

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

TALITA DUTRA PONCE

**RASTREIO E INTERVENÇÃO BREVE PARA MULHERES QUE
FAZEM USO DE RISCO E NOCIVO DE ÁLCOOL ATENDIDAS EM
SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

SÃO PAULO

2018

TALITA DUTRA PONCE

**RASTREIO E INTERVENÇÃO BREVE PARA MULHERES QUE
FAZEM USO DE RISCO E NOCIVO DE ÁLCOOL ATENDIDAS EM
SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Cuidados em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Divane de Vargas

SÃO PAULO

2018

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

Ponce, Talita Dutra

Rastreio e intervenção breve para mulheres que fazem uso de risco e nocivo de álcool atendidas em serviço de atenção primária à saúde / Talita Dutra Ponce. São Paulo, 2018.

152 p.

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

Orientador: Prof. Dr. Divane de Vargas

Área de concentração: Enfermagem

1. Álcool. 2. Transtornos relacionados ao uso de álcool.
3. Mulheres. 4. Saúde da mulher. 5. Atenção primária à saúde. 6. Enfermagem em saúde comunitária. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulin Longhi Palacio (CRB-8: 7257)

Nome: Talita Dutra Ponce

Título: Rastreio e intervenção breve para mulheres que fazem uso de risco e nocivo de álcool atendidas em serviço de atenção primária à saúde

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Aos meus avós, Genny e Geraldo Dutra, Luzia e Guilherme Ponce, que não tiveram o privilégio do estudo.

AGRADECIMENTOS

*Ao meu orientador, professor e amigo, **Divane de Vargas**, pela oportunidade concedida com tamanha generosidade, por ter acreditado em mim, mesmo quando eu não acreditei e pelo apoio e compreensão em tantos momentos. Você é uma inspiração profissional para mim e espero poder sempre caminhar ao seu lado.*

*Aos meus pais por todo o amor que sempre recebi, minha mãe, **Bernardete**, por ser meu apoio, meu refúgio e meu aconchego, e meu pai, **Gines**, por confiar e acreditar em mim.*

*Ao meu amor, **Guilherme Tambarussi Bozzo**, pelo companheirismo e apoio nesta trajetória, por acreditar em mim, me dar forças, pelo carinho e afeto compartilhado, te amo.*

*Às **mulheres** que participaram da pesquisa, que mesmo cansadas, com outros compromissos, enfermas, com crianças e, em muitas das vezes, enfrentando filas para serem atendidas, aceitaram responder aos questionários com a doação do seu tempo. Vocês me ensinaram sobre generosidade, meu muito obrigada.*

*Às **mulheres** que pude acompanhar nas sessões de Intervenção Breve, obrigada pela paciência e por acreditarem no meu trabalho e na minha pesquisa. Este trabalho só foi possível devido a esta participação.*

*Aos funcionários da Unidade Básica de Saúde do Centro (Sé), pelo compromisso com o ensino e com a pesquisa e pelo apoio e acolhimento, em especial à psicóloga e à assistente social, **Luisa e Wilsa**, muito obrigada.*

*Ao meu irmão, **Guilherme Ponce**, sempre ao meu lado, sempre me fazendo perceber que posso ir além, obrigada.*

*À minha terapeuta, **Maria Cláudia**, por acreditar em mim e me ajudar na construção do meu “eu” profissional e pessoal, obrigada por me escutar.*

*Às colegas doutorandas, mulheres maravilhosas, inspirações em minha vida, **Anaísa Cristina Pinto, Erika Leon, Mily Ramos, Caroline Pereira, Fernanda Castelo Branco, Gabriela Boska e Laís Fonseca**, espero manter sempre a amizade e o aprendizado.*

Aos amigos de longa data e aos que fiz nestes últimos anos, que prefiro não citar nomes, pois são muitos, vocês foram muito importantes para mim neste processo.

*Aos membros do grupo de pesquisa **Núcleo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Adições – Alcool e outras drogas (NEPEAA)**, pelo conhecimento compartilhado e momentos vividos juntos, desejo continuar minha participação.*

*Aos professores da banca de qualificação, **Janaina Soares e Diná de Almeida**, pelas contribuições e por partilharem suas ricas experiências comigo.*

*Aos professores da USP, a todos aqueles que me ensinaram durante os cursos e as disciplinas, sempre com um conhecimento impressionante e com uma generosidade que gostaria de um dia alcançar. Em especial, às professoras do Departamento de Psiquiatria, sempre mais próximas, possuo admiração e respeito imenso por vocês, **Ana Aranha, Marcia, Perpetua e Sônia**.*

Aos funcionários da Escola de Enfermagem da USP, biblioteca, secretaria, portaria, limpeza e “bandejão”, por proporcionarem um espaço acolhedor de aprendizado, meu muito obrigada.

À CAPES, pela bolsa de estudo concedida; ser uma aluna bolsista foi uma experiência excelente que me permitiu uma imersão única no mundo acadêmico, obrigada.

*Eu ando pelo mundo prestando atenção
Em cores que eu não sei o nome
Cores de Almodóvar
Cores de Frida Kahlo, cores*

*Passeio pelo escuro
Eu presto muita atenção no que meu irmão ouve
E como uma segunda pele, um calo, uma casca
Uma cápsula protetora*

*Ah, eu quero chegar antes
Pra sinalizar o estar de cada coisa
Filtrar seus graus
Eu ando pelo mundo divertindo gente
Chorando ao telefone
E vendo doer a fome nos meninos que têm fome*

*Pela janela do quarto
Pela janela do carro
Pela tela, pela janela
Quem é ela? Quem é ela?
Eu vejo tudo enquadrado
Remoto controle*

*Eu ando pelo mundo
E os automóveis correm para quê?
As crianças correm para onde?
Transito entre dois lados, de um lado
Eu gosto de opostos
Exponho meu modo, me mostro
Eu canto para quem?*

*Pela janela do quarto
Pela janela do carro
Pela tela, pela janela
Quem é ela? Quem é ela?
Eu vejo tudo enquadrado
Remoto controle.*

“Esquadros”, Adriana Calcanhoto, 1992.

Ponce TD. Rastreio e intervenção breve para mulheres que fazem uso de risco e nocivo de álcool atendidas em serviço de atenção primária à saúde. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

RESUMO

Introdução: Parcela significativa de mulheres atendidas em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) faz uso de risco e nocivo de álcool, e a prevalência desse padrão de consumo vem aumentando nessa população nos últimos anos, gerando incontáveis prejuízos sociais e de saúde. Estratégias de enfrentamento e prevenção no contexto da APS vem sendo sugeridas, dentre elas, destaca-se a Intervenção Breve (IB), que tem demonstrado resultados satisfatórios quando realizada com mulheres. **Objetivo:** Verificar a efetividade da IB no padrão de consumo de álcool e na motivação para mudança de comportamento em mulheres que fazem uso de risco ou nocivo de álcool atendidas em um serviço de APS. **Método:** Ensaio clínico randomizado em que 20 mulheres atendidas em um serviço de APS que faziam um consumo de risco ou nocivo de álcool foram rastreadas utilizando-se o instrumento *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT), e divididas aleatoriamente entre dois grupos; o Grupo Intervenção (GI) que participou da IB (sessão individual de 20 a 30 minutos, utilizando-se de técnicas motivacionais) o Grupo Controle (GC) que recebeu o Aconselhamento Breve (AB) (feedback sobre o padrão de consumo de álcool). Os desfechos foram avaliados na linha de base, no primeiro e no terceiro mês de seguimento, sendo eles: padrão de consumo de álcool, prontidão para mudança de comportamento, frequência e quantidade de álcool consumido no último mês. Para a análise intragrupo e intergrupo foi utilizado o modelo linear generalizado e para todos os testes foi considerado como significativo um valor de $p \leq 0,05$. **Resultados:** Houve diminuição no escore AUDIT em ambos os grupos nos dois seguimentos, na linha de base (GI 12,89; GC 10,64), no 1º mês (GI 12,78 $p=0,9$; GC 7,9 $p=0,01$) e no 3º mês (GI 10,11 $p=0,13$; GC 7,09 $p<0,00$). Embora o GI tenha mantido o padrão de uso de risco de álcool após a IB, houve redução do número de doses ingeridas em relação a avaliação inicial ($p<0,00$) e menor quando comparado ao número de doses ingeridas pelo GC no mesmo período ($p=0,07$). Os resultados também sugerem a efetividade da IB nos estágios de prontidão para mudança do padrão do uso de álcool em mulheres que fazem uso de risco e nocivo de álcool, (antes da IB 4,89; após 1º mês de IB 6,67, $p=0,12$). **Conclusão:** A Intervenção Breve aplicada no contexto da APS é efetiva na diminuição do consumo de álcool em mulheres que fazem uso de risco ou nocivo desta substância, e tem potencial para influenciar positivamente nos estágios de prontidão para mudança do hábito de beber.

Palavras-chave: Álcool. Transtornos relacionados ao uso do álcool. Intervenção Breve. Mulheres. Saúde da Mulher. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem em Adições. Enfermagem em saúde comunitária.

Ponce TD. Screening and Brief Intervention for women who are on risk/harmful use of alcohol attended at Primary Health Care. [thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2018.

ABSTRACT

Introduction: A significant number of women attended at Primary Health Care (PHC) services is on risk/harmful use of alcohol, and the prevalence of consumption pattern has been increasing in this population recently, with countless social and health losses. Coping strategies and prevention in PHC settings have been suggested, highlighting the Brief Intervention (BI), which has shown satisfactory results when performed with women. **Objective:** To verify the IB effectiveness in the pattern of alcohol consumption and in the motivation to change women behavior who are on risk/harmful use of alcohol attended in an PHC service. **Methods:** Randomized clinical trial in which 20 women attended at a PHC service who are on risk/harmful alcohol intake were screened using the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) and randomly divided into two groups; the Intervention Group (IG) who participated in the IB (20 to 30 minutes individual session, by motivational techniques), the Control Group (CG) who received the Brief Advice (BA) (feedback on the pattern of alcohol consumption). Outcomes were assessed at the baseline, in the first and third month of follow-up, being: pattern of alcohol consumption, readiness to change behavior, frequency and amount of alcohol consumed in the last month. For the intragroup and intergroup analysis, the generalized linear model was used and for all tests, a $p \leq 0.05$ value was considered significant. **Results:** There was a decrease in the AUDIT score in both groups in two segments: the first month (IG 12.78 $p=0.9$, CG 7.9 $p=0.01$) and in the third month (IG 10.11 $p=0.13$, CG 7.09, $p<0.00$). Although IG maintained the alcohol risk pattern after IB, the number of doses ingested was lower than the baseline ($p<0.00$) and lower when compared to the number of doses ingested by CG during the same period ($p=0.07$). The data suggest the effectiveness of IB in the stages of readiness to change the alcohol ingestion pattern (before BI 4.89, after 1st BI 6.67, $p=0.12$). **Conclusions:** Brief Intervention applied in PHC setting is effective in reducing alcohol consumption in women who are on risk/harmful use of this substance which has the potential to influence positively in the stages of readiness to change drinking habits.

Keywords: Alcohol. Alcohol-related Disorders. Brief Intervention. Women. Women's Health. Primary Health Care. Nursing on Addictions. Community Health Nursing.

Ponce TD. Identificación precoz e Intervención breve para mujeres con uso de riesgo y nocivo de alcohol atendidas en un servicio de atención primaria en salud. [tesis]. San Pablo: Escuela de Enfermería, Universidad de San Pablo; 2018.

RESUMEN

Introducción: Un grupo significativo de mujeres atendidas en servicios de atención primaria en salud (APS) presenta un uso de riesgo y nocivo de alcohol. La prevalencia de este patrón de uso viene aumentando en esta población los últimos años, generando incontables perjuicios sociales y de salud. Estrategias de enfrentamiento y prevención en el contexto de la APS han sido sugeridas, destacando el uso de la Intervención Breve (IB), que ha demostrado resultados satisfactorios al ser realizada en mujeres. **Objetivo:** Verificar la efectividad de la IB en el patrón de uso de alcohol y en la motivación para el cambio de comportamiento en mujeres con uso de riesgo y nocivo de alcohol atendidas en un servicio de APS. **Método:** Ensayo clínico aleatorizado en el que 20 mujeres atendidas en un servicio de APS con uso de riesgo y nocivo de alcohol fueron identificadas utilizando el instrumento *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT), y divididas aleatoriamente en dos grupos, el Grupo Intervención (GI) que participó de la IB (Sesión individual de 20 a 30 minutos de duración, utilizando técnicas motivacionales), el Grupo Control (GC) que recibió Consejería Breve (CB) (Devolutiva sobre el patrón de consumo de alcohol). Los resultados fueron evaluados en la línea base, en el primer y el tercer mes de seguimiento, entre ellos, patrón de consumo de alcohol, prontitud para el cambio de comportamiento, frecuencia y cantidad de alcohol consumido en el último mes. Para el análisis intragrupo e intergrupo fué utilizado el modelo lineal generalizado y para todos los tests fué considerado como significativo un valor de $p \leq 0,05$. **Resultados:** Hubo disminución en la puntuación del AUDIT en ambos grupos en los dos seguimientos, antes de la IB (GI 12,89; GC 10,64), en el primer mes (GI 12,78 $p=0,9$; GC 7,9 $p=0,01$) y en el tercer mes (GI 10,11 $p=0,13$; GC 7,09 $p<0,00$). A pesar de que el GI mantuvo el patrón de uso de riesgo de alcohol después de la IB, el número de dosis ingeridas fué menor que en la evaluación inicial ($p<0,00$) y menor al ser comparado con el número de dosis ingeridas por el GC en el mismo periodo ($p=0,07$). Los datos sugieren la efectividad de la IB en las etapas de prontitud para el cambio del patrón de uso de alcohol, (antes de la IB 4,89; después de 1 mes de la IB 6,67, $p=0,12$). **Conclusión:** La Intervención Breve aplicada en el contexto de la APS es efectiva en la disminución del consumo de alcohol en mujeres con uso de riesgo o nocivo de esta sustancia, y tiene potencial para influir positivamente en las etapas de prontitud para el cambio del hábito de beber.

Palabras clave: Alcohol. Trastornos relacionados al uso de alcohol. Intervención Breve. Mujeres. Salud de la mujer. Atención primaria en salud. Enfermería en adicciones. Enfermería en salud comunitaria.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -Estratégias de intervenções motivacionais adequadas para cada estágio de motivação para mudança de comportamento (2018).....	29
Quadro 2 -Caracterização dos artigos inclusos na revisão, de acordo com título, autor, ano, jornal e tamanho da amostra, 2018.	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise univariada para pontuação do AUDIT, considerando as variáveis categóricas, orientação sexual, estado civil, religião, ocupação, hipertensão arterial, uso de drogas e de tabaco. São Paulo, 2018.	74
Tabela 2 - Análise univariada para pontuação AUDIT, considerando as variáveis numéricas: escolaridade, classe social. São Paulo, 2018.	76
Tabela 3 - Modelos multivariados inicial e final para a pontuação AUDIT. São Paulo, 2018.	77
Tabela 4 - Características sociodemográfica, clínica e comportamental das participantes na linha de base do estudo (T0), segundo grupos de alocação (N=20). São Paulo, 2018.	78
Tabela 5 - Comparação intragrupo e intergrupo quanto às variáveis “Pontuação AUDIT”, “Régua de prontidão”, “Frequência de uso de álcool” e “Quantidade de uso de álcool”. São Paulo, 2018.....	81
Tabela 6 - Distribuição das médias das variáveis de desfecho das perdas durante o seguimento na linha de base do estudo (T0), segundo grupos de alocação. São Paulo, 2018.	88

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Cinco estágios da motivação para mudança de comportamento.....	28
Figura 2 -	Modelo Rastreamento, Intervenção breve e Encaminhamento – SBIRT.....	33
Figura 3 -	Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão sistemática.	37
Figura 4 -	Régua de Prontidão para Mudança de Comportamento.....	57
Figura 5 -	Cartões utilizados para a randomização do Grupo Controle (GC) e para o Grupo Intervenção (GI).	60
Figura 6 -	Fluxograma do seguimento da pesquisa.....	66
Figura 7 -	Fluxograma de seguimento dos participantes do estudo - CONSORT.....	70
Figura 8 -	Porcentagem de mulheres e seu padrão de consumo do uso de álcool, conforme classificação do instrumento AUDIT (N=561), categorizando entre abstinentes, uso de baixo risco, uso de risco, uso nocivo e provável dependência. São Paulo, SP – Brasil. 2018.....	72
Figura 9 -	Distribuição gráfica da pontuação média no instrumento AUDIT, conforme tempo de seguimento. São Paulo, 2018.....	82
Figura 10 -	Diagrama de caixa (<i>Boxplot</i>) da comparação intragrupo e intergrupo quanto a variável “Pontuação do AUDIT”, São Paulo, 2018.	83
Figura 11 -	Distribuição da pontuação média da Régua de prontidão para mudança, conforme tempo de seguimento. São Paulo, 2018.....	84
Figura 12 -	Diagrama de caixa (<i>Boxplot</i>) da comparação intragrupo e intergrupo quanto a variável “Régua de prontidão”, São Paulo, 2018.	84
Figura 13 -	Distribuição da pontuação média da frequência de consumo diário de álcool no último mês, conforme tempo de seguimento. São Paulo, 2018.	85

Figura 14 - Diagrama de caixa (<i>Boxplot</i>) da comparação intragrupo e intergrupo quanto à variável “Frequência”, São Paulo, 2018.....	86
Figura 15 - Distribuição da pontuação média da quantidade de doses de álcool consumidas, conforme tempo de seguimento. São Paulo, 2018.	87
Figura 16 - Comparação intragrupo e intergrupo quanto às variáveis “Quantidade”, São Paulo, 2018.....	87

LISTA DE SIGLAS

AB	Aconselhamento Breve
ADH	Álcool desidrogenases
Aids	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i>
CONSORT	<i>Consolidated Standards of Reporting Trials</i>
DSM-V	Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
GC	Grupo Controle
GEE	Generalized Equations Estimating
GI	Grupo Intervenção
GPS	<i>Global Positioning System</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IB	Intervenção Breve
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
NEPEEA	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem em Adições - Álcool e Outras Drogas
NIAAA	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REBEC	Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos
SBIRT	<i>Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIF	<i>Variance Inflation Factor</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	APORTE TEÓRICO	24
2.1	MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA DO COMPORTAMENTO	24
2.1.1	Motivação intrínseca.....	25
2.1.2	Motivação extrínseca	26
2.2	MODELO TRANSTEÓRICO DE MUDANÇA	26
2.3	INTERVENÇÃO BREVE.....	31
3	REVISÃO DA LITERATURA	36
4	HIPÓTESE	47
5	OBJETIVOS.....	49
5.1	OBJETIVO GERAL	49
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	49
6	MÉTODO	51
6.1	DELINEAMENTO	51
6.2	CONTEXTO DO ESTUDO	51
6.3	PARTICIPANTES.....	52
6.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO	53
6.4.1	Variáveis de caracterização sociodemográfica	53
6.4.2	Variáveis de caracterização clínica.....	54
6.4.3	Variáveis de caracterização comportamental.....	55
6.5	DESFECHOS DO ESTUDO.....	55
6.5.1	Instrumento de identificação do padrão de consumo de álcool	55
6.5.2	Instrumento de identificação da prontidão de mudança de comportamento.....	57
6.5.3	Avaliação do consumo de álcool no último mês	57
6.6	TAMANHO DA AMOSTRA.....	58

6.7 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	58
6.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	66
6.9 ASPECTOS ÉTICOS	67
7 RESULTADOS	70
7.1 CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES ELEGÍVEIS DO ESTUDO	71
7.2 CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	78
7.3 INTERVENÇÃO BREVE (IB).....	80
7.3.1 Padrão de consumo de álcool.....	82
7.3.2 Prontidão para Mudança de Comportamento	83
7.3.3 Frequência do uso de álcool diária no último mês.....	85
7.3.4 Quantidade do uso de álcool por episódio no último mês	86
7.4 PERDAS DE SEGUIMENTO	87
8 DISCUSSÃO.....	90
9 CONCLUSÃO.....	110
REFERÊNCIAS	112
APÊNDICES	124
ANEXOS	143

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

As consequências para a saúde decorrentes do consumo inadequado de bebida alcoólica é um fenômeno consolidado na literatura. Nas últimas décadas, investigações vêm sendo feitas com o intuito de entender melhor como esse fenômeno acontece entre as mulheres, pois sabe-se que, quando analisado o consumo de álcool, diversas particularidades são encontradas (Erol, Karpyak, 2015).

O consumo de álcool entre as mulheres e suas peculiaridades vêm sendo pesquisados a luz de um olhar que leva em consideração duas principais perspectivas explicativas; entre elas, a que se refere aos aspectos biológicos, em que se utiliza o termo “sexo” e aquele que se refere aos aspectos psicológicos, sociais e culturais para o termo “gênero”, considerando que essas duas perspectivas coexistem; essa classificação foi adotada para a realização deste trabalho (Alex et al., 2012).

Características biológicas da mulher geram influência no seu padrão de consumo de álcool. Quando comparadas aos homens, elas possuem menor volume proporcional de água corporal e menor quantidade da enzima álcool dehidrogenase (ADH) na parede gástrica, portanto atingem níveis superiores da substância no sangue ao consumir a mesma quantidade de álcool que os homens (Baraona et al., 2001; Ely et al., 1999). Além disso, estudos evidenciam que a idade que as mulheres relataram pela primeira vez eventos relacionados ao álcool foi, aproximadamente, três anos mais tarde do que os dos homens, mas o seu curso clínico global progrediu muito semelhantemente, sugerindo um efeito chamado de “telescoping” com curso clínico encurtado por cerca de quatro anos (Ehlers et al., 2010). Essas variações estão relacionadas às características do sexo feminino, ou seja, às condições biológicas da mulher.

Além das distinções do consumo de álcool em mulheres relacionadas às condições biológicas, essas também podem ser influenciadas por características atribuídas às mulheres que são construídas socialmente, ou seja, por questões de gênero. Normas sociais podem explicar, por exemplo, as maiores taxas de abstinência entre elas quando comparadas aos homens, pois são vistas como pessoas que não devem ou que não precisam consumir álcool durante sua vida (Bernards et al., 2009; Campos, Reis, 2010). As variações no padrão de uso entre as mulheres encontradas em diferentes países também indicam uma forte influência de fatores culturais (Wells et al., 2011), entretanto as diferenças de consumo influenciadas pelo gênero vêm diminuindo nos últimos anos, sugerindo mudanças na cultura dos padrões de

consumo de álcool da mulher construídos socialmente, ou seja, o beber feminino tem sido mais aceito (Erol, Karpyak, 2015).

Um aumento do consumo de álcool entre as mulheres vem sendo evidenciado nas últimas décadas, apesar dos homens terem percentis de consumo maiores quando comparados a elas, porém essa diferença vem se estreitando (Wilsnack, Wilsnack, Kantor, 2014; Wolle et al., 2011). As mulheres tendem a fazer um consumo de álcool em ambiente reservados, longe da companhia de pessoas que não conhecem, preferindo fazer o uso em casa, junto de amigos próximos ou de seus companheiros (Cesar, 2006; Varela, Pritchard, 2011). Além disso, pode-se observar que o tipo de substância de consumo de preferência entre as brasileiras, por exemplo, é a cerveja e o vinho (Laranjeira et al., 2010).

A maioria das mulheres na população geral é abstinente, ou seja, não consumiu álcool no último ano. Em pesquisa realizada no Brasil, a taxa de mulheres abstinentes foi de 62% (Laranjeira et al., 2014) e outra realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a taxa foi de 53,2% (OMS, 2014). Mesmo que a maioria das mulheres seja abstinente, entre aquelas que fazem o consumo da bebida, destacam-se consideráveis taxas de episódios de uso nocivo do álcool.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID10 (OMS, 1994), o uso nocivo do álcool para a saúde pode também ser chamado de uso abusivo e se caracteriza por:

“Modo de consumo de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde. As complicações podem ser físicas (por exemplo, hepatite consequente a injeções de droga pela própria pessoa) ou psíquicas (por exemplo, episódios depressivos secundários a grande consumo de álcool).”

A compreensão do consumo nocivo do álcool pela mulher pode ser ampliada quando analisados dados referentes à prevalência do seu padrão de uso. O beber pesado das brasileiras obteve uma taxa de 11,1% entre aquelas que fazem o consumo de álcool (WHO, 2014) e, em outra pesquisa nacional, foi evidenciado um preocupante aumento entre as mulheres do beber episódico pesado, também relatado na literatura como beber em “binge” (quantidades superiores a quatro doses de álcool em um curto período de tempo), com crescimento de catorze pontos percentuais, passando de 34% em 2006 para 48% em 2012 (Laranjeira et al., 2014).

Estudo brasileiro realizado com o intuito de identificar o consumo abusivo de álcool entre as mulheres identificou uma taxa de 9,7%, sendo maior entre as mais jovens e com tendência a aumentar com o nível de escolaridade (Brasil, 2014). Pode-se observar que

percentis semelhantes são encontrados em estudos realizado nos Estados Unidos (11,0%) (Keyes, Grant, Hasin, 2008) e na Europa ocidental (9,3%) (Rehm et al., 2012).

Estudo estadunidense realizado com 188 290 mulheres demonstrou que entre as mulheres grávidas, aproximadamente, 2% realizam com frequência o beber episódico pesado e, entre as não grávidas, essa taxa chega a 13%. O estudo demonstrou ainda que o padrão de consumo de beber pesado episódico esteve associado com taxas menores de idade (18-24 anos) e com o uso frequente de tabaco (Tsai et al., 2007).

O consumo abusivo de álcool pelas mulheres possui pontos relevantes que podem vir a afetar diferentes aspectos de sua vida, tanto a médio quanto a longo prazo - entre eles, destaca-se a sua saúde (Wilsnack, Wilsnack, Kantor, 2014). O uso abusivo está relacionado ao desenvolvimento de diversos problemas de saúde, como o transtorno por uso dessa substância ou desenvolvimento de doenças neuropsiquiátricas, gastrointestinais e câncer (WHO, 2014). Além disso, nas mulheres, o uso de álcool durante a gestação, mesmo em pequenas quantidades, pode levar ao desenvolvimento da síndrome alcoólica fetal (Memo et al., 2013) e a complicações na formação fetal (Lemoine et al., 2003).

O uso abusivo de álcool está associado a práticas sexuais não seguras, como sexo desprotegido (Bastos, Bertoni, Hacker, 2008) e a maior transmissão das DSTs/HIV/Aids (Cardoso, Malbergier, Figueiredo, 2008). Além disso, estudos também demonstram associação do uso abusivo de álcool com situações de violência entre parceiros íntimos - física, psicológica ou sexual -, sendo a mulher a maior vítima desses eventos quando comparada a seu parceiro (Temple et al., 2008). A violência contra a mulher se constitui em um problema sério de saúde pública e possui relação com as concepções de gênero de nossa sociedade, que se fundamentam na ideia de que as mulheres possuem menos direitos que os homens (Herrera Paredes, Ventura, 2010).

As mulheres precisam ter acesso a informações referentes ao consumo da substância e apoio, caso façam a opção por diminuir o uso, ampliando a possibilidade de realizar escolhas e mudanças de comportamento (Strobbe, 2013). O padrão de consumo abusivo de álcool entre elas e suas características peculiares sugerem a necessidade de abordagens preventivas em saúde direcionadas a essa população (Machado et al., 2013).

Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) são responsáveis por desenvolver ações de prevenção em saúde no Brasil (Lavras, 2011) e constituem-se também como um dos eixos de ações da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que tem como objetivo articular ações de

saúde mental em seus diferentes níveis de complexidade (Brasil, 2011), configurando-se, portanto, em um cenário com potencialidades para o desenvolvimento de ações preventivas de consumo abusivo de álcool em mulheres.

Além do potencial preventivo da APS, ao analisarmos os dados referentes à prevalência de mulheres que fazem uso dessa substância de maneira abusiva e que buscam atendimento nestes locais, reforça-se a adequação desse cenário. Estudos demonstram que, entre as mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde, 5% (Vargas, Bittencourt, Barroso, 2014) e 7,8% (Amato et al., 2008) foram caracterizadas como usuárias de uso nocivo e de risco da substância. Ainda em outro estudo, ao menos 19,5% faziam uso abusivo do álcool (Jomar, Abreu, Griep, 2014).

A prevalência do uso abusivo de álcool entre as mulheres pode alterar devido à variação de critérios dos instrumentos utilizados na avaliação do padrão de consumo de álcool em diferentes estudos e, além disso, podemos considerar o estigma vivenciado por elas ao falarem sobre o seu uso de álcool com profissionais de saúde, comportamento que, por vezes, pode ser visto como uma ação transgressora, podendo levar à omissão dessa informação (Cesar, 2006).

Ações de prevenção do consumo abusivo de álcool realizadas no contexto da APS vêm sendo propostas; entre essas abordagens, destaca-se a Intervenção Breve - IB (Strobbe, 2014). A APS tem como demanda uma população diversificada que faz uso de álcool em diferentes padrões de consumo, portanto a IB é considerada uma estratégia preventiva ideal para esse contexto, levando em conta suas ações de caráter motivacional (Kaner et al., 2007). A IB e sua eficácia na APS está bem descrita na literatura como um importante instrumento de prevenção do consumo de álcool, chegando a diminuir o seu padrão de uso, porém estudos apontam uma lacuna nas evidências do efeito dessa intervenção quando realizada especificamente na população feminina (O'Donnell et al., 2014), o que indigita para a necessidade de novas investigações nesta área.

APORTE TEÓRICO

2 APORTE TEÓRICO

2.1 MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA DO COMPORTAMENTO

O conceito de motivação é utilizado com frequência como embasamento teórico em diversas áreas do conhecimento, relacionado a mudanças de comportamentos, sejam elas relacionadas ao consumo de substância psicoativas, hábitos alimentares ou atividades físicas, entre outros (Hall, Rossi, 2008). Segundo Ryan et al. (2011), “uma motivação genuína do sujeito em se engajar em um novo comportamento é essencial para que a mudança desejada aconteça”.

Etimologicamente, a palavra motivação deriva do latim *movere*, que significa “mover” ou “ser movido”. Segundo Miller et al. (1995), a motivação pode ser definida como:

“Motivação pode ser entendida não como algo que se tem, mas sim como algo se faz. Envolve reconhecer um problema, investigar uma maneira de muda-lo e depois iniciar e se manter nesta estratégia de mudança. Existem muitas maneiras de ajudar as pessoas a se moverem em direção a tal reconhecimento e ação.”

Ryan et al. (2011) agregam à motivação os conceitos de energia e direção, ou seja, é preciso considerar a energia e o direcionamento existente para aquela determinada mudança de comportamento acontecer. Os autores trazem como exemplo o funcionamento dos automóveis para elucidar esses conceitos: um carro, ao ir de um ponto A para um ponto B, precisa de combustível para o fornecimento de energia e de um sistema de posicionamento (GPS - *Global Positioning System*) para atingir o seu destino. Sem um destino definido, o carro andaria aleatoriamente pela rua e, sem combustível, ele nem chegaria a andar.

Os autores sugerem que o conceito de energia seria o “porquê” de o sujeito decidir mudar um comportamento e que essa razão, forte ou fraca, significativa ou trivial, poderia determinar o esforço atribuído à mudança de comportamento. E o conceito de direção seria o “qual” em que as estratégias estão relacionadas à mudança, qual o plano e direção que o sujeito irá seguir para atingir a mudança desejada, plano este que pode ser traçado com ajuda do terapeuta ou dos familiares, por exemplo (Ryan et al., 2011).

Neste sentido, Ryan e Deci (2000) categorizam a motivação em dois principais tipos: a intrínseca e a extrínseca. Nesta classificação, a motivação é observada como um fenômeno diversificado que varia não apenas em níveis de motivação, ou seja, motivação forte ou fraca,

mas também na orientação da motivação ou no tipo de motivação. A orientação da motivação diz respeito às atitudes e objetivos subjacentes que dão origem à ação - isto é, diz respeito ao “porquê” das ações. Basicamente, a diferença entre motivação intrínseca e extrínseca é que a primeira se refere ao comportamento inerentemente interessante e a segunda se refere a um comportamento que terá uma consequência. Para elucidar esses dois importantes conceitos, serão apresentadas as definições de motivação intrínseca e extrínseca dos autores citados.

