumo este, que pode levar à sérios danos à saúde (WHO, 2014).

Estudo realizado pela - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), relacionados ao consumo de álcool, dentre a população adulta geral, a frequência do consumo nocivo de bebidas

alcoólicas nos últimos 30 dias foi de 18,4%, sendo quase três vezes maior em homens (27,9%) do que em mulheres (10,3%). Em ambos os sexos, o consumo nocivo de bebidas alcoólicas foi mais frequente entre os indivíduos mais jovens e tendeu a aumentar com o nível de escolaridade (Brasil, 2013).

No que se refere ao uso nocivo a atual Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 1994), define o mesmo, como um padrão de beber que tenha causado danos para a saúde, tais danos podem ser físicos ou mental. Já o consumo de risco, apesar de constituir um potencial para prejuízos à saúde do indivíduo, não está incluído nas descrições da CID 10, porém, este se constitui num padrão de uso de extrema importância para o rastreamento de problemas relacionados ao uso de álcool, pois, se refere a um consumo de álcool que acarreta, de acordo com a sua própria denominação, riscos de consequências devido ao uso para o bebedor, ou seja, quando o indivíduo faz um consumo que ainda não acarretou num dano físico ou mental, mas, que tem um potencial risco para desenvolver algum dano e evoluir então, para o uso nocivo de álcool (possuindo já algum dano devido ao consumo).

Estas consequências, assim, como o consumo de risco ou nocivo podem ser tanto de ordem física quanto mental, ou podem ainda, incluir consequências sociais para o bebedor ou para os demais (Babor et al., 2001).

Considerando as consequências negativas para a saúde e a qualidade de vida da população ocasionada pelo consumo nocivo de álcool, o qual contribuiu para o aparecimento de morbidades que causam morte e limitações funcionais, como a hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, câncer gastrointestinal, cirrose hepática, pancreatite crônica e câncer (WHO, 2014), somado ao fato de que as consequências do uso nocivo de álcool não se restringem apenas aos aspectos relacionados à saúde, pois, a violência doméstica lesões corporais, traumas, tentativas de homicídios, acidentes de trânsito, absenteísmo ao trabalho e aposentadorias precoces, são também cada vez mais evidentes em contextos nos quais o álcool se faz presente (Laranjeira, Romano, 2004; Anthony, 2009; Andrade, Anthony, Silveira, 2009).

É possível compreender as estimativas brasileiras de que o uso de álcool pode ser responsável por mais de 10% dos problemas totais de saúde no país (Meloni, Laranjeira, 2004). O que parece justificar a presença de usuários que

preenchem critérios para o uso de risco e nocivo do álcool nos serviços de saúde brasileiros, quer sejam hospitalares (Noto et al., 2002) quer sejam de Atenção Primária a Saúde (APS) (Jomar, Abreu, Griep, 2014; Vargas, Bittencourt, Barroso, 2014; Vargas, Oliveira, Araújo, 2009; Magnabosco, Formigoni, Ronzani, 2007; Cordeiro et al., 2006).

Especificamente na atenção primária à saúde, a OMS estima que 20% dos pacientes atendidos nestes serviços apresentam algum tipo de problema relacionado ao uso de álcool (Brasil, 2004). De acordo com Aalto, Pekuri, Seppa (2001), dependendo da região, durante o período de um ano, entre 60 e 75% da população procuram algum tipo de atendimento em serviços de atenção primária à saúde. Estudo realizado na África do Sul apontou que de 4.900 pacientes que faziam tratamento para tuberculose atendidos na atenção primária, 23,2% faziam uso nocivo de álcool e 12,7% preenchiam critérios para dependência (Peltzer et al., 2012).

Na Rússia estudo evidenciou que o consumo de álcool entre os trabalhadores de indústrias é alarmante e uma das maiores causas da redução da expectativa de vida nessa população e que de uma amostra de 442 trabalhadores, 95% que receberam intervenção breve (IB), faziam uso nocivo de álcool nos últimos 12 meses antes de receber a intervenção (Allen et al., 2011).

Estudos relacionados à identificação dos padrões de uso de álcool de usuários da atenção primária na Europa, evidenciaram prevalências entre 15 e 17% na Itália (Agabio et al., 2006), 8% na França (Gache et al., 2005) e 20% no Reino Unido (Coulton et al., 2006).

No Reino Unido, estudo (Kaner et al., 2009) apontou que a cada cinco pacientes que são atendidos na atenção primária, um apresenta consumo nocivo de álcool e que bebedores excessivos frequentam duas vezes mais os serviços de atenção primária à saúde do que outros pacientes (Lock et al., 2006).

Nos Estados Unidos da América (Reiff-Hekking et al., 2005) aproximadamente 80% dos adultos procuram os serviços de APS pelo menos uma vez por ano, e quase um quinto dos pacientes atendidos nestes serviços bebem em níveis considerados “de risco” ou “nocivo” (Fleming et al., 1997, 1998).

De um modo geral, estudos internacionais (Kaner et al., 2009; Lock et al., 2006; Fleming et al., 1997; 1998) realizados nas últimas décadas têm evidenciado

alta prevalência de uso nocivo de álcool entre pacientes da atenção primária à saúde.

No Brasil estima-se que o percentual de pessoas que procuram o serviço de atenção primária à saúde para atendimento em saúde de forma geral, atinja entre 50 e 65% da população (Ronzani et al., 2005) e apesar do uso nocivo de álcool ser uma das maiores causas de morbidade e mortalidade, poucos estudos foram realizados sobre a prevalência de indivíduos com problemas relacionados ao álcool em unidades de APS, entretanto, os estudos realizados (Jomar, Abreu, Griep, 2014; Vargas, Bittencourt, Barroso, 2014; Vargas, Oliveira, Araújo, 2009; Magnabosco, Formigoni, Ronzani, 2007; Cordeiro et al., 2006) evidenciaram a presença significativa entre 3 e 10% de pessoas com problemas relacionados ao álcool nesses serviços.

Estudo realizado em uma cidade da região nordeste, constatou que o padrão de consumo da maioria dos pacientes atendidos na atenção primária à saúde era de consumo nocivo de álcool, já que, 12,8% da amostra do estudo faziam este consumo, sendo a maior parte dos consumidores homens jovens (Cordeiro et al., 2006).

Avaliando o padrão de consumo de álcool dos usuários de serviços da atenção primária à saúde das cidades de Juiz de Fora e Rio Pomba, Minas Gerais, os autores (Magnabosco, Formigoni, Ronzani, 2007) verificaram que, 18,3% das pessoas avaliadas encontravam-se na faixa de uso de risco, 77,9% da amostra faziam uso de baixo risco ou eram abstêmios, e 3,8% pontuaram na faixa sugestiva de dependência. De modo geral, esse estudo também encontrou que os homens apresentaram comportamento de risco em maior frequência do que as mulheres, sendo mais prevalente na faixa etária dos 38 aos 47 anos de idade (Magnabosco, Formigoni, Ronzani, 2007).

Pesquisa avaliando os padrões de consumo de usuários dos serviços de atenção primária à saúde do Rio de Janeiro, verificou que de uma amostra de 301 indivíduos, 17,6% faziam uso de álcool de risco e 6,3% faziam consumo de nocivo de álcool, sendo que a metade dos participantes relatou fazer consumo de bebidas alcoólicas (Jomar, Abreu, Griep, 2014).

Em outro estudo envolvendo 755 sujeitos atendidos na atenção primária à saúde no interior de São Paulo, verificou que 78% dos usuários eram abstinentes ou

faziam uso de baixo risco e 22% faziam uso problemático do álcool, dos quais 10% faziam uso de risco, 2% uso nocivo e 10% provável dependência (Vargas, Bittencourt, Barroso, 2014). Os maiores preditores para o uso de risco foram: pertencer ao gênero masculino; renda > que 6 salários mínimos e tabagismo; para provável dependência, os maiores preditores foram: sexo masculino, trabalhar no comércio e tabagismo. Parcela significativa dos usuários apresentou padrões problemáticos de uso de álcool, reforçando a necessidade de ações preventivas, pois os serviços de APS são excelentes espaços para combinar oportunidades de rastreamento e utilização de estratégias para redução dos prejuízos relacionados ao uso problemático do álcool (Vargas, Bittencourt, Barroso, 2014).

Diante do exposto, é possível verificar que uma parcela importante da população atendida na atenção primária à saúde faz uso de risco/nocivo de álcool, por conseguinte, a atenção primária à saúde é considerada um espaço privilegiado para prática de prevenção em saúde, uma vez que os serviços de cuidados primários de saúde constituem o primeiro ponto de contato dos indivíduos, famílias e comunidades na maioria dos países (Kaner et al., 2001), por essa razão, têm sido indispensáveis se pensar em estratégias de enfrentamento para essa problemática, dentre elas a aplicação de intervenções breves, sendo que estas têm sido efetivas neste contexto para redução do consumo de álcool, inclusive no Brasil.

Esses serviços são espaços estratégicos (Babor et al., 2001) para aplicação de intervenções breves para a redução do consumo de risco e nocivo de álcool, tanto devido à sua universalidade quanto a grande proporção da população que acessa esses serviços todos os anos.

Assim, considerando o fato da atenção primária à saúde ser mundialmente reconhecida como porta de entrada do atendimento em saúde, e por esse motivo, a implementação de estratégias para redução do uso de risco e nocivo nestes serviços permitiria detectar precocemente pessoas que fazem uso de risco, ou ainda não dependentes de álcool, torna-se necessário verificar a importância da implementação de estratégias de intervenção para redução do consumo de álcool na APS, já que estudos nos Estados Unidos (Fleming et al., 1997; (Bien, Miller, Tonigan, 1993; Ockene et al., 1999; Reiff-Hekking et al., 2005; Lee et al., 2009), na Europa (Lock, Kaner, 2004; Goodall et al., 2008; Kaner et al., 2013; Ribeiro, 2011), na

Rússia (Allen et al., 2011) e na África (Peltzer et al., 2011), vêm demonstrando a efetividade das intervenções breves nesse contexto.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Verificar a efetividade da intervenção breve grupal realizada por enfermeiros, na redução do uso de risco e nocivo de álcool em usuários de um serviço de atenção primária à saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o padrão de uso de álcool de usuários de uma Unidade Básica de Saúde de São Paulo.
- Verificar a efetividade da IB grupal nos estágios de prontidão para mudança de comportamento de beber de usuários de um serviço de atenção primária.

REVISÃO DA LITERATURA

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 INTERVENÇÕES BREVES PARA REDUÇÃO DO USO DE RISCO E NOCIVO DO ALCÓOL

A intervenção breve (IB) foi proposta como uma abordagem psicoterapêutica para dependentes de álcool, em 1972, por Sanchez-Craig e colaboradores no Canadá (Sanchez-Craig, Wilkinson, 1989). Com a aplicação de quatro sessões focalizadas e simples, seus autores observaram uma redução imediata do consumo de álcool em dependentes graves e, conseqüentemente, uma melhora na saúde, quando comparada a uma amostra semelhante de pacientes sem tratamento (Sanchez-Craig, Wilkinson, 1989).

A IB refere-se a uma modalidade de atendimento com tempo limitado, focando a mudança de comportamento do indivíduo (Fleming, Manwell, 1999). Trata-se de intervenções cujo objetivo é identificar um problema real ou potencial relacionado ao uso de álcool e motivar o indivíduo para que faça algo a respeito (OMS, 2001).

Considerando a IB como uma importante estratégia para a redução do uso de álcool, foram realizados diversos estudos objetivando testar a eficácia dessa estratégia em várias partes do mundo.

Nos Estados Unidos, estudo de Fleming et al. (1997) sugere que a intervenção breve pode levar pacientes com uso de risco ou nocivo de álcool a reduzirem seu ato de beber. Pesquisa (Bien, Miller, Tonigan, 1993) envolvendo 32 estudos sobre intervenção breve, evidenciou que a média observada de mudança positiva nos grupos que receberam intervenção foi de cerca de 27%, sugerindo que a avaliação do consumo de álcool, aliada a intervenção breve podem ter levado a motivação dos pacientes para alterar os seus comportamentos de beber.

Ockene et al. (1999), avaliando o resultado de pesquisas conduzidas através de estudos clínicos randomizados em serviços de cuidado à saúde evidenciaram que bebedores pesados respondem a IB com redução em torno de 20 a 30% do consumo de álcool.

No estudo de Reiff-Hekking et al. (2005) com o objetivo de determinar se as intervenções breves realizadas por médicos e enfermeiros de APS durante suas

rotinas de trabalho, eram eficazes na redução do consumo de álcool entre bebedores pesados, foi evidenciado que os pacientes que receberam as intervenções breves tiveram 1,8 vezes maior probabilidade de reduzir o consumo de álcool do que aqueles que receberam somente os folhetos informativos. Os autores concluíram que usuários com uso pesado do álcool podem alcançar significativa redução do consumo de álcool mediante rastreamento e intervenções breves, oferecidos por médicos ou enfermeiros e ainda apontaram que intervenções breves realizadas em serviços de atenção primária podem reduzir significativamente o consumo de álcool em bebedores de alto risco e ajudá-los a manter as reduções anteriormente alcançadas e que os profissionais de atenção primária, podem efetivamente ajudar pacientes com uso problemático de álcool abordando brevemente estas questões no âmbito de uma consulta clínica que pode ter sido agendada para resolução de outro problema de saúde(Reiff-Hekking et al.,2005).

Em um estudo de avaliação da eficácia de IB em pacientes idosos, evidenciou que os pacientes que receberam três sessões de IB, apresentaram significativa mudança no padrão de uso e nos episódios de beber pesado (*binge drinking*), reduzindo de 25,2 doses por semana para 7,1 doses em média, seis meses após a intervenção (Lee et al., 2009).

Dentre os estudos sobre intervenção breve realizados na Europa, Lock e Kaner (2004) apontaram que as intervenções breves aplicadas em serviços de atenção primária à saúde podem resultar na redução de 20% do consumo excessivo de álcool quando comparados com indivíduos que recebem avaliações e intervenções convencionais ou grupos controles de pesquisa.

Na Escócia (Goodall et al., 2008) com o objetivo de avaliar o efeito das intervenções breves conduzidas por enfermeiros na redução do consumo de álcool em pacientes com injúrias faciais, realizaram estudo controlado randomizado, sendo que um grupo recebeu folhetos explicativos sobre os problemas relacionados ao consumo de álcool e o outro recebeu intervenções breves, ambos os grupos foram acompanhados três e doze meses após a intervenção, os resultados apontaram que as intervenções breves foram mais efetivas na redução do consumo de álcool que os folhetos explicativos sobre a problemática.

Na Inglaterra, estudo que avaliou a eficácia e custo-efetividade de diferentes modelos de triagem para identificar bebedores de risco ou prejudicial na atenção

primária e diferentes intensidades de intervenção breve para reduzir a ingestão excessiva em pacientes de cuidados primários, verificou que 30% de uma amostra de 2.991 pacientes apresentaram uso nocivo de álcool e no que se referem às intervenções realizadas, os pacientes que receberam IB de 5 minutos e intervenção mais conselho sobre estilo de vida, ficaram mais satisfeitos com o tratamento, assim como aderiram melhor ao serviço do que os pacientes que receberam apenas um folheto informativo, além disso a intervenção sobre estilo de vida obteve maior influência na mudança de comportamento de beber (Kaner et al., 2013).

Em Portugal, foi realizado um estudo que evidenciou que 20,5% dos pacientes recrutados para pesquisa rastreados em serviços de atenção primária apresentavam uso de risco para álcool e que após nove meses de seguimento houve uma redução da pontuação no AUDIT pelos pacientes que receberam IB (Ribeiro, 2011), assim como na Rússia observou-se uma positiva aceitação de IB na APS por homens de meia idade e classificados como bebedores de risco (Allen et al., 2011).

Já na África, pesquisa realizada para rastrear o uso de álcool entre pacientes tuberculosos, sugeriu que apenas o fato de informar os pacientes sobre o seu uso de álcool e realizar educação em saúde com esses pacientes pode ser efetivo nos serviços de atenção primária (Peltzer et al., 2013).

Apesar da eficácia das intervenções breves apontada na literatura, nos últimos anos pesquisadores têm evidenciado algumas dificuldades existentes na implementação das mesmas e dos autores que estudaram as barreiras relacionadas a implantação das IBs nos serviços de atenção primária à saúde (Nemeth et al., 2013; Ribeiro, 2011) evidenciaram que dentre os fatores mais problemáticos para a implantação dessas intervenções estão: a falta de protocolo de IB no serviço (Hyman, Crosby, 2010; Allen et al., 2011), a dificuldade de aderência dos profissionais (Allen et al., 2011; Ribeiro, 2011), devido à falta de treinamento e treino dos profissionais (Peltzer et al., 2008; Ribeiro, 2011; Keurhorst et al., 2013), insatisfação da equipe em atender esses pacientes (Ribeiro, 2011), falta de documentação no serviço, quando é aplicada a intervenção (Aspy et al., 2008) e falta de apoio e preparo dos gestores para inserção dessa prática no serviço (Nyamathi et al., 2010).

Ainda no que se refere às dificuldades de implementação da intervenção breve, há evidências que indicam que é necessário a formação dos gestores dos serviços no sentido de sensibilizá-los a aderência dessa intervenção (Ronzani, Mota, Souza, 2009), somado a isso, estudo sintetizou quatro fatores que exercem impacto nos serviços e nos trabalhadores para adoção do uso da IB pelos profissionais na sua prática cotidiana, como estratégia de enfrentamento aos transtornos decorrentes do uso de álcool, sendo eles: Inovação, (percepção dos profissionais relacionadas a prática nova ser melhor que a prática atual, nos resultados e na complexidade da prática) canais de comunicação (disseminação de conhecimento referente às IBs, programas de treinamento), tempo e sistemas sociais (estruturas, normas, protocolos de atendimento, opção de líderes (profissional referência) (Neushotz, Fitzpatrick, 2008).

Consistentes com essa síntese de fatores capazes de interferir na adoção da intervenção breve pelos profissionais de saúde, estudo brasileiro (Costa et al., 2013) identificou como pontos de dificuldade de implementação da IB em APS, a insuficiência de recursos (humanos, financeiros, infraestrutura), falta de integralidade e intersetorialidade da rede assistencial, falta de participação dos médicos, formação calcada no saber médico/biológico, participação insuficiente da gestão de saúde, falta de mobilização e participação da sociedade civil, ausência de momentos onde a população fosse convidada a participar do planejamento e execução das políticas públicas (Costa et al., 2013).

Portanto, considerando resultados de estudos (Kaner et al., 2013; Pereira et al., 2013; Keurhorst et al., 2013) que evidenciam que rastreamentos desenvolvidos para identificar bebedores problemáticos por meio das intervenções breves têm sido eficazes na redução do consumo problemático do álcool, os quais além de identificar usuários de risco e aqueles susceptíveis de estarem dependentes de álcool, direcionam o encaminhamento desses últimos para avaliação diagnóstica, encorajando os pacientes a procurarem tratamentos especializados.

Entretanto, têm sido apontadas diversas barreiras para a implantação dessas estratégias nos serviços de saúde inclusive na atenção primária à saúde, dentre elas a falta de capacitação dos profissionais e a falta de recursos humanos suficientes para atender a demanda.

Deste modo, considerando que os enfermeiros se apresentam em maior número nos serviços de saúde inclusive na atenção primária, o que possibilita o seu maior contato com a população, além de ser o profissional de frente na atenção básica à saúde, e que muitas de suas atividades nesse contexto são realizadas em intervenções grupais, como os grupos de diabetes e hipertensão, atividade física, planejamento familiar, grupos de adesão medicamentosa dentre outros (Brasil, 2013), considera-se que ele seja um profissional chave para a implementação dessas estratégias nos serviços de atenção primária à saúde, utilizando-se de estratégias já bastante dominadas por essa categoria profissional nesse contexto, que são os grupos de educação em saúde, podendo ser esses também valiosos recursos no enfrentamento do uso de risco/nocivo de álcool.

Além disso, a utilização dessa estratégia poderá oferecer subsídios para o enfrentamento de uma das principais barreiras apontadas pelos profissionais da atenção primária à saúde para implantação da intervenção breve, que é a falta de tempo dos trabalhadores (Neushotz, Fitzpatrick, 2008) já que as estratégias em grupo têm o potencial de otimizar o tempo desse profissional.

3.2 O ENFERMEIRO NO CONTEXTO DAS INTERVENÇÕES BREVES

A efetividade das intervenções breves para bebedores nocivos tem sido bem evidenciada na literatura e reconhecida mundialmente. O enfermeiro apesar de ser um importante profissional para realização das mesmas, tem sido um recurso pouco explorado e provavelmente pouco utilizado pelos sistemas e políticas de saúde de vários países, inclusive no Brasil, onde não se encontrou nenhum estudo publicado sobre a prática da intervenção breve por enfermeiros (Gonçalves et al., 2011). Entretanto, a literatura evidencia que esses profissionais tendem a reconhecer as intervenções frente aos problemas relacionados ao álcool como uma legítima função da enfermagem (Lock et al., 2002) e mostram-se dispostos a participar das atividades nelas envolvidas (Anderson et al., 2001).

Alie-se a isso, o fato de que elementos importantes das IBs como levantamento e prevenção de problemas de saúde constituem características marcantes do cuidado de enfermagem (Lock et al., 2002; Gonçalves et al., 2011). Apesar disso, a maioria das pesquisas realizadas sobre as IBs em serviços de

atenção primária à saúde são centradas em intervenções conduzidas por outros profissionais que não o enfermeiro, o que parece comprovar o fato de esse ser um profissional pouco explorado nesses cenários para o desenvolvimento dessas práticas.

Buscando dados a respeito do tema na literatura nacional constata-se que pouco tem sido produzido sobre a temática, de uma forma geral no Brasil, e nenhuma produção publicada foi encontrada sobre a enfermagem no contexto das IBs frente problemas decorrentes do uso nocivo de álcool.

Dos poucos estudos publicados encontrados na literatura brasileira a maioria se refere a descrição da implantação de rotinas de rastreamento em serviços de APS do país (Ronzani et al., 2005), outros se ocupam de apresentar revisões sobre o tema (Minto et al., 2007), e alguns ocupam-se da descrição de atividades de capacitação de profissionais para o desempenho das mesmas (Corradi-Webster et al., 2005). Sendo escassos de maneira geral estudos que descrevam a operacionalização dessa estratégia pelos profissionais de saúde, o que incluiu o enfermeiro.

Embora ainda, com a pouca expressividade alguns estudos envolvendo a enfermagem/enfermeiro e as IBs podem ser encontrados na literatura estrangeira, Lock et al. (2006), evidenciou que o profissional enfermeiro é considerado um agente efetivo e capaz de realizar IBs, sendo que o baixo custo do emprego dessas intervenções somado a habilidade do enfermeiro na aplicabilidade das IBs, indica que eles podem constituir uma opção mais eficiente para o desenvolvimento de tais ações no âmbito dos serviços de APS.

Consistente com esses apontamentos (Lock et al., 2002; McIntosh et al., 1997; Tomson et al., 1998; Deehan et al., 1998) evidenciaram que as IBs conduzidas por enfermeiros tanto em serviços de APS, quanto em serviços hospitalares, são efetivas.

Estudo Canadense (McIntosh et al., 1997) que objetivou avaliar o efeito de IBs em bebedores de risco em uma unidade de saúde da família, e comparar o efeito das IBs realizadas por enfermeiros e médicos, evidenciou que não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de tratamento nos três, seis e 12 meses de seguimento, demonstrando que as intervenções breves realizadas por

enfermeiros têm a mesma eficácia do que aquelas realizadas por outros profissionais.

Estudo realizado na Suécia (Tomson et al., 1998), com o objetivo de avaliar a redução do consumo alcoólico em indivíduos que receberam IBs por enfermeiros de serviços de APS, encontrou que houve redução do uso de álcool pelos indivíduos acompanhados por esses profissionais. Estudo inglês (Deehan et al., 1998) avaliando a eficácia de IBs realizadas por enfermeiros de unidades hospitalares encontraram que mais de 60% dos pacientes tratados apresentaram redução do consumo durante o seguimento de seis meses.

Ensaio clínico realizado nos Estados Unidos com o objetivo de avaliar intervenções breves realizadas por enfermeiros e médicos na atenção primária à saúde (Ockene et al., 1999), verificou que IBs realizadas por enfermeiros são tão eficazes quanto às realizadas por médicos na atenção primária à saúde.

Pesquisadores (Lock et al. 2006), no Reino Unido, verificaram que no contexto da atenção primária à saúde, uma sessão de intervenção breve de cinco a 10 minutos realizada por enfermeiros, foi efetiva na redução de números de doses de álcool consumidas por dia, assim como no aumento da qualidade de vida dos pacientes.

Na África do Sul, foi verificado que IBs conduzidas por enfermeiros da APS para usuários de álcool e outras drogas resultou na redução de 38% o consumo de álcool (Mertens et al., 2014).

Revisão sistemática realizada nos Estados Unidos da América (Hyman, 2006) com o objetivo de explorar a literatura sobre IB em álcool, analisando a situação dos enfermeiros na realização destas intervenções, constatou que a maioria dos estudos, têm focado o papel do médico nas IBs, apontando para uma escassez de estudos definindo e avaliando o potencial papel do enfermeiro na realização das IBs para bebedores nocivos em APS.

Em revisão mais recente de ensaios clínicos randomizados (Joseph et al., 2014), foi evidenciada a eficácia das IBs conduzidas por enfermeiros na redução do consumo de álcool e na manutenção da redução, mesmo após três, seis ou 12 meses de *follow-up*, comparada à outros tratamentos e com grupo controle, assim como foi identificado que IBs realizadas por enfermeiros são tão eficazes quanto as realizadas por médicos.

Ao concluir a revisão o autor (Joseph et al., 2014), ressalta que independente do cenário de prática do enfermeiro, este se torna um profissional potencial para prática das IBs devido ao impacto na redução do consumo de álcool, entretanto é necessário que os serviços de saúde encorajam esses profissionais na realização dessa prática, pois faltam investimentos em treinamentos e preparo dos mesmos (Joseph et al., 2014).

Os estudos disponíveis na literatura, permitem evidenciar uma escassez de estudos publicados relatando a efetividade das IBs despendidas por enfermeiros, não estando disponíveis por exemplo, revisões amplas da efetividade de IBs aplicadas por enfermeiros.

Os resultados dos poucos estudos disponíveis, evidenciam que as IBs realizadas por enfermeiros são tão efetivas quanto aquelas realizadas por médicos (McIntosh et al., 1997; Tomson et al., 1998; Ockene et al., 1999; Hyman, 2006), e que dentre as barreiras encontradas pelos enfermeiros para a realização dessa prática incluem, a falta de tempo e de recursos humanos nos serviços (Neushotz, Fitzpatrick, 2008; Costa et al., 2013), a ausência de educação e treinamento, bem como de sistemas de suporte e a falta de autonomia (Hyman, 2006; Joseph et al., 2014) .

Assim, considerando as barreiras para realização das IBs, evidenciadas na literatura como, a falta de tempo (Neushotz, Fitzpatrick, 2008; Babor et al. 2001), política do serviço, (Costa et al., 2013) reconhecimento do profissional enfermeiro com habilidades e como elemento chave na condução dessas estratégias (Allen et al., 2011; Ribeiro, 2011), falta de apoio dos gestores dos serviços na implementação de tais estratégias (Nyamanth, 2010) e sabido que dentre os fatores que mais dificultam a implantação das intervenções breves na atenção primária à saúde está no fato de que apesar das intervenções breves serem intervenções de curta duração e demandem pouco tempo de atendimento, devido as intervenções breves serem individualizadas, acabam exigindo maior demanda de recursos humanos para atender essa clientela, tornando-se, necessário pensar em estratégias que otimizem o tempo desses profissionais.

Embora existirem dificuldades para implantação da intervenção breve, foi evidenciado que os profissionais da enfermagem estão mais dispostos a implementação dessa prática, assim como, esses profissionais têm sido eficazes na

aplicação dessas intervenções, e considerando que esses profissionais estão em maior número nos serviços de atenção primária à saúde, é importante pensar em estratégias que possam atender a demanda desses serviços de forma ampliada, e em curto espaço de tempo, otimizando o tempo do profissional.

Dentre as estratégias possíveis para o enfrentamento desses desafios e dada a dificuldade de implementação de intervenções breves individuais, e no sentido de fortalecer e ampliar o atendimento de usuários com padrão de uso de risco e nocivo de álcool, otimizando o aproveitamento dos profissionais de saúde o que inclui o enfermeiro, nessa perspectiva as intervenções em grupo podem constituir um recurso valioso para sanar esse problema.

3.3 INTERVENÇÕES INDIVIDUAIS *VERSUS* INTERVENÇÕES EM GRUPO PARA O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Atualmente ainda são escassos os estudos disponíveis, que objetivaram compreender o efeito de intervenções em grupo frente a problemática do uso nocivo de álcool e outras drogas, mas dos poucos estudos encontrados, estes realizaram comparações entre intervenções individuais *versus* grupais.

A respeito das intervenções em grupos para usuários de álcool e outras drogas, foram realizados estudos comparando intervenções em grupo e individuais na Noruega (Duckert, Johnsen, Amundsen, 1992) no Canadá (Graham et al., 1996) nos EUA (Schimitz et al., 1997) e no Brasil (Marques, Formigoni, 2001).