2.1.1 Motivação intrínseca

Este fenômeno foi primeiramente descrito nos estudos experimentais de comportamento animal, em que se descobriu que os indivíduos apresentavam comportamentos espontâneos com o objetivo de se beneficiar da experiência associada com o exercitar e ampliar as suas capacidades. A teoria de Skinner (1953) sustentava que, entre os seres humanos, todos os comportamentos são motivados por recompensas (como por exemplo, comida ou dinheiro), atividades intrinsecamente motivadas para as quais a recompensa estava no prazer da atividade em si e não em recompensas externas (Ryan, Deci, 2000).

Para entender melhor o que tornava uma atividade prazerosa aos seres humanos, pesquisadores investigaram quais as características presentes nessas atividades e descobriram que isso ocorria quando o sujeito satisfazia suas necessidades básicas, relacionadas às suas competências, autonomia e relacionamentos. Em estudo experimental que buscou investigar a motivação intrínseca em seus participantes (Deci, 1971), os participantes foram expostos à realização de uma tarefa em condições variadas (por exemplo, obter uma recompensa ou não). Após esse período, o experimentador diz aos participantes que eles não serão mais solicitados a trabalhar com a tarefa alvo, e eles são deixados sozinhos na sala experimental com a tarefa alvo, bem como com várias outras atividades de distração. Eles, portanto, podem escolher se devem retornar à atividade e é assumido que, se não há razão extrínseca para fazer a tarefa (por exemplo, sem recompensa e sem aprovação), quanto mais tempo passarem com a tarefa alvo, mais intrinsecamente motivados estão (Ryan, Deci, 2000).

2.1.2 Motivação extrínseca

Embora a motivação intrínseca seja muito importante para a realização de um comportamento, muitas das atividades diárias realizadas pelas pessoas não envolvem esse tipo de motivação. Podemos tomar como exemplo um sujeito que procura um tratamento para o transtorno por uso de substâncias. Na maioria das vezes, essa procura por tratamento não acontece porque ele acha que vai ser interessante e divertido, mas sim porque ele entende o tratamento como um passo para alcançar outros resultados valiosos, como a melhoria em sua carreira, casamento ou estilo de vida (Ryan, Deci, 2000).

Motivação extrínseca é um construto que ocorre sempre que uma atividade é feita para atingir algum resultado desejável. A motivação extrínseca, portanto, contrasta com a motivação intrínseca, que se refere a fazer uma atividade simplesmente pelo desfrute da atividade em si e não por seu valor instrumental.

A motivação extrínseca pode se apresentar em diferentes formas, que variam de acordo com o grau de autonomia. Ryan e Deci (2000) trazem como exemplo um aluno que faz o dever de casa apenas por temer sanções parentais, e um aluno que faz o trabalho porque acredita que é valioso para sua carreira escolhida. Em ambos, a motivação apresentada pelos alunos é extrínseca, porém no primeiro pode-se observar um grande controle externo de suas ações, enquanto no segundo existe um sentimento de autonomia ou escolha.

Utilizando-se desses princípios e conceitos apresentados, surge, em 1984, o Modelo Transteórico de Mudança (Prochaska, DiClemente, 1982).

2.2 MODELO TRANSTEÓRICO DE MUDANÇA

Teoristas criaram diferentes modelos para explicar como o processo de mudança de comportamento ocorre. Em uma das perspectivas, acontecimentos externos são os maiores responsáveis pela mudança de comportamento de um indivíduo, como o uso de álcool. Em outra abordagem, a motivação intrínseca é a única responsável pela mudança. Prochaska e DiClemente (1982) relatam que “a mudança tem sido definida como uma sequência de estágios, nos quais os sujeitos costumam progredir conforme eles pensam sobre como iniciar e manter um comportamento”.

O modelo transteórico surge com a intenção de integrar diferentes concepções biopsicossociais sobre a motivação com o objetivo de ampliar o seu entendimento. Para tanto, ele inclui em sua perspectiva dezoito teorias da psicologia sobre como a mudança ocorre (Velasquez et al., 2001).

O modelo transteórico sugere que o sujeito pode estar localizado em um contínuo de diferentes estágios de motivação para mudança de comportamento, sendo eles os estágios de pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção, os quais representam características que os definem e podem variar no tempo que cada sujeito pode experimentar em cada estágio (Norcross, Krebs, Prochaska, 2011). Os estágios de motivação para mudança foram definidos por Prochaska e DiClemente (1982) e podem ser observados na Figura 1. Esses estágios são apresentados com as definições atualizadas de Norcross, Krebs e Prochaska (2011).

Pré-contemplação: neste estágio, o sujeito não apresenta nenhuma intenção de mudar o seu comportamento em um futuro aproximado. A maioria das pessoas que se apresenta nesta etapa não está consciente dos seus problemas, porém seus familiares, amigos, vizinhos, etc., relatam essas adversidades.

Contemplação: o indivíduo já está ciente de que o problema existe e está considerando seriamente a possibilidade de superação, porém ainda não existe um compromisso com a ação de mudança de comportamento. Neste estágio, existe uma ambivalência de sentimentos em que ele realiza avaliações conscientes de seu comportamento disfuncional, ao mesmo tempo em que reflete sobre a quantidade de esforço, energia e perda que vai custar para superá-lo.

Preparação: o indivíduo apresenta a pretensão de agir no próximo mês, relatando algumas pequenas mudanças de comportamento ("passos pequenos"). Embora tenha feito algumas reduções em seus comportamentos problemáticos, os sujeitos no estágio de preparação ainda não atingiram um critério de ação efetiva.

Ação: nesta etapa, o indivíduo muda seu comportamento, seu ambiente ou suas experiências para superar seus problemas. A ação envolve as mudanças comportamentais mais evidentes e exige comprometimento considerável de tempo e energia. O indivíduo é classificado no estágio de ação se tiver alterado com sucesso o comportamento disfuncional por um período de um dia a seis meses.

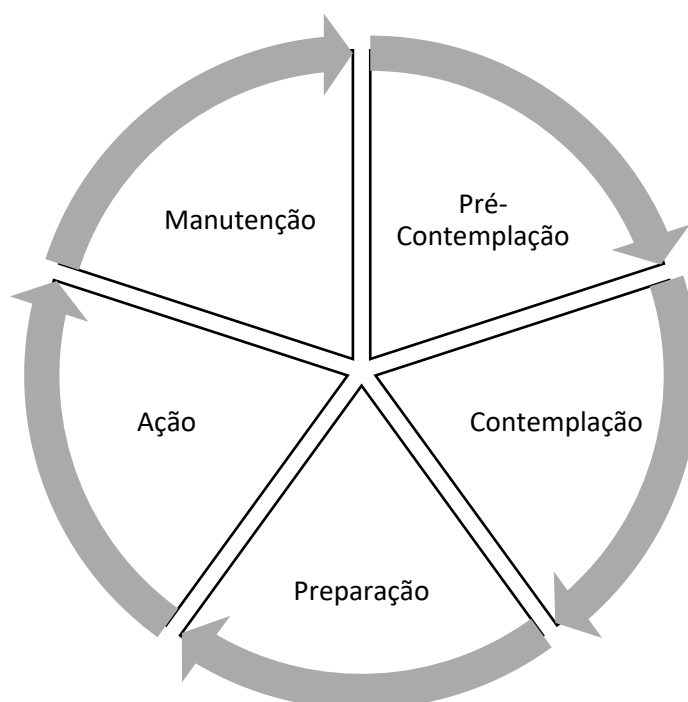
Manutenção: o indivíduo, neste estágio, trabalha para prevenir relapsos ou recaídas e consolidar as mudanças realizadas no estágio de ação. Esta etapa pode ter duração de seis meses ou mais desde o período de início da ação. Permanecer livre do problema e consistentemente

engajado em um novo comportamento por mais de seis meses é critério para o sujeito se considerar no estágio de manutenção.

Recaída: a maioria das pessoas não mantém a nova mudança que se propôs a fazer, quando está relacionada à busca por abstinência de substâncias psicoativas, como os sujeitos que possuem tendência de retornar ao uso após um período. Essas experiências podem dificultar o progresso do sujeito nos estágios de mudança de comportamento. A recaída é o fenômeno que desencadeia o retorno do sujeito no processo de mudança de comportamento, levando para estágios anteriores de motivação.

Nesse estágio, o indivíduo pode aprender, por exemplo, que alguns objetivos traçados são improváveis de serem alcançados, que algumas estratégias adotadas para mudança do comportamento são ineficientes ou que certos ambientes não são favoráveis. No caso de usuários de substâncias psicoativas que buscam a abstinência, após a recaída, eles retornam a alguns estágios da motivação - a manutenção, a ação, e o mais comum, voltam para a contemplação. É importante que este processo não seja considerado uma falha, pois a recaída não significa necessariamente que um sujeito abandonou o compromisso de mudar.

Figura 1 - Cinco estágios da motivação para mudança de comportamento.



Fonte: Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment.

Para cada estágio de motivação para mudança de comportamento, o indivíduo precisa de diferentes tipos de abordagens que sejam adequadas para aquele momento. Se forem utilizadas estratégias para um estágio diferente daquele em que o sujeito está, o resultado pode ser a resistência ou a não adesão ao tratamento. Por exemplo, se uma pessoa está no estágio de contemplação em relação ao seu uso abusivo de álcool, pesando os prós e contras, não adiantaria trabalhar estratégias utilizadas no estágio de ação, como o estabelecimento de metas de diminuição de consumo do álcool, pois o sujeito provavelmente apresentará resistência em seu comportamento. A razão simples para esta reação é que apenas o lado positivo do argumento foi considerado, ignorando o outro lado; isso resulta em um impasse. O Quadro 1 elucida as estratégias de intervenções com o sujeito em diferentes estágios motivacionais (Center for Substance Abuse Treatment. Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment, 1999).

Quadro 1 - Estratégias de intervenções motivacionais adequadas para cada estágio de motivação para mudança de comportamento (2018).

Estágio de motivação	Estratégias de intervenções motivacionais.
<p>Pré-contemplação</p> <p>O sujeito ainda não está considerando a mudança ou não deseja ou não pode mudar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecer vínculo e criar confiança; ▪ Expressar preocupação e manter a porta aberta; ▪ Levantar dúvidas ou preocupações do sujeito sobre o uso de substâncias; ▪ Explorar os motivos que levaram o sujeito a buscar ajuda; ▪ Oferecer informações sobre os riscos do uso de substâncias; ▪ Fornecer feedback personalizado sobre seu diagnóstico atual; ▪ Explorar os prós e contras do uso de substâncias; ▪ Trabalhar com as discrepâncias do comportamento problemático.
<p>Contemplação</p> <p>O sujeito reconhece o problema e está considerando a possibilidade de mudança, mas é ambivalente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normalizar a ambivalência; ▪ Indicar e pesar os prós e contras do uso de substâncias; ▪ Mudar a motivação extrínseca para intrínseca; ▪ Examinar os valores pessoais do sujeito em relação à mudança; ▪ Enfatizar a escolha livre do cliente (responsabilidade e autoeficácia para a mudança); ▪ Estimular as falas de compromisso do cliente; ▪ Resumir declarações motivacionais.

<p>Preparação</p> <p>O sujeito está comprometido e planeja a mudança em um futuro próximo, mas ainda tenta descobrir como mudar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esclarecer os objetivos e as estratégias para a mudança; ▪ Oferecer um menu de opções para mudança ou tratamento; ▪ Com a permissão do sujeito, oferecer conselhos; ▪ Negociar um plano de mudança; ▪ Considerar e diminuir as barreiras para a mudança; ▪ Ajudar o sujeito a obter suporte social; ▪ Explorar as expectativas de tratamento e o papel do sujeito; ▪ Estimular comportamentos que já funcionaram no passado para ele ou para outros que ele conhece; ▪ Ajudar o sujeito a organizar finanças, cuidados, trabalho, transporte, entre outras atividades; ▪ Pedir ao sujeito que anuncie publicamente planos para mudar.
<p>Ação</p> <p>O sujeito está ativamente tomando providências para mudar, mas ainda não atingiu um estado estável.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Envolver o sujeito nas mudanças propostas e reforce a importância de permanecer nelas; ▪ Apoiar uma visão mais realista de mudança por meio de pequenos passos; ▪ Reconhecer as dificuldades do sujeito nos estágios iniciais de mudança; ▪ Ajudar a identificar situações de alto risco e desenvolver estratégias de enfrentamento para superá-las; ▪ Ajudar o sujeito a encontrar novos motivos para mudança; ▪ Ajudar o sujeito a avaliar se tem apoio familiar e social.
<p>Manutenção</p> <p>O sujeito alcançou suas metas iniciais e agora está trabalhando para mantê-las.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajudar o sujeito a identificar e experimentar fontes de prazer que não estejam associadas ao comportamento anterior; ▪ Apoiar mudanças do estilo de vida; ▪ Estimular a determinação e a autoeficácia; ▪ Ajudar o sujeito a praticar e usar novas estratégias de enfrentamento para evitar o retorno ao antigo comportamento; ▪ Manter contato de apoio; ▪ Desenvolver um plano de “escape de incêndio”; ▪ Revisar metas de longo prazo.
<p>Recaída</p> <p>O sujeito experimentou uma recorrência de sintomas e agora deve lidar com as consequências e decidir o que fazer a seguir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajudar o sujeito a entrar novamente no ciclo de mudança e elogie qualquer disposição para reconsiderar a mudança positiva; ▪ Explorar o significado e a realidade da recorrência como uma oportunidade de aprendizado; ▪ Ajudar o sujeito a encontrar estratégias de enfrentamento alternativas; ▪ Manter contato de apoio.

Fonte: Center for Substance Abuse Treatment. Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment 1999.

Ensaio clínico randomizado buscou investigar se, após um período de nove meses, o padrão de consumo e os problemas associados ao consumo do álcool de pacientes em tratamento para o transtorno por uso de substâncias estavam relacionados, ou não, a uma maior

ou menor motivação para a mudança de seu comportamento. Como resultado, observou-se que as chances de as pessoas se apresentarem abstinente e diminuírem os seus problemas relacionados ao consumo de álcool triplicavam (OR) quando apresentavam uma maior motivação para mudança com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). Esse resultado ilustra a importância da motivação no processo de tratamento (Cook, Heather, McCambridge, 2015).

A Intervenção Breve abrange diferentes elementos teóricos relacionados à motivação, que podem ser derivados, como a entrevista motivacional, as perspectivas psicodinâmicas, do Modelo Transteórico de Mudança, entre outras (Ryan et al., 2011). Neste trabalho, o Modelo Transteórico de Mudança será o principal modelo que embasará a construção da Intervenção Breve como uma estratégia clínica que se propõe em engajar o sujeito na motivação para mudança de comportamento, porém outros modelos motivacionais também podem perpassar neste processo.

2.3 INTERVENÇÃO BREVE

A Intervenção Breve pode ser definida como um espaço breve e determinado de tempo entre um profissional da saúde e o cliente, em que é realizada a promoção de informação, o aconselhamento, estratégias de motivação de mudança de comportamento, desenvolvimento de habilidades comportamentais e estratégias de redução de danos durante o uso do álcool (Babor et al., 2007). Essa estratégia foi elaborada por Sanchez-Craig em 1972 que, desde então, passou a ser investigada e seu uso ampliado, enfatizando a disseminação com a criação do instrumento de rastreio do uso abusivo de álcool, o AUDIT (acrônimo do inglês: Alcohol Use Disorder Identification Test), em um projeto de iniciativa da Organização Mundial da Saúde (Saunders et al., 1993), do estudo do modelo transteórico de mudança e de outros modelos de mudança de comportamento propostos por Prochaska e DiClemente (1982).

Para o desenvolvimento dos pressupostos teóricos de motivação para mudança, a IB utiliza-se de ingredientes ativos comuns que devem estar presentes, permeando todas as ações desenvolvidas durante as intervenções e irá guiar o desenvolvimento da IB. Esses ingredientes ativos da IB são baseados no acrônimo FRAMES, ou seja, F: feedback, R: responsibility, A: advice, M: menu, E: empathy, S: self-efficacy. Em tradução para o português, pode-se utilizar:

devolução, responsabilidade, recomendações, inventário, empatia e autoeficácia (Miller, Rollnick, 2001).

A devolução (feedback) se baseia na explicação estruturada e ampla do seu estado atual, ou seja, nesse caso, do seu padrão de consumo do álcool levando em consideração o contexto de inserção de cada indivíduo. Segundo Miller e Rolnick (2001, p. 45), “o processo de devolutiva proporciona ao paciente uma oportunidade de refletir detalhadamente sobre sua situação no momento [...]”.

A responsabilidade (responsability) se dá, por exemplo, pela fala do profissional que realizará a intervenção, que diz ao paciente que o poder de decisão de mudar o comportamento relativo ao álcool é dele mesmo e, se essa mudança ocorrer da maneira que desejar, a responsabilidade também terá sido dele. Esse processo pode ser realizado em diferentes graus de explicitude.

As recomendações (advice) se baseiam em aconselhamentos em relação aos hábitos dos usuários, tanto de padrão de consumo como os de estilo de vida. As falas devem alertar o paciente sobre o consumo em excesso da bebida e dos comportamentos que circundam esse padrão, mas a meta recomendada deve ser construída junto ao paciente, levando em consideração as suas escolhas já feitas.

O inventário (menu) tem como finalidade fornecer aos usuários opções de mudança de comportamento para que ele possa escolher e não ficar restrito a uma única alternativa. As alternativas referentes à mudança oferecem aos pacientes diferentes oportunidades que permitam a escolha adequada às suas reais necessidades e capacidades.

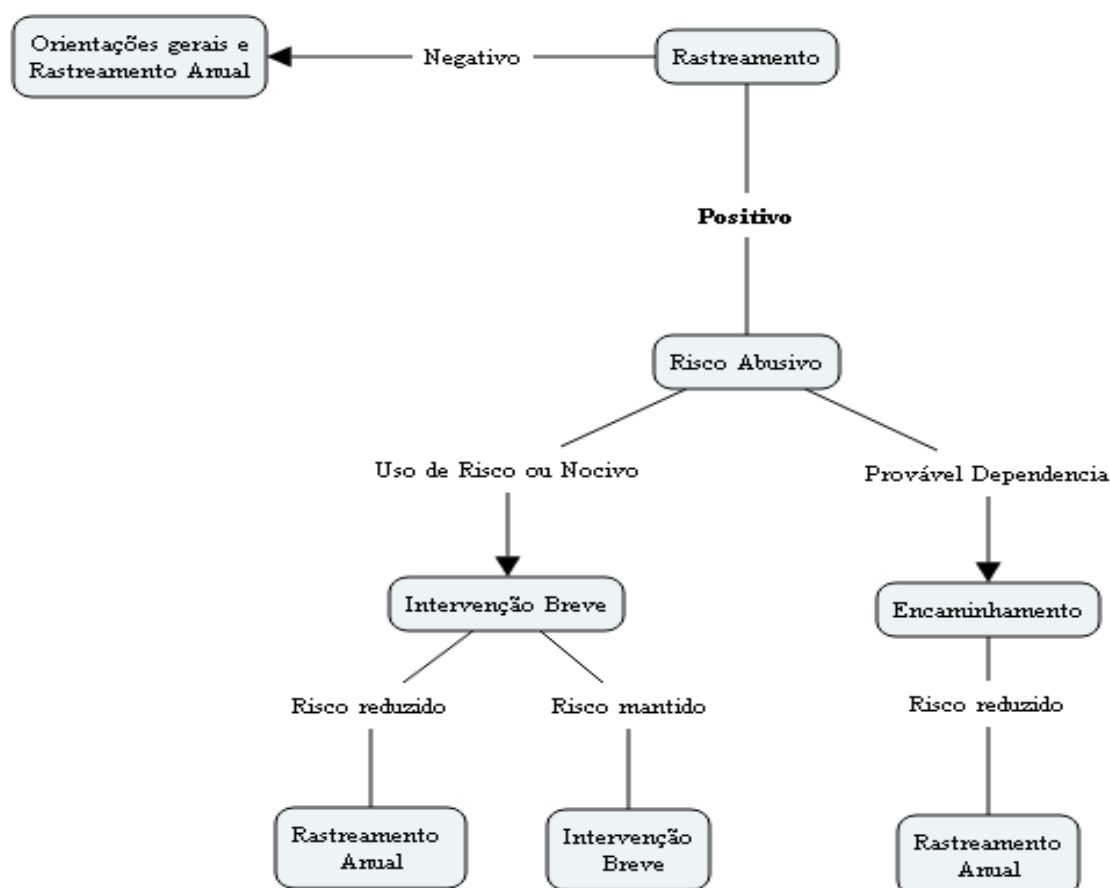
A empatia (empathy) é uma das mais importantes e reconhecidas características esperadas de um terapeuta durante a realização da intervenção breve. Baseia-se na compreensão dos significados de outra pessoa pela escuta reflexiva, quer tenha-se ou não vivências semelhantes.

O termo autoeficácia (self-efficacy) se refere à crença de uma pessoa em sua capacidade de obter êxito em uma tarefa específica e, durante as intervenções, o terapeuta deve reafirmar essa capacidade, desenvolvendo no usuário sentimentos de otimismo e esperança, favoráveis a comportamentos de mudança.

Para a sistematização da realização da IB nos serviços de saúde, destaca-se o modelo proposto por Babor et al. (2007), de Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment –

SBIRT, traduzindo para o português: Rastreamento, Intervenção Breve e Encaminhamento. Esse modelo foi desenvolvido para reduzir as consequências físicas, psicológicas e comportamentais indesejadas causadas pelo uso indevido da substância e se baseia em estratégias de rastreio do padrão de uso, a realização da IB para aqueles que apresentarem uso de risco ou nocivo do álcool e no encaminhamento para o serviço especializado daqueles que apresentam transtorno por uso do álcool (Figura 2). O SBIRT vem sendo amplamente investigado e demonstra resultados positivos na redução do consumo abusivo do álcool, apesar de ainda existirem lacunas na literatura de sua eficácia em algumas populações e contextos de saúde (Babor et al., 2007).

Figura 2 - Modelo Rastreamento, Intervenção breve e Encaminhamento – SBIRT.



Fonte: Babor et al., 2007.

Uma revisão metodológica de revisões sistemáticas teve como objetivo avaliar a efetividade da intervenção breve na APS para a redução de consumo de álcool entre

participantes que fazem uso de risco ou nocivo de álcool. O estudo mostra que, apesar dos diferentes modelos de intervenção breve utilizados nas pesquisas analisadas, foi evidenciado a redução do consumo de álcool com um efeito considerado moderado e aponta para a importância da implementação desta intervenção no contexto de APS (Álvarez-Bueno et al., 2015).

No Brasil, alguns trabalhos têm investigado os efeitos da IB realizada nos serviços de APS. Trabalho realizado com usuários de uma Unidade Básica de Saúde na cidade de São Paulo investigou o efeito da IB realizada com homens e mulheres (Soares, 2016) - há evidências de que a intervenção foi efetiva com diminuição estatisticamente significativa do padrão de consumo de álcool. Embora tenha obtido um resultado positivo entre a amostra do estudo, a autora observou a aderência menor entre as mulheres (27,2%), quando comparadas aos homens (72,8%). Além disso, a taxa percentual de desistência da participação da IB foi maior entre as mulheres (80,9%), quando comparada aos homens (71,6%).

Esse fenômeno é discutido pela autora que apontou que essa diferença, na aderência e desistência entre os sexos, pode estar relacionada aos grupos de IB terem sido mistos, ou seja, realizados com homens e mulheres (Soares, 2016). A maior adesão ao tratamento pelas mulheres para uso de substâncias psicoativas ocorre quando as estratégias são realizadas por profissionais do gênero feminino, de maneira bastante acolhedora e não mista, ou seja, utilizando-se de estratégias que incluam apenas as mulheres, em que elas se sintam mais confortáveis e confiantes para compartilhar informações (Ribeiro et al., 2012).

Além disso, diante de uma perspectiva de gênero, é preciso considerar que a sociedade entende o uso de álcool da mulher como descontrole e abdicação do seu papel socialmente determinado de ser “mãe”, “dona de casa” ou “trabalhadora”, ou seja, representações limitadas e equivocadas, que se estendem a todo o contexto de APS, tanto entre os profissionais quanto entre outros usuários (Campos, Reis, 2010).

Devido aos apontamentos de que a IB é eficaz para a diminuição do consumo de álcool nos serviços de APS, pode ser também eficaz no contexto de atenção primária brasileiro, além das mulheres constituírem uma população com peculiaridades a serem levadas em consideração, ressalta-se a necessidade de investigação de estratégias de prevenção do uso de álcool que sejam específicas para o sexo feminino. Para tanto, foi realizada revisão da literatura da eficácia da IB nesta população específica que será apresentado a seguir.

REVISÃO DA LITERATURA

3 REVISÃO DA LITERATURA

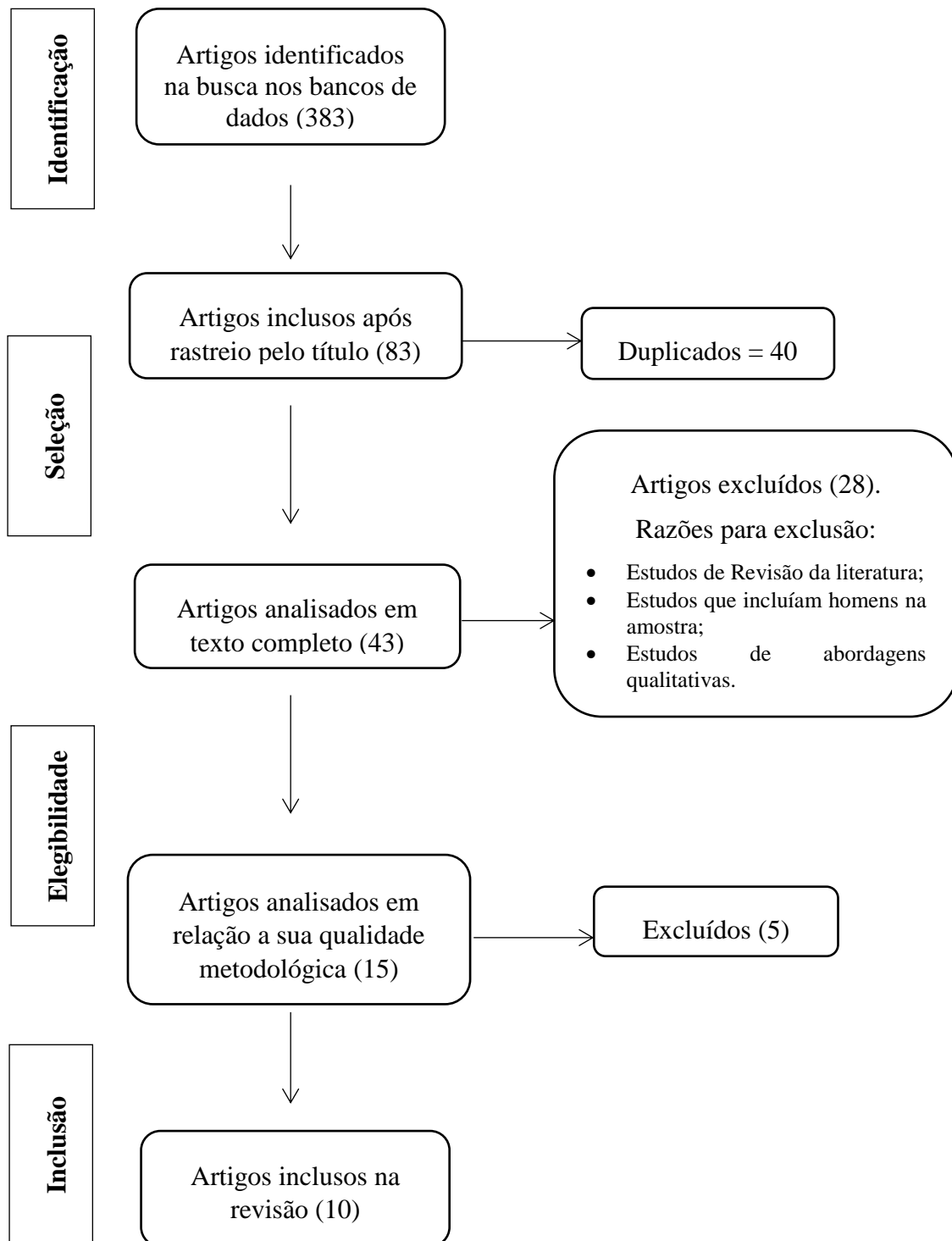
Com o intuito de analisar as investigações que utilizaram a IB para diminuição do padrão de consumo de álcool de mulheres na APS, foi realizada uma revisão sistemática de efetividade com base nos preceitos do Instituto Joanna Briggs (The Joanna Briggs Institute, 2014).

Esta revisão considerou estudos experimentais, incluindo estudos controlados e randomizados, além de trabalhos na íntegra publicados em inglês, português ou espanhol, com data de publicação a partir de 2001, ano em que a OMS sugeriu, por meio de um protocolo, o uso da IB por profissionais da saúde para diminuição do padrão de consumo de álcool na APS (Babor, Higgins-Biddle, 2001). Além do contexto de APS, estudos realizados em clínicas especializadas também foram incluídos devido ao potencial de avaliação da efetividade da IB em mulheres também nesses cenários.

Foram realizadas buscas iniciais nas bases de dados PubMed e Bireme para investigar os termos e palavras indexadas mais utilizadas nos títulos, resumos e palavras-chaves que descreviam os trabalhos. As palavras-chave utilizadas foram "brief alcohol intervention" OR "brief intervention", AND "alcohol", AND "women" AND "primary care". A busca ocorreu nas seguintes bases de dados: MEDLINE e LILACS, através da Bireme, PubMed, Embase, Web of Science e CINAHL, além da busca de trabalhos encontrados na literatura cinzenta.

A base de dados PubMed teve a seguinte sequência de descritores e palavras-chave pesquisadas: “((((brief alcohol intervention) OR brief intervention) AND alcohol) AND women) AND primary care)”. Essa pesquisa foi realizada no dia 20/03/2018 com o link de acesso para internet: ([https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=\(\(\(\(\(brief%20alcohol%20intervention\)%20OR%20brief%20intervention\)%20AND%20alcohol\)%20AND%20women\)%20AND%20primary%20care\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=(((((brief%20alcohol%20intervention)%20OR%20brief%20intervention)%20AND%20alcohol)%20AND%20women)%20AND%20primary%20care))). As estratégias de busca utilizadas nas outras bases de dados seguiram a mesma lógica de busca, utilizando os mesmos descritores e palavras-chave sempre que possível.

Foram selecionados dez artigos que abordaram a utilização da IB em mulheres como estratégia para diminuição do padrão de consumo de álcool na APS, como pode ser observado na Figura 3. A intervenção de interesse utilizada foi a IB e, como comparador, utilizou-se o cuidado usual.

Figura 3 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão sistemática.

Fonte: A autora.

Todos os estudos foram publicados em periódicos norte-americanos, como pode ser observado com mais detalhes no Quadro 2. Como método de investigação, todos os estudos foram Ensaaios Clínicos Randomizados (ECR), sendo um deles um projeto piloto (Ondersma et al., 2015) e um ECR de fase I (Tzilos, Sokol, Ondersma, 2011). Em relação ao contexto em que

foram realizadas as investigações de eficácia da IB, as clínicas especializadas foram a maioria e apenas dois estudos tiveram como contexto serviços de APS (Velasquez et al., 2017; Floyd et al., 2007).

Quadro 2 - Caracterização dos artigos incluídos na revisão, de acordo com título, autor, ano, jornal e tamanho da amostra, 2018.