Na Noruega os pacientes que faziam uso nocivo de álcool foram recrutados por meio de anúncios de jornal, e depois randomizados para um tratamento cognitivo-comportamental de 12 sessões de 90 minutos, realizado em um formato de grupo ou individual (Duckert, Johnsen, Amundsen, 1992).

Os grupos eram de um único gênero e todos os participantes tiveram permissão de optar por um objetivo de abstinência ou moderação da bebida. No seguimento após 21 meses, não foram encontradas diferenças significativas entre as condições relacionadas ao consumo de álcool nos dois grupos (Duckert, Johnsen, Amundsen, 1992).

Nos Estados Unidos, estudo realizado com pacientes dependentes de cocaína que haviam recentemente completado um programa de internação para dependentes químicos, foram subsequentemente randomizados (por coortes) a um

tratamento cognitivo-comportamental de 12 sessões de 60 minutos que seguia um manual para prevenção de recaída em formato de grupo ou individual. No seguimento de seis meses, não houve diferenças significativas entre as duas condições (Schimitz et al., 1997). Resultado semelhante foi encontrado no estudo realizado no Canadá (Graham et al., 1996).

Estudo brasileiro (Marques, Formigoni, 2001) que randomizaram pacientes abusadores de álcool e outras drogas à um tratamento cognitivo-comportamental de 17 sessões realizado num formato de grupo e outro individual, observaram que não houve diferenças significativas nos índices de abandono entre as condições de grupo e individuais (Marques, Formigoni, 2001).

Nos Estados Unidos (Nyamathi et al., 2010), foi conduzido um ensaio clínico randomizado, que objetivou comparar três modalidades de intervenção para redução do consumo de álcool, sendo duas em grupo e uma individual. Um grupo de intervenção era o programa de promoção à saúde para hepatite conduzido por enfermeiros, o outro era um grupo de entrevista motivacional realizado por psicólogos especializados e a entrevista motivacional individual, sendo que todas as intervenções foram realizadas em três sessões, e os grupos eram compostos por em média de cinco a sete membros.

Os resultados mostraram que as três modalidades de intervenção resultou igualmente na redução de consumo de álcool por 50% da amostra, (Nyamathi et al., 2010) evidenciando que não há diferenças entre as modalidades grupais e individuais, assim como, quanto aos tipos de profissionais que conduzem a intervenção, mostrando que enfermeiros treinados conduzindo grupos de promoção à saúde geral introduzindo informações relacionadas ao consumo de álcool e estimulando a mudança de comportamento, para hábitos mais saudáveis, são tão eficazes na promoção da redução do consumo nocivo de álcool, quanto as intervenções específicas voltadas ao uso nocivo de álcool realizadas por outros profissionais especializados.

Pesquisa realizada no Brasil, que utilizou a abordagem de entrevista motivacional no formato grupal, com homens dependentes de álcool que estavam na fase de desintoxicação, que na avaliação inicial apresentavam um consumo médio de álcool de alto risco, (consumo de 200 unidades de álcool por semana), evidenciou na avaliação de seguimento (após três meses) que mais de 60% dos

pacientes não consumiram álcool após o tratamento e ainda os pacientes que continuaram consumindo álcool tiveram redução significativa no número de doses diárias, onde três meses antes do tratamento tinham um consumo em média de 36,1 doses diárias e três meses após o tratamento mudaram o consumo para em média 7,9 doses diárias (Jaeger, Oliveira, Freire, 2008).

Portanto, apesar de poucos estudos terem sido realizados comparando condições de intervenção em grupo e individual (Duckert, Johnsen, Amundsen, 1992; Graham et al., 1996; Schimitz et al., 1997; Marques e Formigoni, 2001; Nyamathi et al., 2010; Jaeger, Oliveira, Freire, 2008) para uso de substâncias, o achado mais notável e consistente entre as seis pesquisas disponíveis foi que, embora os pacientes tenham demonstrado melhora significativa no seu padrão de consumo de substâncias, não houve diferenças significativas nos desfechos entre os formatos de tratamento de grupo e individual.

O que demonstra que a intervenção em grupo é tão eficaz quanto a individual para ser utilizada como estratégia de enfrentamento ao uso de drogas, evidenciando a possibilidade de avaliar estratégias de intervenção em grupo para usuários com padrão de uso de risco/nocivo de álcool. Porém, a maioria dos estudos citados anteriormente, as intervenções tinham 12 ou mais sessões.

A esse respeito, é preciso considerar que apesar de que o maior número de sessões facilita o vínculo e este, por sua vez aumenta a adesão e reduz a taxa de abandono do tratamento, por outro lado a falta de tempo do indivíduo em participar de intervenções de longa duração pode aumentar as chances de abandono da intervenção pelo paciente, seja em grupo ou individual, o que reforça a necessidade de se pensar em abordagens breves envolvendo um maior número de participantes, sendo a intervenção grupal uma possibilidade para o enfrentamento do uso nocivo do álcool.

Considerando essa realidade referente ao abandono das sessões do tratamento longo, no Canadá pesquisadores (Sobell, Sobell, Agrawal, 2009), adaptaram uma técnica de abordagem em grupo chamada de tratamento de auto mudança guiada (AMG), e evidenciaram que aplicação dessa intervenção resultou na melhora significativamente considerável dos pacientes entre o tratamento e o seguimento (12 meses), independente da condição de intervenção (grupal ou individual), sendo que os pacientes que faziam uso nocivo de álcool que fizeram o

tratamento em grupo reduziram o número médio de doses diárias de 6,7 para 4,6 doses após o tratamento e para os pacientes na condição de tratamento individual reduziram o número médio de doses de 6,4 para 4,1 doses diárias (Sobell, Sobell, Agrawal, 2009).

Ainda avaliando a proporção de tempo gasto pelo terapeuta comparada entre as condições de tratamento em grupo *versus* individual, verificou-se uma economia de 41,4% no tempo dos terapeutas quando conduzindo a intervenção de grupo, além disso, os participantes da condição de grupo mostraram-se extremamente satisfeitos em serem designados para esta condição (Sobell, Sobell, Agrawal, 2009).

Considerando que estudos realizados que compararam intervenções em grupo e individuais, evidenciaram que as intervenções em grupo são tão eficazes quanto as individuais, (Marques, Formigoni, 2001; Nyamathi et al., 2010), que elas ocupam menor tempo dos profissionais de saúde para realização, atendendo uma maior demanda de pacientes do que se fossem individuais (Sobell e Sobell, 2013), e que o menor número de sessões possibilita a menor taxa de abandono pelo paciente do tratamento, aliadas as dificuldades apontadas pelos especialistas para a implementação da IB no âmbito da atenção primária, dentre elas: a falta de tempo dos profissionais (Ribeiro, 2011; Allen et al., 2011) e falta de recursos humanos suficientes e considerando que não foram encontrados na literatura estudos que se propusessem a realizar a intervenção breve em grupo, e ainda a escassez de estudos brasileiros sobre as IBs realizadas por enfermeiros, julgou-se oportuno realizar um estudo para avaliar se as intervenções breves em grupo realizadas por enfermeiros no contexto da atenção primária à saúde exercem influência nos padrões de uso de risco/ nocivo de álcool.

Para enfermagem, além de tratar-se de estudo pioneiro, uma vez que, nenhum estudo brasileiro sobre intervenções breves em grupo despendidas por esses profissionais, tenha sido publicado na literatura nacional. Esse estudo torna-se relevante, uma vez que, poderá fornecer subsídios para discussão e implementação das IBs realizadas por enfermeiros no formato de grupo no âmbito dos serviços de APS, além de identificar os limites e possibilidades da implementação de tais ações, por esses profissionais.

APORTE TEÓRICO

4 APORTE TEÓRICO

4.1 GRUPOTERAPIA

Estudioso Ballarin (2003) define grupo, como um conjunto de pessoas em relação umas com as outras. De acordo com a definição de grupo, Maximino (2001) corrobora com a conceituação de grupo como sendo um conjunto de pessoas, e complementa afirmando que esse conjunto não é um conjunto qualquer, e sim um recorte, sendo que, as pessoas que participam deste grupo devem apresentar características que as incluam neste coletivo, com características específicas, e excluam deste mesmo grupo as pessoas que não apresentam estas peculiaridades, ou seja, um conjunto de pessoas capazes de se reconhecer em sua singularidade e que estão exercendo uma ação interativa com objetivos compartilhados (Osório, 2003).

Estudioso, Gahagan (1976), ainda afirma que um conjunto de pessoas é um grupo quando suas atividades se relacionam mutuamente, de forma sistemática, para um determinado fim.

Nesse sentido, Gastaldi e Hayashi (2003), acrescentam que um determinado número de pessoas reunidas não forma necessariamente um grupo, uma vez que, para que haja o grupo, deve existir uma inter-relação entre essas pessoas reunidas.

Gastaldi e Hayashi, (2003) ainda consideram que a finalidade do grupo dependerá de quais as respostas se pretende buscar. Por essa razão, Rogers (1994), afirma existir inúmeras designações para grupo, tais como: grupos de encontro, de treino de sensibilidade, centrado na tarefa, de percepção sensorial, de criatividade e outros.

Para definir o tipo de grupo é importante que o facilitador tenha claro que tipo de mudança pretende, que tipo de técnicas deverão ser aplicadas e para que tipo de pessoas, por qual tipo de facilitador e sob quais condições (Zimerman, 1993).

Para Rogers (1994) o facilitador é a pessoa que cria condições para que se desencadeiem e se desenvolvam os processos de crescimento da pessoa, do grupo e das organizações, assim como é responsabilidade deste, em primeiro lugar a facilitação da expressão de sentimentos e pensamentos por parte dos membros do grupo.

Assim, considerando grupo como uma importante estratégia para o cuidado, uma vez que trata-se de uma abordagem que tem como um dos principais objetivos facilitar a expressão de sentimentos e pensamentos pelas pessoas que participam (Rogers, 1994), Liebmann (2000) aponta algumas razões para a utilização da abordagem grupal.

1. Muito aprendizado social é feito em grupos; portanto, o trabalho grupal fornece um contexto pertinente para a prática deste aprendizado;
2. Pessoas com necessidades semelhantes podem apoiar-se mutuamente a sugerir soluções para problemas comuns, ajudando umas às outras;
3. Os integrantes de um grupo podem aprender com o *feedback* dos outros;
4. Os integrantes de um grupo podem experimentar novos papéis, ao verem qual é a reação do outro diante deles (modelagem dos papéis) e podem ser apoiados ou reforçados nisso;
5. Os grupos podem ser catalisadores para o desenvolvimento de recursos e habilidades latentes;
6. Os grupos são mais adequados para algumas pessoas, por exemplo, àquelas que considerem intensa demais a intimidade do trabalho individual;
7. Os grupos podem ser mais democráticos, compartilhando o poder e a responsabilidade;
8. Alguns terapeutas consideram o trabalho grupal mais satisfatório que o individual;
9. Os grupos podem ser econômicos, permitindo que um especialista auxilie diversas pessoas ao mesmo tempo.

Dentre as desvantagens das intervenções em grupo estão a manutenção do sigilo do grupo, já que há mais pessoas envolvidas; quanto ao fato de que os grupos dependem de recursos e de organização, por vezes difíceis; e de que nos grupos há menos atenção individual ao cliente e pode haver rotulação ou estigmatização (Liebmann, 2000).

A abordagem grupal, portanto, se apresenta como uma estratégia potencial para a promoção à saúde, uma vez que, está vem sendo um importante desafio a ser enfrentado pelo profissional de saúde, tendo em vista que a promoção à saúde não concebe a ideia de investir em tecnologias visando a cura e tratamento, mas almeja que cada indivíduo tenha acesso e direitos iguais ao autoconhecimento e autocuidado (Alvarez et al., 2012).

Diante desse desafio, a educação em saúde como estratégia para a promoção da saúde, constitui-se em uma importante função do enfermeiro, e este

deve estar preparado para assumir esse papel, entretanto, é observado o uso de técnicas ultrapassadas que não atingem o indivíduo, utilizadas para mudança de atitude por esses profissionais (Gastaldi, Hayashi, 2003).

Assim, considerando os grupos, enquanto tecnologia de cuidado complexa e diversificada, estes podem ser úteis nas formulações de intervenções. Tais ofertas das formas de intervenção são derivadas das demandas recorrentes dos profissionais que desejam incorporar novas ferramentas de trabalho, perguntando-se “como faço grupo?”, “como saio do meu espaço clínico individual?”, entendendo este espaço como produtor de saúde e possuindo impacto nos determinantes e condicionantes de saúde dos sujeitos e coletividades (Brasil, 2013).

Diante do exposto é importante refletir acerca da realização de grupos terapêuticos para pessoas com problemas associados ao uso de risco e nocivo de álcool, em razão do aumento da demanda atual no país, somado a necessidade de atender essa clientela, a falta de recursos humanos nos serviços de saúde para esse atendimento de forma individual, além de considerar as vantagens dos grupos terapêuticos nesse contexto, inclusive no que se refere a economia de recursos humanos, voltada ao fato de que um profissional possa atender vários pacientes ao mesmo tempo, assim, torna-se oportuno a proposição da utilização dessa abordagem nesse estudo.

4.2 UTILIZAÇÃO DE GRUPOS POR ENFERMEIROS

Na enfermagem a utilização de grupos é natural, pois, o enfermeiro é um profissional que desenvolve o seu trabalho em grupo, a exemplo disso, na equipe de enfermagem, durante a passagem de plantão executando atividades educativas, no ensino realizando grupos de discussão de casos ou como estratégia em disciplinas em que o grupo é visto como parte da aprendizagem, entretanto, as atividades grupais inseridas no trabalho do enfermeiro atenderam as necessidades do seu tempo, sendo encontrado os primeiros registros de atividades de formação em dinâmicas de grupos para enfermeiros na década de 60, assim como, já eram comuns na década de 70 as atividades em grupos pelo enfermeiro de saúde pública relacionado à atividade educativa com gestantes (Munari, Furegato, 2003).

Os grupos na atenção primária à saúde realizados por enfermeiros costumam ser orientados pelas ações programáticas, modelo hegemônico de organização da Estratégia Saúde da Família (ESF), centrado nos grupos prioritários de

doenças/agravos: grupos de adesão medicamentosa, hiperdia (hipertensão e diabetes), entre outros. Os objetivos são de gerar impactos nos indicadores na perspectiva da educação em saúde, comumente baseada num paradigma de transmissão do saber-fazer profissional (Brasil, 2013).

Portanto, os grupos têm sido utilizados como estratégia na promoção à saúde pelos enfermeiros como recurso potencializador para alcançar seus objetivos referentes ao processo educativo (Gastaldi, Hayashi, 2003).

O uso dos grupos pelo enfermeiro é indispensável, pois esse, é um dos profissionais que se encontram em maior disponibilidade nos serviços de saúde, uma vez que, compõe a equipe em diversos ambientes de saúde e ainda é considerando o profissional de maior contato com os pacientes, pois, permeia sua assistência através de experiência terapêutica e emocional, tendo no seu relacionamento atributos pessoais e técnicas clínicas no trabalho com o paciente (Sahli, Pillon, 2004) revelando-se como importante recurso na coordenação de atividades realizadas em grupos nos serviços de saúde incluindo principalmente na APS.

Além disso, o enfermeiro no contato com o paciente comunica-se pelo diálogo ou pela discussão, não por monólogo, afirmando a realidade e o valor do paciente; identificando os problemas existentes e criando certa liderança que resulta numa grande ligação, permitindo que o paciente se adapte como um indivíduo único ao estresse que está vivenciando (Stuart, 1998).

Assim, considerando as habilidades do enfermeiro, no relacionamento terapêutico com o paciente, na comunicação, facilidade de ajudar o outro a se expressar, devido sua experiência na liderança de equipes e trabalhos coletivos, principalmente no âmbito da saúde pública, vinculado à assistência com gestantes e com portadores de doenças crônicas, na adesão e prevenção de agravos, pesquisas têm demonstrado experiências satisfatórias da enfermagem no trabalho grupal (Munari, Furegato, 2003) e essas experiências têm sido desenvolvidas principalmente relacionadas ao grupo operativo, o qual se trata de um grupo centrado na tarefa que tem por finalidade aprender a pensar em termos da resolução das dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal e não no campo de cada um de seus integrantes (Pichón-Rivière, 2005).

Esse tipo de grupo é utilizado como a mais frequente abordagem grupal na enfermagem para problemas de saúde em geral e, além disso, conta com algumas experiências relacionadas à sua aplicação com pacientes que apresentam transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (Sahli, Pillon, 2004).

Estudo que abordou a experiência de enfermeiras na coordenação de grupos operativos em CAPS ad II (Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas), enfatizaram que essa experiência contribuiu na melhoria dos pacientes com transtornos decorrentes do uso de substâncias de forma efetiva na sua reinserção social-familiar e na redução dos danos causados pelo uso das substâncias (Cassol et al., 2012) e que, além disso, o trabalho em grupo faz com que o paciente experimente um estado emocional livre de qualquer problema, pois esse tipo de abordagem possibilita o paciente dividir e discutir com os outros membros do grupo suas frustrações e conquistas e no que se refere ao papel da enfermagem como coordenador de grupo, este tem conseguido diferenciar sua participação profissional dentro e fora do grupo, uma vez que o mesmo não expõe seu lado pessoal dando ênfase a sua contribuição e seu profissionalismo (Sahli, Pillon, 2004).

Portanto, considerando que por meio da reforma psiquiátrica, houve o aumento dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a criação de políticas de assistência às pessoas com transtornos mentais gerais ou por uso de substâncias para a atenção primária e secundária, o atendimento grupal é considerado uma das principais ferramentas de cuidado nesses contextos (Lancetti, 1993).

Desse modo, existem vários tipos de grupos que os enfermeiros podem desenvolver, sendo que esses grupos podem ser classificados de acordo com o objetivo do trabalho.

Os grupos de aprendizagem de mudança de comportamento, têm o objetivo de ajudar as pessoas a inserir comportamentos mais saudáveis em suas rotinas que possam ser aprendidos, como acontecem nos grupos de hipertensão, diabetes, obesidade e outros, a transmissão de informações pelo profissional de saúde, que que oportuniza a inserção de uma atividade mais saudável, assim como, permite a troca de experiências dentro do grupo (Munari, Furegato, 2003).

Os grupos institucionais que se destinam a aumentar o rendimento de produção de uma determinada empresa, investindo nos seus trabalhadores (Spadini, Souza, 2006).

Os grupos comunitários que são frequentemente aplicados em programas de saúde mental, como a terapia comunitária (Spadini, Souza, 2006).

Os grupos terapêuticos que objetivam a melhoria de alguma situação de patologia física e ou psíquica dos indivíduos (Spadini, Souza, 2006).

E por fim a intervenção breve grupal que se trata de um grupo voltado à prevenção e redução do padrão de uso de risco/nocivo de álcool e por isso essa abordagem grupal realizada pelo enfermeiro será melhor detalhada nesse estudo.

Assim, diante do fato do enfermeiro possuir habilidades técnicas acerca de dinâmicas assistências tanto individuais, quanto coletivas, e que devido as vantagens das abordagens grupais, como economia de recursos humanos e por isso, o grupo é considerado um recurso potencializador de promoção a saúde, e devido a isso, o grupo tem sido utilizado pelos enfermeiros no âmbito da saúde pública, objetivando a mudança de comportamento frente aos hábitos mais saudáveis, visando a redução de doenças crônicas e comportamentos de risco, torna possível pensar que esse tipo de abordagem pode ser aplicado na mudança do comportamento de beber.

Dessa forma, o profissional enfermeiro deve se apropriar da ferramenta “grupos terapêuticos” como suporte tecnológico para a enfermagem em adições, uma vez que estes constituem-se, atualmente como a principal estratégia empregada nos CAPS ad e na saúde coletiva nacional (Bourguignon, Guimarães, Siqueira, 2010; Spadini, Souza, 2011),

Sendo assim, tendo em vista que o trabalho em grupo trata-se de uma ferramenta importante na assistência do enfermeiro no cuidado a pacientes com doenças crônicas (diabetes, hipertensão etc.), no tratamento da dependência de substâncias psicoativas, dentre elas o álcool, nos centros especializados e revela sua potencialidade principalmente nos serviços de atenção primária à saúde devido a equipe de enfermagem se constituir em maior número e ter maior contato, o que pressupõe maior vínculo com os pacientes, torna-se relevante se pensar no uso do trabalho em grupo objetivando a mudança de comportamento do uso de risco e

nocivo de álcool na população atendida na atenção primária à saúde pelo enfermeiro.

Para isso, pesquisas têm avaliado estratégias eficazes na motivação para mudança de comportamento do uso de álcool e outras drogas que podem ser utilizadas como referencial teórico para abordagens de trabalho em grupo para mudança de comportamento de beber, sendo elas a teoria motivacional, a intervenção breve e a terapia de auto mudança guiada.

*INTERVENÇÃO BREVE – HISTÓRIA,
FUNDAMENTOS E TÉCNICA*

5 INTERVENÇÃO BREVE – HISTÓRIA, FUNDAMENTOS E TÉCNICA

5.1 MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

O estudo da psicologia motivacional objetiva compreender o motivo pelo qual os seres humanos e animais em determinadas situações específicas, escolhem, iniciam e mantêm determinadas ações (Udo, 2003).

A palavra motivação etimologicamente deriva do latim *movere*, que significa “mover”, portanto, a motivação pode ser definida como aquilo que é susceptível de mover o indivíduo, de o levar a agir para atingir algo (o objetivo), e de lhe produzir um comportamento orientado, pode ser um conjunto de forças internas que mobilizarão o indivíduo para atingir um dado objetivo como resposta a um estado de necessidade, carência ou desequilíbrio (Miller, Rollnick, 2001).

Do ponto de vista teórico a motivação trata-se de um fenômeno bastante complexo.

Para Nuttin (1983), a motivação significa designar o aspecto dinâmico e direcional (seletivo ou preferencial) do comportamento, ou seja, a motivação é responsável pelo fato de que um comportamento se dirige preferencialmente para uma determinada categoria de objetos ao invés de dirigir-se para outra, ainda que a aprendizagem desempenhe um papel secundário na abertura do caminho que leva para este ou aquele objeto concreto.

O termo motivações (no plural), ou uma motivação específica, é algumas vezes, empregado no mesmo sentido que “motivos”, sendo que, que os motivos são considerados, como concretizações das necessidades, ou seja, eles constituem o componente dinâmico e direcional do ato concreto (Nuttin, 1983).

Assim, o motivo, correntemente, indica algumas vezes, o próprio objeto ou fim que motiva o sujeito, a exemplo disso, pode-se dizer que para um pai de família, o bom entendimento em casa é o motivo de seu comportamento conciliador, enquanto que em psicologia animal, um estado ou fator fisiológico de regulação comportamental pode ser chamado de um motivo (Nuttin, 1983).

A motivação tem permeado várias teorias, sendo explicada desde conceitos fisiológicos até como um conceito psicológico comportamental. Dentre os principais estudiosos da psicologia motivacional pode-se citar, Skinner que estudou a motivação como um condicionamento da mente, Kurt Lewin que considera que a

motivação é determinada pela influência do meio ambiente sobre o indivíduo e Murray e Maslow que relacionam a motivação frente às necessidades humanas (Nuttin, 1983).

Os primeiros estudos acerca da motivação, se referiram a motivação como estímulo e descarga de energia, assim, a motivação é concebida como movimento, ou seja, para o movimento físico é preciso encontrar uma força que faz passar o organismo do estado de repouso para o estado de movimento, sendo este conceito proveniente da física (Nuttin, 1983).

No final do século XIX, era comum a psicologia emprestar conceitos da física e da biologia, e foi dessa forma que Freud, elaborou um modelo físico, chamado de “*psychical apparatus*”, onde a lei desse aparelho consiste em evitar todo e qualquer aumento de energia, ou seja, o estímulo interno, provocado pela necessidade orgânica, é conceituado como carga de energia, assim, o aparelho psíquico tenderá a evitar toda estimulação, ou então, tratará de desfazer do acréscimo de energia por uma descarga no comportamento motor (descarga de energia que provoca prazer). Este modelo de dinâmica comportamental forneceu a psicologia um de seus mais populares conceitos motivacionais, sendo encontrado na psicanálise freudiana e entre os teóricos da etologia e na lei do condicionamento (reforço por redução de necessidade) (Nuttin, 1983).

A motivação, de maneira geral, é concebida como originária do estado dos tecidos do organismo, sendo que, este estado manifesta-se por um estímulo desagradável do que o organismo tende a se livrar, ou seja, um estímulo produz desequilíbrio homeostático (Exemplo: Uma pessoa fica horas sem se alimentar, a falta combustível para as células trabalharem, produz sintomas, como a dor de cabeça, fraqueza, que leva pessoa a se alimentar) (Nuttin, 1983).

As teorias comportamentais, explicam a motivação como, associação e conexões aprendidas, ou seja, o estímulo torna-se o ponto de partida de uma reação que, por sua vez, continua em outro estímulo (o alimento, por exemplo), que, reforça positiva ou negativamente a associação estabelecida. Para Skinner, a motivação é dada pela frequência em que determinado comportamento é executado, ou seja, um comportamento que traz consequência positivas será repetido mais vezes que outro que traz consequências negativas (Nuttin, 1983).

Por muitos anos a psicologia experimental da motivação se interessou pelas necessidades e pulsões de base fisiológica, como a fome, a sede a sexualidade dentre outros, para explicar a motivação como fator influente de estados fisiológicos sobre o comportamento (motivação como impulso). Entretanto, a motivação não poderia ser explicada apenas pelo modelo das necessidades fisiológicas, uma vez que desde os tempos mais remotos, na ausência de estimulação, o ser humano procura outro estímulo, ou seja, nota-se a motivação como uma atividade espontânea do organismo, pois, mesmo na ausência de necessidades orgânicas e de estimulação externa adequadas, o indivíduo permanece ativo.

Portando, o ser humano tende a buscar estímulos correntemente mesmo que não haja uma necessidade fisiológica, um exemplo disso, é quando uma pessoa estuda um tema que a interessa (motivação intrínseca), e consegue com isso uma boa nota (motivação extrínseca), motivando a mesma a dar continuidade a esse estudo ou a outros (motivação intrínseca e extrínseca) (Nuttin, 1983).

O modelo de adaptação adquiriu influente importância no estudo do comportamento humano e de sua motivação, pois, o pressuposto de que o ser vivo precisa estar em harmonia com o ambiente, e o ambiente com o ser vivo constitui a base teórica da adaptação e para esta reconhece-se que geralmente o ser vivo começa por tentar assimilar os dados do meio para sua própria maneira de funcionar, mas na medida em que não consegue isto, o ser vivo é obrigado acomodar-se à maneira de ser do ambiente, desta forma, o ser humano muda a natureza em cultura e se torna causa de progresso, o que não corresponde à imagem da adaptação do homem a seu meio (Darwinismo) (Nuttin, 1983).

E por fim a última estratégia cognitivista de explicar o problema motivacional, define a motivação como um processo de antecipação cognitiva, ou seja, esses autores falam sobre a motivação em termos de resultados antecipados, nesse sentido a motivação é considerada um processo devido ao qual o comportamento é determinado por suas consequências, ou seja, os resultados aos quais ele chega. (Nuttin, 1983).

Partindo do princípio de que a motivação é afetada por uma variedade de condições internas e externas a pessoa, no caso da dependência de álcool e outras drogas, Miller e Rollnick (2001) sugerem que a motivação não deva ser pensada com um problema de personalidade, nem como um traço que a pessoa carrega

consigo quando procura o terapeuta, mas sim como um estado de prontidão para mudança, que pode oscilar de tempos em tempos ou de uma situação para outra, sendo que esse estado pode ser influenciado.

Os pesquisadores James Prochaska e Diclemente (1982), buscando entender como e porque as pessoas mudam, tanto por si mesmas quanto com o auxílio de um terapeuta, descreveram uma série de estágios pelos quais as pessoas passam no curso da modificação de um comportamento, assim, dentro dessa abordagem, a motivação pode ser compreendida como o estado ou estágio da disposição para a mudança de uma pessoa, sendo que esse é um estado interno influenciado por fatores externos (Prochaska, DiClemente 1982).

Considerando o modelo de explicação da motivação por fatores intrínsecos e extrínsecos, a teoria de Diclemente e Prochaska, parte do princípio que para alcançar a mudança de comportamento a pessoa passa por estágios de prontidão para mudança e que a partir da identificação do estágio motivacional o qual o indivíduo se encontra, o profissional de saúde pode atuar com ações estimulando que a pessoa encontre em si fatores intrínsecos (algo que lhe interesse fazer) apoiado em fatores extrínsecos (vantagens de mudar, ganhos) para avançar nos estágios de mudança.

Esses autores então, descreveram um modelo considerado transteórico (TTM) no qual são descritos processos de mudanças na modificação de um problema, sendo que tais processos podem ocorrer dentro de uma intervenção terapêutica, ou não (auto mudança) (Miller, Rollnick 2001).

O Modelo Transteórico (McConaughy et al., 1983; Prochaska, DiClemente 1986; Prochaska, Diclemente, Norcross, 1992) visa incluir e integrar construções principais de outras teorias em uma teoria abrangente de mudança que pode ser aplicada a uma variedade de comportamentos, populações e definições (por exemplo, configurações de tratamento, prevenção e configurações de formulação de políticas), portanto esse modelo é considerado transteórico por ter como antecedente o estudo comparativo de Prochaska em 1979 entre diferentes modelos psicoterápicos buscando identificar quais seriam os processos de mudança comuns a todos eles (Prochaska, Diclemente, 1986).