Título	Autor	Ano	Jornal	Tamanho da Amostra
A randomized trial of a computer-delivered screening and brief intervention for postpartum alcohol use	Ondersma SJ, Svikis DS, Thacker LR, Beatty JR, Lockhart N.	2016	Drug and Alcohol Review	86
A randomized control trial of a chronic care intervention for homeless women with alcohol use problems.	Upshur C, Weinreb L, Bharel M, Reed G, Frisard C.	2015	J Subst Abuse Treat.	76
A randomized controlled trial of screening and brief interventions for substance misuse in reproductive health	Martino S, Ondersma SJ, Forray A, Olmstead TA, Gilstad-Hayden K, Howell HB, Kershaw T, Yonkers KA.	2018	Am J Obstet Gynecol	294
A Randomized Phase I Trial of a Brief Computer-Delivered Intervention for Alcohol Use During Pregnancy	Tzilos GK, Sokol RJ, Ondersma SJ.	2011	Journal of women's health	50
Brief Intervention Decreases Drinking Frequency in HIV-Infected, Heavy Drinking Women: Results of a Randomized Controlled Trial	Chander G, Hutton HE, Lau B, Xu X, McCaul ME.	2015	J Acquir Immune Defic Syndr.	148

Brief intervention for women with risky drinking and medical diagnoses: A randomized controlled trial	Chang G, Fisher ND, Hornstein MD, Jones JA, Hauke SH, Briegleb C, Orav EJ.	2011	J Subst Abuse Treat.	511
Computer-Delivered Screening and Brief Intervention for Alcohol Use in Pregnancy: A Pilot Randomized Trial.	Ondersma SJ, Beatty J, Svikis D, Strickler R, Tzilos G, Chang G, Divine G, Taylor A, Sokol R.	2015	Alcoholism: clinical and experimental research	39
Preventing Alcohol and Tobacco Exposed Pregnancies: CHOICES Plus in Primary Care.	Velasquez MM, von Sternberg KL, Floyd RL, Parrish D, Kowalchuk A, Stephens NS, Ostermeyer B, Green C, Seale JP, Mullen PD.	2017	American Journal of Preventive Medicine.	248
Preventing alcohol-exposed pregnancies - A randomized controlled trial	Floyd RL, Sobell M, Velasquez M, Ingersoll K, Nettleman M, Sobell L, Mullen P, Ceperich C, von Sternberg K, Bolton B, Skarpness B, Nagaraja J. Project CHOICES Efficacy Study Group.	2007	Am J Prev Med	593
The Healthy Moms Study: the efficacy of brief alcohol intervention in postpartum women.	Fleming MF, Lund MR, Wilton G, Landry M, Scheets D.	2008	Alcohol Clin Exp Res.	221

Fonte: A autora.

Estudo realizado com mulheres no pós-parto avaliou o efeito de uma IB feita por meios digitais via computadores (Ondersma et al., 2016), com sessões de vinte minutos cada e baseada nos preceitos da entrevista motivacional e no acrônimo FRAMES. Como comparador, o grupo controle participou dos mesmos processos de rastreamento do grupo intervenção, porém não recebeu a IB; ao invés disso, o grupo controle assistiu a vídeos e respondeu a perguntas relacionadas. Essas condições foram determinadas para o grupo controle com o objetivo de cegar os pesquisadores e de diminuir a probabilidade de reatividade de um efeito não intencional da intervenção breve.

Os resultados desse estudo (Ondersma et al., 2016) indicaram que, no seguimento de três meses, 15 de 41 participantes (36.6%) que receberam a IB, relataram abstinência, versus 11 de 42 (26.2%) no grupo controle ($p=0.307$, $OR=1.6$). Os resultados encontrados relacionados às doses diárias de álcool e aos episódios de beber pesado no seguimento de três meses também não foram estatisticamente significativos na comparação entre os grupos. O estudo não encontrou evidência da eficácia da intervenção breve via computador para mulheres no pós-parto.

Em estudo realizado com mulheres moradoras de rua atendidas em quinze diferentes centros de saúde, buscou avaliar o efeito da IB na diminuição do padrão de consumo abusivo de álcool. Para a realização da IB, utilizou-se uma abordagem de redução de danos condizentes com a disposição do participante em participar do cuidado. O grupo controle recebeu apenas o cuidado usual dos serviços, que se constituía em consultas médicas de rotina (Upschur et al., 2015).

Neste mesmo estudo, diferenças estatisticamente significativas foram encontradas entre os dois grupos, no seguimento de três meses, relacionadas à utilização dos serviços de aconselhamento para uso de substâncias. Enquanto 25% das mulheres do grupo intervenção não utilizaram este serviço, mais da metade dos participantes de cuidados habituais não o utilizaram ($p < 0,01$). As taxas de consumo de doses de álcool mensais decaíram drasticamente em ambos os grupos, sem apresentar diferenças significativas (Upschur et al., 2015).

Investigação realizada com mulheres férteis em clínicas de saúde reprodutivas buscou avaliar o efeito da IB no consumo autorrelatado de álcool e na busca por serviço especializado. O estudo visou comparar três diferentes grupos: o primeiro recebeu uma intervenção única de vinte minutos, baseada no modelo de motivação para mudança e realizada pelo celular; a segunda, uma intervenção com as mesmas características da primeira, porém realizada presencialmente por profissionais de saúde previamente treinados; a terceira constituiu-se por uma interação de dois minutos com informações sobre seu padrão de consumo de álcool e uma lista de locais de tratamento. Neste estudo, houve declínio de consumo de álcool diário em todos os grupos analisados, porém a diferença encontrada entre os grupos não foi significativa. A busca por tratamento especializado também ocorreu em todos os três grupos e, novamente, não foi encontrada diferenças significativas entre os grupos (Martino et al., 2018).

Em outro estudo realizado com mulheres grávidas, teve como objetivo investigar a viabilidade e a aceitabilidade da IB realizada em clínicas de pré-natal (Tzilos, Sokol, Ondersma,

2011). O estudo randomizou as participantes em dois grupos: o primeiro grupo recebeu uma IB computadorizada com duração de 20 a 30 minutos e autogerida, ou seja, as participantes realizavam a intervenção sozinhas, porém, caso tivessem alguma dúvida ou dificuldade, poderiam pedir ajuda para um dos assistentes da pesquisa. As participantes do segundo grupo assistiam a um vídeo de cultura popular, além de responderem diversas perguntas relacionadas - a duração dessa intervenção foi igual a do primeiro grupo.

Em relação aos resultados relacionados à viabilidade da IB, todas as participantes conseguiram completá-la sem a necessidade de assistência dos assistentes da pesquisa. Além disso, a intervenção também apresentou altas taxas de aceitabilidade pelas participantes, que relataram gostar da intervenção e da facilidade do seu uso. Ambos os grupos demonstraram redução estatisticamente significativa no consumo de álcool no seguimento de um mês ($p < 0.01$) (Tzilos, Sokol, Ondersma, 2011).

Em estudo semelhante, também realizado com mulheres grávidas em clínicas de pré-natal, foi investigado o efeito da IB na diminuição do consumo de álcool (Ondersma et al., 2015). A IB foi oferecida ao grupo intervenção e realizada em uma sessão de vinte minutos via computador e fundamentou-se nos princípios da entrevista motivacional e da teoria da autodeterminação. As técnicas utilizadas foram as seguintes: (i) educação breve sobre riscos de gravidez relacionados ao álcool; (ii) ajudar o participante a avaliar os prós e contras da mudança; (iii) feedback sobre quantas mulheres bebem durante a gravidez; e (iv) obter uma meta específica e selecionada pelo participante para beber durante o resto da gravidez. As participantes randomizadas para o grupo controle receberam sessões de vinte minutos de duração, em que obtinham informações focadas na nutrição do bebê, sem nenhuma referência ao consumo de álcool.

Como resultado deste estudo, ambos os grupos aumentaram as taxas de abstinência de álcool nos últimos noventa dias, sendo que o grupo intervenção apresentou uma vantagem estatisticamente não significativa, quando comparado ao grupo controle ($p=0,19$). Em relação à busca por tratamento especializado para o transtorno relacionado ao uso de álcool, nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada e apenas uma participante buscou tratamento, pertencente ao grupo intervenção (Ondersma et al., 2015).

Estudo realizado com mulheres em tratamento para o HIV em clínica especializada buscou investigar o efeito da IB na redução do consumo de álcool (Chander et al., 2015). O estudo randomizou as participantes em dois grupos: o primeiro grupo recebeu uma IB em duas

sessões de vinte minutos cada, com aproximadamente um mês de intervalo entre elas, baseada nos preceitos da entrevista motivacional e na terapia cognitivo comportamental. Esta foi realizada por um pesquisador mestre e com adaptação do conteúdo relacionado à infecção pelo vírus do HIV. O segundo grupo foi considerado controle e estas participantes não receberam a IB, mas receberam os cuidados de rotina da clínica especializada.

Os resultados deste estudo demonstram que a frequência de consumo diário de álcool diminui no grupo intervenção com significância estatística, quando comparado ao grupo controle, sendo que o grupo que recebeu a IB esteve menos propenso a consumir bebida diariamente (OR: 0.42 (95% CI: 0.23–0.75) ($p=0.005$) (Chander et al., 2015). Em relação ao beber pesado episódico e a média diária de consumo de álcool, nenhuma diferença significativa foi encontrada entre os grupos.

Ensaio clínico randomizado que investigou o efeito da IB em mulheres que apresentavam diagnóstico de hipertensão arterial, diabetes, osteoporose ou infertilidade, foi realizada em uma clínica especializada em mulheres (Chang et al., 2011). As participantes do estudo foram divididas aleatoriamente entre dois grupos, sendo que o grupo controle não recebeu nenhuma intervenção, a não ser o cuidado usual de rotina do hospital, e o grupo intervenção recebeu a IB em uma sessão única de trinta minutos cada com conteúdo baseado na mudança de comportamento e os seguintes componentes: avaliação, feedback, estabelecimento de metas e de contrato.

Como resultado, este mesmo estudo encontrou que, ao comparar os grupos intervenção e controle, nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada entre as participantes em relação ao número de doses diárias de álcool, porcentagem de dias de consumo e episódios de beber pesados, apenas discretas diminuições no consumo de álcool, porém sem diferenças entre os grupos (Chang et al., 2011).

Estudo realizado em doze serviços públicos de APS buscou investigar o efeito da IB na redução do consumo de álcool em mulheres que apresentam possibilidade de engravidar. O estudo randomizou as participantes em dois grupos: o primeiro grupo recebeu uma IB nomeada pelos autores como *CHOICES Plus* - as participantes atuaram em duas sessões de quarenta minutos cada, nas quais foram encorajadas a comparecer a uma consulta de métodos de contracepção, além de motivadas a mudar o comportamento relacionado ao uso de álcool e tabaco, de acordo com as metas estabelecidas individualmente. As participantes do segundo

grupo receberam aconselhamento breve sobre o uso de álcool e tabaco, além do encaminhamento para serviços especializados (Velasquez et al., 2017).

Após análise do seguimento de nove meses, foi encontrado que as mulheres do grupo intervenção (*CHOICES Plus*) diminuíram, com significância estatística, o risco de fazer uso de álcool ($p=0.001$) e tabaco ($p=0.003$) durante a gestação, além de diminuírem o risco de utilizar contracepção ineficaz ($p=0.001$), quando comparadas ao grupo controle (Velasquez et al., 2017).

Outro estudo, que também teve como objeto as mulheres que apresentam possibilidade de engravidar, foi realizado em seis serviços públicos de APS. O objetivo era avaliar o efeito de uma IB realizada com essas mulheres e, para tanto, as participantes elegíveis foram divididas aleatoriamente em dois grupos: o primeiro grupo recebeu a IB realizada em cinco sessões. Além disso, a intervenção utilizou técnicas de motivação de mudança de comportamento, embasadas na entrevista motivacional e focadas em dois principais comportamentos: o primeiro, de reduzir o consumo de álcool; e o segundo, de reduzir o uso incorreto de contraceptivos. O grupo controle não recebeu nenhuma sessão de IB, apenas informações gerais de rotina (Floyd et al., 2007).

Ao analisar o número de episódios de beber pesado nos últimos nove meses, observou-se que ambos os grupos diminuíram este comportamento, sendo que no grupo intervenção, considerando o seguimento de nove meses, 57,9% das participantes relataram não apresentar nenhum episódio de beber pesado, e no grupo controle, 46,8%. Em relação à avaliação da média de doses semanais de álcool entre as participantes, ambos os grupos de participantes reduziram consideravelmente essa média e, apesar do grupo intervenção apresentar uma redução maior, não houve diferenças estatisticamente significativas (Floyd et al., 2007).

Estudo, que avaliou o efeito da IB em mulheres maiores de dezoito anos no período de pós-parto, foi realizado em clínicas de obstetrícia (Fleming et al., 2008). O pesquisador randomizou as participantes em dois grupos: o primeiro grupo recebeu a IB; o segundo não realizou a intervenção e recebeu um folheto com informações gerais de saúde. A IB realizada com o grupo intervenção constituiu-se em duas sessões de quinze minutos cada com intervalo de um mês entre elas com base na terapia cognitivo-comportamental e na entrevista motivacional, além de desenvolver atividades de feedback dos comportamentos atuais, revisão de prevalência dos problemas relacionados ao abuso do álcool, “dicas” de comportamentos

mais saudáveis relacionados à bebida, prescrição de frequência e quantidade de álcool acordada com a participante e um diário de consumo.

Como resultado, o estudo observou que, em relação à média de doses de álcool consumida no último mês, o grupo intervenção teve uma diminuição maior estatisticamente significativa (19,8 - 19,2), quando comparado ao grupo controle (24,1 - 22,1; $p=0,013$). A média de dias de consumo de álcool também foi analisada e uma diferença estatisticamente significativa foi encontrada a favor do grupo intervenção (Grupo Intervenção: 6,9 - 6,3; versus Grupo Controle: 9,2 - 22,1; $p=0,024$). Em relação à média de episódios de beber pesado, o grupo intervenção apresentou uma queda estatisticamente significativa maior (1,7 - 2,2), quando comparado ao grupo controle 2,6 - 3,1; $p=0,019$) (Fleming et al., 2008).

No Brasil, estudo que teve como objetivo analisar a eficácia da utilização da IB em mulheres gestantes (Aliane, 2012), 86 participantes, que faziam uso de risco de álcool, foram divididas em dois grupos, nos quais o grupo intervenção recebeu a IB e o controle um folheto informativo impresso. As gestantes do grupo IB apresentaram menor média de doses consumidas e maior taxas de abstinência, contudo as diferenças encontradas, quando comparada ao grupo controle, não foram estatisticamente significativas.

Analisando as amostras dos estudos que visaram investigar a utilização da IB para diminuição do padrão de consumo de álcool de mulheres na APS, observou-se que a maioria dos trabalhos (três) foi realizado com mulheres que apresentavam possibilidade de engravidar (Martino et al., 2018; Velasquez et al., 2017; Floyd et al., 2007), seguida por aquelas no período do pós-parto (Ondersma et al., 2016; Fleming et al., 2008), gestantes (Tzilos, Sokol, Ondersma, 2011; Ondersma et al., 2015), um trabalho com mulheres moradoras de rua (Upschur et al., 2015), em tratamento para o HIV (Chander et al., 2015) e com algum diagnóstico clínico (Chang et al., 2011), respectivamente.

As IBs realizadas nos trabalhos analisados apresentaram, de modo geral, conteúdos semelhantes e baseados na entrevista motivacional (Martino et al., 2018; Velasquez et al., 2017; Floyd et al., 2007; Ondersma et al., 2016; Fleming et al., 2008; Ondersma et al., 2015; Upschur et al., 2015; Chang et al., 2011). Uma pesquisa relatou ter utilizado em sua IB preceitos da redução de danos (Chander et al., 2015) e um último estudo não especificou quais foram os conteúdos da IB (Tzilos, Sokol, Ondersma, 2011).

Os grupos controles dos estudos analisados também variavam em sua estrutura. A maioria deles utilizou os cuidados usuais do serviço, ou seja, a assistência que os serviços

ofertavam rotineiramente (Upschur et al., 2015; Chander et al., 2015; Chang et al., 2011; Velasquez et al., 2017; Floyd et al., 2007). Dois trabalhos utilizaram vídeos com conteúdo de clipes de música ou de cultura popular, no mesmo formato em que os grupos intervenções dos respectivos trabalhos, como forma de diminuir a probabilidade de reatividade de um efeito não intencional da IB (Ondersma et al., 2016; Tzilos, Sokol, Ondersma, 2011). Outras três investigações forneceram informações genéricas às participantes (Martino et al., 2018; Ondersma et al., 2015; Fleming et al., 2008).

Ao ponderar os resultados dos estudos, nota-se uma dificuldade na realização de conclusões robustas, já que, quando analisados em relação à frequência e quantidade de consumo de álcool, metade dos trabalhos não demonstram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, ou seja, aquelas mulheres que receberam a IB e aquelas que não receberam, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas de consumo de álcool após a avaliação dos seguimentos (Chang et al., 2011; Floyd et al., 2007; Ondersma et al., 2016; Ondersma et al., 2015; Martino et al., 2018).

Entre as diferenças estatisticamente significativas encontradas entre os dois grupos no seguimento, destacam-se alterações no padrão de consumo de álcool, sejam elas relacionadas à frequência ou quantidade (Tzilos, Sokol, Ondersma, 2011; Chander et al., 2015; Velasquez et al., 2017; Fleming et al., 2008). Além disso, um estudo encontrou diferenças relacionadas à utilização dos serviços de aconselhamento para uso de substâncias (Upschur et al., 2015).

Mesmo com alguns trabalhos consistentes demonstrando o potencial da IB realizada com mulheres no cenário de APS, os resultados ainda são inconclusivos e necessitam ser mais bem investigados. No contexto latino-americano, esses estudos são escassos, a busca sistemática nas bases de dados não detectou nenhuma publicação de pesquisa realizada no Brasil, e o único trabalho encontrado foi realizado com gestantes. Esses resultados sugerem que uma maior atenção a essa estratégia utilizada na população de mulheres é necessária.

Diante do exposto, torna-se evidente a necessidade de outras averiguações que busquem investigar o efeito da IB realizada com mulheres no contexto brasileiro da APS.

HIPÓTESE

4 HIPÓTESE

A hipótese de nulidade do estudo será: a realização da IB não é mais efetiva do que o Aconselhamento Breve (AB) para a redução do padrão de consumo de álcool em mulheres atendidas nos serviços de APS. Será considerado em 5% o nível de rejeição da hipótese de nulidade ($p < 0,05$), ou seja, a hipótese nula será rejeitada caso o valor de p seja inferior a 0,05.

OBJETIVOS

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a efetividade da IB na mudança do padrão de consumo de álcool de mulheres de uma unidade de APS da cidade de São Paulo.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o padrão de uso de álcool de mulheres que buscaram atendimento em uma unidade de APS da cidade de São Paulo.
- Verificar a associação do padrão de uso de álcool de mulheres que buscaram atendimento em uma unidade de APS com suas características sociodemográficas, clínicas e comportamentais.
- Verificar a efetividade da IB nos estágios de prontidão para mudança de comportamento de mulheres de uma unidade de APS da cidade de São Paulo.
- Verificar a efetividade da IB na frequência e quantidade de álcool consumidas no último mês por mulheres de uma unidade de APS da cidade de São Paulo.

MÉTODO

6 MÉTODO

6.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um ensaio clínico randomizado de intervenção complexa (ECR) que se caracteriza por ser um estudo em que pacientes, com condições clínicas de interesse, são selecionados e divididos em dois grupos: um grupo chamado de grupo experimental, exposto a uma intervenção que se acredita ser opção melhor de tratamento, e o grupo controle, que é conduzido da mesma forma, porém não recebe a intervenção (Fletcher, Fletcher, 2006). O curso da doença é investigado e os desfechos são atribuídos à intervenção proposta. Os ECRs de intervenção complexa têm como fundamento a prática baseada em evidência e o cuidado centrado no cliente, caracterizando-se por ter como tratamento as intervenções que irão se diferenciar em sua composição (Sidani, Braden, 2013).

Mulheres com a condição clínica de interesse, aquelas que fazem consumo de risco ou nocivo de álcool em serviços da APS, foram divididas aleatoriamente em dois diferentes grupos: o grupo intervenção e o grupo controle. Os dois grupos foram conduzidos da mesma maneira durante o decorrer do estudo, porém a única diferença foi a participação do grupo intervenção em uma sessão de IB. Acredita-se que, dessa forma, a mudança no padrão de consumo de álcool relatada por essas mulheres após um período possa ser atribuída ao tratamento recebido.

Para verificar a associação entre os padrões de consumo de risco e nocivo do álcool e as variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais da amostra, o estudo também realizou uma análise transversal dos dados coletados no rastreio, referentes às mulheres usuárias de serviços da APS da cidade de São Paulo.

6.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo teve como cenário a Unidade Básica de Saúde da Sé (UBS-Sé), localizada no distrito administrativo do Centro da cidade de São Paulo, a qual pertence à Supervisão Técnica de Saúde Centro e parte da Coordenadoria Regional de Saúde Centro. A Supervisão Técnica de Saúde Centro possui oito UBSs, divididas entre seus oito distritos administrativos (Bom Retiro,

Santa Cecília, Consolação, Cambuci, Liberdade, Bela Vista, República e Sé). A UBS da Sé possui uma área de abrangência de, aproximadamente, 40 mil habitantes e conta com seis equipes de estratégia de saúde da família e duas equipes de consultório na rua (São Paulo, 2016).

Apesar de a UBS-Sé apresentar características de atendimentos que se assemelham a aqueles realizados em outros serviços de Atenção Básica à Saúde existente no país (Brasil, 2012), é importante destacar suas peculiaridades em relação ao seu território que incluem um elevado índice de atendimentos de pessoas em situação de vulnerabilidade e em situação de rua (São Paulo, 2015), as quais têm maior prevalência de algumas condições crônicas de saúde, dentre elas o alcoolismo (Carneiro Junior, de Jesus, Crevelim, 2010), o que torna relevante a inserção de práticas de prevenção e promoção à saúde relacionadas ao uso da substância.

6.3 PARTICIPANTES

Foram elegíveis para participar do estudo todos os usuários do sexo feminino que frequentaram a UBS-Sé no período de julho de 2017 a janeiro de 2018. As mulheres eram abordadas nos diferentes espaços desta unidade de saúde e convidadas a responder a pesquisa. Após aceitarem participar, preenchiam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo 1) - e a participante era convidada a responder às questões do estudo.

A princípio, foi realizada uma avaliação de linha de base (primeira etapa - T₀), incluindo questões referentes aos aspectos sociodemográficos, clínicos e comportamentais, além de uma avaliação do padrão de consumo de álcool. As participantes, que apresentavam um padrão de consumo de risco ou nocivo do álcool, foram randomizadas nos grupos de interesse, conforme detalhado na sessão de procedimentos para coleta de dados.

Para participar do estudo as mulheres precisavam preencher os seguintes critérios de inclusão:

- Ser do sexo feminino;
- Idade, na data da avaliação inicial, maior ou igual a 18 anos;
- Apresentar padrão de consumo de álcool de risco ou nocivo, conforme instrumento de avaliação;
- Apresentar-se disponível para frequentar o serviço durante o período necessário;

- Ter contato telefônico ativo.

Os critérios de exclusão da amostra foram:

- Alterações de comportamento visíveis com sinais de intoxicação por substâncias psicoativas que serão avaliados pela investigadora principal. Essas alterações prejudicam a atenção necessária para responder as questões da pesquisa;
- Não ter como primeira língua a portuguesa - falar com destreza a língua portuguesa facilita a comunicação entre o interventor e a participante;
- Não ter acesso a telefone fixo ou celular – o contato telefônico foi essencial para a execução de determinados procedimentos da pesquisa;
- Estar em tratamento para transtorno por uso de substâncias psicoativas - o tratamento poderá ser um viés na avaliação do efeito da IB;
- Estar grávida - mulheres gestantes possuem indicação de se manterem abstinentes durante toda a gestação, o que influencia diretamente no seu padrão de consumo de álcool.

As participantes, que foram incluídas na pesquisa a partir dos critérios expostos, foram randomizadas em dois diferentes grupos, como será apresentado mais adiante.

6.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis de interesse do estudo foram divididas entre: sociodemográficas, clínicas, comportamentais. Todas as variáveis foram coletadas pelo autorrelato das participantes em um questionário sociodemográfico, clínico e comportamental (Apêndice 1).

6.4.1 Variáveis de caracterização sociodemográfica

- Idade;
- Sexo;
- Orientação sexual:

- Identidade de gênero;
- Cor ou raça/Etnia;
- Estado conjugal;
- Número de filhos;
- Se está gestante ou não;
- Religião;
- Escolaridade;
- Ocupação;
- Afirmar trabalhar ou não no último ano;
- Situação de moradia;
- Número de pessoas na família;
- Renda familiar por classe social.

6.4.2 Variáveis de caracterização clínica

- Praticar ou não atividade física;
- Praticar atividade física, definir qual;
- Apresentar ou não hipertensão arterial;
- Apresentar ou não diabetes;
- Apresentar ou não colesterol;
- Apresentar ou não algum outro tipo de doença clínica;
- Apresentar ou não algum transtorno mental diagnosticado;
- Apresenta algum transtorno mental diagnosticado, definir qual;
- Apresenta algum transtorno mental diagnosticado, definir tratamento.

6.4.3 Variáveis de caracterização comportamental

- Realizar ou não o consumo de alguma droga;
- Realiza o consumo de alguma droga, definir qual;
- Realiza o consumo de alguma droga, definir frequência;
- Realiza o consumo de alguma droga, definir quantidade;
- Realizar ou não o consumo de tabaco;
- Realiza o consumo de tabaco, definir frequência;
- Realiza o consumo de tabaco, definir quantidade;
- Realizar ou não o consumo de álcool;
- Realiza o consumo de álcool, definir qual a bebida de preferência.

6.5 DESFECHOS DO ESTUDO

Os desfechos de interesse do estudo avaliados foram: identificação do padrão de consumo de álcool, identificação de prontidão para mudança de comportamento e identificação da frequência e quantidade de álcool consumido no último mês. Os desfechos serão descritos com detalhes a seguir e todos foram coletados por meio do autorrelato das participantes.

6.5.1 Instrumento de identificação do padrão de consumo de álcool

Para identificação do padrão de uso de álcool foi utilizado o instrumento Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT (Saunders et al., 1993) (Apêndice 2). O AUDIT é um instrumento composto por dez questões e, de acordo com a pontuação, auxilia a identificar quatro diferentes padrões de consumo de álcool: uso de baixo risco ou abstinência, uso de risco, uso nocivo e provável dependência.

Trata-se de um instrumento considerado ideal para o cenário de atenção básica e seu uso é indicado por diversos pesquisadores da área (Jomar, Paixão, Abreu, 2012). O AUDIT já foi

validado em diversos países com resultados satisfatórios tanto para homens quanto para mulheres (Babor, Robaina, 2016) e, no Brasil, foi validado em 1999 com índice de sensibilidade de 87%, de especificidade de 81% e de confiabilidade de 0,8 (Mendéz, 1999).

Na última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), considerado a principal classificação de diagnósticos de transtornos mentais, não é mais utilizado o termo “dependência” e, sim, “transtorno por uso de álcool”, cuja classificação é realizada em um espectro de leve, moderado e grave (NIAAA, 2016). Os autores deste presente trabalho consideram a classificação do DSM-V a mais adequada para ser utilizada, porém adotaram os termos “abstinência”, “uso de baixo risco”, “uso de risco”, “uso nocivo” e “provável dependência”, devido à classificação do instrumento AUDIT que também é realizada e definida pela OMS (2017), apresentadas a seguir:

Uso de baixo risco ou abstinência

Quando a pessoa não fez uso de álcool no último ano ou, quando esse uso, foi feito em frequência e quantidade aceitáveis, ou seja, dentro de um padrão de consumo indicado pela Organização Mundial de Saúde que não causa nenhum risco à pessoa.

Uso de risco

Este padrão de consumo é caracterizado por um aumento no risco de causar danos para a saúde física, mental ou relacionamentos do indivíduo, se os hábitos atuais de consumo persistirem.

Uso nocivo

Padrão de consumo que causa danos para a saúde física ou mental do indivíduo. A diferença do padrão de uso nocivo para o de risco é que, no primeiro, o indivíduo em questão já experiencia os danos causados pelo consumo da bebida, mesmo que ele não tenha consciência disso.

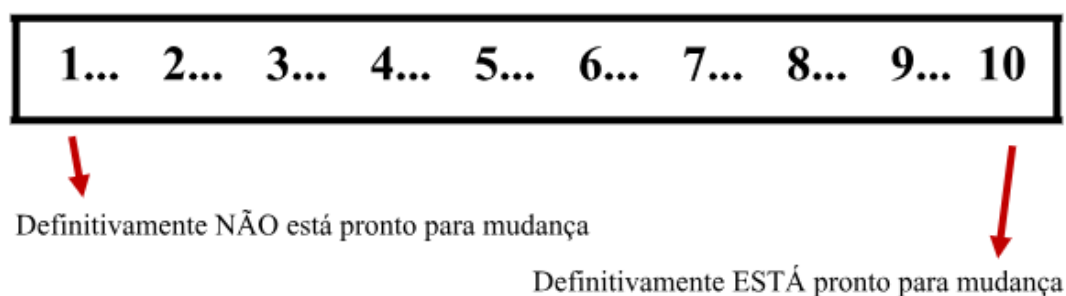
Provável dependência

Dependência alcoólica pode ser definida como um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos em que o uso de álcool assume uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo do que outros comportamentos que anteriormente tinham maior valor. Alguém que é dependente de álcool pode persistir em beber, apesar das consequências prejudiciais.

6.5.2 Instrumento de identificação da prontidão de mudança de comportamento

Para a identificação do estágio motivacional, foi utilizada a régua de prontidão para mudança de comportamento – RPM (Figura 4), cujo uso avalia o estágio de prontidão para mudança e trata-se de uma estratégia de escalonamento que conceitua a prontidão/motivação para a mudança ao longo de um contínuo. A participante será questionada: “o quanto se sente pronta para mudança numa escala de 1 a 10?”, sendo os estágios classificados de acordo com RPM em: Pré-contemplação (PC=1-2=1 ponto), Contemplação (C=3-4=2 pontos), Preparação (P=5-6=3 pontos), Ação (A=7-8=4 pontos) e Manutenção (M=9-10=5 pontos) (Velasquez et al., 2001).

Figura 4 - Régua de Prontidão para Mudança de Comportamento.



Fonte: A autora.

6.5.3 Avaliação do consumo de álcool no último mês

Foram realizadas perguntas referentes à frequência diária e à quantidade, em números de doses de álcool, em um período prévio de trinta dias.

- No último mês, qual foi a frequência de consumo de álcool? Diária, semanal, mensal ou nenhuma?
- No último mês, qual foi a quantidade de consumo de álcool (em doses) nas vezes em que fez uso da bebida?

6.6 TAMANHO DA AMOSTRA

A amostra foi calculada com base em estudo prévio de Soares (2016), que avaliou o efeito da IB em usuários de risco e nocivo do álcool. Considerando que o cálculo de medidas de ANOVA para medidas repetidas, com tamanho de efeito de 1,05 e erro do tipo 1 e 2 de 5% cada, foi necessária uma amostra de quinze sujeitos. Levando em conta que o estudo prévio obteve uma perda de 75% dos sujeitos do sexo feminino durante o seguimento, a amostra mínima do presente estudo foi de sessenta sujeitos.

6.7 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

O procedimento para coleta de dados foi dividido em quatro etapas, conforme serão descritas na sequência.

ETAPA 1 - Treinamento da equipe de pesquisa

O treinamento foi realizado com alunos da graduação e pós-graduação em Enfermagem, todos enfermeiros integrantes do grupo de pesquisa intitulado: Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem em Adições: Álcool e outras Drogas – NEPEAA, e ministrado por enfermeiras capacitadas para a realização da IB. O treinamento teve carga horária de quatro horas teóricas e quatro horas práticas.

As horas teóricas foram desenvolvidas por meio de aulas expositivas que abordaram os seguintes tópicos: abordagem de pesquisa, as mulheres e o uso de álcool, processo de rastreamento e o processo de randomização. As horas práticas foram desenvolvidas no cenário de coleta de dados, onde os alunos em treinamento observavam as demonstrações práticas dos ministrantes, além de dramatizarem a realização completa da coleta, em duplas, entre os próprios alunos.

ETAPA 2 – Rastreamento, Randomização e Cegamento

O rastreamento foi realizado na UBS-SÉ, nos espaços comuns do serviço, como as salas de espera, corredores e filas de atendimento. A equipe envolvida na coleta de dados abordava as mulheres para convidá-las para participar da pesquisa, as quais recebiam explicação detalhada do processo de rastreio e eram informadas de que se tratava de um estudo sobre o consumo de álcool. Após o aceite da usuária, a mesma era convidada a ler e preencher o TCLE e, então, a entrevista era realizada em um ambiente reservado.