O modelo transteórico tem como principal foco descrever as etapas do processo de mudança, uma vez que os estudos sobre mudança descobriram que as

peças se movem através de uma série de estágios quando modificam o comportamento (Prochaska, Diclemente, 1986).

Prochaska e Diclemente (1986) sugere inicialmente a proposta de quatro estágios de motivação para mudança (pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção) e posterior a inclusão por esses autores de mais um estágio - a determinação ou preparação para mudança - que ficaria entre a contemplação e a ação e mais tarde é acrescido um sexto estágio – a recaída, conforme figura 1 abaixo.

Figura 1- Modelo de Mudança.

Assim são descritos os estágios de motivação propostos por Diclemente e Prochaska (1993).

- **Pré-Contemplação:** refere-se àquele indivíduo que ainda não está pensando em mudar seu comportamento de risco. Neste caso, a intervenção consiste em dar informações e orientações sobre os problemas associados a questão de saúde e encorajar a pessoa a refletir sobre o assunto.
- **Contemplação:** refere-se àquele indivíduo que já pensa na possibilidade de mudar seus hábitos não saudáveis, mas ainda não tem determinação suficiente para mudar o comportamento de risco, ou seja, ora quer parar, ora quer continuar a praticar o comportamento de risco. Assim, deve-se oferecer

informações à pessoa e tentar ajudá-la a refletir sobre as vantagens e desvantagens relativo ao determinado problema em questão.

- **Determinação ou Preparação para a ação:** corresponde ao momento em que a pessoa reconhece claramente que o comportamento de risco está prejudicando e deseja mudar esse comportamento. Neste caso, deve-se desenvolver um planejamento de atitudes e ações que possam modificar seu comportamento, a partir do reconhecimento dos fatores de risco e estratégias para enfrentá-los.
- **Ação:** Refere-se a atitude do indivíduo que começa a colocar em prática o que foi planejado, mudando seus hábitos e comportamentos de risco.
- **Manutenção:** Relaciona-se com as intervenções dirigidas para a manutenção de comportamentos que evitem a recaída ao comportamento de risco, que já tinha sido interrompido. Neste estágio, são importantes o incentivo e o estímulo ao indivíduo, no sentido de dar continuidade a mudança do seu comportamento de risco.
- **Recaída:** A recaída é normal, pois é um evento esperado quando a pessoa busca a mudança de qualquer comportamento de longa duração, portanto, se a recaída ocorre, a tarefa do indivíduo é recomeçar a circular a roda em vez de ficar imobilizado nesse estágio, assim é tarefa do terapeuta nesse momento, ajudar a pessoa a evitar o desânimo e a desmoralização, a continuar a contemplar a mudança, a renovar a determinação e a retomar a ação e a manutenção de esforços (Diclemente, Prochaska, 1993).

A ideia de motivação envolve, portanto, um estado de prontidão e que passará por um processo de mudança em diferentes estágios, que recebem influência de aspectos externos. Sugere-se que dependendo do estágio em que o indivíduo se encontre a intervenção do profissional também deva ser diferente e adequada àquele estágio (Diclemente, Prochaska, 1993).

Este modelo pressupõe que certos princípios do processo de mudança quando trabalhados de acordo com o estágio de motivação em que o indivíduo está, se torna mais efetivo o avanço nesse processo de mudança de comportamento, pois, reduz a resistência, facilita o progresso e previne recaídas. Dentre os princípios que devem ser trabalhados no processo de mudança, incluem o balanço decisional, auto eficácia e os processos de mudança (Prochaska, Velicer, 1997).

O balanço decisional trata-se de uma construção junto ao indivíduo dos prós e contras da mudança de determinado comportamento, ajudando o indivíduo a formar uma concepção crítica para tomar uma determinada decisão (Prochaska, Velicer, 1997).

A auto eficácia pode ser caracterizada pela construção da capacidade ou da confiança do indivíduo em lidar com situações de alto risco (Prochaska, Velicer, 1997).

De acordo com Prochaska e Velicer (1997) os processos de mudança têm como objetivo explicar como ocorrem as mudanças, sendo que, em geral, para as pessoas progredirem é necessário:

- 1 A conscientização crescente (*Consciousness raising*) - por meio da informação, educação e *feedback* pessoal sobre o comportamento saudável.
- 2 Alívio dramático (*Dramatic relief*) - sentimento de medo, ansiedade ou preocupação por causa do comportamento de risco, ou sentir a inspiração e esperança quando ouvem sobre como as pessoas são capazes de mudar para comportamentos saudáveis
- 3 Auto Reavaliação (*Self reevaluation*) - percebendo que o comportamento saudável é uma parte importante de quem eles são e querem ser
- 4 Reavaliação ambiental (*Environmental reevaluation*) - Como seu comportamento não saudável afeta os outros e como eles poderiam ter efeitos mais positivos mudando e percebendo
- 5 Libertação social (*Social liberation*) - percebendo que a sociedade é mais favorável ao comportamento saudável
- 6 Autolibertação (*Self – liberation*) - acreditar na própria capacidade de mudar e construir metas recomendáveis para agir sobre essa crença
- 7 Ajudar no fortalecimento de relações (*Helping relationships*) com pessoas que apoiam a sua mudança
- 8 Aconselhar condições (*Counter conditioning*) - maneiras saudáveis de agir e ajudar a pensar em maneiras saudáveis
- 9 Manejo do reforço (*Reinforcement management*) - aumentando as recompensas que vêm de comportamentos positivos e reduzindo aqueles que vêm de um comportamento negativo
- 10 Controle dos estímulos (*Stimulus control*) - usando lembretes e sugestões que estimulam comportamentos saudáveis como substitutos para aqueles que incentivam o comportamento não saudável.

Figura 2. Princípios do processo de mudança por estágios motivacionais

Fonte: Adaptado de Diclemente e Prochaska (1982)

Com relação a utilização do modelo transteórico de motivação para mudança, existem evidências de sua eficácia em diversas situações, como: no manejo do estresse (Evers et al., 2006), na adesão a terapêutica anti-hipertensiva (Johnson et al., 2006a), na adesão ao uso de medicação hipoglicemiantes (Johnson et al., 2006b), no controle de peso (Johnson et al., 2008) e para o tratamento do tabagismo (Prochaska et al., 1993; Prochaska et al., 2001; Diclemente et al., 2009; Aveyard et al., 2009).

A utilização do modelo transteórico de mudança para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas foi apresentada pela primeira vez por Rollnick e Hugles (1993), quando realizaram um estudo de validação da régua de prontidão para mudança, que evidenciou baixa motivação no início do tratamento e que conforme o indivíduo avançava no tratamento, o mesmo aumentava a motivação (Rollnick et al., 1992).

Para Miller e Rollnick (2001) um aspecto que dificulta a motivação para mudança são problemas decorrentes do fato de pacientes estarem ‘desmotivados’ ou ‘resistentes’. Esse fenômeno tem sido observado quando um terapeuta está utilizando estratégias inadequadas para o estado de mudança atual do paciente, nesse sentido foi levantada uma questão prática: “Quais estratégias um profissional pode utilizar para melhorar a motivação para a mudança?” (Miller, Rollnick, 2001).

No caso, das dependências de substâncias psicoativas, têm sido utilizadas técnicas efetivas como a teoria cognitivo-comportamental e a entrevista motivacional, entretanto, diante da importância de realizar o cuidado precoce, no

caso do uso de álcool, a OMS (2001) têm sugerido a aplicação da intervenção breve na atenção primária à saúde como recurso potencial na redução do consumo de álcool em conjunto com o modelo transteórico de motivação para mudança, uma vez que o desenvolvimento da intervenção breve articulado a comunicação empática de acordo com o estágio de prontidão para mudança do indivíduo é considerada uma etapa importante para a efetividade no tratamento, pois esse modelo tem sido efetivo no processo de mudança para comportamento de uso de substâncias psicoativas (Miller, 1998).

5.2 INTERVENÇÃO BREVE

Os primeiros referenciais teóricos utilizados como fundamentos para a criação deste tipo de intervenção são originários das teorias comportamentais e cognitivistas.

A intervenção breve foi proposta por Sanchez-Craig e colaboradores no Canadá como uma abordagem psicoterapêutica para dependentes de álcool, em 1972. Tratando-se de uma intervenção constituída por quatro sessões focalizadas e simples, que resultou na redução imediata do consumo de álcool em dependentes graves e, conseqüentemente, uma melhora na saúde, quando comparada a uma amostra semelhante de pacientes sem tratamento (Sanchez-Craig, Wilkinson, 1989).

A IB é uma técnica que pode ser aplicada por qualquer profissional, desde que treinados por um curto espaço de tempo, utilizando uma estratégia simples e de curto período de duração (Marques, Furtado, 2004).

Na entrevista inicial, a comunicação empática e voltada para a prontidão para mudança do indivíduo foi considerada uma etapa tão importante quanto o diagnóstico, em função deste aspecto e da brevidade da técnica, foi inserido a abordagem da motivação na estrutura da intervenção breve e o estágio motivacional que se encontra o paciente foi então estudado e considerado como um fator preditor de efetividade no tratamento (Diclemente, Prochaska, 1998).

Portanto a IB tem como pressupostos teóricos:

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 (Miller, Heather, 1998).

Os estudos têm mostrado que muitos indivíduos que buscam assistência – em torno de 80% – não estão preparados para realizar este processo sozinhos, pois se encontram em fase de pré-contemplação ou contemplação de seu problema (Prochaska, 1999). O mesmo acontece com os profissionais, que se consideram muito pouco preparados para resolver estes problemas (Kaariainen et al., 2001).

O objetivo fundamental de qualquer intervenção breve é reduzir o risco de danos provenientes do uso continuado de substâncias incluindo o uso de álcool, para isso as metas são estabelecidas para cada paciente, individualmente, a partir da clara identificação do seu padrão atual de consumo e os riscos associados (Marques, Furtado, 2004).

Contudo, a IB refere-se a uma modalidade de atendimento com tempo limitado, focando a mudança de comportamento do indivíduo (Fleming, Manwell, 1999). Trata-se de intervenções cujo objetivo é identificar um problema real ou potencial relacionado ao álcool e motivar o indivíduo para que faça algo a respeito (OMS, 2001).

A IB foi proposta para ser conduzida em serviços gerais de atendimento de saúde, em especial em serviços de atenção primária à saúde, e visam ajudar os pacientes a reduzir o consumo de álcool. Essas intervenções restringem-se a cinco ou menos sessões, cada sessão com duração de poucos minutos a uma hora e podem ser conduzidas por profissionais de saúde que não necessariamente sejam especialistas no tratamento de dependências (Babor et al., 2001). É mais frequentemente utilizada com pacientes que ainda não apresentam critérios para dependência de álcool, e sua meta pode ser o beber moderado ao em vez da abstinência (Bien, Miller, Tonigan, 1993).

Para identificar os principais elementos da intervenção breve, Miller e Sanchez (1993) propuseram seis elementos essenciais no processo de IB, dirigida a usuários de substâncias, resumidos pela sigla FRAMES: Feedback (Avaliação dos problemas, rastreamento/Devolutiva ou retorno), Responsibility (Responsabilidade, discussão dos prós e contras do uso), Advice (Aconselhamento), Menu of option (Menu de opções), Empathy (Empatia), Self-efficacy (Auto eficácia), que são descritos abaixo:

5.2.1 Rastreamento para problemas relacionados ao álcool

Um número de ferramentas de rastreamento está disponível para identificar os problemas atuais ou potenciais relacionados ao álcool entre os pacientes. O rastreamento dos problemas relacionados ao álcool, pode ser feito dentre outros, por meio do histórico médico o qual pode levantar questões sobre o uso atual e passado de álcool, incluindo a quantidade e a frequência de consumo de bebidas alcoólicas. Perguntas sobre um acidente anterior ou lesões podem também indicar pistas para um problema potencial relacionado ao álcool.

No entanto, vários questionários de rastreamento padronizados, como o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), o CAGE, e *Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST) podem identificar problemas atuais do uso do álcool. Além disso, exames laboratoriais, tais como o teste para a enzima hepática gama-glutamitransferase (GGT), também podem revelar a presença do uso prejudicial ou nocivo do álcool (OMS, 2001).

5.2.2 Devolutiva (Feedback)

O profissional da saúde ao aplicar uma IB com pacientes, deve fornecer feedback sobre os resultados obtidos no instrumento de *screening* ou rastreio, bem como sobre os riscos relacionados ao padrão atual do beber, além dos problemas que possam estar relacionados, para isso pode-se valer de resultados de exames laboratoriais ou de diagnósticos médicos (OMS, 2001).

5.2.3 Responsabilidade do paciente

O profissional deve levar o indivíduo a percepção do controle pessoal, ou seja, enfatizando para o paciente a sua responsabilidade pelo seu comportamento e por suas escolhas sobre o controle do uso do álcool (OMS, 2001).

5.2.4 Aconselhamento

Os profissionais podem dar conselhos explícitos com vista a mudança de comportamento do uso, ou seja, para reduzir ou parar de beber e discutir os prós e contras do consumo atual e fornecer informações e material de autoajuda sobre o consumo de álcool (OMS, 2001).

5.2.5 Menu de opções

Consiste em buscar identificar, junto com o paciente, as situações de risco que favorecem o seu consumo de álcool, tais como: onde ocorre o uso, em companhia de quem, ou em que situações sociais ou emocionais e através destas identificações o profissional orienta o paciente no desenvolvimento de habilidades e estratégias para evitar ou lidar de outra forma com essas situações de risco com o oferecimento aos pacientes de uma variedade de estratégias para escolha. Estas podem incluir a fixação de um limite específico sobre o consumo de álcool; aprender a reconhecer os antecedentes do beber, desenvolver habilidades para evitar beber em situações de alto risco, planejamento futuro para limitar o ato de beber, estimular outros modos de beber (por exemplo, ao beber medindo, diluindo, e espaçando o tempo entre uma dose e outra), além de aprender a lidar com os problemas cotidianos que podem levar a beber. Uma outra forma de ajudar os pacientes consiste no oferecimento de materiais de autoajuda, no sentido de ajuda-los a levar estas estratégias em frente (OMS, 2001).

5.2 6 Empatia

Um estilo caloroso, reflexivo, compreensivo ao se realizar uma IB é mais eficaz do que um estilo agressivo, conflituoso, confrontativo ou com medidas coercitivas (OMS, 2001). Miller e Rollnick (2001), constataram que o uso da empatia no aconselhamento, possibilitou a redução do beber em 77% dos indivíduos atendidos, em oposição aos 55% referentes aqueles indivíduos cujas intervenções utilizaram-se de confrontos e abordagens coercitivas.

5.2.7 Auto eficácia

Consiste em encorajar os pacientes a confiar em seus próprios recursos para realizar a mudança e para ser otimista quanto a sua capacidade de mudar seu comportamento de beber. A IB é capaz de aumentar a motivação, e muitas vezes, inclui técnicas que tem por objetivo auto motivar o paciente, enfatizando seus pontos fortes encorajando os pacientes a desenvolver, implementar e comprometer-se com seus planos para diminuir ou parar o uso (OMS, 2001).

5.3 AUTO MUDANÇA GUIADA

A técnica de auto mudança guiada (AMG), trata-se de uma estratégia de abordagem utilizada tanto no formato individual como em grupo, para tratar pacientes com problemas por uso de substâncias. Esta técnica constituiu-se de uma avaliação de quatro sessões semiestruturadas, com sessões adicionais quando necessário. E tem como principal apoio empírico para a abordagem de grupo, a terapia cognitivo-comportamental (análise funcional, auto monitoramento do uso de álcool e outras drogas, habilidades de resolução de problemas para desenvolver respostas alternativas às situações de uso de álcool ou outras drogas e lições de casa, incluindo um exercício da balança decisória) somada à entrevista motivacional (lidando com a balança decisória, exercício do equilíbrio decisional, régua de prontidão) (Sobell, Sobell, 2013).

5.3 .1 Princípios da Auto Mudança Guiada

Segundo Sobell e Sobell (2013) os princípios da terapia de auto mudança guiada incluem:

1. Proporciona escolha de objetivo que inclui o consumo de baixo risco e aceita alternativas de redução de danos para clientes que não desejam buscar a abstinência;
2. Os clientes analisam funcionalmente seu próprio uso de substâncias e desenvolvem seus próprios planos de tratamento;
3. Enfatiza a aplicação das habilidades de resolução de problemas;
4. Incorpora elementos cognitivos do modelo de prevenção de recaída no tratamento. Em vez de proporcionar treinamento das habilidades, uma abordagem de manejo de recaída é utilizada para gerar um diálogo sobre adotar uma perspectiva realística sobre a mudança e discutir necessidade de interpretar os lapsos como experiências de aprendizagem;
5. Usa o *Timeline Followback* para reunir dados de uso de substância prévios ao tratamento que são então usados para gerar *feedback* personalizado para os clientes sobre seu nível de uso de substâncias, riscos e consequências;
6. Incorpora a flexibilidade na programação, solicitando explicitamente informações do cliente como o principal determinante para sessões adicionais;
7. Como uma intervenção breve, ela inclui um telefonema por mês depois da última sessão marcada destinada a proporcionar apoio ao

funcionamento dos clientes e a facilitar a retomada do tratamento, se necessário;

8. Usa a entrevista motivacional como um estilo de comunicação durante toda a intervenção, além de incorporar várias estratégias e técnicas de entrevista motivacional (por exemplo, régua de prontidão, *feedback* do aconselhamento, balança decisória).

HIPÓTESES

6 HIPÓTESES

H0 = Não haverá mudanças no padrão de consumo de álcool dos participantes do grupo experimental após receberem a intervenção breve em grupo.

H1 = Haverá mudanças no padrão de consumo de álcool dos participantes do grupo experimental após receberem a intervenção breve em grupo.

H0 = Não haverá avanço nos estágios de motivação para reduzir o consumo de álcool dos participantes do grupo experimental após receberem a intervenção breve em grupo.

H2 = Haverá avanço nos estágios de motivação para reduzir o consumo de álcool dos participantes do grupo experimental após receberem a intervenção breve em grupo.

MATERIAL E MÉTODO

7 MATERIAL E MÉTODO

7.1 DELINEAMENTO

Tratou-se de um ensaio clínico randomizado (ECR) com *follow-up* de 90 dias, que é caracterizado como um tipo de estudo experimental, desenvolvido em seres humanos que visa o conhecimento do efeito de intervenções em saúde (Souza, 2009).

O ensaio clínico randomizado é um estudo que se diferencia dos outros tipos de experimentos, devido ao fato dos participantes receberem dentre as intervenções propostas de forma aleatória (Jadad, Enkin, 2007).

Contudo, este tipo de delineamento geralmente é escolhido para investigar a aplicação de uma de uma intervenção e observar os seus efeitos sobre os desfechos, portanto o investigador compara o desfecho em grupos de participantes que recebem diferentes intervenções. Para isso, sempre incluem um grupo que recebe uma intervenção a ser testada (grupo experimental) e outro que recebe um tratamento de comparação (grupo controle) (Hulley et al., 2008). Assim, fazem parte do processo do delineamento experimental a escolha da intervenção, do controle, as medidas de desfecho, os critérios de inclusão e exclusão e à randomização (Hulley et al., 2008).

7.2 TESTE PILOTO

Foi realizado um estudo piloto no cenário da pesquisa (UBS da Sé), com o objetivo de testar a aplicabilidade da intervenção proposta no estudo e também para realizar o desenho amostral.

O estudo piloto pode ser definido como um teste, em pequena escala, dos procedimentos, materiais e métodos propostos para determinada pesquisa (Mackey, Gass, 2005). Assim o estudo piloto é caracterizado por ser uma mini versão do estudo completo, que envolve a realização de todos os procedimentos previstos na metodologia de modo a possibilitar alteração e ou melhora dos instrumentos na fase que antecede a investigação completa (Bailer et al., 2011).

Assim, devido ao ineditismo da intervenção proposta realizou-se o estudo piloto, dada a importância deste, para testar, avaliar, revisar e aprimorar os instrumentos e procedimentos da pesquisa (Canhota, 2008; Mackey, Gass, 2005).

Para a intervenção proposta, no teste piloto, foram randomizados para o grupo controle ou experimental, todos os indivíduos entrevistados que apresentaram padrão de uso de risco ou nocivo de álcool. Dos 27 indivíduos rastreados nessa fase, 16 pessoas aceitaram participar da pesquisa, sendo que oito pessoas, pertenceram ao grupo controle e oito pessoas foram alocadas para o grupo experimental. Desses, cinco pessoas compareceram para a avaliação de seguimento após 30 dias do grupo controle e oito pessoas participaram da intervenção na data e horário estipulado do grupo experimental.

O estudo piloto foi conduzido no período entre novembro e dezembro de 2014, e a intervenção foi realizada no mês de janeiro de 2015, dos oito participantes da intervenção, cinco concluíram a intervenção.

Os motivos de não participação ou desistência da intervenção breve grupal, levantados, foram: As datas e horários não compatíveis com outras atividades, como trabalho, a pessoa ter começado em um novo emprego no período das intervenções, pela necessidade de cuidar de alguma outra pessoa doente em casa ou de filhos, férias escolares, viagem e perda do interesse.

O estudo piloto sugeriu mudanças, nos instrumentos de coleta de dados, como, no questionário socioeconômico, que se observou a necessidade de inserir questões referentes ao número de pessoas na família, inserir a alternativa “não possui renda” e a questão referente a moradia na rua.

Considerando que o rastreio do padrão de uso de álcool foi conduzido por mais de um entrevistador, observou-se a necessidade de estruturar a realização da randomização por cada um deles, ou seja, ao invés de se utilizar uma lista de números aleatórios para alocar as pessoas nos grupos, utilizou-se o sorteio de cartões com letras para alocação dos participantes aos grupos, tal estratégia é apresentada detalhadamente na descrição do processo de randomização.

Observou-se também no teste piloto que era necessário confeccionar convites com datas e horários da intervenção (APÊNDICE X), devido durante o teste piloto os participantes terem se perdido, então o convite seria importante para informar aos usuários os horários e datas da intervenção, e também entregar um folheto na 1ª

sessão de intervenção com as regras (APÊNDICE X) e o programa da intervenção (APÊNDICE X) para o esclarecimento dos participantes sobre a programação durante a sessões.

Na técnica inicial conforme, Sobell e Sobell (2009), foi proposto o uso de instrumentos de preenchimento dos padrões de consumo semanal, mas nessa intervenção, devido ter sido observado no teste piloto, dificuldades dos participantes em realizar o preenchimento dos instrumentos, tendo em vista as dificuldades de escrita com relação ao que se pedia nos questionários e por essas dificuldades o tempo de duração da intervenção seria reduzido, observou-se que para o melhor aproveitamento das sessões seria necessário optar pela não utilização dos mesmos.

7.3 CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo completo, foi realizado na Unidade Básica de Saúde da Sé (UBS da Sé), que está localizada no distrito administrativo do Centro, o qual pertence à Subprefeitura da Sé (Supervisão técnica de saúde Sé) que faz parte da Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste.

A subprefeitura da Sé possui oito unidades básicas de saúde, divididas entre seus oito distritos administrativos (Bom Retiro, Santa Cecília, Consolação, Cambuci, Liberdade, Bela Vista, República e Sé). O distrito da Sé conta com uma UBS, a qual constituiu-se no cenário desse estudo, a qual, conta com um quadro de funcionários de 150 profissionais, e ainda seis equipes de estratégia saúde da família e duas equipes de consultório na rua.

Esta unidade foi escolhida, por tratar-se um serviço de saúde, representativo das unidades básicas de saúde brasileiras, uma vez que, conta com equipes das estratégias de saúde da família (ESF), com o núcleo de atenção à saúde da família (NASF) e ainda com o consultório na rua, o que torna a unidade um serviço padrão, conforme direciona a política nacional de atenção básica (Brasil, 2012).

Além disso, a UBS da Sé, tem perfil de atendimento semelhante as das unidades básicas de saúde do Brasil (Brasil, 2015), que se caracteriza por mulheres, de 26 a 30 anos, pardas/mestiças, moram com companheiro (a), com número de três a quatro pessoas na família, sabem ler e escrever, com média de 2 a 5 anos de estudo, não aposentados, sem trabalho remunerado e com renda familiar mensal de 1 a 3 salários mínimos. Já que os usuários dessa unidade são majoritariamente

adultos jovens (20 a 39 anos = 34,3%) seguidos de idosos (14,5%) e 54,9% mulheres. As doenças com maior prevalência são hipertensão (12,8%) e diabetes (4,4%), evidenciando dependência alcoólica em 0,2%. Cerca de 41,8% dessa população não possui tratamento de água e 0,9% não possui energia elétrica (SIAB, 2015).

A UBS da Sé está localizada na região central do município de São Paulo, e embora o perfil das pessoas atendidas nesse serviço e recrutadas para esse estudo não se diferencie significativamente de uma UBS tradicional das periferias das grandes cidades brasileiras. É importante destacar que se trata de uma unidade que também é caracterizada como uma região de grande imigração na cidade, elevado número de população em situação de rua e de pessoas em vulnerabilidade social (falta de tratamento de água, grande número de idosos e profissionais do sexo). Sendo assim, umas das regiões de maior vulnerabilidade para o uso de substâncias psicoativas da cidade, o que torna relevante a inserção de práticas de prevenção e redução de danos relacionados ao uso de álcool e outras drogas neste cenário (SMS, 2009).

7.4 AMOSTRA

Foram convidados para participar do estudo todos os indivíduos maiores de 18 anos que procuraram a UBS Sé no período de coleta de dados (triagem) (Janeiro a julho de 2015), independente do motivo alegado para procura.

Os critérios de inclusão na amostra foram: Indivíduos maiores de 18 anos, que tivessem disponibilidade de frequentar o grupo durante o tempo e horário determinado, que soubessem ler e escrever e que estivessem disponíveis para receber o seguimento, caso pontuassem a Zona II e III do AUDIT.

Os critérios de exclusão foram: indivíduos menores de 18 anos, que possuísssem alterações de comportamento visíveis, ou que estivessem intoxicados, ou não disponíveis para participar da intervenção proposta, assim como, que recusassem receber o seguimento, analfabetos e que não pontuassem a zona II e III do AUDIT.

7.5 CÁLCULO AMOSTRAL

A amostra foi calculada baseada no estudo piloto sobre a intervenção proposta, na qual participaram 10 sujeitos, sendo, cinco pessoas randomizadas para o grupo experimental e cinco para o grupo controle.

Com base nos resultados do estudo piloto, calculou-se o tamanho de efeito de 0,43, e assim, determinando-se o tamanho de amostra para o modelo de ANOVA para medidas repetidas que fosse significativo com poder de 95% e nível de significância de 5%. Resultando numa amostra mínima para o estudo de 10 sujeitos. O estudo assumiu que 30% dos sujeitos alocados no grupo intervenção não aceitariam participar da primeira fase da pesquisa, bem como uma perda de 20% no *follow-up* de 90 dias (Atrito) (Souza, 2009), o que resultou num aumento da amostra mínima para 20 sujeitos, desses 10 alocados no grupo controle e 10 no grupo experimental.

7.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Primeiramente, uma autorização formal foi solicitada à coordenadora regional de saúde da UBS Sé, para a realização da pesquisa. Após esta etapa, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e demais instâncias necessárias.

Com base na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que determina as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da instituição sede do estudo sob protocolo 772.025 (ANEXO 1) pela assinatura do Termo de consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE 1) pelos sujeitos da pesquisa o qual foi elaborado em duas vias sendo que uma delas foi devolvida juntamente com os instrumentos respondidos e a segunda permaneceu de posse do entrevistado.

7.7 INSTRUMENTOS DE COLETA

Para coleta de dados foi aplicado um questionário sobre informações sociodemográficas (Idade, sexo, raça, estado civil, religião, escolaridade, ocupação, renda familiar de acordo com a classificação de classe econômica do IBGE), clínicas

(antecedentes pessoais, tratamento farmacológico) e comportamentais dos sujeitos (atividade física, uso de substâncias) – (APÊNDICE 2) e para a identificação do padrão de uso de álcool foi aplicado o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (ANEXO 2), que trata-se de um dos primeiros testes de rastreamento desenhados especificadamente para serviços de atenção primária à saúde, e tem sido recomendado por diversos pesquisadores como alternativa mais eficiente (Daeppen et al., 2000; Aalto et al., 2009).

Composto por 10 questões o AUDIT avalia o uso recente de álcool, sintomas de dependência e problemas relacionados ao álcool. As respostas a cada questão são pontuadas de 1 a 4, sendo maiores pontuações indicativas de problemas. Classifica-se o usuário em uma de quatro zonas de risco, de acordo com o escore obtido: zona I (até 7 pontos: indica uso de baixo risco ou abstinência); zona II (de 8 a 15 pontos: indica uso de risco); zona III (de 16 a 19 pontos: sugere uso nocivo ou prejudicial) e zona IV (acima de 20 pontos: mostra uma possível dependência).

Esse instrumento foi validado em vários países, inclusive no Brasil, apresentando bons níveis de sensibilidade (87,8%) e especificidade (81%) para detecção do uso nocivo de álcool, tendo sido seu desempenho avaliado positivamente em serviços de atenção primária à saúde (Mendéz, 1999; Maciel, 1999). Além disso, na validação brasileira, o AUDIT apresentou uma confiabilidade satisfatória (0,8) e capacidade de responder às mudanças do consumo álcool (Mendéz, 1999).