As mulheres que apresentavam um uso de baixo risco do álcool ou eram abstinentes recebiam um feedback sobre os seus resultados. Aquelas classificadas com um padrão de uso de álcool de provável dependência foram encaminhadas para o serviço especializado de referência, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas da Sé¹, para avaliação e tratamento por meio de um convite (Apêndice 3).

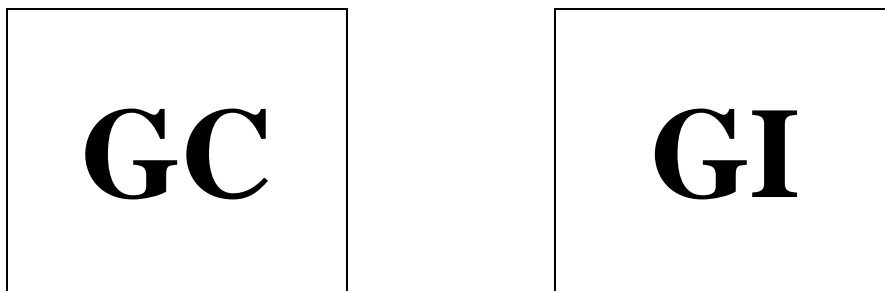
Com o recrutamento das participantes elegíveis, era realizada a randomização, cujo processo teve como objetivo alocar as participantes em dois grupos diferentes de forma aleatória e não controlada, sempre supervisionado pelo investigador principal. As mulheres foram randomizadas para dois diferentes grupos, o Grupo Intervenção - GI e o Grupo Controle - GC.

A técnica utilizada para a randomização foi à utilização de um *website* www.randomization.com. O processo gerou uma lista numérica que vai do número 01 ao 66 (Anexo 3) com alocações, direcionando para o GC ou GI. A amostra prevista do estudo foi calculada em 60, porém utilizou-se de uma margem adicional de 10% de participantes para suprir perdas relacionadas à randomização. Partindo dessa lista numérica gerada, foram confeccionados envelopes numerados de 1 a 66 e, dentro destes, havia cartões com letras que direcionavam as participantes para o GC ou para o GI.

Esses cartões eram ilegíveis dentro dos envelopes lacrados. Além disso, a confecção dos envelopes foi realizada por uma pessoa que não estava, de maneira alguma, envolvida na pesquisa, o que tornava quase impossível prever para qual grupo a participante seria direcionada.

¹ CAPS AD - Sé: R. Frederico Alvarenga, 259 2º andar. Pq. D. Pedro I. São Paulo – SP. Brasil.

Figura 5 - Cartões utilizados para a randomização do Grupo Controle (GC) e para o Grupo Intervenção (GI).



Fonte: A autora.

ETAPA 3 - Intervenções

Grupo Controle (GC)

As mulheres alocadas para o GC eram informadas sobre o seu padrão de consumo de álcool, ou seja, recebiam um aconselhamento breve com a duração de cinco minutos, que informava que o padrão de consumo de álcool estava acima do indicado e era aconselhável diminuí-lo. Não eram detalhadas as doses recomendáveis de consumo e nenhuma ação motivacional era realizada com o intuito de reduzir ou repensar o consumo. Caso a participante tivesse alguma dúvida relacionada ao seu consumo de álcool, ela recebia uma resposta sem privá-la de nenhuma informação solicitada.

Na sequência, o autor solicitava o número do telefone da participante, de preferência dois, um fixo e um celular. Um convite para participar do seguimento com as datas das ligações era entregue para a participante (Apêndice 4). Não houve nenhum outro tipo de contato com a participante, a não ser o seguimento que será apresentado mais adiante.

Grupo Intervenção (GI)

O GI recebeu o mesmo tratamento que o GC e, além disso, recebeu a IB. Para a realização da intervenção, foi desenvolvido um protocolo baseado na literatura existente, detalhando todas as ações desenvolvidas durante o processo.

As IBs foram realizadas pela autora, enfermeira e especialista em saúde mental, capacitada para a realização da intervenção e integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem em Adições - Álcool e Outras Drogas - NEPEEA, vinculado à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Os seis elementos do acrônimo do inglês “FRAMES”, devolutiva (feedback), responsabilidade, aconselhamento, menu de opções, empatia e autoeficácia, foram os ingredientes ativos da intervenção, ou seja, estavam presentes permeando todas as fases do processo. A IB foi entregue às usuárias em um único encontro durante sessões no próprio serviço, em consultórios reservados, com duração média de 20 a 30 minutos cada. Todas as intervenções ocorriam no mesmo dia da primeira abordagem e alocação das mulheres no GI, assim evitaria a não adesão delas ao tratamento. Um convite para participar do seguimento com as datas das ligações era entregue para a participante (Apêndice 4).

Para o monitoramento do andamento das sessões, foram realizados encontros mensais da autora intervencionista com uma segunda enfermeira especializada em saúde mental, capacitada para a realização da IB. A autora intervencionista realizava anotações após o término de cada sessão e discutia, nestes encontros, questões relacionadas ao desenvolvimento das intervenções.

Segue abaixo a descrição das sessões de IBs realizadas que irá sempre guiar o intervencionista, em caso de reproduções futuras, e deve estar presente todas as vezes em que for realizada.

Intervenção Breve – IB

Para a realização da IB, foi utilizado um material gráfico de apoio com informações e figuras para tornar a intervenção mais acessível e didática (Apêndice 5) e constituiu-se em quatro passos: introduzindo, balanço do beber saudável, construindo a mudança e finalizando.

Introduzindo

Realizar perguntas com o objetivo de conhecer melhor a mulher que participa da intervenção, entendendo o seu contexto social, de trabalho, moradia e família.

- Perguntar sobre a vida, sobre a carreira, família, hábitos, diversão, preocupações, etc.

Investigar o consumo de álcool, retomando com a devolutiva, os resultados dos questionários utilizados para avaliação do padrão de consumo de álcool. Manter uma postura empática.

- Pedir permissão para conversar sobre o seu uso de álcool.

- Caso a participante se negue a conversar sobre o uso de álcool, buscar entender o porquê e tentar sensibilizá-la;
- Dizer à participante que ela pode interromper a sessão em qualquer momento que se sentir desconfortável - pode ser uma maneira de sensibilizá-la.
- Caso a participante aceite conversar sobre o uso do álcool: conceder algumas informações sobre o consumo de álcool e discutir essas informações, que devem, preferencialmente, estar contextualizadas à realidade dela.

Para auxiliar no aconselhamento a respeito do consumo de álcool e da saúde da mulher, utilizar um material facilitador para o desenvolvimento da intervenção. O material deve ser lido com a mulher, item por item, e discutido, adaptando os tópicos à realidade dela. Neste momento, utilizar os ingredientes ativos de aconselhamento e responsabilidade. Este material aborda as informações por tópicos apresentados a seguir:

- A mulher e o homem metabolizam o álcool de formas diferentes;
- Existe uma diferença de peso, de líquido no corpo e da presença de uma enzima chamada “desidrogenase” em homens e mulheres;
- Essa diferença torna as mulheres mais vulneráveis aos efeitos do álcool;
- O consumo de álcool pode ser influenciado por características atribuídas às mulheres, que são construídas socialmente, ou seja, por questões de gênero, as quais imputam que mulheres são vistas como pessoas que não devem ou que não precisam consumir álcool durante sua vida;
- O álcool pode causar diversos problemas de saúde, por exemplo transtorno por uso dessa substância, desenvolvimento de doenças neuropsiquiátricas, gastrointestinais e o câncer;
- O uso de álcool durante a gestação, mesmo em pequenas quantidades, pode levar ao desenvolvimento da síndrome alcoólica fetal e complicações na formação do bebê;
- O uso abusivo de álcool está associado a práticas sexuais não seguras, como sexo sem proteção e transmissão de DSTs/HIV/Aids;
- O uso do álcool aumenta as chances de ocorrer violência entre parceiros íntimos - física, psicológica ou sexual - sendo a mulher a maior vítima desses eventos, quando comparada ao seu parceiro.

Em um último momento, neste primeiro passo, utilizar um material de apoio intitulado “O que eu preciso saber sobre o álcool?” que apresenta à mulher as doses de álcool de acordo com cada tipo de substância, como cerveja, vinho, destilados e informações sobre a quantidade e a frequência de álcool que não ocasione riscos ou danos a sua saúde, indicadas pela Organização Mundial da Saúde.

Balança do beber saudável

Para auxiliar a mulher a repensar o seu comportamento de uso de álcool, deve ser utilizada a “balança do beber saudável”. Nesta atividade, são elencadas as razões positivas e negativas relacionadas ao consumo da substância e os principais ingredientes ativos utilizados neste passo são a empatia e autoeficácia. Os passos para o desenvolvimento da balança do beber saudável são descritos a seguir:

- Elencar as razões pelas quais a participante considera positivas as relacionadas ao consumo de álcool;
- Elencar as razões pelas quais a participante considera negativas as relacionadas ao consumo do álcool;
- Discutir com a participante as razões elencadas, entendendo que o comportamento pode apresentar vantagens e desvantagens, ou seja, existem características boas e ruins associadas ao consumo de álcool.

Construindo a mudança

Caso a participante demonstre interesse em diminuir ou interromper o consumo de álcool, elencar os objetivos e planos para colocar em prática a mudança. Trabalhar o processo de desenvolvimento de seus objetivos e planos, contextualizados com a sua realidade. O principal ingrediente ativo utilizado nesta atividade é o menu de opções.

Para a construção dos objetivos, a participante deverá ser questionada em relação às suas aspirações, citando como exemplo o caso hipotético de uma participante que consumia cerveja cinco dias na semana e apresenta o desejo de consumir apenas três dias. Após definir muito bem o seu objetivo, questionar a participante sobre o que ela poderá fazer para alcançar as metas propostas, ou seja, criar com ela um plano de ação de mudança de comportamento.

Usando o exemplo citado anteriormente, a mulher consumirá menos álcool durante a semana e, portanto, comprando menos cerveja, fica mais fácil não ter vontade de beber.

Na construção dos objetivos e metas, deve-se utilizar, quando necessário, o ingrediente ativo menu de opções. Quando a participante, por exemplo, perguntar ao intervencionista o que ela poderia fazer para colocar em prática os seus objetivos, o intervencionista deverá apresentar o menu com mais de uma opção para que a participante possa escolher aquela mais adequada para ela. No desenvolvimento desta atividade, é importante deixar a participante decidir quais são suas metas e objetivos e interferir apenas quando solicitado, utilizando-se dos ingredientes ativos de empatia, responsabilidade e autoeficácia.

Caso a participante não demonstre interesse em diminuir o seu consumo de álcool, manter uma postura não julgadora, empática e conversar sobre estratégias de consumo, utilizando técnicas de redução de danos. Para esta fase da atividade, foi desenvolvido um material de apoio com as seguintes informações:

- Alimentar-se bem durante o consumo de álcool;
- Evitar beber de barriga vazia;
- Alternar bebidas alcoólicas com outras bebidas: sucos, água, refrigerante;
- Beber com companhia ou em grupo, e não sozinho;
- Ter sempre uma camisinha por perto;
- Pedir ajuda para o(a) companheiro(a) para não esquecer de usar;
- Não dirigir sob efeito do álcool e não pegar carona com quem bebeu;
- É a chamada “amigo da vez”. Uma pessoa fica responsável por dirigir o carro, sem beber durante a noite;
- Quando você gosta de beber? A bebida é a sua principal atividade? (Neste tópico, deve-se discutir com a participante atividades de lazer que não incluam o consumo de álcool);
- Observar o teor alcoólico da bebida;
- Pensar em quantidade e frequência.

Finalizando

Para finalizar a sessão de IBM, o intervencionista deverá resumir e refletir sobre o encontro, retomando os objetivos elencados com a participante, sejam relacionados às estratégias de diminuição do consumo de álcool ou relacionados às estratégias de manutenção de consumo com menor risco.

Nesta fase, o intervencionista deverá utilizar o ingrediente ativo de estimular a autoeficácia, estimulando aspectos que indiquem a mudança de comportamento, reforçar os objetivos e planos traçados, agradecer a participação e se despedir.

ETAPA 4 - Seguimento

O seguimento ocorreu em três etapas e foi realizado da mesma maneira com todas as participantes da pesquisa, tanto aquelas do GC quanto as do GI. Durante estas etapas, foi utilizado o questionário AUDIT, a régua de prontidão para mudança de comportamento, a questão-chave e a avaliação da frequência e quantidade de álcool consumidos no último mês.

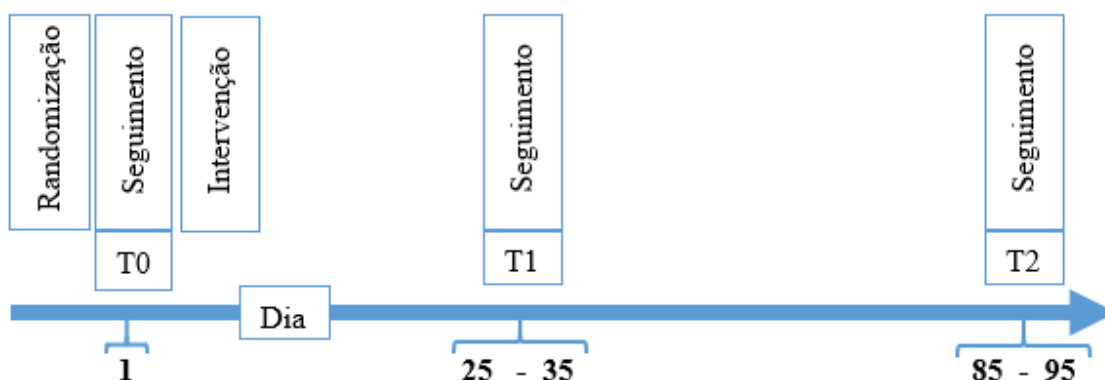
A primeira etapa (T0) foi realizada imediatamente após o consentimento da participante e, para aquelas que pertenciam ao grupo intervenção, a etapa foi realizada antes do início da sessão. Nesta fase, o instrumento AUDIT teve que ser aplicado antes da randomização e, conseqüentemente, antes do consentimento da participante em dar seguimento à pesquisa, devido à necessidade de classificação do padrão de consumo de álcool.

A segunda etapa (T1) foi realizada com a diferença de tempo para a primeira de 25 a 35 dias e guiada por uma integrante do NEPEAA que não estava envolvida em outros processos da pesquisa. O cuidado em destinar uma pessoa diferente para esta fase foi realizado, pois, dessa maneira, poderia evitar envolvimento afetivo da participante com a pessoa que realizava a ligação, o que poderia influenciar, por exemplo, a mulher a corresponder às expectativas da intervencionista com respostas mais positivas em relação ao efeito da intervenção.

O contato foi realizado por um aplicativo de mensagens, pelo qual era enviado um primeiro recado perguntando o melhor horário no dia para a participante responder a entrevista. Ao obter a resposta, o contato era realizado no horário de preferência da participante. Em caso negativo, o contato limitava-se a três tentativas em horário comercial.

A terceira etapa (T2) foi realizada com diferença de tempo em relação à primeira (T0) de 85 a 95 dias, conforme observado na Figura 6. A realização desta etapa seguiu os mesmos passos dos procedimentos realizados na segunda etapa (T1).

Figura 6 - Fluxograma do seguimento da pesquisa.



Fonte: A autora.

6.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para análise, os dados foram inseridos em um banco de dados do software “R” (versão 3.5.0), segundo codificação previamente determinada. Todos os testes foram realizados, considerando como significativo um valor de $p \leq 0,05$.

Para descrever as variáveis qualitativas de caracterização, foram utilizadas as frequências absolutas e relativas, enquanto que para descrever as variáveis numéricas de caracterização foram utilizadas medidas de tendência central, dispersão e posição.

Para analisar os fatores que exerciam influência sobre a pontuação AUDIT, foi ajustada uma Regressão de Poisson com variância robusta. A distribuição de Poisson é muito utilizada para modelar contagens, porém este modelo considera a variância igual à média, sendo que, na prática, isso geralmente não ocorre, ocasionando o que é conhecido como sub ou superdispersão. Dessa forma, neste trabalho, foi utilizado o método da Quase-Verossimilhança (Wedderburn, 1974; McCullagh, Nelder, 1989) para a estimação do modelo, possibilitando, assim, a estimação de variâncias robustas a esses fenômenos.

Para a seleção de variáveis foi utilizado o método *Stepwise* (Efroymson, 1960), definido como uma mescla dos métodos *Backward* e *Forward*. Dessa forma, primeiramente, usando o método *Forward* (Efroymson, 1960), foi feita uma análise univariada. As variáveis que apresentassem um valor-p inferior a 0,25 eram selecionadas para a análise multivariada, sendo então aplicado o método *Backward* (Efroymson, 1960). O método *Backward* é o procedimento de retirar, por vez, a variável de maior valor-p, repetindo o procedimento até que restem no modelo somente variáveis significativas. Para o método *Backward* foi adotado um nível de 5% de significância.

O objetivo central do estudo foi verificar a efetividade da intervenção breve na mudança do padrão de consumo de álcool de mulheres.

Foi realizada uma análise intragrupo que consiste em comparar os tempos em cada um dos grupos, enquanto que a análise intergrupo consiste em analisar a homogeneidade dos grupos em cada tempo. Para a análise intragrupo e intergrupo das variáveis de interesse, foi utilizado o método GEE (*Generalized Equations Estimating*) (Liang, Zeger, 1986), que é um caminho para contabilizar a correlação existente entre as medidas repetidas dos mesmos indivíduos. Este método é conhecido como Modelos Marginais e pode ser considerado uma extensão de Modelos Lineares Generalizados (McCullagh, Nelder, 1989), que diretamente incorporam a correlação entre as medidas da mesma unidade amostral. Foi ajustado um Modelo Marginal Poisson com as variáveis tempo e grupo juntamente com a interação entre elas para cada uma das variáveis em estudo, sendo então calculados os devidos contrastes.

Para comparar os grupos entre as variáveis categóricas de caracterização, foi utilizado o teste Exato de Fisher (Agresti, 2002), enquanto que para comparar os grupos entre as variáveis numéricas de caracterização, o teste de Mann-Whitney (Hollander, Wolfe, 1999).

6.9 ASPECTOS ÉTICOS

As participantes do estudo foram esclarecidas sobre suas participações na pesquisa em termos do sigilo das informações e a liberdade de decisão em excluir-se do estudo em qualquer fase que o mesmo se encontrasse. Quando concordavam em participar, eram solicitadas que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Informado (Anexo 1).

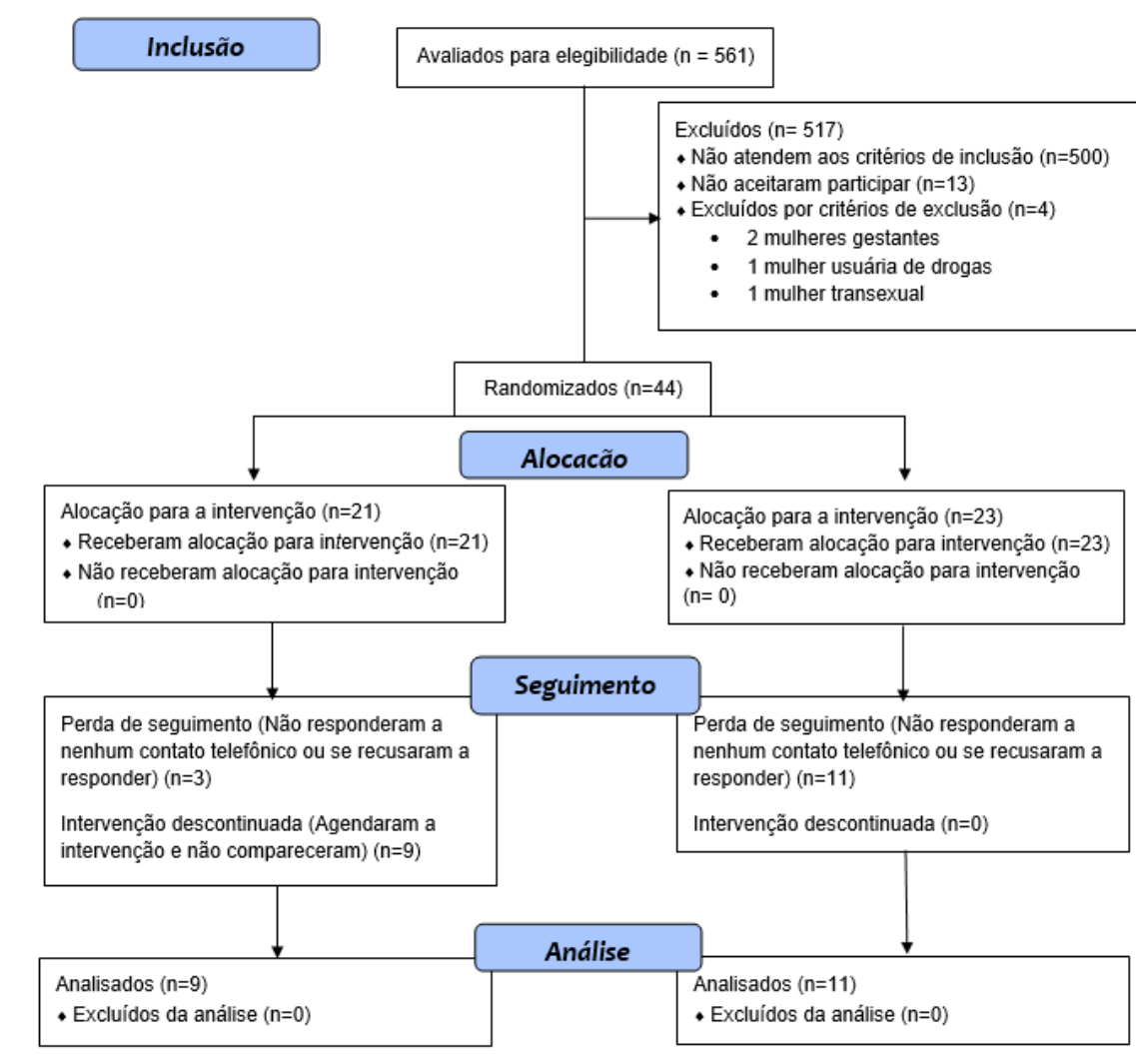
A pesquisa foi submetida para análise e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob número de protocolo: 1.969.800 (Anexo 2) e pelo comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, sob número de protocolo 2.083.958 (Anexo 3). A investigação também teve inscrição no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos - REBEC, com número de registro: RBR-65262c, intitulado: “Intervenção breve para mulheres que fazem uso de risco ou nocivo de álcool”, com data de registro em 20 de março de 2017. Disponível em <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-65262c/>

RESULTADOS

7 RESULTADOS

A composição da amostra de mulheres que participaram do Ensaio Clínico Randomizado é apresentada a partir do fluxograma de seguimento das participantes e, para facilitar a visualização destes dados, foi utilizado o instrumento CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) (Boutron et al., 2008), como mostra a Figura 07.

Figura 7 - Fluxograma de seguimento dos participantes do estudo - CONSORT.



Fonte: A autora.

7.1 CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES ELEGÍVEIS DO ESTUDO

As mulheres elegíveis do estudo consistiram em 561 usuárias do serviço de saúde e, segundo autorrelato, quase todas (95,3%, n=528) tinham orientação heterossexual, a maioria (61,6%, n=340) era da cor preta ou parda, 37,2% (n=207) eram solteiras, apenas 3,8% (n=21) eram gestantes, quase metade (44,3%, n=246) era da religião católica e a segunda religião mais frequente era a evangélica (23,8%, n=132). A maioria das mulheres (61,9%, n=195) tinha pelo menos o 2º grau completo, mais da metade (53,5%, n=298) tinham um trabalho formal ou informal, quase todas (95,2%, n=518) residiam em moradias próprias ou alugadas e a maioria delas (54,4%, n=281) pertencia à classe social E. A média da idade das mulheres foi 43,35 anos (DP=15,35). A média do número de filhos foi 1,79 filhos por indivíduo (DP=1,78). Além disso, analisando a mediana, pelo menos 50,0% da amostra tinha até 2,0 filhos.

Quanto às características clínicas, a maioria das mulheres (66,1%, n=368) não praticava atividade física, porém, dentre aquelas que tinham alguma atividade física, a caminhada foi mais frequente (19,7%, n=109), 25,0% (n=139) delas tinham hipertensão arterial, 10,6% (n=59) tinham diabetes e 9,5% (n=53) tinham colesterol. Quase um quarto das mulheres 21,0% (n=117) tinham algum transtorno mental, sendo o mais frequente a depressão (11,6%, n=64), seguido de ansiedade (5,5%, n=30).

Quanto às características comportamentais, apenas 3,4% (n=19) das mulheres relataram usar drogas e a droga mais frequente foi maconha (2,7%, n=15), 17,4% (n=97) eram tabagistas e 15% (n=83) faziam uso de tabaco todos os dias.

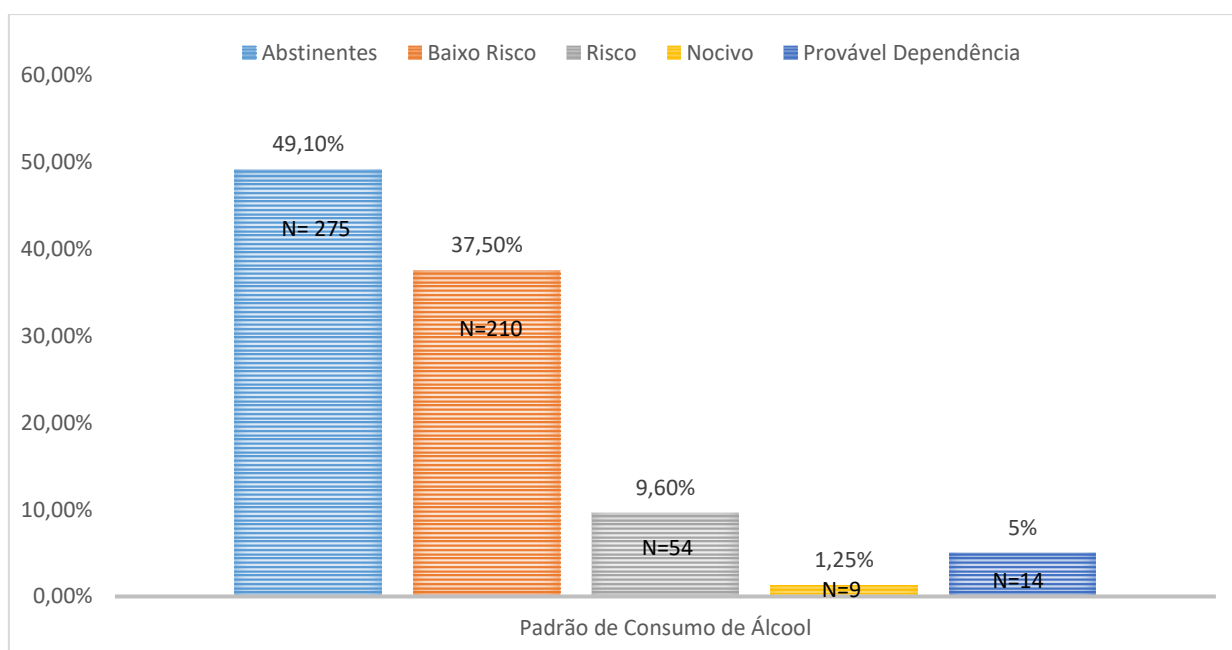
A grande maioria das mulheres declarou fazer uso de baixo risco do álcool ou ser abstinente (não ter consumido bebida alcoólica no último ano), zona I do AUDIT (n=486, 86,6%), zona II do AUDIT 9,6% (n=54) fizeram uso de risco do álcool –, 1,2% (n=7) fizeram uso nocivo – zona III do AUDIT, e 2,5% (n=14) eram prováveis dependentes – zona IV do AUDIT, conforme Figura 8.

O consumo em “binge”, ou seja, o consumo de quatro doses de álcool ou mais em uma única situação no último ano foi 27,96 vezes (DP=53,28). Além disso, analisando a mediana, pelo menos 50,0% da amostra consumiram doze vezes quatro doses ou mais de bebidas alcoólicas no último ano, sendo que os valores mínimo e máximo observados foram, respectivamente, 1,00 e 365,00. Cabe destacar que esses resultados referentes ao consumo em

“binge” não levaram em consideração as mulheres que não consumiram bebida alcoólica no último ano.

O tipo de bebida alcoólica de preferência entre as mulheres que faziam o consumo de álcool foi a cerveja (n=172, 69,1%), seguida pelo vinho (n=46, 18,5%) e pelas bebidas destiladas, como vodca, cachaça, pinga ou whisky (n=31, 12,4%).

Figura 8 - Porcentagem de mulheres e seu padrão de consumo do uso de álcool, conforme classificação do instrumento AUDIT (N=561), categorizando entre abstinentes, uso de baixo risco, uso de risco, uso nocivo e provável dependência. São Paulo, SP – Brasil. 2018.



Fonte: A autora.

Para analisar os fatores que exerciam influência sobre a pontuação AUDIT, foi realizada inicialmente uma análise univariada utilizando o teste de Mann-Whitney (Hollander, Wolfe, 1999), quando a variável era categórica de dois níveis; o teste de Kruskal-Wallis (Hollander, Wolfe, 1999), quando a variável era categórica de três ou mais níveis; e a correlação de Spearman (Hollander, Wolfe, 1999), quando a variável era numérica. Além disso, quando o teste de Kruskal-Wallis evidenciou diferença significativa, foi utilizado o teste de Nemenyi (Hollander, Wolfe, 1999) para as comparações múltiplas. Por meio da análise univariada, foram selecionados os potenciais preditores da variável resposta, sendo considerado um nível de

significância igual a 25%. Cabe ressaltar que as variáveis selecionadas nesta análise serão inseridas no modelo multivariado.

A Tabela 1 apresenta a análise univariada das variáveis categóricas explicativas. A partir dela, pode-se destacar que as variáveis categóricas selecionadas para o modelo multivariado devido ao valor-p ser menor que 0,25 foram orientação sexual ($p < 0,001$), estado civil ($p = 0,02$), religião ($p < 0,001$), ocupação ($p = 0,03$), hipertensão arterial ($p = 0,04$), uso de drogas ($p < 0,001$) e uso de tabaco ($p < 0,001$). De forma univariada, pode-se concluir ainda que:

- houve diferença significativa ($p < 0,001$) entre as orientações sexuais quanto à pontuação AUDIT, sendo que a média da pontuação AUDIT entre mulheres heterossexuais foi menor;
- houve diferença significativa ($p = 0,02$) entre os estados civis quanto à pontuação AUDIT, sendo que a média da pontuação AUDIT entre mulheres sem acompanhante foi maior;
- houve diferença significativa ($p < 0,001$) entre as religiões quanto à pontuação AUDIT, sendo que, de acordo com as comparações múltiplas, a média da pontuação AUDIT entre as mulheres que não tinham nenhuma religião foi significativamente maior que entre as das religiões católica ($p = 0,03$) e evangélica ($p < 0,001$); ainda, a média da pontuação AUDIT entre as mulheres da religião católica foi significativamente maior que entre as da religião evangélica ($p < 0,001$);
- houve diferença significativa ($p = 0,03$) entre as ocupações quanto à pontuação AUDIT, sendo que, de acordo com as comparações múltiplas, a média da pontuação AUDIT entre as mulheres estudantes foi marginalmente significativamente maior que entre aquelas que não tinham nenhuma ocupação ($p = 0,065$);
- houve diferença significativa ($p = 0,04$) entre as mulheres que tinham hipertensão arterial e as que não tinham quanto à pontuação AUDIT, sendo que a média da pontuação AUDIT entre as que não tinham foi maior;
- houve diferença significativa ($p < 0,001$) entre mulheres que faziam uso de drogas e as que não faziam quanto à pontuação AUDIT, sendo que a média da pontuação AUDIT entre as que faziam uso foi maior;
- houve diferença significativa ($p < 0,001$) entre mulheres que faziam uso de tabaco e as que não faziam quanto à pontuação AUDIT, sendo que a média da pontuação AUDIT entre as que faziam uso foi maior.