O AUDIT possibilita uma abordagem atenta para a mudança de foco do problema, não mais no alcoolismo, mas no uso de risco e nocivo, recaindo a ênfase sobre a detecção precoce de uma maior variedade de problemas relatados pelo uso de álcool. O rastreamento deixa de ser usado apenas como parâmetro diagnóstico e passa a ser importante também na detecção de fatores de risco precocemente podendo, por fim, conduzir mais à educação para a saúde do que a um tratamento formal (Allen et al., 1997).

Para avaliar o estágio motivacional, juntamente com o AUDIT, foi aplicada também a Régua de Prontidão para Mudança - RPM (ANEXO 3). O uso da régua de prontidão é uma maneira simples e rápida de se avaliar o estágio de prontidão para mudança (Miller, 1999; Velasquez et al., 2001; Rollnick, Miller, Butler, 2009), pois, trata-se de uma estratégia de escalonamento que conceitua a prontidão/motivação

para a mudança ao longo de um contínuo, que questiona o indivíduo sobre “o quanto se sente pronto para mudança numa escala de 1 a 10?”, tendo como objetivo investigar o estágio de mudança o qual o indivíduo se encontra, sendo os estágios classificados de acordo com RPM em: Pré-contemplação (PC=1-2=1ponto); contemplação (C=3-4=2 pontos); preparação (P=5-6=3 pontos); ação (A=7-8=4 pontos); manutenção (M=9-10=5 pontos).

Figura 3. Adaptação da figura da Régua de Prontidão para Mudança (RPM).

Fonte: Sobell e Sobell (2013)

Foi entregue para todos os indivíduos entrevistados um folheto informativo sobre uso de álcool (ANEXO 4), fornecido pelo PAI-PAD – Programa de Ações Integradas para a Prevenção e Atenção ao Uso de álcool e Drogas na Comunidade.

O PAI-PAD, trata-se de um programa vinculado ao Hospital das clínicas de Ribeirão Preto – SP, da faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Campus Ribeirão Preto, que visa realizar, estudos, pesquisas, aprimoramentos e capacitação relacionadas a temática álcool e outras drogas, tendo com um de seus objetivos principais a capacitação de equipes da estratégia saúde da família para a realização de rastreio do padrão de uso de álcool e outras drogas e de intervenção breve (PAI-PAD, 2015).

O folheto informativo do PAI-PAD, é constituído, pelo instrumento de rastreio AUDIT, e fornece informações sobre dose padrão, pontuação e classificação conforme o padrão de uso de álcool apontado no AUDIT, epidemiologia do consumo de álcool apresentados em pirâmide, consequências do beber de alto-risco e informações e orientações para o consumo de baixo risco, sugeridas pela OMS (OMS, 2001).

7.8 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os procedimentos de coleta de dados foram divididos em quatro etapas, conforme serão descritas na sequência.

7.8.1 Etapas do Estudo

7.8.1.1 Etapa 1- Treinamento da equipe de pesquisa

Foram convidados para participar do estudo todos os enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem e agente comunitários de saúde, assim como, os enfermeiros mestrandos e doutorandos e graduandos de enfermagem do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem em Adições – álcool e outras drogas (NEPEAA) da Escola de Enfermagem da USP, para participar de um treinamento para a utilização do instrumento de rastreio (AUDIT) e do instrumento de detecção do estágio de prontidão para mudança (RPM).

O treinamento foi realizado na própria UBS, por meio de 4 h/a teórica, sobre o instrumento e a sua aplicação e a intervenção proposta no estudo e 2h/a práticas, para que os profissionais pudessem praticar aplicação dos instrumentos e da intervenção.

7.8.1.2 Etapa 2 – Rastreamento e randomização

Após a aprovação do Comitê de Ética, os sujeitos foram convidados a participar do estudo T₀ (avaliação inicial) pela equipe treinada na etapa 1 para a aplicação dos instrumentos de rastreio (AUDIT e RPM) e o enfermeiro pesquisador nos diversos locais da unidade (sala de espera, inalação, curativo, vacinas).

Assim, o rastreamento foi realizado por meio da aplicação do *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (ANEXO 2) e do questionário sociodemográfico, clínico e comportamental (APÊNDICE 2).

Os indivíduos que na fase de rastreio pontuaram a zona I do AUDIT receberam o material informativo, aqueles que pontuaram a zona IV, além de receberem o material informativo, foram encaminhados ao serviço especializado de referência da UBS.

Os participantes que obtiveram pontuação na zona II ou III do AUDIT, ou seja, identificados como casos de uso de risco ou nocivo de álcool, e que atendiam aos critérios de inclusão no estudo, foram convidados a participar da pesquisa. Para aqueles que após o esclarecimento sobre o objetivo e os procedimentos da pesquisa aceitaram participar do estudo, aplicou-se a régua de prontidão para mudança (RPM) (ANEXO 3) e em seguida, foram submetidos à randomização.

A randomização dos sujeitos após a verificação do estágio motivacional para mudança pela RPM foi realizada por meio do sorteio de dois cartões, que continham as iniciais C para grupo controle e E para grupo experimental.

Os indivíduos que sortearam o cartão com a letra C, foram alocados para o grupo controle e os que sortearam o cartão com a letra E, foram designados para o grupo experimental.

Figura 4. *Cartões utilizados para o sorteio do grupo controle (C) e experimental (E).

Após o conhecimento do grupo ao qual cada indivíduo seria alocado, os mesmos receberam informações sobre os próximos passos do estudo. Para aqueles alocados no grupo experimental foi entregue um convite com as datas, horários e local das sessões de intervenção (APÊNDICE 4) e para aqueles alocados no grupo controle foi entregue um convite com o agendamento das ligações de avaliação do padrão de uso de álcool e do estágio motivacional com as datas e horários (APÊNDICE 5). Finalizada a randomização foi gerado um número sequencial do estudo conforme a ordem de rastreamento, para a identificação de cada sujeito na pesquisa e cadastros dos mesmos (APÊNDICE 3).

7.8.1.3 Etapa 3 – Intervenção

Para cada grupo (Controle e Experimental) foi realizado um tipo de intervenção.

Os integrantes do grupo controle, receberam por parte do enfermeiro, a devolutiva (*feedback*) da pontuação com os devidos esclarecimentos, um folheto educativo sobre os problemas relacionados ao uso de álcool (ANEXO 4) e um convite para duas avaliações telefônicas, sendo uma após 30 dias e outra dentro de 90 dias contados a partir do último telefonema, para verificar o padrão de consumo de álcool e a prontidão para mudança (Aplicação do AUDIT e RPM), nos períodos.

Os integrantes do grupo experimental receberam a devolutiva (*feedback*) da pontuação com os devidos esclarecimentos, um folheto educativo sobre os problemas relacionados ao uso de álcool e um convite para participar de quatro sessões de intervenção breve grupal. Esses participantes foram divididos em grupos, constituídos minimamente por cinco sujeitos que receberam a intervenção em quatro encontros semanais.

7.8.1.4 Intervenção breve grupal

A intervenção breve grupal (IBG) sugerida neste estudo foi baseada na combinação de duas metodologias aplicadas para redução do consumo de álcool e outras drogas, sendo estas, a intervenção breve individual (Miller, Sanchez, 1993) e a técnica de auto mudança guiada (AMG) proposta por Sobell, Sobell, Agrawal (2009).

Assim, o método de intervenção breve grupal, trata-se de uma intervenção realizada no formato de grupo coordenada pelo enfermeiro pesquisador visando a mudança de comportamento na redução do uso de álcool para pessoas que fazem uso de risco ou nocivo de álcool, aplicada em um serviço de APS.

A IBG foi realizada em uma sala cedida pela própria UBS, constituída de quatro sessões de 60 a 120 minutos de intervenção e aconselhamentos centrados no grupo.

Segue abaixo a descrição das sessões de intervenção breve grupal.

Figura 5. Grupo

Fonte: Google

7.8.1.4.1 1ª Sessão - “Refletindo sobre o consumo”

Procedimentos da sessão:

- Introduzir a sessão, realizar esclarecimentos sobre as regras do grupo;
- Discutir a respeito dos padrões de consumo de álcool;
- Fim da sessão: O que lhe chamou a atenção na sessão de hoje? Lembrar aos membros de fazer a tarefa de casa: Leitura sobre a balança decisória (ANEXO 5).

A primeira sessão seguiu uma estrutura na qual, primeiramente foi apresentada a pesquisa, os objetivos do grupo, os horários, os dias dos encontros do grupo e a apresentação dos membros do grupo.

Após a apresentação o enfermeiro iniciou uma conversa a respeito dos padrões de consumo de álcool (*Feedback*), sendo que estas informações foram trabalhadas com o grupo de maneira didática, utilizando-se de uma apresentação em slides/ cartazes para a exposição do que os resultados (pontuação no AUDIT) significam (Padrões de uso de álcool), e o que isto poderia acarretar para a saúde de cada indivíduo, nesse momento foi entregue um material informativo sobre o uso prejudicial de álcool (Folheto PAI-PAD – ANEXO 4) e foi discutido sobre os prejuízos do consumo pesado, relacionando os prejuízos que os próprios membros relatavam vivenciar com o consumo de álcool e assim o enfermeiro orientava também sobre técnicas de redução de danos como alternativas a serem adotadas pelos usuários caso decidissem mudar (Aconselhamento). Os pacientes não foram estimulados a expor os resultados que receberem, mas sim, estimulados a compartilhar suas reações, frente às informações expostas, com os outros membros do grupo.

Para lidar com a resistência do paciente, devido os resultados, o enfermeiro utilizou de técnicas, como a escuta reflexiva, o encorajamento, e se posicionou de maneira empática frente ao desconforto e o sofrimento do paciente (Empatia).

No final dessa sessão, foi discutido sobre a responsabilização do paciente acerca do seu consumo de álcool, evidenciando que o uso da substância é uma escolha e que a decisão pela mudança de comportamento cabe ao próprio indivíduo, e se o mesmo percebe que isto está prejudicando sua vida e sua saúde e se quiser mudar, o grupo é para ajudá-lo (responsabilização), finalizando com a entrega do exercício de casa (leitura sobre balança decisória – ANEXO 5).

7.8.1.4.2 2ª Sessão – “Discutindo novos caminhos”

Procedimentos da sessão:

- Introduzir a sessão;
- Examinar e discutir as dúvidas sobre a tarefa de casa;
- Realizar atividade da balança decisória (ANEXO 6);
- Fim da sessão: perguntar o que se destacou na sessão; lembrar os membros para fazerem sua tarefa de casa – leitura sobre a identificação dos gatilhos (ANEXO 7).

Neste encontro foi utilizada a técnica da balança decisional, a qual objetiva discutir os prós e os contras de continuar ou mudar o comportamento de beber de risco (Sobell, Sobell, Agrawal, 2009).

No início dessa sessão, o enfermeiro perguntou aos usuários, se havia acontecido algo de diferente a respeito do seu consumo de álcool durante a semana que antecedeu a sessão e estimulou os usuários a comentar. Em seguida foi solicitado aos mesmos relatar quais seriam as vantagens e desvantagens de consumir bebidas alcoólicas e quais seriam as vantagens e desvantagens de mudar aquele comportamento, seja, reduzindo ou parando o consumo, conforme a preferência de cada indivíduo. Conforme os usuários respondiam o enfermeiro fazia a anotação num quadro, expondo as respostas deles para que pudessem ir visualizando. (ANEXO 6) (Sobell, Sobell, Agrawal, 2009). Após o preenchimento do quadro da balança decisória, os usuários foram estimulados a refletir sobre qual comportamento seria mais vantajoso para adotar na sua vida (Menu de opções). Foi enfatizado nesse encontro também sobre as atividades prazerosas que mais gostam de realizar e combinado com os membros, refletirem sobre as atividades de prazer que poderiam praticar durante a semana até a sessão seguinte (Aconselhamento e menu de opções). Antes do término da sessão, os usuários receberam o folheto de leitura de identificação dos gatilhos (ANEXO 7) para discutir no encontro seguinte (Sobell, Sobell, Agrawal, 2009).

7.8.1.4. 3 3ª Sessão – “Planejando ações de mudança”

Procedimentos da sessão:

- Introduzir a sessão;
- Discutir sobre as atividades prazerosas identificadas ao longo da semana pelos membros e como foi praticá-las;

- Examinar e discutir as dúvidas referente a leitura de identificação de gatilhos;
- Discutir dos possíveis gatilhos identificados pelos membros durante a sessão;
- Fim da sessão: perguntar o que se destacou na sessão.

Nesta sessão o enfermeiro conduziu o grupo a realizar uma discussão acerca das atividades prazerosas e em seguida foi explorado do grupo a conceituação dos gatilhos, e as situações de gatilhos de alto risco (ANEXO 8) para o consumo de álcool, assim como identificar quais as consequências positivas e negativas de tal gatilho e quais as opções de plano de ação poderiam ser pensadas diante de cada gatilho (Menu de opções). Assim nesse momento foi anotado na lousa as situações de gatilho relatadas pelos membros do grupo, assim, como as suas consequências, para que em conjunto os membros construíssem opções de plano de ação para lidar com cada gatilho (Sobell, Sobell, Agrawal, 2009).

Após a discussão das opções de ação para os gatilhos referidos, foi combinado com o grupo as atividades prazerosas que cada um poderia pensar em praticar ao longo da semana e à a tarefa de casa sobre o desenvolvimento de novas opções e planos de ação para mudança, para serem discutidas na última sessão (ANEXO 9) (Sobell, Sobell, Agrawal, 2009).

7.8.1.4.4 4ª Sessão – “Entrando em ação”

- Introduzir a sessão;
- Examinar e discutir as respostas dos membros ao exercício de tarefa de casa de identificação: Desenvolvimento de novas opções e planos de ação;
- Discutir as possíveis oportunidades para testar as opções de plano de ação para mudança;
- Fim da sessão: perguntar o que se destacou na sessão; entregar aos membros os instrumentos AUDIT e Régua de prontidão para responderem.

Esta sessão foi iniciada com uma breve discussão sobre fatores que levam ao uso (fatores de risco) e fatores que protegem (fatores de proteção) a pessoa de fazer o uso, estimulando o grupo a falar sobre o que eles acreditam que faça a pessoa fazer uso, em seguida o grupo foi mobilizado para expor os desejos, vontades e sonhos que gostariam de realizar (Empatia e menu de opções). Neste momento o enfermeiro anotou em um quadro as respostas mais adequadas e

ajudou o grupo a refletir sobre estratégias para se proteger do uso e ou reduzi-lo (Aconselhamento).

Este encontro também foi destinado ao fornecimento de suporte para auto eficácia e para o estabelecimento de um plano de mudança. Para isso o grupo foi estimulado lembrar e compartilhar situações vivenciadas de mudança na qual obteve sucesso, como, por exemplo, conseguir iniciar o tratamento, algum período de abstinência, ter completado o colégio, etc. Para definir um plano de mudança, também foi utilizado um material, o qual os usuários preencheram e depois discutiram o que foi escrito. (Plano de mudança – ANEXO 9). Após o trabalho do plano de mudança e suporte da auto eficácia, o último momento da sessão foi reservado para revisar os tópicos das sessões anteriores e proporcionar a escuta dos participantes quanto ao apoio no grupo e em seguida foi aplicado os instrumentos AUDIT e Régua de prontidão.

No final desta sessão, foi realizado o fechamento e enfatizado que seriam contatados e convidados a retornar para a entrevista final individual nos próximos 90 dias.

Este contato foi realizado após 90 dias contados a partir da última sessão de IB grupal e os participantes foram avaliados quanto ao padrão de uso (AUDIT) quantidade e frequência de consumo de álcool no período, por meio de avaliações individuais e quanto ao estágio de motivação para mudança (Régua de prontidão).

7.8.1.5 Etapa 4 – Seguimento

O grupo controle e o grupo experimental, foram submetidos além da avaliação inicial T_0 , à outras duas avaliações de seguimento, a primeira foi realizada, logo após a 4ª sessão de IB grupal e a última 90 dias após a intervenção breve grupal. Esse procedimento destinou-se a verificar o efeito das IB grupal realizada por enfermeiros no consumo de álcool dos usuários.

T_0 Avaliação inicial (rastreamento)

T_1 Avaliação de seguimento 1 (após o final da IB grupal – 30 dias)

T_2 Avaliação de seguimento 2 (após 90 dias)

7.9 ANÁLISE DOS DADOS

De posse dos instrumentos respondidos pelos sujeitos, foi criado um banco de dados no programa SPSS (*Statistical package for the Social Sciences v. 20 for Windows*). Onde foram realizadas as análises estatísticas no sentido de verificar a efetividade das intervenções breves grupais realizadas pelos enfermeiros frente ao padrão de uso de álcool e estágio de prontidão para mudança dos participantes.

Para isso, primeiramente, foram calculadas estatísticas descritivas básicas (média, desvio padrão, frequência relativa), para descrever as variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais.

Em seguida, para comparar o padrão de uso de álcool entre o grupo controle e experimental nos três períodos de tempo (Avaliação inicial, avaliação após 30 dias e avaliação após 90 dias), foram calculados os modelos de efeitos mistos (*Linear Mixed-effects Model* - LMM). Esses modelos, são utilizados para calcular dados que apresentam tanto fatores de efeitos fixos (tempo pré-determinado) como aleatórios (sujeitos) (Antonio, Filho, 2003). Então, para modelar a correlação de um sujeito com ele mesmo nas três medidas de tempo determinadas (avaliação inicial, após 30 dias e após 90 dias), foi calculado uma estrutura de covariância chamada auto regressiva de primeira ordem (AR1). A AR1 é usada para modelar a interação dos sujeitos com eles mesmos, ou seja, verificar a correlação entre mais de dois tempos, sendo que, a AR1 mede se a evolução ao longo do tempo é igual nos dois grupos.

Para analisar as diferenças entre os grupos de experimental e controle, quanto ao estágio de prontidão para mudança (RPM) em todos os três pontos de tempo do seguimento (inicial, após 30 dias e após 90 dias), foi utilizado o modelo de estimação generalizado (*Generalized Estimating Equation Model* - GEE).

O modelo GEE, é a primeira opção (e mais canônica (que atende melhor as regras para estudos longitudinais), este modelo serve para a escolha da distribuição da variável resposta (dentro de uma certa família de distribuições) para avaliar medidas repetidas (Costa, 2003; Liang, Zeger, 1986).

Para todos os modelos utilizou-se o nível de significância estatística de 5% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

8 RESULTADOS

Foram rastreados um total de 869 indivíduos, e dentre esses, 594 (68,4%) apresentaram padrão de uso de álcool de baixo risco, 313 (36%) eram abstêmios e 281 (32,4%) faziam uso de baixo risco. Do total dos sujeitos rastreados (N=869), ainda, 134 (15,4%) faziam uso de risco, 46 (5,3%) uso nocivo e 95 (10,9%) indivíduos apresentaram padrão de consumo de álcool sugestivo de dependência.

Os 180 (20,7%) sujeitos da amostra total que apresentaram padrão de uso de risco/nocivo de álcool, foram convidados para participar do estudo, e desses, 4 (2,2%) se recusaram a participar, o que resultou numa amostra potencial de 176 (20,2%) indivíduos.

Dentre os 176 possíveis participantes, 88 (50%) foram randomizados para o grupo controle e 88 (50%) para o grupo experimental.

Dos 176 participantes potenciais foram incluídos na amostra final 44 sujeitos, conforme a figura 1 apresenta o processo de seleção da amostra.

Figura 6. Fluxograma da amostra

O grupo controle foi constituído por 24 (27,3%) participantes na avaliação após 30 dias (*Follow-up 1*), e destes, 10 (41,6%) sujeitos responderam ao *follow-up 2* (seguimento após 90 dias).

Quanto ao grupo experimental, 23 sujeitos compareceram à 1ª sessão da IBG, porém, três sujeitos desistiram, permanecendo um total de 20 (22,7%) participantes que responderam a avaliação após a intervenção (*Follow-up 1*) e desses, 13 (65%) pessoas responderam ao *follow-up 2*, conforme é apresentado na Figura 1.

8.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA

Dentre os 869 indivíduos rastreados, 176 sujeitos foram eleitos e randomizados para o estudo, porém, a amostra final foi constituída por 44 sujeitos com padrão de uso de risco/nocivo de álcool, uma vez que, 24 sujeitos pertenceram ao grupo controle (GC) e 20 sujeitos ao grupo experimental (GE).

O GC foi constituído por 24 indivíduos em sua maioria do sexo masculino (62,5%), pardos (45,8%), solteiros (54,2%), com idade média de $40,1 \pm 15,0$ anos, católicos (54,2%), com 1º grau incompleto (33,4%), que trabalhavam em cargos operacionais (41,7%), em período integral (58,3%), que não vivem em situação de rua (87,5%), com média $2,92 \pm 1,69$ membros na família e pertencentes a classe social E (41,7%).

O GE foi constituído por 20 indivíduos majoritariamente do sexo masculino (85%), pardos (50%), casados e ou divorciados (70%), com média de idade de $52,7 \pm 12,0$ anos, católicos (60%), com 2º grau completo (40%), aposentados (35%), dos que trabalhavam, era em período integral (35%), não vivem em situação de rua (55%), com média $1,65 \pm 1,08$ membros na família e pertencentes a classe social E (40%), conforme é apresentado na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas, de acordo com os grupos (N=44)

Variáveis	Controle (n=24)	%	Experimental (n=20)	%
Sexo				
Masculino	15	62,5	17	85
Feminino	9	37,5	3	15
Cor				
Branco	7	29,2	9	45
Pardo	11	45,8	10	50
Preto	6	25,0	1	5
Estado conjugal				
Solteiro	13	54,2	4	20
Casado	6	25	7	35
Separado/Divorciado	2	8,3	7	35
Viúvo	0	0	1	5
Amasiado	3	12,5	0	0
União estável	0	0	1	5
Religião				
Católico	13	54,1	12	60
Evangélico	2	8,3	2	10
Espírita	1	4,2	1	5
Umbandista	1	4,2	0	0
Testemunha de Jeová	1	4,2	0	0
Não tem	6	25	3	15
Não responderam	0	0	2	10
Escolaridade				
1º grau incompleto	8	33,3	6	30
1º grau completo	1	4,2	1	5
2º grau incompleto	6	25	2	10
2º grau completo	6	25	8	40
Superior incompleto	1	4,2	1	5
Superior completo	2	8,3	2	10
Ocupação				
Nenhuma	6	25	6	30
Estudante	0	0	1	5
Cargos operacionais	10	41,6	2	10
Cargos administrativos	1	4,2	0	0
Profissional Liberal	1	4,2	0	0
Aposentados	2	8,3	7	35
Outros (Bicos)	4	16,7	4	20
Período de trabalho				
Tempo integral	14	58,3	7	35
Tempo parcial	3	12,5	4	20
Não trabalha	7	29,2	9	45
Situação de rua				
Sim	3	12,5	3	15
Não	21	87,5	11	55
Não responderam	0	0	6	30
Classe social (Renda familiar)				
A	1	4,2	0	0
B	0	0	0	0
C	4	16,7	3	15
D	6	25	3	15
E	10	41,6	8	40
Não tem	2	8,3	2	10
Não sabe	1	4,2	4	20

8.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA AMOSTRA

No que se refere às características clínicas, 54,2% dos sujeitos alocados no GC não faziam tratamento de saúde. No GE, 75% dos sujeitos informaram realizar algum tratamento de saúde.

Quanto ao tipo de tratamento de saúde, 35% do GE relataram fazer tratamento psicológico e ou psiquiátrico e dentre os pacientes pertencentes ao GC que referiram fazer algum tratamento de saúde, a maioria (20,8%) apontou tratar distúrbios de saúde em geral, conforme é apresentado na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição das características clínicas, de acordo com os grupos (N = 44).

Variáveis	Controle (n=24)	%	Experimental (n=20)	%
Tratamento de Saúde				
Sim	11	45,8	15	75
Não	13	54,2	5	25
Tipo de tratamento				
Nenhum	13	54,2	5	25
HAS e/Diabetes	3	12,5	4	20
Psicológico e/Psiquiátrico	3	12,5	7	35
Outros distúrbios gerais de saúde*	5	20,8	3	15
HAS e/Diabetes e psiquiátrico	0	0	1	5

* Problemas respiratórios, osteoarticulares, renal, hepáticos, câncer, hormonais e outros.

8.3 CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS DA AMOSTRA

Quanto às características comportamentais, a maioria dos indivíduos estudados não praticava atividade física (GC 66,7%, GE 50%), mas dentre os indivíduos que apontaram realizar algum tipo de atividade física, prevaleceu a prática da caminhada (GC 12,5%, GE 40%).

No que se refere ao tabagismo, 62,5% e 70% respectivamente dos grupos controle e experimental, refeririam não fumar. Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, 95,8% do GC e 85% do GE referiram fazer o consumo.

Em relação ao número de doses consumidas por semana nos últimos 90 dias anteriores à pesquisa, o GC referiu um consumo médio de $13,45 \pm 23,30$ doses por semana e o GE um consumo em médio de $19,44 \pm 36,83$ doses por semana. O tipo de bebida mais consumida pelo GC foi a cerveja (66,7%) e para o GE foi a pinga (35%).

Em relação ao consumo de outras substâncias 50% de ambos os grupos apontou esse consumo (Tabela 3). Dentre as substâncias consumidas, a mais

citadas pelos sujeitos de ambos os grupos foram os medicamentos em geral (GC 41,7%, GE 25%), conforme é apresentado na tabela 3.

Tabela 3. Distribuição das características comportamentais, de acordo com os grupos (N=44).

Variáveis	Controle (n=24)	%	Experimental (n=20)	%
<i>Prática de Atividade Física</i>				
Sim	8	33,3	10	50
Não	16	66,7	10	50
<i>Tipo de Atividade</i>				
Nenhuma	16	66,6	10	50
Academia	3	12,5	1	5
Caminhada	3	12,5	8	40
Ciclismo	1	4,2	0	0
Ginástica	1	4,2	1	5
<i>Tabagista</i>				
Sim	9	37,5	6	30
Não	15	62,5	14	70
<i>Consome Bebidas Alcoólicas</i>				
Sim	23	95,8	17	85
Não	1	4,2	3	15
<i>Tipo de Bebida Alcoólica</i>				
Nenhuma	0	0	1	5
Cerveja	16	66,6	6	30
Vinho/Champanhe	1	4,2	0	0
Pinga	1	4,2	7	35
Destilados (Uísque, Vodca, Ice, Caipirinha)	4	16,6	0	0
Cerveja e Pinga	1	4,2	1	5
Cerveja e Vinho	0	0	3	15
Não responderam	1	4,2	2	10
<i>Uso de outras substâncias</i>				
Sim	12	50	10	50
Não	12	50	9	45
Não responderam	0	0	1	5
<i>Tipo de substâncias</i>				
Nenhuma	12	50	9	45
Medicamentos em geral	10	41,6	5	25
Psicotrópicos	1	4,2	3	15
Maconha	1	4,2	0	0
Crack	0	0	1	5
Drogas e psicotrópicos	0	0	1	15
Não responderam	0	0	1	5

8.4 EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO BREVE GRUPAL

Para verificar a efetividade da intervenção breve grupal na redução do consumo de álcool e na motivação para mudança de padrão de consumo de álcool, foi aplicado o instrumento de rastreo de consumo de álcool (AUDIT) em ambos os grupos controle e experimental em três períodos de tempo, sendo avaliado o padrão de consumo, antes da intervenção, após (30 dias) e no *follow-up* de 90 dias.

O grupo experimental antes da intervenção apresentou escore médio de $15,89 \pm 6,62$ pontos (uso de risco), após a intervenção escore médio de $6,40 \pm 5,05$ pontos (uso de baixo risco), e no *follow-up* o escore médio $6,69 \pm 6,38$ pontos (uso de

baixo risco). E quando comparado os escores de consumo de álcool entre os três períodos de tempo avaliado, foi observado diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,01$) que se manteve no seguimento, conforme apresentado na Tabela 4.

No que se refere ao grupo controle inicialmente o escore médio de pontos no AUDIT foi de $13,11 \pm 4,54$ pontos (uso de risco), na segunda avaliação (após 30 dias) pontuaram em média $9,83 \pm 5,54$ pontos (uso de risco) e no *follow-up 2* o escore médio foi de $13,00 \pm 5,70$ pontos (uso de risco), evidenciando diferença estatisticamente significativa no escore do AUDIT após 30 dias ($p \leq 0,01$) (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição do escore médio do AUDIT referente ao padrão de uso de álcool do grupo controle e experimental, conforme o tempo avaliado.

Grupo	Tempo	N	Média	Desvio Padrão
Experimental	Antes da intervenção	88	15,89	6,62
	30 dias	20	6,40	5,05
	90 dias	13	6,69	6,38
	Total	121	13,33	7,58
Controle	Antes da intervenção	88	13,11	4,54
	30 dias	24	9,83	5,54
	90 dias	10	13,00	5,70
	Total	122	12,46	4,98
Total	Antes da intervenção	176	14,50	5,83
	30 dias	44	8,27	5,54
	90 dias	23	9,43	6,76
	Total	243	12,89	6,41

O GE apresentou diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,01$) no escore do padrão de uso de álcool em quase 10 pontos após a intervenção e o GC apresentou diferença estatisticamente significativa de cerca de 3 pontos ($p \leq 0,01$) na avaliação após 30 dias. Com relação ao *follow-up* foi observado que o GE manteve a redução no escore de consumo de álcool e o GC, apresentou aumento desse escore (Figura 7).