Tabela 1- Análise univariada para pontuação do AUDIT, considerando as variáveis categóricas, orientação sexual, estado civil, religião, ocupação, hipertensão arterial, uso de drogas e de tabaco. São Paulo, 2018.

	Fatores	N	Média	E.P. ⁴	Valor-p
Orientação sexual	Heterossexual	528	2,9	0,2	0,00 ¹
	Outra	26	6,7	1,1	
Estado civil	Com acompanhante	242	2,6	0,3	0,02 ¹
	Sem acompanhante	315	3,4	0,3	
	Nenhuma	82	5,1	0,6	
Religião	Católica	246	3,1	0,3	0,00 ²
	Evangélica	133	1,4	0,3	
	Cristã	30	3,0	1,3	
	Espírita	33	3,7	1,3	
	Outras	31	3,1	0,8	
Ocupação	Estudante	22	4,9	1,4	0,03 ²
	Aposentado(a)	48	2,0	0,4	
	Trabalho	320	3,1	0,2	
	Nenhuma	167	3,1	0,5	
	Não	417	3,1	0,2	
Hipertensão arterial	Sim	139	2,9	0,5	0,04 ¹
	Sim	122	2,3	0,4	
	Não	537	2,6	0,2	
Uso de drogas	Sim	19	14,5	2,6	0,00 ¹
	Não	460	2,2	0,1	
Uso de tabaco	Sim	97	6,8	0,9	0,00 ¹
	Não	460	2,2	0,1	

¹Teste de Mann-Whitney; ²Teste de Kruskal-Wallis; ³Teste de Nemenyi; ⁴Erro padrão.

A Tabela 2 apresenta a análise univariada das variáveis numéricas explicativas. A partir dela, pode-se destacar que as variáveis numéricas selecionadas para o modelo multivariado, devido ao valor-p ser menor que 0,25 foram: escolaridade ($p = 0,081$), idade ($p = 0,001$) e número de filhos ($p = 0,033$). Cabe destacar que, apesar de as variáveis Frequência de uso de drogas, Quantidade de uso de drogas, Frequência de uso de tabaco e Quantidade de uso de tabaco terem apresentado o valor-p inferior a 0,25, as mesmas não entraram para o modelo multivariado por apresentar um VIF (*Variance Inflation Factor*) muito alto na presença de outras variáveis no modelo, evidenciando multicolinearidade. De forma univariada, pode-se concluir ainda que:

- houve correlação significativa ($p < 0,001$) e positiva ($r = 0,22$) da frequência do uso de drogas com a pontuação AUDIT, ou seja, quanto maior a frequência do uso de drogas, maior tende a ser a pontuação AUDIT e vice-versa;
- houve correlação significativa ($p < 0,001$) e positiva ($r = 0,18$) da quantidade do uso de drogas com a pontuação AUDIT, ou seja, quanto maior a quantidade do uso de drogas, maior tende a ser a pontuação AUDIT e vice-versa;
- houve correlação significativa ($p < 0,001$) e positiva ($r = 0,27$) da frequência do uso de tabaco com a pontuação AUDIT, ou seja, quanto maior a frequência do uso de tabaco, maior tende a ser a pontuação AUDIT e vice-versa.
- houve correlação significativa ($p < 0,001$) e positiva ($r = 0,26$) da quantidade do uso de tabaco com a pontuação AUDIT, ou seja, quanto maior a quantidade do uso de tabaco, maior tende a ser a pontuação AUDIT e vice-versa;
- houve correlação significativa ($p < 0,001$) e negativa ($r = -0,19$) da idade com a pontuação AUDIT, ou seja, quanto menor a idade, maior tende a ser a pontuação AUDIT e vice-versa;
- houve correlação significativa ($p = 0,033$) e negativa ($r = -0,09$) do número de filhos com a pontuação AUDIT, ou seja, quanto menor o número de filhos, maior tende a ser a pontuação AUDIT e vice-versa.

Tabela 2 - Análise univariada para pontuação AUDIT, considerando as variáveis numéricas. São Paulo, 2018.

Fatores	r ¹	Valor-p
Frequência de uso de drogas	0,22	<0,001
Quantidade de uso de drogas	0,18	<0,001
Frequência de uso de tabaco	0,27	<0,001
Quantidade de uso de tabaco	0,26	<0,001
Idade	-0,19	<0,001
Número de filhos	-0,09	0,033

¹Correlação de Spearman.

A partir das variáveis selecionadas na análise univariada, foi ajustado um modelo multivariado de Regressão *Quasipoisson* (Wedderburn, 1974; McCullagh, Nelder, 1989) e, neste modelo, foi aplicado o método *Backward* para a seleção final das variáveis, considerando-se um nível de significância de 5%.

Na Tabela 3, são apresentados o modelo inicial e final para a pontuação do instrumento AUDIT. Dessa forma, pode-se concluir que houve influência significativa das variáveis estado civil, religião, hipertensão arterial, fazer uso de drogas, fazer uso de tabaco e idade sobre a pontuação AUDIT, sendo que:

- uma mulher, que não tinha acompanhante, apresentou um aumento médio de 37% na pontuação do AUDIT, quando comparada às que tinham acompanhantes ($p = 0,013$);
- quando comparada a uma mulher que não tinha nenhuma religião, mulheres evangélicas apresentaram uma diminuição média de 51% na pontuação do AUDIT ($p = 0,002$);
- mulheres com hipertensão arterial apresentaram um aumento médio de 52% na pontuação do AUDIT, quando comparadas às que não tinham hipertensão arterial ($p = 0,01$);

- mulheres que faziam uso de drogas apresentaram um aumento médio de 122% na pontuação do AUDIT, quando comparadas às que não faziam uso de drogas ($p < 0,001$);
- mulheres que faziam uso de tabaco apresentaram um aumento médio de 135% na pontuação AUDIT, quando comparadas às que não faziam uso de tabaco ($p < 0,001$);
- a cada ano acrescido na idade de mulheres, espera-se uma diminuição média de 2,0% na pontuação do AUDIT.

Tabela 3 - Modelos multivariado final para a pontuação AUDIT. São Paulo, 2018.

Fatores	Modelo Final		
	Exp.(β)	I.C. - 95%	Valor-p
Estado civil = Com acomp.	1,00		
Estado civil = Sem acomp.	1,37	[1,07; 1,75]	0,013
Religião = Nenhuma	1,00		
Religião = Católica	0,93	[0,67; 1,29]	0,662
Religião = Evangélica	0,49	[0,32; 0,77]	0,002
Religião = Cristã	0,51	[0,27; 0,97]	0,041
Religião = Espírita	0,89	[0,53; 1,48]	0,642
Religião = Outras	0,81	[0,45; 1,46]	0,483
Hipertensão arterial = Não	1,00		
Hipertensão arterial = Sim	1,52	[1,10; 2,11]	0,011
Uso de drogas = Não	1,00		
Uso de drogas = Sim	2,22	[1,49; 3,30]	<0,001
Uso de tabaco = Não	1,00		
Uso de tabaco = Sim	2,35	[1,81; 3,04]	<0,001
Idade	0,98	[0,97; 0,99]	<0,001

7.2 CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foi realizada uma análise do perfil sociodemográfico, clínico e comportamental das mulheres participantes do estudo, ou seja, aquelas que preencheram os critérios de inclusão foram randomizadas entre dois grupos, apresentado na Tabela 4, segundo seu grupo de alocação (N=20).

De acordo com as análises dos dados, o teste exato de Fisher identificou que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos analisados, o que significa que, na linha de base do estudo (T0), os dois grupos eram homogêneos, considerando a maioria das variáveis analisadas. Apenas a variável renda familiar não apresentou médias sem diferenças entre os grupos ($p=0,02$) com o grupo controle e renda familiar superior ao grupo intervenção.

Tabela 4 - Características sociodemográfica, clínica e comportamental das participantes na linha de base do estudo (T0), segundo grupos de alocação (N=20). São Paulo, 2018.

(continua)					
Variável	Nível	Controle		Intervenção	
		N	%	N	%
Orientação sexual					0,07
	Bissexual	0	0	3	33,3
	Heterossexual	10	90,9	6	66,6
	Homossexual	1	9	0	0
Cor					0,91
	Amarelo	1	9	0	0
	Branco	3	27,2	4	44,4
	Pardo	3	27,2	3	33,3
	Preto	4	36,3	2	22,2
Estado conjugal					0,38
	Solteiro	5	45,4	4	44,4
	Amasiado	3	27,2	0	0
	Casado	1	9	3	33,3
	Divorciado	2	18,1	1	11,1
	Viúvo	0	0	1	11,1
Religião					1
	Nenhuma	4	36,3	3	33,3
	Católica	6	54,5	6	66,6
	Espírita	1	9	0	0

Tabela 4 - Características sociodemográfica, clínica e comportamental das participantes na linha de base do estudo (T0), segundo grupos de alocação (N=20). São Paulo, 2018.

(continuação)					
Variável	Nível	Controle		Intervenção	
		N	%	N	%
Escolaridade					0,89
	1º grau incompleto	3	27,2	3	33,3
	1º grau completo	1	9	1	11,1
	2º grau completo	2	18,1	3	33,3
	Superior incompleto	2	18,1	1	11,1
	Superior completo	3	27,2	1	11,1
Ocupação					0,26
	Nenhuma	1	9	4	44,4
	Aposentado	2	18,1	0	0
	Estudante	1	9	1	11,1
	Trabalho formal	5	45,4	4	44,4
	Trabalho informal	2	18,1	0	0
Situação de moradia					1
	Albergue	1	9	1	11,1
	Casa/apartamento	10	90,9	8	88,8
Renda familiar					0,02
	C	0	0	2	22,2
	D	5	50	0	0
	E	5	50	7	77,7
Hipertensão Arterial					0,50
	Não	7	63,6	7	77,7
	Sim	4	36,3	2	22,2
Diabetes					0,82
	Não	9	81,8	7	77,7
	Sim	2	18,1	2	22,2
Colesterol					1
	Não	10	90,9	9	100
	Sim	1	9	0	0
Outras doenças					0,21
	Não	8	72,7	9	100
	Sim	3	27,2	0	0
Tipo transtorno mental					0,42
	Nenhum	10	90,9	7	77,7
	Depressão	1	9	2	22,2

Tabela 4 - Características sociodemográfica, clínica e comportamental das participantes na linha de base do estudo (T0), segundo grupos de alocação (N=20). São Paulo, 2018.

(continuação)						
Variável	Nível	Controle		Intervenção		P
		N	%	N	%	
Atividade física						0,38
	Não	8	72,7	8	88,8	
	Sim	3	27,2	1	11,1	
Uso de drogas						0,42
	Não	10	90,9	7	77,7	
	Sim	1	9	2	22,2	
Tipo de droga						0,42
	Nenhuma	10	90,9	7	77,7	
	Maconha	1	9	2	22,2	
Uso de Tabaco						0,50
	Não	7	63,6	7	77,7	
	Sim	4	36,3	2	22,2	
(conclusão)						

(conclusão)

7.3 INTERVENÇÃO BREVE (IB)

O efeito da IB foi avaliado pela comparação entre dois grupos, o experimental e o controle, os quais foram avaliados em relação às seguintes variáveis de desfecho: padrão de consumo de álcool (identificado pelo valor do instrumento AUDIT), prontidão para mudança de comportamento (identificado pela régua de prontidão para mudança), frequência do consumo de álcool em dias no último mês e quantidade do consumo de álcool em doses no último mês.

As avaliações ocorreram em três períodos: o primeiro período de avaliação (T0) foi considerado a linha de base do estudo e realizado anteriormente ao grupo experimental receber a IB.

Os efeitos da IB serão apresentados na sequência, a partir dos itens de cada variável de desfecho avaliada. Os resultados referentes às comparações intragrupo e intergrupo e as variáveis “Pontuação AUDIT”, “Régua de prontidão”, “Frequência de uso de álcool” e “Quantidade de uso de álcool” são apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5 - Comparação intragrupo e intergrupo quanto às variáveis “Pontuação AUDIT”, “Régua de prontidão”, “Frequência de uso de álcool” e “Quantidade de uso de álcool”. São Paulo, 2018.

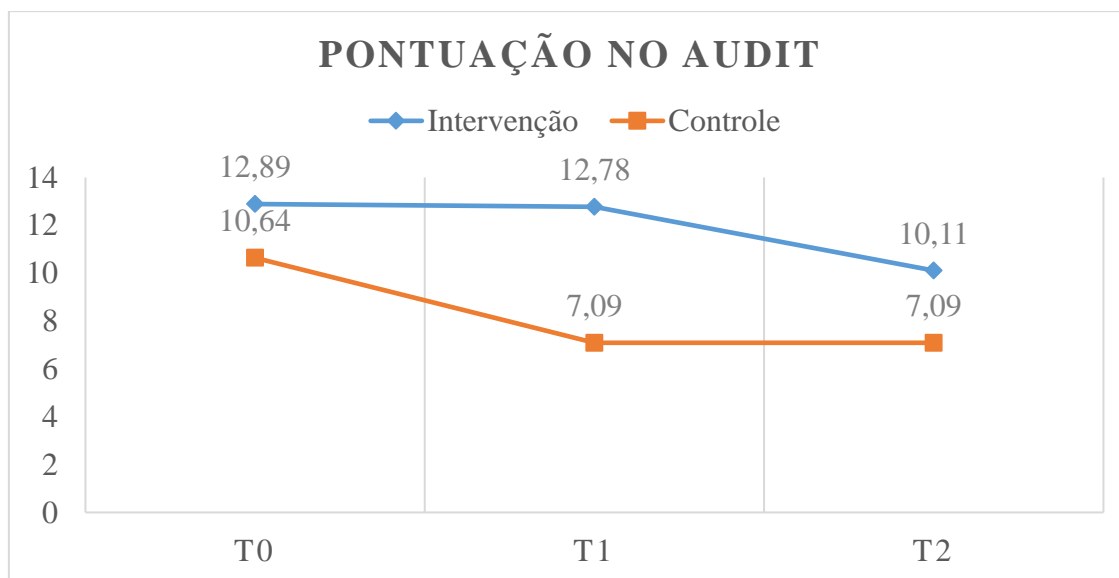
Variáveis/ Tempo		Grupo 2		Grupo 3		Comparação entre os grupos	Efeito da interação (tempo x grupo)
		Média (D.P.)	P	Média (D.P.)	P		
Pontuação AUDIT	T0	12,89 (3,18)	-	10,64 (2,16)	-	0,04	-
	T1	12,78 (7,17)	0,94	7,09 (4,04)	0,01	0,01	0,05
	T2	10,11 (6,51)	0,13	7,09 (4,37)	<0,00	0,18	0,46
Régua de prontidão	T0	4,89 (3,14)	-	3,27 (3,00)	-	0,22	-
	T1	6,67 (3,08)	0,12	3,09 (3,18)	0,77	0,02	0,20
	T2	6,11 (3,76)	0,21	3,55 (3,64)	0,74	0,12	0,64
Frequência de uso de álcool	T0	9,56 (7,8)	-	5,82 (5,34)	-	0,17	-
	T1	5,44 (5,48)	0,13	3,00 (2,28)	<0,00	0,12	0,82
	T2	7,44 (10,0)	0,51	5,73 (8,17)	0,95	0,65	0,60
Quantidade de uso de álcool	T0	5,89 (2,37)	-	5,09 (1,87)	-	0,37	-
	T1	3,56 (2,46)	0,05	3,36 (1,63)	<0,00	0,83	0,76
	T2	2,33 (2,06)	<0,00	3,36 (1,57)	<0,00	0,23	0,07

7.3.1 Padrão de consumo de álcool

No GC, houve diferença significativa (valor- $p < 0,05$) nos tempos T1 e T2 em relação ao tempo T0, uma vez que as médias da pontuação AUDIT nos tempos T1 e T2 foram menores que no tempo T0. No GI, houve diferença significativa (valor- $p = 0,041$) entre os tempos T1 e T2, uma vez que a média pontuação AUDIT no tempo T2 foi menor que no tempo T1. Além disso, nos tempos T0 e T1, houve diferença significativa (valor- $p < 0,05$) entre os grupos, sendo que a média da pontuação AUDIT no GC foi menor que no GI. Nota-se também que o efeito da interação entre o grupo e o tempo T1 em relação ao tempo T0 foi marginalmente significativa (valor- $p = 0,053$), ou seja, o decaimento da pontuação AUDIT do tempo T0 para o tempo T1 foi diferente entre os grupos, sendo que o decaimento foi maior no GI.

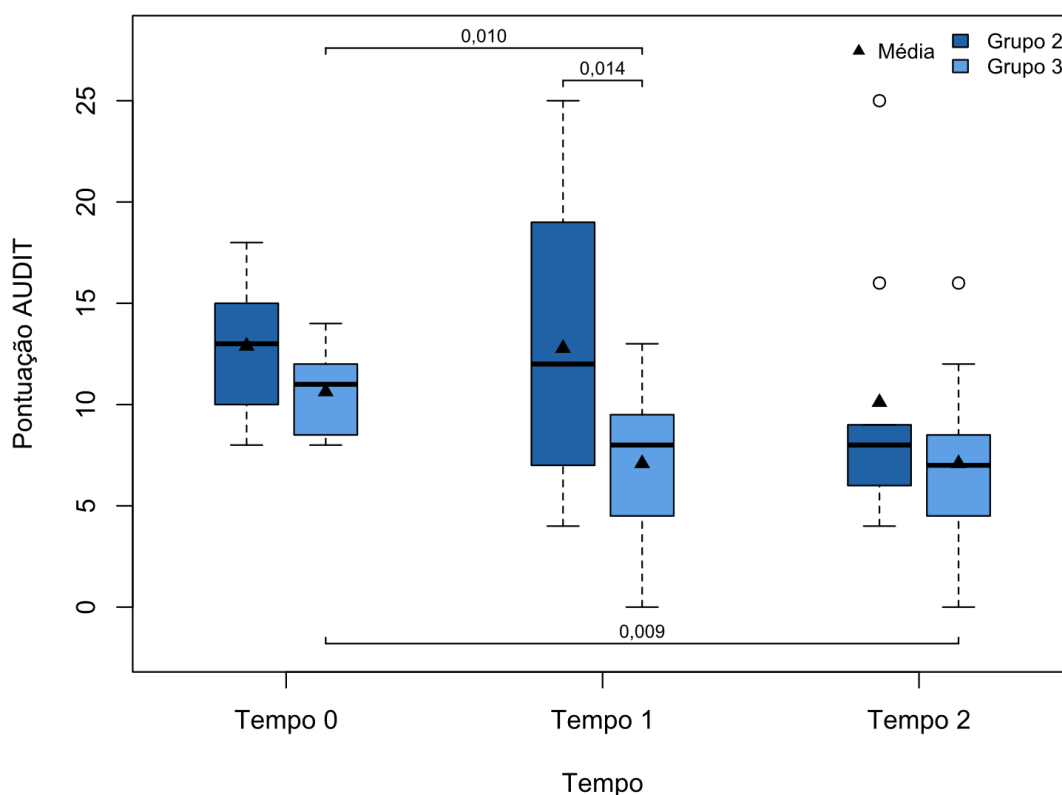
A distribuição das médias de pontuação no instrumento AUDIT nos diferentes tempos de seguimento pode ser observada nas Figuras 9 e 10.

Figura 9 - Distribuição gráfica da pontuação média no instrumento AUDIT, conforme tempo de seguimento. São Paulo, 2018.



Fonte: A autora.

Figura 10 - Diagrama de caixa (*Boxplot*) da comparação intragrupo e intergrupo quanto a variável “Pontuação do AUDIT”, São Paulo, 2018.



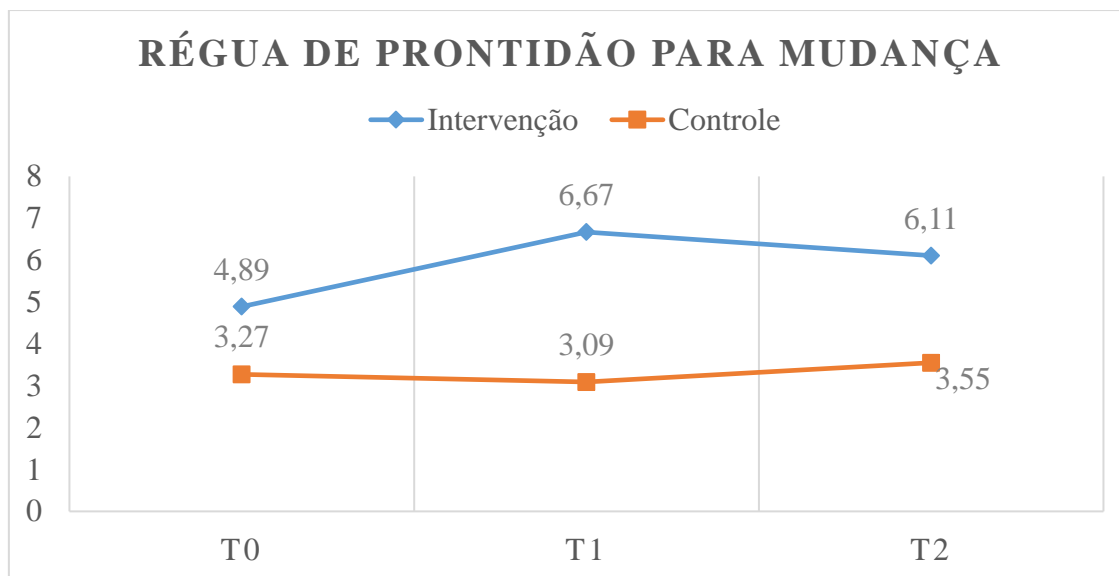
Fonte: A autora.

7.3.2 Prontidão para Mudança de Comportamento

Foi avaliada a variável que indica a prontidão para mudança de comportamento relacionado à diminuição do consumo de álcool por meio de uma régua em um contínuo de 1 a 10. Em ambos os grupos, não houve diferença significativa entre os tempos. Além disso, no tempo T1, houve diferença significativa ($p=0,02$) entre os grupos, uma vez que, no GC, a média da régua de prontidão foi menor que no GI. Nota-se também que o efeito da interação entre o grupo e o tempo não foi significativa, ou seja, o decaimento da régua de prontidão não foi significativamente diferente entre os grupos.

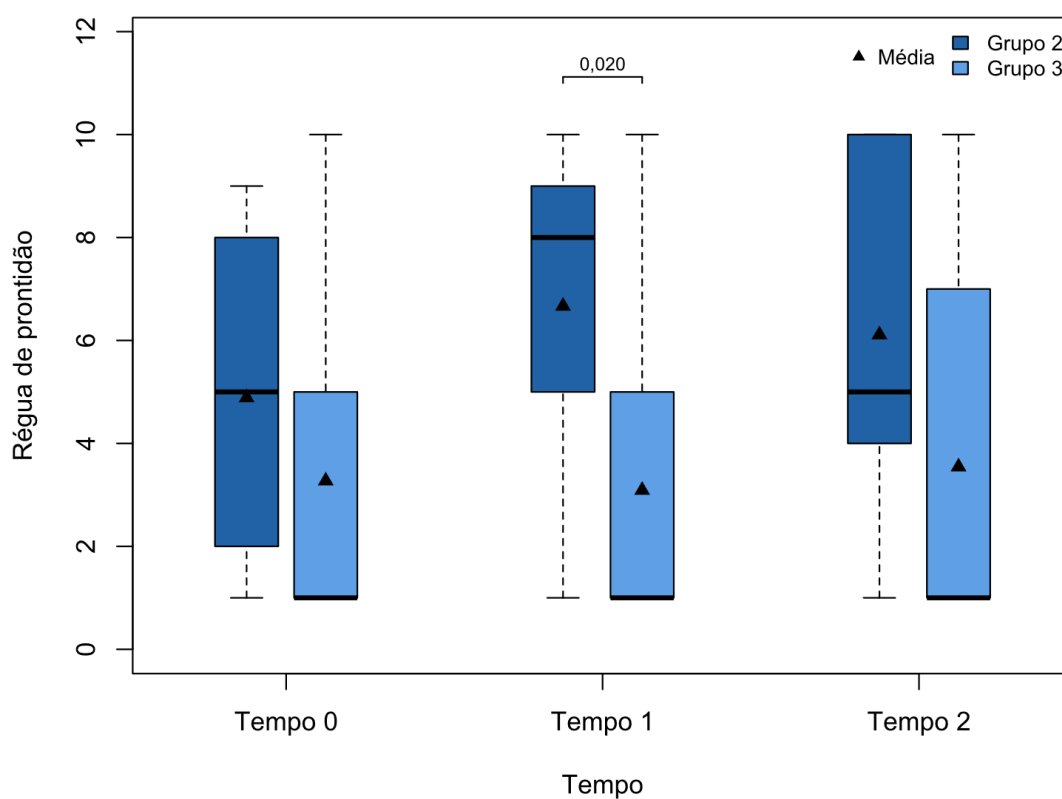
A distribuição das médias de pontuação no instrumento régua de prontidão para mudança de comportamento nos diferentes tempos de seguimento pode ser observada nas Figuras 11 e 12.

Figura 11 - Distribuição da pontuação média da Régua de prontidão para mudança, conforme tempo de seguimento. São Paulo, 2018.



Fonte: A autora.

Figura 12 - Diagrama de caixa (*Boxplot*) da comparação intragrupo e intergrupo quanto a variável “Régua de prontidão”, São Paulo, 2018.



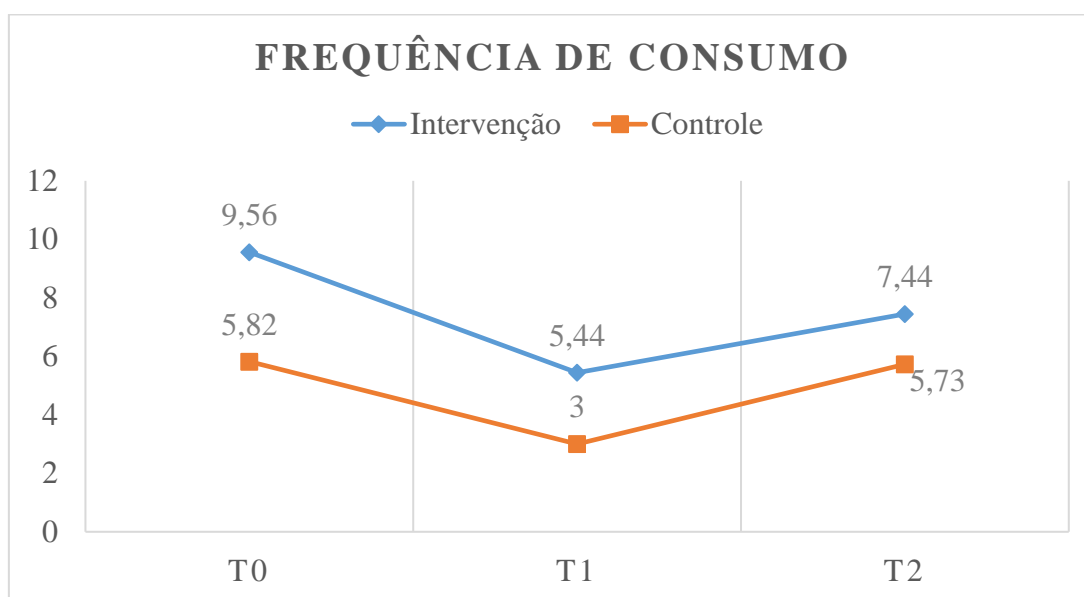
Fonte: A autora.

7.3.3 Frequência do uso de álcool diária no último mês

A frequência do uso de álcool no último mês foi avaliada pela quantidade de dias de álcool consumido. No GC, houve diferença significativa ($p < 0,05$) entre os tempos T1 e T0 e entre os tempos T1 e T2, sendo que a média da frequência de uso de álcool no tempo T1 foi menor em relação aos tempos T0 e T2. Além disso, os grupos foram homogêneos ao longo do tempo. Observa-se também que o efeito da interação entre o grupo e o tempo não foi significativa, ou seja, a tendência da frequência do uso de álcool não foi significativamente diferente entre os grupos.

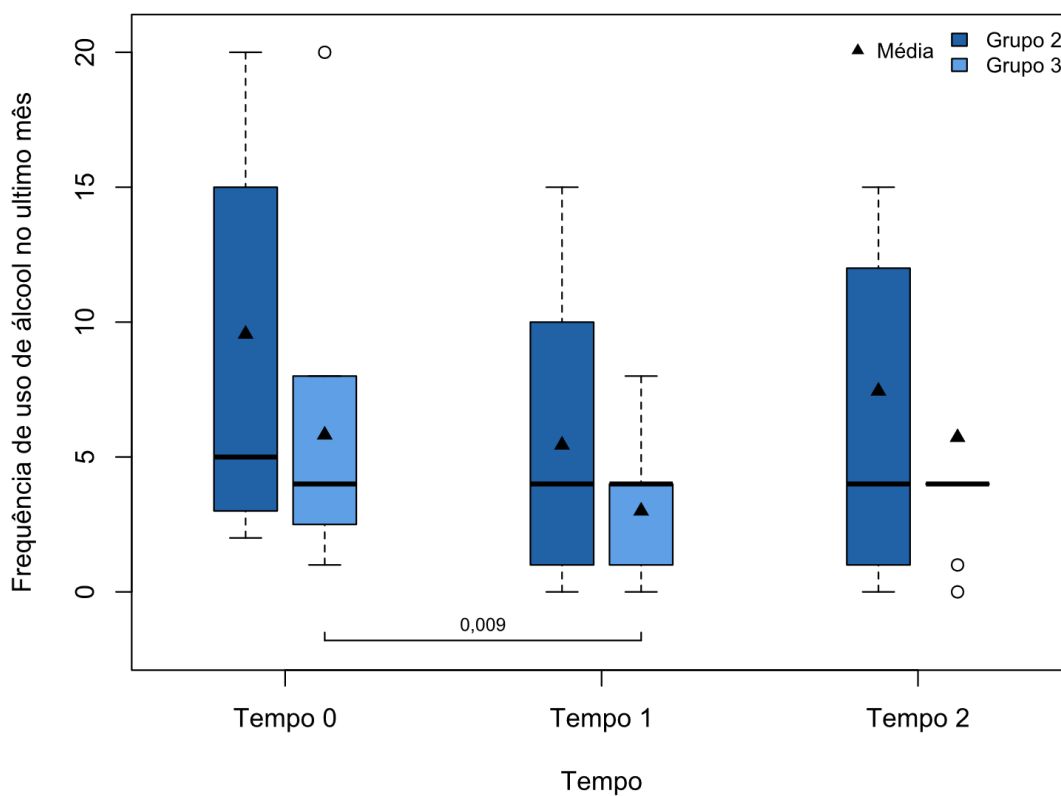
A distribuição das médias da frequência mensal de consumo de álcool em dias nos diferentes tempos de seguimento pode ser observada nas Figuras 13 e 14.

Figura 13 - Distribuição da pontuação média da frequência de consumo diário de álcool no último mês, conforme tempo de seguimento. São Paulo, 2018.



Fonte: A autora.

Figura 14 - Diagrama de caixa (*Boxplot*) da comparação intragrupo e intergrupo quanto à variável “Frequência”, São Paulo, 2018.

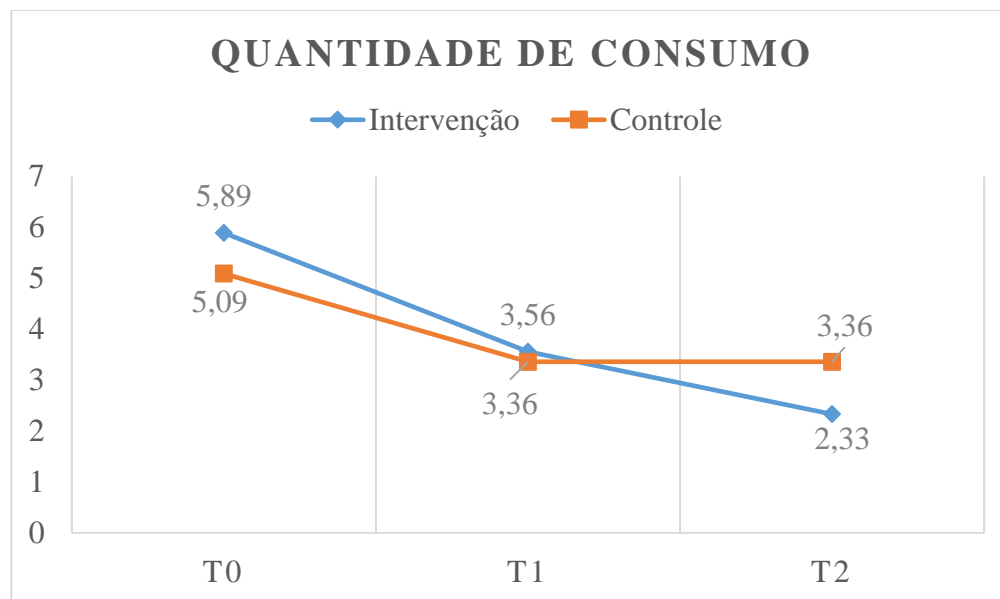


Fonte: A autora.

7.3.4 Quantidade do uso de álcool por episódio no último mês

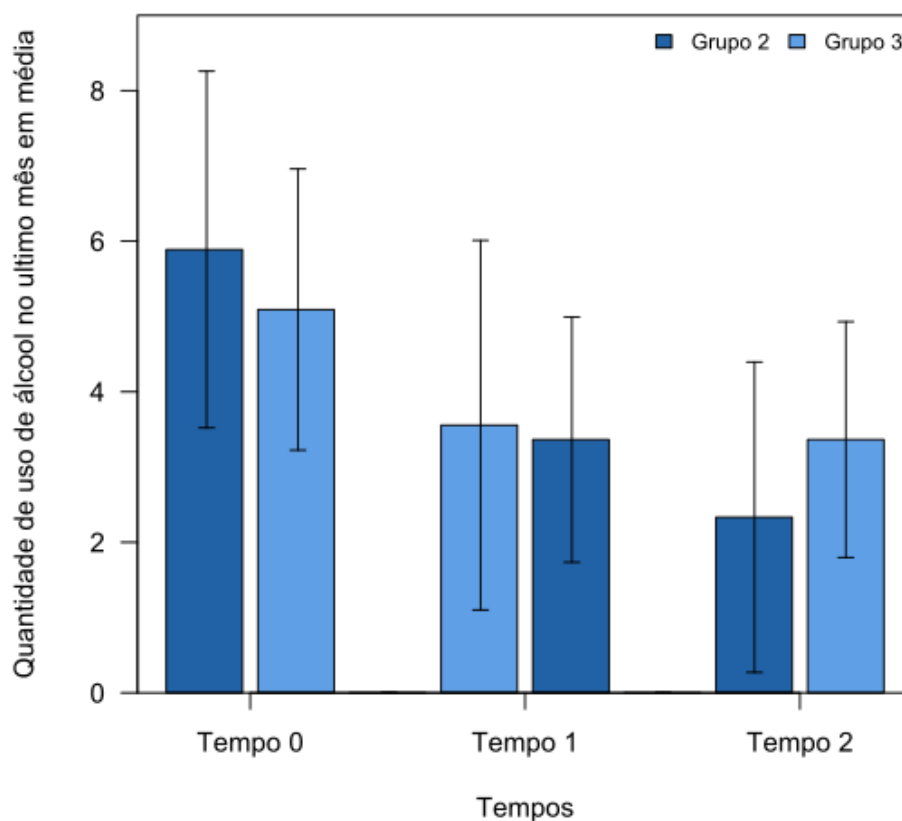
A quantidade do uso de álcool no último mês foi avaliada pela quantidade de doses de álcool ingerido em cada episódio de consumo. Em ambos os grupos, houve diferença significativa dos tempos T1 e T2 em relação ao tempo T0, uma vez que a média da quantidade de uso de álcool no tempo T0 foi significativamente maior em relação aos tempos T1 e T2. Além disso, os grupos foram homogêneos ao longo do tempo e observa-se que o efeito da interação entre o grupo e o tempo foi marginalmente significativa ($p=0,07$), ou seja, a tendência da quantidade do uso de álcool ao longo do tempo foi marginalmente significativa com uma diminuição maior a favor do GI.

Figura 15 - Distribuição da pontuação média da quantidade de doses de álcool consumidas, conforme tempo de seguimento. São Paulo, 2018.



Fonte: A autora.

Figura 16 - Comparação intragrupo e intergrupo quanto às variáveis "Quantidade", São Paulo, 2018.



Fonte: A autora.

7.4 PERDAS DE SEGUIMENTO

Em relação às participantes da pesquisa, 23 mulheres não realizaram o seguimento até o final. Os motivos dessas perdas foram: o agendamento da intervenção e o não comparecimento da mesma na data agendada do grupo intervenção (N=9); e a incapacidade de realizar o contato telefônico para o seguimento, tanto no grupo intervenção quanto no grupo controle (N=14). A Tabela 6 apresenta a distribuição das médias do instrumento AUDIT das participantes com perda no seguimento.

Tabela 6 - Distribuição das médias das variáveis de desfecho das perdas durante o seguimento na linha de base do estudo (T0), segundo grupos de alocação. São Paulo, 2018.

Variável	Grupo	N	Média	DP*
AUDIT	Controle	11	11,8	2,7
	Intervenção	12	12,2	2,6

***DP=Desvio Padrão**

DISCUSSÃO

8 DISCUSSÃO

Este estudo verificou a efetividade da intervenção breve na mudança do padrão de consumo de álcool de mulheres de uma unidade de APS da cidade de São Paulo, e identificou o padrão de uso de álcool dessas mulheres e a associação com suas características sociodemográficas, clínicas e comportamentais.

O perfil das mulheres elegíveis para este estudo é consistente com o de mulheres que frequentam os serviços de saúde do centro da cidade de São Paulo, o que pode ser observado, por exemplo, na projeção populacional da prefeitura de São Paulo (São Paulo, 2018), onde a maioria das mulheres que frequentou os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) no último ano, apresentou entre 35 a 44 anos, o que coincide com a média de idade da amostra.

Com base neste perfil, os dados sugerem que se trata de um grupo de mulheres de nível socioeconômico baixo, devido, principalmente aos resultados referentes à renda familiar e ao grau educacional, inferiores à média nacional, portanto, o fato de apresentarem uma baixa renda e pouca escolaridade faz com que elas estejam sujeitas a barreiras no acesso à saúde de qualidade e a informações em saúde de caráter confiável (Oliveira et al., 2015).

Outras características deste grupo que atribuem um caráter de vulnerabilidade social é o fato de serem do gênero feminino e serem, em sua maioria, de raça/cor preta e parda. Esses dois fenômenos colocam esta população sujeita ao sexismo e ao racismo (Werneck, 2016), fenômenos considerados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como fatores estruturais produtores da hierarquização social associada à vulnerabilidades em saúde (Dalcin et al., 2016; OMS, 2005).

A desigualdade social, o acesso insuficiente à educação, as diferenças de gênero e de raça/cor das mulheres deste estudo devem guiar, portanto, este primeiro olhar para esta população. Esta realidade desfavorável de acesso aos bens de consumo, lazer, educação e saúde podem auxiliar na compreensão do contexto destas mulheres, devendo as ações de saúde estar focalizadas na redução das desigualdades apresentadas para então pensar em outras estratégias relevantes de assistência para esta parcela da população. Se pensarmos no uso de álcool e na prevenção do uso de risco nocivo desta bebida, percebe-se que dentro deste cenário de desigualdade, o enfrentamento desta problemática se torna ainda mais complexo.

A legislação brasileira apresenta leis de caráter protetivo ao gênero feminino em suas peculiaridades relacionadas a doenças específicas de mulheres, como o câncer de colo uterino

e de mama (Brasil, 2008), a gestação (Brasil, 2007), e a violência doméstica e familiar (Brasil, 2006). Apesar destes avanços, as mulheres ainda são vítimas de violência doméstica (Garcia, et al, 2016), (Silva, Oliveira, 2015), sofrem com episódios recorrentes de violência obstétrica (Andrade et al., 2016), e são unicamente responsabilizadas pelo cuidado dos filhos, especialmente quando ainda pequenos, sendo comum serem a principal cuidadora, sem divisão de tarefas com pais ou outros familiares do sexo masculino. Portanto, ainda existem lacuna nas políticas destinadas a esta população, o que indica uma necessidade urgente de transformações de ações voltadas ao combate das desigualdades entre os sexos e, em relação as políticas de prevenção do uso de risco e nocivo de álcool, deve-se considerar as complexidades envolvidas nesta população feminina.

Quando investigadas em relação ao perfil clínico e a saúde mental das mulheres deste estudo, o diagnóstico de maior prevalência referido foi a depressão, o número encontrado de autorrelatos foi de 11,6%. Este dado corrobora com estudo brasileiro (Stopa et al., 2015), que também investigou taxas de depressão entre as mulheres e a porcentagem encontrada foi aproximada (10,9%). Sabemos, porém, que por levar em consideração o autorrelato da mulher sobre o seu diagnóstico, podemos ter um número diminuído em comparação ao que se observaria ao investigar esta questão com outras estratégias, como, por exemplo, com instrumentos padronizados. Isso pode ser visto em um estudo (Gonçalves et al., 2018) que utilizou questionário padronizado ao invés do autorrelato para investigar o diagnóstico de depressão, obtendo uma taxa de 19,7% entre a população do sexo feminino.

Embora esse estudo não tenha encontrado associação entre depressão e o uso de risco e nocivo de álcool entre as mulheres, há relatos na literatura de que são condições que frequentemente ocorrem juntas (Breanne et al, 2016; Frédéric et al., 2014; Conner, Pinquart, Gamble, 2009). Uma provável explicação para a ausência desta associação na amostra desse estudo, seria a utilização do autorrelato das participantes como forma de avaliação do diagnóstico de depressão. Assim, estudos futuros sobre essa problemática devem considerar a utilização de questionários que investiguem com maior fidedignidade esta condição.

A esse respeito, um estudo americano (Marmorstein, 2009) evidenciou que, particularmente entre as mulheres, os níveis elevados de problemas com álcool foram associados a níveis iniciais mais altos de sintomas depressivos, resultado que reforça a importância de se ater a essas associações durante a assistência à mulheres com diagnóstico de depressão e aquelas que fazem uso de risco ou nocivo de álcool.

Em relação ao padrão de consumo de álcool das mulheres elegíveis do estudo, embora a maioria das mulheres fosse abstenia ou fazia uso de baixo risco do álcool, 10,8% da amostra apresentou um padrão de uso de risco ou nocivo de álcool, e quando se soma a esta parcela aquelas que preencheram critérios de provável dependência, observa-se que 15,8% das mulheres desse estudo faziam uso problemático do álcool. O fato de não ter sido encontrado nenhum estudo publicado no Brasil que tenha investigado exclusivamente a população do sexo feminino dificulta estabelecer comparações.

Dentre os estudos que visaram investigar o uso de álcool realizado por mulheres de serviços de APS, o percentual de uso problemático foi de 6,5 (Manthey et al., 2016), até 12,9% (Vargas, Bittencourt e Barroso, 2014) variando de acordo com os critérios utilizados para classificação do uso. Relatório global consta que nas Américas 41,9% da população feminina fez uso de álcool no último ano (WHO, 2018) e que, em comparação com anos anteriores, pode-se considerar que houve um aumento do consumo de álcool na população mundial, tanto entre os homens quanto entre as mulheres.

Convergindo com este fato de que exista uma tendência de aumento do consumo de álcool entre mulheres, o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD) já apontou esse crescimento, em que a taxa de mulheres que bebem cinco ou mais doses em uma única ocasião de consumo - que em 2006 somavam 17%, passando em 2012 a representar 27%, -, o que nos leva a pensar que o padrão de uso das mulheres vem se modificando com tendência ao crescimento. Estudo estadunidense (White, Tapert, Shukla, 2018) também indicou uma tendência de aumento global deste modelo de consumo de álcool entre as mulheres nos últimos anos.

A tendência ao crescimento do padrão de consumo de álcool observada entre as mulheres pode ser explicada por diversos fatores, entre estes, a literatura (Iwamoto et al., 2018) aponta as diferenças de gênero como um influenciador no comportamento de beber das mulheres. Portanto, a diminuição das diferenças sociais entre os gêneros masculino e feminino é uma possível explicação para esta tendência ao crescimento do consumo de álcool observado entre as mulheres (Wells et al., 2011; Erol, Karpyak, 2015; Becker, McClellan, Reed, 2017). Há um tempo, uma mulher que bebia era vista como inadequada; hoje, este fenômeno social ainda acontece, porém, em um menor grau (Erol, Karpyak, 2015; Becker, McClellan, Reed, 2017), permitindo a mulher o maior acesso ao álcool, equiparando-se ao consumo da bebida realizado pelos homens.

Mesmo com a diminuição da diferença nas taxas indicativas de consumo de álcool entre homens e mulheres no Brasil, o consumo feminino ainda se mantém menor quando comparado ao dos homens, provavelmente, porque não são apenas as questões de gênero que diferenciam este comportamento, mas também as questões neurobiológicas. As mulheres, por exemplo, são mais sensíveis à bebida, suportam quantidades menores da substância e sofrem consequências maiores do que os homens quando fazem uso nocivo de álcool (Becker, McClellan, Reed, 2017), o que as colocam em uma posição de menor consumo.

Outro fator que pode estar relacionado ao aumento do padrão de consumo entre as mulheres nos últimos anos são as campanhas publicitárias brasileiras relacionadas a bebidas alcoólicas. Estudos apontam a relação entre campanhas publicitárias e o maior consumo de bebidas alcoólicas (Faria et al., 2011; Snyder et al., 2006), e uma diminuição do consumo de álcool da população com implementação de políticas públicas de regulamentação das propagandas (Babor et al., 2010).

Resultado que é condizente com a argumentação a respeito da influência das campanhas publicitárias no aumento das taxas de consumo de álcool entre as mulheres é que a cerveja foi a bebida de preferência entre a maioria das mulheres deste estudo, e a grande maioria das campanhas realizadas pela mídia direcionadas a bebidas alcoólicas são de cerveja, portanto, pode-se especular que exista uma possível influência midiática no aumento do consumo desta substância entre as mulheres e na sua preferência pela cerveja.

A cerveja também já foi apontada por outro estudo como a bebida alcoólica de preferência relatada pela maioria das mulheres brasileiras (58%) (Laranjeira et al., 2010). Além da relação com as campanhas publicitárias já citadas, pode-se presumir que este fato pode estar relacionado aos baixos preços e fácil acesso a este tipo de bebida alcoólica.

Investigando as características sociodemográficas, clínicas e comportamentais, os resultados desta pesquisa mostram que as mulheres homossexuais apresentaram associação com um maior padrão de consumo de álcool. Uma metanálise (Marshall et al., 2008) investigou as diferenças de padrão de consumo de álcool encontradas entre as diferentes orientações sexuais e os dados do estudo são consistentes com esses achados. Neste estudo, pode-se observar que as jovens LGBT tiveram índices significativamente mais altos de uso de substâncias quando comparado com as jovens heterossexuais.

Este mesmo estudo (Marshall et al., 2007) traz que, apesar dos artigos analisados terem os mesmos apontamentos em suas conclusões acerca do maior uso de substâncias pela parcela

homossexual da amostra, nenhum deles conseguiu abordar as causas deste fenômeno. Uma possível explicação para essa associação é o que o autor chamou de “estresse da minoria”, trazido também em outras pesquisas (Hughes et al., 2016; Toledo, Filho, 2012) que aborda o estigma vivenciado por mulheres lésbicas. Por sofrerem preconceitos/discriminações e violências acerca de sua sexualidade, derivados de uma sociedade com padrão homofóbico de comportamento, essas mulheres carregam uma carga de estresse/emocional aumentados, que consequentemente poderiam levar a uma maior propensão ao uso de bebidas alcoólicas.

No desenvolvimento desta pesquisa, também pode-se observar o preconceito, discriminação e violência vivenciados por mulheres homossexuais relatados pelos estudos (Marshall et al., 2007; Hughes et al., 2016; Toledo, Filho, 2012), fator apontado como uma possível explicação para o uso de bebidas alcoólicas em maior frequência e quantidade. Durante a realização da coleta de dados, nos atendimentos realizados com as participantes do estudo, pode-se notar relatos de mulheres homossexuais que vivem sua orientação sexual sem a aceitação dos familiares mais próximos, como pais e irmãos, e relatos de pouco apoio financeiro dos mesmos, como situações em que, devido à intolerância dos familiares, era necessário “sair de casa” antes do desejado. Especula-se que esta rejeição possa ser uma possível explicação da associação encontrada entre a orientação sexual destas mulheres e o maior padrão de consumo de álcool.

A análise univariada também encontrou uma maior média de pontuação no AUDIT nas mulheres que não tinham companheiros, sejam elas solteiras, separadas, divorciadas ou viúvas, e, na análise multivariada, foi encontrado que estas apresentaram um aumento médio de 37% na pontuação AUDIT, quando comparado com as que tinham companheiros (casadas e amasiadas).

Esta associação entre maior consumo de álcool e não ter companheiro já foi encontrada em outros estudos (Guimarães, et al, 2010; Rhule-Louie, McMahon, 2007), cuja relação pode estar vinculada ao fato de que o casamento pode atuar como fator protetor de consumo de bebidas alcoólicas por operar como suporte e controle sociais na vida dos companheiros ou companheiras. Além disso, o casamento reduz o vínculo com outros círculos sociais que podem influenciar no uso de substâncias (Fleming, White, Catalano, 2010).

Os laços de afeto existentes em uma relação também foram apontados como fator relacionado a um menor consumo de substância (Fleming, White, Catalano, 2010). Sendo assim, especula-se que, para as mulheres solteiras, deva-se pensar em estratégias de suporte social dentro dos serviços de saúde, especialmente para aquelas que também são mães, ou seja,

buscar outras formas de laços afetivos que ampliem os vínculos destas mulheres e, portanto, previna ou reduza o consumo de bebidas alcoólicas.

A análise multivariada também encontrou que, quando comparadas a mulheres sem nenhuma religião, as evangélicas apresentaram uma diminuição média de 51% na pontuação AUDIT. Sabe-se que a maioria das igrejas evangélicas no Brasil relaciona o consumo de bebidas alcoólicas ao “pecado”, em um nível espiritual, ou seja, um comportamento “errado”, que deve ser evitado e que, se não evitado, pode-se esperar consequências ruins nesta vida ou em um outro plano.

O significado que os evangélicos atribuem as bebidas alcoólicas pode ter implicação no comportamento dos fiéis e, portanto, pode explicar este resultado. Pode-se supor que outras religiões brasileiras, incluindo aquelas de origem cristãs e não cristãs, não enfatizam o consumo de álcool como “pecado”, o que pode explicar a inexistência desta relação com outras religiões. Esta forte relação de seguir a religião evangélica e apresentar menor padrão de consumo de álcool também foi encontrada em outros estudos (Neighbors et al., 2013; Ferreira et al., 2012).

Em relação as variáveis clínicas os dados desse estudo mostraram que as mulheres que relataram hipertensão arterial apresentaram um aumento médio de 52,0% na pontuação AUDIT, quando comparado às que não referiram tal condição. Outros estudos já apontam que o uso abusivo de álcool por um período longo e constante está relacionado ao aparecimento de doenças cardiovasculares, sendo a principal delas a hipertensão arterial (Fisher, Orav, Chang, 2018; O’Keefe, 2014; Puddey, Beilin, 2006).

Para os trabalhadores em saúde, principalmente aqueles que atuam nos serviços de APS, é fundamental que se atentem a esta tão já estabelecida relação entre hipertensão arterial e consumo abusivo de álcool, reforçada pelos dados do presente trabalho, que acontece também entre as mulheres.

Ao analisarmos as estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica e doença arterial sistêmica, proposto pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2013), nota-se que o caderno considera o consumo abusivo de bebidas alcoólicas como uma das causas de hipertensão arterial e orienta os profissionais de saúde - enfermeiros, médicos e dentistas - a conversarem com o paciente sobre a temática durante a anamnese, e traz como estratégias de prevenção a interrupção ou a moderação do consumo de álcool. O documento cita ainda a motivação de mudança de hábitos como estratégia de enfrentamento ao uso abusivo de álcool, entretanto não menciona como estes profissionais podem atuar para desenvolver as técnicas motivacionais sugeridas.

A orientação realizada pelo Ministério da Saúde sobre a utilização de técnicas motivacionais para a redução do padrão de consumo de álcool em pessoas que apresentam hipertensão arterial vai ao encontro de resultados efetivos apontados pela literatura e é considerada essencial, tanto para a prevenção do desenvolvimento da hipertensão arterial quanto para o uso de risco ou nocivo de álcool. Porém, ainda não existem ações de capacitação destas técnicas entre os profissionais de saúde, o que talvez seja a razão desta prática ser escassa nos serviços de saúde brasileiros. Indica-se o desenvolvimento de conteúdo voltado para a utilização das ferramentas motivacionais como estratégia de redução do padrão de uso de álcool nos serviços de saúde e a capacitação de profissionais do setor, especialmente no cenário da atenção primária.

As mulheres tabagistas e usuárias de drogas ilícitas do estudo apresentam associação com maior padrão de consumo de álcool: mulheres que faziam uso de drogas apresentaram um aumento médio de 122,0% na pontuação AUDIT, e as que faziam uso de tabaco apresentaram um aumento médio de 135,0%, quando comparadas a um indivíduo que não fazia uso de nenhuma das substâncias.

Além disso, foi encontrada uma correlação positiva entre a quantidade e frequência do uso de drogas e de tabaco, ou seja, quanto maior a frequência e a quantidade de uso de drogas ilícitas e tabaco, maior tende a ser a pontuação no AUDIT e vice-versa.

Sabe-se que o uso associado do álcool, tabaco e substâncias ilícitas causam maior risco de desenvolvimento de doenças ou mortes prematuras (Lim et al., 2012). Estudo aponta que, além do risco deste uso associado, pode ser observada uma relação ainda mais comum quando analisado o uso entre pessoas com contexto social desfavorável (Redonnet et al., 2012). Para tal problemática, deve-se pensar no estabelecimento de estratégias conjuntas de enfrentamento.

Ao analisarmos as estratégias para o cuidado da pessoa tabagista, proposta pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2015), nota-se que o caderno considera a associação do uso do tabaco e do álcool como bidirecional e dose dependente, o que corrobora com este presente estudo. O documento considera ainda o álcool como um fator de risco para o uso de tabaco e um obstáculo para a cessação do mesmo, orientando aos profissionais realizarem a inclusão da investigação do uso de álcool e do tabaco durante as anamneses e indica que ambos os problemas devem ser considerados e tratados conjuntamente.

O caderno (Brasil, 2015) faz uma menção discreta do uso de drogas como um fator de risco ou como um fator que deve ser incluído no tratamento devido à alta associação existente.

Apesar das altas taxas de prevalência de consumo de álcool e da forte associação entre as substâncias (álcool - tabaco - drogas ilícitas), apenas o tabaco possui estratégias condizentes de enfrentamento na APS.

Ao sugerir estratégias de tratamento para as pessoas que fazem o uso de tabaco associado com o uso de álcool e/ou substâncias ilícitas, o documento faz a menção à necessidade de atenção a esta população, porém não sistematiza as ações que devem ser colocadas em práticas nessas situações e não traz sugestões claras. A única solução estratégica mencionada é o encaminhamento desta população para o serviço especializado em substâncias psicoativas, ou seja, não é realizada nenhuma orientação de ação em nível de atenção primária a saúde, apenas em nível de especialidade.

Sugere-se, portanto, a criação de políticas públicas relacionadas às estratégias de prevenção e tratamento do uso de risco e nocivo de álcool e outras drogas, que sejam destinadas à população feminina e realizadas no contexto de atenção primária à saúde. Essas estratégias podem ser vinculadas às ações já organizadas para a prevenção do uso de tabaco e sugere-se ainda que o conteúdo destas ações seja embasado em ferramentas motivacionais, como a intervenção breve.

O estudo encontrou que a cada ano acrescido na idade da mulher, espera-se uma diminuição média de 2% na pontuação AUDIT, ou seja, as mulheres mais jovens possuem mais chance de apresentarem maior padrão de consumo de álcool. Apesar de as mulheres com idade mais avançada também precisarem de atendimento direcionado ao seu consumo de álcool, são as mais jovens que devem ser o público de principal direcionamento dos programas de uso de álcool a serem desenvolvidos. Sugere-se portanto, o uso de estratégias que comuniquem com facilidade com faixas etárias mais jovens, como por exemplo, o uso de tecnologias com linguagem acessível e de rápida realização, adaptada para um público mais jovem.

O principal objetivo do estudo foi verificar a efetividade da intervenção breve na mudança do padrão de consumo de álcool de mulheres que apresentavam uso de risco ou nocivo de álcool em uma unidade de APS da região central de São Paulo. A efetividade da IB também foi avaliada em relação aos estágios de prontidão para mudança de comportamento e em relação à frequência e à quantidade de uso de álcool realizada no último mês.

Em uma primeira avaliação, as mulheres participantes do estudo (N=20) se dividiram aleatoriamente em dois grupos: o grupo intervenção (GI) e o grupo controle (GC), os quais apresentaram, de modo geral, características homogêneas relacionadas a aspectos sociodemográficos, clínicos e comportamentais, entretanto o GI obteve um maior percentual de

indivíduos de classe social “E” e um padrão de consumo de álcool maior do que o GC. Essas duas características diferentes encontradas entre os grupos (GI e GC) podem ser atribuídas à randomização realizada, ou seja, ao acaso.

Ambos os grupos avaliados diminuíram o padrão de consumo de álcool após três meses da primeira avaliação com significância estatística. O GC apresentou esta diminuição no padrão de consumo de álcool já no primeiro mês e se manteve até o terceiro mês de avaliação. Já o GI não apresentou diminuição do padrão de consumo de álcool com significância estatística no primeiro mês de avaliação, quando comparado à avaliação inicial, entretanto, no terceiro mês de avaliação, houve diferença estatisticamente significativa quando comparada à avaliação inicial.

Esta redução do padrão de consumo de álcool em ambos os grupos sugere que a realização da IB ou do AB reduziu o padrão de consumo de álcool em mulheres brasileiras de uma unidade de APS em uma região metropolitana.

Os resultados desse estudo são semelhantes a estudo prévio de Floyd et al., (2007), que teve como objeto investigar os efeitos da IB nas mulheres que apresentavam a possibilidade de engravidar, as participantes elegíveis foram divididas aleatoriamente em dois grupos: o primeiro grupo recebeu a IB realizada em cinco sessões e o grupo controle não recebeu nenhuma sessão de IB, apenas informações gerais de rotina. Ao analisar o número de episódios de beber pesado nos últimos nove meses e a média de doses semanais de álcool entre as participantes, ambos os grupos de participantes reduziram consideravelmente essa média e, apesar do grupo intervenção apresentar uma redução maior, não houve diferenças estatisticamente significativas (Floyd et al., 2007).

Outros estudos, que também tiveram como objetivo investigar a efetividade da IB em mulheres (Velasquez, et al, 2017; Fleming, et al, 2008), encontraram alterações do padrão de consumo de álcool com significância estatística do grupo intervenção, quando comparado ao grupo controle, sendo que os grupos que receberam a intervenção breve obtiveram uma redução ainda maior no padrão de consumo de álcool, quando comparados aos grupos que receberam apenas o aconselhamento breve.

Com uma análise comparativa entre estes estudos citados (Floyd et al., 2007; Velasquez, et al, 2017; Fleming, et al, 2008), os quais possuem semelhanças com o presente estudo, pode-se supor que a IB possui um potencial de redução do padrão de consumo de álcool em mulheres.

Um ponto importante desse estudo é que trata-se de um ensaio clínico randomizado realizado no Brasil exclusivamente com mulheres de serviços de APS e não foi encontrado na literatura brasileira estudos publicados com características semelhantes. O único estudo publicado (Aliane, 2012) semelhante a esse foi realizado com oitenta mulheres no interior do estado de São Paulo em serviços de saúde diversificados, entretanto todas as participantes estavam no período gestacional. Desta maneira, percebe-se a importância deste estudo e de outras investigações futuras devido ao potencial identificado da IB e do AB na redução do padrão de uso de álcool em mulheres.

Um resultado importante observado nesse estudo foi a diminuição do padrão de consumo de álcool do GC com diferença estatisticamente significativa ($p=0,05$), quando comparado ao GI no primeiro mês de avaliação do seguimento (T1). Na segunda avaliação do seguimento (T2), realizada após aproximadamente três meses da avaliação inicial (T0), não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos e, nesta avaliação (T2), ambos os grupos apresentaram redução estatisticamente significativa do padrão de consumo de álcool, quando comparada à avaliação inicial (T0). Este resultado pode sugerir que o aconselhamento breve oferecido ao GC possui um resultado mais imediato na redução do padrão de consumo de álcool em mulheres atendidas em serviços de atenção primária a saúde, quando comparado a realização da intervenção breve.

O GC do estudo recebeu o aconselhamento breve que consistia em responder ao instrumento AUDIT e receber um feedback sobre o padrão de consumo de álcool, informando que estava acima do indicado e era aconselhável diminuí-lo. O aconselhamento breve pode ser considerado como uma intervenção - a diferença entre o aconselhamento breve e a intervenção breve é que na intervenção breve são utilizadas técnicas motivacionais para mudança de comportamento.

Em estudo em que foi realizado uma revisão da literatura de efetividade utilizando-se do método Cochrane (Ivers, et al, 2012) foi encontrado que a utilização do AUDIT e a devolutiva dos resultados (feedback), o que neste presente trabalho foi nomeado pelo autor como aconselhamento breve, apresentou efetividade na redução do consumo de álcool quando realizada por profissionais de saúde. O estudo demonstra ainda que este tipo de intervenção é mais eficaz quando realizada com pessoas que, a princípio, apresentavam um baixo padrão de consumo de álcool.

A superioridade do GC em relação ao GI na primeira avaliação (T1) em reduzir o padrão de consumo de álcool das mulheres do estudo pode ser justificado pelo fato de o GC ter

apresentado, a princípio (T0), uma média inferior de padrão de consumo de álcool, quando comparado ao GI com diferença estatística significativa. O aconselhamento breve pode ser mais eficaz quando realizado em uma população com um padrão mais baixo de consumo de álcool (Ivers, et al, 2012), portanto, o GC pode ter apresentado esta redução maior do padrão de consumo de álcool não apenas pela influência do aconselhamento breve, mas também por ser um grupo que apresentava um padrão de consumo inicial mais baixo.

Além da diferença na linha de base relacionada ao padrão de consumo de álcool, os grupos também eram diferentes em relação ao nível socioeconômico, sendo que GI se caracterizou como um grupo com uma classe social inferior ao GC. Revisão da literatura (O'Donnell et al., 2014) analisou pesquisas que investigam a efetividade da IB e a influência no nível socioeconômico de seus resultados e encontrou achados ainda inconclusivos. Apesar de não ter sido observado associação entre o nível socioeconômico e a efetividade da IB, os resultados desse estudo sugerem que o nível socioeconômico precisa ser considerado e investigado como um possível fator que influencia nos resultados relacionados aos efeitos da intervenção breve, o que corrobora com os resultados de pesquisa (Littlejohn, 2006) que também identificou esta necessidade.

A intervenção breve aplicada nesse estudo foi realizada apenas em uma sessão, no momento da avaliação de base (T0). Estudos (Kaner, 2018; O'Donnell, 2014; Steven, et al, 2006) têm apontado melhores resultados relacionados ao efeito da intervenção breve quando realizadas em sessões mais longas e em mais de um encontro, porém, ao aumentar o número de sessões de IB, aumenta-se também o custo e o tempo atribuído ao serviço de um profissional de saúde. Além do tempo breve e do baixo custo, outro fator positivo relacionado ao uso da IB em sessão única seria o fato de que as mulheres contemporâneas, em sua maioria, trabalham, têm filhos e diversos outros compromissos, o que dificulta ir ao serviço. Neste sentido, a IB realizada em uma única sessão pode vir a ser vista como uma forma mais factível de intervir no padrão de uso de álcool dessas mulheres.

A IB diminuiu o padrão de consumo de álcool das mulheres de um serviço de APS de um município brasileiro. As sessões foram individuais, breves e únicas, o que podem ser consideradas um modelo factível e de baixo custo para assistência de mulheres que fazem uso de risco de álcool. Sua composição foi direcionada para o público feminino, de fácil compreensão e contextualizada para a realidade brasileira, o que contribuiu para a garantia de melhor entendimento e acesso das mulheres participantes.