Figura 7. Distribuição dos escore de padrão de uso de álcool de acordo com o tempo avaliado.

Com relação aos escores de motivação foi observado que quanto aos escores médios de pontos na régua de prontidão para mudança, foi encontrado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p=0,02$), assim como foi observado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que se refere a evolução dos escores médios de pontuação de prontidão para ao longo do tempo ($p=0,03$).

O GE antes da intervenção apresentou escore médio de $6,55 \pm 3,41$ pontos (preparação) e o GC escore médio de $5,42 \pm 3,26$ pontos (preparação). Após 30 dias o GE apresentou escore médio de $8,00 \pm 2,88$ pontos (ação) e o GC escore médio de $6,67 \pm 3,05$ pontos (preparação) ($p=0,02$). No seguimento de 90 dias, o GE apresentou escore médio de $7,92 \pm 3,06$ pontos (ação) e o GC escore médio de $4,80 \pm 2,86$ pontos (contemplação) ($p=0,02$), conforme Tabela 5.

Tabela 5. Distribuição do escore médio de motivação para mudança do grupo controle e experimental conforme o tempo avaliado.

Grupo	Tempo	n	Média	Desvio padrão
Experimental	Antes da intervenção	20	6,55	3,41
	30 dias	20	8,00	2,88
	90 dias	13	7,92	2,63
	Total	53	7,43	3,06
Controle	Antes da intervenção	24	5,42	3,26
	30 dias	24	6,67	3,05
	90 dias	10	4,80	2,86
	Total	58	5,83	3,14
Total	Antes da intervenção	44	5,93	3,34
	30 dias	44	7,27	3,01
	90 dias	23	6,57	3,10
	Total	111	6,59	3,19

Foi observado o aumento do escore de motivação em ambos os grupos após 30 dias. Os sujeitos do grupo experimental tenderam a se manter motivados ($p=0,03$) no seguimento (90 dias), e observou-se uma queda nos escores do grupo controle nesse mesmo período (Figura 8).

Figura 8. Distribuição dos escore de motivação para mudança de acordo com o tempo avaliado

8.5 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS DESISTENTES

Apesar de não se constituir como objeto central desse estudo, optou-se por apresentar o perfil sociodemográfico, clínico e comportamental da amostra de usuários que faziam uso de risco e nocivo do álcool, os quais desistiram de participar do estudo (perdas). Pois, por se tratar de um estudo inicial sobre a intervenção breve grupal é importante conhecer a população desistente para compreender quais sujeitos merecem maior atenção, durante a abordagem de cuidado, para que esses tenham a possibilidade de permanecerem no tratamento ou darem continuidade às intervenções sugeridas no processo de atenção ao uso de risco e ou nocivo de álcool.

A amostra de sujeitos desistentes do estudo foi constituída por 132 indivíduos com padrão de uso de risco/nocivo de álcool, dentre os 869 indivíduos rastreados, que desistiram de participar do estudo.

De modo geral, do total de 113 indivíduos do sexo masculino, eleitos para o estudo, 81(71,7%) desses, desistiram de participar do estudo. Do total de 63 indivíduos do sexo feminino, eleitos para o estudo, 51 (80,9%) dessas participantes, desistiram de participar do estudo.

Portanto, a maior taxa percentual do total de desistentes (N=132), quanto as características sociodemográficas foi entre indivíduos do sexo feminino (80,9%), amarelos (100%), amasiados (86,4%), judeus (100%), mulçumanos (100%) e evangélicos (85,2%), com 1º grau completo (87,5%), profissionais liberais (85,7%), entre pessoas com jornada de trabalho de tempo integral (78,8%), que não vivem em situação de rua (75,9%) e pertencentes a classe social B (100%) e E (78,8%), conforme é apresentado na tabela 6.

Tabela 6. Distribuição das variáveis sociodemográficas da população desistente (N=132)

Variáveis	N=132	%	% Desistência total
Sexo			
Masculino	81	61,4	71,7
Feminino	51	38,6	80,9
Cor			
Branco	52	39,4	76,5
Pardo	65	49,2	75,6
Preto	11	8,4	61,1
Amarelo	4	3,0	100
Estado conjugal			
Solteiro	61	46,2	78,2
Casado	30	22,7	69,8
Separado/Divorciado	17	12,9	65,4
Viúvo	3	2,2	75
Amasiado	19	14,4	86,4
União estável	1	0,8	50
Não respondeu	1	0,8	100
Religião			
Católico	71	53,7	73,9
Evangélico	23	17,4	85,2
Espírita	5	3,8	71,4
Umbandista	0	0	0
Mulçumano	1	0,8	100
Judeu	1	0,8	100
Não tem	30	22,7	76,9
Não responderam	1	0,8	33,3
Escolaridade			
1º grau incompleto	39	29,5	73,6
1º grau completo	14	10,6	87,5
2º grau incompleto	17	12,9	68
2º grau completo	43	32,6	75,4
Superior incompleto	9	6,8	81,8
Superior completo	9	6,8	69,2
Não respondeu	1	0,8	100
Ocupação			
Nenhuma	39	29,5	76,5
Estudante	2	1,5	66,7
Cargos operacionais	51	38,6	80,9
Cargos administrativos	1	0,8	50
Profissional Liberal	6	4,6	85,7
Aposentados	5	3,8	35,7
Outros (Bicos)	27	20,4	77,1
Não respondeu	1	0,8	100
Período de trabalho			
Tempo integral	78	59,1	78,8
Tempo parcial	22	16,7	75,9
Não trabalha	27	20,4	62,8
Outro	3	2,3	100
Não responderam	2	1,5	100
Situação de rua			
Sim	13	9,9	68,4
Não	101	76,5	75,9
Não responderam	18	13,6	75
Classe social (Renda familiar)			
B	1	0,8	100
C	15	11,4	68,2
D	31	23,5	77,5
E	67	50,7	78,8
Não tem	11	8,3	73,3
Não sabe	5	3,8	50
Não respondeu	2	1,5	100

8.6 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS DESISTENTES

No que se refere as características clínicas do número total de sujeitos desistentes (N=132), 79,1% não faziam tratamento de saúde. Dos sujeitos que mencionaram fazer algum tratamento de saúde, a maior taxa percentual de desistência foi entre os indivíduos com doenças transmissíveis (100%), conforme é apresentado na tabela 7.

Tabela 7. Distribuição das características clínicas da população desistente (N=132).

Variáveis	N=132	%	% Desistência
Tratamento de Saúde			
Sim	62	47	70,4
Não	68	51,5	79,1
Não responderam	2	1,5	100
Tipo de tratamento			
Nenhum	68	51,5	79,1
DT e/ DSTs	7	5,3	100
HAS e/Diabetes	23	17,4	76,7
Psicológico e/Psiquiátrico	9	6,8	47,4
HAS e/Diabetes e psiquiátrico	1	0,8	100
Outros distúrbios gerais de saúde*	21	15,9	72,4
Não responderam	3	2,3	100

* Problemas respiratórios, osteoarticulares, renal, hepáticos, câncer, hormonais e outros.

8.7 CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS DOS DESISTENTES

Quanto as características comportamentais do total de sujeitos desistentes (N=132), a maior taxa percentual de desistência foi encontrada entre os indivíduos praticantes de atividade física (73,7%), dentre os que praticavam esportes (100%), lutas (100%) e corrida (100%). No que se refere ao uso de substâncias o maior percentual de desistência foi entre os sujeitos fumantes (75,8%), consumidores de bebidas alcoólicas (75,3%), que consomem todos os tipos de bebidas (100%); que não usam outras substâncias (75,9%) e dentre os que mencionaram fazer uso de outras substâncias, o maior percentual de desistência foi entre os que usam drogas e medicamentos (100%) e cocaína (100%), conforme é apresentado na tabela 8.

Tabela 8. Distribuição das características comportamentais da população desistente (N=132).

Variáveis	N=132	%	% Desistentes
<i>Prática de Atividade Física</i>			
Sim	58	43,9	76,3
Não	73	55,3	73,7
Não respondeu	1	0,8	100
<i>Tipo de Atividade</i>			
Nenhuma	76	57,6	74,5
Esportes	11	8,3	100
Academia	11	8,3	73,3
Caminhada	26	19,6	70,3
Lutas	1	0,8	100
Corrida	1	0,8	100
Ginástica	3	2,3	60
Yoga	1	0,8	100
Não responderam	2	1,5	100
<i>Tabagista</i>			
Sim	47	35,6	75,8
Não	85	64,4	74,6
<i>Consome Bebidas Alcoólicas</i>			
Sim	122	92,4	75,3
Não	8	6,1	66,7
Não responderam	2	1,5	100
<i>Tipo de Bebida Alcoólica</i>			
Nenhuma	2	1,5	66,7
Cerveja	63	47,7	74,1
Vinho/Champanhe	3	2,3	75
Pinga	13	9,8	61,9
Destilados (Uísque, Vodca, Ice, Caipirinha)	11	8,4	73,3
Cerveja e Pinga	12	9,1	85,7
Cerveja e Vinho	5	3,8	62,5
Todos os tipos	6	4,5	100
Não responderam	17	12,9	85
<i>Uso de outras substâncias</i>			
Sim	63	47,7	74,1
Não	66	50	75,9
Não responderam	3	2,3	75
<i>Tipo de substâncias</i>			
Nenhuma	67	50,7	76,1
Medicamentos em geral	45	34,1	75
Psicotrópicos	6	4,6	60
Maconha	4	3	80
Crack	2	1,5	66,7
Cocaína	3	2,3	100
Drogas e psicotrópicos	1	0,8	50
Drogas e medicamentos	2	1,5	100
Não responderam	2	1,5	66,7

DISCUSSÃO

9 DISCUSSÃO

O estudo teve como objetivo principal analisar a efetividade da intervenção breve grupal realizada por enfermeiros para o uso de risco e nocivo de álcool em um serviço de atenção primária à saúde, com base em estudos prévios que indicam o uso de intervenções breves para redução do uso nocivo de álcool. Para isso, a primeira etapa desta análise, teve como foco analisar as características sociodemográficas, clínicas e comportamentais dos participantes do estudo.

No que se refere à população geral estudada (N=869), os usuários abordados na unidade básica de saúde apresentaram em sua maioria padrão de uso de álcool de baixo risco, mas, 15,4% tinham padrão de uso de risco, 5,3% uso nocivo e 10,9% dos indivíduos apresentaram padrão de consumo de álcool sugestivo de dependência. Esse resultado é semelhante aos dados referentes ao padrão de consumo de álcool da população geral brasileira (INPAD, 2012), ou seja, cerca de 20% da população rastreada na UBS, faziam um consumo de álcool problemático, o que evidencia a necessidade de se intervir precocemente nesta população.

Estudos semelhantes (Jomar, Abreu, Griep, 2014; Vargas, Bittencourt, Barroso, 2014; Magnabosco, Formigoni, Ronzani, 2007) observaram que o padrão problemático de uso de álcool mais comum na população de unidades básicas de saúde é o padrão de uso de risco e nocivo, sendo, que cerca de 22% possuem esse padrão de uso de álcool.

Quanto as características sociodemográficas, os resultados também permitiram evidenciar que a maioria da população que frequenta os serviços de atenção primária brasileiros eram do sexo feminino (Brasil, 2015), embora os participantes de ambos os grupos estudados eram pertencentes majoritariamente ao sexo masculino.

Este fato pode estar relacionado a característica do tema abordado, uma vez que, apesar do consumo de álcool entre as mulheres estar aumentando, assim como o consumo entre os homens, conforme o levantamento populacional do LENAD (INPAD, 2012), que após fazer um comparativo entre os anos de 2006 e 2012, verificou que o número de homens e mulheres que consomem 5 doses ou mais de bebidas alcoólica numa única ocasião (uso em *binge* ou uso pesado episódico) aumentou no geral de 29% em 2006 para 39% em 2012 (INPAD, 2012).

Entretanto, apesar das mulheres terem aumentado o seu consumo de álcool, e parte dessa população fazer um consumo de risco ou nocivo dessa substância, semelhante a outros estudos, sobre intervenções em grupo sobre álcool, a adesão dessa população é menor comparada a população masculina (Ribeiro, 2009).

O fato da intervenção breve grupal ter sido proposta para a participação de indivíduos de ambos os sexos, esse fato, pode ter colaborado para o número reduzido de participantes do sexo feminino, tendo em vista que, a taxa percentual de desistência entre as mulheres (80,9%) foi maior comparada a taxa percentual de desistência dos homens (71,6%).

Apesar do consumo de bebidas alcoólicas entre mulheres ser um fenômeno comum na atualidade, as mulheres ainda carregam estigma sobre esse tema no sentido de procurar apoio dos serviços de saúde para serem orientadas quanto ao uso de álcool devido a marginalização social que sofrem em relação a família, a sociedade e até nos serviços de saúde (Ribeiro, 2009; Campos, Reis, 2010).

Considerando esses resultados, estudo (Nóbrega, 2005) evidenciou a importância da implementação de atendimentos específicos para a clientela feminina, seja, criando grupos de atendimentos homogêneos direcionados ao cuidado de questões não apenas fisiológicas relacionadas ao uso de álcool, mas também para trabalhar as questões emocionais, pois é comum no relato de mulheres que tem problemas relacionados ao consumo de álcool a perda da auto estima e do respeito social.

Em relação ao maior número de participantes do sexo masculino, já era esperado, uma vez que, de acordo com os levantamentos nacionais de consumo de álcool no Brasil (INPAD, 2012, Galduróz et al., 2005, Brasil, 2013), apesar de a maioria da população que frequenta os serviços de atenção primária brasileira, ser constituída por mulheres (Brasil, 2015), a prevalência de consumo de álcool é maior entre os homens.

Os grupos (GC e GE) eram semelhantes quanto a cor, a idade, a religião, o período de trabalho, tipo de moradia e classe social, entretanto, o GC apresentou nível de escolaridade inferior ao GE, assim como, os participantes do GC se diferenciavam do GE no quesito, estado civil e trabalho. Estudos como este, caracterizados metodologicamente como ensaios clínicos randomizados, geralmente, tendem a ter grupos semelhantes, devido à natureza metodológica do

tipo de estudo, que como no caso dos ensaios clínicos os participantes são randomizados para redução dos vieses de pesquisa (Souza, 2009).

Por sua vez, esses resultados corroboram com o perfil da população atendida nos serviços de atenção primários brasileiros, que evidencia que na cidade de São Paulo o perfil dos usuários atendidos nesses serviços, se caracterizam por uma população majoritariamente feminina, na faixa de 56 a 60 anos, pardos, vivem com algum companheiro (a), moram na mesma casa com 3 ou 4 pessoas, sabem ler e escrever, com tempo de estudo de 2 a 5 anos, não tem trabalho remunerado e recebem alguma renda mensal de cerca de 1 a 3 salários mínimos (Brasil, 2015).

Entretanto, somando o número de indivíduos com formação entre o 1º e 2º grau completo, os grupos se assemelham em relação ao nível de escolaridade, evidenciando que estas pessoas possuem maior formação escolar que a média do estado de São Paulo (Brasil, 2015).

No grupo experimental uma parcela importante dos participantes estava desempregada ou aposentada. Este dado sugere que devido a maioria dos sujeitos não ter uma ocupação, pode ter influenciado para que os mesmos tivessem tempo livre para receber a intervenção, em contrapartida, a falta de ocupação no trabalho pode ser um fator de risco para o consumo nocivo de álcool, assim como estudos sugerem que o isolamento social, ser solteiro, separado ou divorciado contribuem para problemas com o uso de álcool (O'Connell et al., 2003).

Quanto aos indivíduos que possuem algum trabalho, relataram atuarem em cargos operacionais e geralmente em período integral. Geralmente pessoas com nível de escolaridade fundamental e médio tem se ocupado em empregos relacionados a atividades operacionais (limpeza, portaria, vigilância, vendas, construção, domésticos entre outros) que exigem esforço físico e longa jornada de trabalho. O estresse da longa jornada de trabalho e desgaste físico podem ser fatores potencializadores do aumento do consumo de álcool, sendo que o consumo de álcool nesses casos, pode estar relacionado tanto ao alívio do estresse, como para redução da dor ou até mesmo pela falta de outras opções de prazer, considerando a escassez de tempo livre, devido a longa jornada de trabalho.

A maioria dos participantes eram pertencentes a classe E, ou seja, com uma renda familiar de até 2 salários mínimos, a qual por sua vez, pode estar atrelada as possibilidades de emprego, assim como, relacionada com o nível de escolaridade.

Os sujeitos de ambos os grupos, apresentaram vários fatores de risco para o consumo nocivo de álcool, tendo em vista, a baixa renda familiar (classe E), e considerando que, o número médio de pessoas na família seja de 2 a 3 indivíduos e que apesar da maioria dos participantes residirem em imóveis alugados, e por sua vez, os alugueis na cidade de São Paulo são caros, e os cômodos localizados no centro da cidade, geralmente são pequenos e com estruturas vulneráveis, esses fatos sugerem uma baixa qualidade de vida e consequentemente aumento do consumo de substâncias psicoativas, principalmente o álcool.

No que se referem às características clínicas, os participantes estudados em geral faziam algum tipo de tratamento de saúde, sendo que, das pessoas que referiram fazer tratamento de saúde em geral, faziam tratamento psicológico e ou psiquiátrico, seguido de tratamento para hipertensão e ou diabetes.

O consumo nocivo de álcool é responsável por cerca de 20% do desenvolvimento de comorbidades psiquiátricas, quase 4% dos problemas cardíacos e cerca de 4,5% dos problemas metabólicos (Meloni, Laranjeira, 2004), sendo que em geral o consumo de álcool é responsável por 10% dos problemas totais de saúde no Brasil (WHO, 2014), mas embora o uso nocivo de álcool seja responsável por tantos problemas (WHO, 2014), devido à falta de informação, muitas vezes os pacientes que procuram os serviços de atenção primária à saúde não relacionam o seu comportamento de uso de álcool com os problemas atuais em sua vida, sejam eles, problemas de saúde, psíquicos ou sociais, que são em geral os problemas que dispararam a procura do serviço de saúde.

Assim, a falta de intervenções que objetivem ampliar a percepção dos indivíduos acerca do seu comportamento de risco, como no caso, voltada às pessoas que fazem uso nocivo de álcool, pode contribuir futuramente para o adoecimento dos indivíduos que dão continuidade ao comportamento de risco, uma vez que, de forma geral, os indivíduos só percebem os problemas do consumo de álcool, quando esse consumo já avançou para uma dependência, padrão no qual os usuários já tem muitos prejuízos e por isso procuram apoio do serviço (Cassol et al., 2012).

Dentre as características comportamentais dos indivíduos estudados, foi observado que em geral eram sedentários, não fumavam, consumiam bebidas alcóolicas, sendo as bebidas mais consumidas serem, a cerveja e a pinga e

consumiam também, medicamentos em geral (anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, analgésicos e anti-inflamatórios). Verificou-se também o baixo consumo de outras drogas, além do álcool em ambos os grupos.

Esses dados corroboram com o consumo de substâncias psicoativas na população brasileira, sendo que o álcool e o tabaco são as substâncias de maior consumo, seguidas dos medicamentos e solventes (Galduróz et al., 2005). Devido ao fato do álcool se tratar de uma substância lícita, de fácil acesso com a ampla aceitação social, legitimada e fortalecida pela mídia resulta num maior consumo (Brunelli et al., 2013; Bertolo, Romera, 2011), pois, embora exista o consumo de drogas ilícitas, como o crack e a maconha entre os participantes, o uso de álcool ainda é o consumo mais prevalente.

Segundo o relatório global sobre uso de drogas (WHO, 2014), os brasileiros têm maior preferência pelo consumo de cerveja, este fato pode estar relacionado ao clima do país (Bertolo, Romera, 2011), assim como, a cultura (Escohotado, 1996) e por outro lado também é importante citar o investimento maciço das indústrias de cervejaria em propagandas enfatizando o prazer da bebida, a sensualidade, o poder, a juventude, a felicidade, atrelados ao consumo da mesma (Bertolo, Romera, 2011). Outro ponto a ser discutido em relação ao consumo de bebidas alcoólicas é o consumo como automedicação, ou seja, como reforço negativo, caracterizado pelo consumo para o alívio, seja, para o alívio da dor física ou emocional, alívio do estresse, alívio da solidão dentre outros (Oliveira et al., 2015).

O consumo de pinga relatado por uma parcela dos participantes do estudo, deve ser considerado, uma vez que esta é classificada como o segundo tipo bebida alcoólica mais consumida pela população brasileira (WHO, 2014) e, além disso é comum o uso desta, entre as pessoas com idades acima dos 50 anos, considerando que parte do consumo deste tipo de bebida esteja atrelado a cultura (Souza, 2012), porém, outro fator colaborador para consumo pode estar relacionado ao valor de mercado (preço), tendo em vista que os participantes do estudo possuem uma renda baixa (classe E), e a pinga tem valores relativamente baixos (Cervieri Junior et al., 2014), com relação aos valores de outros tipos de bebidas alcoólicas o que sugere uma acessibilidade maior ao consumo desta bebida. Este dado corrobora com estudo que (Souza, 2012), que evidencia maior consumo de pinga/cachaça pela classe E, tendo em vista a renda salarial, menor ou igual a dois salários mínimos.

Além disso, bebidas destiladas como a pinga/cachaça, têm maior volume de álcool comparado as cervejas (Cervieri Junior et al., 2014), correspondendo a cerca de 40% o volume de álcool numa garrafa de pinga e a 4,5% na cerveja, e por sua vez, para atingir o efeito desejado pelo consumo de álcool (embriaguez/intoxicação), se um indivíduo escolher consumir a cerveja necessitará fazer um consumo mais elevado para atingir a embriaguez (intoxicação) e em contrapartida, devido ao maior volume de álcool presente na pinga, a ingestão de poucas doses seria o suficiente para atingir o mesmo resultado (OMS, 2001).

Segundo a OMS (2001) uma dose padrão de bebida alcoólica equivale a 350 ml de cerveja ou a 40 ml de pinga, sendo que se uma pessoa ingerir mais de 4 doses numa única ocasião, a mesma pode sentir os efeitos da intoxicação alcoólica (embriaguez) e se for somado o valor financeiro investido para atingir essa embriaguez, o indivíduo que escolher consumir a pinga ou cachaça, terá gasto menos, comparado a cerveja, tendo em vista que 4 doses de cerveja geraria um custo de cerca de R\$20,00 e para a mesma quantidade de pinga seria de cerca de R\$5,00, o que equivale ao maior acesso financeiramente falando, ao consumo da pinga/cachaça.

Estudo sobre padrão de uso de álcool na atenção primária a saúde, mostrou que dentre os fatores preditores para consumo de risco de álcool, é ser do sexo masculino, faixa etária de 20 a 29 anos e fumar, além disso foi observado que homens que trabalham no comércio tem 8 vezes mais chances de desenvolver dependência alcoólica e aposentados quase 3 vezes mais chances (Vargas, Bittencourt, Barroso, 2014).

Esses dados corroboram com os resultados deste estudo, uma vez que, a amostra trata-se em sua maioria de indivíduos do sexo masculino e trabalham principalmente em cargos operacionais (comerciantes, atendentes, vendedores), sendo que no grupo experimental a maioria eram aposentados, o que indica que a saída do mercado de trabalho pode colaborar para o uso nocivo de álcool e no avanço desse para a dependência, pois estudos indicam (Richman et al., 2006), que quando as pessoas estão dentro do mercado de trabalho sofrem estresses devido o controle social e que por esses motivos, utilizam do álcool como um relaxante para o estresse e que quando se aposentam não tem mais controles sociais que façam com que não consumam o álcool ou tenha horário certo para esse consumo,

impulsionando o aumento desse comportamento de beber, assim como, por outro lado, a falta de planejamento para aposentadoria leva muitas pessoas a um desequilíbrio emocional ou também a sentirem a falta do convívio social do trabalho, que principalmente entre homens acabam transpondo o convívio social para os bares, tornando esses, fatores de risco para o consumo nocivo e desenvolvimento da dependência alcoólica (Brites et al., 2014).

Assim, os dados também demonstram que apesar de cerca de 70% da amostra não fazer tratamento de saúde, tanto o consumo nocivo de álcool como o sedentarismo são fatores agravantes para o desenvolvimento de problemas crônicos de saúde (Meloni, Laranjeira, 2004; WHO, 2014), além disso, a maioria mencionou fazer tratamento de saúde, assim como, consumir medicamentos, e isso demonstra que apesar dos serviços de atenção primária ter como objetivo utilizar de estratégias alternativas para prevenção e tratamento de doenças, o tratamento medicamentoso ainda é o mais comum à ser oferecido. (Brasil, 2013).

Esse fato evidencia a importância da implantação de estratégias eficazes e de baixo custo para a prevenção e tratamento de doenças, como os grupos de caminhadas, de orientação nutricional, terapia familiar e a prática de intervenções breves para redução do uso de risco e nocivo de álcool nesses serviços (Brasil, 2013).

A intervenção breve já é uma prática reconhecida mundialmente (Fleming et al., 1997; Bien, Miller, Tonigan, 1993; Ockene et al., 1999; Reiff-Hekking et al., 2005; Lee et al., 2009; Lock, Kaner, 2004; Goodall et al., 2008; Kaner et al., 2013; Ribeiro, 2011; Allen et al., 2011; Peltzer et al., 2013) devido sua efetividade e eficácia para redução do consumo nocivo de álcool, sendo que a mesma pode ser aplicada nos mais diversos serviços de saúde, dentre eles e principalmente na atenção primária a saúde, uma vez que, estes se tratam de serviços de cunho preventivo (Babor et al., 2001).

Entretanto, no Brasil a prática da intervenção breve é escassa, devido à alta demanda, falta de recurso humanos (Costa et al., 2013) e tempo (Neushotz, Fitzpatrick, 2008), assim estudos como esse são importantes por sugerir soluções viáveis e efetivas para essas questões.

Para isso, este estudo se baseou na construção de um método de intervenção para redução de uso de álcool no formato grupal, considerando que o

formato grupal exige baixo uso de recursos humanos, aproveitamento de tempo e atendimento de uma demanda maior ao mesmo tempo por apenas um ou dois profissionais.

A intervenção proposta neste estudo, mostrou-se efetiva na redução do consumo de álcool dos indivíduos atendidos na unidade básica de saúde que fazem uso de risco/nocivo de álcool, que participaram de quatro sessões de intervenção breve grupal (IBG) conduzidas por enfermeiros, considerando que, antes da intervenção breve grupal os participantes apresentaram escores no AUDIT de padrão de consumo de risco ou nocivo e após as quatro sessões de intervenção breve grupal reduziram os escores no AUDIT para padrão de consumo de álcool de baixo risco, e esse último padrão de consumo manteve-se no *follow-up* de 90 dias após a intervenção.

O grupo controle que recebeu o folheto informativo sobre consumo de álcool, apesar de ter reduzido a pontuação global no AUDIT, permaneceu durante todo o período de seguimento com pontuação compatível com o uso de risco, sugerindo que mesmo após 30 dias, os participantes desse grupo diminuiram o consumo, mas o padrão de uso de risco manteve-se ao longo do seguimento, voltando ao padrão de consumo inicial no seguimento de 90 dias (uso de risco), e portanto, não houve diferença significativa na redução do consumo de álcool entre o grupo que não participou da IBG.

Contudo, esses dados sugerem que apesar do grupo controle diminuir o consumo, o padrão de uso de álcool se manteve, o que evidencia que a intervenção breve grupal é efetiva na redução do padrão de uso de álcool.

Corroborando com esses resultados, há indícios na literatura de que intervenções grupais são tão efetivas quanto as individuais, (Sobell, Sobell, 2009), mas ainda há a necessidade de se realizar estudos futuros no sentido de comparar a efetividade da intervenção breve grupal *versus* a intervenção breve individual.

Os dados também evidenciaram uma taxa de participação da intervenção reduzida. Esse fato pode ser explicado pela falta de conhecimento da população a respeito do uso nocivo de álcool, uma vez que, nos serviços de atenção primária brasileiros não é comum a dispensação de informações com relação ao padrão de uso de álcool e orientações de redução de danos sobre esses padrões, mas quando existem orientações nesses serviços para esse tipo de problema, geralmente são

realizadas baseadas no encaminhamento de pessoas com sinais e sintomas de alcoolismo, ou seja, as pessoas que recebem orientações sobre problemas relacionados ao consumo de álcool geralmente já adoeceram ou desenvolveram dependência dessa substância (Souza, Ronzani, 2012; Fontanella et al., 2011).

Nesse sentido, apesar dos serviços de atenção primária à saúde brasileiros objetivarem o trabalho na prevenção e redução de danos de comportamentos de risco à saúde, quando se trata do cuidado na atenção aos usuários de álcool, existe uma escassez de práticas relacionadas a intervenções breves precoces ao desenvolvimento de dependência alcoólica nesses serviços de saúde (Souza, Ronzani, 2012).

Estudos sobre a implantação de intervenções breves em serviços de atenção primária à saúde mencionam que dentre as principais barreiras para a inserção dessas práticas nestes serviços são: a falta de capacitação dos profissionais de saúde, os estigmas, a alta demanda, a falta de recursos humanos, a falta de protocolos e políticas do serviço e da ação dos gerentes com relação a aplicação dessas práticas (Costa et al., 2013).