O conteúdo empregado na IB sistematizou técnicas de aconselhamento, motivacionais e de redução de danos, todas apontadas pela literatura como sendo técnicas com potencial de efetividade ao ser utilizado para esta problemática e utilizou-se de ingredientes ativos importantes que reforçam o acolhimento e a aceitação, conceitos a serem considerados quando se trabalha com mulheres que bebem. Ressalta-se, portanto, que o modelo de IB utilizado nesta pesquisa apresenta potencial de redução do padrão de consumo de álcool em mulheres e sugere-se que seja reproduzido em futuras pesquisas para ampliação das suas investigações.

Em relação aos resultados da régua de prontidão para mudança de comportamento, não houve diferenças estatisticamente significativas na comparação dos grupos intervenção e controle durante o seguimento. Nota-se que o grupo controle apresentou médias de pontuação na régua de prontidão para mudança de comportamento com pouca variação nos três tempos de avaliação, e que o grupo intervenção apresentou um aumento nesta média durante os períodos avaliados, porém esta diferença não foi significativa estatisticamente.

Especula-se que o aumento desta média relacionado aos estágios de prontidão para mudança de comportamento no grupo intervenção possa ser atribuído ao fato de que a principal diferença entre o AB e a IB seja que a segunda trabalha justamente com a motivação, portanto, era de se esperar que o grupo intervenção tivesse variações maiores e mais positivas relacionadas a ela.

Todavia, a diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa e indaga-se se isto ocorreu devido ao fato das sessões de IB terem sido únicas, como já discutido acima, possivelmente, para trabalhar a motivação das sessões múltiplas de IB serem mais efetivas (Kaner et al., 2018; O'Donnell et al., 2014), e estudos comparativos devem ser feitos para investigar esta diferença na dosagem oferecida. Outro aspecto que pode ter influenciado neste resultado é o fato de a amostra ter sido consideravelmente pequena, e que se fosse utilizado uma amostra maior poderia se esperar resultados mais robustos.

A frequência diária de consumo de álcool realizada no último mês diminuiu em ambos os grupos, quando comparada à primeira avaliação, cuja diferença entre os tempos só foi significativa no grupo controle e não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos controle e intervenção. Entretanto, em relação à quantidade de doses de álcool consumida diariamente no último mês, houve diminuição significativa em ambos os grupos e o grupo intervenção apresentou uma diminuição maior, quando comparado ao grupo controle,

sendo essa diferença marginalmente significativa (0,07), com a tendência de ser significativa com o aumento do tamanho da amostra, o que deve ser considerado em estudos futuros.

Ao analisarmos conjuntamente os resultados referentes à frequência e à quantidade de álcool consumidas, pode-se observar que o número de doses de álcool consumidas no último mês diminuiu entre as mulheres, o que apresentou uma significância maior no grupo que recebeu a intervenção breve, quando comparado ao grupo controle; entretanto, a diminuição do número de vezes em que este consumo ocorreu foi discreto e não significativo.

O consumo de doses de álcool em grande quantidade em uma única ocasião está, provavelmente, relacionado ao objetivo de atingir o efeito desejado no organismo, como por exemplo, alterações do nível de consciência, as quais podem ser: ficar “alegre”, “feliz”, “calma”, “desinibida”, entre outras características associadas ao rebaixamento do nível de consciência provocado pelo álcool.

As mulheres que participaram das sessões de IB demonstravam particular interesse nesta temática: ao mesmo tempo que relataram buscar estes efeitos de alterações do nível de consciência, relatavam também desejo de diminuir a quantidade consumida e o incômodo devido aos sintomas negativos associados ao consumo excessivo de álcool, especialmente aqueles que surgiam nos dias posteriores, como dores de cabeça, dores no corpo, cansaço, entre outros, o que chamavam de “ressaca”.

Durante a realização das sessões de intervenção breve, pode-se perceber que as mulheres, de um modo geral, demonstraram pouco ou nenhum conhecimento relacionado às doses alcoólicas e aos níveis de concentração de álcool em diferentes tipos de bebidas e, quando essas informações eram fornecidas, apresentavam interesse nos valores de doses seguras de consumo de álcool.

As estratégias de redução de danos utilizadas durante as sessões buscaram intercalar o consumo de bebidas alcoólicas com aquelas não alcoólicas, como água, suco ou refrigerante. A construção de objetivos e metas de mudança de comportamento pelas mulheres nas sessões estiveram relacionadas à redução de doses de consumo e, de modo geral, as mulheres tinham como objetivo diminuir o número de doses e incluir em sua rotina de consumo a ingestão de bebidas não alcoólicas.

As informações fornecidas para as mulheres relacionadas a doses seguras de álcool, as estratégias de redução de danos, as estratégias de construção de objetivos e métodos e a utilização de técnicas motivacionais podem, possivelmente, explicar o efeito de redução do

consumo de doses de álcool em grande quantidade em uma única ocasião, observado entre aquelas mulheres que participaram das sessões de intervenção breve.

A frequência de consumo de álcool entre mulheres pode ser entendida como um comportamento rotineiro, ou um hábito, em que se faz o consumo da bebida com determinada constância que possivelmente está relacionada a outras atividades de sua vida, como relaxar, socializar ou, ainda, a realização de serviços domésticos.

Pode-se supor, portanto, que para a diminuição da frequência de consumo deve-se pensar em trabalhar com a mulher a diminuição ou eliminação desses tipos de atividades, porém, na maioria das vezes, isto não é factível, como orientar a mulher a não realizar atividades de lazer ou a não fazer a faxina da sua casa. Como solução para este fenômeno, sugere-se a manutenção da realização destas mesmas atividades, porém, sem associá-las ao consumo de bebidas alcoólicas.

Na realização do aconselhamento breve, as participantes recebiam a informação dos números de dias seguros para o consumo de álcool. Nas sessões de IB, além destas informações, foi utilizado técnicas motivacionais para a redução da frequência de uso por meio da sugestão de outras atividades de lazer substitutivas ou pela sugestão de desassociar as atividades realizadas com o uso de álcool.

Conjectura-se que o hábito e a socialização relacionada ao consumo de álcool por mulheres sejam importantes para elas e difíceis de serem alterados. Apesar desta dificuldade inerente ao ser humano de mudança de comportamento, houve uma redução da frequência de consumo de álcool realizada no último mês, ainda que discreta.

Percebe-se, portanto, o potencial relacionado ao aconselhamento breve e a intervenção breve na redução da frequência de consumo de álcool entre as mulheres e, sugere-se que para futuras investigações deva-se pensar em incluir diferentes estratégias que estimulem a mudança de hábitos ou rotina de sociabilização das mulheres.

De uma maneira mais ampla, podemos especular que na nossa sociedade exista uma cultura em que as atividades de lazer destinadas às mulheres envolvem o uso de bebidas alcoólicas e sejam superestimadas. Estratégias de mudanças de paradigmas culturais relacionados ao consumo de álcool entre mulheres devem ser exploradas, oferecendo e valorizando alternativas de lazer e de sociabilização que não envolvam o consumo de bebidas alcoólicas e sejam compatíveis com suas necessidades.

Grande parte das mulheres que aceitaram participar do estudo, acabaram desistindo de sua participação e as razões desta desistência foram o não comparecimento na data agendada

nas sessões de IB e a impossibilidade de realizar o contato telefônico para o seguimento, porque elas não atendiam as ligações.

As mulheres que foram randomizadas para o grupo intervenção, em sua maioria, recebiam a IB imediatamente após o sorteio. Algumas diziam que não tinham tempo para participar naquele momento da IB, porém demonstravam interesse em participar em algum outro momento, entretanto a maioria daquelas que reagendavam a sessão de intervenção breve, acabaram não comparecendo.

As participações na IB aconteciam com maior frequência entre aquelas mulheres que realizavam as sessões de imediato e sem agendamento e supõe-se que o fato de elas já estarem em um serviço de saúde facilitaria a permanência para o atendimento, com economia de tempo.

Em relação às mulheres que agendavam a sessão, supõe-se que tinham interesse em participar, porém, devido à dificuldade de retornarem ao serviço, acabavam não comparecendo; especula-se que essas dificuldades estejam relacionadas à falta de tempo, impossibilidade de meios de comparecer ao serviço, falta de interesse em se comprometer com uma mudança no padrão de consumo de álcool, ou esquecimento do agendamento das sessões. Sugere-se que estudos sejam realizados com o intuito de investigar mais a fundo as causas ligadas à ausência das mulheres nas sessões de IB agendadas.

Em relação às mulheres que eram contatadas, porém relataram desistir de participar das sessões de IB, supõe-se que um dos prováveis motivos de desistência possa estar relacionado ao estigma vivenciado por elas quando fazem ao consumo de álcool. Na sociedade, de um modo geral, a mulher que bebe ainda é vista como inconsequente, desequilibrada ou outras características depreciativas que podem variar entre os contextos sociais. Este tipo de estigma pode até existir também entre os homens, porém é provável que seja maior entre as mulheres.

Devido a este estigma, pode-se supor que exista uma resistência das mulheres em continuar o atendimento quando recebem a informação de uso problemático de álcool e o feedback do uso de álcool acima do recomendado, ela pode vir a pensar que o problema está nela mesmo, que possui as características negativas atribuídas a uma mulher que bebe. Esta atribuição social dada à mulher que faz uso de álcool em excesso pode, provavelmente, afastá-la do profissional de saúde e do serviço de saúde, pois pode se sentir ofendida e decepcionada.

Para evitar que a mulher se distancie do serviço de saúde é preciso garantir que durante o feedback sobre seu consumo de álcool, ela se sinta acolhida e aceita e deve-se evitar posturas julgadoras. A informação deve ser fornecida com sensibilidade, condizente com os fatos, porém sem exigir uma mudança imediata ou uma justificativa para este comportamento. Esta

compreensão da mulher e de seu próprio consumo de álcool pode ser um processo longo, portanto, além da postura acolhedora do profissional de saúde, sugere-se também um acompanhamento da mulher a longo prazo.

Para informar a mulher sobre o uso excessivo de álcool, estudos têm demonstrado que é fundamental que se leve em conta o vínculo estabelecido (Ondersma, 2016). Pode-se supor que para a mulher seja muito mais fácil receber a informação referente ao seu padrão de consumo de álcool de alguém que ela já conheça, confie e se sinta acolhida e que se sinta mais aberta a um diálogo para maior compreensão da informação recebida.

A compreensão de mulheres do uso indevido de álcool como uma característica desvinculada de estigmas pode acontecer e o profissional de saúde deve auxiliar neste processo, portanto algumas técnicas presentes na rotina do profissional de saúde devem ser utilizadas como o vínculo, o acompanhamento a longo prazo e uma postura acolhedora e nada julgadora.

No presente estudo, só foi possível utilizar a técnica de acolhimento e aceitação, visto que, como pesquisadora, não possuía o vínculo com as mulheres participantes e não existia uma possibilidade de aproximação a longo prazo. Para os profissionais de saúde atuantes na APS, recomenda-se a utilização de todas estas ferramentas para o desenvolvimento da IB; além disso, sugere-se que novas pesquisas que visem investigar objetivos semelhantes ao do presente estudo trabalhem essas variáveis relacionadas com o intuito de diminuir as desistências.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A pesquisa possui alguns limites metodológicos que precisam ser analisados, toda pesquisa de ensaio clínico randomizado está sujeita a vieses que devem ser identificados e, se possível, evitados em futuras investigações. Todos os dados coletados foram realizados pelo autorrelato das participantes e, para a coleta de algumas variáveis, foram utilizados instrumentos padronizados, validados e traduzidos para a língua portuguesa, porém algumas delas, como o uso de drogas, tabaco ou a presença de depressão, foram investigadas apenas com a utilização de questões desenvolvidas pela própria autora, o que pode influenciar nos resultados.

O tamanho da amostra de mulheres randomizadas também pode ser considerado como uma limitação, apesar de o estudo ter realizado um cálculo prévio amostral baseado em uma pesquisa semelhante realizada no mesmo contexto de estudo, porém não foi possível alcançar

o número de pacientes necessário para a randomização. Para tanto, seria necessário um número ainda maior de entrevistas, visto que o percentual de mulheres usuárias de risco ou nocivo do álcool não ser muito alto e, além disso, pesquisas com objetivos semelhantes ao presente estudo utilizaram-se de amostras maiores.

O estudo apresentou taxas elevadas de perdas e de desistências das participantes da pesquisa. Isto pode ter acontecido por diferentes motivos, porque o intervencionista possuía pouco ou nenhum vínculo com as participantes e as participantes podiam apresentar resistência em aderir às atividades propostas, ou por barreiras como dificuldades de comparecer ao serviço ou disponibilizar tempo para responder as chamadas telefônicas. Sugere-se que sejam realizadas pesquisas que investiguem as razões destas perdas e desistências e a criação de estratégias para evitar ou reduzir este acontecimento.

As intervenções realizadas com as mulheres participantes do estudo foram todas desenvolvidas por um único intervencionista. Sidani e Braden (2013) apontam que a realização das intervenções do estudo por um único intervencionista pode limitar a generalização dos dados devido ao fato de que a reprodução dessas intervenções será realizada por pessoas com diferentes personalidades e critérios, portanto a utilização de diferentes intervencionistas é sugerida para futuras investigações.

A intervencionista não possuía vínculo profissional com o serviço de APS, onde foram realizadas as intervenções e, apesar dos esforços realizados para se inserir no contexto de estudo, as mulheres participantes não tinham nenhum vínculo com a mesma, o que pode ter influenciado nos resultados. Para futuras investigações, sugere-se que se inclua os profissionais do serviço na realização das intervenções.

IMPLICAÇÕES DA PESQUISA PARA A PRÁTICA E O ENSINO

As implicações deste estudo para a prática assistencial ocorrem no sentido de reforçar a necessidade de órgãos de saúde brasileiros se atentarem para o combate às desigualdades presentes em nosso contexto brasileiro, ou até mesmo latino-americano, como forma primordial de enfrentamento da problemática relacionada ao consumo de álcool. Estratégias de combate à desigualdade social, ao racismo, à homofobia, às diferenças de gênero e desenvolvimento de estratégias que promovam a educação de jovens mulheres devem ser colocadas em prática. Com

esses direitos garantidos, pode-se então pensar em ações pontuais que promovam a prevenção e o tratamento do uso de álcool, como a intervenção breve.

O estudo teve como resultado um elevado índice de mulheres que fazem o consumo de álcool em um serviço de atenção primária à saúde da região central da cidade de São Paulo e, quando comparado a outros estudos, percebe-se uma tendência ao crescimento desta taxa nos últimos anos. O resultado aponta para a urgente necessidade do desenvolvimento de políticas de enfrentamento desta problemática. O Ministério da Saúde possui programas para pessoas com problemas relacionados à hipertensão arterial, diabetes, programas voltados para gestantes, idosas, até mesmo para tabagistas, porém o uso de risco e nocivo de álcool por mulheres parece ser ignorado, gerando uma brecha que necessita ser preenchida.

O uso de risco e nocivo do álcool é visto pelos serviços de saúde como um problema exclusivo da especialidade, ou seja, da saúde mental e psiquiátrica, porém ações de tratamento para casos menos graves e, principalmente, ações de prevenções são preconizadas pela Política Nacional de Saúde Mental. Assim mesmo, não existe nenhum plano específico para esta população de um modo mais amplo, muito menos para a população específica de mulheres.

Os profissionais de saúde atuantes nos serviços de APS precisam ser colocados em contato com estratégias de enfrentamento do uso de álcool em mulheres, sendo necessário capacitá-los para tanto. Sugere-se o uso do rastreio e da IB para o uso de risco e nocivo de álcool em diferentes ambientes do serviço, como nas consultas para a realização de preventivos, durante o pré-natal, o puerpério, consultas de rotina e, até mesmo, durante as visitas domiciliares. A identificação precoce de mulheres que fazem uso de risco e nocivo de álcool deve ser parte da assistência prestada por estes profissionais, assim como a intervenção breve e o encaminhamento para o serviço especializado para os casos de provável dependência.

A intervenção breve possui potencial de ser utilizada como ferramenta de ensino, o curso de graduação em enfermagem, por exemplo, possui em sua carga horária o conteúdo destinado ao ensino de prevenção e tratamento do uso de álcool e, para um enfermeiro em formação, seria essencial o oferecimento de estratégias de identificação de grupos de risco, rastrear e identificar mulheres que fazem o uso de risco ou nocivo de álcool e intervir quando necessário.

CONTRIBUIÇÕES E AVANÇOS NO CONHECIMENTO

O estudo destaca-se por ter sido realizado no Brasil, com mulheres de diferentes faixas etárias, pobres, negras e pardas e com acesso insuficiente à educação. As buscas na literatura encontraram que estudos realizados na América do Norte são quase uma unanimidade, portanto um estudo que realiza investigações na realidade em comum encontrada na América Latina deve ser considerado um importante avanço científico. O fato de o estudo ser brasileiro também pode auxiliar na construção de estratégias de prevenção e tratamento para mulheres que fazem uso de risco ou nocivo de álcool e que frequentam os serviços de atenção primária à saúde, pois basear-se em outras realidades para o desenvolvimento dessas estratégias pode resultar em projetos desconectados com o contexto e com a realidade.

O estudo investigou a efetividade da intervenção breve em mulheres em diferentes faixas etárias e em diferentes fases de sua vida. Esta heterogeneidade de mulheres se diferencia e se destaca quando comparada a outros estudos realizados com objetivos semelhantes, porém que utilizam como objeto de estudo apenas as mulheres em período gestacional. É inegável que as investigações da mulher no período gestacional são de extrema importância, entretanto não podemos abreviar as investigações a este período, reduzindo a mulher ao seu papel de progenitora.

O estudo apresenta uma ferramenta de intervenção breve com conteúdo direcionado para mulheres, adaptada para a realidade brasileira, desenhada por especialistas na área e embasada na literatura científica. Esta ferramenta poderá ser utilizada para embasar estratégias de enfrentamento do uso de risco e nocivo de álcool em mulheres atendidas nos serviços APS e sugere-se pesquisas futuras com o intuito de ampliar a investigação do seu conteúdo e de sua efetividade.

CONCLUSÃO

9 CONCLUSÃO

Características sociodemográficas, clínicas e comportamentais foram apontadas pelo estudo como atributos associadas a maiores padrões de consumo de álcool. As mulheres homossexuais, aquelas sem companheiros, com hipertensão arterial, mais jovens, sem religião e usuárias de tabaco e drogas ilícitas apresentaram associação com um maior consumo de bebidas alcoólicas. Essas características devem ser observadas tanto durante a assistência prestada às mulheres nos serviços de saúde quanto no desenvolvimento de estratégias de prevenção e tratamento do uso de álcool.

A aplicação da intervenção breve ou do aconselhamento breve reduziu o padrão de consumo de álcool em mulheres atendidas em uma unidade de atenção primária à saúde na região central da cidade de São Paulo. Aconselha-se que estas duas tecnologias, tanto o aconselhamento breve quanto a intervenção breve, sejam utilizadas por enfermeiros e outros profissionais da saúde como ferramenta de redução do padrão de consumo de álcool em mulheres na atenção primária à saúde e de prevenção da instalação do transtorno decorrentes do uso de bebidas alcoólicas.

Utilizar técnicas motivacionais, como a intervenção breve, possui um potencial ainda maior de redução da quantidade de consumo de álcool destas mulheres, quando comparadas ao aconselhamento breve. O uso de álcool em mulheres foi considerado um assunto sensível ao ser abordado com mulheres, portanto o acolhimento e a aceitação foram apontados como importantes fatores que devem permear todas as fases da intervenção breve dirigida a esta população.

A intervenção breve foi apontada pelo estudo como uma estratégia que pode ser utilizada nos serviços de atenção primária à saúde com potencial de redução do padrão de consumo de álcool em mulheres. Os enfermeiros, médicos, dentistas, entre outros profissionais de saúde atuantes nestes contextos de saúde podem utilizar esta ferramenta em sua rotina de trabalho, sendo rápida, de baixo custo e de fácil aplicabilidade.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Agresti A. Categorical data analysis. Florida: Wiley-Interscience; 2002.

Alex L, Wiklund, AF, Lundman B, Christianson M, Hammarström A. Beyond a Dichotomous View of the Concepts of “Sex” and “Gender” Focus Group Discussions among Gender Researchers at a Medical Faculty. PLoS One. 2012;7(11):e50275.

Aliane PP. Avaliação da eficácia de intervenções breves com gestantes na redução do consumo de álcool [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2012.

Álvarez-Bueno C, Rodríguez-Martín B, García-Ortiz L, Gómez-Marcos MA, Martínez-Vizcaíno V. Effectiveness of brief interventions in primary health care settings to decrease alcohol consumption by adult non-dependent drinkers: a systematic review of systematic reviews. Prev Med. 2015;76:S33-S38.

Amato TC, Silveira PS, Oliveira JS, Ronzani TM. Uso de bebida alcoólica, religião e outras características sociodemográficas em pacientes da Atenção Primária à Saúde - Juiz de Fora, MG, Brasil - 2006. SMAD. Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2008;4(2):1-17.

Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. Rev Bras Saude Mater Infant. 2016;16(1):29-37.

Babor TF, Alcohol and Public Policy Group. Alcohol: No Ordinary Commodity – a summary of the second edition. Addiction. 2010;105(5):769-79.

Babor TF, McRee BG, Kassebaum PA, Grimaldi PL, Ahmed K, Bray J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. Subst Abus. 2007;28(3):7-30.

Babor TF, n C. Higgins-Biddle. Brief intervention for hazardous and harmful drinking : a manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2001.

Babor TF, Robaina K. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A review of graded severity algorithms and national adaptations. Int J Alcohol Drug Res, 2016;5(2):17-24.

Baraona E, Abittan CS, Dohmen K, Moretti M, Pozzato G, Chayes ZW, et al. Gender differences in pharmacokinetics of alcohol. Alcohol Clin Exp Res. 2001;25(4):502-7.

Bastos F, Bertoni N, Hacker MA. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. Rev Saude Publica. 2008;42(1):109-17.

Becker JB, McClellan ML, Reed BG. Sex differences, gender and addiction. *J Neurosci Res*. 2017;95(1-2):136-47.

Bernards S, Graham K, Kuendig H, Hettige S, Obot I. “I have no interest in drinking”: a cross-national comparison of reasons why men and women abstain from alcohol use. *Addiction*. 2009;104(10):1658-68.

Boutron I, Moher D, Altman DG, Schulz KF, Ravaud P, CONSORT Group. Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: explanation and elaboration. *Ann Intern Med*. 2008;148(4):295-309.

Brasil. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 8 ago. 2006.

Brasil. Lei n. 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 dez. 2007.

Brasil. Lei n. 11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 30 abr. 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 154 p. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40).

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. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 136 p.

Brière FN, Rohde P, Seeley JR, Klein D, Lewinsohn PM. Comorbidity between major depression and alcohol use disorder from adolescence to adulthood. *Compr Psychiatry*. 2014;55(3):526-33.

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;14(34):539-50.

Cardoso LRD, Malbergier A, Figueiredo TFB. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. *Rev Psiquiatr Clín*. 2008;35(1):70-5.

Carneiro Junior N, Jesus CH, Crevelim MA. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde Soc*. 2010;19(3):709-16.

Center for Substance Abuse Treatment. Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 35. HHS Publication No. (SMA) 12-4212. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999.

Cesar BAL. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares. *J Bras Psiquiatr*. 2006;55(3):208-11.

Chander G, Hutton HE, Lau B, Xu X, McCaul ME. Brief Intervention Decreases Drinking Frequency in HIV-Infected, Heavy Drinking Women: Results of a Randomized Controlled Trial. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;70(2):137-45.

Chang G, Fisher ND, Hornstein MD, Jones JA, Hauke SH, Niamkey N, et al. Brief intervention for women with risky drinking and medical diagnoses: a randomized controlled trial. *J Subst Abuse Treat*. 2011;41(2):105-14.

Conner KR, Pinquart M, Gamble SA. Meta-analysis of depression and substance use among individuals with alcohol use disorders. *J Subst Abuse Treat*. 2009;37(2):127-37.

Cook S, Heather N, McCambridge J. Posttreatment motivation and alcohol treatment outcome 9 months later: findings from structural equation modeling. *J Consult Clin Psychol*. 2015;83(1): 232-7.

Dalcin CB, Backes DS, Dotto JI, Souza MHT, Moreschi C, Büscher A. Determinantes sociais de saúde que influenciam o processo de viver saudável em uma comunidade vulnerável. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016;10(6):1963-70.

- Deci EL. Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *J Pers Soc Psychol.* 1971;18(1):105-15.
- Efroymson MA. Multiple regression analysis. In: Ralston A, Wilf HS, editors. *Mathematical methods for digital computers.* New York: John Wiley & Sons; 1960. p. 191-203.
- Ehlers CL, Gizer IR, Vieten C, Gilder A, Gilder DA, Stouffer GM, et al Age at regular drinking, clinical course, and heritability of alcohol dependence in the San Francisco family study: a gender analysis. 2010;19(2):101-10.
- Ely M, Hardy R, Longford NT, Wadsworth ME. Gender differences in the relationship between alcohol consumption and drink problems are largely accounted for by body water. *Alcohol Alcohol.* 1999;34(6):894-902.
- Erol A, Karpyak VM. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug Alcohol Depend.* 2015;156:1-13.
- Faria R, Vendrame A, Silva R, Pinsky I. Propaganda de álcool e associação ao consumo de cerveja por adolescentes. *Rev Saude Publica.* 2011;45(3):441-7.
- Ferreira LN, Bispo Júnior JP, Sales ZN, Casotti CA, Braga Junior ACR. Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool. *Cienc Saude Colet.* 2013;18(11):3409-18.
- Fisher NDL, Orav EJ, Chang G. Effects of alcohol consumption on blood pressure in hypertensive women. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2018;44(2):200-205.
- Fleming CB, White HR, Catalano RF. Romantic relationships and substance use in early adulthood: an examination of the influences of relationship type, partner substance use, and relationship quality. *J Health Soc Behav.* 2010;51(2):153-67.
- Fleming MF, Lund MR, Wilton G, Landry M, Scheets D. The Healthy Moms Study: the efficacy of brief alcohol intervention in postpartum women. *Alcohol Clin Exp Res.* 2008;32(9):1600-6.
- Fletcher RH, Fletcher SW. *Epidemiologia Clínica - Elementos essenciais.* 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- Floyd RL, Sobell M, Velasquez MM, Ingersoll K, Nettleman M, Sobell L, et al. Preventing alcohol-exposed pregnancies: a randomized controlled trial. *Am J Prev Med.* 2007;32(1):1-10.
- Garcia LP, Duarte EC, Freitas LRS, Silva GDM. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. *Cad Saude Publica.* 2016;32(4):e00011415.

- Gonçalves AMC, Teixeira MTB, Gama JRA, Lopes CS, Silva GA, Gamarra CJ, et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*. 2018;67(2):101-9.
- Guimarães VV, Florindo AA, Stopa SR, César CLG, Barros MBA, Carandina L, et al. Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2010;13(2): 14-25.
- Hall KL, Rossi JS. Meta-analytic examination of the strong and weak principles across 48 health behaviors. *Prev Med*. 2008;46(3):266-74.
- Herrera Paredes JM, Ventura CAA. Consumo de alcohol y violencia doméstica contra las mujeres: un estudio con estudiantes universitarias de México. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18(Spec):557-64.
- Hobden B, Bryant J, Sanson-Fisher R, Oldmeadow C, Carey M. Co-occurring depression and alcohol misuse is under-identified in general practice: A cross-sectional study. *J Health Psychol*. 2018;23(8):1085-95.
- Hollander M, Wolfe DA. *Nonparametric Statistical Methods*. New York: John Wiley & Sons; 1999.
- Hughes TL, Wilsnack SC, Kantor LW. The influence of gender and sexual orientation on alcohol use and alcohol-related problems: toward a global perspective. *Alcohol Res*. 2016;38(1):121-32.
- Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012.
- Iwamoto DK, Corbin W, Takamatsu S, Castellanos J. The association between multidimensional feminine norms, binge drinking and alcohol-related problems among young adult college women. *Addict Behav*. 2018;76:243-9.
- 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. *Cien Saude Colet* . 2014;19(1):27-37.
- Jomar RT, Paixão LAR, Abreu AMM. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) e sua aplicabilidade na atenção primária à saúde. *Rev APS*. 2012;15(1): 113-17.
- Kaner EF, Beyer FR, Dickinson HO, Pienaar ED, Campbell F, Schlesinger C, et al. Effectiveness of brief alcohol intervention in primary care population. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;18(2):CD004148.

- Kaner EFS, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018.
- Keyes KM, Grant BF, Hasin DS. Evidence for a closing gender gap in alcohol use, abuse, and dependence in the United States population. *Drug Alcohol Depend*. 2008;93(1-2):21-9.
- Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Caetano R, Mitsuhiro SS, Madruga CS, et al. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) - 2012. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas Álcool e Outras Drog (INPAD), UNIFESP; 2014. 85 p.
- Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Caetano R. Padrão de uso de álcool em brasileiros adultos. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(3):23-41.
- Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saude Soc*. 2011;20(4):867-74.
- Lemoine P, Harousseau H, Borteyru JP, Menuet JC. Children of alcoholic parents-observed anomalies: discussion of 127 cases. *Ther Drug Monit*. 2003;25(1):132-6.
- Liang KY, Zeger SL. Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika*. 1986;73(1):13-22.
- Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2224-60.
- Littlejohn C. Does socio-economic status influence the acceptability of, attendance for, and outcome of, screening and brief interventions for alcohol misuse: a review. *Alcohol Alcohol*. 2006;41(5):540-5.
- Machado ÍE, Lana FCF, Felisbino-Mendes MS, Malta DC. Fatores associados ao uso e abuso de álcool entre mulheres em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2013;29(7):1449-59.
- Manthey J, Gual A, Jakubczyk A, Pieper L, Probst C, Struzzo P, et al. Alcohol use disorders in Europe: A comparison of general population and primary health care prevalence rates. *Journal of Substance Use*. 2016;21(5):478-84.
- Marmorstein NR. Longitudinal associations between alcohol problems and depressive symptoms: early adolescence through early adulthood. *Alcohol Clin Exp Res*. 2009;33(1):49-59.

- Marshal PM, Friedman MS, Stall R, King KM, Miles J, Gold MA, et al. Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review. *Addiction*. 2008;103(4):546-56.
- Martino S, Ondersma SJ, Forray A, Olmstead TA, Gilstad-Hayden K, Howell HB, et al. A randomized controlled trial of screening and brief interventions for substance misuse in reproductive health. *Am J Obstet Gynecol*. 2018 Mar;218(3):322.e1-322.e12.
- McCullagh P, Nelder JA. Generalized linear models: monograph on statistics and applied probability 37. New York: Chapman and Hall; 1989.
- Memo L, Gnoato E, Caminiti S, Pichini S, Tarani L. Fetal alcohol spectrum disorders and fetal alcohol syndrome: the state of the art and new diagnostic tools. *Early Hum Dev*. 2013;89(1):S40-3.
- Mendéz EB. Uma versão brasileira do AUDIT (Alcohol use Disorders Identification Test) [dissertação]. Pelotas: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas; 1999.
- Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Trad. de Andrea Caleffi e Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed; 2001.
- Miller WR, Zweben A, DiClemente CC, Rychtarik RG. Motivational enhancement therapy manual. Rockville: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 1995.
- Neighbors C, Brown GA, Dibello AM, Rodriguez LM, Foster DW. Reliance on God, prayer, and religion reduces influence of perceived norms on drinking. *J Stud Alcohol Drugs*. 2013;74(3):361-8.
- NIAAA - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Use Disorder: A Comparison Between DSM–IV and DSM–5. NIH Publication No. 13-7999 [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar. 16]; Reviewed July 2016. Available from: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/dsmfactsheet/dsmfact.pdf>.
- Norcross JC, Krebs PM, Prochaska JO. Stages of change. *J Clin Sport Psychol*. 2011;67(2):143-54.
- O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J, et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol*. 2014;49(1):66-78.
- O'Keefe JH, Bhatti SK, Bajwa A, DiNicolantonio JJ, Lavie CJ. Alcohol and cardiovascular health: the dose makes the poison...or the remedy. *Mayo Clin Proc*. 2014;89(3):382-93.
- Oliveira I, Nogueira F, Marôco J, Diniz F. Management of family health and poverty during the economic downturn in Portugal. *Saude Soc*. 2015;24(2):543-55.