Assim, considerando que falar sobre o uso problemático de álcool com a população não é uma prática comum, somado ao estigma e ao peso moral das questões relacionadas ao consumo de álcool (Ronzani, Furtado, 2010), o primeiro contato com essas informações, podem gerar resistência na população em aceitar participar de intervenções relacionadas ao consumo de álcool, uma vez que, para o senso comum, apenas pessoas com dependência alcoólica devem cuidar desse problema (Fontanella et al., 2011)

Portanto, devido à falta de informação, as pessoas atendidas nos serviços de saúde, essas não percebem o consumo de álcool de risco ou nocivo como uma questão a ser trabalhada em suas vidas, além disso, a maioria dos indivíduos estudados, possuíam nível de escolaridade fundamental ou médio e trabalhavam em período integral em serviços operacionais, o que sugere, que pelo fato desses indivíduos terem uma jornada de trabalho intensa e que geralmente trabalhos operacionais demandam esforço físico, muitas vezes, essas pessoas tem um tempo reduzido do seu dia para procurar por atendimento de saúde e só buscam este tipo de atendimento quando possuem um problema grave de saúde, pois foi comum no discurso das pessoas abordadas, relatarem ter vontade de participar, mas

apresentavam indisponibilidade de tempo, sendo necessário a oferta da intervenção em diversos períodos do dia, para atender a demanda de trabalhadores.

Contudo apesar, da intervenção breve grupal, ser uma intervenção de curta duração (quatro sessões), talvez, seja necessário pensar, num espaço de tempo maior entre as sessões para redução da desistência dos participantes, ou ainda, pensar na diminuição do número de sessões, sem perder a efetividade.

Houve uma alta adesão dos sujeitos que participaram da intervenção breve grupal, uma vez que, apenas 15% desistiu ($n=3$). Sugerindo que quando a pessoa participa da primeira sessão de IBG, as chances de ela participar de todas as sessões são altas. Considerando a adesão dos participantes da IBG, notou-se que uma parcela dos sujeitos randomizados ao grupo experimental não pôde participar da intervenção em consequência da indisponibilidade de tempo, sugerindo, a necessidade de aumentar a oferta dessa intervenção para mais de um período ou programar períodos alternativos que sejam mais atraentes à população alvo.

Alia-se a isso também, a falta de vínculo dos entrevistadores com a população da UBS, sugerindo que, a implementação da prática da IBG pelos profissionais da unidade básica de saúde, reduziram os números de desistentes, dado a importância da ferramenta vínculo no aumento da adesão do cuidado em saúde pelos usuários dos serviços atenção primária à saúde (Brasil, 2013).

O vínculo é um comprometimento construído conforme o tempo e atrelado a empatia do profissional de saúde com o usuário (Schimith, Lima, 2004) e considerando o curto período de tempo que os pesquisadores estavam inseridos no serviço (seis meses), ou seja, em contato com a população atendida na unidade básica de saúde, esse tempo pode não ter sido suficiente para construção de um vínculo ou de uma aproximação melhor com a população da UBS, visto que, quando os usuários eram encaminhados para a IBG pelos profissionais que tinham vínculo na unidade, esses usuários participaram da IBG até o final, aliado a isso, torna-se importante que os profissionais dos serviços de atenção primária se engajem de forma multiprofissional na identificação de pessoas com uso de risco ou nocivo de álcool e no apoio para o encaminhamento para o grupo de intervenção proposto no serviço, resultando por sua vez, no aumento da aderência dos usuários do serviço a esses grupos preventivos e consequentemente na redução dos danos devido a prática de comportamentos de risco de uso de álcool (Schimith, Lima, 2004).

Esses dados corroboram com a necessidade de a implementação de intervenções nos serviços de atenção primária à saúde serem incluídas nas diretrizes das políticas do serviço, o que por sua vez, fortaleceria a importância da dispensação dessa prática no serviço e justificaria a atuação e o envolvimento dos profissionais de saúde na construção de protocolos de atendimento, para que a aplicação de intervenções eficazes (Ronzani, Mota, Souza, 2009; Neushotz, Fitzpatrick, 2008; Costa et al., 2013).

Portanto, os resultados da intervenção breve grupal realizada pelo profissional enfermeiro evidenciaram sua efetividade na redução do consumo de álcool no formato de grupo, assim como é sugerido na literatura, (Marques, Formigoni, 2001; Nyamathi et al., 2010), e que além disso, é uma intervenção interessante de ser replicada em outros serviços, considerando que intervenções em grupo ocupam menor tempo dos profissionais de saúde para realização, atendem uma maior demanda de pacientes do que no formato individual (Sobell, Sobell, 2013), assim como, a IBG é constituída por um número menor de sessões e por isso, atende tanto a demanda de tempo dos usuários do serviço quanto do profissional que se propõe a realizar o atendimento.

A motivação para a mudança do padrão de consumo de álcool foi avaliada por meio da identificação do estágio motivacional o qual os participantes se encontravam, e foi observado que inicialmente, ambos os grupos se apresentaram no estágio motivacional de preparação.

Após a intervenção, o grupo experimental avançou no estágio de motivação (da preparação para ação) e se manteve motivado no *follow-up* de 90 dias, em contrapartida, o grupo controle não apresentou mudanças nos estágios motivacionais observando-se diminuição dos escores de motivação após 90 dias (da preparação para contemplação).

O modelo transteórico dos estágios motivacionais refere que um indivíduo pode demorar cerca de seis meses para avançar de um estágio para outro (Diclemente, Prochaska, 1986), e que esse fato pode estar relacionado ao grupo experimental manter-se no estágio de ação no seguimento. Entretanto, apesar dos sujeitos que receberam a IBG permanecerem no mesmo estágio motivacional após 90 dias, não significa que a intervenção não foi efetiva, uma vez que, os indivíduos que participaram da IBG se mantiveram motivados, e que talvez a evolução

motivacional necessite de maior tempo, considerando que esse tempo é singular de acordo com os preceitos da teoria motivacional (Diclemente, Prochaska, 1986), sugerindo que a IBG foi efetiva tanto no avanço do estágio motivacional, quanto na manutenção da motivação, pois o grupo experimental manteve-se motivado no seguimento, diferente do grupo controle que diminuiu a sua motivação para mudança ao longo do tempo.

Prochaska e Velicer (1997) evidenciaram que a intervenção breve, quando aplicada de acordo com o estágio motivacional em que o indivíduo esta naquele determinado momento, tem sido efetiva no aumento da motivação para mudança (Miller, Rollnick, 2001), ou seja, no momento em que o profissional de saúde consegue identificar o estágio de motivação para mudança no qual o usuário se encontra, este pode direcionar a intervenção conforme o estágio observado e assim, tornar mais efetivo o resultado no avanço de um estágio de motivação para o outro (Miller, Rollnick, 2001).

A intervenção breve grupal permitiu que o avanço dos estágios motivacionais acontecesse mesmo no formato em grupo, uma vez que, durante a entrevista inicial, foi identificado o grau de prontidão para mudança, e em geral, os indivíduos estavam em pré-contemplação, e a partir da informação por meio do *feedback* com relação ao seu padrão de consumo de álcool, ajudou o usuário a perceber o significado do seu padrão de uso e incentivou a pessoa a receber mais informações sobre o assunto.

O gráfico de distribuição dos escores do AUDIT, evidencia uma redução de cerca de 10 pontos no AUDIT após 30 dias, para o grupo experimental e em 90 dias foi observado que o grupo experimental continuou pontuando na zona de baixo risco, diferentemente do grupo controle que inicia com pontuação na zona de risco do AUDIT e após 30 dias, há uma redução cerca de 3 pontos, mas, os participantes continuam pontuando na zona de risco e em 90 dias, ou seja, os participantes do grupo controle retornam a pontuação inicial no seguimento. Esse fato mostra a diferente evolução do padrão de uso de álcool nos grupos estudados e permite verificar o efeito positivo da intervenção breve grupal na redução do consumo de álcool durante o período de 90 dias.

Já quanto a motivação para mudança, apesar de ambos os grupos evoluírem de maneira semelhante ao longo do tempo (Figura 8), a prontidão para mudança no grupo experimental foi maior comparada ao grupo controle e ainda após 90 dias o

grupo experimental manteve a prontidão para mudança positiva, diferente do grupo controle que após 90 dias foi observado um decréscimo motivacional.

Esses resultados foram possibilitados, uma vez que, a intervenção breve grupal, assim como a intervenção breve individual tem como foco principal a mudança de comportamento de uso de risco do indivíduo, sendo que para que essa mudança possa acontecer, foi desenvolvido um processo de quatro sessões.

No momento em que os sujeitos participavam da primeira sessão de intervenção breve grupal, a qual tinha o propósito de orientar a respeito dos padrões de uso de álcool, os problemas relacionados a cada um deles e as possibilidades de redução de danos, estas orientações tinham o objetivo de ajudar os pré-contempladores a ficarem ambivalentes quanto ao seu comportamento de uso de álcool, ou seja, o processo de *feedback* da IBG, tinha o objetivo de elevar a percepção dos pré - contempladores para uma reflexão crítica sobre esse consumo, levantando assim a dúvida em continuar tendo esse comportamento, assim como, esta sessão ajudava os ambivalentes (contempladores) no sentido a mudança de comportamento de beber.

A segunda sessão da IBG, com o foco central na balança decisória (Prochaska, Velicer, 1997), tinha o objetivo de inverter a balança para a vontade de mudar e a apoiar os determinados (preparação para mudança) nas vantagens de se mudar, ou seja, esta sessão estimulava a reflexão sobre as vantagens e desvantagens do comportamento de risco *versus* as vantagens e desvantagens de mudar (reduzir o consumo).

Na terceira sessão o estímulo era a identificação dos fatores de risco e de proteção na vida das pessoas para ajudá-los na mudança, e para isso, era instigado que os mesmos pudessem relatar sobre seus desejos, suas fontes de prazer, além do consumo de álcool e nesse sentido, os participantes no estágio de determinação para a mudança, poderiam trabalhar seu plano de ação para mudança, pensando nos disparadores do consumo e como lidar com cada um deles.

A quarta sessão devido seu objetivo fundamental de avaliar e reavaliar as mudanças alcançadas, assim como, estimular a manutenção das ações efetivas na vida dos participantes, por sua vez, era centrada na auto eficácia (Prochaska, Velicer, 1997).

Portando, os princípios da intervenção breve individual adaptados ao formato grupal, demonstrou um trabalho efetivo na mudança da motivação dos participantes, pois, assim como a intervenção breve individual, a IBG tinha o objetivo de estimular a motivação intrínseca por meio da empatia e a extrínseca através do apoio e das exemplificações dos membros do grupo, por meio dos relatos das mudanças que praticavam ao longo das semanas e das que almejavam num futuro próximo, como considera a teoria motivacional, que explica que quando a motivação vem dentro do indivíduo para fora, está se torna mais eficaz do que quando é estimulada apenas de fora para dentro (Miller, Rollnick, 2001).

O uso de abordagens grupais é vantajoso, pois, pessoas com necessidades semelhantes podem se ajudar mutuamente, permite aprendizado por meio do *feedback* do outro membro, assim como permite que pessoas que sintam-se constrangidas em atendimento individual a falar de assuntos ou a receber informações de assuntos como o consumo nocivo de álcool e que geralmente trata-se de um assunto moralizado e além disso, essa abordagem pode ser econômica, permitindo que um profissional auxilie e oriente várias pessoas ao mesmo tempo (Liebmann, 2000).

Quanto ao profissional que realizou a IBG, o enfermeiro mostrou-se efetivo nesse processo, e um profissional fundamental, uma vez que, pela sua formação, já ser trabalhado aspectos do relacionamento terapêutico e abordagens psicossociais, sendo capacitado para atuar com empatia no seu atendimento, além disso, devido esse profissional ter maior contato com a população, possibilitando maior vínculo, e por sua vez o vínculo torna-se uma ferramenta facilitadora no trabalho grupal, além desse profissional estar disponível em maior número nos serviços de saúde (Sahli, Pillon, 2004).

O fato do enfermeiro possuir habilidades específicas relacionadas ao conhecimento sobre a fisiologia humana, processos patológicos somado à formação relacionada aos aspectos psíquicos e comportamentais, esta formação direciona este profissional a atuar com propriedade no processo de orientação a respeito dos efeitos do álcool no organismo e a relacionar questões de saúde de cunho psicofisiológicas que os participantes relatam em grupo com a questão do consumo nocivo de álcool, assim, esclarecendo e aumentando os argumentos reflexivos do grupo sobre o comportamento de beber em suas vidas. Portanto, esse estudo

também evidencia a habilidade do enfermeiro na prática da intervenção breve grupal.

Dentre os estudos sobre intervenções grupais para redução do uso de substâncias encontrados na literatura, apenas um deles, utilizaram-se do enfermeiro para praticar tais intervenções (Nyamathi et al., 2010), e assim como este, encontrou resultados satisfatórios da abordagem deste profissional em grupo de usuários de álcool.

O enfermeiro apesar de ser um profissional chave na aplicação de grupos de intervenção ao uso de drogas, continua sendo um profissional subutilizado em serviços de atenção primária a saúde para realizar este tipo de atendimento (Lock et al., 2006), sendo que estudos sobre abordagem grupal dos enfermeiros em centros de atenção psicossocial álcool e outras drogas têm mostrado eficácia (Cassol et al., 2012; Bourguignon, Guimarães, Siqueira, 2010; Spadini, Souza, 2011).

E que mesmo com a ampliação da oferta de curso de capacitação para o cuidado de usuários de álcool e outras drogas no país (SUPERA, 2014) a intervenção breve proposta por esses cursos, a qual tem efetividade comprovada em vários países do mundo (Lee et al., 2009; Kaner et al., 2013; Ribeiro, 2011; Allen et al., 2011; Peltzer et al., 2011), o uso desse recurso de intervenção tem sido pouco utilizado nos serviços de atenção primária à saúde brasileiros (Gonçalves et al., 2011).

Assim, considerando, que no Brasil exista uma Política de atenção integral ao usuários de álcool e outras drogas (Brasil, 2004) e que nesta é elencada, dentre seus objetivos, a prevenção e a redução de danos, tornando necessária a implantação de práticas de redução de danos nos serviços de saúde, principalmente, em serviços de atenção primária, este é o primeiro estudo realizado no Brasil abordando a realização de intervenção breve grupal conduzidas por enfermeiros e que igualmente reforça os achados encontrados na literatura de que a intervenção breve dispensada por enfermeiros é tão efetiva quanto à IBs realizadas por outros profissionais de saúde (McIntosh et al., 1997; Ockene e tal., 1999; Joseph et al., 2014) e que apesar do enfermeiro ser pouco utilizado em pesquisas relacionadas a prática de intervenções para usuários de álcool, este profissional mostrou-se efetivo para desenvolver a intervenção breve grupal, tornando-se importante também estudar a realização da intervenção breve grupal por outros

profissionais de saúde, assim como comparar a efetividade da IBG entre os diversos profissionais de saúde e em outros serviços de saúde para além de unidades básicas de saúde.

Portanto, a intervenção breve grupal, aplicada neste estudo pode ser um recurso a ser considerado nos serviços de saúde brasileiros, pois, o formato grupal agrega baixo custo, uso de menor número de recursos humanos, atendimento de grande demanda em espaço de tempo reduzido o que em última instância torna-se mais vantajosa de ser implementada nesses serviços, garantido que estes cumpram com seus objetivos de redução da dependência alcoólica e de tratamentos de alto custos e por isso sejam mais fáceis de serem empregadas nos serviços de atenção primária do que abordagens semelhantes de cunho individual devido a econômica de recursos humanos, tempo e atendimento maior número de pessoas ao mesmo tempo (Liebmann, 2000).

Apesar de não ter sido objeto central da pesquisa, mas, devido este estudo se tratar de uma pesquisa inicial sobre intervenção breve grupal, e considerando o número de participantes desistentes, e, portanto, com objetivo de aperfeiçoar estudos futuros sobre o tema, tornou-se importante evidenciar o perfil dos sujeitos desistentes do estudo.

Diante dos resultados, observou-se que a taxa percentual de desistência foi maior entre o sexo feminino, de cor amarela, amasiados, evangélicos, mulçumanas e judeus, com 1º grau completo, profissionais liberais, trabalham em período integral, não vivem em situação de rua e pertencentes as classes B e E.

Conforme discutido anteriormente, a população feminina devido questões estigmatizantes relacionadas ao consumo de álcool, tendem a não participar de grupos heterogêneos, sugerindo a importância de construir espaços de cuidados específicos para essa população (Nóbrega, 2005; Souza, 2011).

No que se refere a cor, o fato da população asiática (amarela) não ter participado do estudo na sua totalidade, sugere-se que devido na cultura oriental, o consumo problemático de álcool ser tratado de forma estigmatizante, e portanto, mesmo que foram rastreados usuários de risco dentre esta população (amarelos), a carga moral que acarreta por meio de julgamentos tanto pessoais como por seus familiares pode ser um fator preponderante na decisão do indivíduo em participar de um grupo sobre álcool, assim, torna-se importante, pensar em estratégias que

possam atrair esta população que considerem a redução do consumo de álcool, tendo em vista que trata-se de uma população vulnerável à problemas decorrentes do consumo de álcool, devido aspectos fisiológicos que podem desencadear sintomas desagradáveis após a ingestão de bebidas alcoólicas (Martins, 2013).

No que se refere ao estado conjugal a prevalência de desistentes foi entre os amasiados, entretanto, a menor taxa percentual de desistência foi de indivíduos com união estável e separados/divorciados

Quanto a religião, a maior taxa percentual de desistência foi entre os sujeitos mulçumanos, judeus seguidos de evangélicos. Em contrapartida a menor taxa percentual de desistência foi entre os participantes pertencente a religião espírita.

Uma suposição para esse resultado pode ser a carga moralizante entre as pessoas pertencentes às religiões evangélicas e mulçumana, uma vez que é comum entre as pessoas pertencentes à essas religiões abster-se do consumo de álcool, devido os preceitos da própria religião e, portanto, os indivíduos que bebem, acabam moralizando esse consumo e assim negando a necessidade de receber informações ou cuidados sobre o consumo nocivo de álcool (Pillon et al., 2010; Dalgarrondo et al., 2005).

A maior taxa de desistência, no que se refere ao nível de escolaridade foi entre os sujeitos com 1º grau completo. Entretanto, a menor taxa percentual de desistência foi entre os sujeitos do 2º grau incompleto e superior completo. Sugerindo que pessoas com grau de escolaridade mais avançado tendem aceitar receber mais informações com relação ao consumo de álcool do que pessoas com baixos níveis de escolaridade.

Os sujeitos que se designaram profissionais liberais e trabalhadores de cargos operacionais, que trabalham em período integral, apresentaram maior taxa percentual de desistência. Os indivíduos que trabalham em cargos operacionais geralmente tendem a ter jornada de trabalho intensa e por sua vez, acabam desistindo de tratamentos que exigem contato presencial frequente (Fontanella, 2011), considerando que a prevalência de participantes da IBG foi de sujeitos que não trabalhavam e aposentados e ainda corroborando com esse dado, foi visto que a menor taxa percentual de desistência foi entre os aposentados (35,7%).

Os sujeitos que viviam em situação de rua, evidenciaram menor taxa percentual de desistência. Portanto esse resultado pode estar atrelado ao fato das

peessoas que vivem em situação de rua, quando acolhidas de forma humanizada, tenderem a ser mais participativos, considerando assim a atenção básica um serviço potencializador de vínculos.

No que se refere a classe social os sujeitos pertencentes a classe B e E, apresentaram maior taxa de desistência. Já entre os sujeitos que não sabiam a renda familiar e da classe C, houve menor taxa percentual de desistência. Esse dado pode estar relacionado a jornada de trabalho, uma vez que, a maioria das famílias com renda até 2 salários mínimos (classe E, IBGE), trabalham em cargos operacionais que muitas vezes estão relacionadas a jornadas de trabalho de período integral. E a desistências entre os sujeitos pertencentes a classe B, pode estar relacionada a falta de interesse, devido *status* social ou falta de tempo, considerando que a renda familiar mais alta está relacionada com o tipo de trabalho, nível do cargo e carga horaria de trabalho.

Quanto as características clínicas dos sujeitos desistentes do estudo, a prevalência de desistência foi maior entre os que não faziam tratamento de saúde. Entre os indivíduos que faziam algum tipo de tratamento de saúde, a maior taxa percentual de desistência foi entre os sujeitos que faziam tratamento para hipertensão, diabetes e psiquiátrico, seguidos de indivíduos portadores de alguma doença transmissível. Entretanto a menor taxa percentual de desistência foi entre os indivíduos que faziam algum tratamento psicológico\psiquiátrico, sugerindo que pessoas que fazem tratamentos relacionados à saúde mental tendem a participar de grupos como da IBG, talvez devido a busca de apoio ou até mesmo de socialização em espaços que disponibilizam tais estratégias.

Referente as características comportamentais, os indivíduos que apresentaram maior taxa percentual de desistência foram os que praticavam atividade física, como esportes, lutas ou corrida, tabagistas, consumidores de bebidas alcoólicas, de todos os tipos de bebidas e pessoas que não usavam outras substâncias. Dentre os que consumiam os sujeitos que mencionaram consumir algum tipo de substância, os usuários de cocaína, drogas e medicamentos, seguidos de sujeitos usuários de maconha, apresentaram maior taxa percentual de desistência.

Esses dados sugerem que indivíduos que fazem consumo múltiplo de substâncias têm uma tendência maior a desistir do tratamento (Ferreira et al., 2015).

Apesar da importância da realização de estudos como este, sobre abordagens inovadoras na redução do consumo de álcool em serviços de atenção primária à saúde, esse estudo possui limitações no que diz respeito, ao cenário de aplicação, a amostra, pois, a pesquisa foi realizada em um único local, porém, o cenário é considerado representativo de outras UBSs da cidade de São Paulo, considerando o perfil da população e sua estrutura.

O estudo também teve perda amostral, o que já era esperado nesse tipo de estudo, o atrito (Souza, 2009), uma vez que, conforme discutido, este trata-se de um estudo primário sobre intervenção breve grupal, realizado num cenário o qual, assim como em várias unidades básicas de saúde brasileiras não é abordado a questão do consumo de álcool, sendo que a falta de reconhecimento desses serviços sob a importância de intervenções como a IBG, ou seja, a falta de atendimentos individuais e ou grupais de prevenção relacionada ao consumo de risco e ou nocivo de álcool, resulta na continuidade de um paradigma moral entre a população sobre o atendimento de saúde relacionado ao consumo de álcool, sendo, necessário a construção de uma cultura nesses serviços de atuação na prevenção do consumo problemático de álcool, para que assim, a população não tenha receio de receber orientações sobre esse tema, mesmo em cunho preventivo e além disso, a falta de salas para ampliar a disponibilidade de horários da IBG para o atendimento da demanda de indivíduos que trabalhavam, pode ter contribuído para a taxa de desistência de participação no estudo.

Por último, outra limitação, foi relacionada aos dados qualitativos dos participantes da intervenção, pois, mais do que a redução do consumo de álcool, os participantes revelaram mudanças importantes de comportamentos e relações em suas vidas as quais o estudo não abrangeu, devido, ter sido limitado ao uso de questionários objetivos.

Dentre as possíveis implicações do estudo para a prática da enfermagem e da saúde em geral, pode-se destacar que, estudos como este tem fundamental importância, por se tratar de uma tecnologia inovadora para a área de enfermagem em adições, assim como, contribui para a ampliação de mais um espaço de atuação desses profissionais, e que por sua vez, legitima a atuação do enfermeiro no cuidado em saúde mental e além disso, evidências relacionadas a criação de novas abordagens desenvolvidas no âmbito da enfermagem, implica no fortalecimento da

área como referência na prática de uma tecnologia efetiva e inovadora para redução do consumo de álcool, assim como, na redução dos problemas decorrentes ao consumo nocivo de álcool na saúde em geral.

Além disso, o enfermeiro como referência nos serviços de saúde, tem como função capacitar as equipes de saúde (líder de equipes), para que assim, haja um aumento da adesão da população no serviço de saúde, desconstrução do estigma com relação ao tema álcool e ampliação das possibilidades de cuidado.

Assim como este estudo colabora para ampliação da orientação e instrumentalização do cuidado relacionados ao ensino e a prática de enfermagem e na atenção mais qualificada no sentido de aumentar a autonomia dos sujeitos em optar por um comportamento com menor risco à sua vida.

Uma outra contribuição potencial é referente a propagação de uma intervenção de baixo custo, possível de ser implantada na rotina dos serviços que prioriza a identificação precoce do problema para evitar futuras complicações de saúde à população que pode proporcionar redução de problemas de alto custo (tratamentos longos e crônicos) e que pode ser replicável em diversas realidades, no que diz respeito à saúde em geral.

Dentre as implicações para pesquisa, não se pode deixar de destacar que se tratou de um estudo pioneiro abordando a efetividade da intervenção breve grupal realizada pelo enfermeiro para redução do consumo de álcool na atenção primária à saúde, e que devido ser o primeiro estudo sobre uma nova forma de utilizar uma tecnologia de intervenção efetiva, torna-se necessário buscar novas evidências quanto ao uso da intervenção breve grupal por outros profissionais de saúde, assim como a prática desta intervenção realizada por esse profissional em outras populações específicas e em outros cenários.

É preciso também ressaltar a importância de se conhecer a eficácia da intervenção breve grupal comparada à intervenção breve individual e ainda, se a intervenção breve grupal pode ser efetiva na manutenção da redução do consumo e ou abstinência na dependência álcool e também no encaminhamento ou adesão do tratamento para dependência de álcool.

Considerando importante ser investigado o uso da intervenção breve grupal por enfermeiros e outros profissionais para redução do consumo de outras drogas, assim como, comparar a efetividade e eficácia da IBG, com outros tipos de

intervenções comuns utilizadas no cuidado e tratamento de usuários de outras drogas.

Outra lacuna sobre a prática da intervenção breve grupal seria com relação ao gênero, ou seja, a efetividade dessa intervenção aplicada em grupos homogêneos ou heterogêneos.

É importante que novos estudos sejam realizados no sentido de avaliar o número de sessões da IBG mais efetivo, uma vez que o número de sessões da atual intervenção foi baseado na intervenção individual e por último é necessário que a IBG seja replicada em outros municípios e estados brasileiros, assim como em outros países.

CONCLUSÃO

10 CONCLUSÃO

A intervenção breve grupal realizada pelo profissional enfermeiro revelou ser uma tecnologia de cuidado válida para redução do consumo de álcool em uma população atendida na atenção básica, tendo em vista, os resultados deste estudo que sugerem a redução do consumo de álcool nos sujeitos participantes da intervenção, tanto após a IBG como no seguimento de 90 dias, o que levou a considerar que a intervenção breve grupal é uma abordagem de cuidado efetiva quando realizada pelo enfermeiro.

Foi evidenciado que o padrão de uso de álcool de usuários da unidade básica de saúde, situada no município de São Paulo é semelhante ao padrão de consumo de álcool apresentado em levantamentos epidemiológicos nacionais, ressaltando a importância da aplicação de intervenções voltadas a redução do consumo de álcool em serviços de atenção primária à saúde de cunho precoce, tendo em vista que cerca de 20% dos usuários do serviço, possuem padrão de consumo de álcool problemático e que por sua vez, quando tratados precocemente diminuem problemas crônicos futuros.

A intervenção breve grupal realizada pelo profissional enfermeiro, também apresentou efetividade no aumento da motivação para mudança no comportamento de consumo de álcool, tendo em vista, os resultados deste estudo que evidenciou o aumento dos escores de prontidão para mudança do consumo de álcool nos sujeitos participantes da intervenção, assim como, foi observado que os escores de motivação após a intervenção se manteve também no seguimento de 90 dias, o que levou a considerar que a intervenção breve grupal é uma estratégia efetiva quando realizada pelo enfermeiro para aumentar a motivação para mudança, considerando que, após a intervenção os usuários pontuaram escores correspondentes à ação para mudança, ou seja, após 30 e 90 dias de seguimento os usuários que receberam intervenção breve grupal estavam praticando alguma ação para mudança do comportamento de beber de risco/nocivo de álcool.

REFERÊNCIAS

11 REFERÊNCIAS

Aalto M, Alho H, Halme JT, SeppaK. AUDIT and its abbreviated versions in detecting heavy and binge drinking in a general population survey. *Drug and Alcohol Dependence*. 2009; 103(1-2), pp.25–29.

Aalto M, Pekuri P, Seppa K. Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. *Addiction*. 2001;96(2):305-311.

Agabio R, Nioi M, Serra C, Valle P, Gessa GL. Alcohol use disorders in primary care patients in Cagliari, Italy. *Alcohol Alcohol*. 2006;41(3):341-344.

Allen E, Polikina O, Saburova L, McCambridge J, Elbourne D, Pakriev S, et al. The efficacy of a brief intervention in reducing hazardous drinking in working age men in Russia: the HIM (Health for Izhevsk men) individually randomised parallel group exploratory trial. *Trials*. 2011; 12:238.

Allen JP, Litten RZ, Fertig JB, Babor T. A review of research on the alcohol use disorders identification test (AUDIT). *Alcohol Clin Exp Res*. 1997; 21(4): 613-618.

Alvarez SQ, Gomes GC, Oliveira NA, Xavier DM. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [internet]. 2012 [cited 2015 Nov 16]; 33(2):102–108. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/24646>

Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe: a public health perspective: a report for the European commission. UK: Intitute of Alcohol Studies; 2006.

Anderson S, Eadie DR, MacKintosh AM, Haw A. Management of alcohol misuse in Scotland: the role of A&E nurses. *Accident and Emergency Nursing*. 2001; 9:92-100. Andrade AG, Anthony JC, Silveira CM. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. Barueri: Minha editora; 2009.

Anthony JC, Van-Etten M. Epidemiology and its rubrics. In: Bellack A, Hersen M. *Comprehensiv clinical psychology*. Oxford, UK: Elsevier Sciense Publications; 1998. p. 355-390. v.1.

Anthony JC. Consumo nocivo de álcool: dados epidemiológicos mundiais. In: Andrade AG, Anthony JC, Silveira CM. *Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual*. Barueri: Minha editora; 2009. p. 1-34.

Antonio J, Filho C. Nota Metodológica sobre Modelos Lineares Mistos. *Dados*; 2003. p.32

Aspy SBC, Mold JW, Thompson DM, Blondell RD, Landers PS, Reilly KE et al. Integrating Screening and Interventions for Unhealthy Behaviors into Primary Care Practices. *Am J Prev Med*. 2008;35(5Suppl): 373-380.

Aveyard P, Massey G, Parsons A, Manaseki S, Griffin. The effect of Transtheoretical Model based interventions on smoking cessation. *Social Science y Medicine*; 2009, 68, p. 397-403.

Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT, Cuestionario de identificación de los transtornos debidos al consumo de alcohol: pautas para su utilización en atención primaria. Organización Mundial de la Salud (OMS), CH1211.Ginebra 27, Suiza; 2001. p.1-40. [cited 2015 Nov 16]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf.

Bailer C, Tomitch LMB, D'ely RCSF. O Planejamento como Processo Dinâmico: A Importância do Estudo Piloto para uma Pesquisa Experimental em Linguística Aplicada. *Revista Intercâmbio*. 2011;129–146.

Ballarin MLGS. Algumas reflexões sobre grupos de atividades em Terapia Ocupacional. In: Pádua EMM, Magalhães LV. (Orgs.) *Terapia Ocupacional: teoria e prática*. Campinas: Papirus; 2003, p. 63-78.

Bertolo M, Romera L. Cerveja e publicidade: Uma estreita relação entre lazer e consumo. *Licere*. 2011; 14(1): 1-27.

Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction*. 1993;88(3):315-336.

Bourguignon LN, Guimarães ES, Siqueira MM. A atuação do enfermeiro nos grupos terapêuticos dos caps ad do estado do espírito santo. *Cogitare enferm*. 2010; 15(3):467-473.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [cited 2015 Nov 16]. Available from: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. *Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 136 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Satisfação dos usuários da atenção básica [recurso eletrônico]* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. v.1. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. p. 12-35

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório do Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica. Ministério da Saúde. Organização Panamericana de Saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Universidade de Harvard; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool 2009-2012. Lisboa. Ministério da Saúde; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica, n.34. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. p. 121.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde. Brasília; 2004.

Brites RMR, Abreu AMM, Pinto JESS. Prevalência de alcoolismo no perfil das aposentadorias por invalidez dentre trabalhadores de uma universidade federal. Rev Bras Enferm. 2014 mai-jun; 67(3): 373-80.

Brunelli RT, Romera LA, Marcellino NC. Lazer, juventude e álcool: Uma análise das promoções e eventos dirigidos ao público jovem. *Licere*. 2013; 16(2):1-18.

Brunner LS, Suddarth DS. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. v.1 e 2.

Campos EA, Reis JG. Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo – Brasil. *Interface – Comunic Saude Educ*. 2010 jul-set; 14(34): 539-50.

Canhota C. Qual a importância do estudo piloto? In: Silva, EE. *Investigação passo a passo: perguntas e respostas para investigação clínica*. Lisboa: APMCG; 2008, p. 69–72.

Cassol PB, Terra MG, Mostardeiro SCTS, Gonçalves MO, Pinheiro UMS. Tratamento em grupo operativo em saúde: percepção dos usuários de álcool e outras drogas. *Rev Gaúcha Enferm* [cited 2014 Mar 29]. 2012; 33(1) Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-144722000100018>

Cheng H. Tese de doutorado. Michigan State University; 2009.

Cervieri Junior O, Teixeira Junior JR, Galinari R, Rawet EL, Silveira CTJ. O setor de bebidas no Brasil. *BNDS Setorial*. 2014; 40: 93-130.

Cordeiro Q, Michelon L, Ribeiro RB et al. Triagem para a identificação de uso nocivo de álcool na atenção primária à saúde. *Rev Assoc Med Bras*. 2006; 52(4):200-200.

Corradi-Webster CM, Minto EC, Aquino FMC et al. Capacitação de profissionais do programa de saúde da família em estratégias de diagnóstico e intervenções breves para o uso problemático do álcool. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2005 fev; 1(1).

Costa PHA, Mota DCB, Cruvinel E, Paiva FS, Ronzani TM. Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(5).

Costa SC. Modelos lineares generalizados mistos para dados longitudinais [internet] [tese]. Piracicaba – SP: Universidade de São Paulo; 2003. [citado 2015 jul. 21]. Disponível em: https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCYQFjAA&url=http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/11/11134/tde-09052003-164143/publico/silvano.pdf&ei=k8Q7VPnXEsXhap7agtqN&usq=AFQjCNFNqa_PltjM_PcTGSgoSsWnrJqdKdA&bvm=bv.77161500,d.d2.

Coulton S, Drummond C, James D, Godfrey C, Bland JM, Parrott S et al. Opportunistic Screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study. *BMJ*. 2006; 4(51):1-7.

CSEB. Centro de saúde escola – Samuel Pessoa. FMUSP-Butantã [internet]. [atualizado 2014; citado 2014 abr. 01]. Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/cseb/index.php>.

Daeppen JB, Yersin B, Landry U, Pécoud A, Decrey H. Reliability and validity of the alcohol use disorders identification test (AUDIT) imbedded within a general health risk screening questionnaire: results of a survey in 332 primary care patients. *Alcohol Clin Exp Res*. 2000; 24(5):659-65.

Dalgalarrondo, Paulo; Soldera, Meire Aparecida; Corrêa Filho, Heleno Rodrigues; Silva, Cleide Aparecida M. Jovens pentecostais e espíritas em comparação a católicos: uso de álcool e drogas e saúde mental. *J bras psiquiatr*. 2005 jul-set;54(3):182-190.

Deehan A, Templeton L, Taylor C, Drummond C, Strang J. Are practice nurse na unexplored resource in the identification and management of alcohol misuse? Results from a studies practice nurses in England Wales in 1995. Blackwell Science Ltd. *Journal of Advanced Nursing*. 1998; 28(3):592-597.

DHHS. Department of health and Human Services. Health people 2000. National health promotion and disease prevention objectives [internet]. Center for disease control and prevention. National center for health statistics. Hyattsville, Maryland October 2001. DHHS Publication No. 01-0256. p. 108 [citado 2014 abr. 01] Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hp2000/hp2k01.pdf>.

Diclemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velásquez MM, Rossi. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *J Clin Psychol Consult*. 1991 Apr; 59 (2): 295-304.

Diclemente CC, Hughes SO. Stages of Change Profile in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2(2):217-235, 1990.

Diclemente CC, Prochaska JO. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. In: Miller WR, Heather N, editors. *Treating Addictive Behaviors*. New York, NY: Plenum Press; 1998. p. 3-24.

Duckert F, Johnsen J, Amundsen A. What happens to drink after therapeutic intervention? *British Journal of Addiction*. 1992; 87(10):1457-1467.

Escohotado A. *La historia Elemental de las drogas*. Barcelona: Anagran; 1996.
Evers KE, Prochaska JO, Johnson JL, Mauriello LM, Padula JA, Prochaska JM. A randomized clinical trial of a population- and transtheoretical model-based stress-management intervention. *Health Psychol*. 2006 Jul;25(4):521-9.

Ferreira ACZ, Borba LO, Capistrano FC, Czarnobay J, Maftum MA. Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde. *REME • Rev Min Enferm*. 2015 abr/jun; 19(2): 150-156.

Fleming M, Manwell LB. Brief intervention in primary care settings: a primary treatment method for at-risk, problem and dependent drinkers. *Alcohol Res Health*. 1999;23:128-37

Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers: A randomized trial in community-based primary care practices. *Journal of the American Medical Association*. 1997; 277(13):1039-1045.

Fleming MF, Manwell LB, Barry KL, Johnson K. At-risk drinking in a HMO primary care sample: prevalence and health policy implications. *American Journal of Public Health*. 1998; 88(1):90-93.

Fontanella BJB, Demarzo MMP, Mello GA, Fortes SLCL. Os usuários de álcool, Atenção Primária à Saúde e o que é “perdido na tradução”. *Interface Comunic Saude Educ*. 2011 abr-jun; 15(37): 573-85.

Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O et al. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking primary care: reliability and validity of a French version. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005; 29(11):2001-2007.

Gahagan J. *Comportamento interpessoal e de grupo*. Rio de Janeiro: Zahar; 1976.

Galduróz JCF, Noto AR, Nappo AS, Carlini EA. *II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil. Parte A: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país, 2005*. Brasília: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas, Presidência da República, Gabinete de Segurança Nacional; 2005. [Internet]. [citado 2013 out. 13]. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br>.

Gastaldi AB, Hayashi APM. O processo grupal em enfermagem como estratégia de promoção da saúde. *Rev. Terra e Cultura [internet]* 2003 [cited 2014 Jun 23]; 36: 138-144. Available from: http://web.unifil.br/docs/revista_eletronica/terra_cultura/36/Terra%20e%20Cultura_36-13.pdf

Gonçalves AMS, Ferreira PS, Abreu AMM, Pillon SC, Jezus SV. Estratégias de rastreamento e intervenções breves como possibilidades para a prática preventiva do enfermeiro. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2011 abr/jun;13(2):355-60. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a23.htm>.

Goodall C, Ayoub A, Crawford A, Smith I, Bowman A, Koppel D et al. Nurse-delivered brief interventions for hazardous drinkers with alcohol-related facial trauma: a prospective randomised controlled trial. *British Journal of oral and Maxillofacial Surgery*. 2008;46(2):96-101.

Graham K, Annis HM, Brett PJ, Venesoen P. A controlled field trial of group versus individual cognitive-behavioural training for relapse prevention. *Addiction*. 1996; 91(8):1127-1139.

Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. Michael Schmidt Duncan. Tradução 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 165-178.

Hyman Z, Crosby F. Study of Implementation of a Guideline for Brief Alcohol Intervention in Primary Care. *J Nurs Care Qual*. 2010; 25(1): 46–55.

Hyman Z. Brief interventions for high-risk drinkers. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15(11):1383-1396.

INPAD, Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do álcool e Outras drogas, 2012. II LENAD – Levantamento Nacional de álcool e drogas [internet]. [citado 2014 mar. 23]. Disponível em: <http://inpad.org.br/lenad/alcool/resultados-preliminares/>

Jadad EAR. Randomized controlled trials. Questions, answers, and musings. 2nd ed., London: Blackwell Publishing/ BMJ Books; 2007.

Jaeger A, Oliveira MS, Freire SD. Entrevista motivacional em grupo para alcoolistas. *Temas em Psicologia*. 2008; 16(1): 97-106.

Jomar RT, Abreu AMM, Griep RH. Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre adultos usuários de serviço de atenção básica do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [internet] 2014 [cited 2014 Mar 27]; 19(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014191.2009>

Johnson SS, Driskell MM, Johnson JL, Dymont SJ, Prochaska JO, Prochaska JM et al. Transtheoretical model intervention for adherence to lipid-lowering drugs. *Dis Manag*. 2006a Apr;9(2):102-14.

Johnson, SS, Driskell, MM, Johnson, JL, Prochaska, JM, Zwick, W., & Prochaska, JO Efficacy of a transtheoretical model-based expert system for antihypertensive adherence. *Dis Manag*. 2006b Oct;9(5):291-301.

Joseph J, Basu D, Dandapani M, Krishnan N. Are nurse-conducted brief interventions (NCBIs) efficacious for hazardous or harmful alcohol use? A systematic

review. *Int Nurs Rev*. 2014 Jun;61(2):203-10.

Kaariainen J, Sillanaukee P, Poutanen P, Seppa K. Opinions on alcohol-related issues among professionals in primary, occupational, and specialized health care. *Alcohol Alcohol*. 2001;36(2):141-6.

Kaner EF, Bland M, Cassidy P, Coulton S, Deluca P, Drummond C, et al. Screening and brief interventions for hazardous and harmful alcohol use in primary care: a cluster randomised controlled trial protocol. *BMC Public Health*. 2009; 9:287.

Kaner EF, Bland M, Cassidy P, Coulton S, Dale V, Deluca et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2013;346:e8501.

Kaner EF, Wutzke S, Saunders JB, Powell A, Morawski J, Bouix JC. Impact of alcohol education and training on general practitioners' diagnostic and management skills: findings from a World Health Organization collaborative study. *J.Stud. Alcohol*. 2001; 62(5): 621-7.

Keurhorst MN, Anderson P, Spak F, Bendtsen P, Segura L, Colom J et al. Implementing training and support, financial reimbursement, and referral to an internet-based brief advice program to improve the early identification of hazardous and harmful alcohol consumption in primary care (ODHIN): study protocol for a cluster randomized factorial trial. *Implementation Science [internet]* 2013 [cited 2014 Mar 27]; 8:11 Available from: <http://www.implementationscience.com/content/8/1/11>.

Kohn R, Levav I, Almeida JMC, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los transtornos mentales em América Latina y el Caribe: assunto prioritário para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;18(4/5):229-240.

Lancetti A. Clínica grupal com psicóticos: a grupalidade que os especialistas não entendem. In: Lancetti A, diretor. *Saúde e loucura: grupos e coletivos*. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1993. p.155-71.

Laranjeira R, Romano M. Brazilian consensus on public policies on alcohol. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(Suppl 1):68-77.

Lee HS, Mericle AA, Ayalon L, Areán PA. Harm reduction among at-risk elderly drinkers: a site-specific analysis from the Multi-Site Primary Care Research in Substance Abuse and Mental Health for Elderly (PRISM-E) study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009; 24: 54–60.

Liang S, Zeger KY. Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Bometrika*;1986. p. 13-22.

Liebmann M. Exercícios de arte para grupos: um manual de temas, jogos e exercícios. 4. ed. São Paulo: Summus; 2000.

- Lock CA, Kaner EFS. Implementation of brief alcohol interventions by nurses in primary care: do non-clinical factors influence practice? *Family Practice*. 2004; 21(3):270-275.
- Lock CA, Kaner E, Heather N, Doughty J, Crawshaw A et al. Effectiveness of nurse-led brief alcohol intervention: a cluster randomized controlled trial. *J Advanc Nurs*. 2006; 54(40):426-439.
- Lock CA, Kaner E, Lamont S, Bond S. A qualitative study of nurses' attitudes and practice qualitative study of nurses' attitudes and practice regarding brief alcohol intervention in primary health care. *Journal of Advanced. Nursing*. 2002; 39(4): 333-342.
- Maciel CD. Diagnóstico de dependência de álcool entre os pacientes internados em enfermarias psiquiátricas do instituto Raul Soares e hospital Galba Velloso: há subdiagnóstico? [monografia]. Belo horizonte: Instituto Raul Soares FHEMIG; 1999.
- Madelin R. Alcohol and health: the EU strategy: European alcohol and health forum. Brussels; 2008.
- Magnabosco MB, Formigoni MLOS, Ronzani TM. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de atenção primária à saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). *Rev. Bras. Epidemiol*. 2007; 10(4): 637-647.
- Mackey S, Gass A. Common data collection measures. In: *Second language research: methodology and design*. Mahwah: Lawrence Erlbaum; 2005. p. 43-99.
- Marconi, MA, Lakatos EM. *Metodologia científica*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2009. p. 241.
- Marques AC, Formigoni MLOS. Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction*. 2001; 96(6): 835-846.
- Marques ACPR, Furtado EF. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(Supl I):28-32.
- Martins O. Efeito do consumo de bebidas alcoólicas no organismo – uma revisão. *Revista Eletrônica de Educação e Ciência*. 2013; 3(2): 7-10.
- Maximino VS. Grupo de atividades com pacientes psicóticos. São José dos Campos: Univap; 2001.
- McConaughy EA, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: measurement and samples profiles. *Psychotherapy*; 1983; 20:368-375.
- McIntosh MC, Leigh G, Baldwin NJ, Marmulak J. Reducing alcohol consumption: comparing three brief methods in Family practice. *Canadian Family Physician*. 1997; 43:1959-1967.

- Meloni JN, Laranjeira R. Custo social e de saúde do consumo de álcool. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004; 26(supl 1):7-10.
- Mendéz EB. Uma versão brasileira do AUDIT (Alcohol use Disorders Identification Test). [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1999.
- Mertens JR, Ward CL, Bresick GF, Broder T, Weisner CM. Effectiveness of nurse-practitioner-delivered brief motivational intervention for young adult alcohol and drug use in primary care in south africa: A randomized clinical trial. *Alcohol Alcohol.* 2014 Jul-Aug;49(4):430-8 Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24899076>.
- Miller WR, Heather N. *Treating Addictive Behaviors*. New York, NY: Plenum Press; 1998. p. 3-24.
- Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Tradução Andrea Caleffi e Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 296.
- Miller WR, Sanchez VC. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard G. *Issues in alcohol use and misuse in young adults*. Notre Dame: University of Notre Dame Press; 1993.
- Miller WR. *The addictive behaviors: treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity*. New York: Pergamon Press; 1980.
- Miller WR. Why do people change addictive behavior? The 1996 H. David Archibald Lecture. *Addiction.* 1998 Feb;93(2):163-72.
- Miller WR. *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment*. U.S. Department of Health and Human Services, SAMHSA, CSAT, Rockville: MD; 1999.
- Minto EC, Corradi-Webster CM, Gorayeb R et al. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. *Epidemiol Serv Saúde.* 2007; 16(3):207-220.
- Munari DB, Furegato ARF. *Enfermagem e grupos*. 2.ed. Goiânia: AB; 2003. p. 96.
- Nemeth LS, Miller PM, Nietert PJ, Ornstein SM, Wessell AM, Jenkins RG. Organizational attributes and screening and brief intervention in primary care. *Addictive Behaviors.* 2013; 38:2639–2642.
- Neushotz LA, Fitzpatrick JJ. Improving Substance Abuse Screening and Intervention in a Primary Care Clinic. *Archives of Psychiatric Nursing.* 2008; 22(2): 78–86.
- Nóbrega MPSS, Oliveira EM. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(5): 816-23.
- Noto AR, Moura YG, Nappo AS, Galduróz JCF, Carlini EA. Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1998 a 1999. *J Bras Psiquiatr.* 2002;51(2):113-121.

Nuttin J. Teoria da motivação humana. 1 ed., São Paulo: Edições Loyola; 1983.

Nyamathi A, Shoptaw S, Cohen A, Greengold B, Nyamathi K, Marfisee M et al. Effect of motivational interviewing on reduction of alcohol use. *Drug Alcohol Depend.* [internet] 2010 Feb [cited 2015 Nov 26];107(1):23-30 Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3383096&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.

Ockene JK, Adams A, Hurley TG, Wheeler EVJR. Brief physician and nurse practitioner – delivered counseling for high-risk drinkers does it work? *Arch Intern Med.* 1999; 159:2198-2205.

O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor B. Alcohol use disorders in elderly people redefining an age old problem in old age. *BMJ: british medical journal* 2003; 327: 664-67.

OMS. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10. São Paulo: EDUSP; 1994.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde nas Américas: 2007. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde - Publicação Científica e Técnica; 2007. 2v. p.622.

OMS. Organización Mundial de La salud. Intervención breve para El consumo de riesgo y perjudicial de alcohol: um manual para La utilización em atención primaria. Valencia: Conselleria de bienestar Social, Generalitat Valenciana; 2001.

Oliveira MS, Azambuja APR, Santos AP. Crenças associadas ao uso de álcool em populações alcoolista e não Alcoolista. *Bol. Acad. Paulista de Psicologia*, São Paulo, Brasil – v. 35, nº 88, p. 164-180; 2015.

Orsi MM, Oliveira MS. Motivação para mudança em dependentes de cocaína: considerações sobre o modelo transteórico de motivação para mudança. In: Brandão MZ et al. *Sobre o Comportamento e Cognição*. Santo André: ESETec; 2004.

Osorio LC. *Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era*. Porto alegre: Artmed; 2003.

PAI-PAD. Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao uso de Álcool e Drogas na Comunidade [internet]. [atualizado 2015; citado 2015 jan. 23]. Disponível em: <http://paipad.org/o-pai-pad/>.

Peltzer KK, Naidoo PP, Matseke GG, Zuma KK. Screening and brief interventions for hazardous and harmful alcohol use among patients with active tuberculosis attending primary care clinics in South Africa: a cluster randomized controlled trial protocol. *BMC Public Health.* [internet] 2011 May [cited 2015 Mai 12] 26;11:394 Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/699>.

Peltzer K, Louw J, Mchunu G, Naidoo P, Matseke G, Tutshana B. Hazardous and harmful alcohol use and associated factors in tuberculosis public primary care patients in South Africa. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2012; 9: 3245-3257

Peltzer K, Matseke G, Azwihangwisi M, Babor T. Evaluation of alcohol screening and brief intervention in routine practice of primary care nurses in Vhembe District, South Africa. *Croat Med J*. 2008;49:392-401.

Peltzer K, Naidoo P, Louw J, Matseke G, Zuma K, Mchunu G et al. Screening and brief interventions for hazardous and harmful alcohol use among patients with active tuberculosis attending primary public care clinics in South Africa: results from a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health* [internet] 2013 [cited 2015 Mai 12]; 13:699. 394 Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/699>

Pereira MO, Anginoni BM, Ferreira NC, Oliveira MAF, Vargas D, Colvero LA. Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária: revisão sistemática. *Rev Bras Enferm*, Brasília. 2013 mai-jun; 66(3): 420-8.

Pichón-Rivière E. O processo grupal. 7 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

Pillon SC, Santos MA, Gonçalves MAS, Araújo, KM, A Funai. Fatores de risco, níveis de espiritualidade e uso de álcool em estudantes de dois cursos de enfermagem. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)*. 2010 nov; 6(Especial):493-513.

Prochaska JO, Diclemente CC. Toward a comprehensive mode of change. In: Miller WR, Heather N. *Treating addictive behaviours: process of change*. NY: Plenum; 1986. p. 3-27.

Prochaska JO, Diclemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative modelo of change. *Psychotherapy: theory, research and practice*. 1982; 19: 276-288.

Prochaska JO. How do people change, and how can we change to help many more people? In: Hubble MA, Duncan BL, editors. *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 1999. p. 227-55.

Prochaska JO, DiClemente, CC, Velicer WF, Rossi JS. "Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation." *Health Psychology*. 1993 Sep; 12 (5): 399-405.

Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross, JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. 1992 Set; 47 (9): 1102-1114.

Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot*. 1997 Sep-Oct; 12(1):38-48.

Prochaska JO, Velicer WF, Fava JL, Rossi JS, Tsoh JY. Evaluating a population-based recruitment approach and a stage-based expert system intervention for smoking cessation. *Addictive Behaviors*. 2001 Jul- Aug; 26(4): 583-602.

Reiff-Hekking S, Judith K, Ockene, Thomas G, Hurley, George W. Reed. Brief physician and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinking. Results at 12-month follow-up. *Journal of general internal medicine: official journal of the Society for research and Education in Primary Care Internal Medicine*. 2005; 20(1).

Ribeiro C. A medicina geral e familiar e a abordagem do consumo de álcool: detecção e intervenções breves no âmbito dos cuidados de saúde primários. *Acta Med Port*. 2011; 24(S2): 355-368

Ribeiro DVA. Significações Psicológicas Sobre a Adesão ao Tratamento Ambulatorial de Mulheres Dependentes de Substâncias Psicoativas - Um Estudo Clínico-Qualitativo. [tese]. Campinas/SP: Universidade Estadual de Campinas; 2009. p. 52.

Richman JAT, Zlatoper KW, Zackula Ehmke JL, Rospenda KM. Retirement and drinking outcomes: Lingering effects of workplace stress? *Addict Behav*. 2006; 31(5):767-776

Rogers CR. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In Koch S. *Psychology: the study of a Science*. v. 3. Formulations of the person and the social context. New York: McGraw-Hill; 1959. p. 184-256.

Rogers CR. *Grupos de encontro*. 7.ed. São Paulo: Martins Fontes; 1994. p.165.

Rollnick S, Heather N, Gold R, Hall W. Development of a short "readiness to change" questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British journal of addiction*. 1992 May; 87(5):743-754.

Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Entrevista motivacional no cuidado da saúde: Ajudando pacientes a mudar o comportamento*. Trad. Ronaldo Cataldo Costa. São Paulo: Artmed; 2009. p. 76-79.

Ronzani TM, Furtado EF. Estigma social sobre o uso de álcool. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(4):326-332.

Ronzani TM, Mota DCB, Souza ICW. Alcohol prevention within primary care in municipalities in the state of Minas Gerais, Southeastern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2009;43(Supl. 1): 2-11.

Ronzani TM, Ribeiro MS, Amaral MB, Formigoni MLOS. 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, 21(3):852-861, mai-jun, 2005.

Sahli MCS, Pillon SC. A enfermeira frente ao grupo operativo com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. In: Luis MAV, Pillon SC. Pesquisas sobre a prática da assistência a usuários de álcool e drogas no estado de São Paulo. Ribeirão Preto: FIERP/USP; 2004. p. 280.

Sanchez-Craig M, Wilkinson DA. Brief treatments for alcohol and drug problems: practical and methodological issues. In: Loberg T, Miller WR, Nathan PE, Marlatt GA, editors. Addictive behaviors: prevention and early intervention. Amsterdam/Lasse, Netherlands: Swets and Zeitlinger B.V.; 1989. p. 233-52.

Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública. 2004 nov-dez; 20(6):1487-1494.

Schmitz JM, Oswald LM, Jacks SD, Rustin T, Rhoades HM, Grabowski J. Relapse prevention treatment for cocaine dependence: group versus individual format. Addictive Behaviors. 1997; 22(3):405-418.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. Relatório do sistema de informação da atenção básica da UBS Sé, São Paulo; 2015.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Estratégia Saúde da Família (ESF). Estratégia Saúde da Família Especial - para população em situação de rua e vulnerabilidade social; 2009. [citado 2014 out. 12] Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/esf/index.php?p=17783.

Sobell LC, Sobell MB, Agrawal S. Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders. Psychology of Addictive Behaviors. 2009; 23(4): 672-683.

Sobell LC, Sobell MB. Terapia de Grupo para transtornos por abuso de substâncias: abordagem cognitivo-comportamental motivacional. Tradução: Magda França Lopes. Porto Alegre: Artmed; 2013. p.279.

Souza RF. O que é um estudo clínico randomizado? Medicina. 2009; 42(1):3–8.

Souza ICW, Ronzani TM. Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação 2012. Psicologia em Estudo. 2012; 17(2): 237-246.

Souza MAAS. Informalidade e redes sociais: famílias produtoras de cachaça do município de Rio Pomba – MG. [dissertação]. Viçosa-MG: Universidade Federal de Viçosa; 2012. p. 109.

Spadini LS, Souza MCM. Grupos realizados por enfermeiros na área de saúde mental. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2006;10(1):132-8.

Spadini LS, Souza MCBM. Conceito de grupo na percepção de enfermeiros na área de saúde mental e psiquiatria. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.[internet] 2011 [cited 2015 dez 13]; 7(3). Available from: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/49586>

Stuart GW. Relacionamento terapêutico entre enfermeiro e paciente; 1998.

SUPERA. Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. Guia do estudante. 7ª ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2014. p. 84

Tomson Y, Romelsojo A, Aberg H. Excessive drinking – brief intervention by a primary health care nurse. *Scandinave Journal of Primary Health Care*. 1998; 16:188-192.

Udo R. *Motivationspsicologie*. Weinheim: Beltz; 2003.

Valle SK. Interpersonal functioning of alcoholism counselors and treatment outcome. *Journal of studies on Alcohol*. 1981; 42: 783-790.

Vargas D, Bittencourt MN, Barroso LP. Padrões de consumo de álcool de usuários de serviços de atenção primária à saúde de um município brasileiro. *Ciênc e Saúde Coletiva*. 2014; 19(1):17-25.

Vargas D, Oliveira MAF, Araujo EC. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(8):1711-1720.

Velasquez MM, Carbonari JP, DiClemente CC. Psychiatric severity and behavior change in alcoholism: The relation of the transtheoretical model variables to psychiatric distress in dually diagnosed patients. *Addict Behav* 1999; 24: 481-96.

Velásquez M, Maurer G, Crouch C, DiClemente C. *Group treatment for substance abuse: a stages-of-change therapy manual*. New York: The Guilford Press; 2001.

WHO. *European Alcohol Action Plan 2000-2005*. Copenhagen: WHO/ Regional Office for Europe, 2000.

WHO. *Global status report on alcohol and health*. Canada; 2011.p. 8 [citado 2014 abr. 01]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsramro.pdf?ua=1

WHOSIS. WHO Statiscal Information System; 2003. [citado 2014 mar. 27]. Disponível em: <http://www.who.int/whosis>.