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

OMS - Organização Mundial da Saúde. Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde. Genebra: OMS; 2005.

Ondersma SJ, Beatty JR, Svikis DS, Strickler RC, Tzilos GK, Chang G, et al. Computer-Delivered Screening and Brief Intervention for Alcohol Use in Pregnancy: A Pilot Randomized Trial. *Alcohol Clin Exp Res*. 2015;39(7):1219-26.

Ondersma SJ, Svikis DS, Thacker LR, Beatty JR, Lockhart N. A randomised trial of a computer-delivered screening and brief intervention for postpartum alcohol use. *Drug Alcohol Rev*. 2016;35(6):710-18.

Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 1982;19(3):276-88.

Puddey IB, Beilin LJ. Alcohol is bad for blood pressure. *Clin Exp Pharmacol Physiol*. 2006;33(9):847-52.

Redonnet B, Chollet A, Fombonne E, Bowes F, Melchior M. Tobacco, alcohol, cannabis and other illegal drug use among young adults: the socioeconomic context. *Drug Alcohol Depend*. 2012;121(3):231-9.

Rehm J, Shield KD, Rehm MX, Gmel, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence, and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Toronto: CAMH; 2012.

Rhule-Louie DM, McMahon RJ. Problem behavior and romantic relationships: assortative mating, behavior contagion, and desistance. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2007;10(1):53-100.

Ribeiro DVA, Turato ER, Azevedo RCS, Campos CJG. Views on treatment adherence among psychoactive substance-dependent women in the outpatient setting: a qualitative study. *Trends Psychiatry Psychother*. 2012;34(4):198-206.

Ryan RM, Deci EL. Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions. *Contemp Educ Psychol*. 2000;25(1):54-67.

Ryan RM, Lynch MF, Vansteenkiste M, Deci EL. Motivation and autonomy in counseling, psychotherapy, and behavior change: a look at theory and practice. *The Counseling Psychologist*. 2011;39(2):193-260.

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.

São Paulo (Cidade). Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social - SMADS. Relatório completo do censo da população em situação de rua na cidade de São Paulo. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2015.

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. - CEInfo. Boletim CEInfo Saúde em Dados. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2018, 19 p.

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Censo das Unidades Básicas de Saúde. São Paulo; 2016. Disponível em: <http://www.capital.sp.gov.br/>

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*. 1993;88(6):791-804.

Sidani S, Braden CJ. Design, Evaluation, and Translation of Nursing Interventions. New Jersey: Wiley-Blackwell; 2013.

Silva LEL, Oliveira MLC. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. *Cienc Saude Colet*. 2015;20(11):3523-32.

Skinner BF. Science and human behavior. 1ª ed. New York: The Free Press; 1953.

Snyder LB, Milici FF, Slater M, Sun H, Strizhakova Y. Effects of alcohol advertising exposure on drinking among youth. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(1):18-24.

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.

Stopa SR, Malta DC, Oliveira MM, Lopes CS, Menezes PR, Kinoshita RT. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(2):170-80.

Strobbe S. Addressing substance use in primary care. *Nurse Pract*. 2013;38(10):45-53.

Strobbe S. Prevention and screening, brief intervention, and referral to treatment for substance use in primary care. *Prim Care*. 2014;41(1):185-213.

Temple JR, Weston R, Stuart GL, Marshall LL. The longitudinal association between alcohol use and intimate partner violence among ethnically diverse community women. *Addict Behav*. 2008;33(9):1244-8.

The Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition. Adelaide: JBI; 2014.

Toledo LG, Teixeira Filho FS. As lesbianidades entre o estigma da promiscuidade e da ilegitimidade sexual. *Temáticas*. 2012;20(40):PG-PG.

Tsai J, Floyd RL, Green PP, Boyle CA. Patterns and average volume of alcohol use among women of childbearing age. *Matern Child Health J*. 2007;11(5):437-45.

Tzilos GK, Sokol RJ, Ondersma SJ. A randomized phase I trial of a brief computer-delivered intervention for alcohol use during pregnancy. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011;20(10):1517-24.

Upshur C, Weinreb L, Bharel M, Reed G, Frisard C. A randomized control trial of a chronic care intervention for homeless women with alcohol use problems. *J Subst Abuse Treat*. 2015;51:19-29.

Varela A, Pritchard ME. Peer influence: use of alcohol, tobacco, and prescription medications. *J Am Coll Health*. 2011;59(8):751-6.

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

Velasquez MM, Maurer GG, Crouch C, DiClemente CC. Group treatment for substance abuse: A stages-of- change therapy manual. New York: The Guilford Press; 2001.

Velasquez MM, von Sternberg KL, Floyd RL, Parrish D, Kowalchuk A, Stephens NS, et al. Preventing Alcohol and Tobacco Exposed Pregnancies: CHOICES Plus in Primary Care. *Am J Prev Med*. 2017;53(1):85-95.

Wedderburn RWM. Quasi-likelihood functions, generalized linear models and the Gauss-Newton method. *Biometrika*. 1974;61(3): 439-47.

Wells E, Haro JM, Karam E, Lee S, Lepine JP, Medina-Mora ME, et al. Cross-national comparisons of sex differences in opportunities to use alcohol or drugs, and the transitions to use. *Subst Use Misuse*. 2011;46(9):1169-78.

Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude Soc*. 2016;.25(3):535-49.

White AM, Tapert S, Shukla SD. Binge drinking: predictors, patterns, and consequences. *Alcohol Res*. 2018;39(1):1-3.

WHO - World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO; 2018.

WHO - World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Luxembourg: WHO; 2014.

Wilsnack SC, Wilsnack RW, Kantor LW. Focus on: women and the costs of alcohol use. *Alcohol Res.* 2014;35(2):219-28.

Wolle CC, Sanches M, Zilberman ML, Caetano R, Zaleski M, Laranjeira RR, et al. Differences in drinking patterns between men and women in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011;33(4):367-73.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Questionário sociodemográfico, clínico e comportamental

Nº do Voluntário: _____

1. Idade: _____
2. Sexo: (1) Feminino (2) Masculino
3. Orientação Sexual: (Você se relaciona com homem ou mulher?)
(1) Assexual (2) Bissexual (3) Heterossexual (4) Homossexual (5) Pansexual
4. Identidade de Gênero: (Você se sente homem ou mulher?)
(1) Mulher (2) Homem (3) Outros: _____
5. Cor ou raça/etnia:
(1) Branca (2) Parda (3) Preta (4) Amarela (5) Indígena
6. Estado conjugal:
(1) Solteira (2) Casada (3) Divorciada/Separada (4) Viúva (5) Amasiada
7. Número de filhos: _____
8. Gestante: (1) Sim (2) Não
9. Religião: _____
10. Escolaridade:

(1) Analfabeto	(6) Superior incompleto
(2) 1º Grau incompleto	(7) Superior completo
(3) 1º Grau completo	(8) Outro: _____
(4) 2º Grau incompleto	
(5) 2º Grau completo	
11. Ocupação:

(1) Nenhuma	(4) Emprego Informal
(2) Estudante	(5) Aposentado
(3) Emprego Formal	
12. Trabalhou no último ano:

(1) Tempo integral	(4) Desempregado
(2) Tempo parcial	(5) Outro: _____
(3) Não trabalhou	

13. Situação de moradia:

- (1) Albergue
- (2) Própria/aluguel
- (3) Rua

14. Número de pessoas na família: _____.

15. Renda familiar por classe social:

Classe	Salários mínimos	Renda familiar (R\$)
A	Acima de 20	R\$ 20.000 ou mais
B	10 a 20	De R\$10.000,00 a R\$20.000,00
C	4 a 10	De R\$4.000,00 a R\$10.000,00
D	2 a 4	De R\$2.000,00 a R\$ 4.000,00
E	Até 2	Até 2.000,00

Não tem

Não sabe

16. Faz atividade física? (1) Sim (2) Não

Se sim, qual tipo? _____.

17. Tem alguma doença em tratamento: (Diagnóstico clínico)

- (1) Hipertensão Arterial
- (2) Diabetes
- (3) Colesterol
- (4) Outros: _____

18. Tem diagnostico de algum transtorno mental? (1) Sim (2) Não

Se sim, está em tratamento? Qual tratamento?

19. Faz uso de alguma droga? (1) Sim (2) Não

Se sim, qual? Com qual frequência e quantidade?

20. Fuma tabaco? (1) Sim (2) Não

Se sim, com qual frequência e quantidade?

No último mês, qual foi a frequência de consumo de álcool? Diária, semanal, mensal ou nenhuma?

No último mês, qual foi a quantidade de consumo de álcool (em doses) nas vezes que fez uso da bebida?

AUDIT – Teste para Identificação dos Problemas Relacionados ao Uso do Álcool

Qual substância (bebida) de preferência?

<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 todos 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: _____

Zona I	Até 7 pontos	Uso de baixo risco/abstinência	Orientações gerais
Zona II	De 8 a 15	Uso de risco	Pesquisa
Zona III	De 16 a 19	Uso nocivo ou prejudicial	Pesquisa
Zona IV	Acima de 20	Provável dependência	CAPS AD

Régua de Prontidão para Mudança

De 1 a 10, 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 mudança

Definitivamente ESTÁ pronto para mudança

Single Question

Quantas vezes nos últimos doze meses você bebeu quatro doses ou mais de bebida alcoólica em um dia?

APÊNDICES 2 - AUDIT – Teste para Identificação dos Problemas Relacionados ao Uso do Alcool

Qual substância (bebida) de preferência?

<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: _____

Zona I	Até 7 pontos	Uso de baixo risco/abstinência	Orientações gerais
Zona II	De 8 a 15	Uso de risco	Pesquisa
Zona III	De 16 a 19	Uso nocivo ou prejudicial	Pesquisa
Zona IV	Acima de 20	Provável dependência	CAPS AD

Single Question

Quantas vezes nos últimos doze meses você bebeu quatro doses ou mais de bebida alcoólica em um dia?

O que é considerado beber normal?

Bebida	Volume	[] %	Unidade (U)
1 copo de vinho	90ml	12%	1,1U
1 lata de cerveja	350ml	5%	1,7U
1 copo de chope	200ml	5%	1U
1 dose de destilado	50ml	40-50%	2U



1,4 U /dia



2,1 U /dia

Dose Padrão

				
40 ml de pinga, uísque ou vodca	85 ml de vinho do Porto, vermutes ou licores	140 ml de vinho de mesa	340 ml de cerveja ou chope = 1 lata	600 ml 1 garrafa grande de cerveja contém 2 doses

Para mulheres que forem incluídas na pesquisa, responder sobre o ÚLTIMO MÊS:

- 1- Com qual frequência consumiu álcool (diária, semanal, mensal)?
- 2- Qual a quantidade (doses)?

APÊNDICES 3 - Convite para o CAPS AD

Nome:

Data:

Pontuação no Audit:

Faça uma avaliação no Caps - AD da Sé!

Endereço: R. Frederico Alvarenga, 259 – 2º andar.

Tel: 3241-0901

APÊNDICE 4 - Convite Seguimento

Prezada Voluntária,

Venho convidá-la para responder perguntas relacionadas ao seu consumo de álcool como parte da sua participação na pesquisa como colaboradora. Sendo assim, sua entrevista será:

Data:

1ª Entrevista: ____/____/____ Horário:

2ª Entrevista: ____/____/____ Horário:

Telefone:

[illegible]

CONSUMO DE ÁLCOOL

➤ **OBJETIVO**

Vamos construir juntas?

➤ **PLANOS:**

O que posso fazer para atingir meus objetivos?

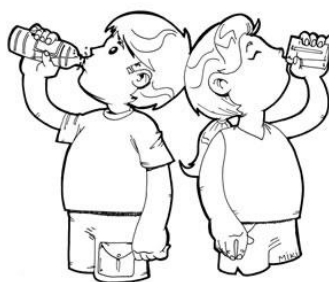
REDUÇÃO DE DANOS

Alimentar-se bem durante o consumo de álcool



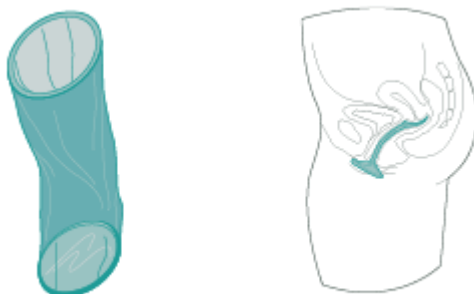
Evitar beber de barriga vazia

**Alternar bebidas alcoólicas com outras bebidas:
sucos, água, refrigerante**



Beber em companhia ou em um grupo, e não sozinho.

Ter sempre uma camisinha por perto



Pedir ajuda para o companheiro para não esquecer de usar

Não dirigir sob efeito do álcool e não pegar carona com quem bebeu



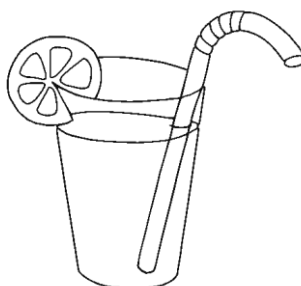
É o chamado "amigo da vez". Uma pessoa fica responsável por dirigir o carro, sem beber durante a noite.

Quando você gosta de beber?



A bebida é a sua principal atividade?

Observar o teor alcoólico da bebida



Pensar em quantidade e frequência

O QUE PRECISO SABER SOBRE O ÁLCOOL?

O que eu posso beber?

1 dose por dia, 5 dias na semana

3 a 4 doses em um dia, 1 dia na semana

Bebida	Volume	[] %	Unidade (U)
1 copo de vinho	90ml	12%	1,1U
1 lata de cerveja	350ml	5%	1,7U
1 copo de chope	200ml	5%	1U
1 dose de destilado	50ml	40-50%	2U

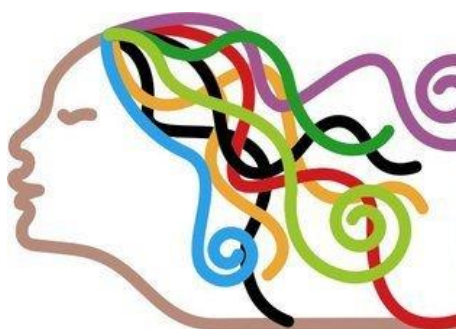
Dose padrão

				
40 ml de pinga, uísque ou vodca	85 ml de vinho do Porto, vermutes ou licores	140 ml de vinho de mesa	340 ml de cerveja ou chope = 1 lata	600 ml 1 garrafa grande de cerveja contém 2 doses

INFORMAÇÕES ÚTEIS



- A mulher e o homem metabolizam o álcool de formas diferentes;
- Existe uma diferença de peso, de líquido no corpo e da presença de uma enzima chamada “desidrogenase” em homens e mulheres;
- Essa diferença tornam as mulheres mais vulneráveis aos efeitos do álcool;



- O consumo de álcool pode ser influenciado por características atribuídas às mulheres que são construídas socialmente, ou seja, por questões de gênero;
- Mulheres são vistas como pessoas que não devem ou não precisam consumir álcool durante sua vida;
- O álcool pode causar diversos problemas de saúde;
- Exemplo: Transtorno por uso dessa substância, desenvolvimento de doenças neuropsiquiátricas, gastrointestinais e o câncer;
- O uso de álcool durante a gestação, mesmo em pequenas quantidades, pode levar ao desenvolvimento da síndrome alcoólica fetal e a complicações na formação do bebê;



- O uso abusivo de álcool está associado a práticas sexuais não seguras, como sexo sem proteção e a transmissão das DSTs/HIV/Aids;
- O uso do álcool aumenta as chances de ocorrer violência entre parceiros íntimos, que pode ser física, psicológica ou sexual, sendo a mulher a maior vítima desses eventos quando comparada a seu parceiro.

Intervenção Breve para mulheres

- Introduzindo
 - Perguntar sobre a vida, sobre a carreira, família, hábitos, diversão, preocupações;
 - Pedir permissão para conversar sobre o uso de álcool;
 - Conversar sobre o uso do álcool;
 - Pedir permissão para fornecer algumas informações sobre o consumo de álcool e discutir essas informações com a participante. Essas informações devem preferencialmente estar contextualizadas com a realidade da participante.
- Balança do beber saudável:

- Elencar as razões que a participante considera positivas relacionadas ao consumo de álcool;
 - Elencar as razões que a participante considera negativas relacionadas ao consumo do álcool.
- Construindo a mudança
 - Caso a participante demonstre interesse em diminuir o consumo de álcool, elencar junto a ela seus objetivos. Trabalhar o processo de desenvolvimento das metas, contextualizadas com a sua realidade;
 - Caso a participante não demonstre interesse em diminuir o consumo de álcool, manter uma postura não julgativa e conversar sobre estratégias de consumo saudável;
 - Resumir e refletir sobre o encontro;
 - Retomar os objetivos elencados junto à usuária, seja relacionado a estratégias de diminuição do consumo de álcool ou a estratégias de manutenção de consumo com menor risco;
 - Estimular a sua autoeficácia;
 - Reforçar as metas traçadas;
 - Agradecer a participação e se despedir.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 466/2012 do CNS)

A Senhora está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “Intervenção breve para padrão de uso de álcool em mulheres na atenção primária à saúde”, desenvolvida pela pesquisadora Talita Dutra Ponce. O número de mulheres que fazem uso de álcool nos serviços de saúde é alto, e esta pesquisa tem como objetivo verificar o efeito de uma intervenção na redução do uso de álcool em mulheres usuárias de serviços de atenção primária à saúde.

Se você aceitar participar da pesquisa, irá responder a perguntas com dados sociodemográficos, clínicos, comportamentais, sobre o uso do álcool e sobre sua de motivação para mudança de comportamento. Dependendo da sua pontuação no instrumento, você será classificado em três diferentes padrões de consumo de álcool: “Abstinente/não risco”, “Dependente” ou “Uso de risco/nocivo”.

Caso você seja classificado como usuário “abstinente” ou “não risco”, sua participação envolverá a orientação dos pesquisadores sobre o consumo de álcool por meio de um folheto explicativo.

Caso você seja classificado como usuário “dependente” de álcool, sua participação envolverá o encaminhado para o Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas, serviço de referência em saúde mental, onde o pesquisador irá orientar sobre os horários de atendimento e benefícios do serviço, sendo a escolha de procurar o serviço totalmente sua.

Caso você seja classificado como usuário de “uso de risco ou nocivo de álcool”, você será convidada a dar continuidade a pesquisa, participando, primeiramente, de um sorteio entre dois grupos, o grupo CONTROLE e o grupo INTERVENÇÃO.

Caso você seja sorteado para o grupo CONTROLE, sua participação envolverá a orientação sobre o consumo de álcool por meio de um folheto explicativo. Entraremos em contato telefônico entre trinta e noventa dias para responder a questões de acompanhamento da pesquisa com duração das entrevistas de aproximadamente dez minutos.

Caso você seja sorteada para o grupo INTERVENÇÃO, sua participação envolverá comparecer em um encontro de Intervenção Breve com uma enfermeira pesquisadora, em que será conversado sobre o consumo de álcool. O encontro será realizado individualmente em uma sala reservada e terá duração média de 30 minutos. Entraremos em contato por telefone entre trinta e noventa dias para responder a questões de acompanhamento da pesquisa. A duração das entrevistas será de aproximadamente dez minutos.

Aquelas que forem selecionadas para o grupo intervenção terão que se deslocar para o serviço de saúde por pelo menos uma vez, portanto será oferecido o dinheiro do transporte público utilizado (ida e volta: R\$7,60) que será entregue após a realização da consulta - o pagamento será realizado quantas vezes forem necessárias, de acordo com o número de vezes de idas ao serviço.

A Intervenção Breve pode ser definida como um espaço breve e determinado de tempo entre um profissional da saúde e o cliente, em que é realizada a promoção de informação, o aconselhamento, estratégias de motivação de mudança de comportamento, desenvolvimento de habilidades comportamentais e estratégias de redução de danos durante o uso do álcool.

Sua participação na pesquisa poderá contribuir na construção de ações de prevenção do uso de álcool na atenção primária à saúde. Poderá, também, remeter algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço após responder os questionários. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, a senhora poderá optar pela suspensão imediata do preenchimento do questionário; além disso, para minimizar esses riscos, a entrevista será feita em um ambiente reservado, silencioso e calmo.

Com exceção daquelas que forem selecionadas para o grupo intervenção, você não terá nenhum custo com a realização desta pesquisa e nem receberá nenhum tipo de compensação financeira e nem ressarcimentos ao participar do estudo.

Caso você venha a sofrer algum dano decorrente da sua participação nessa pesquisa, a equipe de pesquisa será responsável pelo seu encaminhamento para um serviço de saúde da rede de atenção à saúde. No caso de você sofrer algum dano relacionado à sua participação nesta pesquisa, você terá direito à indenização.

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, sem que isso lhe traga qualquer consequência. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida em rigoroso sigilo e serão omitidas todas as informações que permitam identificá-la.

Você pode tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento com:

- Talita Dutra Ponce, e-mail: talitadp@usp.br - pesquisadora assistente; Tel: 987177368
- Divane de Vargas, e-mail: vargas@usp.br - pesquisador responsável, na Escola de Enfermagem da USP, situada na Av. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. Tel: (11) 3061-7601/7602;

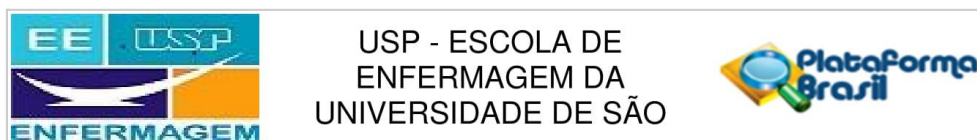
Para esclarecimentos de dúvidas ou denúncias éticas relacionadas a essa pesquisa, você poderá contatar:

- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Endereço - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 30618858 e-mail – cepee@usp.br;
- Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde – CEP-SMS, Rua General Jardim, 36, Vila Buarque, São Paulo-SP – 8o andar – Tel: 3397-2464 – e-mail: smscep@gmail.com;

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Desde já, meus sinceros agradecimentos por sua colaboração.

ANEXO 2 – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intervenção breve para mulheres que fazem uso de risco ou nocivo de álcool

Pesquisador: DIVANE DE VARGAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64902517.9.0000.5392

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.969.800

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de pesquisa de Talita Dutra Ponce, apresentado pelo Prof. Dr. Divane Vargas. Segundo o proponente "é um Ensaio clínico randomizado de intervenção complexa. O ensaio clínico randomizado se caracteriza por ser um estudo onde pacientes com condições clínicas de interesse são selecionados e divididos em dois grupos, um grupo chamado de grupo experimental, exposto a uma intervenção que se acredita ser uma opção melhor de tratamento, e o grupo controle, que é conduzido da mesma forma, porém, não recebe a intervenção. O curso da doença é investigado e os desfechos são atribuídos à intervenção proposta".

Objetivo da Pesquisa:

Aponta como:

Objetivo Geral: Verificar a efetividade da intervenção breve na mudança do padrão de consumo de álcool de mulheres de uma unidade de atenção primária à saúde da cidade de São Paulo.

E como, Objetivos Específicos:

"Identificar o padrão de uso de álcool de mulheres de uma unidade de atenção primária à saúde da cidade de São Paulo".

"Identificar características sociodemográficas, clínicas e comportamentais de mulheres com padrão de risco/nocivo de uso de álcool de uma unidade de atenção primária à saúde da cidade de São Paulo".

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP

Município: SÃO PAULO

CEP: 05.403-000

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 1.969.800

Paulo".

"Verificar a efetividade da intervenção breve nos estágios de prontidão para mudança de comportamento de mulheres com padrão de risco/nocivo de uso de álcool de uma unidade de atenção primária à saúde da cidade de São Paulo".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tem como Riscos: "Sentir-se incomodada, perturbada ou triste ao abordar questões delicadas de cunho pessoal como o consumo de álcool" e "O tempo que irá ser despendido durante as intervenções".

E como Benefícios:

"Espaço terapêutico individual e sigiloso", "Recebimento de importantes informações de saúde", "O grupo controle receberá um folheto informativo com informações importantes de saúde" e "Será ressarcido o valor despendido em transporte público para a ida ao serviço".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador descreve a pesquisa da seguinte maneira: "Trata-se de um Ensaio clínico randomizado de intervenção complexa. Contexto do Estudo: O estudo terá como cenário a Unidade Básica de Saúde da Sé (UBS - 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...". Considerando que o estudo obteve uma perda de 75% dos sujeitos durante o seguimento, a amostra mínima do presente estudo será de 44 sujeitos. Instrumentos de Coleta de Dados: Durante a coleta de dados será aplicado um questionário com questões sociodemográficas, clínicas e comportamentais, para a identificação do padrão de uso de álcool será utilizado o instrumento Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT e para a avaliação do estágio motivacional será utilizado a régua de prontidão para mudança - RPM. O procedimento para coleta de dados será dividido em 4 etapas: ETAPA 1 - Treinamento da equipe de pesquisa: O treinamento será oferecido para alunos da graduação em enfermagem, sendo uma capacitação para coleta de dados. ETAPA 2 - Rastreamento e Randomização : O rastreio irá consistir na aplicação de um questionário de dados sociodemográfico, clínicos e comportamentais e do instrumento AUDIT. As mulheres que apresentarem um padrão de consumo de álcool de risco ou nocivo serão convidadas a participar da pesquisa. Para a alocação das usuárias em 2 grupos, será feito à randomização das participantes por meio de um sorteio de envelopes lacrados, com cartões em seu interior com as iniciais GI ou GC. Aquelas que forem alocadas para o grupo controle não irão receber a intervenção breve e serão informadas sobre o seu padrão de consumo

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 1.969.800

de álcool por meio de um folheto explicativo. ETAPA 3 - Intervenção: As mulheres elegíveis que forem alocadas no GI irão receber a IB. Os seis elementos do acrônimo do inglês "FRAMES" serão os componentes básicos da intervenção, ou seja, estarão presentes permeando todas as fases do processo, facilitando a reprodução do instrumento. A intervenção será entregue às usuárias por meio de encontros quinzenais. As sessões da IB ocorrerão no próprio serviço, em consultórios reservados e terão uma dose de duas sessões individuais e presenciais, com duração média de 20 a 30 minutos cada.

ETAPA 4 - Seguimento: O seguimento será realizado em três etapas e se constituirá pela aplicação do questionário AUDIT e da régua de prontidão para mudança. A primeira etapa (T0) será feita no momento do rastreio; a segunda etapa (T1) será realizada 30 dias após a primeira etapa (T0) e a terceira etapa (T2) será feita 90 dias após o término da primeira etapa.

Estima em 44 participantes, sendo: 22 no grupo de intervenção breve e 22 no grupo controle.

Além disso, indica critério de inclusão e exclusão: "Critério de Inclusão:

ser mulher, maior de 18 anos, apresentar padrão de consumo de álcool de risco ou nocivo, com disponibilidade de frequentar o serviço durante o período necessário". "Critério de Exclusão:

Alterações de comportamento visíveis, sinais de intoxicação por substâncias psicoativas e não conseguir se comunicar na língua portuguesa".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta cronograma exequível.

Orçamento de R\$ 1.200,00

TCLE: apresenta os itens obrigatórios

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa atende aos preceitos éticos necessário para sua execução.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;
- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 05.403-000

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 1.969.800

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_854776.pdf	16/02/2017 17:51:49		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	16/02/2017 17:51:32	DIVANE DE VARGAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	16/02/2017 17:50:57	DIVANE DE VARGAS	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	20/01/2017 14:34:43	DIVANE DE VARGAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 17 de Março de 2017

Assinado por:
Lisabelle Mariano Rossato
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

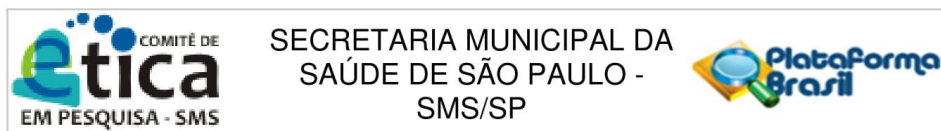
UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

ANEXO 3 – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intervenção breve para mulheres que fazem uso de risco ou nocivo de álcool

Pesquisador: DIVANE DE VARGAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64902517.9.3001.0086

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.083.958

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Ensaio clínico randomizado de intervenção complexa que terá como cenário um serviço de Atenção Primária à Saúde.

O estudo comparará dois grupos para investigar o efeito da Intervenção Breve realizadas em mulheres: o grupo intervenção, que irá receber a Intervenção Breve, e o grupo controle, que será conduzido da mesma forma, porém, não receberá a intervenção.

Será feito um rastreio com o intuito de identificar mulheres que façam uso de risco ou nocivo do álcool, o seguimento será realizado em 3 momentos, no rastreio, 30 dias após o rastreio e 90 dias após o rastreio.

Os instrumentos utilizados para coleta de dados serão: um questionário com questões sociodemográficas, clínicas e comportamentais, o instrumento Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT e a régua de prontidão para mudança – RPM.

Para análise de dados, as variáveis serão inseridas em um banco de dados e será realizada uma análise descritiva, o teste Qui quadrado para análise de variáveis categóricas e o teste t de student para análise de variáveis numéricas.

As participantes envolvidas serão esclarecidas sobre suas participações na pesquisa e serão solicitadas para assinarem o Termo de Consentimento Livre e Informado.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

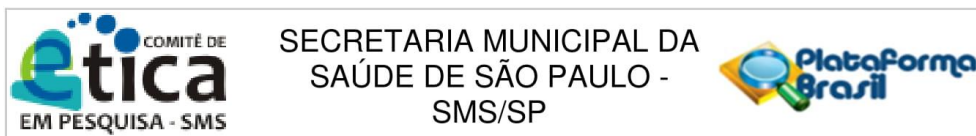
UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.083.958

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Verificar a efetividade da intervenção breve na mudança do padrão de consumo de álcool de mulheres de uma unidade de atenção primária à saúde da cidade de São Paulo.

Objetivo Secundário:

- Identificar o padrão de uso de álcool de mulheres de uma unidade de atenção primária à saúde da cidade de São Paulo. Identificar características sociodemográficas, clínicas e comportamentais de mulheres com padrão de risco/nocivo de uso de álcool de uma unidade de atenção primária à saúde da cidade de São Paulo.
- Verificar a efetividade da intervenção breve nos estágios de prontidão para mudança de comportamento de mulheres com padrão de risco/nocivo de uso de álcool de uma unidade de atenção primária à saúde da cidade de São Paulo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Sentir-se incomodada, perturbada ou triste ao abordar questões delicadas de cunho pessoal como o consumo de álcool.

O tempo que irá ser despendido durante as intervenções.

Benefícios:

Espaço terapêutico individual e sigiloso.

Recebimento de importantes informações de saúde.

O grupo controle receberá um folheto informativo com informações importantes de saúde.

Será ressarcido o valor despendido em transporte público para a ida ao serviço.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia é adequada aos objetivos; a condição de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa foi analisada, tal condição encontra-se devidamente justificada no desenho da pesquisa.

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.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

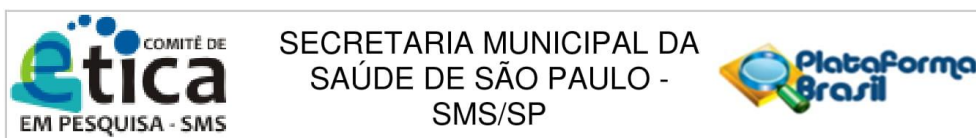
UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.083.958

TCLE, Cronograma, orçamento detalhado e fonte financiadora estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto liberado para iniciar.

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 os relatórios parciais e final 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.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	16/02/2017 17:51:32	DIVANE DE VARGAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	16/02/2017 17:50:57	DIVANE DE VARGAS	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_854776.pdf	06/02/2017 19:12:33		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_854776.pdf	20/01/2017 14:36:15		Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	20/01/2017	DIVANE DE	Aceito

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP



Continuação do Parecer: 2.083.958

Folha de Rosto	FR.pdf	14:34:43	DIVANE DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	18/01/2017 16:19:04	DIVANE DE VARGAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 26 de Maio de 2017

Assinado por:

SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com