Zimerman DE. *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

World Health Organization (WHO). *Global Status Report on Alcohol and Health*, Geneva; 2014. [citado 2015 out. 27]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1.

APÊNDICES E ANEXOS

12 APÊNDICES E ANEXOS

ANEXO1

GRUPO CONTROLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Participante:

Tenho a honra de convidá-lo a participar do estudo **EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO BREVE GRUPAL REALIZADA POR ENFERMEIROS NO USO NOCIVO DE ÁLCOOL**. Esta pesquisa tem o objetivo de verificar a efetividade da intervenção breve realizada em grupo por enfermeiros na redução do uso de álcool em usuários de serviço de atenção primária à saúde.

Sua participação envolve responder um questionário de dados sociodemográficos, clínicos, comportamentais, um questionário sobre o padrão de uso de álcool contendo questões objetivas e uma escala contendo afirmativas relacionadas ao estágio de motivação para mudança de comportamento, a qual contém alternativas de 1 a 5 relacionadas ao quanto você concorda ou discorda dessas afirmativas.

Você será convidado também a comparecer neste serviço de saúde à um retorno dentro de 30 dias e à um último retorno após 90 dias para responder questões de acompanhamento da pesquisa.

A participação nesse estudo é voluntária e se você não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo (a).

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira César– São Paulo - Telefone: 3061-7548, e-mail edipesq@usp.br, ou Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – CEP-SMS, Rua General Jardim, 36, Vila Buarque, São Paulo-SP – 1º andar – Tel: 3397-2464 – email: smscep@gmail.com.

Desde já meus sinceros agradecimentos por sua colaboração.

Divane de Vargas COREn/SP 80.884
Fone: (11) 3061-7615

Janaina Soares COREn/SP 228.047
E-mail: janainasoares@usp.br

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome: _____

ASS: _____

RG: _____

São Paulo ____ de ____ de 20__.

APÊNDICE 1

GRUPO INTERVENÇÃO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Participante:

Tenho a honra de convidá-lo a participar do estudo **EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO BREVE GRUPAL REALIZADA POR ENFERMEIROS NO USO NOCIVO DE ÁLCOOL**. Esta pesquisa tem o objetivo de verificar a efetividade da intervenção breve realizada em grupo por enfermeiros na redução do uso de álcool em usuários de serviço de atenção primária à saúde.

Sua participação envolve responder um questionário de dados sociodemográficos, clínicos, comportamentais, um questionário sobre o padrão de uso de álcool contendo questões objetivas e uma escala contendo afirmativas relacionadas ao estágio de motivação para mudança de comportamento, a qual contém alternativas de 1 a 5 relacionadas ao quanto você concorda ou discorda dessas afirmativas.

Você será convidado também a comparecer à uma intervenção breve em grupo constituída por 4 encontros semanais de 90 minutos, realizada por um enfermeiro neste serviço de saúde e a comparecer em um último encontro após 90 dias para responder questões de acompanhamento da pesquisa.

A participação nesse estudo é voluntária e se você não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo (a).

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira César – São Paulo - Telefone: 3061-7548, e-mail edipesq@usp.br, ou Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – CEP-SMS, Rua General Jardim, 36, Vila Buarque, São Paulo-SP – 1º andar – Tel: 3397-2464 – email: smscep@gmail.com.

Desde já meus sinceros agradecimentos por sua colaboração.

Divane de Vargas COREn/SP 80.884
Fone: (11) 3061-7615

Janaina Soares COREn/SP 228.047
E-mail: janainasoaes@usp.br

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome: _____

ASS: _____

RG: _____

São Paulo ____ de ____ de 20__.

APÊNDICE 2

Questionário Sociodemográfico, clínico e comportamental

EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO BREVE GRUPAL REALIZADA POR ENFERMEIROS NO USO DE RISCO E NOCIVO DE ÁLCOOL

N.º do Voluntário: _____

1-Idade : _____

2-Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

3-Cor : (1) Branco (2) Pardo (3) Preto (4) Amarelo

4-Estado Conjugal :

(1) Solteiro (2) Casado (3) Divorciado/Separado (4) Viúvo (5) Amasiado

5- Religião: _____

6-Escolaridade:

(1) Analfabeto

(2) 1º grau incompleto – Especificar série: _____

(3) 1º grau completo

(4) 2º grau incompleto– Especificar série: _____

(5) 2º grau completo

(6) Superior incompleto– Especificar série: _____

(7) Superior completo

(8) Outro. Especificar: _____

7-Ocupação:

(1) Nenhuma

(2) Estudante

(3) Cargos Operacionais

(4) Cargos Administrativos

(5) Cargos de Chefia

(6) Profissional Liberal

(7) Aposentado

(8) Outros (bicos, etc.) : _____

8-Trabalhou no último ano:

(1) Tempo integral

(2) Tempo Parcial

(3) Não Trabalhou

(4) Outro: _____

9 – Vive em situação de rua?

(1) Não

(2) Sim

10 – Número de pessoas na família: _____.

APÊNDICE 2

11-Renda Familiar por classe social:

CLASSE	SALÁRIOS MÍNIMOS (SM)	RENDA FAMILIAR (R\$)
A	Acima 20 SM	R\$ 14.500 ou mais
B	10 a 20 SM	De R\$ 7.250,00 a R\$ 14.499,99
C	4 a 10 SM	De R\$ 2.900,00 a R\$ 7.249,99
D	2 a 4 SM	De R\$ 1.450,00 a R\$ 2.899,99
E	Até 2 SM	Até R\$ 1.449,99
Não tem		
Não sabe		

12 – Faz atividade física? Se **SIM**, qual o tipo?

13- Antecedentes pessoais

(1) Tabagista

(3) Diabetes

(2) Pressão Alta

(4) Colesterol

(5) Outros: Qual? _____

14 - Você faz uso de bebidas alcoólicas? Se sim, você bebeu em média quantas doses por semana, nos últimos 90 dias?

15- Faz algum tipo de tratamento? Qual?

16- Faz uso de alguma outra substância ou medicamento? Se sim, qual?

ANEXO 1

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efetividade da intervenção breve grupal realizada por enfermeiros no uso nocivo de álcool

Pesquisador: DIVANE DE VARGAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33483014.7.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 772.025

Data da Relatoria: 26/08/2014

Apresentação do Projeto:

Estudo experimental sobre usuarios de álcool. Projeto já descrito no primeiro parecer

Objetivo da Pesquisa:

Verificar a efetividade da intervenção breve realizada em grupo por enfermeiros na redução do uso de álcool em usuários do serviço de atenção primária à saúde

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

ndn

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo experimental de intervenção, de medidas antes e depois da intervenção com follow up de três meses, o qual envolverá uma amostra de 143 usuários da UBS Butantã, randomizados e divididos em grupo controle e grupo intervenção, que apresentarem pontuação no AUDIT sugestivo de uso de risco ou nocivo de álcool.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE foi modificado e apresentado na forma de convite. Sugere-se no terceiro paragrafo inicia a frase com "você será convidado" ao invés de "será convidado". Também no parágrafo final sugere-se colocar a frase "Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento" após as respectivas assinaturas dos pesquisadores

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

Continuação do Parecer: 772.025

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Vide os esclarecimentos acima sobre o TCLE. Foi enviado carta de esclarecimentos sobre os profissionais não psicólogos realizando as intervenções.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante para o início da pesquisa.

O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos relatórios: parcial e final da pesquisa, na Plataforma Brasil.

SAO PAULO, 29 de Agosto de 2014

Assinado por:
Ruth Natalia Teresa Turrini
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efetividade da intervenção breve grupal realizada por enfermeiros no uso nocivo de álcool

Pesquisador: DIVANE DE VARGAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33483014.7.3001.0086

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 914.478

Data da Relatoria: 04/02/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa para obtenção do grau de doutor, da Faculdade de Enfermagem da USP que tem por objetivo avaliar a eficácia de intervenções rápidas realizadas por enfermeiros, em grupo de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e que buscam ajuda nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Sé e do Butantã.

A pesquisadora justifica tal pesquisa apontando que, no Brasil, 10% dos problemas totais de saúde podem ser atribuídos ao consumo abusivo de álcool que acarreta distúrbios físicos, mentais e sociais. Afirma ser importante desenvolver e testar estratégias para detectar e tratar (com intervenções breves) este grave problema de saúde pública; que o enfermeiro tem importância internacionalmente reconhecida nestes processos e que estudos brasileiros sobre essa temática na área da enfermagem são necessários. Pois os estudos existentes, que revelam a eficácia das intervenções breves, foram realizadas fora do Brasil.

Trata-se de um estudo experimental com intervenção, de medidas antes e depois da intervenção e com seguimento por três meses, que envolverá 143 usuários das UBS. Os participantes que apresentarem uso nocivo serão randomizadamente divididos em grupo controle e grupo intervenção. O estudo será realizado em 5 etapas: Etapa 1 – treinamento sobre intervenção breve grupal e aplicação do teste de identificação do uso abusivo de álcool (AUDIT); Etapa 2 –

Endereço: Rua General Jardim, 38 - 1º andar
Bairro: CENTRO CEP: 01.223-010
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com

Página 01 de 04

Continuação do Parecer: 914.478

rastreamento e randomização dos 143 participantes (71 no grupo controle e 72 no grupo que sofrerá a intervenção). Também será avaliada a motivação do paciente através da escala URICA. Os participantes serão convidados a participar da pesquisa, por telefone; Etapa 3 – Intervenção breve grupal.

Os 2 grupos (controle e intervenção) receberão por parte do enfermeiro pesquisador, a devolutiva da pontuação com os devidos esclarecimentos e um folheto educativo sobre os problemas relacionados ao álcool, porém o grupo Intervenção receberá também quatro sessões de intervenção breve grupal (90 minutos de duração cada uma). A intervenção breve grupal será realizada em sala cedida pelas UBSs ou num salão comunitário que facilite a locomoção dos participantes. Etapas 4 e 5 serão, respectivamente: avaliação de seguimento (aplicação dos instrumentos: AUDIT e URICA) e avaliação final (comparação dos resultados antes e depois da intervenção e após o seguimento de 3 meses).

A eficácia será avaliada comparando as respostas obtidas pela aplicação de questionários aos participantes de dois grupos.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Verificar a efetividade da intervenção breve realizada em grupo por enfermeiros na redução do uso de álcool em usuários de serviço de atenção primária à saúde.

ESPECÍFICOS:

- 1) Identificar o padrão de uso de álcool de usuários de APS de uma região do município de São Paulo;
- 2) Verificar a efetividade da IB realizada em grupo nos estágios de prontidão para mudança de comportamento de beber em usuários de serviços de APS;
- 3) Avaliar a influência das variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais na mudança do padrão de uso de álcool;
- 4) Verificar a influência do folheto informativo no padrão de uso de álcool e nos estágios de prontidão para mudança de comportamento de beber no grupo controle;
- 5) Avaliar a validade concorrente entre a pergunta-chave e o AUDIT.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco é mínimo e o desenvolvimento de estratégias breves e baratas para o enfrentamento do uso abusivo de álcool certamente trará benefícios.

Uma vez que serão convidados a participar da pesquisa todos os enfermeiros, auxiliares, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, assim como os enfermeiros mestrandos e

Endereço: Rua General Jardim, 38 - 1º andar
Bairro: CENTRO CEP: 01.223-010
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com

Página 02 de 04

Continuação do Parecer: 014.478

doutorandos e graduandos de enfermagem do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem em Adições – álcool e outras drogas (NEPEAA) da Escola de Enfermagem da USP, deve ser apresentado o TCLE deste grupo de pessoas.

Questões éticas exigem que o grupo controle receba o mesmo tratamento ao final da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa está plenamente justificada, amparada em extensa pesquisa bibliográfica sobre o assunto e a metodologia proposta está devidamente alinhada aos seus objetivos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada. Cronograma e orçamento detalhado estão adequados, os custos do projeto estarão a cargo do pesquisador. Há benefícios previstos na realização do estudo.

Os TCLEs foram considerados adequados após retificações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. 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. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO CEP: 01.223-010
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com

Página 03 de 04

Continuação do Parecer: 014.478

semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 15 de Dezembro de 2014

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO CEP: 01.223-010
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com

Página 04 de 04

ANEXO 2

Código: _____

AUDIT – Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

<p>1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca [vá para as questões 9-10] (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana</p>	<p>6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?</p> <p>(0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais</p>	<p>7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses de uma vez?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todas os dias Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10</p>	<p>8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>	<p>9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses Se o total for maior do que o ponto de corte recomendado, consulte o manual.</p>
<p>5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>	<p>10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses Se o total for maior do que o ponto de corte recomendado, consulte o manual.</p>

Resultado: _____

Classificação: zona I : até 7 pontos: indica uso de baixo risco ou abstinência
zona II: de 8 a 15 pontos: indica uso de risco
zona III: de 16 a 19 pontos: sugere uso nocivo ou prejudicial
zona IV: acima de 20 pontos: sugere uma possível dependência

ANEXO 3

Régua de prontidão para Mudança

De 1 à 10 o quanto você se sente pronto para mudança da sua forma de consumir álcool?

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
--

Definitivamente NÃO está pronto para a mudança

Definitivamente está pronto para a mudança

APÊNDICE 3

CADASTRO DE IB GRUPAL/Avaliação GC

NOME: _____ Nº DO

VOLUNTÁRIO: _____

END: _____

TELEFONE: _____

CELULAR: _____

E-MAIL: _____

Nº EQUIPE: _____

I.B: _____ Horário: _____

DATA ENTREVISTA: _____ Horário: _____

APÊNDICE 4

CONVITE

Prezado voluntário (a),

Venho convidá-lo (a) para participação do Grupo de Intervenção Breve em Saúde, que acontecerá em quatro encontros de 90 minutos, uma vez por semana.

Sendo assim, convidamos você a participar dos próximos Encontros, que acontecerão em:

Datas:

1º Encontro = ____/____/____

2º Encontro = ____/____/____

3º Encontro = ____/____/____

4º Encontro = ____/____/____

Horário: _____

Local: Unidade Básica de Saúde _____ - Contato: _____.

APÊNDICE 5

Entrevista

Prezado voluntário (a),

Venho convidá-lo (a) para responder aos questionários relacionados ao seu consumo de álcool de acompanhamento da pesquisa a qual participa como colaborador. Sendo assim, a sua próxima entrevista/consulta será dia:

Data:

1º Entrevista = ____/____

2º Entrevista = ____/____

Horário: _____

Local: Unidade Básica de Saúde _____ - Contato: _____.

APÊNDICE 6

Intervenção Breve Grupal

Objetivos:

- Ajudar os indivíduos a conhecer o seu padrão de uso de bebidas alcoólicas;
- Auxiliar a mudança de comportamento na redução do uso de álcool para pessoas que fazem uso de risco ou nocivo de álcool;
- Motivar as pessoas que fazem uso de risco ou nocivo de álcool a reduzir os problemas relacionadas à esse comportamento.

Grupo:

- Formato em grupo;
- Composto por 1 Enfermeira facilitadora e 2 profissionais de saúde observadores;
- Duração de 90 à 120 minutos;
- Horário de início: 9hs30min
- Local: UBS da Sé, Rua Frederico Alvarenga, 259 - Centro
- Número de encontros: 4;
- Tarefas de casa.

Encontros: Dia da semana

- 1º Encontro: __/__/2015 - "Refletindo sobre o consumo"
- 2º Encontro: __/__/2015 - "Discutindo novos caminhos"
- 3º Encontro: __/__/2015 - "Planejando ações de mudança"
- 4º Encontro: __/__/2015 - "Entrando em ação"

Regras gerais

- Confidencialidade;
- Pontualidade;
- Não usar bebidas alcólicas ou outra substância antes das sessões dos grupos;
- Não falar sobre os membros do grupo que não estão presentes;
- Realizar tarefas de casa e trazê-las para o grupo;
- Participação;
- Contratualidade: 4 encontros.
- Reavaliação;
- Contato telefônico em 3 meses.

ANEXO 4

Folheto de informações sobre o álcool – PAI PAD

PAI-PAD – Programa de Ações Integradas para a Prevenção e Atenção ao Uso de Alcool e Drogas na Comunidade
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO
Universidade de São Paulo – Campus de Ribeirão Preto
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

AUDIT – Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Alcool

O uso de álcool pode afetar sua saúde e pode interferir com algumas medicações e tratamentos. Por isso é importante que você responda sobre o seu uso de álcool.

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?	Nunca	Uma vez por mês ou menos	2-4 vezes por mês	2-3 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana
	0	1	2	3	4
2. Quantas doses de álcool você consome num dia normal?	0 ou 1	2 ou 3	4 ou 5	6 ou 7	8 ou mais
	0	1	2	3	4
3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?	Nunca	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
	0	1	2	3	4
4. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?	Nunca	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
	0	1	2	3	4
5. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?	Nunca	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
	0	1	2	3	4
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?	Nunca	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
	0	1	2	3	4
7. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?	Nunca	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
	0	1	2	3	4
8. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?	Nunca	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
	0	1	2	3	4
9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?	Não	Sim, mas não no último ano	Sim, durante o último ano		
	0	2	4		
10. Alguém ou algum parente, amigo ou colega já se preocupou com você porque você beber ou sugeria que você parasse?	Não	Sim, mas não no último ano	Sim, durante o último ano		
	0	2	4		
Total:					

**Veja o resultado no verso após somar as respostas.*

Limite de Baixo Risco

Adulto com boa saúde:
Não mais que duas doses por dia ou três doses em uma ocasião por semana.

Adulta com boa saúde e não grávida:
Não mais que uma dose por dia ou duas doses em uma ocasião por semana.

Saudável: Não mais que uma dose por dia ou duas doses em uma ocasião por semana.

**Ficar sem beber pelo menos dois dias por semana.
* Pessoas que já tiveram problemas com álcool não devem beber nunca.*

Não se deve beber

- Quando operando máquinas, dirigindo veículos, portando armas, ou quando se é responsável pela segurança de outros
- Se há alguma condição médica em que beber é contra-indicado (doenças do fígado, do estômago, do pâncreas, diabetes, cardiopatia, epilepsia, doença mental, dependência ao álcool, etc...)
- Após tomar medicações, como sedativos, analgésicos, alguns anti-hipertensivos, e medicações psiquiátricas (sedativos, anti-convulsivantes)

Você deveria parar de beber se:

- Você tentou diminuir o consumo antes, mas não conseguiu.
- Você sofre de tremores das mãos pela manhã quando bebe muito.
- Você tem pressão alta, doença no fígado ou em caso de gravidez.
- Você está tomando remédios que reagem com o álcool.

PAI-PAD
Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Alcool e Drogas na Comunidade
Avenida Santa Luzia, nº 383, Jardim Sumaré
Ribeirão Preto - SP - CEP 14025-090
Tel: (16) 3604-9474 paipad@fmrp.usp.br www.fmrp.usp.br/paipad

ANEXO 4

Folheto de informações sobre o álcool – PAI PAD

Consequências do Beber de Alto-Risco

Cabeça:

- Comportamento agressivo e irracional. Discussões. Violência. Nervosismo.
- Dependência do álcool. Perda da memória.
- Envelhecimento precoce "Nariz de bêbado".

Tórax:

- Resfriados frequentes. Baixa resistência a infecções. Risco elevado de pneumonias.
- Câncer da boca ou da garganta.

Abdômen:

- Fraqueza muscular do coração. Problemas cardíacos. Anemia. Problemas do sangue. Câncer mamário.
- Úlcera.
- Deficiência de vitaminas. Sangramentos. Inflamações graves do estômago. Gastrite. Diarreia. Má nutrição.

Membros Superiores:

- Doenças do fígado.
- Inflamação grave do pâncreas.
- Mãos trêmulas. Dormências. Nervos dolorosos.

Membros Inferiores:

- Sensação de fraqueza. Quedas.
- Pés dormientes ou latejantes. Nervos dolorosos.

Nos homens:

- Problemas de desempenho sexual.
- Nas mulheres gestantes: Risco de má formação do feto. Bebês com deformidades. Filhos com retardo mental.

O Beber de Alto-Risco pode levar a problemas diversos: sociais (família, amigos, sociedade), legais (processos, violência, polícia), médicos (doenças físicas e mentais), domésticos (separação, filhos), no trabalho (desemprego, rebaixamento, salários baixos) e financeiros (dívidas).
Também pode reduzir seu tempo de vida e produzir acidentes com lesões ou morte devido a embriaguez no trânsito ou em acidentes domésticos ou de trabalho.

Dose Padrão

1 copo de cerveja ou 1 tulipa de chope. 350ml

1 taça de vinho. 140ml

1 dose de destilados (pinga, conhaque, whisky). 40ml

1 dose pequena de aperitivo (licores). 40ml

* No Brasil uma dose padrão equivale à 12g de álcool puro.

Pontuação do AUDIT

0 a 7	Consumo de Baixo Risco
8 a 15	Uso de Risco
16 a 19	Uso Nocivo
20 ou mais	Provável Dependência

* Converse com um profissional de saúde sobre o seu resultado.

20 ou mais pontos: 5% (Provável dependência)

8 a 19 pontos: 20% (Consumo de alto risco)

0 a 7 pontos: 75% (Consumo de baixo risco ou abstinência)

ANEXO 5

FOLHETO DO CLIENTE 3.1

Exercício da balança decisória

O COMPORTAMENTO QUE ESTOU PENSANDO EM MUDAR É:

PONDERANDO AS DECISÕES

Quando as pessoas ponderam as decisões, elas olham para os custos e benefícios das escolhas que podem fazer. **Lembre-se de que ter sentimentos ambivalentes com frequência ocorre quando se toma decisões.**

BALANÇA DECISÓRIA

Muitas pessoas mudam por si mesmas. Quando são indagadas sobre o que provocou a mudança, elas com frequência dizem que apenas **"pensaram a respeito"**, significando **que avaliaram as consequências do seu comportamento atual e de mudar antes de tomar uma decisão final.**

Você pode fazer a mesma coisa com os custos da mudança de um lado e os benefícios da mudança do outro. Este exercício vai ajudá-lo a olhar as boas coisas e as coisas não tão boas com relação à mudança.

Para mudar, a escala precisa dar dicas, para que os custos superem os benefícios.

Pesar os prós e contras da mudança acontece o tempo todo – por exemplo, quando se muda de emprego ou se decide se casar.

EXERCÍCIO DA BALANÇA DECISÓRIA

Uma coisa que ajuda as pessoas que estão pensando em mudar é listar em um lugar os benefícios e custos de mudar ou continuar seu comportamento atual. Ver toda a série de custos e benefícios pode lhe facilitar decidir se deve mudar. Segue um exemplo de um Exercício da Balança Decisória.

EXEMPLO: EXERCÍCIO DA BALANÇA DECISÓRIA

	Mudar	Não Mudar
Benefícios de	<ul style="list-style-type: none"> • Maior controle sobre a minha vida. • Apoio da família e dos amigos. • Redução de problemas no trabalho. • Melhorar na saúde e nas finanças. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mais relaxado. • Mais divertido nas festas. • Não ter de pensar nos meus problemas.
Custos de	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento do estresse e da ansiedade. • Sentir-me mais deprimido. • Aumento do tédio. • Problemas de sono. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desaprovação de amigos/família. • Problemas de dinheiro. • Dano aos relacionamentos íntimos. • Maiores riscos à saúde.

ANEXO 6

BALANÇA DECISÓRIA

Preencha os custos e benefícios de mudar e de não mudar. Compare-os e pergunte a si mesmo: *os custos valem a pena?*

	Mudar	Não mudar
Benefícios de		
	Mudar	Não Mudar
Custos de		

A DECISÃO É SUA

Extraído de Sobell e Sobell, 2013.

ANEXO 7

FOLHETO DO CLIENTE 4.5

Leitura sobre a identificação dos gatilhos

Sessão individual e de grupo 2

- Os problemas em geral não se desenvolvem do dia para a noite, e também em geral não desaparecem da mesma forma.
- Para algumas pessoas, a trajetória pode ser tranquila desde o dia em que decidem mudar, mas para outras a mudança requer tempo.
- Pense sobre a mudança como uma tentativa de subir uma montanha. Algumas pessoas conseguem subir a montanha da mudança rapidamente por meio do Caminho B. Para outras, esta subida, como é mostrado no diagrama a seguir no Caminho A, pode requerer tempo.
- Embora a maioria das pessoas realize um progresso contínuo, algumas vão encontrar obstáculos no caminho que podem retardar o seu percurso, mas isso não deve fazê-las desistir. Por exemplo, se você está fazendo dieta e sai dela um dia, pode encarar isso de duas maneiras.
 1. Como um **fracasso**, desistir e retornar aos seus antigos padrões de alimentação. Fazer isso não vai ajudá-lo a atingir seu objetivo.
 2. Como um **revés temporário**. Assim fazendo, terá uma chance melhor de atingir o seu objetivo.

ENTENDENDO O PROBLEMA

Embora às vezes façamos coisas que não são boas para nós, em geral há razões que fazem com que nos comportemos de determinadas maneiras. O primeiro passo ao tentar mudar um comportamento é identificar por que ele ocorre.

GATILHOS

Gatilhos são coisas que com frequência conduzem a comportamentos problemáticos, como emoções agradáveis ou desagradáveis, ou simplesmente situações rotineiras. Por exemplo:

- **Situações inesperadas:** Seu plano é adiado; o emprego que estava esperando não saiu.
- **Situações que você busca:** Ir a uma festa.
- **Situações emocionais (positivas ou negativas):** Uma discussão; encontrar com um velho amigo; ficar entediado; uma comemoração.
- **Situações pessoais estressantes:** Problemas financeiros; uma entrevista de emprego; presença num tribunal.

Como você pode ver, as situações podem variar muito. Às vezes, pode ser um gatilho único; outras vezes podem ser vários gatilhos.

ANEXO 8

Descreva **dois tipos gerais de situações** que desencadearam o comportamento que você quer mudar.

Uma coisa que pode ajudá-lo (a) a identificar os gatilhos e as consequências relacionadas à mudança é pensar nas experiências reais que já teve.

SITUAÇÃO GATILHO 1

Descreva brevemente **UMA** das suas **situações gatilhos de alto risco**.

Descreva os tipos de **CONSEQUÊNCIAS** em geral associadas a esta situação.

Considere tanto as consequências **NEGATIVAS** quanto as consequências **POSITIVAS** e se elas ocorrem imediatamente ou são adiadas.

SITUAÇÃO GATILHO 2

Descreva brevemente **UMA** das suas **situações gatilhos de alto risco**.

Descreva os tipos de **CONSEQUÊNCIAS** em geral associadas a esta situação.

Considere tanto as consequências **NEGATIVAS** quanto as consequências **POSITIVAS** e se elas ocorrem imediatamente ou são adiadas.

Extraído de Sobell e Sobell, 2013.

ANEXO 9

Exercício sobre o desenvolvimento de novas opções e planos de ação

Sessão de grupo 3

Neste exercício você vai desenvolver novas opções e planos de ação para situações desencadeantes de alto risco que descreveu no exercício sobre **identificação de gatilhos**.

SITUAÇÃO GATILHO 1

Descreva duas opções e suas prováveis consequências para sua **primeira situação desencadeante** no exercício sobre **Identificação dos gatilhos**.

- Seja o mais **específico** possível na descrição das suas opções, todas as quais devem ser **reais**.
- **Para cada opção**, descreva o que acha que aconteceria se usasse essa opção.
- Considere **tanto as consequências negativas quanto as positivas**.
- Finalmente, **decida que opção** seria a melhor e a segunda melhor para você lidar com esta situação desencadeante.

- **Opção 1:** _____

Prováveis consequências:

- **Opção 2:** _____

Prováveis consequências:

PLANO DE MUDANÇA

Você selecionou duas opções para seu gatilho 1. **Para casa opção**, descreva o que necessita fazer cumprir essa opção.

- Seu **Plano de mudança** deve descrever em alguns detalhes como poderia pôr em **prática a sua opção**.
- Ajuda se você dividir seu plano em **passos menores**.
- **Plano de mudança – Opção 1**

Plano de mudança - Opção 2

Extraído de Sobell e Sobell, 2013.

Exercício sobre o desenvolvimento de novas opções e planos de ação

Sessão de grupo 3

Neste exercício você vai desenvolver novas opções e planos de ação para situações desencadeantes de alto risco que descreveu no exercício sobre **identificação de gatilhos**.

SITUAÇÃO GATILHO 2

Descreva duas opções e suas prováveis consequências para sua **primeira situação desencadeante** no exercício sobre **Identificação dos gatilhos**.

- Seja o mais **específico** possível na descrição das suas opções, todas as quais devem ser **reais**.
- **Para cada opção**, descreva o que acha que aconteceria se usasse essa opção.
- Considere **tanto as consequências negativas quanto as positivas**.
- Finalmente, **decida que opção** seria a melhor e a segunda melhor para você lidar com esta situação desencadeante.

- **Opção 1:** _____

Prováveis consequências:

- **Opção 2:** _____

Prováveis consequências:

PLANO DE MUDANÇA

Você selecionou duas opções para seu gatilho 2. **Para casa opção**, descreva o que necessita fazer cumprir essa opção.

- Seu **Plano de mudança** deve descrever em alguns detalhes como poderia pôr em **prática a sua opção**.
- Ajuda se você dividir seu plano em **passos menores**.
- **Plano de mudança – Opção 1**

Plano de mudança - Opção 2

Extraído de Sobell e Sobell, 2013.